



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

"Abordaje del abuso sexual: una mirada cognitivo-conductual"

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A (N)

Jazmin Monserrat Pizaña Sánchez

Directora: Lic. **María Salomé Angeles Escamilla.**

Dictaminadores: Mtro. **Jorge Luis Salinas Rodríguez.**

Mtro. **Juan Antonio Vargas Bustos.**





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



“Cuanto más indefensa es una criatura, debe ser más protegida por el hombre, de la crueldad del mismo hombre”.

Gandhi.

Agradecimientos.

A Dios, los santos y mis antepasados:

Por guiar mis pasos y no dejar que me pierda,
por todo lo que inmerecidamente me dan,
y estar conmigo incondicionalmente: gracias.

A la Universidad Nacional Autónoma de México:

Por la beca recibida, por todo lo que dio a mi formación
...a cambio de muy poco...
¡Por el orgullo de gritar un goya!

A todos los profesores que participaron e hicieron posible esta tesis,

M. Salomé Ángeles Escamilla, Directora,
A. Enrique Rojas Servin, Asesor Externo,
J. Luis Salinas Rodríguez y J. Antonio Vargas Bustos, Sinodales,
gracias por su apoyo y enseñanza,
...sin ustedes no hubiera sido posible...

A toda la familia Govea Gachuz:

...por darnos un hogar a mí y a alex...

En especial a mi **mamá Rita:**

gracias por cobijarme en tu amor infinito,
por aceptarme, re-educarme con amor y paciencia,
por regañarme cuando es necesario,
por ser mi mejor amiga, mi aliada, mi ejemplo,
porque solo necesitaba que alguien creyera en mí
¡y tú decidiste hacerlo!
gracias por hacerme creer en mí misma
y darme una segunda oportunidad.

Al señor Felipe Govea:

Por enseñarme que existen padres responsables,
que no todos los hombres son malos,
el valor del trabajo arduo y la perseverancia.
Y aunque a veces prefiera no decir nada,
su sola presencia es ejemplo y fortaleza.

A Natalia y Enrique Govea:

Por tratarme como su igual,
por las veces que me llaman hermana,
por su compañía, escucha y hasta tolerancia,
en fin...por compartirme todo lo de ustedes,
incluso lo más valioso que tienen
...sus padres...

A mis amigos de años:

En especial a Raymundo, Natalia, David y Yadira
que nos hemos acompañado en la aventura de vivir.
¡Que hemos reído, peleado, llorado y hecho tonterías juntos!
Pero también ayudado.
...Que me enseñaron esa parte de la vida que tanto disfruto a su lado...

Finalmente, a los que solo me dieron un SI o un NO:

Por aquellos, que creyeron en mí y me amaron: me impulsaron.
Por aquellos, que dijeron no lo lograría: su negativa ¡fue mi reto!

Jazmin Monserrat Pizaña Sánchez.

Dedicatoria:

A mi hijo Alejandro:

Como un testimonio de amor infinito,
porque la promesa de un futuro juntos
me impulso a alcanzar esta meta.

...Por tu sacrificio de todos estos años...
porque aunque no estuvimos juntos
en cada paso de este camino,
¡siempre estuviste a mi lado!
Porque tú eres lo mejor de mí
Y siempre serás mi mayor logro.

A la pequeña Monserrat:

¡Maravíllate! Hasta aquí hemos llegado,
¡Sonríe! Lo peor ha pasado,
¡Alégrate! Tu voz se ha escuchado.

¡Sosiégate! Demos carpetazo a ese libro,
cierra los ojitos y vuelve a nacer.

¡Se libre! La puerta ha sido abierta,
y aprende a caminar de nuevo,
...sin miedo, firme y segura...

Con la mirada brillante al horizonte
Extiende tus bracitos ¡alto, muy alto, más alto!
Para que lleguen a las nubes, al sol y a dios
...sonríe a lo que ha de ser...
Porque desde hoy ¡eres una nueva mujer!
Estamos en paz.

¡Lo logramos! Los amo.

ÍNDICE

Capítulo 1. Epidemiología mexicana del abuso sexual.....	4
1.1 Abuso sexual infantil.....	4
1.2 Abuso sexual en mujeres.....	8
1.3 Incidencia <i>versus</i> Prevalencia del abuso sexual.....	9
Capítulo 2. Definiendo el abuso sexual y la violación.....	14
2.1 La definición legal.....	16
2.2 La definición médica.....	21
2.3 La definición psicológica.....	22
2.3.1 Fases del abuso sexual según la Psicología.....	24
2.3.2 Similitudes Interdisciplinarias al diferenciar el abuso sexual de la violación.....	26
Capítulo 3. Atención primaria del abuso sexual reciente.....	30
3.1 Evaluación médica del abuso sexual en mujeres y niños.....	33
3.2 La intervención en crisis de primer orden.....	48
3.2.1 Los 5 primeros auxilios psicológicos.....	52
Capítulo 4. Atención del abuso sexual ocurrido tiempo atrás.....	65
4.1 La intervención en crisis de segundo orden.....	67
4.2 Trastorno por estrés agudo (TEA).....	68
4.2.1 Evaluación del TEA: modelo CASIC.....	69
4.2.2 Tratamiento general del TEA.....	75
4.3 Trastorno por estrés postraumático (TEP).....	83
4.3.1 Evaluación del TEP: análisis de secuencias.....	91
4.3.2 Tratamiento general del TEP.....	110
CONCLUSIONES.....	115
BIBLIOGRAFÍA.....	124
ANEXOS.....	128

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo nació de la inquietud que genera como profesional (y como persona) observar que los índices de abuso sexual en mujeres y niños registrados en los últimos años en nuestro país han ido en asenso y por la necesidad que surge de conocer, qué podemos hacer los psicólogos podemos al respecto siendo la pregunta clave de este trabajo ¿Cómo proceder clínicamente en un caso de abuso sexual? desde su recepción, hasta su tratamiento y seguimiento.

El abuso sexual suele asociarse a la pobreza, ignorancia, el no parentesco con menores que se tiene a cuidado, o a una actitud seductora y provocativa por parte de las mujeres, todas estas ideas equivocadas y otras más, solo favorecen la estigmatización social y por ende el encubrimiento que del hecho hacen algunas víctimas o sus familias por lo que, existe una cifra negra sobre este delito.

Por ello, en el **capítulo 1**, se indago sobre la Epidemiología mexicana del abuso sexual, en mujeres y niños así como las medidas de incidencia y prevalencia al respeto.

Por otra parte, encontramos que existe un fuerte desconocimiento del tema o bien, popularmente se prefiere no indagar sobre él. Incluso las palabras abuso sexual o violación se usan como sinónimos.

Por ello, en el **capítulo 2** fue de interés recopilar las definiciones que el derecho, la medicina y la psicología hacen del abuso sexual y la violación, así como las similitudes que entre sus definiciones existen para así, esclarecer la definición de ambas agresiones sexuales y diferenciarles.

Por el abuso sexual, socialmente se culpa, rechaza o en el menor de los casos se compadece a la víctima por la creencia de que este evento: “es lo peor que le

puede pasar a una persona” y “que le han marcado de por vida” como si, por ese evento desagradable, su vida estuviera ya destinada a la infelicidad.

De ser así, ¿qué alternativas ofrece la psicología a toda esa gente? Dada la diversidad de perspectivas teóricas y terapéuticas, (que de manera irreflexiva es vista en ocasiones, como un lastre), el abuso sexual como otras problemáticas, es abordado de distintas formas.

Se encontró que un modelo frecuentemente sugerido para su manejo es el modelo de intervención en crisis de Slaikeu el cual, sostiene que los eventos desagradables pueden ser integrados de manera funcional y satisfactoria cuando se recibe la asistencia adecuada. Por ello, dicho modelo fue retomado en este trabajo.

Así, en el **capítulo 3** se describió la atención primaria de un abuso sexual: tanto la evaluación médica pero sobre todo, la intervención en crisis de primer orden y los 5 primeros auxilios psicológicos que se proveen al usuario por un abuso recién ocurrido.

Sin embargo, aunque reciban los primeros auxilios psicológicos, las víctimas del abuso sexual, en un margen de dos meses a 4 meses, presentan síntomas propias del trastorno por estrés agudo (TEA).

Por ello, en el **capítulo 4** se describió la intervención psicológica subsecuente a la de primer orden: la intervención en crisis de segundo orden (o terapia de crisis), su evaluación por el modelo CASIC y el tratamiento del trastorno por estrés agudo.

Finalmente, en subcapítulos posteriores se describió la evaluación cognitivo-conductual mediante el análisis de secuencias ya sea, por un abuso sexual ocurrido años atrás y como una intervención ideal para personas que no recibieron

los primeros auxilios psicológicos. Donde, para ambos casos, los síntomas del TEA se agravaron en un trastorno por estrés postraumático (TEPT).

Cabe mencionar, que si bien el modelo retomado fue el de intervención en crisis de Slaikeu, se decidió describirle bajo el uso de técnicas cognitivo-conductuales.

CAPÍTULO 1. EPIDEMIOLOGÍA MEXICANA DEL ABUSO SEXUAL.

En la actualidad el abuso sexual es un problema social y de salud a nivel mundial. En los últimos años, México ha experimentado un aumento de casos reportados, sin embargo, la visión sobre esta problemática no puede descansar solamente en la estadística debido a que, no es claro si el incremento del número de casos denunciados refleja un aumento real del problema, una mayor voluntad de denunciar o ambas cosas.

Piña, González y Ruesga (2010) exponen que actualmente, México enfrenta una situación de alarmante normalización de la violencia (en distintos niveles y modalidades) cuya existencia, es pertinente hacer visible, denunciar y cambiar. No obstante, los altos niveles de impunidad (existentes por el frágil sistema de justicia mexicano) devienen en más violencia siendo los más afectados las mujeres, los adultos mayores y los niños. México ocupa el primer lugar en violencia física, **abuso sexual** y homicidios de menores de 14 años entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo (OCDE) y menos de una tercera parte de las denuncias comprobadas en el país tienen consecuencia jurídica quedando así, en el ámbito privado de la impunidad.

Cuestiones como las anteriores, intervienen en las denuncias por abuso sexual y en su posible registro estadístico. A pesar de ello, presentaremos una panorámica general de los índices de violencia sexual reportados en México en mujeres y niños tomando como punto de corte la mayoría de edad.

1.1 Abuso sexual infantil.

La violencia contra los niños tiene diversas expresiones de las cuales se ha intentado dar cuenta por medio de diferentes constructos. Por su parte, “la (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1999) definió la violencia hacia la niñez

como el maltrato o la vejación de menores que abarca todas las formas de malos tratos físicos y emocionales, **abuso sexual**, descuido, negligencia, explotación comercial o de otro tipo, que originen un daño real o potencial para la salud del niño, su desarrollo o dignidad” (Pinheiro, 2006; citado en Piña et al. 2010). Actualmente, las diferentes formas de violencia hacia la niñez se engloban en el concepto de maltrato infantil incluyéndose en esta definición, las agresiones de tipo sexual como la violación y el abuso sexual.

Con respecto a la región centro del país (que comprende los estados de Aguascalientes, Colima, Guanajuato, Jalisco, Michoacán, Nayarit, San Luis Potosí, Zacatecas, D.F., Edo. De México, Morelos, Hidalgo, Querétaro y Tlaxcala) el (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2005) concentró el porcentaje de casos atendidos por el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF), según el tipo de maltrato denunciado del 2002 al 2004 observándose la constante de **maltrato físico** como el de mayor incidencia (32.88% en promedio), seguido de la omisión de cuidados (26.94% promedio) y el maltrato emocional (21.93% promedio) (citado en Piña et al. 2010).

Lo anterior implica que la región centro registra una de las tendencias a la alza más relevantes de maltrato infantil y aunque para el 2009 la tendencia disminuyó levemente, la prevalencia de los casos es de consideración.

Por su parte Piña et al. (2010) exponen la cantidad de denuncias de maltrato infantil recibidas, casos comprobados y casos presentados ante el ministerio público en un periodo de 9 años por el DIF en la región centro del país (ver Tabla 1).

	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001
Denuncias de Maltrato Recibidas	9,863	17,898	13,625	13,871	11,952	7,209	4,208	6,076	7,925
Casos de Maltrato Comprobado	5,874	12,031	7,388	8,733	7,588	3,626	2,995	3,481	4,444
Casos presentados ante el Ministerio Público	1,615	1,954	780	2,145	3,161	935	1,099	1,172	1,346

Tabla 1. Maltrato Infantil en la región centro del país denunciado al DIF.

Es lamentable el incremento de los índices de violencia en nuestro país, pero resulta especialmente alarmante que la frecuencia del maltrato infantil se ha elevado particularmente en los últimos años, ya sea por aumento real en la cantidad de agresiones o bien, por el número de denuncias.

En toda la república, Piña et al. (2010) refieren que el (Desarrollo Integral de la Familia [DIF], 2008) registró 34,023 casos de maltrato infantil (con sólo un 13.7% de casos presentados ante el Ministerio Públicos). Asimismo, exponen que para el 2009 los casos comprobados de maltrato disminuyeron a 22,129 (con sólo un 26.5% de casos llevados al Ministerio Público). Ante aquello que parecería un logro, los autores plantean una pregunta y posible explicación “¿Qué se dejó de hacer que se duplicó del 2008 al 2009 el número de Entidades que no entregaron registro de casos de maltrato?”. En resumen, el DIF anualmente registra más de 20,000 casos comprobados de maltrato infantil a través de sus instancias estatales.

De los casos denunciados de maltrato infantil, las agresiones de tipo sexual son más usuales en el género femenino. Sam, Gayón y García (2008) reportan que el

abuso sexual infantil es más frecuente en niñas (hasta un 75% de los casos) y que la sospecha o denuncia del abuso sexual es más tardía en comparación con los varones (aunque cada vez se eleva más la cantidad de casos reportados en niños).

Por su parte, Güido (2007) sugiere índices más altos; estima que en el país el 77% de las víctimas de abuso sexual son niñas, siendo el promedio de edad de las afectadas de 5.7 años. Además, refiere que en la mayoría de los casos la víctima conocía al agresor siendo este: un hermano (19%), el padrastro (18%), un tío (16%) y el padre (15%).

En correspondencia con lo anterior, con respecto a la violación Ramos, Saltijeral, Romero, Caballero y Martínez (2001) refieren que en la mitad de los casos reportados, las víctimas han sido adolescentes (y niñas) y que este índice es expresión de una tendencia general de Latinoamérica. Cabe mencionar, que cerca de la mitad sufrió la agresión antes de los 15 años de edad y fue más frecuente en aquellas de menor escolaridad, que no vivían en casa propia y/o vivían con mayor hacinamiento.

Desafortunadamente los registros estadísticos rigurosos del abuso sexual infantil son escasos y limitados; las pocas cifras a consultar están englobadas en los estudios que versan sobre el maltrato infantil en nuestro país (que igualmente son someros). No dejan de ser aproximaciones y resultan insuficientes en sí mismos para analizar, o por lo menos, cuantificar en su justa dimensión dichas problemáticas pero dejan entrever una realidad: lamentablemente en México aún no existe un sistema de justicia que proteja eficazmente a los niños de la violencia de cualquier tipo.

Al respecto, Piña et al. (2010) indican como posibles motivos para la ineficacia en la protección infantil: 1) el escaso conocimiento sobre los derechos de la infancia (en particular del derecho a una vida libre de violencia), 2) la ausencia de datos

estadísticos (que permitan analizar a fondo causas y efectos de la violencia hacia niños y adolescentes) y 3) una falta de mecanismos de participación infantil (que promuevan la opinión, exigibilidad o denuncia por parte de los mismos niños). Además, plantean la necesidad de considerar la diversidad de infancias mexicanas y romper con las formas tradicionales con las que se ha pretendido atender una infancia de nuevo siglo. Asimismo, consideran importante aclarar que si bien existen muy pocas cifras que reflejen la magnitud y características específicas del fenómeno de la violencia a menores, las encuestas analizadas sí presentan información útil en cuanto a que aportan cierta perspectiva sobre dichas problemáticas.

1.2 Abuso sexual en mujeres.

En relación al abuso sexual femenino, en el 2003 el Instituto Nacional de Salud Pública en coordinación con el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud, realizaron la *Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres* (ENVIM) la cual arrojó que una de cada cuatro mujeres ha tenido al menos una relación violenta en su vida, número que asciende a **42.2% en violencia física**, 21.4% en violencia psicológica con insultos y 16.5% con humillaciones (citados en Piña et al. 2010).

Respecto a las agresiones sexuales, Ramos et al. (2001) señalan que los escasos estudios de prevalencia de violación en comunidad en México, el **2.8 y 5%** de mujeres **han sido violadas** alguna vez en su vida considerando que precisamente, existe una alta cifra negra de este delito. Cabe mencionar que los autores no indican si la agresión sexual ocurrió durante la infancia o en alguna otra etapa del ciclo vital de las encuestadas.

Así, Piña et al. (2010) señalan a Colima como el estado donde existe el mayor porcentaje de mujeres víctimas de violencia sexual 8 puntos arriba de la media regional y 7 de la nacional. De ese modo, los datos respectivos a la violencia

sexual en la región centro del país y a nivel nacional son de los más agraviantes: en promedio 2 de cada 10 mujeres han sido víctimas de este tipo de delitos y aún más alarmante, el 7.3% reconoce haber sido víctima de violencia sexual antes de los 15 años.

Es en este punto, donde las instancias encargadas de atender y dar cuenta de la violencia sexual se enfrentan a dos fenómenos sociales nada sencillos: 1) atender y dar cuenta de los casos de agresión sexual en el momento que ocurren (o recientemente ocurridos) y 2) el abordaje de casos de agresión sexual *pos facto* es decir, agresiones que acontecieron ya varios años atrás (generalmente durante la infancia de las víctimas).

De este modo, los estudios acerca del maltrato infantil o violencia contra la mujer, en ambas temáticas las cifras que se reportan sobre las agresiones sexuales (como el abuso y la violación), están supeditadas a la incidencia y la prevalencia, dos factores que se relacionan y limitan los posibles registros de dichas problemáticas.

1.3 Incidencia versus Prevalencia del abuso sexual.

En términos generales, se considera que las cifras sobre violencia no son exactas y se puede sospechar que en realidad son más altas; si tratándose de violencia no sexual los índices registrados se consideran aproximaciones, cuan alejados de la cifras reales hemos de estar tratándose de agresiones de tipo sexual ya que, el abuso sexual y la violación, al amparo del tabú sexual y el estigma social han permanecido como problemáticas de la cuales socialmente se ha preferido desviar la mirada (Gasman, Villa, Lyn y Moreno, 2006) .

Referente a la incidencia, (casos nuevos recién ocurridos durante un determinado período), se estima que es más un dato que refleja el nivel de funcionamiento de los profesionales y de los servicios sociales de un país, que el número real de

abusos sexuales cometidos ya que sólo una minoría son denunciados y reciben asistencia de algún tipo (López, Hernández y Carpintero 1995; citado en Cantón y Cortés, 2004).

Acerca de la prevalencia, (personas adultas de la población general que reconocen haber sufrido abuso sexual en su infancia) se considera que constituye un índice más representativo de la realidad. Así, “para 1998 Rojas y Villatoro afirmaron que en México, entre el 17 y 38% de las mujeres y el 1% y 30% de los varones refirieron haber sufrido alguna forma de abuso sexual en la infancia” (Casado, Díaz y Martínez, 1997; citado en Güido, 2007).

Posteriormente, Sam et al. (2008), refirieron que en México durante el 2003, una encuesta nacional a 26,042 mujeres con edad media de 35 años arrojó una prevalencia de 21.5% para algún tipo de violencia física donde el 17.3% era de tipo sexual.

Por lo anterior, en términos generales, es necesario retomar e interpretar la epidemiología con mesura debido a los claroscuros en torno a la denuncia de los casos y por ende, a la incidencia y la prevalencia. En congruencia con lo anterior, Ramos et al. (2001) afirman que a pesar de que la violencia sexual es un problema mundial, no se cuentan con suficientes datos sobre la incidencia y prevalencia de sus diferentes formas debido a: **1)** las diferencias conceptuales y operacionales entre los estudios sobre el tema (situación que dificulta su comparación) y **2)** las dificultades para captar y documentar en su justa dimensión la violencia sexual por variables de carácter sociocultural como:

- La imposibilidad de identificar la violencia sexual que se experimenta, como una violación u otro tipo de abuso debido a que el contexto sociocultural normatiza, minimiza, tolera o promueve dichos actos.

- La preferencia de no reportar dichos delitos a los sistemas de salud o de justicia por vergüenza o miedo a la reacción de funcionarios, prestadores de servicios y/o represalias.
- La tendencia social generalizada a guardar silencio acerca de la vida sexual, siendo esto aun más marcado cuando la agresión fue cometida por una persona cercana (como un familiar).
- Situaciones de conflicto armado, donde la violencia sexual masiva es utilizada como arma de guerra por lo que su registro es difícil.
- Contextos en los que las víctimas potenciales no están debidamente protegidas por sistemas de justicia o instituciones como el ejército o la policía e inclusive, esta violencia es tolerada o ejecutada por dichas organizaciones.

Asimismo, Ramos et al. (2001) enfatizan que la violación es propia de un sistema patriarcal de dominación (e inclusive afirman que todas las sociedades tienen mecanismos para justificarla, legitimarla o darle consentimiento silencioso) y por ello, esta violencia es perpetuada, vista como esporádica o producto de situaciones individuales de tal suerte que, las condiciones que la propician logran permanecer ocultas y vigentes.

Abordar analíticamente la violencia (y los delitos sexuales) representa diversos retos; uno de los principales es la poca información y datos confiables acerca de la verdadera proporción del problema en sus diferentes expresiones como lo son: la explotación sexual, la prostitución infantil, la violación y **el abuso sexual en mujeres y niños** (tema central de este trabajo). Pero sin lugar a dudas, el abuso sexual infantil es una de las expresiones de la violencia que causa mayor indignación y preocupación dadas las diversas consecuencias e implicaciones bio-psico-sociales que trae consigo para la víctima y para sus familias.

Por ello, Gasman et al. (2006) concluyen que el abuso sexual es un atentado contra la dignidad humana que se conjuga con la variable de género; a diferencia de otros tipos de violencia el abuso sexual evidencia la mayor vulnerabilidad de las mujeres y niñas a sufrirlo.

Por otra parte, Cantón y Cortés (2004) plantean que si se considera el hecho de que sólo una mínima parte de los abusos sexuales son denunciados en el momento en que ocurren (incidencia), y que casi la mitad de los casos no son comunicados a nadie hasta la vida adulta (prevalencia), existe un gran número de víctimas (y personas cercanas a ellos) que no recibieron el apoyo oportuno y han lidiado con dicha experiencia en el transcurso de sus vidas.

Con respecto a los casos de incidencia que llegan a la denuncia legal, la evaluación de las diferentes instancias y profesionales implicados es crucial. Un fallo en la detección del abuso sexual puede significar la continuidad del mismo, mientras que un incorrecto diagnóstico implica una ruptura familiar y la condena de una persona inocente. Por ello, en materia de abuso sexual el psicólogo aparte de realizar intervenciones de tipo preventivo, colabora con otros profesionales en la evaluación de la “presunta víctima de abuso sexual”. Es claro, en los casos de incidencia se concede prioridad a la evaluación y en ocasiones, el posible tratamiento pasa a segundo término (Casado, Díaz y Martínez, 1997).

No obstante, en los casos de prevalencia, el psicólogo mas allá de atender a una demanda institucional y aportar evidencias que confirmen “el presunto abuso sexual”, ya no atenderá a “una presunta víctima” sino a un usuario. En estos casos, no será prioridad demostrar la veracidad de las declaraciones del agredido, sino el otorgar un tratamiento personalizado a las molestias que el usuario presenta como resultado de la experiencia de abuso sexual (Casado et al. 1997).

Es en este punto, donde el psicólogo clínico se enfrentan a dos demandas sociales nada sencillas: 1) dar atención a víctimas que recientemente experimentaron una agresión sexual y 2) el abordaje de casos *pos facto* es decir, agresiones que acontecieron ya varios años atrás (generalmente durante la infancia de la víctima).

Además, dado los altos índices de abuso sexual en nuestro país es necesario, que el psicólogo clínico como parte de sus conocimientos básicos, cuente con las nociones elementales para el abordaje del abuso sexual (recepción del caso, evaluación, tratamiento y seguimiento). Para ello, es necesario primero delimitar que se debe entender por abuso sexual distinguiéndole así de otras formas de violencia sexual (Casado et al. 1997).

CAPÍTULO 2. DEFINIENDO EL ABUSO SEXUAL Y LA VIOLACIÓN.

Referente a qué es el abuso sexual y la violación, es posible encontrar diferentes definiciones que varían según la opinión que se tenga del tema, de la obra consultada y/o del aspecto que del abuso sexual se quiere destacar ya que como explican Suasnavar y Cu (1991) “ha sido motivo de atención de diferentes especialistas los cuales tratan el tema de distintas maneras” (citado en Hernández y Gallardo, 2000).

El definir una parte de la realidad a través de constructos siempre conlleva dificultades epistemológicas, ante las cuales es posible ubicar una trayectoria histórica de cómo se ha intentado definir ese “algo” y el abuso sexual no es la excepción, por lo que en su devenir histórico, el término de abuso sexual ha necesitado de varias décadas para su mayor delimitación.

Así, referente a que se puede entender por abuso sexual y quiénes lo cometen en un inicio, las definiciones que diferentes teóricos aportaban se centraban en una relación de abuso ADULTO-INFANTE (Bachman, 1988; Butler, 1981; Finkelhor, 1987; Gold, 1986; Kelly, 1980; Kimkendoll, 1972; Marcovich, 1981; Marcovich, 1984; Sanford, 1980; citados en Hernández y Gallardo, 2000).

De ese modo, no fue hasta finales de los años 80s e inicios de los 90s que empezaron a figurar definiciones que contemplaron los casos de abuso sexual cometidos por otros menores al definirle como “el acto realizado por un adulto o una persona menor de 18 años que es por lo menos 5 años mayor que la víctima” (Álvarez, 1999; Coulborn, 1989; citados en Hernández y Gallardo, 2000).

Por otra parte, en relación a que actos se consideraban como propios de “un abuso sexual”, algunos estudios clínicos en sus definiciones de abuso sexual

incluían el coito como Álvarez (1991) quien menciona la penetración pene-vagina (citado en Hernández y Gallardo, 2000).

Posteriormente, en definiciones como las sugeridas por Chavarría (1992) se estableció que el abuso sexual por lo general no conlleva un coito pene-vagina sino que se pueden presentar otras conductas como la penetración anal (citado en Hernández y Gallardo, 2000). Así, estas modificaciones hechas a la definición de abuso sexual, tienen implicaciones significativas y dejan entrever algunas creencias que del abuso sexual infantil se tenían como:

- Que el abuso sexual solo era perpetrado por adultos.
- No existían límites claros entre el abuso sexual y la violación.
- Las definiciones que nombraron solamente el coito pene-vagina no contemplaban el abuso a varones, lo que implicaría la creencia de que solo se abusa sexualmente de las niñas o bien, que los casos de abuso sexual de varones son excepcionales.

Asimismo, esas definiciones centradas en la genitalidad al enfatizar actos de interacción de genitales, no cubrían los casos donde los actos abusivos implicaban otro tipo de interacciones o manipulaciones del cuerpo de la víctima que no dejan huellas visibles (como frotamientos, exhibicionismo, besuqueos, etc.)

Como se puede apreciar, para llegar a una definición más o menos aceptada por la comunidad investigadora se necesitó de tiempo, no siendo siempre claro “aquello” que se podía considerar como abuso sexual o violación, viéndose en ocasiones sin inclusión (y por ende sin protección) casos de abuso sexual muy particulares.

Aún en la actualidad, autores como Cantón y Cortés (2004) afirman que no se ha conseguido una definición unánimemente aceptada del abuso sexual debido a las dificultades para delimitar los conceptos de relación sexual y abuso.

Sin embargo, algo es claro, el término de abuso sexual sigue siendo confuso para buena parte de la población y es comprendido y/o usado como sinónimo de violación. Es posible que esta confusión se deba al proceso histórico de delimitación que el término de abuso sexual experimentó y cómo la información científica se filtra “al saber popular” deformándose de modo que, es necesario diferenciar el abuso sexual de la violación.

Por su parte, Alcántara (1989) explica que la palabra abuso proviene del latín “abusus” de “ab” y “usus”, es decir “uso deshonesto, injusto” que significan hacer víctima a una persona de una acción (en este caso sexual) deshonesto o injusta mientras que referente a la violación, Contreras (1990) explica que proviene del latín “violare” y esto a su vez de “vis” que significa, quebrantar o infringir (citados en Hernández y Gallardo, 2000).

Si recurrimos a las etimologías del abuso sexual y violación, estas resultan insuficientes para establecer límites claros entre ambas agresiones sexuales ya que ambos actos son deshonestos e injustos, quebrantan el espacio vital de las víctimas e infringen las reglas sociales, morales, religiosas y legales que regulan nuestra sociedad.

Como se dijo antes, es necesario no perder de vista que es posible encontrar un gran número de definiciones sobre el abuso sexual y la violación, que si bien ayudan a ampliar el conocimiento sobre el tema, varían dependiendo del autor que les propone y el tipo de obra consultada por ello, retomaremos las definiciones aportadas por tres ciencias: el derecho, la medicina y por supuesto la psicología como disciplinas involucradas en la denuncia de un abuso sexual.

2.1 La definición legal.

Concerniente al ámbito legal, Redondo y Ortiz (2005) reseñan que los países desarrollados a partir de 1960 comenzaron a promulgar leyes que exigían la denuncia de sospecha de maltrato infantil y negligencia para posteriormente, ampliar la sospecha al abuso sexual. De ese modo, el abuso sexual y la violación han sido descritos como delitos sexuales en diversos códigos penales de nuestro país.

Concerniente a la **violación**, dentro del marco legal Kvitko desde 1988 le definió como un acto totalmente copulativo y violento. De modo que, se puede entender por violación al acto donde una persona dispone sexualmente de otra haciendo uso de la fuerza física y/o moral, la intimidación o el engaño y donde existe una consumación del coito dañando con ello, la integridad física y psicológica del agredido (citado en Hernández y Gallardo, 2000).

Referente al *Código Penal del Distrito Federal* (2009), la **violación** es descrita como parte de los Delitos contra la Libertad y la Seguridad Sexuales y el Normal Desarrollo Psicosexual en el “Título quinto; Capítulo I, Artículo 174” como: “al que por medio de la violencia física o moral realice cópula con personas de cualquier sexo, se le impondrá prisión de seis a diecisiete años entendiendo por cópula la introducción del pene en el cuerpo humano por vía vaginal, anal o bucal” (p.44). Asimismo, se tipifica la **violación equiparada** al precisar que “se sancionara con la misma pena antes señalada, al que introduzca por vía vaginal o anal cualquier elemento, instrumento, cualquier parte del cuerpo humano, distinto al pene, por medio de la violencia física o moral”(p.44).

Además, la **violación de personas discapacitadas** es tipificada en el *Código Penal del Distrito Federal* (2009) “Título quinto; Capítulo I, Artículo 175” como parte de los Delitos contra la Libertad y la Seguridad Sexuales y el Normal Desarrollo Psicosexual al señalar que se equipara a la violación y se sancionará con la misma pena al que:

- I. “Realice copula con persona que no tenga la capacidad de comprender el significado del hecho o por cualquier causa no pueda resistirlo; o
- II. Introduzca por vía anal o vaginal cualquier elemento, instrumento o cualquier parte del cuerpo humano distinto del pene en una persona que no tenga la capacidad de comprender el significado del hecho, o por cualquier causa no pueda resistirlo” (p.45).

Por otra parte, el **abuso sexual** es descrito en el “Título quinto; Capítulo II, Artículo 176” del *Código Penal del Distrito Federal* (2009) como parte de los Delitos contra la Libertad y la Seguridad Sexuales y el Normal Desarrollo Psicosexual al referir que: “Al que sin el consentimiento de una persona y sin el propósito de llegar a la cópula, ejecute en ella un acto sexual, la obligue a observarlo o la haga ejecutarlo , se le impondrá de uno a seis años de prisión.

Asimismo, el **abuso sexual de personas discapacitadas** queda tipificado en el “Título quinto; Capítulo II, Artículo 177” del *Código Penal del Distrito Federal* (2009) como parte de los Delitos contra la Libertad y la Seguridad Sexuales y el Normal Desarrollo Psicosexual al referir que: “sin propósito de llegar a la copula ejecute un acto sexual en una persona que no tenga la capacidad de comprender el significado del hecho o por cualquier causa no pueda resistirlo, o la obligue a observar o ejecutar dicho acto se le impondrá de dos a siete años de prisión”.

Por su parte, el *Código Penal Federal* (2009) el **abuso sexual** es tipificado en el “Título Decimoquinto; Capítulo I, Artículo 260” como parte de los Delitos contra la Libertad y el Normal Desarrollo Psicosexual como “al que sin consentimiento de una persona y sin el propósito de llegar a la copula, ejecute en ella un acto sexual o la obligue a ejecutarlo se le impondrá pena de 6 meses a 4 años de prisión” (p.82).

Además, el **abuso sexual a menores de 12 años y discapacitados** es descrito en el *Código Penal Federal* (2009) “Capítulo I, Artículo 261” al referir que “sin el

propósito de llegar a la copula, ejecute un acto sexual en una persona menor de 12 años...o que no tenga la capacidad de comprender el significado del hecho o que por cualquier causa no pueda resistirlo o la obligue a ejecutarlo, se le aplicará un apena de dos a cinco años de prisión” (p.82).

Por otra parte, concerniente a la **violación** es tipificada en el Capítulo I, Artículo 265 del *Código Penal Federal* (2009) al expresar que “al que por medio de la violencia física o moral realice cópula con persona de cualquier sexo, se le impondrá prisión de 8 a 14 años” (p.82). Asimismo, la **violación equiparada** es descrita como “la introducción 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”. No obstante, el uso de violencia no es un criterio determinante de la violación ya que se equipara a violación y se sanciona con la misma pena a quien comete los actos descritos en el Artículo 265 pero sin el uso de violencia.

Finalmente, trátase de violación o abuso sexual, para ambos códigos penales (ya sea el del D.F. como el Federal), la violencia física o moral se consideran agravantes que incrementan las penas impuestas en una mitad para ambos casos junto con otras condiciones como:

- ✓ La participación directa o inmediata de varias personas en el delito
- ✓ La consanguineidad entre el agresor y la víctima
- ✓ Si fuere el agresor el tutor legal de la víctima
- ✓ Si tuviere bajo su guarda o educación el agresor a la víctima.

Por último, la aplicación de un código penal u otro, depende de si el agresor es un funcionario público o no, que utilizando los medios o circunstancias que su empleo le proporciona incurre en un delito. De ser así, el código penal que se retoma para su procesamiento es el Federal ya que en teoría aplica penas más severas. Por otra parte, si el agresor es una persona civil es decir, no ejerce como funcionario

público, el código penal que se aplicará en su procesamiento será el del D.F. o de aquel estado en que resida variando así, la pena que se impute.

Sin embargo, como señalan Piña et al. (2010), aunque en México se ha enfatizado la necesidad de adecuar las normas legales al aseguramiento de condiciones de seguridad y protección a personas víctimas de violencia en todos los ámbitos (especialmente contra la mujeres), no todas las entidades se encuentran en armonía con la Ley General de Acceso de la Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV).

Al respecto, Piña et al. (2010) afirman que es importante destacar que estos marcos jurídicos invisibilizan a los niños y adolescentes dejándolos sin protección y exponen a través de cuadros comparativos de los estados de la región centro del país, la inconsistencia de estas leyes poniendo particular énfasis en la definición y contemplación de los distintos tipos de violencia. Asimismo, aseguran que a pesar de lo alarmante de la cifras y de los estudios que generan evidencia sobre las devastadoras consecuencias del abuso sexual y la violación (especialmente en la niñez), el marco jurídico de varias entidades sigue mostrando serias debilidades (*ver anexos 1 y 2*).

A la luz de estos cuadros comparativos, Piña et al. (2010) señalan como las leyes estatales de Aguascalientes, Guanajuato, Jalisco, Nayarit y Zacatecas son las menos armonizadas a la legislación general en materia de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia. Igualmente, es posible mencionar que los estados de Aguascalientes, Guanajuato, Jalisco y Estado de México no incorporan el concepto de violencia contra las mujeres armonizado al de la ley general, además los tres primeros tampoco lo hacen con los conceptos de víctima, agresor y derechos humanos de las mujeres, conceptos bien desarrollados en los derechos humanos universales contenidos en la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), la Convención sobre los Derechos de la Niñez, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y

Erradicar la Violencia contra la Mujer (Belem Do Pará) y demás instrumentos internacionales en la materia.

En términos generales, garantizar a todas las personas (en este caso mujeres y niños) su derecho a una vida libre de violencia, evidentemente pasa por instrumentar, valorar y dar seguimiento a los marcos legales con los que se cuentan, de aquí la importancia de mostrar lo poco armónicas que se encuentran las leyes entre sí y con la ley general, además del reto que tienen en lograr su aplicación plena para que efectivamente el abuso sexual y la violación no sean posibles en nuestro país.

2.2 La definición médica.

Según Redondo y Ortiz (2005), el profesional sanitario experimenta incertidumbre ante el cúmulo de definiciones que del abuso sexual existentes entre las disciplinas que abordan la temática por lo que a lo largo de los últimos años, se ha intentado conformar una definición del abuso sexual, siendo la más difundida la proporcionada por el *National Center for Child Abuse and Neglect* que define al abuso sexual como: “los contactos o interacciones entre un niño y un adulto, cuando el primero se utiliza para estimulación sexual del segundo o de otra persona. También puede cometerse por un menor de 18 años cuando es mayor que la víctima o cuando está en una situación de poder o control sobre la víctima”.

Así, para Redondo y Ortiz (2005) el abuso sexual es entendido por los médicos como el contacto genital-oral, las caricias (tocar o acariciar los genitales de otro, incluyendo la masturbación forzada para cualquier contacto sexual sin penetración), el obligar a que el niño se involucre en contactos sexuales con animales, el obligar a los niños a ver actividades sexuales de otras personas, las peticiones sexuales, el voyerismo, el exhibicionismo (mostrar los genitales de manera inapropiada), y también incluye la explotación sexual infantil (implicar a menores en conductas o actividades que tengan que ver con la producción de

pornografía, prostitución infantil o el tráfico sexual). En ocasiones se habla de agresión sexual cuando se añade un componente de violencia al abuso sexual.

Por otra parte, la comunidad médica refiere como “violación la penetración en vagina, boca o ano con el pene, dedo o con cualquier objeto sin el consentimiento de la persona”. Finalmente, en relación al abuso sexual infantil los médicos aseguran que es una patología muy frecuente, pero que este tipo de abuso muchas veces no sale a la luz debido a: 1) el sometimiento del niño y 2) a que no deja lesiones, son de difícil diagnóstico o que cuando la víctima acude al médico éstas han curado (Redondo y Ortiz, 2005).

2.3 La definición psicológica.

Concerniente a los niños, el National Center of Child Abuse and Neglect (NCCAN) desde 1978 definió al abuso sexual como “los contactos e interacciones entre un adulto y un niño, donde el adulto utiliza al niño para estimularse sexualmente él mismo, al niño o a otras personas” (citado en Casado et al. 1997, p.162). Además, aquellos contactos o interacciones entre menores de edad, donde alguno tuviera una posición de poder o control sobre el otro menor, se incluyeron en dicha definición tomándose en cuenta que, no sólo el abuso sexual lo puede cometer un adulto sino también otro menor no importando el parentesco que éste tenga con la víctima. Esta definición es frecuentemente retomada por estudios concernientes al abuso sexual infantil junto con dos criterios:

- ✓ Se considera agresor al individuo significativamente mayor que la víctima por 5 años como mínimo.
- ✓ El límite de edad para considerar a un sujeto como víctima de abuso sexual infantil es menor al inicio de la pubescencia [Browne y Finkelhor (1986) y Bolton, Morris y MacEachron (1989); citados en Cantón y Cortés, 2004].

Asimismo, Güido (2007) explica que el abuso sexual infantil incluye la desnudez, el mostrar material sexualmente explícito, besarle como si fuera adulto, el tocamiento corporal, la masturbación, el exponer al menor a la percepción de actos sexuales o conductas sugestivas, simulación de coito y pornografía infantil.

Por su parte, Hernández y Gallardo (2000) en su definición del abuso sexual infantil mencionan como actividades sexuales los tocamientos, las caricias, los besos, la masturbación, el exhibicionismo, el hostigamiento, los comentarios obscenos, la exposición pornográfica y la prostitución infantil. Además, en forma adicional a las anteriores definiciones citan a otros autores (Rusell, 1990; García, 1996; UNICEF, s.f. y Sánchez, 1997) quienes proponen una definición del abuso sexual infantil por categorías (*ver tabla 2*).

Abuso sexual Infantil		
Nivel 1 Leve	Nivel 2 Medio	Nivel 3 Grave
Proposición de una actividad sexual. Exhibicionismo.	Manoseo sexual con o sin reciprocidad. Frotación genital/anal sin penetración.	Contacto oral, genital o anal con o sin reciprocidad. Cualquier penetración genital/anal con o sin reciprocidad.

Tabla 2. Conductas implicadas en las categorías del abuso sexual infantil.

Como se aprecia en la tabla 2, las conductas involucradas en las tres categorías propuestas para delimitar qué es el abuso sexual, obedecen a un orden de carácter nominal tomando en cuenta la intensidad del contacto: yendo desde la proposición de actividad sexual y/o el exhibicionismo (nivel 1 o leve), pasando por manoseos o frotaciones (nivel 2 o medio) hasta el contacto genital directo e inclusive la penetración (nivel 3 o grave) siendo conveniente para fines conceptuales considerar a esta, como el límite entre el abuso sexual y la violación.

Cabe mencionar que dicha categorización no alude a un orden de presentación o ejecución de conductas y pueden presentarse indistintamente ya que para el agresor consumar su agresión requiere de una serie de pasos denominados fases del abuso sexual.

2.3.1 Fases del abuso sexual según la Psicología.

El abuso sexual, está constituido por una serie de pasos en los que el agresor poco a poco va envolviendo a la víctima para que esta acceda a sus peticiones y lograr así su objetivo. Algunos autores (Gonzales, Azaola, Duarte y Lemus, 1993; Groth 1982; y Valladares, 1993) para comprender la dinámica del abuso sexual proponen las siguientes fases de interacción sexual (citados en Aguirre, 2002):

- 1. Fase de seducción.** El agresor convence a la víctima de que sus propuestas no son malas y son divertidas, puede ofrecer recompensas y si esta se niega, puede haber amenazas.
- 2. Fase de interacción sexual.** Generalmente se da de forma progresiva yendo desde la exposición semidesnuda hasta la penetración (situación en la que el abuso sexual se convierte en violación).
- 3. Fase de secreto.** El agresor requiere que la situación continúe para satisfacer y demostrar superioridad persuadiendo a través de amenazas o dándole un sentido atractivo al secreto.
- 4. Fase de descubrimiento.** Puede ser accidental o por revelación de la víctima situación ante la cual se desencadena la crisis familiar, APSIQUE (2001) le denomina **fase de divulgación**.

5. Fase de negación. En el forcejeo por salir de la crisis, la reacción más común de la familia es negar el hecho, su importancia o los efectos del mismo obligando a la víctima a callar en un intento de “volver a la normalidad”, APSIQUE (2001) le denomina **fase represiva**.

En relación al abuso sexual de adultos Wilwood (1995), Pérez y Borrás (1996) y APSIQUE (2001) afirman que este involucra las mismas conductas exhibicionistas, de tocamiento, manipulación genital, etc. que en los casos de abuso sexual infantil ya que “el sexo es el arma contra la víctima y este es el mismo aunque se tengan 6, 14 o 18 años, incluso la mayoría de edad” (citados en Güido, 2007).

En términos generales, se puede decir que el abuso sexual lo constituyen los actos de naturaleza sexual impuestos por una persona (menor de edad o adulto; hombre o mujer) sobre otra persona (menor de edad, adulto o alguien incapaz) que no desea consentir el hecho, valiéndose de coerción, chantaje, engaño o manipulación.

Con respecto a la violación, Arce y Castro (1998) afirman que es una expresión de violencia, rabia y agresividad más que un acto sexual que tiene como objetivo la demostración de poder mediante un ataque sexual (citado en Hernández y Gallardo, 2000).

Finalmente, Sullivan y Everstine (1997) utilizan el término de **trauma sexual** como sinónimo de Abuso sexual explicando que “comprende todo el rango de categorías físicas (agresión sexual, hostigamiento, copulación, violación oral forzada, sodomía, incesto, exhibicionismo pedófilo) así como sucesos traumáticos de la niñez con un trasfondo sexual, como son el haber presenciado el acto sexual o una conducta inapropiada o seductora por parte de un adulto” (citado en Hernández y Gallardo 2000).

De ese modo, Sullivan y Everstine (1997) agrupan todas las agresiones sexuales en un solo concepto y enfatizan mediante el empleo de la palabra “trauma” el impacto psicológico generalizado que cualquier tipo de exposición o contacto inadecuado a material, información o situaciones sexuales tiene sobre la integridad psicológica de las víctimas.

2.4. Similitudes interdisciplinarias al diferenciar el abuso sexual de la violación.

En conclusión, los abusos sexuales son atendidos por una gran variedad de profesionales (médicos, trabajadores sociales, psicólogos, policías, abogados, forenses y jueces). Redondo y Ortiz (2005) describen que cada profesional tiene preferencia por nombres específicos tales como: ataques al pudor, estupro, violación, sodomía, pedofilia, pederastia, incesto, etc. no siempre mutuamente excluyentes y en ocasiones, un tanto eufemísticos. Esta amplia terminología, sugieren ha invadido la literatura de cada una de sus disciplinas creando cierta incertidumbre en los profesionales ante la cual, cada uno de ellos ha buscado establecer dentro de sus áreas de conocimiento definiciones cada vez más precisas del abuso sexual.

En general, la violación tiene varias similitudes con el abuso sexual puesto que ambos son delitos de índole sexual; ambos atentan la integridad física y psicológica de las personas, ambas son problemáticas donde se manifiesta una fuerte asimetría de poder entre víctima y agresor y el porcentaje de casos denunciados es muy bajo en comparación con los índices de ocurrencia. No obstante, existen aspectos comunes interdisciplinarios al puntualizar las diferencias claves entre ambos actos que es necesario especificar para fines descriptivos y conceptuales:

- ✓ La **violación** se define claramente como la penetración del cuerpo de la víctima por vía vaginal, anal u oral generalmente (no siempre) por un

agresor desconocido para la víctima y que ocurre solo una vez (generalmente), ya sea en lugares públicos o privados siendo un acto altamente violento que se vale de la fuerza física e inclusive de armas.

- ✓ En el **abuso sexual** las acciones del agresor son más sutiles (tocamientos y exhibicionismo esencialmente) y no implican penetración del cuerpo. Generalmente (no siempre), el agresor es una persona conocida por la víctima, ocurre en repetidas ocasiones en lugares privados y seguros para el agresor y no requiere de fuerza física pues su móvil es el engaño, la manipulación o el chantaje.

Cabe señalar, que una situación de abuso sexual en estado muy avanzado puede tender a la violación de la víctima. Por ello, en los casos de **violación infantil**, las características definitorias de la violación no aplican al pie de la letra ya que:

- ✓ El agresor generalmente es una persona conocida por el niño, puede ocurrir en repetidas ocasiones sin el uso de violencia debido a que las víctimas son pequeñas y pueden ser sometidas por el uso de la autoridad, el engaño, las amenazas, sobornos o el poder del adulto y ocurre en lugares privados y seguros para el agresor.

Por su parte, la **violación de adultos** ostenta mayor violencia y agresión física, debido a que las víctimas tienen mayor posibilidad de oponer resistencia física siendo más necesario para el agresor el uso de la fuerza, el ataque y armas de intimidación para la consumación del acto.

Finalmente, Hartman y Burgues (1989) acuñan el termino de **explotación sexual** a “aquellas situaciones en las que un niño es forzado (ya sea de manera física o psicológica) a realizar actividades sexuales, interviniendo siempre un motivo económico distinguiendo con ello el abuso de la explotación sexual infantil (citado en Cantón y Cortés, 2004).

Referente a los abusos sexuales que sí son denunciados, desde su descubrimiento inicia para la víctima y su familia un proceso de afrontamiento donde la reacción familiar ante la noticia incluye actitudes iniciales de incredulidad, de ira hacia el agresor (inclusive hacia la víctima), llanto, alarma y otras conductas congruentes con la idea de que “algo terrible e irreparable” le ha ocurrido a la víctima de abuso y que ello, “es la peor desgracia que alguien puede vivir” (Hernández y Gallardo, 2000).

La falta de claridad con la que se ha presentado a la sociedad este fenómeno, los tabúes sexuales y el estigma social que pesa sobre las víctimas propician estas reacciones que, aunadas a las evaluaciones médicas y psicológicas (que las instancias legales requieren para la detención y procesamiento del agresor), recrudecen la carga negativa del evento y en ocasiones son experimentadas por la víctima como más estresantes y agresivas que el abuso sexual en sí mismo, o como una revictimización (Redondo y Ortiz, 2005).

Por lo anterior, diversas instancias legales, educativas, de salud, sociales, etc. han implementado acciones preventivas en contra del abuso sexual, no obstante es claro que han sido insuficientes: el abuso sexual es un problema de grandes dimensiones en donde, si es reprobable el hecho de que ocurra, es todavía más alarmante que la mayoría de abusos sexuales ocurren más de una ocasión (Casado, et al. 1997).

Casado et al. (1997) estiman que la repetición del abuso sexual aumenta la posibilidad de que los efectos sean especialmente graves yendo desde la ansiedad, sentimientos de culpa, depresión, fracaso escolar, conducta sexualizada, etc. hasta el huir de casa, delincuencia, precocidad sexual, intento de suicidio, drogadicción, prostitución y miedo a la sexualidad (citado en Güido, 2007).

Si bien es cierto, que existen conductas compartidas por las víctimas de abuso sexual, existen personas que no presentan sintomatología alguna después de dicha experiencia. Por ello, las consecuencias a corto y largo plazo ampliamente referidas por la literatura, deben ser consideradas como puntos de referencia clínicos y no como las secuelas forzosas de un abuso sexual porque como expresan Serrato y Pérez (1998) “el abuso sexual genera sentimientos de confusión emocional, miedo pero inclusive placer para el abusado” (citado en Ramos et al. 2001). Por lo tanto, la experiencia del paciente debe ser analizada en función de las cogniciones, emociones y conductas específicas que presenta como producto de la vivencia global que ha construido del hecho.

CAPÍTULO 3. ATENCIÓN PRIMARIA DEL ABUSO SEXUAL RECIENTE.

En la recepción de un caso de abuso sexual, son varios los profesionales involucrados (médicos, psicólogos, abogados, policías, trabajadores sociales, etc.) y diferente su colaboración en la atención del caso.

Así, tratándose de un abuso sexual ocurrido recientemente, la demanda de consulta y evaluación por puede ser solicitada por:

- ☺ Los padres y/o tutores del menor.
- ☺ El fiscal en unas diligencias informativas.
- ☺ El juez para la instrucción del caso o como prueba para el juicio oral.
- ☺ Un equipo o profesional que ha detectado la situación.

Ante ello, Alonso, Hernández y Petitbò (2000) refieren que siempre debe darse a conocer al examinado y/o a sus tutores quién pide la evaluación y obtener el consentimiento informado. Además, indican que para la evaluación del abuso sexual no es necesario entrevistarse con el presunto agresor a menos que, la demanda de evaluación lo requiera textualmente, situación ante la cual la evaluación del menor y la del sospechoso deberán ser realizadas por equipos diferentes.

Por su parte, Aguirre (2001) señala como objetivos de la evaluación psicológica del abuso sexual infantil, considerando para su realización qué: **1)** cuanto antes mejor, **2)** se está frente a un menor y **3)** ante una sospecha de delito:

- Delimitar cuál ha sido la situación sufrida por el menor y especificarla lo más ampliamente posible.

- ☑ Valorar cuáles son las medidas de protección y tratamiento que requiere.

De ese modo, Cuando el abuso sexual infantil cursa un proceso legal, el papel del psicólogo adquiere especial relevancia en cuanto a la evaluación pericial del testimonio, pues éste constituye en muchos casos la única prueba con la que se cuenta para denunciar el hecho. Por ello, Alonso et al. (2000) señalan los criterios deontológicos relativos a la evaluación pericial de testimonio (*ver anexo 3*).

No obstante, Alonso et al. (2000) aclaran que en un caso de abuso sexual que cursa un proceso legal, el diagnóstico clínico por sí mismo no sirve para validar una situación de abuso sexual infantil o maltrato infantil pero aporta datos para:

- Ψ Determinar los trastornos de desarrollo que puedan interferir su testimonio o incrementar las secuelas.
- Ψ Establecer el nivel de afectación psíquica y determinar la necesidad de tratamiento.

Cabe señalar, que Alonso et al. (2000) aclaran que dada la diversidad de roles y de instituciones desde los que actúa el psicólogo se plantea la necesidad de diferenciar los objetivos, procedimientos y métodos más apropiados a cada contexto ya que existen algunos roles que son incompatibles como:

- Ψ Las intervenciones de los equipos oficiales de protección a la infancia han de diferenciar claramente en cada caso la dimensión evaluativa-administrativa de la terapéutica.
- Ψ Las intervenciones del ámbito clínico o psicosocial son incompatibles con la actuación como forense o perito en el campo judicial. Bajo requerimiento judicial, previa autorización por parte del paciente, el psicólogo puede intervenir como testigo cualificado, pero informando exclusivamente de los

hechos conocidos a través de la asistencia que sean relevantes para el procedimiento que se sigue.

- Ψ Los psicólogos que intervengan como peritos no realizarán intervenciones terapéuticas en el mismo caso, de acuerdo con lo señalado en las cláusulas de exclusión de la Ley y en los criterios deontológicos.
- Ψ La misma precaución deberán tener los profesionales mediadores, que evitarán intervenir en la evaluación y tratamiento de los casos en los que hayan efectuado o intentado la mediación.

Así, el psicólogo, este debe estar listo para realizar una intervención en crisis en cualquier momento (no solo como la atención inmediata a una situación emergente), sino como antesala a la canalización del paciente recordando que (Aguirre, 2002):

- Ψ Se debe creer a la víctima, pues rara vez se miente acerca de eso.
- Ψ No culparles, sino hacerles sentir que no tuvieron la culpa de lo sucedido.
- Ψ Evitar palabras que lo denigren o confunda a la víctima.
- Ψ Evitar preguntar las razones por las que se permitió la agresión.
- Ψ Escuchar y no juzgar.
- Ψ Ofrecerle ayuda pero no sobreprotección.

Por su parte, Slaikeu (1996) señala dos fases en el proceso de intervención en crisis:

a) La intervención en crisis de primer orden. Conformada por los primeros auxilios psicológicos que se otorgan en las primeras horas de la crisis (ya sea por un psicólogo u otro profesional debidamente capacitado).

b) La intervención en crisis de segundo orden. Un proceso terapéutico integral llevado a cabo por un psicólogo para realizar una evaluación y tratamiento completo y profesional de resolución total de la crisis.

Tratándose de un abuso sexual ocurrido hace pocas horas, una intervención en crisis adecuada puede ayudar a la víctima o sus familiares a llevar acciones inmediatas como por ejemplo, permitir la realización de un examen médico prontamente (antes de las 72 horas). Ya sea para tomar acción legal o no, el examen médico es necesario para descartar la existencia de lesiones o enfermedades consecuencia de la agresión y en caso de existir darles oportuno tratamiento.

En ambas situaciones, se torna conveniente que el psicólogo conozca por lo menos, las generalidades de los exámenes médicos involucrados. Pese a que estos no son de su área de conocimiento y por lo tanto, se puede pensar que no le competen como profesional, esto no necesariamente es cierto: de conocerlos, el psicólogo tiene más elementos para reconfortar al paciente y prepararlo emocionalmente para los exámenes que le han de realizar o bien, para establecer una mayor empatía referente a la exploración médica sufrida o a sufrir basada en el conocimiento, por ello a continuación se describe brevemente las posibles evaluaciones médicas implicadas para la evaluación del abuso sexual en niñas, mujeres y niños.

3.1 Evaluación médica del abuso sexual en mujeres y niños.

Concerniente a la evaluación infantil, Casado et al. (1997) indican que como en cualquier otra evaluación pediátrica ante la sospecha de abuso sexual, se hace una detallada historia clínica que incluya: el patrón de crecimiento y desarrollo, hábitos de sueño y control de esfínteres. Asimismo, si existe la posibilidad de embarazo, el dato y carácter del último periodo menstrual es registrado.

Además, la documentación de enfermedades, lesiones u hospitalizaciones anteriores proporcionan información útil; infecciones recurrentes del tracto urinario, vulvovaginitis persistentes, sangrado de recto o vagina inexplicados tras evaluación médica obligan a considerar la posibilidad de abuso sexual. Así, la evaluación médica a las presuntas víctimas de abuso sexual consta de dos tipos de exámenes; **1)** la exploración física de la presunta víctima y **2)** los exámenes de laboratorio.

Concerniente a la **exploración física**, Redondo y Ortiz (2005) explican que el examen físico transmite confianza tanto a la familia, como al niño acerca de su estado físico y se realiza con el objetivo de detectar:

- ✓ Lesiones anogenitales secundarias o sugestivas de abuso.
- ✓ Signos de abuso o desatención.
- ✓ Trastornos que precisen tratamiento médico.

En la mayor parte de los casos el examen físico es normal en niños incluso con la confesión de penetración por parte del abusador. “Muchos tipos de abuso sexual no incluyen penetración y no producen lesiones físicas además de que, un número considerable de asaltos sexuales ocurren sin eyaculación o daño del himen” (Casado et al. 1997).

Además, es vital (sobre todo en infantes) considerar la situación emocional de la víctima que puede estar dominada por el miedo y la inquietud. Por ello, Casado et al. (1997) enfatizan las siguientes formas de proceder:

- Ψ Tomar el tiempo necesario para preparar al niño y escuchar sus confidencias (una actitud relajada, cariñosa o comprensiva es lo que la víctima necesita para tranquilizarse).

- Ψ Utilizar un lenguaje adecuado a la edad de la víctima para explicar que la razón del examen no es por su posible culpabilidad.

- Ψ Que el médico asegure al niño que el examen no le producirá dolor y que lo suspenderá si lo desea.

Loredo (1990) afirma que examinar por la fuerza a un niño aterrorizado es contraproducente y que en tal caso es preferible posponer el examen (citado en Casado et al. 1997).

Otro aspecto vital es que durante el examen, el médico esté acompañado por otro profesional. Tratándose de niños, Casado et al. (1997) sugieren que si es posible, el padre del mismo sexo que el menor debe estar presente durante la exploración. En el caso de niñas mayores se les dará la opción de que esté presente otra persona durante el examen, pues a veces la joven prefiere ser historizada y examinada en ausencia de familiares.

El examen debe ser completo pero breve para que no tenga que repetirse, evitando al niño una revictimización. Por ello, Casado et al. 1997) señalan la importancia de que el examinador esté familiarizado con la anatomía normal del menor y con la correcta terminología de los genitales. Para ello, es de utilidad disponer de una “carta genital” y otra “corporal” en donde se señalarán las anomalías observadas (*ver anexos 3, 4, 5 y 6*).

Loredo (1990) explica que el examinador respetará el lógico pudor del paciente, cubriendo su cuerpo y exponiendo solamente la parte que va a ser examinada (citado en Casado et al. 1997).

Por otra parte, Blumenthal (1994) sugiere empezar el examen con el procedimiento menos invasivo; el cabello será examinado en busca de semen o sustancias extrañas, se continuará con el resto del cuerpo y sin olvidar la cavidad

oral y zona perioral. La piel, zona mamaria, región perirrectal, vulva y otras zonas sospechosas de estar contaminadas también serán examinadas (citado en Casado et al. 1997).

Retomando a ambos autores; considerando la necesidad de una exploración física completa y el respeto al pudor del paciente, creemos conveniente ir exponiendo solamente las zonas corporales a examinar evitando así, dejar al paciente en la completa desnudes. Con esta actitud el paciente no solo percibirá un trato empático sino además, reduciremos sus posible sensaciones de agresión, vulnerabilidad y otros sentimientos que pueden recrudecer el examen médico.

Posteriormente, se procederá a la evaluación anogenital. En general, en niños y niñas prepuberales esta se limita a la inspección visual del área externa.

Casado et al. (1997) advierten que la inspección interna con espéculo no se hace de forma rutinaria en menores de edad, salvo que exista la sospecha de lesión interna o se trata de un asalto sexual súbito y deba obtenerse una muestra. Una anoscopia o proctoscopia es susceptible de realizarse ante la sospecha de lesión interna o patología. Una lesión interna es sospechada en presencia de hemorragia, fiebre o abdomen agudo. Igualmente, dada la importancia de obtener fotografías de las lesiones, técnicas de magnificación como el colposcopio son útiles al incrementar de 5 a 30 veces las imágenes, no es invasivo, definir claramente evidencia de lesiones antiguas o recientes y permite identificar una transección himeneal así como la neovascularización que ocurre tras la curación.

Así, el examen vaginal es realizado en último lugar para el cual, el estado de relajación del paciente y la técnica usada por el examinador tienen un efecto significativo sobre la visualización de los tejidos de interés. Casado et al. (1997) explican que el examen en posición decúbito supina separando los labios con los dedos del examinador es una excelente técnica para visualizar el periné y el

vestíbulo sin embargo, esta posición no abre suficientemente el orificio himeneal que aparece más pequeño (*ver figura 1*).

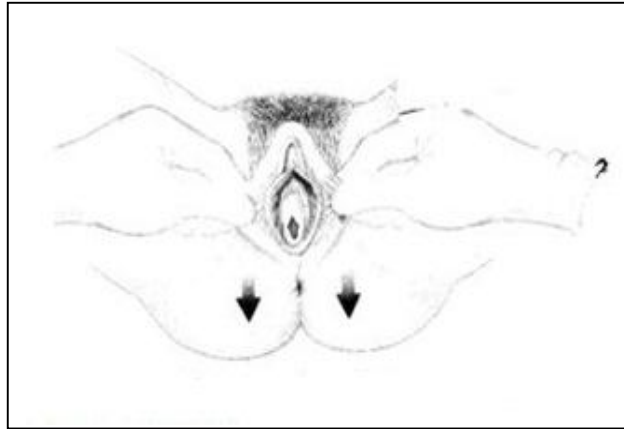


Figura 1. Posición decúbito supina con separación de labios mediante la técnica de pinzas.

Por otra parte, Redondo y Ortiz (2005) explican que la valoración del himen se realiza mediante separación labial y tracción mientras que generalmente, se recurre a la posición supina con separación de extremidades para la exploración genital (*ver figura 2 inciso B*) aunque la posición genupectoral también es útil (*ver figura 2 inciso A*).

Por su parte, Casado et al. (1997) también proponen como mejor posición para visualizar los tejidos la genupectoral pero señalan que no siempre puede usarse y plantean como posición intermedia la posición de “rana” con tracción de los labios (*ver figura 2, inciso C*). No obstante, también señalan que muchos niños pequeños están más cómodos sentados en el regazo de su madre (*ver figura 2, inciso D*).

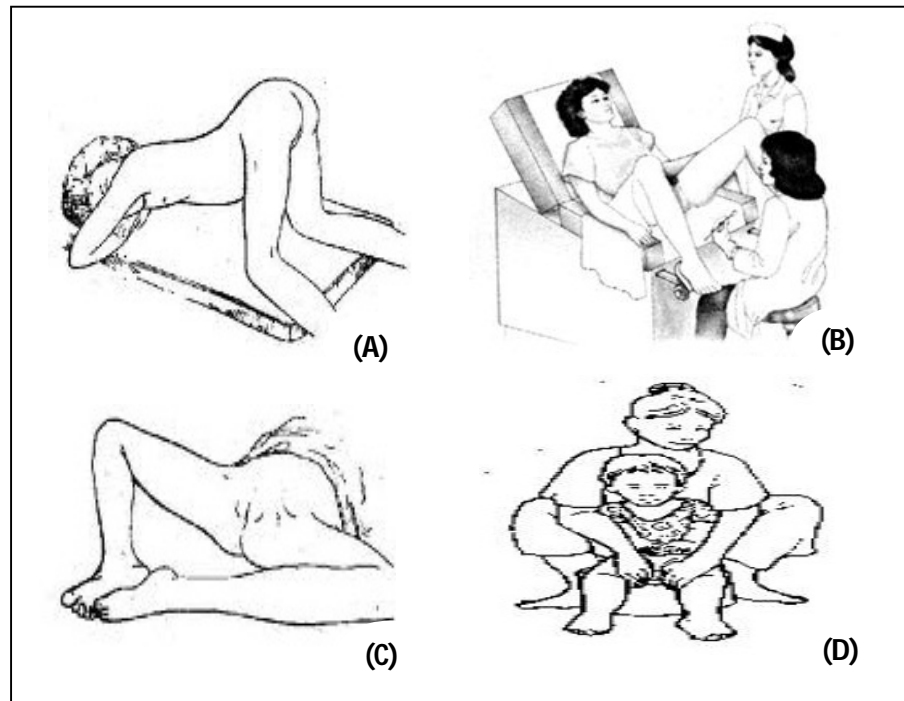


Fig. 2. Donde **A)** Posición genupectoral, **B)** Posición decúbito supino con separación de extremidades, **C)** Posición de rana, **D)** Niño sentado con su madre.

Ya sea utilizando la posición supina con separación de extremidades o bien, la de “rana”, el colposcopio ha demostrado su utilidad aunque no es imprescindible, ya que con un simple otoscopio se puede conseguir un aumento razonable. De hecho, no hay mucha diferencia entre los dos métodos (Muram & Elias,1989; citado en Redondo y Ortiz,2005).

Acerca de las víctimas infantiles, Redondo y Ortiz (2005) reportan que la mayoría de las niñas no presentan lesiones en los genitales (probablemente debido al retraso de semanas o meses en denunciarlo) no obstante, otras presentan lesiones agudas (laceraciones, abrasiones, hematomas, hendiduras en V en el borde posterior del himen, disminución del tejido himeneal, cicatrices en la horquilla posterior, etc.). Por ello, sugieren categorizar los hallazgos físicos en orden decreciente según de especificidad diagnóstica según:

1. Signos específicos o diagnósticos de abuso sexual. Incluso sin el antecedente de abuso estos pueden ser:

- **Evidencia de eyaculación.** Presencia de semen, esperma o antígenos y/o enzimas específicos del semen o embarazo (en ausencia de una relación sexual consentida).
- **ETS.** Sífilis no perinatal o gonorrea no perinatal.
- **VIH** no adquirida por vía perinatal o intravenosa.
- **Lesiones genitales o anales.** Laceraciones, abrasiones, contusiones, cortes transversales, avulsiones, hematomas, equimosis, petequias, marcas de mordedura, etc. En ausencia de una explicación accidental adecuada:
- **Abertura himeneal.** Agrandada para su edad, con signos asociados de ruptura (en ausencia de una explicación adecuada o quirúrgica), ausencia de himen, áreas descarnadas, remanentes de himen, cortes transversales curados o cicatrices y significativa distorsión de la forma del himen.

2. Signos compatibles con abuso sexual. Aquí la anamnesis y la exploración pueden ser importantes para el diagnóstico al existir:

- **Otras ETS** no adquiridas perinatalmente. Tricomonas, clamidia, condiloma acuminado o herpes simple.
- **Rupturas del himen.** Concavidades angulares laterales o posteriores (escotaduras, fisuras), cortes transversales, ausencia, o menor cantidad de himen, cicatrices;
- **Cambios específicos del ano.** Cicatrices o colgajos anales fuera de la línea media, dilatación superior a 15 mm sin materia fecal en la ampolla, irregularidades del orificio anal después de una dilatación total.

- **Dilatación pronunciada de la abertura del himen** en diferentes posiciones de examen.

3. Signos a veces secundarios a abuso sexual, pero que también tienen otras causas. La anamnesis y otras investigaciones son importantes para el diagnóstico cuando existe:

- **Vaginosis** bacteriana, **fusiones labiales** externas en niñas que no usaban pañales desde varios años atrás y sin otra causa de irritación labial, **friabilidad** de la horquilla.
- **Otros cambios en el ano.** Dilatación anal menor de 15 mm reiterada, acortamiento o eversión del canal anal, fisuras perianales, piel perianal engrosada y disminución de los pliegues.
- **Erección persistente** del pene durante el examen de varones prepúberes.

4. Signos rara vez secundarios a abuso. Estos pueden ser signos:

- **Vestibulares.** Eritema, folículos linfoides en la fosa navicular, zonas avasculares en la línea media de la fosa navicular.
- **Uretrales.** Bandas periuretrales, dilatación uretral con la tracción de los labios.
- **En el himen.** Pequeños montículos, proyecciones o remanentes con anatomía himeneal, por lo demás normal, concavidades anteriores del himen, lisas, curvas y/o poco profundas, himen imperforado.
- **En los labios.** Fusiones pequeñas, fusiones más extensas en niñas que aún usan pañales, zonas avasculares en la línea media de la horquilla.
- **En la vagina con himen normal.** Rugosidades, pliegues.
- **En el ano.** Eritema, hiperpigmentación, congestión venosa después de 2 minutos en posición genupectoral, colgajos o pliegues cutáneos

en la línea media y por delante del ano, zonas lisas en la línea media, por delante o por detrás del ano, episodio único de dilatación anal < 15 mm, dilatación anal con materia fecal en la ampolla, aplanamiento del borde y de los pliegues del ano durante su dilatación, candidiasis anal), aunque generalmente, los hallazgos de lesiones anales son raros.

Casado et al. (1997) exponen que en general, si los labios menores aparecen hinchados, enrojecidos o erosionados la paciente ha sido vaginalmente penetrada y que igualmente un desgarramiento indica penetración. Por otra parte, explican que si el himen está intacto pero se aprecia dolor al intentar suavemente el tacto vaginal, se desistirá del mismo y las muestras serán recolectadas desde la superficie del himen y el vestíbulo solamente. Entonces, el examen continuara bajo las siguientes consideraciones:

1. Cualquier evidencia de traumatismo por mínima que sea, en cualquier parte del cuerpo, será documentada descriptivamente utilizando la “carta corporal” y será fotografiada.
2. Examen de periné y recto: se hará con las mismas normas.
3. Examen de los genitales femeninos: cualquier lesión en esa area será descrita y fotografiada.
4. Examen del himen. El tipo y condición es muy importante y puede ser categorizado como:
 - Intacto
 - Intacto pero con escoriación
 - No intacto e indicando reciente ruptura
 - Roto pero cicatrizado.

Finalmente, un himen intacto puede ser clasificado en: a) puntiforme, b) normal, c) cribiforme, d) septado, e) patente, f) imperforado, g) hendido y h) excéntrico a la derecha (*ver anexo 7*).

Cabe mencionar que Casado et al. (1997) indican que un himen intacto pero dilatado que admite el dedo del examinador sin molestias, se considera indicativo de manipulación sexual repetida o previa relación no reciente. Pero si el himen esta dilatado o roto pero cicatrizado, se examinará la vagina y el cérvix.

Blumenthal (1994) indica que cuando el himen ha sido lesionado por intento de penetración penil, la lesión ocurre usualmente en la parte posterior, entre la posición 3 y 9 del reloj y la horquilla posterior. No obstante otros autores señalan que en la penetración la porción del himen más frecuentemente dañada es la línea media (posición 6 del reloj) en su unión con el borde del introito (citado en: Casado et al. 1997).

Por su parte, Casado, et al. (1997) indica que se prestara especial atención a la forma y tamaño del orificio himineal. Este puede ser liso o cerrado. Obviamente, el tamaño incrementa con la edad; desde menos de 1mm en la infancia a 7mm a los 10 años. Desde el punto de vista forense, lo que interesa es sobre todo el diámetro himeneal máximo comparado con la medida estándar para cada edad (*ver tabla 3*).

Edad (años)	Posición de Rana	Posición Genupectoral
< 2	2mm	3mm
2-5	8mm	7,5mm
5-8	9mm	8,5mm
8-10	10,5mm	11mm

Tabla 3. Fuente: Tamaño del himen en relación a la edad y la posición exploratoria.

El diámetro himeneal puede ser obtenido usando una pequeña regla milimetrada o mediante fotografía colposcópica del área genital en donde es necesario tener en cuenta, que los tejidos genitales son elásticos y por tanto, hay un margen de error intrínseco en estas mediciones estáticas. Ambos diámetros, vertical y horizontal serán medidos entre las posiciones 6 y 12 (vertical) y 3 y 9 (horizontal) de las agujas del reloj.

Por otra parte, Redondo y Ortiz (2005) refieren que las anomalías en los genitales masculinos son inusuales, aunque a veces se han encontrado laceraciones resultantes de la penetración, hematomas, engrosamiento de los pliegues o rugosidades, distorsiones anatómicas debidas a las cicatrices, dilatación anal superior a 2,0 cm (niño en pronación y sin heces visibles en la ampolla rectal), eritema y congestión venosa.

Por su parte, Casado et al. (1997) reseñan que cuando los niños presentan lesiones pueden consistir en contusión del pene, pero que eso no es muy común. La afectación anal y rectal son más frecuentes. El ano será examinado con el niño en posición lateral izquierda (ver figura 3) en busca de dilatación, ingurgitación venosa, hematomas, fisuras, escaras o laceraciones. Estas últimas pueden extenderse desde la mucosa rectal hasta la piel perianal.

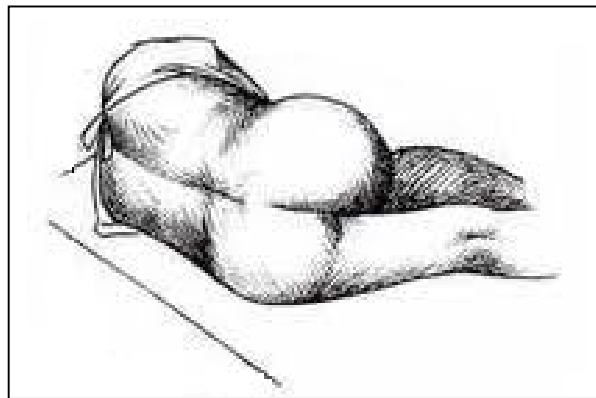


Figura 3. Posición lateral para exploración de varones.

Para diferenciar las lesiones en genitales masculinos debidas a un abuso sexual o accidente, Kadish, Schunk & Britton (1998) realizaron un estudio de casos y controles con 88 pacientes. En los 44 abusados se encontró un 100% de lesiones anales y en un 5% laceraciones peneanas, mientras que en el grupo accidental se encontraron laceraciones en escroto en el 36% y en el pene en el 15%, pero no se encontraron lesiones anales aisladas (citado en Redondo y Ortiz, 2005).

Por otra parte, Casado et al. (1997) señalan que niños que han sido repetidamente sodomizados pueden presentar un signo característico que es la disminución de grasa alrededor del orificio anal. Asimismo, penetraciones anales repetidas pueden producir adelgazamiento de la piel perianal y dilatación anal mayor a 15mm transverso con el niño en posición genupectoral.

En resumen, el reconocimiento de hallazgos físicos anormales en una presunta víctima se basa precisamente en el conocimiento de la normalidad. De no existir este conocimiento previo, se pueden interpretar erróneamente ciertos rasgos anatómicos normales (Chadwick, Berkowitz & Kerns, 1989; citado en Casado et al. 1997).

Ciertos factores como la edad, el grado de desarrollo sexual, el estado de relajación y el método utilizado por el examinador contribuyen a la variable apariencia de los hallazgos anatómicos. Para interpretar correctamente tales hallazgos es esencial conocer los cambios que ocurren normalmente en los genitales y en los tejidos perianales en relación a la maduración.

Por ejemplo, Chadwick, Berkowitz & Kerns (1989) explican como los estrógenos maternos desaparecen en el recién nacido pero su efecto puede persistir hasta los dos años de edad, periodo durante el cual el himen es grueso y redundante. Hacia la edad de 3 o 4 años adelgaza y se convierte en una delgada membrana para al acercarse la pubertad, tornarse nuevamente grueso y redundante (citados en Casado et al. 1997).

Tales cambios pueden preceder en varios meses a los estadios de Tanner del desarrollo de caracteres sexuales secundarios y provocarán confusión si no se sabe que son fisiológicos. Igualmente referente a la región perianal mencionan que, además del aspecto característico del esfínter anal, puede encontrarse en los niños no abusados algunas variaciones como pigmentación perianal, congestión venosa o algún apéndice cutáneo.

Referente a **las pruebas de laboratorio**, Redondo y Ortiz (2005) indican que tres son los objetivos fundamentales de las pruebas complementarias siendo el primero detectar la presencia de:

- 1) **ETS**. Las pruebas pretenden detectar gonorrea, sífilis, tricomonas, clamidia, condilomas acuminados, vaginosis bacteriana, herpes simple, VIH, hepatitis B y C.

Cabe mencionar, que según Pickering (2000) aprox. sólo un 5% de las víctimas de abuso sexual adquieren una ETS como resultado de la agresión. Además, también es importante saber que según Ingram, Everett, Flick, Russell & White (1997) la frecuencia de ETS en preadolescentes es baja, como se demostró en un estudio con preadolescentes en que se encontró gonorrea en un 3,4% de los casos (citado en Redondo y Ortiz, 2005).

Así, Redondo y Ortiz (2005) citan al Committee on Child Abuse and Neglect (1999) y concluye que el abuso sexual es:

- **cierto** si hay gonorrea no perinatal, sífilis no perinatal, VIH no perinatal ni transfusional, clamidias no perinatal;
- **muy sospechoso** si hay tricomonas
- **sospechoso** si hay condiloma acuminado no perinatal o si hay herpes genital y

➤ **no concluyente** si hay vaginosis bacteriana.

Además, con respecto a los tres objetivos de las pruebas complementarias, el segundo objetivo fundamental es la detección de:

2) Semen. Si no han transcurrido más de 72 horas se puede detectar con luz de Wood, revelándose como un color entre verde azulado y naranja.

Dado que la mayor parte de los abusos sexuales son denunciados algún tiempo después de perpetrados Casado et al. (1997) sugieren que el examinador debe conocer el tiempo de supervivencia del semen (*ver tabla 4*).

	Espermatozoides	Líquido seminal
Vagina	6 días	12-18 horas
Ano	3 días	3 horas
Boca	12-14 horas	----
Ropa interior/ vestido	Hasta su lavado	Hasta su lavado

Tabla 4. Tiempo de supervivencia del semen para pruebas de laboratorio.

Mientras que el tercer objetivo de las pruebas de laboratorio es detectar:

3) Un posible embarazo en adolescentes. Si la víctima es una niña, siempre que esta haya tenido la menarquía se deberá realizar la prueba de embarazo. Lo fundamental a determinar será determinar si la víctima ya estaba embarazada antes del episodio de abuso o si el abuso produjo un embarazo.

Asimismo, concerniente a la toma de muestras ante la sospecha de una ETS, Redondo y Ortiz (2005) explican cómo deben ser tomadas y a que tiempos (*ver anexo 8*).

Para la toma de muestras, Redondo y Ortiz (2005) explican que ciertas técnicas de coloración pueden ser útiles para la detección de sustancias: el ácido acético confiere un color blanco a las mucosas infectadas por el virus del papiloma humano. Un algodón húmedo puede ser utilizado para identificar manchas de semen o esputos en la piel perineal o en otra parte del cuerpo. La presencia de semen no solo confirma el abuso sino que también permite identificar al perpetrador a través de su ADN. Asimismo, una lámpara de Wood es útil para identificar manchas de semen en la piel o en las ropas. Además, un nivel de fosfata ácida superior a 50 unidades por litro es un espécimen tomado de un niño víctima confirma que el menor ha sido sexualmente penetrado en los tres días previos.

Finalmente, a veces conviene repetir los estudios para enfermedad sexual, ya que los cultivos muy precoces en las horas siguientes al asalto, pueden ser negativos y tres meses después de la agresión se investigara un posible contagio de sífilis o VIH (Brodeur & Monteleone, 1994: citados en Casado et al. 1997).

Por último, cabe mencionar que ciertos traumatismos púbicos (como los producidos por una bicicleta) pueden hacer pensar en abuso sexual. O bien, algunas dermatopatías, lesiones congénitas e infecciones pueden ser confundidas.

Al respecto, Casado et al. (1997) la lesión dermatológica más frecuentemente confundida es el liquen escleroso que puede presentar una variedad de manifestaciones: desde la leve irritación de labios y mucosa vaginal hasta hemorragias subdérmicas de las áreas genital y anal. En ocasiones puede precisarse una punción biopsia para aclarar el diagnóstico. Pueden prestarse también a confusión: vulvovaginitis inespecíficas, cuerpos extraños, enfermedad intestinal crónica, adhesión labial, una carúncula o hemangiomas, prolapso uretral, fisuras anales por estreñimiento crónico.

Por ello, se sugiere que toda lesión perianal se considere sospechosa de abuso sexual y sea debidamente investigada para que la historia y la cuidadosa exploración permitan su diferenciación.

No obstante, existe la dificultad de que los hallazgos físicos en las víctimas de abuso sexual, pueden presentar una extraordinaria variabilidad y, puesto que muchas formas de abuso sexual no muestran hallazgos físicos un examen normal no excluye la posibilidad de que un abuso sexual haya tenido lugar.

En resumen, el diagnóstico del abuso sexual requiere un cuidadoso análisis de múltiples tipos de información: los hallazgos físicos, la historia clínica y ciertos datos de laboratorio deben combinarse con algunas evaluaciones psicológicas.

Por ello, a continuación se describen los aspectos a considerar para la recepción, evaluación y tratamiento psicológico de urgencia del abuso sexual (ocurrido recientemente), según el modelo de intervención en crisis propuesto por Slaikeu (1996).

3.2 La intervención en crisis de primer orden.

*“Las estrategias de resignación son más fáciles de establecer cuando son desastres naturales o accidentes de tráfico, pero cuando lo que fractura es la violencia intencional e injustificada generada por otros seres humanos es más difícil”
(Echeburúa, 2005).*

A lo largo de la vida se producen crisis que interrumpen bruscamente su historia y curso. Según Erikson (1979) estas pueden ser: a) evolutivas y b) circunstanciales.

- a) Las crisis evolutivas.** También conocidas como crisis del desarrollo, son predecibles por sobrevenir al cumplimiento de las etapas vitales desde la

niñez hasta la senectud. Cada etapa se relaciona con ciertas tareas del crecimiento y cuando hay interferencia en la realización de las mismas se hace posible una crisis común del:

- Nacimiento e infancia.
- de la pubertad y adolescencia.
- de la primera juventud.
- de la edad media de la vida.
- de la tercera edad.

Mientras que:

b) Las crisis circunstanciales. Son inesperadas, accidentales y dependen sobre todo de factores ambientales. Abarcan alteraciones emocionales y de la conducta ante pérdidas o amenaza de pérdidas de los aportes básicos (físicos, psicosociales y socioculturales que están interrelacionados). Algunos ejemplos son:

- Separaciones
- Pérdidas
- Muertes
- Enfermedades corporales
- Desempleo
- Trabajo nuevo
- Fracaso económico
- Incendios
- Accidentes
- **Violaciones y abuso sexual, etc.**

Ambos tipos de crisis interrumpen la trayectoria vital alterando el equilibrio emocional de quien las experimenta.

Respecto al abuso sexual, el (Centro de Ayuda a Víctimas de Violación [CAVV], 2006) señala que las técnicas de intervención en crisis son un instrumento recomendado para la recepción y manejo de pacientes agredidos sexualmente que llegan a consulta en estado de crisis.

Así, Benveniste (2000) explica que una crisis psicológica ocurre cuando un evento desborda excesivamente la capacidad de una persona de manejarse en su modo usual pero que, no se puede predecir crisis psicológicas de manera confiable basándose en los eventos que las preceden ya que, un evento que precipita una crisis en una persona no necesariamente lo hará en otra.

Asimismo, Fernández (2010) explica que cuando no es posible resistirse ni escapar el sistema de autodefensa humano se siente sobrepasado y desorganizado y los recursos habituales de afrontamiento resultan insuficientes y señala que del modo en que superen estas crisis dependerá:

- El restablecimiento saludable de dicho equilibrio emocional y continuación con una vida satisfactoria.

O por el contrario

- Un deterioro que haga no avancemos y nos quedemos estancados en ese momento de la vida y que a partir de ahí, esta gire en torno a ese suceso sin conseguir progresar.

Diversos factores van a influir en como vivamos las situaciones críticas y como las incorporemos en nuestra vida para continuarla de la forma más satisfactoria posible. Por ello, la intervención en crisis entiende a las crisis como:

“Un periodo de transición entre etapas de la vida, pues es en estos momentos y según la forma en que se organice el comportamiento, la crisis puede representar una oportunidad y reto para el desarrollo personal o un momento crítico de vulnerabilidad para el trastorno mental” (Slaikeiu, 1996).

En congruencia, Caplan (1964) refiere las crisis como un período transicional que si bien representa una mayor vulnerabilidad al trastorno mental, también representa una oportunidad para el desarrollo de la personalidad desenlace que dependerá de entre otras cosas, la forma en que se maneje la situación (citado en Fernández, 2010).

Asimismo, Erikson (1979) plantea la crisis no únicamente como un potencial patológico sino también, como una oportunidad de crecimiento y desarrollo ya que, a la vez que representa un riesgo, también implica una oportunidad de incorporar nuevos repertorios de afrontamiento y de autoconocimiento personal.

Por su parte, Fernández (2010) explica que las personas en circunstancias normales se comportan de forma eficaz, en situaciones excepcionales buscan en su repertorio de aprendizajes y experiencias anteriores, situaciones semejantes que les puedan servir de guía para afrontar la nueva situación pero cuando ésta, rebasa toda experiencia conocida se hace necesaria la intervención de profesionales de la salud mental que proporcionen el soporte de ayuda que demanda este tipo de circunstancias.

Martínez (2005) señala que así como existen diversas clases de crisis, existen diferentes técnicas y modalidades de tratamiento que se han utilizado para intervenir en una crisis. Pero que, pese a las diferencias entre intervenciones la modalidad estándar, la intervención en crisis comprende unas pocas sesiones, (habitualmente de 6 a 8), donde se intenta identificar el evento desencadenante de la crisis, evaluar el estado de los habituales mecanismos del individuo para

enfrentar situaciones difíciles y mediante un trabajo apoyador y directivo, ayudar al paciente a restablecer el equilibrio previo a la crisis.

Asimismo, Aguirre (2002) indica que las diferencias entre los distintos modelos de intervención radican en las tareas, objetivos y procedimientos de la misma pero que, no obstante, los principales objetivos de todo proceso terapéutico son:

- ✓ Reducir la confusión.
- ✓ Facilitar la toma de decisiones.
- ✓ Apoyar el cambio.

Cabe mencionar que Martínez (2005) define la intervención en crisis como una modalidad de tratamiento diseñada para ayudar a personas en crisis, independientemente del diagnóstico psicopatológico que se asocie con ellas.

A continuación, se describen los primeros auxilios psicológicos a retomar por el clínico al realizar una intervención en crisis de primer orden entendida como: una evaluación/intervención que se hace por primera con las víctimas de abuso sexual que después, debe ser seguida por la intervención de segundo orden o terapia de crisis.

3.2.1 Los 5 primeros auxilios psicológicos.

Slaikeu (1996) define una crisis como un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado por una incapacidad para manejar situaciones particulares utilizando los métodos acostumbrados para la solución de problemas.

Un abuso sexual implica la aparición de una crisis para la víctima y de darse a conocer, también para la familia ante lo cual, Hernández y Gallardo (2000) explican que las reacciones más comunes ante el hecho son cuestionarse: ¿Qué haremos ahora?, ¿Qué fue lo sucedido?, emplear la negación como un

mecanismo de defensa para reducir la crisis que se enfrenta, culpar a la víctima de lo ocurrido etc.

Por ello, Caplan (1964) define la intervención en crisis como aquella terapia breve de urgencia de tiempo limitado, como parte del proceso de ayuda para que las personas puedan recuperar el equilibrio después del incidente, que puede tomar de 1 a 6 semanas (citado en Fernández, 2010).

Slaikeu (1996) afirma que la primera ayuda psicológica necesita brindarse de inmediato (al igual que la asistencia física) siendo su objetivo principal **el restablecimiento del enfrentamiento inmediato**. Esta meta principal está compuesta de 3 sub metas que son:

1. **Otorgar apoyo.** “Es mejor para las personas no estar solas, en tanto soportan cargas extraordinarias”. Ello implica: permitir a la gente hablar para extender la cordialidad e interés y proporcionar una atmosfera donde la ira y el temor puedan expresarse. Además, se requiere reforzar la firmeza de la gente que solo es consciente de su propia debilidad durante la crisis.
2. **Reducir la mortalidad.** Dirigida a la salvación de vidas y la prevención del daño físico durante la crisis (suicidio, deambulacion peligrosa, agresiones, homicidio) al tomar medidas necesarias para hacer mínimas las posibilidades destructivas y desactivar la situación. Esto puede implicar:
 - ✓ Deshacerse de armas
 - ✓ Arreglar el contacto sostenido de un amigo de confianza por algunas horas
 - ✓ En algunos casos, iniciar la hospitalización de urgencia.
3. **Enlazar con fuentes de ayuda.** Dado que la crisis es un periodo en el que los suministros y recursos personales se han agotado, se fijan con precisión

las necesidades fundamentales para su remisión adecuada. Ya sea para terapia psicológica, asistencia legal, servicio social, etc. la remisión a otro asistente proporciona la misma orientación que descarga para el asistente, da dirección al proceso de asistencia y pone límites claros de lo que se espera de cada profesional.

Así, en la **intervención en crisis de primera instancia** “el seguir la tradición clínica limita las metas de restauración de enfrentamiento inmediato ante una crisis (pasar el día/ la noche y planear el mejor paso siguiente) al otorgar apoyo, reducir el peligro de muerte y enlazar con recursos de ayuda (Slaikeu, 1996).

Para la meta principal y las sub metas anteriores, Slaikeu (1996) explica como los **primeros auxilios psicológicos** conforman la intervención de primera instancia. Estos duran minutos o por lo mucho, horas siendo lo primero en realizarse:

1. El contacto psicológico. Implica escuchar y aceptar los sentimientos de la víctima de manera tranquila y controlada. También se le define como empatía o sintonización con los sentimientos.

Benveniste (2000) explica que las personas al estar agobiadas por sus emociones, los consejeros deben ayudarles a tranquilizarse conduciéndolos a un lugar callado, ofreciendo una taza de agua, permitiéndoles mostrar su emoción por un rato y luego ayudándolos a intentar hablar sobre lo que están experimentando. Sentarse con el paciente en silencio o permitirle su lamento es muy útil durante algún tiempo pero posteriormente será importante ayudarles a intentar hablar sobre lo indecible.

Labrador et al. (1998) explican que, realmente con el primer contacto con el cliente se produce la primera modificación del comportamiento. Así, la empatía (o sintonización de sentimientos) es una condición previa a cualquier actividad de asistencia, significa escuchar tanto los hechos como los sentimientos (además de

prestar atención al lenguaje no verbal) y la utilización de lineamientos reflexivos que denoten estamos escuchando lo que se nos dice por ejemplo:

- ✓ “puedo sentir, por la manera en que usted habla cuan perturbado se siente respecto a lo que ha pasado...”
- ✓ “parece que usted también está muy enojado acerca de lo que ha pasado”

Benveniste (2000) refiere que al contar la historia de su experiencia traumática, los pacientes pueden: llorar, reírse, gritar, susurrar, quedarse callados durante algún tiempo, evocar un recuerdo que traiga a su mente otra pérdida anterior (aunque no esté relacionada aparentemente) o mostrarse preocupados con algún aspecto de su historia que pudiera parecer insignificante ante lo cual, el terapeuta debe escuchar pacientemente y ayudar al paciente a retornar a su historia. Asimismo, menciona algunos estados emocionales frecuentes y sugiere maneras de abordarlos:

- ✓ Agobio por la emoción y dificultad para expresarse.
- ✓ Culpabilidad por sobrevivir al desastre mientras otros mueren o resultan heridos.

El consejero debe supervisar el riesgo suicida en estos pacientes y ayudarles en el duelo por sus pérdidas invitándolos a hablar sobre las personas y cosas que han perdido siendo útil preguntarles si su fallecido habría deseado que el paciente sufra la culpa por sobrevivir o, si por el contrario, hubiese deseado que él continúe viviendo de una mejor manera. Esto tiende a cambiar el enfoque de la culpa por sobrevivir al luto.

- ✓ Sentimientos de haber causado la calamidad de alguna manera o que debieron haber hecho algo diferente para salvar a alguien.

Para este tipo de pacientes, es importante ayudarles a reconocer el miedo y la confusión propios de ese momento y la no responsabilidad y control de las conductas de los otros.

- ✓ Ninguna emoción en absoluto al relatar una historia de horror.

Para pacientes que embotados emocionalmente, el consejero puede señalar los sentimientos usuales que la mayoría de las personas podría tener en tales circunstancias y podría preguntar qué sentimientos podrían estar fuera de su vista.

No obstante, es importante recordar que si una persona reacciona aislando por completo la emoción, esto le es útil para protegerse de una emoción agobiante. Por lo tanto, es importante que el consejero respete las defensas del paciente y le dé tiempo para permitir que los sentimientos sobre la experiencia afloren (Cia, 2001).

Por su parte, Crow (1977) identifica el sentimiento de los concominantes afectivos usuales de las crisis como ansiedad, ira o depresión en: crisis amarilla, roja o negra respectivamente y advierte resistir la tendencia de quedar atrapado, ponerse ansioso, enojado o deprimido (citado en Slaikeu, 1996).

Después que la persona a contado su historia, Benveniste (2000) aconseja invitarles a que se sientan libres para contar su historia repetidamente sin sentir que son personas aburridas por el hecho de ser repetitivo ya que cada vez que se repite algún aspecto de la historia, pueden aparecer detalles que favorezcan alguna elaboración y faciliten la descarga de los afectos.

Por otra parte, Benveniste (2000) y Aguirre (2001) señalan como la mayoría de los principios del contacto psicológico también se aplica a los niños pero sin embargo, la gran diferencia, es que cuando los niños cuentan su historia, ellos tenderán a hablar más en el lenguaje del juego y con las metáforas de su imaginación. Como tal, serán útiles algunos lápices de colores, hojas de papel y juguetes o títeres para que puedan hacer un dibujo y/o contar una historia que reflejará sus preocupaciones en metáfora. Para ayudar al consejero a entender la metáfora es útil invitar al niño a hablar sobre el dibujo preguntando:

- “¿Qué puedes decirme sobre esto?”
- “¿Qué pasó antes de esta escena que nosotros vemos aquí en este dibujo?”

- “¿Qué va a pasar luego?”

Además, se puede anotar la historia mientras el niño la dicta al consejero quien después, leerá la historia nuevamente al niño para que comience a elaborarse. De esta manera, el consejero y el niño tienen la oportunidad de entrar en un diálogo sobre “el monstruo” o “la guerra” o “el gran animal” o cualquier otra metáfora que pudiera emplearse para hablar de sus preocupaciones sobre la experiencia traumática (Benveniste, 2000).

Por otro lado, algunas veces el contacto físico es más efectivo (tocar o abrazar a una persona que está muy perturbada) ya que un contacto suave o un abrazo sobre el hombro con frecuencia tienen un efecto calmante. No obstante, e algunas situaciones tocar a la persona es inadecuado y puede disminuir la interacción terapéutica por lo que los médicos clínicos deben ser sensitivos a cómo puede percibir el paciente tal contacto (Benveniste, 2000).

Así, los objetivos del contacto psicológico son:

- ⊕ Que la persona sienta que la escuchan, aceptan, entienden y apoyan.
- ⊕ La disminución de la intensidad de las emociones reduciendo el dolor de estar solo para al reconocer los sentimientos que se experimentan y aminorarlos...
- ⊕ Reorientar la energía emocional hacia hacer algo acerca de la situación.

Para después realizar la:

2. Evaluación de las dimensiones del problema. Implica la evaluación de los parámetros del problema enfocándose a tres áreas: pasado, presente y futuro inmediato determinando el funcionamiento CASIC: Cognición, Afecto, Somatismo, Interpersonal y Comportamiento (*ver anexo 9 o bien, capítulo 4, subtema 4.2.1*).

Así, el **pasado inmediato** remite a los acontecimientos que condujeron al estado de crisis, en especial el incidente específico que lo desato o precipito. También es

necesario poner especial atención en las fortalezas más aparentes (un trabajo estable) y sus principales debilidades o carencias personales (una autoimagen pobre) al indagar:

- Por qué la solución de problemas sufrió un colapso en este periodo en particular.
- Si ha pasado algo así antes.
- Por qué el/ ella no puede enfrentarse con la crisis ahora.

Con respecto a la indagación acerca de la **situación presente** implica las preguntas de “quien, que, donde, cuando, como” para saber quien está implicado, que paso, cuando y demás? Además es vital rescatar:

- Cómo se siente la persona ahora.
- Impacto de la crisis en la vida familiar, los amigos y su salud.
- Como se ha afectado su vida diaria.
- La naturaleza de las reflexiones mentales de la persona, material incluido en sus pensamientos, fantasías, sueños durante la noche y el día durante la crisis.
- Estado de las fortalezas y debilidades (actividades son parte del estilo de vida de la víctima y pueden apoyar a translaboración de la situación difícil, red social de apoyo, etc.).
- Evaluar el grado de mortalidad; homicidio, suicidio, etc. (*ver anexo 10*).

En relación al **futuro inmediato** de la víctima y su familia, se indagan aspectos como: si la víctima puede permanecer en su hogar y la necesidad de un alojamiento provisional en otro sitio, la pertinencia de explicar lo sucedido a las personas allegadas (hijos, conyugue, etc.), el cuidado necesario por varias horas o días, asistencia legal, rehabilitación vocacional, consejería matrimonial, **terapia individual para crisis**, etc.

Así, en términos generales la evaluación de las dimensiones del problema tiene como objetivo la jerarquización de las necesidades de la persona dentro de dos categorías:

- ☹ Conflictos que necesitan atención inmediata y
- ☺ Conflictos que pueden dejarse para después.

Benveniste (2000) señala que en medio de una crisis las personas pierden las perspectivas. Se ven inundadas de pensamientos y sentimientos que les dificultan el establecimiento de prioridades y como resultado, tienden a preocuparse mucho por las cosas que no pueden resolver y a evitar o ignorar las preocupaciones más inmediatas del momento que sí sería posible resolver. Por ello, con frecuencia tratan de lidiar con todos los conflictos al mismo tiempo siendo entonces, un papel importante del asistente es auxiliar con este proceso de ajuste.

Por otra parte, aunque el asistente puede no preguntar de manera directa acerca de cada una de las categorías mencionadas, las tiene en mente mientras escucha al paciente de modo que, se completan la mayoría de las veces a lo largo de su narración. Y sobre aquellas en las que falta información, se pregunta concisamente evitando con ello interrumpir en demasía el discurso natural del paciente. Además, las categorías proporcionan un mapa cognoscitivo que ayuda a dirigir la evaluación de las situaciones en crisis.

Posteriormente, el tercer componente de los primeros auxilios psicológicos es:

3. Analizar posibles soluciones. Implica la identificación de un rango de soluciones alternativas tanto para las necesidades inmediatas como para las que pueden dejarse para después. Una manera de estructurar el análisis puede ser a través de preguntar:

- ¿Qué has intentado hacer antes?
- ¿Qué has hecho ante otros problemas previos?

En caso de que el paciente ni siquiera contemple la idea que existen posibles soluciones se recurre a comentarios como:

- “Consideremos tan solo que pasaría si tu (por ejemplo hablaras con tus padres, etc.) ¿Qué puede pasar?”
- ¿Qué tipo de soluciones puede intentar alguien más?
- “piensa en alguien que pueda saber qué hacer ¿Cuáles serían las ideas de esa persona?”

De este modo, se adopta un enfoque paso a paso al preguntar primero que se han intentado hacer, para entonces llevar a la persona a generar alternativas en una lluvia de ideas junto al asistente. Se analizan los pros y contras en términos de ganancias y pérdidas de cada solución. Después aquellos son sintetizados y jerarquizados de modo adecuado a las necesidades inmediatas y aquellas que son postergables.

Cabe mencionar, que un principio básico de la intervención en crisis es poner a hacer a la gente tanto como pueda, (aun si solo es generar alternativas acerca de qué hacer en una situación particular) ya que así, se le **auxilia a obrar a partir de una posición de fortaleza antes que de debilidad** (Cia, 2001 y Fernández, 2010).

Solo después de diferenciar las necesidades inmediatas de las postergables, jerarquizarlas y determinar las soluciones más viables se procede a la:

- 4. Ejecución de acciones concretas.** Implica ayudar a la persona a ejecutar alguna acción concreta para manejar la crisis. El objetivo es muy limitado: dar el mejor paso próximo dada la situación de acuerdo a las alternativas de solución analizadas anteriormente.

Por otra parte, es necesario distinguir las circunstancias deterioran severamente la capacidad de un paciente para actuar de modo que el papel del orientador puede es:

- ✓ **Directivo.** Si existen una alta letalidad (peligro para el paciente, el asistente u otra persona) o el paciente no puede cuidar de sí mismo. Entonces, los recursos sociales se movilizan activamente para tomar una acción dominante (por ejemplo, la hospitalización de urgencia por suicidio).

O bien:

- ✓ **Facilitador.** Si pese a la fuerte perturbación emocional el paciente es capaz de manejar a casa, telefonar, permanecer solo, etc.

Dentro de las actitudes de función facilitadora se contempla la escucha activa y el dar consejos en un formato “Me preocupa lo que pueda sucederte. De veras creo que tu deberías...”.

Asimismo, en tales situaciones es frecuente el temor de los pacientes “a volverse locos”, “hacerse pedazos” o “perder el control” como si sus sentimientos fueran signo de enfermedad mental. Para un terapeuta es posible establecer lineamientos como:

- “Tú puedes pensar que estas enloquecido o enfermo de la mente, pero no creo que lo estés”
- “Dado que ha pasado todo esto, me sorprendería que no te sintieras desorganizado, confuso, sin ayuda. Me parece que presentas más bien una respuesta normal a incidentes anormales. Tu sabes, me preocupara por ti si n reaccionaras de manera tan fuerte a todo esto”.

De este modo, se evita que la persona se conciba como enferma mental ya que de lo contrario, se impone límites a su recuperación posterior. Por otra parte, la gente que visualiza su trastorno y desorganización como algo temporal y esperado ante circunstancias graves puede desarrollar una visión esperanzada de su propio futuro (Cia, 2001 y Echeburúa, 2005).

Por su parte, Benveniste (2000) sugiere tomar apuntes mientras se habla con el paciente, para al final de la sesión escribir un plan de acciones concretas para que el paciente pueda seguirlo y despedirlo con el plan en su mano cuidando aspecto

como: el escribirlo con caligrafía legible, numerar cada uno de los puntos y estructurarlo para que sea fácil leerlo. El plan puede contemplar aspectos tan simples y concretos cómo:

1. Anotaré mi nombre en la lista para alojarme en determinado albergue.
2. Iré a la agencia para buscar trabajo
3. Si me siento perturbado, hablaré con un consejero.

Asimismo, si el paciente es un niño, el plan debe entregarse al adulto a su cargo o debe archivar como parte de su tratamiento para el cuidado continuo del niño (Benveniste, 2000).

Finalmente, como último auxilio psicológico de primera instancia se procede al:

5. **Seguimiento.** Implica establecer un procedimiento que permita comunicación posterior con la víctima para saber si su problema se está solucionando efectivamente o se requiere de ayuda adicional.

Este puede suceder mediante encuentros cara a cara o vía telefónica para lo cual se habrá de especificar quien visitara o llamara a quien, el tiempo y lugar para contacto denominando a estos acuerdos “contrato para recontactar”.

Así, el seguimiento permite verificar si la solución llevada a cabo fue apropiada para la necesidad inmediata, seguida por los pasos de acción concreta y completado el enlace para las necesidades posteriores, de ser así, la responsabilidad del asistente con el paciente ha terminado (Benveniste, 2000).

Si por otra parte, estas condiciones no se han cumplido (la solución llevada a cabo no ayudo de la manera que se pretendía), entonces el asistente regresa al paso 2 (analizar las dimensiones del problema) a partir del cual, retomará y ejecutará la secuencia de los primeros auxilios psicológicos (*ver anexo 11*).

Cabe señalar, que haciendo un símil con la terapia cognitivo-conductual, los primeros auxilios psicológicos son un modelo de intervención afín al entrenamiento en solución de problemas con la diferencia que este, se adapta a

las emociones intensas de las situaciones de crisis y “la intervención en crisis es, por su naturaleza, muy corta...tiene lugar únicamente en una sesión siendo importante conducirla como un tratamiento de una sola sesión (Benveniste, 2000).

De este modo, el seguimiento da cierre a la intervención en crisis de primera instancia al determinar si se lograron o no las metas de los primeros auxilios psicológicos: suministrar apoyo, reducción de la mortalidad y el enlace con otras fuentes de apoyo.

Finalmente como despedida entre paciente y terapeuta, Benveniste (2000) sugiere que el terapeuta no debe preocuparse por ser demasiado neutral pues no es problemático que el consejero exprese tristeza o rabia con relación a la tragedia ocurrida, ofrezca consejo y desee suerte a su paciente y que, aunque el contacto físico es evitado en psicoterapia, los abrazos son comunes en las crisis. Una caricia tranquilizante o un abrazo a veces pueden representar toda la diferencia y que, mientras los consejeros necesitan no temer tocar a un paciente, deben a la vez respetar las necesidades de éste y recordar que a menudo se siente como un nervio expuesto y que el afecto físico a veces pudiera confundirlo.

Por su parte, Echeburúa (2004) hace algunas recomendaciones sobre aquello que se debe hacer y evitar durante una intervención en crisis de primera instancia (*ver anexo 12*).

Así, el seguimiento facilita otros pasos para la resolución psicológica total de la crisis y hace operativas las soluciones posteriores analizadas durante el análisis de posibles soluciones, por ejemplo la remisión a una subsecuente terapia de crisis. O bien, como Benveniste (2000) expresa no olvidar referir al paciente, (de ser necesario), a cualquier otro especialista que pudiera requerir en diversos campos.

Por otra parte, Benveniste (2000) reseña como consejeros de crisis han reconocido durante muchos años la manera en que algunas víctimas de trauma pueden parecer estar bien en los primeros días que siguen a la crisis, pero se desmoronan luego de una semana o dos, cuando ya se encuentran bajo

condiciones seguras en otro contexto siendo el seguimiento una vía de canalización para una intervención en crisis de segunda instancia.

CAPÍTULO 4. ATENCIÓN DEL ABUSO SEXUAL OCURRIDO TIEMPO ATRÁS.

“Cuando en el hogar hay una avería...si el desperfecto es de poca monta, por sí mismo o con ayuda de familiares se intenta arreglarla. Pero si es importante, se busca la asistencia técnica...Algo parecido ocurre en relación con los sucesos traumáticos” (Echeburúa, 2005).

En definitiva, las experiencias traumáticas sensibilizan a las personas y pueden hacerlas más vulnerables ante sucesos negativos posteriores, o bien, ayudarles a desarrollar a modo de vacuna, estilos de afrontamiento maduros para hacer frente a las contrariedades de la vida, pero ello dependerá en gran medida, de la búsqueda de ayuda profesional si es que se necesita. Echeburúa (2005) señala como indicadores de necesidad de terapia psicológica:

- Las reacciones psicológicas (pensamientos, sentimientos o conductas) perturbadoras duran más de 4 a 6 semanas.
- Cuando hay interferencia negativa grave en el funcionamiento cotidiano (familia, escuela, trabajo).
- El sentirse incomodo con sus pensamientos, sentimientos o conductas o desbordado por ellos.

Al respecto, Baca (2003) explica que muchas personas necesitadas de terapia pueden mostrarse reacias a buscar ayuda profesional, porque en cierto modo, implica reconocer debilidad e incapacidad de uno mismo para superar circunstancias difíciles (citado en Echeburúa, 2005).

Por ello, es necesario desde el primer contacto con el paciente, aclararle que en algún momento de nuestras vidas, todos hemos necesitado ayuda (por mínima que esta sea) para alguna cosa y que, pedir ayuda no lo hace más débil o incapaz,

sino por el contrario, es una decisión que implica valentía, aceptación de uno mismo y que conduce al autoconocimiento: el reconocer que no lo podemos todo y necesitamos de otros es un acto de madurez emocional.

Así, cuando las personas experimentaron recientemente un evento traumático, recibieron algún tipo de asistencia psicológica de urgencia (intervención en crisis de primer orden) y buscan ayuda profesional completa subsecuente, comúnmente es utilizado el modelo de evaluación CASIC el cual arroja, que dichos pacientes presentan síntomas propios del trastorno por estrés agudo (TEA).

Por otra parte, cuando los pacientes acuden a consulta tardíamente (hasta varios años después del suceso traumático) e inclusive, por un motivo de consulta que aparentemente no está relacionado con el suceso traumático, es común (dentro de la terapia cognitivo-conductual) la utilización la evaluación del análisis de secuencias que arroja, que dichos pacientes presentan síntomas comunes al trastorno por estrés postraumático (TEP).

A pesar de sufrir un evento traumático, Echeburúa (2005) muchas de las víctimas pueden continuar adelante y disfrutar la vida; transformando su tragedia en energía creadora y enriqueciendo su vida con actividades sociales útiles y gratificantes. Por supuesto, lo anterior depende en gran parte, de los apoyos recibidos y de un tratamiento adecuado, y la psicología tiene muchos caminos de resolución que ofrecer a quien busca de ella.

A continuación, se describe el procedimiento para la realización de una intervención en crisis de segundo orden cuando es:

- Atención psicológica posterior a los primeros 5 auxilios psicológicos. Donde, el tiempo de ocurrida la crisis es menor a 3 meses y que, gracias a haber recibido algún tipo de asistencia emocional, el paciente solo presenta síntomas como los del trastorno por estrés agudo (TEA).

O bien como la:

- Atención psicológica tardía, a falta de una intervención de primer orden. Donde, la crisis ocurrió hace mas de 3 meses y el no haber recibido algún tipo de asistencia, conlleva al trastorno por estrés postraumático (TEP).

Por último, no se olvidará que tratándose de una agresión sexual, al evaluar la existencia de TEA o TEPT, es necesario considerar que la víctima puede sentirse molesta por el sexo del evaluador y que la exploración insensible o prematura de acontecimientos que pudieron ser mortales, puede ser contraproducente para algunos pacientes y llevarles a evitar la asistencia (Ursano, 2006).

4.1 La intervención en crisis de segundo orden.

Según Slaikeu (1996) y Fernández (2010), la Intervención en crisis de segunda instancia o terapia de crisis es un **proceso terapéutico integral** llevado a cabo por un **profesional capacitado** para realizar una evaluación y tratamiento según el modelo teórico-práctico que maneje. Puede durar semanas o meses y su objetivo es la **resolución total de la crisis** al:

- ✓ Translaborar el incidente de crisis
- ✓ Integrar el incidente en la trama de la vida
- ✓ Establecer la apertura/disposición para encarar el futuro.

Así, Slaikeu (1996) apunta que la terapia para crisis surge donde los primeros auxilios psicológicos cesan, **siendo más efectiva cuando coincide con el periodo de desorganización de seis o más semanas de la crisis** dado que, alguna modalidad de la reorganización tendrá lugar durante este periodo y la asistencia incrementa la probabilidad de que dicha reorganización se dé hacia el

crecimiento y se aleje del debilitamiento. De modo que, los objetivos de la terapia de crisis son ayudar al paciente a:

- ✓ Sobrevivir físicamente a la experiencia de crisis
- ✓ Identificar y expresar sentimientos que acompañan a la crisis
- ✓ Obtener un dominio cognitivo sobre la crisis
- ✓ Realizar las adaptaciones conductuales e interpersonales que requiera la crisis.

Al realizar una intervención en crisis de segundo orden (como trabajo terapéutico posterior a la intervención en crisis de primer orden), se considerará la existencia de un posible TEA, trastorno que a continuación se describe.

4.2 Trastorno por estrés agudo (TEA).

Respecto al impacto de los sucesos traumáticos (recientes o de años atrás) por definición, el TEA (y el TEPT) son trastornos psiquiátricos que consisten en una serie de respuestas fisiológicas y psicológicas a la exposición a un acontecimiento relacionado con la muerte, lesión grave o una amenaza a la integridad física y cuando la reacción emocional experimentada implica una respuesta intensa de miedo, horror o indefensión (Ursano, 2006).

Por su parte, el DSM-IV aclara que la exposición puede ser debida a una experiencia directa o al hecho de haber presenciado e inclusive solo oído, algo acerca de un acontecimiento traumático causante de muerte real o amenaza de muerte, una lesión grave o la amenaza a la integridad física de uno mismo o de los demás.

Por desgracia, las agresiones sexuales pueden originar las respuestas fisiológicas o psicológicas necesarias para que se cumplan los criterios diagnósticos del TEA

(o un TEPT.) Así, la exposición a un acontecimiento traumático reciente o pasado es un primer elemento necesario para identificar ambos trastornos.

Por una parte, en términos generales, los criterios para el TEA se superponen considerablemente con los criterios del TEPT, aunque no son idénticos (*ver anexos 13 y 14*). A pesar de los principales síntomas forman parte de grupos de síntomas característicos de ambos trastornos, el TEA y el TEPT difieren en el número de síntomas de cada grupo que son necesarios para establecer un diagnóstico.

Además, después de un incidente altamente estresante, es común que las personas desarrollen un trastorno por estrés agudo (TEA) y con posterioridad un trastorno por estrés postraumático (TEPT) por lo que su evaluación debe contemplar ambos y permitir verificar la existencia de alguno de los dos; el DSM-IV expone la totalidad de criterios para un diagnóstico diferencial de TEA y TEPT (*ver anexos 15*). Por ello, a continuación se describe brevemente los lineamientos de evaluación para el TEA (Ursano, 2006).

4.2.1 Evaluación del TEA: modelo CASIC.

Siguiendo los planteamientos de la Intervención en crisis de Slaikeu (1996), se han desarrollado modelos de intervención con las características de ser breves y rápidos como el modelo CASIC (citado en Fernández, 2010).

Así, Slaikeu (1996) propone la evaluación de los cinco subsistemas de la persona: **C**onductual, **A**fectivo, **S**omático, **I**nterpersonal y **C**ognoscitivo (CASIC) como foco de la terapia para crisis (*ver anexo 9*).

El **sistema conductual** refiere a la actividad patente; trabajar, jugar y otros patrones vitales importantes como el ejercicio, dieta, sueño, el uso de drogas, alcohol y tabaco dando atención a los excesos y las carencias, antecedentes y

consecuencias de los comportamientos clave y las áreas de particular fortaleza y debilidad. Se debe indagar qué actividades han sido las más afectadas por la crisis, cuáles no, cuales conductas se han acrecentado o fortalecido por la crisis, así como qué estrategias de afrontamiento se han intentado, su éxito y fracaso y si estas en realidad mantienen el nivel de actual (Slaikeu, 1996).

Referente a las **variables afectivas**, se observa si la persona expresa sentimientos o los mantiene ocultos. Incluye un rango completo de los sentimientos que se puede tener acerca de cualquier de comportamiento, del incidente traumático o de la vida en general valorando la condicionalidad de dichos sentimientos (antecedentes y consecuentes). Para ello, Hammon y Stanfield (1977) describen los 4 determinantes primarias de la emoción (citados en Slaikeu, 1996):

1. Algunas emociones se han de comprender como respuestas psicológicas condicionadas a estímulos ambientales.
2. Las emociones también pueden ser respuestas a los incidentes ambientales mediados por los patrones de pensamiento.
3. La conducta influye sobre la emoción (expresarla o actuarla intensifica el afecto).
4. Las emociones pueden verse como operantes condicionados hacia metas, las que con frecuencia funcionan para manipular el medio.

Por otro lado, el **funcionamiento somático** refiere a todas las emociones corporales que abarcan la sensibilidad al tacto, el sonido, la percepción, el gusto y la visión. En situaciones de crisis interesan las cuestiones somáticas correlativas a la angustia psicológica, los problemas físicos o ambos que pueden haber precipitado la crisis. Aunque, en muchos casos la crisis exacerbara los problemas físicos existentes o conducirán a comportamientos que de ser continuos en largos periodos pueden tener un efecto nocivo sobre la salud (Slaikeu, 1996).

La **modalidad interpersonal** incluye datos sobre el impacto de la crisis de la persona sobre su mundo social inmediato, la actitud adoptada durante la crisis por ejemplo aislamiento, dependencia, etc., la cantidad y calidad de las interacciones sociales entre el paciente y su familia, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, noviazgo, etc. poniendo especial atención en el papel que juega el paciente (líder, pasivo, etc.) (Slaikeu, 1996).

Por último, los procesos mentales se codifican bajo la **modalidad cognoscitiva** que incluye las imágenes o representaciones mentales con respecto a la vida, los recuerdos del pasado, las aspiraciones hacia el futuro, las conductas no controladas como los sueños diurnos y nocturnos, las imágenes de una fatalidad inminente, las fantasías autodestructivas, presencia de los “debería”, patrones ilógicos de pensamiento, patrones usuales para hablarse asimismo y el huso del humor como vía de enfrentamiento (Slaikeu, 1996).

Todo el material cognitivo posterior a un incidente de crisis, abre la puerta para comprender lo que el acontecimiento significa para el paciente. En conjunto, los conceptos erróneos (como los llama Hammond y Stanfield, 1977) son cogniciones equivocadas frecuentes que en un momento de crisis (citado en Slaikeu, 1996), que las personas pueden modificar al darse cuenta que han funcionado por muchos años según uno o más de estos conceptos (*ver anexo 16*).

Hammond y Stanfield (1977) explican que las experiencias tempranas de la vida ejercen una influencia poderosa sobre la percepción del mundo. Cuando estas expectativas y creencias con interpretaciones y evaluaciones de acontecimientos de algún modo no permiten al niño en crecimiento (o al adulto) manejar las circunstancias nuevas que se introducen en ciertos puntos, entonces se presenta una crisis (citados en Slaikeu, 1996).

Por ello, la terapia para crisis buscara asistir al paciente en la reevaluación de sus creencias, expectativas destrozadas o errores cognoscitivos/ conceptos equivocados en busca de mejores sustitutos para ellos, para lo cual, la valoración

juega un papel primordial. Slaikeu (1996) explica los fundamentos de la evaluación de la terapia de crisis:

1. Se debe ser capaz de valorar el impacto del incidente de crisis en las cinco áreas del funcionamiento de la persona (CASIC). La desatención de alguna entorpecerá las intervenciones futuras.
2. Los cinco subsistemas CASIC aunque valorados por separado se interrelacionan de manera que cambios en uno conducen a cambios en otro, hecho que debe capitalizarse.
3. Es necesario evaluar tanto las fortalezas como debilidades en el funcionamiento CASIC y movilizar las primeras para apuntalar las segundas.
4. Se deben incluir las variables del entorno del ambiente familiar, social y cultural puesto que influyen en el éxito o fracaso de las terapias de intervención.
5. Los procesos de evaluación deben organizarse para permitir la evaluación en varios puntos: desde el periodo anterior a la crisis, durante la misma y posterior a ella y en diversos puntos del seguimiento.
6. La meta de la valoración no es crear una clasificación diagnóstica sino más bien, proporcionar un perfil de funcionamiento CASIC que proporcione pautas para las estrategias de tratamiento.

La información para la valoración puede obtenerse de diversos recursos, pero el principal será la entrevista clínica guiada por el modelo CASIC como mapa cognoscitivo para indagar el funcionamiento del paciente en cada área. Además,

también se puede utilizar el Cuestionario CASIC para que los llenen directamente los pacientes (*ver anexo 17*).

Por otra parte, Slaikeu (1996) ofrece un cuestionario para que los datos obtenidos de todas las fuentes de información consultadas (familiares, el paciente mismo, etc.) puedan ser sintetizados (*ver anexo 18*). Señalando que lo mismo si se apoya exclusivamente en la entrevista, que en la aplicación de otros cuestionarios se debe obtener información sobre:

- a) **Incidente(s) precipitante(s).** Es importante saber que paso para que se desencadenara la crisis; si fue un suceso importante o si fue uno menor que ocurrió después de la acumulación de acontecimientos que provocaban tensión (“la gota que derramo el vaso”), poniendo particular atención a cuando ocurrió y quien estuvo implicado y si el paciente considera el incidente como una perdida, una amenaza o un reto.
- b) **Presentación del problema.** Es en esencia un resumen de los problemas que acompañan a la crisis del paciente en el momento de su remisión. Debe incluir: cómo describe en el momento presente el problema el paciente, las expectativas del paciente ante la terapia y que considera necesita urgentemente.
- c) **Entorno de la crisis.** Precisando el efecto de la crisis en la familia, grupo social in mediato o ambos y viceversa considerando: las amenazas físicas potenciales, intentos de ayuda que en realidad exacerban la situación, percepción de los grupos inmediatos sobre la crisis y si esta puede precipitar otra crisis así como los recursos disponibles de los grupos inmediatos para asistir la translaboración de la crisis.
- d) **Funcionamiento CASIC previo a la crisis.** Es una breve historia acerca del desarrollo y el funcionamiento CASIC del paciente durante la infancia, la pubertad, la adolescencia, la edad adulta joven, la edad adulta y la

jubilación (en tanto puedan relacionarse con la crisis). Par determinar que tan bien funcionaba el individuo antes del incidente de crisis se debe incluir:

- Medios anteriores para enfrentar y resolver problemas.
- Recursos personales y sociales más patentes.
- Fortalezas y debilidades más patentes.
- Conflictos irresueltos o asuntos inconclusos que pudieran desencadenarse por el incidente de crisis.
- Relativa satisfacción o insatisfacción con la vida.
- Etapa de desarrollo previa a la crisis.
- Metas y estructuras vitales para lograr metas.
- Otras tensiones anteriores al incidente de crisis.

e) Funcionamiento CASIC durante la crisis. Tiene como objetivo determinar el impacto del incidente precipitante en las áreas CASIC.

Conjuntamente, es importante considerar que la evaluación clínica del TEA requiere la evaluación previa de de cada agrupación sintomática: reexperimentación, evitación/embotamiento e hiperactivación (Ursano, 2006). De este modo:

- ✓ Para diagnosticar un TEA es necesario que el paciente experimente síntomas disociativos (durante el evento traumático o inmediatamente después de él), mientras que para un TEPT no.
- ✓ El TEA por definición aparece en **las 4 semanas posteriores** al acontecimiento traumático y perdura como mínimo durante 2 días a 4 días.

Así, para diagnosticar un TEA:

- ✓ Además de los 3 o más síntomas disociativos y la notable evitación de los estímulos que despiertan los recuerdos traumáticos, requiere que se reexperimente como mínimo un síntoma, así como la presencia notable de ansiedad o el incremento de la activación.

Posteriormente, solo después de haber diagnosticado adecuadamente el TEA, se procede al diseño de un tratamiento. Por ello, a continuación se describen:

- ☑ **Las 4 tareas para la resolución de una crisis: 1) supervivencia física, 2) expresión de los sentimientos, 3) dominio cognoscitivo y 4) ajustes conductuales/interpersonales.**
- ☑ Ejemplos de **terapias cognitivo-conductuales específicas** para el tratamiento de víctimas de abuso sexual con diagnósticos de TEA como parte de la terapia de crisis.

Por último, Bobes, Bousoño, Calcedo y Gonzales (2000) señala que al margen de las diferencias individuales, se pueden establecer perfiles diferenciales de los trastornos por estrés en función de los tipos de estresores sufridos, por lo que los programas de tratamiento (sin detrimento de la evaluación individualizada necesaria en cada caso), deben adaptarse de manera específica al tipo de trauma experimentado (en este caso sexual). Así, los tratamientos (al igual que las evaluaciones) son personalizados y no deben aplicarse “indiscriminadamente” sin su correcta adecuación al caso en particular que se atiende, pues no son formularios masivos.

4.2.2 Tratamiento general del TEA.

En términos generales, Slaikeu (1996) señala como premisa de orientación para la terapia de crisis, que la persona crezca mediante la crisis mediante al integrar el incidente a la trama de vida y así, pueda continuar con el asunto de vivir.

Entonces, desde la visión de Slaikeu (1996) la tarea inicial del tratamiento para las víctimas de incidentes de crisis, es traducir el perfil CASIC a un lenguaje de tareas: una guía de actividad para el paciente durante el proceso de translaboración donde las **4 tareas para la resolución de una crisis** son: **1)** la supervivencia física, **2)** la expresión de los sentimientos, **3)** el dominio cognoscitivo y **4)** los ajustes conductuales/interpersonales.

Con respecto a la:

- 1. Supervivencia física en las secuelas de la crisis.** Esta refiere a que los pacientes estén en el mejor estado físico posible evitando el suicidio y regulando los patrones de dieta, sueño/descanso, ejercicio, etc.

De ser necesario se puede recomendar la canalización con un médico para una medicación que facilite el manejo de la ansiedad o favorezca el sueño recordando que, las desventajas de la medicación: puede interferir con la expresión de sentimientos, el dominio cognoscitivo o conducir a una dependencia si se continúa por periodos prolongados (Echeburúa, 2005).

Por otra parte la:

- 2. Expresión de los sentimientos relacionados con la crisis.** Posibilita la liberación de energía emocional para utilizarla de modo constructivo en otros aspectos de la vida.

Perls (1969) refiere que las emociones que nunca se comprenden, aceptan o expresan por completo en el momento que se sintieron por primera vez, pueden aparecer más tarde como constricciones disfuncionales de pensamiento, comportamiento o señales somáticas. Por ello, la mera verbalización de un sentimiento (incluso ambiguamente) puede ser suficiente para un paciente, en

tanto otro tal vez deba participar en una expresión más abierta del dolor (Citado en Echeburúa, 2005).

Para ello, Benveniste, (2000) explica como principal estrategia terapéutica la escucha activa con fuertes dosis de comprensión empática, ya que ayuda a los pacientes a reconocer una variedad de sentimientos molestos e incómodos para poder expresarlos después bajo reglas o pautas que el terapeuta proporciona como:

- a) La catarsis puede tener componentes tanto verbales (hablar, gritar) como no verbales (golpear la almohada, llorar) ambos son provechosos.
- b) Durante la hora de terapia o cuando el paciente está solo, casi cualquier medio de expresión es aceptable (si el mismo no causa daño físico como golpear a un ser humano) o deterioro en las propiedades (como romper una lámpara en lugar de golpear una almohada o una pelota de mano).

Existen muchas vías para expresar los sentimientos y cada persona puede encontrar su propio lugar, tiempo, compañía o ausencia para realizarlo (Echeburúa, 2005). Pero la principal tarea del terapeuta en este punto es asistir al paciente a clasificar los varios sentimientos, hallar vías para identificarlos, expresarlos y determinar lo que en realidad significan en términos de la experiencia del pasado, las expectativas en curso y los planes a futuro todo como una puerta abierta al:

- 3. **Dominio cognoscitivo de la experiencia completa.** Refiere a los mecanismos por los cuales los acontecimientos externos se tornan en crisis personales y a que debe hacerse para que el paciente se movilice mas allá de la experiencia para manejar el futuro siendo importante:

- a)** Que en algún punto, el paciente obtenga una comprensión basada en la realidad del incidente de crisis acerca de lo que paso y por qué. Así, el terapeuta le pide al paciente relate la historia de lo que paso, quien estuvo implicado, los resultados y otros detalles mientras se ponen atención a los vacíos de información, posibles omisiones deliberadas, distorsiones, etc.

No obstante, Slaikeu (1996) explica que el dolor puede ser tan fuerte para algunos pacientes que se les puede permitir se retraigan por ese momento hacia otros aspectos del proceso de translaboración. Sin embargo, después el terapeuta tendrá que confrontar de modo gentil pero firme con comentarios como: “¿Cuánto sabes en realidad acerca del por qué...? Pienso que hasta que obtengas más información, permanecerás confundido, en realidad vas a limitar tus opciones para el futuro”. De este modo, al forzar al paciente a reflexionar sobre las realidades del incidente, se opera hacia la comprensión, las desmitificación, etc.

Y por otra parte:

- b)** Que el paciente comprenda el significado que el incidente tiene para el, como entra este en conflicto con las expectativas y mapas cognoscitivos, metas vitales, sueños y creencias religiosas.

Aquí, el terapeuta debe escuchar cuidadosamente los pensamientos clave, las creencias e interpretaciones de acontecimientos que conducen a una crisis advirtiendo los errores cognitivos, conceptos erróneos o creencias irracionales (en este punto la reestructuración cognitiva es esencial). Todos los pacientes en crisis (incluso los niños muy pequeños) tienen alguna comprensión cognoscitiva del incidente de crisis y tienen algún pensamiento/imagen acerca de todo lo que aquello significa para ellos en el futuro (Benveniste, 2000).

Referente al tratamiento de niños, Benveniste (2000) explica que hacer un dibujo y contar una historia también es una técnica útil cuando experimentan imágenes

recurrentes repentinas sobre el trauma o son despertados por pesadillas ya que de este modo, se les facilita tomar cierta distancia del evento traumático y manejar mejor los recuerdos del trauma. “Si se despiertan por la noche aterrados por una terrible pesadilla, no tiene sentido negar la existencia del “monstruo” que ellos simplemente vieron en cambio, es mejor pedirles que muestren lo que ellos acaban de ver, describiéndolo, representándolo, dibujándolo o contando una historia sobre eso”. Lo esencial entonces, es permitir al niño expresarse y elaborar sus historias mientras empatiza con el afecto expresado en él. Asimismo, los juguetes y los títeres proveen la misma oportunidad para expresar las preocupaciones más profundas del niño en las metáforas del juego.

Asimismo, Echeburúa (2005) señala como acciones que fortalecen la resistencia del niño a la situación traumática:

- El recibir explicaciones claras por parte de sus padres y apoyo emocional.
- El restablecimiento de la vida cotidiana (horario de comida y sueño, asistencia al colegio, reanudación de las aficiones, etc.).
- Proporcionar un ambiente de serenidad y normalización donde el niño pueda recobrar la confianza, la sensación de autonomía y la capacidad de ejercer control sobre su medio y sí mismo.

En tanto que con los adultos, el tratamiento requiere de reestructuración cognitiva como un proceso complicado y más o menos largo, con los niños esto puede ser tan simple otras (más verdadera) cognición para explicar y ordenar la información de lo sucedido (Benveniste, 2000).

Por último, como parte del dominio cognoscitivo:

- c)** El paciente debe reconstruir, reestructurar o reemplazar cogniciones, imágenes y sueños que se han destruido por el incidente de crisis. Entonces el objetivo es asistir al paciente en el desarrollo de nuevas

cogniciones y definir nuevas metas y sueños que se ajusten a la información actualmente disponible y equipen al paciente para encarar el futuro.

4. Los ajustes conductuales/interpersonales que se requieren para la vida futura. Refiere a recordarse a sí mismo que existe una reserva interna de fortaleza todavía no utilizada, para recurrir a ella aún en los periodos de tensión severa y poder retomar las interacciones interpersonales que se interrumpieron a raíz de la crisis.

Así, la principal consideración debe ser ayudar al paciente a tratar primero con los pasos conductuales que si se descuidan, reducirán más tarde las opciones del paciente de manera severa. Cuestiones vitales como regresar a trabajar, reanudar relaciones significativas no deberían esperar., Esto puede incluir terreno por recuperar (por ejemplo; regresar al trabajo después de una lesión) o bien, explorar territorios muertos (como hallar una ocupación nueva por completo). Para ello se aplican abundantes técnicas de terapia conductual (Echeburúa, 2005).

Asimismo, cabe mencionar que el modelo de crisis sugiere que cada persona relacionada con la crisis debe experimentar su propia versión de las 4 tareas de resolución de crisis recordando que, las actividades apropiadas para uno pueden ser inapropiadas o interferir con las actividades de resolución de los otros.

Por otra parte, Beneveniste (2000) advierte que se deben esperar perturbaciones que en los niños que pudieran surgir repentinamente sin causa aparente. La razón es que, los niños al sentirse seguros permitirán más fácilmente que sus recuerdos y sentimientos afloren a la superficie y de repente empezarán a llorar ó a reaccionar con molestias o miedos. Otras veces, una palabra, actividad o persona servirá como desencadenante y los recuerdos o sentimientos aparecerán intempestivamente siendo algunos de los síntomas que pueden presentar: insomnio, problemas de alimentación, conducta agresiva, aislamiento, conducta

bizarra etc., ante lo cual es mejor interpretarles inicialmente como una expresión del trauma pero, de hecho, algunos de estos síntomas podrían haber pre-existido al trauma y resurgir.

Al respecto, Benveniste (2000) señala que es importante recordar que los adultos y niños afectados pueden ser personas con un variado rango de diagnósticos previos (depresión, compulsiones, psicosis, adicciones, retardo mental, pacientes fronterizos, etc.) y que en una crisis, se desmoronan y se verán mucho peor que como se ven normalmente, pero luego de una adecuada intervención, estarán en mejor capacidad de lidiar con la situación, de adaptarse a su nueva realidad, y de volver a su nivel anterior de funcionamiento. Así, se han diseñado diversos programas de tratamiento con las características de ser breves y con objetivos específicos que permiten a la víctima reanudar la vida cotidiana y afrontar los problemas más inmediatos. Algunos ejemplos son:

Ψ El programa de intervención cognitivo-conductual breve **para adultos víctimas de abuso sexual** (Foa y cols. 1995; citado en Bobes et al. 2000).

El tratamiento consta de 4 sesiones individuales (de 2 horas cada una) por 4 semanas que incluya:

- Expresión y apoyo emocional.
- Psicoeducación. Sobre las reacciones psicológicas normales tras una agresión.
- Entrenamiento en relajación y respiración.
- Exposición en imaginación a los recuerdos de la agresión.
- Exposición *in vivo* a las situaciones evitadas (que no entrañan riesgo)
- Restructuración cognitiva. Sobre las creencias irracionales sobre la peligrosidad del mundo y la carencia de control sobre los hechos que ocurren a las personas.

Nota: cabe mencionar que, comparado el grupo experimental de 10 víctimas con el grupo control, los resultados fueron claramente superiores: solo un 10 % de las víctimas desarrollo el TEPT frente al 70% del grupo control.

Por otra parte el:

Ψ Programa de intervención cognitivo-conductual **para víctimas de agresiones sexuales** (Echeburúa y cols. 1997; citado en Bobes et al. 2000) que consta de 5 sesiones individuales de 1 hora por 5 semanas e incluye:

- Expresión y apoyo emocional.
- Reestructuración cognitiva y superación de pensamientos intrusivos:
 - parada de pensamiento y aserción encubierta.
 - técnicas de distracción cognoscitiva.
- Entrenamiento en habilidades específicas de afrontamiento:
 - entrenamiento en relajación y respiraciones profundas.
 - asertividad (comunicación del hecho, ante la familia, policía o el juez).
 - recuperación de las actividades cotidianas.

Nota: aplicado a un grupo de 10 víctimas y comparado con otro grupo similar (pero con tratamiento de relajación), bajo un seguimiento de 12 meses los resultados fueron satisfactorios; desaparición de los síntomas del TEPT en un 100% para el primer grupo y 80% en el segundo. No obstante, desde una perspectiva dimensional, no resulto superior para la reducción del resto de las medidas psicopatológicas: miedos, ansiedad, depresión e inadaptación.

De ese modo, el tratamiento del TEA por agresiones sexuales tiene un objetivo terapéutico preventivo: **evitar la cronificación del TEA en víctimas recientes a un TEPT** (Ursano, 2006).

Así, para aquellos casos donde no se recibió algún tipo de asistencia psicológica (o pese a recibirla) y el TEA cronificó con el paso del tiempo a un TEP, la forma de evaluación se puede basar en el análisis de secuencias considerando los siguientes aspectos que a continuación se describen.

4.3 Trastorno por estrés postraumático (TEPT).

Ursano (2006) señala que si al cabo de un mes los síntomas del trastorno por estrés agudo persisten, entonces se diagnostica un TEPT del cual, si los síntomas:

- Duran menos de 3 meses se diagnostica un TEPT agudo.
- Duran 3 mese o mas se diagnostica un TEPT crónico.

Así, un TEPT. Debe cumplirse por lo menos un síntoma de re experimentación, 2 de activación y 3 de evitación/embotamiento y que estos se relacionen temporalmente con el factor estresante (Ursano, 2006).

Por último el DSM-IV señala que:

1. Aunque los síntomas del TEPT normalmente empiezan dentro los 3 primeros meses después de la exposición a un acontecimiento traumático, su inicio puede retrasarse por meses o incluso años.

E inclusive:

2. El TEPT puede desarrollarse en cualquier momento tras el acontecimiento; la forma de inicio tardío puede aparecer hasta **30 años después** del hecho (Kaplan y Sadock, 1996).

Referente al TEPT tardío, Kaplan y Sadock (1996) advierten que los pacientes pueden llegar a consulta refiriendo y presentando otros problemas como: consumo de alcohol o drogas, depresión, ansiedad generalizada, crisis de angustia o un cuadro disociativo por lo que el clínico, no puede realizar un diagnóstico de TEPT si no lo busca de manera específica y aconseja, centrarse en reducir el nivel de negación del hecho estresor y explorar la existencia de una experiencia traumática.

Al respecto, Echeburúa (2005) enfatiza que evaluar el daño psicológico sufrido es importante para planificar un tratamiento y señala 3 fases de éste:

1. **Reacción de sobrecogimiento.** Existe un enturbiamiento de la conciencia, embotamiento global (caracterizado por lentitud, abatimiento general, pensamientos de incredulidad y una pobreza de reacciones). La víctima se encuentra como en una “niebla intelectual” por el estado shock.
2. **Intensificación de vivencias afectivas.** El dolor, la indignación, la rabia, impotencia, culpa, miedo alternan con momentos de profundo abatimiento.
3. **Tendencia a revivir intensamente el hecho.** Por último, bien de forma espontánea o en función de algún estímulo concreto asociado o uno más general, el paciente revive constantemente el hecho.

Asimismo, Echeburúa (2005) distingue como parte del daño psicológico:

- Ψ Las **lesiones psíquicas agudas.** Aquellas que pueden remitir con el paso del tiempo, el apoyo social y un tratamiento psicológico adecuado. Las más

frecuentes son las alteraciones adaptativas (con un estado de ánimo deprimido o ansioso) y los síntomas del TEPT (*ver anexo 19*).

Mientras que:

Ψ Las **secuelas emocionales**. Son aquellas que a modo de “cicatrices psicológicas”, persisten en los pacientes de manera crónica como consecuencia del suceso sufrido. Ocurre una estabilización del daño psíquico es decir, una discapacidad permanente que no remite con el paso del tiempo ni con un tratamiento adecuado. Se trata por tanto, de una alteración irreversible en el futuro funcionamiento psicológico habitual (*ver anexo 20*).

Esbec (2002) expone como las secuelas psíquicas más frecuentes esta la modificación permanente de la personalidad, es decir la aparición de rasgos de personalidad nuevos, estables e inadaptativos (por ejemplo, dependencia emocional, suspicacia, hostilidad, etc.) que se mantienen durante al menos 2 años y que provocan un deterioro de las relaciones interpersonales y baja productividad laboral (citado en Echeburúa, 2005). Así, esta transformación de la personalidad puede ser un estado crónico o una secuela irreversible de un TEPT.

Sin embargo, no siempre es fácil poner en conexión el daño psicológico sufrido ahora con el suceso violento padecido anteriormente. La relación de causalidad puede no ser unívoca y verse enturbiada por las concausas, (que a diferencia de las causas son necesarias, pero no suficientes) para generar daño psicológico.

Echeburúa (2005) explica que las concausas son: 1) **preexistentes**: asociadas a un factor de vulnerabilidad en la víctima, por ejemplo, el haber sido abusada sexualmente recientemente, pero también en la infancia. 2) **Simultáneas**, como contraer sida en el curso de una agresión sexual y 3) **posteriores** por ejemplo, divorciarse tras el suicidio de un hijo.

Como se advierte, las concausas complican el cuadro clínico como resultado de una victimización múltiple. Aunado a las concausas, Echeburúa (2005) señala que es difícil valorar las secuelas emocionales debido a la evaluación *post hoc* (donde no siempre es fácil delimitar el daño psicológico de la inestabilidad emocional previa de la víctima), así como en la necesidad de establecer un pronóstico diferido (curabilidad/incurabilidad).

De ese modo, muchas víctimas de abuso o violación presentan síntomas durante muchos años, solo que a diferencia de Echeburúa (2005) que habla de “cicatrices psicológicas” o “discapacidades psicológicas” como daños irreversibles del TEPT, Hyman (1990) es menos determinante o “sentencioso” y solo divide los síntomas en **secuelas tempranas y posteriores**:

1. En la fase aguda (**secuelas tempranas**). Se puede observar un estado afectivo lábil que puede verse acompañado de lágrimas, expresiones de cólera, miedo, shock e incredulidad, mientras que otras víctimas pueden mostrarse más controladas y emocionalmente distantes pero no por ello se debe suponer que tengan mejores medios defensivos pues su control superficial puede enmascarar sentimientos igualmente confusos y penosos. Como síntomas somáticos pueden referir fatiga, cefalea, alteración del sueño (incluso despertarse a la hora de la agresión). Mientras que los síntomas psicológicos incluyen:
 - Autoacusación.
 - Miedo a ser dañado.
 - Miedo a volver a pasar por el lugar donde se sufrió la agresión, incluso si ocurrió en el hogar (Kaplan y Sadock, 1996).
 - Autodegradación y pérdida de la autoestima.
 - Despersonalización y desrealización.
 - Ideas intrusivas recurrentes.
 - Patrones de alimentación alterados (Kaplan y Sadock, 1996).

- Ansiedad.
- Cefaleas, náusea, vómitos o malestar general (Kaplan y Sadock, 1996).
- Depresión.
- Sentirse sucia o incapaz de estar limpia (Kaplan y Sadock, 1996).

Por otra parte:

2. Los efectos a largo plazo (**secuelas posteriores**). Se comprenden mejor bajo el rubro del TEPT. Los síntomas según Alemán y Tellez (2001) y Echeburúa (2005):

- Reexperimentación del hecho (*flashback*).
- Entumecimiento de la respuesta y participación en el mundo exterior.
- Síntomas vegetativos.
- Disforia.
- Incapacidad de concentrarse y ruminación del hecho (síntomas cognitivos).
- Miedo a ser seguido o andar solo.
- Miedo a los hombres.
- Pesadillas reiteradas que reproducen la agresión.
- Auto culparse por no haber previsto la agresión.
- Problemas sexuales futuros: Aversión a la actividad sexual, vaginismo, anorgasmia, etc.

Además Bobes et al. (2000) refieren que los hechos traumáticos suelen provocar amnesia disociativa, que consiste en la imposibilidad de recordar información relacionada con el acontecimiento negativo (que no puede ser atribuida a las leyes naturales del olvido) y puede atribuirse a la vergüenza o culpabilidad experimentados, una percepción deformada de lo ocurrido o bien, la tendencia a olvidar hechos desagradables. Así, sus efectos negativos son:

- Bloquear la expresión emocional de lo sucedido.
- Evitar el apoyo social adicional para estos casos.
- Bloquear la reevaluación cognoscitiva de lo ocurrido.
- Facilitar conductas de evitación.

En consecuencia, ocurre una interferencia significativa en el funcionamiento social y laboral, una pérdida de interés por lo que anteriormente resultaba atractivo (lúdica e interpersonalmente) y un embotamiento afectivo para recibir y expresar sentimientos de intimidad y ternura.

Por ello, Slaikeu (1996) señala el no descuidar aspectos como la canalización médica (si es necesaria) para medicación de apoyo, ya que advierte que muchos pacientes se automedicarán con alcohol u otras drogas en un intento de manejar el extremo dolor emocional o la incomodidad física asociados con las crisis.

Tratándose de un abuso sexual de prevalencia, (ocurrido en la infancia del paciente adulto), en la mayoría de los casos estos no recibieron asistencia psicológica (ni durante, ni después de la crisis). Hyman (1990) explica que cuando se es niño no se suele informar del abuso por miedo a las amenazas del agresor, por la creencia de que los padres no pueden o no están dispuestos a proteger, por culpa (sobre todo si el contacto resulta placentero) o por lealtad al agresor.

O bien, en algunos casos de prevalencia, el abuso se reveló pero la atención de los padres recayó en el área legal (para castigar al agresor) descuidando otras áreas de resolución de la crisis. Para estos casos, a pesar de que las evaluaciones médicas fueron realizadas hace años (en caso de haberse realizado), probablemente estas fueron experimentadas como una revictimización (algo muy común) por lo que al paso de los años, se puede presentar un TEPT tardío no solo por el abuso sexual en sí mismo sino también, por el proceso legal y médico sufrido.

En relación al abuso sexual y violación, Kaplan y Sadock (1996) afirman que los clínicos deben estar siempre alerta ante esta posibilidad, dado que el 50% de los casos no son denunciados, las dudas y la ansiedad del paciente al historiar los antecedentes sexuales deben inducir a la sospecha. Asimismo, cuando no se ha reconocido de manera franca y abierta que se ha producido un abuso sexual o violación, conviene ser cauteloso puesto que muchas víctimas dudan sacar el tema e intenta evitarlo.

Por su parte, Hyman (1990) señala que las víctimas de abuso suelen ser ambivalentes hacia la petición de ayuda por sentirse asustados por la situación y culpables por su papel en ella. Este autor refiere que en ocasiones, las víctimas no se quejan abiertamente de abuso, sino que expresan una diversidad de quejas vagas, se muestran tensas y reservadas y son incapaces de explicar sus lesiones (cuando existen). Por ello, aconseja al evaluador estar atento a la posibilidad de abuso si la historia no parece tener sentido o si la reserva del paciente o de su familia parece desproporcionada en relación al motivo de consulta. Asimismo, explica que dada la culpa, malestar y miedo que suscita el abuso sexual, ha de esperarse encontrar incongruencias y disimulos en la historia.

Ante estos casos, Kaplan y Sadock (1996) recomiendan evaluar la existencia de un hipotético TEPT ya que puede no aparecer de modo inmediato e inclusive aconsejan evaluar la presencia de síntomas psiquiátricos (esquizofrenia, dependencia de sustancias o trastorno de la personalidad) que pudieran causar un juicio alterado y colocar a la paciente en posiciones de riesgo para sufrir un abuso sexual o violación nuevamente y en caso de existir, canalizarle para su adecuado tratamiento.

Referente a la evaluación de niños Hyman (1990) explica que la mayoría niegan inicialmente haber sido objeto de molestias sexuales y que transcurrirán varias entrevistas antes de que el niño pueda confiar en que hablar del suceso le resultará útil. Pero, cuando esté dispuesto a hablar, puede pedírsele

amablemente que cuente lo sucedido poniendo especial atención a las palabras que utiliza para designar las diferentes partes anatómicas: los dibujos, las figuras de arcilla y los muñecos anatómicamente completos pueden resultar útiles. Así, psicológica y conductualmente se encontrará que:

- ☹ **Los niños agudamente traumatizados.** Presentan los síntomas del TEPT como ataques de pánico, afecto doloroso, miedos mórbidos, conductas regresivas (en el lenguaje, como chuparse el pulgar o enuresis). Mientras que en los niños mayores puede darse una depresión más desarrollada e intentos de suicidio y los adolescentes escapar de casa.

- ☹ **Los niños sometidos a abusos crónicos.** Además de los síntomas del TEPT, muestran baja autoestima, vergüenza, culpa, aislamiento de sus padres (debido al secretismo forzado), alteración de la relación con los amigos, mala concentración en el colegio, *autign out* y retraimiento social general. Asimismo pueden exhibir una repetición activa de la experiencia mediante una conducta hipersexual (conversación sobre temas sexuales, exhibición, masturbación excesiva, intentos de seducción a otros menores o adultos) que puede situar al niño en riesgo de ulterior abuso sexual. Además, se puede observar conducta fóbica y evitante de varones o situaciones sexuales por lo que en general son desconfiados.

Por ello, ya sea para la evaluación de niños o adultos, en términos generales Kaplan y Sadock (1996) aconsejan para evaluación de cualquier forma de TEPT:

1. Establecer el diagnóstico ciñéndose a los criterios.
2. Evaluar la posibilidad de intoxicación y tratar en consecuencia (canalización médica).
3. Descartar la existencia de traumatismos craneoencefálicos y síntomas neurológicos (canalización médica).

Ursano (2006) explica que tanto para el TEA como para el TEPT es necesario que la gravedad de los síntomas sea suficiente como para causar malestar clínicamente significativo o funcionamiento alterado ya que, como señala García et al. (2000) no todos los pacientes (sea cual sea el agente estresor) experimentan el TEPT ni tampoco lo sufren con la misma intensidad. La reacción psicológica ante la situación vivida dependerá, entre otras variables de:

- La intensidad del trauma, las circunstancias del suceso y la edad.
- Del historial de agresiones previas y la estabilidad emocional anterior.
- De los recursos psicológicos propios.
- De la autoestima, el apoyo social y familiar.
- De las relaciones afectivas actuales.

Finalmente, con respecto a los niños y la posible influencia del abuso sexual en las alteraciones psicopatológicas a desarrollar en su vida adulta, es menos frecuente de lo que cabría esperar (y en todo caso, mucho más difícil de predecir).

Echeburúa (2005) comenta que todo acontecimiento traumático genera en el niño una “cicatriz psicológica”, pero que esta puede abrirse o no en la vida adulta dependiendo entre otras cosas, de las circunstancias presentes en esa persona cuando sea mayor y de los apoyos recibidos.

Si bien, un 70% de las víctimas de agresiones sexuales en la infancia presenta un cuadro clínico a corto plazo, solo el 30% presenta repercusiones a largo plazo. Al no ser despreciable el número de personas que no quedan afectadas a largo plazo, son de consideración los factores antes mencionados (Echeburúa, 2005).

4.3.1 Evaluación del TEP: análisis de secuencias.

El modelo de intervención de la terapia cognitivo-conductual se pueden aplicar a casos de TEPT por agresión sexual sin importar cuantos meses, años o incluso

décadas ocurrió. Labrador, Cruzado y Muñoz (1998) describen la intervención cognitivo-conductual en 4 fases diferenciadas:

- Ψ **Análisis Descriptivo.**
- Ψ **Análisis funcional (o análisis de secuencias).**
- Ψ **Diseño de intervención.**
- Ψ **Seguimiento de la intervención.**

La secuenciación propuesta se justifica en diversos criterios y por varios autores. En primer lugar:

- ✓ La diferenciación entre **análisis descriptivo y funcional** y su complementariedad ha sido puesta de manifiesto por diversos autores desde el principio de la Evaluación Conductual (Skinner,1953; Fester, 1965; Meyer y Turkat,1979; Fernández y Ballesteros,1981; Llavona,1984; Barrios, 1988; Silva, 1988; citados en Labrador et al. 1998).
- ✓ La inclusión del **diseño de la intervención** en el proceso de la Evaluación Conductual responde a la unión indispensable que debe existir entre la evaluación y el tratamiento desde de la perspectiva conductual. Evidentemente el diseño de la intervención es el primer paso del tratamiento, pero también ocupa un lugar importante en el proceso de la evaluación (Nelson y Hayes,1986; Haynes y O'Brien,1990; citados en Labrador, et al. 1998).

Finalmente:

- ✓ La inclusión del **seguimiento** como una fase distinta de las anteriores responde al frecuente olvido de esta necesidad por parte de los evaluadores. Es necesario reafirmar la estricta unión entre evaluación y tratamiento sugerida en el punto anterior.

La diferenciación en fases de la Evaluación Conductual responde a un criterio expositivo, más que a uno formal, teórico ni menos práctico. Labrador et al. (1998) explican que, realmente con el primer contacto con el cliente nace la primera hipótesis y se produce la primera modificación del comportamiento: desde entonces el proceso es literalmente inseparable.

En Congruencia con lo anterior, Conbrach 1990 señala que la evaluación es un término que connota la integración y valoración de la información recogida, haciendo referencia fundamentalmente al examen o exploración de personas (citado en Espejel y Rivera, 2006).

El proceso de Evaluación Conductual que se describe a continuación sirve tanto para adultos promedio como para niños y adultos con déficits cognitivos severos e incluso para grupos y comunidades, ya que en esencia el proceso es el mismo; lo que se modifican son las estrategias utilizadas en cada caso (Phares y Trull, 2000).

Referente al análisis descriptivo Labrador et al. (1998) denominan así, a la fase de la evaluación conductual centrada en la recolección de información relevante para la formulación del caso clínico y el posterior diseño del tratamiento. Para ello, el primer momento de toda evaluación conductual es el:

Ψ Contacto Inicial. Es propiamente la recepción del paciente al servicio terapéutico. En ocasiones se lleva a través de una llamada telefónica o una breve conversación con el sujeto para concertar una cita la cual, de no poder realizarse en ese momento, debe asignarse en una fecha cercana para no desaprovechar la motivación inicial que ha llevado al paciente a solicitar el servicio.

Asimismo, Alonso et al. (2000) sugieren una recolección de información colateral previa a la evaluación y recomiendan que antes de entrevistarse con el paciente, se revise con amplitud de miras y sin prejuicios, todo el material disponible como:

- Testigos directos del menor.
- Testigos de referencia.
- Documentación médica, psicosocial y legal (en caso de existir).
- Entrevista con familiares y/o personas significativas del contexto del menor.

Además, Labrador et al. (1998) enfatizan que desde el primer contacto con el paciente, es posible obtener información para la elaboración de las primeras hipótesis de trabajo mediante el fenómeno del “ojo clínico” el cual radica en la observación meticulosa de:

- ✓ Su contacto ocular correcto y tipo motricidad. Permite descartar trastornos cognitivos severos (por ejemplo; retraso mental).
- ✓ Conductas de saludo o cortesía. Son expresión de habilidades sociales no deterioradas.
- ✓ Conductas exploratorias. Indican la conservación de conductas de orientación que desaparecen en trastornos severos (por ejemplo; ansiedad grave).
- ✓ Arreglo personal e higiene. Indican mantenimiento de conductas apetitivas.
- ✓ Vestimenta. El tipo de arreglo puede indicar contacto o no con la realidad social (por ejemplo; usar vestimenta invernal en pleno verano o bien, llevar calcetines o zapatos distintos).

- ✓ Marcas pronunciadas de líneas de expresión. Dependiendo de las zonas del rostro donde se ubiquen pueden sugerir ciertos trastornos (ejemplo; arrugas verticales en la frente por la tensión de los músculos frontales, pueden señalar periodos continuados de preocupación o pensamientos aversivos mientras que, las arrugas verticales entre los labios y la nariz se correlacionan altamente a la depresión).

- ✓ Postura corporal. La posición general del cuerpo puede indicar estados de ánimo (por ejemplo; los hombros cargados indican tensión muscular en esa zona, algo muy típico del trastorno de ansiedad, mientras que el encorvamiento de la columna se correlaciona a la depresión).

“Este tipo de observaciones a lo Sherlock Homes pueden parecer exageradas, pero nacen de la observación del paciente y del conocimiento de diversos marcadores de problemas” (Labrador et al. 1998).

Debe recordarse que estas observaciones sirven para comenzar la elaboración de las primeras hipótesis sobre la lista de problemas que presenta el paciente que en todo caso, deben ser confirmadas en la entrevista y otras técnicas de evaluación. No sobra decir que, el terapeuta puede pensar en una hipótesis, sin embargo esta deberá descartarse tan pronto como resulte inútil (Coechin, 1993; citado en Graf, 2002).

Así, las estrategias de evaluación más utilizadas para recoger información relativa al análisis descriptivo son:

- Ψ **La entrevista conductual.** Una entrevista inicial dirigida a establecer los problemas del sujeto. Preguntas como ¿Cuál es su problema?, ¿Qué le trae a consulta? Pueden ser adecuadas para iniciar la entrevista en los casos que se desconoce el motivo de consulta. Debe hacerse un repaso de las

principales áreas de actividad del sujeto para recordarle otros posibles problemas que, o no percibe como tales o no cree de importancia comentar.

Por su parte, Aguirre (2002) explica que aparte de los datos anteriores, otros rubros deben ser considerados en la entrevista y sugiere:

Ψ La entrevista inicial sobre violencia sexual (Valladares, 1989). Consta de 588 variables y 25 áreas de exploración: hoja de recepción, datos demográficos, datos físicos del usuario, datos económicos, remisión, datos del ataque, datos del atacante, datos de la víctima, datos posteriores al ataque, aspecto legal, aspecto médico, aspecto psicológico, historia victimiológica, consecuencias emocionales, cognitivas y afectivas, familiares, sexuales, en la pareja, económicas, laborales, escolares, conductuales, intentos anteriores de solución, metas, observaciones durante la entrevista y qué requiere el paciente.

Este instrumento resulta apropiado para la primera sesión terapéutica y tiene características de: inventario, frases incompletas, escalas, autorreporte y preguntas con opciones. Se aplica individualmente y puede servir como un método de evaluación continua antes, durante y después de la terapia.

Sin embargo, no hay que perder de vista que “en primer lugar, es preciso escuchar. Las preguntas se formularán siguiendo el hilo conductor de las respuestas del paciente. No es indicado hacer entrevistas cerradas con preguntas previamente establecidas” (Alonso et al. 2000). Por ello, sugieren que las preguntas sean abiertas; si se formulan preguntas cerradas, debe determinarse el sesgo que aportan a la información evitando utilizar tanto técnicas tipo "interrogatorio" como actitudes excesivamente paternalistas, debido a la elevada probabilidad de contaminación que pueden generar en el discurso del menor.

En general, se pueden utilizar diversos formatos de entrevista, pero siempre tendrán que incluir las fases siguientes (Alonso et al. 2000):

- A.** Presentación inicial y obtención de la confianza del menor.
- B.** Abordamiento desde un comienzo. Tiene como objeto promover la narración espontánea de los hechos.
- C.** Facilitación de la información y especificación de lo ocurrido. Su objetivo es profundizar el conocimiento de todo cuanto haya sucedido.
- D.** Finalización. Se ofrece, de forma comprensible para el menor, el resultado de la evaluación y se trabaja su situación emocional para facilitar las intervenciones de otros profesionales.

Además, para la evaluación del TEP, la entrevista clínica puede combinarse con una variedad de medidas de autoevaluación validadas. Por su parte, Echeburúa (2005) sugiere que el protocolo de evaluación utilizado debe ser amplio y variado, pero sin ser repetitivo ni excesivamente prolijo y, al igual que Ursano (2006) recomienda los siguientes instrumentos de medición (*ver tabla 5*).

Síntomas	Instrumentos	Puntos de corte
Síntomas psicopatológicos generales.	Cuestionario de 90 síntomas (SCL-90-R).	63 (GSI)
Estrés postraumático.	Escala de gravedad de síntomas del trastorno por estrés postraumático (EGS).	15
Ansiedad.	Inventario de ansiedad estado-rasgo (STAI).	31 (mujeres) 28 (hombres)
Depresión.	Inventario de depresión (BDI). Escala de valoración de la depresión (HRS).	18 18
Autoestima.	Escala de autoestima.	29
Inadaptación.	Escala de inadaptación.	12

Tabla 5. Instrumentos para evaluación del daño psicológico.

Además, se aconseja realizar una historia longitudinal de todas las experiencias traumáticas del paciente contemplando: la edad en la que tuvo lugar, duración de la exposición traumática, la relación con el agresor, la percepción del paciente sobre tales experiencias y otros factores que pudieron haber intensificado o mitigado la respuesta traumática. Asimismo, señala importante obtener una historia detallada de las primeras respuestas traumáticas del paciente, así como de sus personas inmediatas involucradas ya que esta información, es relevante para el tratamiento y pronóstico (Ursano, 2006).

Por otra parte, para discriminar entre víctimas y no víctimas de abuso sexual Aguirre (2002) describe como apropiados los instrumentos:

Ψ Cuestionario de ansiedad estado/rasgo (STAI de Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970). Formado por dos escalas de autoevaluación separadas para medir dimensiones distintas de ansiedad: La ansiedad-estado y la ansiedad-rasgo. La primera se refiere a un estado emocional transitorio caracterizado por sentimientos de tensión que pueden variar en intensidad y tiempo. El segundo hace mención a las diferencias individuales que le permiten a la persona responder a situaciones percibidas como amenazantes. Útil para discriminar víctimas de no víctimas durante al menos un año después de la agresión (Ursano, 2006).

Ψ Escala de estados de ánimo (POMS de McNair, Lorr y Droppleman, 1971). Formada por 65 ítems en los cuales, las personas tienen que reflejar su estado de ánimo en la última semana. Mide seis dimensiones: tensión-ansiedad, depresión-abatimiento, ira-hostilidad, energía-actividad, cansancio-apatía y confusión-perplejidad. Esta escala es capaz de discriminar víctimas y no víctimas en un periodo de un año después de la agresión.

- Ψ **Listado de Derogatis** (SCL-90-R de Derogatis, 1977). Consta de 90 ítems que tienen la finalidad de detectar las conductas psicopatológicas por medio de nueve dimensiones: somatización, trastornos obsesivo-compulsivo, desconfianza interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad-ansiedad fóbica, paranoia y psicosis. Además, consta de tres índices de estrés. Discrimina entre víctimas y no víctimas durante un periodo de hasta tres años después de la agresión.

- Ψ **Cuestionario de miedos modificados de Veronen y Kilpatrick** (VK-MFS de Veronen y Kilpatrick, 1980). Formado por 120 ítems referidos a sucesos, objetos y situaciones relacionados con el miedo. Mide reacciones específicas de miedo con relación a la agresión. Distingue entre víctimas y no víctimas hace tres años después de la agresión sexual.

En un caso de abuso sexual, en general se tiene por objetivo valorar la ansiedad, fobias, depresión y la autoestima de los pacientes. Para ello Aguirre (2002) refiere que algunos de los cuestionarios más utilizados para evaluar a las víctimas y sobrevivientes del abuso sexual son:

- Ψ **Cuestionario de la historia previa**. Utilizado para medir el funcionamiento anterior a la agresión. Consta de 100 ítems y las áreas de: historia de trabajo, historia legal, historia de drogas, historia de agresiones, problemas psicológicos y su historia de tratamiento.

- Ψ **Listado de las características de la agresión**. Recaba información sobre algunas características de la agresión como: número de agresores, tipo de violencia utilizada, uso de armas, circunstancias de la agresión, entre otras.

- Ψ **Cuestionario general de salud** (Goldberg). Útil para conocer como se sienten los pacientes en el momento de la evaluación independientemente del tiempo transcurrido de la agresión sexual. Revela dos fenómenos: la

incapacidad para realizar las funciones normales y la aparición de un suceso que causa tensión. Consta de 60 reactivos que se distribuyen en cuatro áreas: depresión, ansiedad y malestares psicológicos, comportamiento observado objetivamente y síntomas somáticos.

- Ψ **Escala Tennessee de Autoconcepto** (Fitts). Consta de 100 ítems autodescriptivos y es autoaplicable. Se considera útil para conocer como las víctimas valoran aspectos importantes de su persona. Esta se divide en subescalas que evalúan el autoconcepto, la identidad, autosatisfacción, conducta, “self” físico, “self” moral-etico, “self” personal, “self” familiar y “self” social.

- Ψ **Inventario de Depresión** (Beck). Se utiliza para valorar el estado depresivo de las víctimas. Consta de trece reactivos y evalúa las siguientes categorías sintomático-conductuales: tristeza, pesimismo, sensación de fracaso, insatisfacción, culpa, descontento consigo misma, deseos de hacerse daño, retracción social, indecisión, cambio de autoimagen, improductividad, cansancio y falta de apetito.

- Ψ **Inventario de auto informe** (SRI de Brown, 1961). Consta de 48 ítems y tiene como objetivo medir la autoestima, consta de ocho subescalas: el yo, las otras personas, los niños, la autoridad, el trabajo, los padres, la esperanza y la realidad.

- Ψ **Escala de adaptación** (Echeburúa y Corral, 1988). Su objetivo es evaluar el reajuste de la víctima. Está constituido por una escala global y subescalas referidas al trabajo, vida social, tiempo libre, relación de pareja y vida familiar.

- Ψ **Test de síntomas resultantes de la agresión sexual** (RAST de Kilpatrick, Best, Veronen, Ruff y Allison, 1985). Evalúa síntomas de ansiedad fóbica, desconfianza y depresión.

Ψ Escala sobre el impacto de acontecimientos de vida (IES de Itoromits, Winer y Alavrez, 1979). Consta de 15 ítems y se utiliza para cuantificar la intensidad del trastorno por estrés postraumático. Mide dos dimensiones de estrés: la obesidad y la evitación de situaciones relacionadas con el acontecimiento traumático. Puede aplicarse como una medición del progreso a lo largo de la terapia (Alemán y Tellez, 2001).

Cabe mencionar que la información recolectada siempre debe contrastarse con otras entrevistas con el propio sujeto (con un intervalo de tiempo), con entrevistas a sus allegados si es posible (esenciales en el caso de niños o sujetos con déficits cognitivos importantes).

Referente a los niños, Alonso et al. (2000) mencionan que se pueden utilizar técnicas complementarias para facilitar la comunicación del menor o específicamente para realizar un diagnóstico clínico por ejemplo; la utilización de muñecos con características sexuales explícitas es útil para:

- Identificar el conocimiento anatómico del menor.
- Expresar los hechos en menores no verbales o prepúberes.
- Recoger datos en el juego espontáneo.

Asimismo, Alonso et al. (2000) recomiendan que para cada caso, se seleccionan los instrumentos idóneos en función de las hipótesis diagnósticas y de las necesidades derivadas del objetivo de la evaluación. En caso de utilizar procedimientos no específicos, se ha de tener precaución en la interpretación de los resultados. Los datos obtenidos han de ser considerados dentro del conjunto de los ya recogidos y evitando hacer interpretaciones inferenciales.

En una primera consulta, es probable que el tiempo no permita la evaluación completa del paciente sin embargo, las primeras sesiones de la intervención deberán estar encaminadas a identificar la conducta problema (conducta de interés o conducta blanco) y reunir información susceptible de ser organizada y analizada funcionalmente.

De ese modo, una vez que reunida toda la información relevante sobre el problema o problemas del paciente y establecido la conducta problema, debemos organizarla para su posterior análisis. Para ello, la mejor forma de organizar esta información es a través de la descripción de secuencias.

Por secuencia, se entiende un listado de acontecimientos organizados temporalmente de manera que el final de uno de ellos coincida en el espacio-tiempo con el principio del siguiente (o sea muy próximo). La evaluación conductual siempre ha otorgado una importancia especial al estudio de los acontecimientos antecedentes y consecuentes a la conducta problema; la secuencia es una ampliación de la misma idea.

El posterior análisis de la información reside en la correcta organización de la información. Este aspecto ha sido elaborado desde los primeros momentos, a lo largo de la historia de la evaluación conductual en la forma A-B-C (Antecedentes-Conducta-Consecuentes) (Labrador et al. 1998).

Ulteriormente se han ido añadiendo distintos factores para completar el esquema. Los más relevantes han sido incluir las variables del organismo (O) entre A y el B; el considerar los contextos generales afectando toda la secuencia y contemplar las relaciones de contingencia entre la B y la C retroactuando a su vez, sobre O. (Kanfer y Saslow, 1969; Fernández y Ballesteros, 1981; Llavona, 1984; Herbert, 1981; Nelson y Hayes, 1986; citados en Labrador, et al. 1998).

Así, de la información recabada mediante las entrevistas y las pruebas aplicadas , se retomarán los datos relevantes según la lógica de integración de las secuencias. A este vaciado e integración de información en función de los Antecedentes-Respuesta-Consecuentes de la conducta problema en un esquema, se le denomina **Cuadro Secuencial Integrativo** (ver tabla 6).

A	O	R	C
<p>-externa ambiental (contexto)</p> <p>-externa temática</p> <p>-interna temática (autogenerada)</p>	<p>-biológicas: (enfermedades, medicación, etc.)</p> <p>-creencias</p> <p>-déficits</p> <p>-habilidades</p> <p>-expectativas</p> <p>-red social</p>	<p>C.I. (conducta problema)</p> <p>A niveles:</p> <p>-motor</p> <p>-cognitivo</p> <p>-fisiológico</p>	<p>A niveles:</p> <p>-motor</p> <p>-cognitivo</p> <p>-fisiológico</p> <p>De tipo:</p> <p>-Interno</p> <p>-externo</p> <p>A:</p> <p>-Corto,</p> <p>-mediano</p> <p>-largo plazo</p>

Tabla 6. Cuadro Secuencial Integrativo donde: A (Antecedentes), O (Variables del Organismo), R (Respuesta) y C (Consecuencias).

De los términos incluidos en el esquema se entiende por:

Ψ Antecedente. Aquel acontecimiento que ocurre inmediatamente antes de la conducta problema (anteriormente ya definida). Puede ser un cambio en el ambiente o el comportamiento a niveles motor, fisiológico o cognitivo del propio individuo.

- Ψ **Organismo.** Hace referencia a aquellas variables del organismo que tienen relación directa con la secuencia, influyen en los acontecimientos de ella y están presentes en el paciente de manera prolongada (mínimo 6 meses sin interrupción).

- Ψ **Respuesta.** Se entiende toda la actividad del organismo a nivel motor, fisiológico o cognitivo. Cabe mencionar que una respuesta puede actuar como antecedente o consecuente, pero la acepción que se utiliza en esta casilla del esquema hace referencia a la conducta problema.

- Ψ **Consecuente.** La definición es exactamente igual a la de antecedente, salvo que aparecen siguiendo la conducta problema.

En la actualidad, el cuadro secuencial integrativo es imprescindible para la evaluación de cualquier problemática desde el enfoque cognitivo-conductual y en su llenado siempre se utiliza un lenguaje lo más descriptivo posible evitando las inferencias no justificadas.

Por otra parte, Labrador, et al. (1998) señala que es más fácil identificar el final de una secuencia; (generalmente el propio sujeto sabe cuando ha pasado lo peor) o bien, se observa un brusco cambio de actividad o cambios ambientales importantes o una recuperación de la actividad anterior a la aparición del problema. Pero que, identificar el principio es más complejo; los sujetos pocas veces han conseguido identificar claramente los antecedentes de la secuencia la labor del evaluador es más importante en este momento.

Por ello, cuando se está en disposición de describir completamente todos los acontecimientos implicados en las secuencias de cada problema del paciente, se procede a la cuantificación de aquellos datos más relevantes según los parámetros de:

Frecuencia. Refiere al número de veces que aparece un acontecimiento en cada unidad de tiempo.

Para medirle, se puede utilizar **autorregistros** (o automonitoreos) y **observación** y registro por una persona allegada al paciente.

Duración. El tiempo que dura un acontecimiento determinado cuando aparece.

Para medirle, se puede utilizar cronometro, reloj, etc.

Intensidad. Es más difícil de definir, implica la magnitud de los cambios una vez que aparecen y puede evaluarse en distintas unidades dependiendo del acontecimiento en cuestión.

La forma más común de medirle es por medio de una escala de 0 a 10 donde 0 es casi nada, 5 es regular y 10 es bastante.

De este modo, después de elaborado el cuadro secuencial integrativo se procede a la elaboración de las hipótesis de mantenimiento, históricas y predictivas propias del análisis funcional. Haynes y O'Brien (1990) le definen como la identificación de relaciones funcionales causales, importantes y controlables aplicables a un conjunto específico de conductas meta para el paciente (citado en Caballo, 1991).

El término análisis funcional proviene de la tradición conductista. Fester (1965) y Skinner (1938,1953) ya empleaban el término para designar el proceso de identificación de relaciones funcionales entre estímulos y respuestas, aunque ha tenido más aplicaciones (citados en Caballo, 1991).

En la actualidad, en algunas obras se sigue utilizando como sinónimo de evaluación conductual, sin embargo Caballo (1991) señala que es más adecuado

utilizarlo como referido a aquella fase de la evaluación, que identifica las relaciones funcionales y no como todo el proceso.

Una vez que se disponga de toda la información descriptiva relevante del caso vaciada en el cuadro secuencial integrativo, se procede a dotarle de sentido funcional a través de la formulación de:

Ψ Hipótesis. Estas deben de ser capaces de poner en relación todos los datos de que se dispongan, explicando todas las secuencias del problema y el papel de cada variable en el mismo.

Después de elaboradas, se procede al contraste de las mismas hasta encontrar una que, si no verdadera, sea predictiva. Tomando en cuenta que, la evaluación conductual siempre ha hecho más énfasis en las hipótesis de mantenimiento que en las históricas ya que las primeras aportan claves para la modificación de los problemas mientras que las segundas en estricto sentido, solo aportan una información accesoria (Labrador et al. 1998).

Para el contraste de hipótesis histórica o de mantenimiento existen diversas estrategias. Caballo (1991) detalla algunas de las más útiles en la evaluación conductual:

Convergencia de la información. Si toda la información es coincidente, se puede decir que tiene una gran probabilidad de ser correcta.

Es una forma de contrastar hipótesis sencillas. Válida para la comprobación de hipótesis tanto de mantenimiento como históricas. Sin embargo, la no coincidencia no implica necesariamente la falsedad de la información.

Adecuación a la teoría. Útil para la comprobación de hipótesis de mantenimiento como históricas. El ajuste de los datos convergentes con

alguna teoría suficientemente asentada en la investigación básica supone un aumento fuerte de la probabilidad de que la hipótesis sea correcta.

No obstante, por si misma no es suficiente para contrastar una hipótesis, (por muy potente que sea la teoría a la que se adecua la información) pero es un punto más a considerar.

Análisis histórico. Útil para el contraste de hipótesis históricas. El estudio de la evolución del problema y su contraste con los conocimientos acumulados por la psicología y disciplinas relacionadas supone en su adecuación, un aumento de la probabilidad de acierto de la hipótesis de mantenimiento.

Cabe mencionar que ninguna estrategia en aislado, es suficiente para establecer la validez de una hipótesis, pero aplicadas de forma conjunta conforman un método muy potente de contraste aún, siendo estrategias cualitativas (Phares y Trull, 2000).

Además, las hipótesis propuestas (especialmente las de mantenimiento) deben identificar las relaciones funcionales entre las variables dependientes (conductas metas) y las variables independientes (determinantes). Por su parte Haynes y O'Brien (1990) señalan algunas características básicas de las relaciones funcionales (citados en Caballo, 1991):

- Implican solamente una covarianza entre variables; causales o correlacionales, controlables o no e importantes o triviales.
- Son siempre probabilísticas debido a los diversos errores de medida.
- No son exclusivas; puede existir otra variable no identificada que pueda modificar la relación o añadirse al conjunto de variables identificadas para aumentar el poder predictivo de las hipótesis.
- Pueden variar con el tiempo.

- ☑ Son susceptibles de descripción matemática.
- ☑ Tienen dominios de funcionamiento (por ejemplo contextos)
- ☑ Una variable independiente en una relación funcional puede ser necesaria, suficiente, necesaria y suficiente, o ni necesaria ni suficiente (por ejemplo correlacional).
- ☑ Las relaciones funcionales causales pueden serlo recíprocamente o bidireccionalmente.
- ☑ Las relaciones funcionales causales requieren que la variable independiente (acontecimiento causal) precede en el tiempo a la variable dependiente (acontecimiento causado).

Evidentemente, existen un gran número de relaciones funcionales como casos clínicos existen. Sin embargo, Baer (1986) y Fester (1965) explican que la evaluación conductual debe interesarse en función de sus objetivos, en aquellas que implican **variables importantes y controlables cuya manipulación pudiera resultar en un cambio clínicamente significativo en las conductas problema** (citado en Caballo, 1991).

Una vez que se ha obtenido un diagnóstico (fase descriptiva) y una formulación (fase funcional) suficientemente contrastados, se puede realizar una predicción respecto a la evolución futura del problema en caso de no seguir ningún tratamiento. Esta predicción debe incluir:

- i. Los factores actuales de funcionamiento.
- ii. La identificación de aquellos factores que pueden producir una mejoría “espontanea” o un empeoramiento del problema.

Como todo juicio futuro, su formulación es posible gracias al poder predictivo de las hipótesis y la identificación de acontecimientos y variables potencialmente relacionados al problema al estudiar: **a)** la evolución anterior de la conducta

problema, **b)** del estudio de casos clínicos parecidos y **c)** de las predicciones facilitadas por las teorías básicas o psicopatológicas.

Por su parte, Caballo (1991) señala este momento como el más importante de la evaluación conductual ya que, en función de las hipótesis propuestas y su contraste, se está en posibilidad de diseñar un programa de tratamiento adecuado a las necesidades particulares del paciente.

Asimismo, Alonso et al. (2000) recomiendan al psicólogo que deba entregar un informe de su evaluación que el lenguaje del informe ha de ser claro, aunque riguroso, y expresado de forma científica con una estructura que incluya los siguientes apartados:

1. Solicitud o motivo de consulta.
2. Antecedentes del caso.
3. Relación de los procedimientos y técnicas de evaluación.
4. Resultados obtenidos.
5. Evaluación del profesional.
6. Conclusiones y recomendaciones.

Además, Alonso et al. (2000) recomiendan que las conclusiones del informe se basen en los datos obtenidos y contrastados y se especifique el nivel de validez que se les asigna. Asimismo, sugieren una entrevista final para informar sobre los resultados de la evaluación tanto al menor como a sus padres y/o tutores teniendo cuidado, de utilizar un lenguaje que haga comprensibles los conceptos a transmitir.

Finalmente, Echeburúa (2005) explica que en cuanto más joven es la persona afectada por un suceso traumático, más graves son los síntomas sufridos porque es menor la percepción de control sobre su vida por lo cual, los niños son especialmente vulnerables a la destrucción de su autoestima.

Por ello, después de la evaluación de los menores, (y probablemente sin importar la edad del paciente), Hyman (1990) sugiere tener cuidado en proporcionar apoyo y seguridad a sus preocupaciones (si va a resultar dañado por lo sucedido, miedo ante la venganza del abusador, etc.) siendo esta manera de actuar la mejor forma de minimizar el trauma emocional del paciente.

4.3.2 Tratamiento general del TEP.

Al término de ambas intervenciones (de primera y segunda instancia) Korchin (1976) menciona tres objetivos primordiales que deben ser abordados por la intervención en crisis (citado en Reynoso y Seligson, 2005):

1. Manejar el estado del estrés, ansiedad, desamparo y confusión del paciente.
2. Ayudar la paciente y los otros afectados (familia, vecinos, etc.) en una estrategia de solución de problemas que permita llevar a cabo acciones inmediatas, tanto personales como comunitarias.
3. Establecer patrones de conducta que permitan que el paciente no pierda y regrese al nivel de funcionamiento cotidiano previo a la crisis, a mediano y largo plazo.

Las técnicas puestas a prueba han sido muy diversas, conductuales en unos casos y cognitivas en otros.

Por ejemplo, el estudio de Foa y cols. (1995) investigó la efectividad de 4 programas de intervención **para víctimas de agresiones sexuales con diagnóstico de TEPT** (citado en Bobes et al., 2000). Se asignaron a 45 personas (aleatoriamente), a una modalidad terapéutica de 9 sesiones de 90 minutos cada una, 2 veces por semana las cuales fueron:

- Ψ Exposición prolongada en imaginación in vivo.
- Ψ Entrenamiento en inoculación del estrés.
- Ψ Terapia de apoyo.
- Ψ Grupo de control de lista de espera.

Nota: se observó que la exposición y la inoculación del estrés fueron más eficaces que las otras terapias en la reducción de los síntomas del TEPT, pero no en la reducción de los síntomas de ansiedad y depresión (pues todos los grupos mejoran por igual). Cabe aclarar, que la exposición pese a reportar una eficacia menor a corto plazo y de generar en su aplicación malestar, a mediano plazo (de 3 a 5 meses) es más efectiva que la inoculación del estrés, por ser más compleja tiende a entrar en desuso por los pacientes.

Por otra parte:

- Ψ El programa de intervención **para víctimas adultas de abuso sexual en la infancia con diagnóstico de TEPT crónico**, (Echeburúa, 1997; 1998; citado en Bobes et al., 2000.) de 6 sesiones con una periodicidad semanal que incluye:
 - Expresión y apoyo emocional.
 - Restructuración cognitiva.
 - Técnicas de exposición:
 - A estímulos evocadores de ansiedad y evitación en la vida cotidiana.
 - Exposición gradual a actividades evitadas y gratificantes.
 - En imaginación a las pesadillas por medio de la grabación en cinta o de la escritura repetida de estas.
 - Exposición gradual a las conductas sexuales evitadas.

Nota: ha sido claramente superior, en comparación al grupo control de 10 víctimas tratado solamente con relajación (como placebo psicológico), tanto en el post tratamiento como en los seguimientos; desaparición de los síntomas del TEPT crónico en un 100% en el grupo de exposición versus 40% del grupo de relajación.

A diferencia del estudio de Foa y cols. (1995), el estudio de Echeburúa (1997; 1998) la exposición está referida a los estímulos evitados y a los pensamientos intrusivos más que a los recuerdos traumáticos. Desde este punto de vista, lo disfuncional lo inadaptativo en la mayoría de las víctimas no es tanto el procesamiento defectuoso de la información como el hecho de la evitación de estímulos temidos y la presencia de pensamientos intrusivos por ello, el tratamiento de exposición se centra en estas conductas-objetivo.

Sin embargo, en todo tratamiento cognitivo-conductual de la violencia sexual, la reestructuración cognitiva es imprescindible. Una vez que se ha dado tiempo a la víctima de expresar sus sentimientos y pensamientos hacia el evento, será necesario ayudarle a reestructurar los pensamientos negativos que seguramente tiene de sí mismo y los demás, debido a un deficiente manejo de sentimientos como la culpa, ira, impotencia entre otros. Por ello, Sullivan y Everstine (1997) implementaron la reestructuración cognitiva no solo en las víctimas sino además con los familiares pues concluyeron que estos, son también parte importante del trabajo con la víctima (citados en Aguirre, 2002).

Otra aplicación de la terapia cognitivo-conductual, para el tratamiento del abuso sexual es la realizada dentro del Programa Interdisciplinario de Atención a la Violencia Sexual (PIAV) de la FES Iztacala UNAM que tiene el objetivo de que: “las víctimas de una agresión sexual resuelvan su crisis y la integren dentro de su vida para así poder enfrentar el futuro y crear un proyecto de vida sano para sí mismas” (Aguirre, 2002).

En términos generales, el PIAV facilita la canalización legal o médica de las víctimas de violencia sexual (si así se requiere), trabaja el cambio de pensamientos y conductas negativas del paciente por otras positivas, les entrena en habilidades para manejar el ataque, asertividad, desensibilización sistemática, relajación, entre otras, así como una post evaluación aplicando el mismo procedimiento de su evaluación inicial para evaluar los avances logrados en la terapia, con las acciones que el paciente realiza dentro de su vida cotidiana y la realización de las metas que se plantearon en un inicio (Aguirre, 2002).

Por su parte, Güido (2007) explica que los tratamientos se diseñan con el objetivo de modificar conductas y cogniciones relativamente específicas o de enseñar otras que permitan un mejor ajuste a la persona con su medio ambiente. Para ello, se implementa técnicas cognitivas y conductuales de manera que la terapia a corto plazo entre otras cosas:

1. Aportar con prontitud habilidades que el paciente puede utilizar para sentir más efectividad y control en el manejo de su vida diaria.
2. Fomentar el uso independiente de esas habilidades con una estructura que también permita el desarrollo de otras habilidades, fuera del contexto de la terapia y
3. Estimularlo a que atribuya a su propio esfuerzo, la mejora en su estado de ánimo y el incremento de su actividad y no sólo a la intervención del terapeuta.

Así, en términos generales, los programas de intervención cognitivo-conductuales para el TEA y el TEPT poseen 4 pilares de tratamiento: **1) psicoeducación, 2) técnicas de exposición, 3) reestructuración cognitiva y 4) la enseñanza de diversas técnicas bajo el rubro de entrenamiento en estrategias de afrontamiento.**

Cabe mencionar, que este trabajo no describe las técnicas mencionadas dado que “la terapia cognitivo-conductual incluye hoy en día literalmente cientos de métodos posibles...probablemente ningún libro sea tan amplio como para incluir todos los métodos existentes” (Ellis, 1984; citado en Sank y Shaffer, 1993). Así, para más información se sugiere consultar las fuentes originales.

CONCLUSIONES

Buena parte de la sociedad mexicana, tiene la idea de que “al psicólogo solo van los locos”. Así, en nuestro país, generalmente se asiste al psicólogo por motivos indirectos: legales (obtener la custodia de los hijos, demostrar afectación mental para aminorar la condena por un delito, etc.) o laborales (como parte de una entrevista de recursos humanos, etc.).

O bien, se acude al psicólogo solamente, cuando situaciones inesperadas colocan a las personas o familias en crisis (abuso sexual, violación, muerte de un ser querido, etc.) o cuando, después de muchos años de no recibir algún tipo de asistencia, el padecimiento se cronifica y la persona se siente en crisis.

Para aquellas personas que no buscan ayuda profesional, la voluntad de acudir con un psicólogo es casi nula. Entonces, la agresión se vuelve un secreto de familia (o personal) con la intención de tratar de no lidiar con ello, “hacer de cuenta que nunca paso” y evitar la estigmatización social.

Pretender olvidar algo así no es posible y todo aquello que no es trabajado emocionalmente a la larga trae consigo más problemáticas. El evitar asistir a terapia con la intención de evadir el sufrimiento no es la mejor opción, ciertamente el proceso terapéutico es doloroso, pero permite a su término contar con habilidades de control emocional, de afrontamiento y confrontación cognitiva de ideas irracionales que ayudan al paciente a elaborar un proyecto de vida más prometedor para él y/o su familia, que si se elige vivir con un secreto doloroso.

Ideas como “le han arruinado la vida”, “la han marcado de por vida” o “es lo peor que le puede pasar a una mujer” pululan en nuestra sociedad reforzando el encubrimiento del hecho. Ante ello, en primer lugar nuestra labor ineludible es facilitar la canalización de la víctima y su familia al servicio psicológico más cercano (aun cuando el caso nos sea comentado en una charla informal).

Refiriéndose al abuso sexual, el pudor se vuelve tabú, al abordar la vida privada de los pacientes por tratar temas sexuales. En general, las personas expresan una negativa a “hablar de su vida personal con alguien que ni los conoce” o “pagarle a un desconocido por verlos llorar”. Discursos como los anteriores son habituales debido a que nuestra sociedad fomenta ideas como que las personas: no deberían necesitar ayuda, deben mantener un sentido común que les permita hacer elecciones correctas en cualquier momento y además, conocerse a sí mismas.

Por ello, cuando están confundidos, habitualmente las personas no buscan apoyo profesional y cometen errores, o no pueden superar sus experiencias desagradables, sintiéndose inadecuadas, tontas y avergonzadas. Pedir o buscar ayuda se torna motivo de vergüenza en una sociedad que enseña “que uno debería saber manejar sus emociones y resolver sus problemas por sí mismo” por lo que asistir a terapia psicológica es dejado como último recurso, si es que acaso se contempla.

Así, en vez de acudir con un profesional, comúnmente las personas prefieren exponer sus problemáticas en charlas informales con amigos, vecinos, familiares, etc. e inclusive pedir opinión y consejo en programas de radio y televisión situaciones que comprometen la ética y demeritan la labor del psicólogo. Es contundente, tratándose de casos delicados como un abuso sexual, la terapia psicológica no debería encontrar sustitutos en charlas informales.

Es cierto que hablar de sus problemáticas reconforta a ciertas personas, pero no solo basta la escucha bien intencionada de otro, se necesita de un método psicológico para lograr un cambio conductual y de la aplicación de los conocimientos y habilidades adquiridas durante toda la carrera, variables que separan nuestra intervención de una “charla de café”.

No obstante, aquellos personas que si buscan y reciben ayuda profesional reciben una **intervención en crisis de primer grado** (si el abuso sexual fue cometido recientemente) donde, los primeros auxilios psicológicos pueden ser otorgados por otros profesionales (trabajadores sociales, enfermeras, consejeros, etc.) debidamente capacitados por un psicólogo para dicha labor. Así, la persona en crisis podrá ser orientada para ejecutar pasos concretos inmediatos encaminados al abordaje del abuso sexual reciente al mismo tiempo que, aminora el impacto psicológico del abuso sexual y otros eventos que desencadenan crisis.

Al recibir esta asistencia, la persona está lista para recibir después, una **intervención en crisis de segundo orden** (o terapia de crisis.) entendida esta como un proceso terapéutico integral que (a diferencia de los primeros auxilios psicológicos), solo debe ser impartida por un psicólogo. Dicha intervención tiene como objetivo la integración satisfactoria del evento traumático a la trama de la vida, de manera funcional y para que así pueda continuar con la labor de vivir.

O bien, otras personas buscan ayuda profesional, pero al paso de los años, por aceptar que las consecuencias del evento traumático no ha remitido con el tiempo. Pero, debido a que no recibieron una intervención en crisis de primer orden, la intervención realizada (desde una postura cognitivo-conductual) realizará el **análisis de secuencias** para así, detectar y modificar aquellas conductas disfuncionales que se han visto reforzadas a través del tiempo.

Ya sea por la necesidad urgente del paciente de encontrar un alivio a su malestar o bien, por la demanda institucional de dar resultados con prontitud, frecuentemente se enfatiza solo una de las funciones profesionales del psicólogo: la de intervención.

Entonces, el psicólogo clínico se enfrenta a una gran demanda: diseñar un tratamiento eficaz, rápido y económico. Es en ese momento que al tratar de responder a las expectativas sociales e institucionales pone en juego no solo su

reputación individual como profesional sino inclusive, la imagen que la sociedad tiene de la profesión. Sólo los que ejercemos esta noble profesión sabemos que existe toda una metodología para diseñar e implementar un tratamiento y cumplir cabalmente con esa función que en el imaginario colectivo es sinónimo de psicólogo: curar, mientras que, cuando la psicoterapia ha finalizado comúnmente, las personas expresan que ya se les dio de alta.

Al igual que el médico, al psicólogo se le exige una cura (un alivio) sin reparar en ¿cómo se encuentra? Es cierto, posiblemente la opinión pública no lo hace ni tendría por qué, ya que después de todo, ese es nuestro trabajo. No obstante, la palabra cura y alta resulta poco apropiada por: 1) remitir al enfoque médico (nosotros no somos médicos), debemos usar nuestro propio lenguaje profesional y 2) el uso de la expresión alta no da cabida a las recaídas y el seguimiento.

Respecto al seguimiento, es habitual que muchos terapeutas le dejen de lado, dejando con ello (técnicamente hablando) su intervención incompleta pero además, privándose de la experiencia profesional que da sentir y demostrar hasta el final de la labor terapéutica un interés real, humano, sincero y profesional por el que fuera en un momento dado, su paciente frecuente.

En términos generales, existe un desconocimiento general de nuestra profesión. Incluso, la psicoterapia es pensada como un único modelo ante lo cual, si una persona asiste a terapia y el enfoque y/o técnicas aplicadas por el psicólogo no les sirvieron como esperaba, buena parte de los usuarios no sigue buscando otras alternativas terapéuticas.

Refiriéndonos a las diferentes perspectivas de psicoterapia, en definitiva, aquellos pacientes con diversas problemáticas por ejemplo: drogadicción, alcoholismo, **abuso sexual**, tabaquismo, timidez extrema, eyaculación precoz, etc. probablemente se desanimarán y abandonarán un tratamiento psicodinámico pues ya sea por vergüenza, desconocimiento, falta de motivación, etc. han lidiado con sus problemáticas y no buscaron ayuda hasta que su problema se agravo.

Entonces, es cuando los pacientes están ansiosos (y también sus familiares) de resultados concretos y relativamente inmediatos, eso, no es algo que consiga la intervención tradicional.

Es poco probable que el enfoque tradicional pueda siquiera aminorar significativamente los altos índices de problemas de salud mental y sociales que actualmente enfrenta México; las cifras de abuso sexual van en incremento aunque, no se sabe si esto se debe a una mayor ocurrencia, una mayor disposición para denunciar o ambas cosas.

Claro que esta que ningún enfoque terapéutico por sí mismo y en aislado podría hacerlo, pero las oportunidades del psicoanálisis para este tipo de meta, por su estilo de trabajo, obviamente son menores. Mientras que, para su organización, la intervención cognitivo-conductual contempla el diseño de un plan de tratamiento (ruta crítica) donde el cumplimiento de cada uno de los objetivos particulares conduce al logro del objetivo general de la terapia, de modo que es mas especifica en su duración.

Además, mientras que la terapia cognitivo-conductual es capaz de formular un diagnóstico encaminado a describir las áreas problemáticas del paciente sin comprometer “lo que la persona es de manera global, en todo momento y lugar” es decir, no pone en grave riesgo la identidad de las personas. Al evitar la clasificación-etiquetación del paciente evita que estos alberguen una imagen defectuosa de sí mismos (inclusive de por vida).

Asimismo, la evaluación conductual parte del supuesto de que las conductas son aprendidas y mantenidas por sus consecuencias y por ello, susceptibles de ser modificadas a diferencia del enfoque tradicional, que habla de estructuras de personalidad fijas y de motivos intrapsíquicos (de ser así, que caso tiene pretender modificar algo “ya dado en el sujeto”). Por ello, resulta más útil en términos de psicoterapia partir del supuesto que las conductas son aprendidas (inclusive las

disfuncionales) pero se integraran al repertorio del paciente conductas nuevas que sean positivas para el afrontamiento de su problemática.

Además, la perspectiva cognitivo-conductual concede justa dimensión e importancia a la influencia que el ambiente tienen sobre el mantenimiento de las conducta enfatizando las evaluaciones directas (y cierto tipo de instrumentos), privilegiando la información más cercana a la objetividad y persiguiendo un nivel de inferencia bajo.

En todo caso, una intervención de tipo tradicional puede dejarse a aquellos individuos que, después de recibir una intervención de urgencia, pronta y focalizada o una terapia integral (como la cognitivo-conductual bajo el modelo de intervención en crisis de Slaikeu), hayan superado su momento de crisis, aprendido habilidades de afrontamiento y deseen trabajar otros aspectos de su psique (como por ejemplo el significado de sus sueños).

En esos casos, no se debería descalificar la inquietud del paciente. El terapeuta cognitivo-conductual diplomático aclarara que él no realiza dicha labor explicándole el por qué, pero que puede canalizarle con algún psicoanalista ya que sobre todas las diferencias teórico-prácticas, la colaboración y el respeto entre profesionales debe prevalecer.

Por otra parte, cabe reconocer que, uno de los logros atribuidos al psicoanálisis es la popularización de la Psicología. En la actualidad es común escuchar al vulgo frases como: “estas traumado”, “eres una histérica”, “no te proyectes”, etc. Claramente son conceptos mal empleados, pero denotan lo popular del psicoanálisis y por medio de él, la Psicología. Ciertamente, la popularidad no dispensa el desconocimiento que hay de nuestra profesión, pero es un comienzo.

Asimismo, es habitual, que al escuchar las palabras “evaluación psicológica”, las personas le asocien al psicoanálisis: inmediatamente la imagen del paciente en el

diván viene al imaginario colectivo. O bien, cuando decimos que somos psicólogos las personas nos cuestionen ¿Qué como son? Y pidan describamos su “personalidad”, “midamos su “inteligencia” o “los psicoalicemos”. Todas esas reacciones individuales y colectivas no son fortuitas y son comprensibles si recordamos que: 1) el psicólogo más conocido por el vulgo es Sigmund Freud y 2) en los años 50s se dio el boom de las pruebas psicométricas.

Así, frecuentemente, la psicología es reducida a la aplicación de pruebas psicométricas de las cuales, varias se han vuelto de dominio público e incluso, otros profesionales son contratados para su aplicación (por ejemplo los administradores).

Dichas acciones aparte de ser una invasión al campo laboral del psicólogo, son un abuso de su aplicación que compromete la seriedad de nuestra labor y lesiona la imagen profesional del psicólogo al transmitir al vulgo la idea de que “la prueba psicométrica por sí misma arroja la evaluación psicológica de las personas” cuando en realidad, las pruebas psicométricas son solo instrumentos de medición cuyos resultados deben ser interpretados y contextualizados en relación al caso y que, para evaluar a una persona se necesita entre otras cosas la aplicación de varios instrumentos y competencia en la materia (poseer habilidades de observación, escucha clínica, etc.).

También, frecuentemente se alberga la idea equivocada de que prácticamente cualquiera puede ser terapeuta con tal de que sea comprensivo y amigable cuando no basta “la buena intención de ayudar” si no está acompañada del conocimiento y responsabilidad ética de actualización. El conocimiento sólido y sincero da un margen de seguridad dentro de una labor desconcertante como lo es la psicología clínica.

Asimismo, el psicólogo enfrenta la necesidad de una gran cultura, debido a la diversidad de usuarios que atenderá durante todos sus años de ejercicio

profesional ya que, el psicólogo es concebido como un experto en las relaciones humanas.

Además, el psicólogo enfrenta una especie de empoderamiento por parte de los médicos psiquiatras como “los profesionales encargados de la salud mental” a quienes frecuentemente, se les considera poseedores de un nivel superior al de los psicólogos. Así, en nuestra sociedad cuando una persona exhibe dificultades emocionales o conductuales se le remite primeramente a un psiquiatra, situación que alarma al usuario pues le transmite la idea de que tiene una “enfermedad grave” o “que está muy mal, y que si lo están medicando es porque casi está listo para el manicomio”.

La consulta psiquiátrica aparte de conllevar la medicación del paciente, implica un alto costo y a la larga, usualmente las personas abandonan el tratamiento por considerar que “están siendo dopadas”, cuando en realidad una medicación psiquiátrica debe acompañarse de psicoterapia y recurrir a la medicación solo cuando sea estrictamente necesario. Conjuntamente, existe confusión de las labores de ambos profesionales (psiquiatra y psicólogo): algunas personas albergan la idea errónea de que los psicólogos medican y que si asisten a terapia inevitablemente les recetarán fármacos.

Además, en relación a la medicación habría que reflexionar: ¿Qué tanto nuestra cultura fomenta el alivio rápido y sencillo? Después de todo, tomar una pastilla parecerá para algunos más rápido, sencillo, cómodo o inofensivo que invertir esfuerzos y recursos (económicos, personales, de tiempo, etc.) necesarios para la psicoterapia. En cierto modo, una de las tareas del psicólogo es desanimar al paciente de que siga encontrando excusas que le impidan responsabilizarse de su propio cambio.

Asimismo, es de considerarse la situación actual de nuestro país: las problemáticas sociales son cada vez más graves: las posibilidades de pago

decrecen, la vida en general se ha encarecido y la calidad de vida a la que se puede aspirar es cada vez menor. Entonces la psicoterapia enfrenta una competencia, inclusive con magias o soluciones místicas que ofrecen soluciones rápidas y fáciles. Por lo que, en definitiva, la duración del tratamiento es y debe ser menor, cuando las personas pertenecen a un nivel socioeconómico bajo.

En general, los psicólogos jóvenes al empezar a ejercer la profesión, con frecuencia nos preguntamos ¿qué podemos aportar a la Psicología? pero con todo lo anterior expuesto, es claro que la psicología como una ciencia preocupada por el bienestar social enfrenta muchos retos y que, tenemos mucho por hacer en pro de nuestra ciencia, para que la salud mental sea motivo de consulta normal (como lo es visitar a otros profesionales de la salud) y por una cultura de asistencia al psicólogo.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre, R. M. (2001). Propuesta de prevención–intervención en la atención del abuso sexual a menores: el psicólogo de la salud desde una perspectiva cognitivo-conductual. Tesis de Licenciatura. México: UNAM, FES Iztacala.
- Aguirre, Y.T. (2002). *Taller para sobrevivientes al abuso sexual*. Tesis de Licenciatura, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Alonso, J.; Hernández, J. y Petitbó, M. (2000). *Guía de actuación del psicólogo en los abusos y otros maltratos en la infancia*. En: G. Horno (Coord.), *Abuso sexual infantil: Manual de formación para profesionales*, 2001. The Save The Children. <http://www.savethechildren.es/docs/Ficheros/91/Manual.pdf>. Visitado [6 de Agosto del 2011].
- Alemán, V. A. y Tellez, G. M. (2001). Repercusiones psicológicas en adultos que sufrieron una agresión sexual en su niñez. Tesis de Licenciatura. México: UNAM, FES Iztacala.
- Benveniste, D. (2000). Intervención en crisis después de grandes desastres. *Revista Trópicos*. Vol. 1. Caracas; Venezuela. http://www.thecjc.org/pdf/benveniste_intervencion.pdf. Visitado [13 de Febrero de 2012].
- Bobes, G. J.; Bousoño, G. M.; Calcedo, B. A. y Gonzales, G. P. (2000). Trastorno por estrés postraumático. Barcelona: Masson.
- Caballo, V. (1991). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid, España: Siglo XXI. pp. 161-181.

- Cantón, D. y Cortés, A. (2004). *Malos tratos y abuso sexual infantil*. Madrid, España: Siglo XXI. pp. 172-398.
- Casado, F. J.; Díaz, H.J. y Martínez, G.C. (1997). Niños maltratados. Madrid; Díaz de Santos. 161-183.
- CAVV. *Protocolo de intervención con víctimas sobrevivientes de agresión sexual en facilidades de salud*, 2006. Puerto Rico. <http://www.salud.gov.pr/JLDMPR/ProtocolosMedicos/Protocolos/Protocolo%20de%20Intervenci%C3%B3n%20con%20sobrevivientes%20de%20Agresion%20Sexual%2030%20oct%202006.pdf>. Visitado [13 de Marzo del 2011].
- Cia A. H. (2001). Trastorno por estrés postraumático. Diagnóstico y tratamiento. Buenos Aires: Imaginador.
- Código Penal del Distrito Federal. (2009). México: Ediciones Fiscales ISEF. pp. 44- 47, 82-83.
- Echeburúa, E. (2004). Superar un trauma. Madrid; Pirámide.
- Erikson, E. (1979). Historia personal y circunstancia histórica. Madrid; Alianza.
- Espejel, B.G. y Rivera, R.D. (2006). *Un reporte de caso: Ansiedad generalizada con ataques de pánico. Una intervención cognitivo-conductual multi-sistema*. Tesis de Licenciatura, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Fernández, M.M. (2010). Modelo de intervención en crisis: en busca de la resiliencia personal Grupo Luria. <http://www.luriapsicologia.com/TRAB%20MODELO%20DE%20INTERVENCIO>

[N%20EN%20CRISIS%20-Lourdes%20Fernandez.pdf](#). Visitado [12 de Febrero de 2012].

Gasman, N.; Villa, T.L.; Lyn, D.B. y Moreno, C. (2006). *Informe Nacional sobre la Violencia y la Salud en México*. Violencia sexual en México. IPAS. <http://www.infanciacuenta.org/ensayoicm2010.pdf>. Visitado [13 de Marzo de 2011].

Graf, Z.E. (2002). *Ética y psicoterapia: responsabilidad y ejercicios*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Güido, W. *Abuso sexual infantil, trastorno por estrés postraumático y su abordaje terapéutico*. En *Género y Salud en Cifras*. 2007; 3 (5). Secretaría Salud: México. <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/genero/boletines/boletin%20V5-3.pdf>. Visitado [21 de Marzo del 2011].

Hernández, R.M. y Gallardo, R.P. (2000). *Abuso sexual infantil*. Tesis de Licenciatura. México: UNAM, FES Iztacala.

Hyman, S.E. (1990). *Manual de urgencias psiquiátricas*. Barcelona: Salvat.

Kaplan H.I. y Sadock. B.J. (1996). *Manual de psiquiatría de urgencias*. Argentina: Panamericana. 338- 349.

Labrador, Cruzado y Muñoz. (1998). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid, España: Siglo XXI.

Martínez, G. C. (2005). *Intervención en crisis en pacientes con trastorno de personalidad limítrofe*. *Revista interamericana de psicología*, Vol. 39, N| 1, 151-158.

<http://www.psicorip.org/Resumos/PerP/RIP/RIP036a0/RIP03915.pdf>. Visitado [13 de Febrero de 2012].

Phares, J. y Trull, T.J. (2000). Evaluación conductual. En: Psicología clínica. Conceptos, métodos y práctica. México: Manual Moderno. Capítulo 9.

Piña, C.; González, A. y Ruesga, C. (2010). *La violencia contra niños, niñas y adolescentes en México miradas regionales*. Ensayo temático de la infancia cuenta en México. Red por los derechos humanos de la infancia en México. <http://www.derechosinfancia.org.mx/ensayoicm2010.pdf>. Visitado [el 28 de Febrero del 2011].

Ramos, L.; Saltijeral, M.; Romero, M.; Caballero, G. y Martínez, V. *Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de usuarias de un centro de salud*. *Salud pública de México*, 2001. Vol. 43, n.3, pp. 182-191. <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v43n3/a02v43n3.pdf>. Visitado [28 de Febrero del 2011].

Redondo, C. y Ortiz, O. (2005). *El abuso sexual infantil*. *Boletín de la sociedad de pediatría de Cantabria, Castilla y León*, 2005. pp. 45.3-16. http://www.sccalp.org/boletin/191/BolPediatr2005_45_003-016.pdf. Visitado [3 de Marzo del 2011].

Reynoso, E. y Seligson, N. (2005). *Psicología clínica de la salud: un enfoque conductual*. México: Manual Moderno. pp. 57-76.

Sank, L.I. y Shaffer, C.S. (1993). *Manual del terapeuta para la terapia cognitiva conductual en grupos*. España: Desclée de brouwer.

Sam, S.; Gayón, V. y García, P. *Estudio clínico ginecológico en niñas y adolescentes que sufrieron abuso sexual*. Medigraphic Artemisa, 2008.

76(7). pp. 404-416. <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobs/mex/gom-2008/gom087h.pdf>. Visitado [28 de Febrero del 2011].

Slaikeu, C. A. (1996). *Intervención en crisis: manual para práctica e investigación*. México: Manual Moderno.

Trull, T. y Phares, E. (2003). *Psicología clínica, conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión*. México: Thomson.

Ursano, R.J. (2006). *Guía clínica para el tratamiento de los trastornos por estrés agudo y estrés postraumático*. Barcelona: Ars Medica APA.

ANEXOS

Tabla 10 Comparativo de la Ley General de Acceso de la Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV) con las leyes estatales de acceso

Leyes estatales	El objeto de la ley es acorde con el de la ley General	Define la violencia contra las mujeres de acuerdo a la ley general	Define víctima y agresor	Define los derechos humanos de las mujeres	Define empoderamiento de las mujeres	Define misoginia	Contempla la violencia psicológica	Contempla la violencia física	Contempla la violencia económica	Contempla la violencia de género
Aguascalientes	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI
Colima	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Distrito Federal	NO	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Guanajuato	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Hidalgo	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI
Jalisco	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
México	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Michoacán	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Morelos	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Nayarit	NO	SI	NO	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI
Querétaro	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI
San Luis Potosí	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Tlaxcala	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Zacatecas	SI	SI	SOLO VICTIMA	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI

ANEXO 2

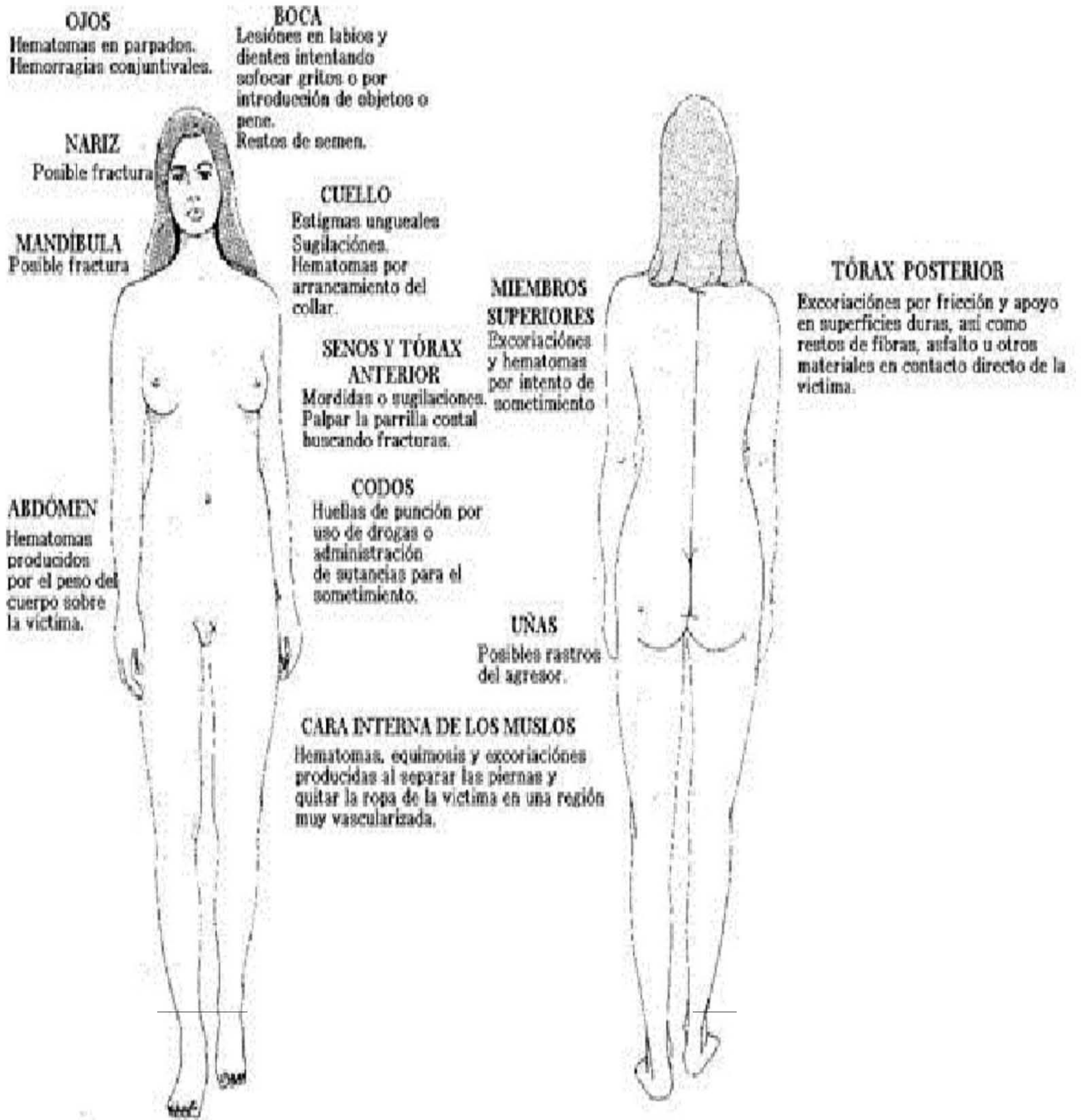
Tabla 9 Características de las leyes sobre violencia sexual de los estados de la región centro de México 2004

Entidad federativa	Violación		Violación instrumentada		Violación equiparada	Violación entre cónyuges	Denominación del abuso sexual por estado				Estados donde existen medidas de protección y tipo de instancia		
	Estados donde es delito	Estados en donde NO se explicitan en sus definiciones la copula oral como forma de delito	Estados que la consideran como violación	Estados que le atribuyen penalidad diferente y ligeramente menor	Límites de edad para el delito de violación equiparada por estado (años)	Estados que tipifican este delito	Abuso sexual	Abusos deshonestos	Atentados al pudor	Otros (*)	Vía penal	Vía civil	Vía administrativa
Aguascalientes	*				12				*		*	*	
Colima	*	*	*		12			*				*	*
Distrito Federal	*		*		12	*	*				*	*	
Guanajuato	*		*		12	*	*						
Hidalgo	*		*	*	12	*				2			
Jalisco	*		*		12				*				
México	*		*		12					2			*
Michoacán	*				12				*			*	
Morelos	*		*		12		*				*		*
Nayarit	*	*	*		12				*				
Querétaro	*	*	*		12	*							
San Luis Potosí	*		*		12	*	*	*			*	*	
Tlaxcala	*		*		12				*				
Zacatecas	*		*		12	*				3	*		

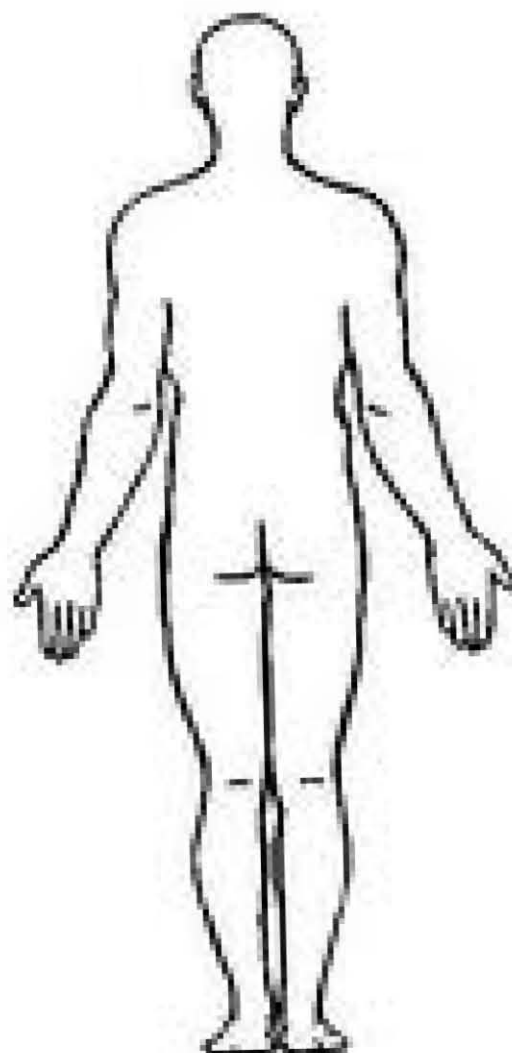
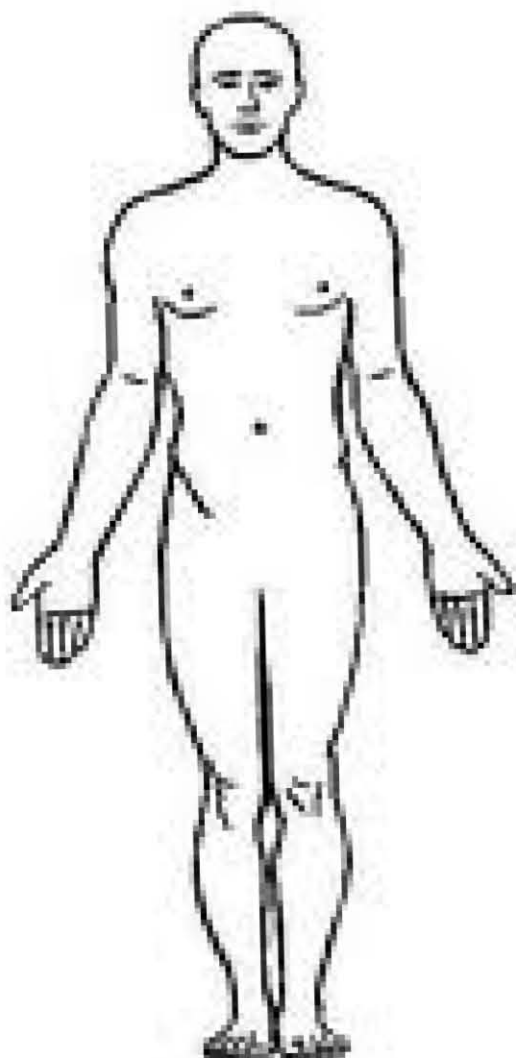
*1-impudicia, 2-Abusos libidinosos, 3-Atentados contra la integridad sexual de las personas

Fuente: Ortega, Adriana y Titiemy Santiago (2004); Marco Jurídico de la violencia en México; ipas. México

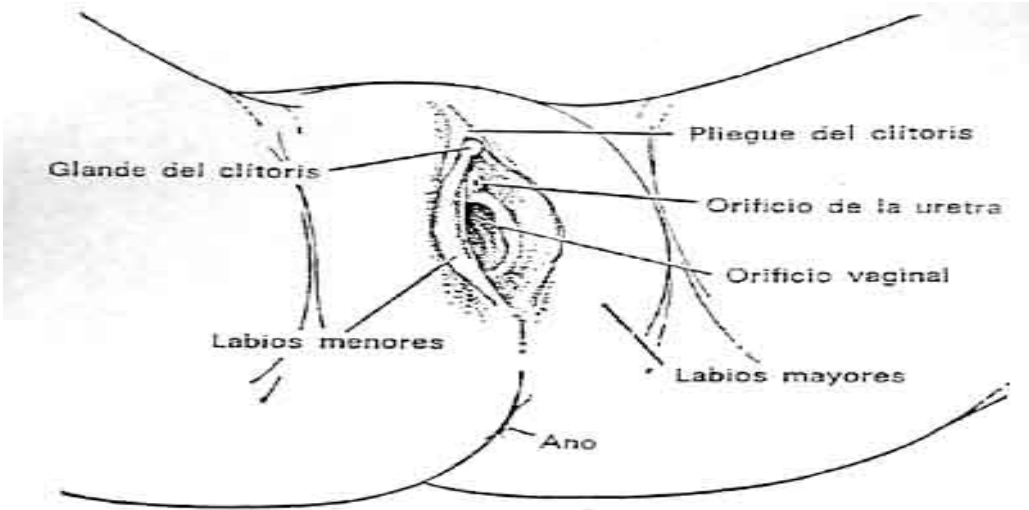
Carta corporal femenina



Carta corporal masculina



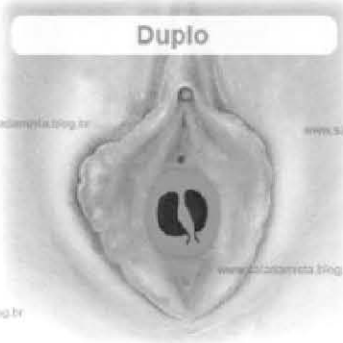
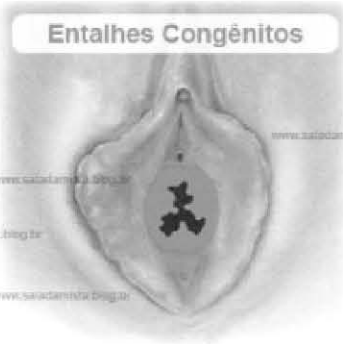
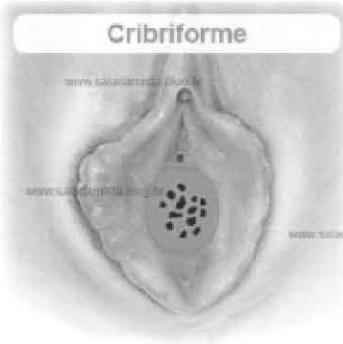
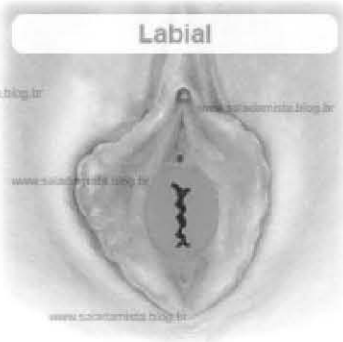
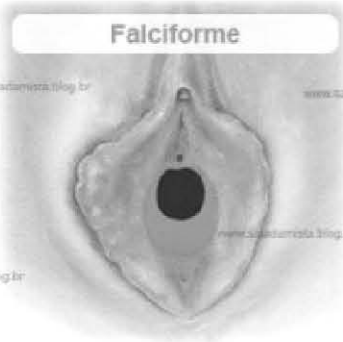
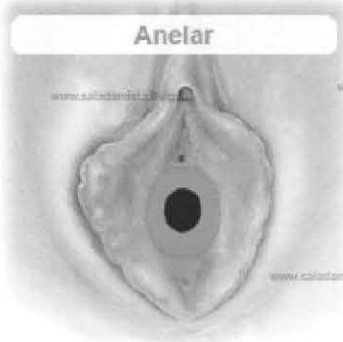
Carta genital femenina



Carta genital masculina ejemplo 1



Tipos de Himen.



Toma de muestras en un caso de sospecha de abuso sexual.

ETS	Muestras
Gonococo	Cultivos de recto, vagina, uretra y faringe.
Clamidia	Cultivos de recto y uretra.
Sífilis	Serología a las 0, 6, 12 y 24 semanas. Examen de campo oscuro del exudado del chancro, si existe.
VIH	Serología a las 0, 6, 12, y 24 semanas; y a los 12 meses. Serología en el agresor, si es posible.
VHB	Serología en el agresor, si es posible.
Herpes simple	Cultivo de la lesión.
Vaginosis bacteriana	Examen en fresco y cultivo del flujo vaginal.
Papiloma	Biopsia de la lesión.
Tricomonas	Examen en fresco y cultivo del flujo vaginal.
Pediculosis	Identificación de piojos y huevos.

Evaluación del perfil básico de la personalidad CASIC.

Modalidad/ sistema	Variables/subsistemas
Conductual	Patrones de trabajo, interacción, descanso, ejercicio, dieta (hábitos de comida y bebida), comportamiento sexual, hábitos de sueño, uso de drogas y tabaco; presencia de cualquiera de los siguientes: actos suicidas, homicidas o de agresión Métodos acostumbrados para salir adelante con la tensión
Afectiva	Sentimientos acerca de cualquiera de los comportamientos citados arriba; presencia de sentimientos tales como ansiedad, ira, alegría, depresión, etcétera; adecuación de los afectos a las circunstancias. ¿Se expresan o se ocultan los sentimientos?
Somática	Funcionamiento físico general, salud Presencia o ausencia de tics, dolores de cabeza, malestares estomacales y cualquier otros males somáticos; el estado general de relajación/tensión; sensibilidad de la visión, el tacto, el gusto, la percepción y el oído
Interpersonal	Naturaleza de las relaciones con la familia, los amigos, los vecinos y los compañeros de trabajo; fortalezas y problemas interpersonales; número de amigos, frecuencia del contacto con ellos y con los conocidos; papel asumido con los distintos amigos íntimos (pasivo, independiente, líder, como un igual); estilo de la resolución de conflictos (asertivo, agresivo, aislado); estilo interpersonal básico (congeniante, suspicaz, manipulador, explotador, sumiso, dependiente)
Cognoscitiva	Sueños diurnos y nocturnos usuales; representaciones mentales acerca del pasado o el futuro; autoimagen; metas vitales y las razones para su validez; creencias religiosas; filosofía de la vida; presencia de cualquiera de los siguientes: catastrofización, sobregeneralización, delirios, alucinaciones, hablarse a sí mismo de manera irracional, racionalizaciones, idealización paranoide; actitud general (positiva/negativa) hacia la vida

Características comunes del suicidio.

La Definición del suicidio de Schneidman (en 1985) sintetiza las características comunes del suicidio, cada una de las cuales tiene implicaciones para la prevención e intervención:

- **El estímulo** común en el suicidio es el **insoportable dolor psicológico**. La principal regla clínica es reducir el nivel de sufrimiento, con frecuencia sólo muy poco, de manera que el individuo escoja vivir.
- **El catalizador** común en el suicidio son las **necesidades psicológicas frustradas**. El suicidio parece una elección lógica para el individuo que lo comete, y se comprende mejor como resultado de necesidades obstruidas o insatisfechas. La regla clínica es: si se encauzan las necesidades frustradas no ocurrirá el suicidio.
- **El propósito** común del suicidio es buscar una **solución**. El suicidio no es un acto al azar; no se realiza sin sentido o propósito. El suicidio se ve como una respuesta común a la pregunta de: "¿Cómo salgo de esto?"
- **La meta** común para el suicidio es la **suspensión de la conciencia**. De modo paradójico, el suicidio es tanto un movimiento hacia y un movimiento de alejamiento de algo. La meta es terminar con la conciencia de uno sobre el dolor insoportable y los apremiantes problemas de la vida.
- **La emoción** común del suicidio es la **desesperanza-fatal de ayuda**. Los estudios sobre el suicidio observan profundas emociones básicas tales como vergüenza, culpa y dependencia frustrante, en lugar de la hostilidad que se ha asociado con el suicidio de manera tradicional. Subyacente a todos estos sentimientos, de cualquier manera, es la emoción de impotencia, del sentimiento de desesperanza-fatal de ayuda. "... No hay nada que pueda yo hacer, excepto cometer suicidio, y no hay alguien que pueda ayudarme con el dolor".
- **La actitud interna** común hacia el suicidio es la **ambivalencia**. La persona suicida siente tanto que quiere morir como que quiere vivir (que la rescaten). Los clínicos pueden utilizar esta ambivalencia para ganar tiempo, en busca de generar otras soluciones para la situación dolorosa.

- El **estado cognoscitivo** común del suicidio es la **constricción**. En lugar de verse al suicidio como psicosis, neurosis o trastorno del carácter (pensamiento "de loco"), el suicidio se comprende mejor como una constricción psicológica de sentimientos y pensamientos, y un estrechamiento de la gama de opciones o actitudes disponibles para continuar con la vida. Como observa Schneidman, "no es algo por hacer cuando uno no está en su mejor disposición. Nunca te quites la vida cuando estés en un estado suicida".
- El **acto interpersonal** común del suicidio es la **comunicación de la intención**. La gente que piensa en matarse a sí misma, de manera usual da claves claras sobre el inminente suceso mortal, lo cual es su comunicación de la intención. El reconocimiento de esas claves (lo mismo clamores por ayuda, murmuraciones o silencios entendidos) es indispensable en la prevención del suicidio.
- La **acción** común en el suicidio es la **salida**. La salida es la escapatoria o huida de una situación tensionante, que indica que la acción de la persona suicida es terminar con el dolor al cambiar el escenario.
- La **persistencia** común en el suicidio son los **patrones de enfrentamiento de toda la vida**. En tanto el acto del suicidio no tiene precedente (sólo puede ocurrir en una ocasión), existen profundas persistencias en los patrones de enfrentamiento que se han intentado toda la vida los individuos suicidas. Los clínicos deben mirar hacia los episodios previos de perturbación, la capacidad para soportar el dolor psicológico, y la tendencia a la constricción y el pensamiento dicotómico, como claves para el comportamiento que amenaza a la vida.

Los cinco componentes de los primeros auxilios psicológicos.

Componente	Comportamiento del asistente	Objetivo
1. Realizar el contacto psicológico	<p>Invitar al paciente a hablar;</p> <p>Escuchar los hechos y sentimientos;</p> <p>Sintetizar/reflejar los hechos y sentimientos;</p> <p>Efectuar declaraciones empáticas;</p> <p>Interés por comunicarse;</p> <p>Tocar/abrazar de manera física;</p> <p>dar "control calmante" a una situación intensa</p>	<p>Que el paciente se sienta comprendido, aceptado, apoyado</p> <p>Reducida intensidad del aturdimiento emocional</p> <p>Reactivación de las capacidades de resolución de problemas</p>
2. Examinación de las dimensiones del problema	<p>Indagar acerca de:</p> <p>Pasado inmediato;</p> <p>Incidente que precipitó la crisis;</p> <p>Funcionamiento CASIC previo a la crisis (fortalezas debilidades);</p> <p>Presente;</p> <p>Funcionamiento CASIC ahora (fortalezas y debilidades);</p> <p>Recursos personales (internos);</p> <p>Recursos sociales (externos); mortalidad;</p> <p>Futuro inmediato;</p> <p>Decisiones inminentes —para esta noche, fin de semana, los próximos días/semanas</p>	<p>Orden jurídico:</p> <p>a) Necesidades inmediatas; y</p> <p>b) necesidades posteriores</p>
3. Analizar posibles soluciones	<p>Preguntar qué es lo que el paciente ha intentado hasta ahora;</p> <p>Examinar qué es lo que el paciente puede/podría hacer ahora;</p> <p>Proponer nuevas alternativas:</p> <p>Un nuevo comportamiento del paciente; redefinición del problema; asistencia externa (un tercero); cambio ambiental</p>	<p>Identificar una o más soluciones para las necesidades inmediatas y posteriores</p>

Componentes	Comportamiento del asistente	Objetivo
4. Asistir en la ejecución de acción concreta	Véase más abajo	Ejecutar soluciones inmediatas, planteadas para satisfacer las necesidades inmediatas

Acción concreta: Comportamiento del asistente

Si: a) la mortalidad es baja, y b) la persona es capaz de actuar en su propio beneficio, entonces:

Actitud facilitadora:

“Hablamos”;
 “tú actúas”; y
 se hace un contrato para actuar entre el asistente y el paciente

Los rangos de acción van de escuchar de modo activo hasta dar consejos

Si: a) La mortalidad es alta o b) la persona no es capaz de actuar en su propio beneficio, entonces:

Actitud directiva:

“Hablamos”;
 “yo puedo actuar en tu beneficio”; y
 el contrato para la acción puede incluir a la familia y otros recursos comunitarios

Los rangos de acción van de la movilización activa de recursos hasta el control de la situación

5. Seguimiento Asegurar la identificación de información; examinar los posibles procedimientos para el seguimiento; establecer un convenio para recontactar

Asegurarse de la retroalimentación en las tres submetas de los primeros auxilios psicológicos:
 El apoyo recibido;
 reducción de la mortalidad;
 culminación del enlace con (otros) recursos
 Poner en movimiento la siguiente fase:
 Soluciones posteriores;
 Si a) las necesidades inmediatas se satisficieron con las soluciones inmediatas y la acción concreta que se tomó, y si b) se realizó el enlace para las necesidades inmediatas, entonces **parar**
 Si no, regresarse al paso 2 (las dimensiones del problema) y **continuar**

Qué hacer y qué no hacer en los primeros auxilios psicológicos.

	Qué hacer	Qué no hacer
1. Contacto	Escuchar de manera cuidadosa Refleja sentimientos y hechos Comunicar aceptación	Contar tu "propia historia" aun Ignorar sentimientos o hechos Juzgar o tomar partido
2. Dimensiones del problema	Plantear preguntas abiertas Pedir a la persona que sea concreta Evaluar la mortalidad	Depender de preguntas de sí/no Permitir abstracciones continuas Soslayar las señales de "peligro"
3. Posibles soluciones	Alentar la lluvia de ideas Trabajar de manera directa por bloques Establecer prioridades	Permitir la visión de pasar por un túnel Dejar obstáculos sin examinar olerar una mezcla de necesidades
4. Acción concreta	Dar un paso cada vez Establecer metas específicas de corto plazo Hacer confrontaciones cuando sea necesario Ser directive, si, y sólo si, debes hacerlo	Intentar resolverlo todo ahora Realizar decisiones que comprometan por largo tiempo Ser tímido Retraerse de tomar decisiones cuando parezca necesario
5. Seguimiento	Hacer un convenio para recontactar. Evaluar los pasos de acción	Dejar detalles en el aire, o asumir que el paciente continuará la acción del plan por sí mismo Dejar la evaluación a alguien más

TABLA 1. Criterios DSM-IV-TR para el diagnóstico de trastorno por estrés agudo (DSM-IV-TR código 380.3)^a

- A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (1) y (2):
1. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
 2. La persona ha respondido con temor, indefensión o terror intensos.
- B. Durante o después del acontecimiento traumático, el individuo presenta tres (o más) de los siguientes síntomas disociativos:
1. Sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional.
 2. Reducción del conocimiento de su entorno (p. ej., estar aturdido).
 3. Desrealización.
 4. Despersonalización.
 5. Amnesia disociativa (p. ej., incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma).
- C. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente en al menos una de estas formas: imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios de *flashback* recurrentes o sensación de estar reviviendo la experiencia, y malestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerdan el acontecimiento traumático.
- D. Evitación acusada de estímulos que recuerdan el trauma (p. ej., pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares, personas).
- E. Síntomas acusados de ansiedad o aumento de la activación (*arousal*) (p. ej., dificultades para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto, inquietud motora).
- F. Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, o interfieren de forma notable con su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables, por ejemplo, obtener la ayuda o los recursos humanos necesarios explicando el acontecimiento traumático a los miembros de su familia.
- G. Estas alteraciones duran un mínimo de 2 días y un máximo de 4 semanas, y aparecen en el primer mes que sigue al acontecimiento traumático.
- H. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica, no se explican mejor por la presencia de un trastorno psíquico breve y no constituyen una mera exacerbación de un trastorno preexistente de los Ejes I o II.

^a Adaptado con autorización de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision. Washington DC, American Psychiatric Association, 2000. Copyright ©. American Psychiatric Association.

TABLA 2. Criterios DSM-IV-TR para el diagnóstico de trastorno por estrés postraumático (DSM-IV-TR código 309.81)^a

- A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (1) y (2):
1. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
 2. La persona ha respondido con temor, indefensión o terror intensos.
- Nota:** En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados.
- B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:
1. Recuerdos del acontecimiento recurrentes o intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. **Nota:** En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma.
 2. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. **Nota:** En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible.
 3. El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de *flashback*, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). **Nota:** Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico.
 4. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
 5. Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
- C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausentes antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:
1. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.
 2. Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.
 3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.
 4. Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.
 5. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.
 6. Restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor).
 7. Sensación de un futuro limitado (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, tener la esperanza de una vida normal).
- D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (*arousal*) (ausencia antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:
1. Dificultades para conciliar o mantener el sueño.
 2. Irritabilidad o ataques de ira.
 3. Dificultades para concentrarse.
 4. Hipervigilancia.
 5. Respuestas exageradas de sobresalto.
- E. Estas alteraciones (síntomas de los criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.
- F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- Especificar si:*
- Agudo:** si los síntomas duran menos de 3 meses.
- Crónico:** si los síntomas duran 3 meses o más.
- Especificar si:*
- De inicio demorado:** entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

^a Adaptado con autorización de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision. Washington DC, American Psychiatric Association, 2000. Copyright ©. American Psychiatric Association.

TABLA 4. Comparación de los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para el diagnóstico de un trastorno por estrés agudo (TEA) y un trastorno por estrés postraumático (TEPT) (cont.)

Descripción del criterio	Criterio TEA	Criterio TEPT
1. Dificultades para conciliar o mantener el sueño 2. Irritabilidad o ataques de ira 3. Dificultades para concentrarse 4. Hipervigilancia 5. Respuestas exageradas de sobresalto		
Duración de la alteración	Mínimo 2 días, máximo 4 semanas	Más de 1 mes (se diagnostica TEPT agudo si la duración es inferior a 3 meses y TEPT crónico si la duración es superior a 3 meses)
Relación temporal con el acontecimiento traumático	Ocurre en 4 semanas	Suele aparecer en 3 meses (si se inicia más de 6 meses después del estresor, se especifica el retraso en el inicio)
Malestar o deterioro funcional: estas alteraciones causan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (o incapacidad para realizar algunas tareas necesarias en el TEA)	Criterio F	Criterio F
Exclusión de otras alteraciones: No atribuibles a los efectos psicológicos directos de la sustancia (p. ej., la droga de abuso, un fármaco) o una enfermedad médica No se explica mejor a partir de un episodio psicótico breve No es una exacerbación de un trastorno preexistente de los ejes I y II	Criterio H	— ^a

^aNo está incluido en los criterios de TEPT.

**Conceptos erróneos comunes acerca de sí mismo, el mundo,
las metas y los ideales (Hammon y Stanfield, 1977).**

1. Definiciones distorsionadas del sí mismo:
 - a. Yo soy una víctima inocente e indefensa. La infelicidad y lo que ocurre en la vida es ocasionado por las circunstancias externas o acontecimientos del pasado, de los cuales yo no soy responsable y no tengo el control.
 - b. No soy lo suficientemente atractivo, femenina o masculino.
 - c. Soy deficiente (por ejemplo, no lo suficientemente inteligente) y, por tanto, estoy destinado a fracasar.
 - d. Soy perverso.
 - e. Soy débil (y necesito que me conduzcan).
 - f. Soy tan excepcional como me calificaba a mi manera (calificación narcisista).
 - g. Soy indeseable y nadie podría amarme.
 - h. Mi valor se mide por mi desempeño.
 - i. No tengo valor si mi cónyuge [novia, novio, madre, padre, hijo(a)] no me ama.
2. Asunciones mal hechas con respecto a la gente y el mundo:
 - a. La vida es peligrosa, con competencia despiadada, una jungla. Las personas son competidores hostiles.
 - b. La vida no me da oportunidad, estoy destinado a fracasar.
 - c. Los hombres (o las mujeres) no son confiables.
 - d. La vida es caótica e imprevisible por completo.
 - e. Las personas son estúpidas, y uno debe tomarlas por todo lo que pueden hacer.
 - f. Otras personas son felices, "normales", y no tienen sentimientos o problemas semejantes a los míos. De hecho, algunas personas tienen matrimonios perfectos, hijos perfectos y así sucesivamente.
 - g. La buena apariencia, la inteligencia superior, la capacidad atlética, el dinero y así sucesivamente, hacen que uno sea feliz.
 - h. La gente me despreciará como inepto si yo cometo o admito errores, admito mis limitaciones y busco consejo.
 - i. La mayoría de las cosas son lo mismo blancas o negras, esto es, buenas-malas, correctas-equivocadas, agradables o desagradables, inteligentes o estúpidas, atractivas o inatractivas (Lazarus y Fay, 1975, página 85).
3. Metas mal asumidas de autoderrota
 - a. Es esencial ser perfecto, competente por completo y sin defecto para tener mérito. No se deben cometer o admitir errores.
 - b. Debo ser amado y aprobado (admirado, gustado) por todos; no debo nunca ofender (a alguien).
 - c. Debo hallar la solución perfecta o "correcta".
 - d. Debo ser el mejor, el primero, o correcto.
 - e. Debo ser el centro de atención, la atracción especial.
 - f. Debo depender de alguien más fuerte para que me proteja y me guíe.
 - g. Debo verigarme y quedar a mano con el mundo.

- h. No debo permitir que la gente sepa cómo soy en realidad (los demás pueden pensar que soy menos o utilizar en mi contra lo que aprendan).
 - i. Debo desahogar mi ira siempre que la sienta.
 - j. Debo estar a salvo y seguro en todo momento. Debo ser cuidadoso de no tomar cualquier riesgo u oportunidad.
 - k. Debo ser autosuficiente e independiente por completo.
4. Ideales mal asumidos.
- a. La única cosa que vale la pena ser es una "estrella" (o genio). Ninguna otra cosa vale la pena que se trabaje por ella (Shulman, 1973, página 41).
 - b. Debo estar siempre calmado, sereno y sosegado, y nunca perder el control.
 - c. Yo debería siempre saber la respuesta correcta.
 - d. Yo debería ser el perfecto cónyuge, pariente, amante, empleado, hijo a), miembro de la iglesia.
 - e. Un hombre "de verdad" es un tipo duro que nunca acepta patrañas de parte de nadie.
 - f. Una mujer "de verdad" debería ser siempre femenina, inofensiva, asertiva y dependiente.
 - g. Yo siempre debería ser a mi manera.
 - h. Yo tengo una vida más fácil/feliz cuando evito las responsabilidades y problemas.
 - i. Yo debería ser capaz de tener logros y ser feliz sin incomodidad ni lucha.
 - j. Yo nunca debería ser egoísta y ser siempre considerado, generoso, feliz.
 - k. El propósito de la vida es trabajar duro y ser productivo —no feliz (Lazarus y Fay, 1975, página 65).
 - l. Si tú te esfuerzas lo suficiente, puedes sobresalir en cualquier cosa y en todo (Lazarus y Fay, 1975, página 34).

APÉNDICE

B

Cuestionario de crisis

Nombre: _____ Edad: _____
 Estado Civil: _____ Ocupación: _____
 Fecha: _____

Instrucciones

Usted ha experimentado de manera reciente un incidente de un alto nivel de estrés. Este cuestionario le proporciona a su orientador una valiosa información con respecto a lo que sucedió y al efecto de ello sobre varios aspectos de su vida. Por favor, llene este formulario de manera tan completa como le sea posible. Si usted tiene alguna pregunta, siéntase en la libertad de pedirle a su orientador una aclaración.

Sus respuestas se preservarán como confidenciales y solamente tendrá acceso a ellas su orientador y el equipo terapéutico de éste.

Preparado por Karl A. Slaikeu y Ruth Saiegei-Moore (1982). Este documento puede reescribirse para ajustarlo a intereses particulares de las instituciones o poblaciones de pacientes. Por ejemplo, la *Middle Earth Unlimited, Incorporated* (de Austin, Texas), una organización que se especializa en el trabajo con la juventud fugitiva, ha adaptado este cuestionario para el seguimiento con pacientes adolescentes, al cambiar la redacción de algunos párrafos; se suministraron 500 cuestionarios desde 1985 hasta 1988. Para una más amplia información, contacte con Bill Wren, 3708 B S. 2nd St. Austin, TX 78704.

El primer conjunto de preguntas se refiere al incidente que provocó que usted buscara orientación. Por favor, describa de manera breve lo que aconteció:

¿Estuvieron implicadas otras personas?

No () Sí ()

¿Cuándo sucedió el incidente?

1. Desde que ocurrió el incidente de crisis, he advertido cambios en:

- () Mis hábitos de sueño
 () duermo más () duermo menos
- () Mis hábitos de alimentación
 () como más () como menos () cambié mi dieta
- () Mi hábito de fumar
 () fumo más () fumo menos
- () Mi consumo de alcohol
 () bebo más () bebo menos
- () Mi utilización de drogas y medicinas
 () consumo más () consumo menos
- () Mis hábitos de trabajo
 () trabajo más () trabajo menos
- () Mis actividades de tiempo libre
 () empleo más tiempo en la diversión () empleo menos tiempo en la diversión
- () Mi rutina de ejercicio
 () hago más ejercicio () hago menos ejercicio

Por favor, verifique lo siguiente con respecto al comportamiento de usted antes del incidente de crisis.

- | | | |
|-----|-----|---|
| No | Sí | Estaba satisfecho con: |
| () | () | mis hábitos de trabajo |
| () | () | mis hábitos de alimentación |
| () | () | mis hábitos de ejercicio |
| () | () | mis actividades en el tiempo para la recreación |
| () | () | mi consumo de drogas/alcohol |
| () | () | mis hábitos de sueño. |

Al tomar todo en consideración, antes de que sucediera el incidente de crisis, por encima de todo, yo estaba:

- () muy satisfecho con mi vida
- () moderadamente satisfecho con mi vida
- () completamente satisfecho con mi vida
- () un poco satisfecho con mi vida
- () insatisfecho con mi vida.

2. Por favor, haga una lista de sus tres actividades favoritas durante el año anterior.

1. _____
2. _____
3. _____

3. Comparado con el del año anterior, el tiempo que ahora emplea para estas actividades es:

mucho menor menor el mismo mayor mucho mayor

Actividad 1

Actividad 2

Actividad 3

Los siguientes incisos le dan a su orientador una comprensión de los sentimientos que son más característicos de usted en este periodo de su vida.

1. Repase la lista de sentimientos y verifique aquellos que describen el cómo se ha estado sintiendo usted últimamente.

- | | | |
|----------------|-----------------|----------------|
| () excitado | () Abrumado | () Energético |
| () enojado | () Tenso | () Culpable |
| () solo | () Jovial | () Contento |
| () Feliz | () Optimista | () Cómodo |
| () Triste | () Intranquilo | () Aburrido |
| () "Aturdido" | () Temeroso | () Exhausto |
| () Relajado | () Reccloso | () Otros |
| () Satisfecho | | |

Repase la lista de sentimientos una vez más y seleccione los cinco que fueron característicos en usted antes del incidente de crisis.

1. _____ 4. _____
2. _____ 5. _____
3. _____

2. Haga una lista de más de tres sentimientos que usted desea experimentar con menos frecuencia:

1. _____
2. _____
3. _____

Haga una lista de más de tres sentimientos que usted desea experimentar con más frecuencia:

1. _____
2. _____
3. _____

Por favor complete las siguientes oraciones:

Siento que estoy en mi mejor condición cuando: _____

Me siento de lo peor cuando: _____

Las siguientes preguntas conciernen a su bienestar corporal.

Desde el incidente de crisis, yo he tenido:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Pérdida de peso |
| <input type="checkbox"/> Taquicardias | <input type="checkbox"/> Complicaciones intestinales |
| <input type="checkbox"/> Dolores estomacales | <input type="checkbox"/> Menstruación dolorosa |
| <input type="checkbox"/> Dolor abdominal | <input type="checkbox"/> Ataques de mareo |
| <input type="checkbox"/> Disminución en el interés por el sexo | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Presión sanguínea alta/baja | <input type="checkbox"/> Artritis |
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Disminución en la energía |
| <input type="checkbox"/> Tics | <input type="checkbox"/> Otros |

Por favor repase la lista de nuevo y encierre en un círculo aquellos problemas que le han inquietado en algún momento anterior de su vida; esto es, antes de su crisis actual. ¿Está usted sometido actualmente a un tratamiento médico, como resultado del incidente de crisis?

- No
 Sí. Nombre del médico: _____

¿Consumo usted algún medicamento para alguno de sus problemas actuales de salud?

- No
 Sí. Por favor, especifique: _____

Por favor evalúe qué tan tenso se siente en el aspecto físico actualmente.

1 2 3 4 5 6 7

Cómodamente relajado () () () () () () () extremadamente tenso

¿Qué parte de su cuerpo se siente más tensa? _____

¿Se siente usted cerca de su familia?

- Sí, muy cerca () moderadamente cerca () neutral ()
 distante () muy distante ()

Haga una lista de sus mejores amigos, y utilice sus nombres de pila:

1. _____

2. _____

3. _____

¿Quién es actualmente la persona más importante en su vida? _____

¿Es usted miembro de algún club social, confraternidad, etcétera?

- No
 Sí. Especifique: _____

¿Es usted miembro de una iglesia, sinagoga u otra organización religiosa?

- No
 Sí. Especifique: _____

Actividades en las que participó el mes pasado: _____

Cuando usted necesita ayuda o cuando quiere hablar con alguien, ¿se pone en contacto con otras personas?

- No, no me gusta pedir ayuda.
 Sí, me pongo en contacto con: 1. _____ y/o
 2. _____ y/o
 3. _____ y/o
 4. _____

Verifique cuál de las siguientes afirmaciones se aplica a usted:

Falso Verdadero El incidente de crisis me impide alcanzar una meta muy importante.
 () ()
 (especifique) _____

() () Pienso en este incidente una y otra vez.

() () De algún modo me siento responsable por lo que ha sucedido.
 (especifique) _____

() () Sufro de pesadillas con respecto al incidente.

Cuadro 8-2. Síntesis de la valoración de la crisis

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____
 Estado civil: _____ Ocupación: _____
 Nombre del consejero: _____ Fecha: _____

Instrucciones

Este cuestionario puede utilizarse lo mismo como una guía para una entrevista de admisión para alguien en crisis que como una hoja de síntesis para registrar la información recopilada del paciente, un miembro de la familia, fuente de referencia y otros. Cuando se utilice como una guía de entrevista, es importante adoptar un enfoque flexible, que permita al paciente determinar la secuencia de su informe tanto como sea posible, y para reordenar las preguntas según la disposición del paciente para analizar los distintos aspectos de la crisis.

I. Incidente precipitante

¿Cuál incidente provocó la crisis?

¿Cuándo ocurrió este incidente?

¿Quién resultó implicado junto con el paciente?

Describe incidentes similares que hayan ocurrido antes en la vida del paciente.

II. Presentación del problema

¿Cuál es la descripción del paciente sobre el(los) problema(s) en el momento en que la terapia comienza?

¿Cómo difiere esto de las preocupaciones asentadas por la familia y/o la fuente de referencia?

¿Qué espera el paciente consumir como resultado de la terapia?

Cuadro 8-2. Síntesis de la valoración de la crisis (continuación)

III. Problemas contextuales

Haga una breve descripción de los miembros de la familia y de su implicación en la crisis:

Recursos y/o limitantes de la comunidad vecinal en el momento de la canalización:

Presiones de trabajo/oficina sobre el paciente, lo mismo que las fuentes de apoyo identificables:

Dimensiones comunitarias/culturales de la crisis:

IV. Funcionamiento CASIC previo a la crisis

Para cada etapa del desarrollo de la vida del paciente, identifique aspectos del funcionamiento conductual, afectivo, somático, interpersonal y cognoscitivo, que incidan de manera más directa sobre la crisis en curso.

Infancia:

Pubertad:

Adolescencia:

Cuadro 8-2. Síntesis de la valoración de la crisis (continuación)

Edad adulta joven: _____

Edad mediana: _____

Retiro: _____

V. Funcionamiento CASIC en la crisis

Examine el impacto del incidente de crisis sobre cada una de las cinco modalidades.

Funcionamiento Conductual: Investigue cómo ha afectado el incidente de crisis al comportamiento del paciente. Para cada una de las áreas siguientes, indique el impacto del incidente de crisis:

No hubo impacto	Ocurrió un cambio	Especifique
()	()	Trabajo: _____
()	()	Ejercicio: _____
()	()	Uso del tiempo de descanso: _____
()	()	Hábitos de alimentación: _____
()	()	Fumar: _____
()	()	Hábitos de bebida: _____
()	()	Uso de drogas: _____
()	()	Sueño: _____
()	()	Control sobre los sentimientos (por ejemplo, ascenso de la temperatura, llanto frecuente, etcétera). _____ _____

No	Sí	
()	()	Inclinaciones de conducta agresiva y/o autodestructiva: _____ _____ _____

Cuadro 8-2. Síntesis de la valoración de la crisis (continuación)

No	Sí	
()	()	¿Existen comportamientos o hábitos específicos que el paciente quiere cambiar?
()	()	El paciente quiere aprender un nuevo comportamiento _____ _____
()	()	El paciente quiere hacer con más frecuencia _____ _____
()	()	El paciente quiere hacer con menos frecuencia _____ _____
()	()	El paciente quiere detener por completo _____ _____

Enliste tres de las actividades favoritas del paciente: 1 _____
 2 _____
 3 _____

En promedio, cuánto tiempo emplea/empleaba el paciente en el desempeño de estas actividades:

	Ahora	Antes del incidente de crisis
1	_____ hrs/semana	1 _____ hrs/semana
2	_____ hrs/semana	2 _____ hrs/semana
3	_____ hrs/semana	3 _____ hrs/semana

Funcionamiento afectivo:

Examine los sentimientos que son más característicos del paciente en su vida presente. (Marque tantos como se apliquen).

Excitado	()	Abrumado	()	Ansioso	()
Iracundo	()	Tenso	()	Energético	()

Cuadro 8-2. Síntesis de la valoración de la crisis (continuación)

Solitario ()	Animado ()	Culpable ()
Feliz ()	Fatigado ()	Cómodo ()
Triste ()	Atemorizado ()	Aburrido ()
"Aturdido" ()	Celoso ()	Exhausto ()
Relajado ()	Satisfecho ()	Otros ()

¿En qué situaciones se siente el paciente más perturbado? _____

¿En qué situaciones se siente el paciente más relajado? _____

¿Qué situaciones/incidentes/experiencias pueden hacer que el paciente sea más feliz? _____

¿Qué experiencias podrían provocar ira al paciente? _____

¿En qué situación(es) sería más probable que el paciente perdiera el control sobre sus emociones? _____

¿Qué sentimientos le gustaría expresar al paciente con más frecuencia? _____

Cuadro 8-2. Síntesis de la valoración de la crisis (continuación)

¿Qué sentimientos le gustaría expresar al paciente con menos frecuencia? _____

¿Cuáles sentimientos fueron característicos del paciente antes del incidente de crisis? _____

Funcionamiento somático:

Examine el impacto del incidente de crisis sobre el bienestar físico del paciente. ¿La crisis fue causada por una pérdida física (cirugía, enfermedad, pérdida de un miembro corporal, etcétera)?

() No () Sí

Si la respuesta es sí, describa la exacta naturaleza de la pérdida y el impacto sobre otras funciones del organismo

Describa cualesquier males físicos asociados con el incidente de crisis (por ejemplo, dolores de cabeza, tortícolis, retortijones estomacales, etcétera).

¿Cuáles de estos problemas son una reactivación de males físicos previos? _____

¿Estos males físicos necesitan del tratamiento de un médico?

() No () Sí _____ (nombre del médico)

¿Estos males usualmente requieren cambios en el estilo de vida del paciente?

() No () Cambio de ocupación
 () Cambio de actividades de ejercicio/recreativas () Cambio de dieta

Cuadro 8-2. Síntesis de la valoración de la crisis (continuación)

() Otros _____

Evalúe el nivel global de la tensión física que experimenta este paciente:

() () () () () ()
Relajado por completo Tenso en extremo

¿El paciente toma medicamentos ahora?

() No () Sí _____ (liste los fármacos prescritos)

Otros aspectos de la salud física del paciente anterior a la crisis, los cuales no se abordaron antes:

Relaciones interpersonales:

Lo siguiente concierne a aspectos importantes de las relaciones del paciente con otras personas. El enfoque principal es acerca de cómo estas relaciones pueden obstaculizar o facilitar una resolución adaptativa para la crisis.

¿Tiene el paciente lazos familiares estrechos?

() No () Sí (especifique) _____

¿Tiene el paciente amigos cercanos?

() No () Sí (especifique) _____

¿El paciente es miembro de una organización social (iglesia, club social, etcétera)?

() No () Sí (especifique) _____

¿Quién es usualmente la persona más importante en la vida del paciente?

Cuadro 8-2. Síntesis de la valoración de la crisis (continuación)

¿Cuál es el impacto del incidente de crisis sobre las relaciones sociales del paciente (en el cónyuge, los hijos, los amigos, etcétera)?

¿Quién es la red social que puede enfocarse a ayudar al paciente a translaborar la crisis?

¿El paciente está abierto a aceptar ayuda de la familia o los amigos?

() Sí () No ¿Por qué? _____

¿Quién en la red del paciente podría obstruir una resolución exitosa de la crisis?

Describe el estilo interpersonal del paciente durante el tiempo de crisis:

() Aislamiento () agresividad
() dependencia () asertividad
() gregarismo () independencia
() rechazante () otros _____

Sobre todo, el paciente describe sus relaciones interpersonales como:

	Satisfactoria	Aceptable	Conflictiva-abrumadora
Con sus padres	()	()	()
Con sus parientes	()	()	()
Con su cónyuge	()	()	()
Con sus hijos	()	()	()
Con sus compañeros de trabajo	()	()	()
Con sus amigos	()	()	()
Con sus vecinos	()	()	()

Cuadro 8-2. Síntesis de la valoración de la crisis (continuación)

¿La calidad de cualquiera de estas relaciones era diferente antes que ocurriera el incidente de crisis?

() No () Sí (especifique) _____

Funcionamiento cognoscitivo:

El siguiente conjunto de preguntas evalúa cómo el paciente percibe e interpreta el incidente de crisis.

Falso Verdadero

() El incidente de crisis amenaza la consecución de metas vitales muy valoradas.

() Especifique _____

() El paciente verbaliza muchas aseveraciones del tipo "debería haber".

() Especifique _____

() El paciente se siente responsable por el acontecimiento del incidente de crisis.

() El paciente reflexiona con excesividad sobre el incidente de crisis y/o sus consecuencias.

() Especifique _____

() El paciente se siente responsable por el acontecimiento del incidente de crisis.

() "Todo es culpa mía".

() "No es completamente culpa mía, pero yo contribuí a ello".

() "En verdad estoy confundido. Puede ser que haya sido culpa mía".

() Desde el incidente de crisis, el paciente experimenta pesadillas.

() Especifique _____

() Desde el incidente de crisis, el paciente tiene fantasías destructivas recurrentes.

() Autodestructivas

() Homicidas

() De maltrato hacia su cónyuge

() De maltrato hacia un hijo

() Como resultado del incidente de crisis, el paciente tiene pensamientos/imágenes aprensivas acerca del futuro.

() Especifique _____

Cuadro 8-2. Síntesis de la valoración de la crisis (continuación)

Examine los patrones con los que el paciente se habla a sí mismo. ¿Qué aseveraciones acerca de sí mismo se relatan?

¿Qué indicaciones existen acerca de que el paciente pueda estar utilizando el humor para salir adelante con la crisis?

¿El humor es "satírico" (defensivo, de ataque, de evitación) o "cómico" (de integración o conexión con otras personas)?

Indique la presencia de cualquiera de los siguientes:

() Catastrofización () Hablarse a sí mismo de modo irracional () Alucinaciones

() Delirios () Racionalizaciones () Ideación paranoide

¿El incidente de crisis desencadenó "asuntos inconclusos" (crisis previas resueltas de un modo no exitoso, conflictos reprimidos, etcétera)? Explique.

Describe las preguntas religiosas o filosóficas destacadas por el paciente (por ejemplo: "¿Cómo pudo Dios permitir esto?")

¿Cómo ha afectado la crisis la autoimagen del paciente? _____

Describe cualesquier sueños diurnos y nocturnos recurrentes _____

Cuadro 8-2. Síntesis de la valoración de la crisis (continuación)

¿Cuál era la representación mental del paciente acerca de la vida antes de la crisis? _____

¿Y ahora? _____

¿Para el futuro? _____

Describe cualesquiera otras fantasías del paciente no mencionadas más arriba _____

Otros aspectos del funcionamiento cognoscitivo del paciente previos a la crisis que no hayan sido mencionados antes:

Evalúe el nivel usual del paciente en cuanto a la satisfacción global en la vida:

- () Muy satisfecho () Un poco insatisfecho
() Satisfecho de manera moderada () Insatisfecho
() Satisfecho de manera justificada

VI. Síntesis CASIC:

A. El área que ocasiona al paciente la mayor dificultad ahora es: _____

B. El problema que podría ser el más fácil de tratar es: _____

C. La variable (por ejemplo, el pensamiento, el comportamiento) que incide para la mayor discrepancia en la desorganización global del paciente es:

D. Los sistemas no afectados de manera notable por esta crisis son: _____

E. Las áreas de la vida del paciente que se han fortalecido con la crisis son: _____

Cuadro 8-2. Síntesis de la valoración de la crisis (continuación)

F. Los recursos personales o fortalezas más obvios de este paciente son: _____

G. Los recursos sociales o fortalezas más obvios de este paciente son: _____

H. En síntesis, la interacción entre el(los) incidente(s) precipitante(s) y los conflictos personales previos no resueltos, las principales expectativas o las metas vitales son: _____

VII. Plan de tratamiento

Identifique las actividades específicas del paciente bajo cada encabezado:

A. Supervivencia física _____

B. Expresión de sentimientos _____

C. Dominio cognoscitivo _____

D. Adaptaciones conductuales/interpersonales _____

**Principales consecuencias a corto plazo
del abuso sexual en menores de edad.**

TIPOS DE EFECTOS	SÍNTOMAS	PERÍODO EVOLUTIVO
Físicos	<ul style="list-style-type: none"> ⇨ Problemas de sueño (pesadillas). ⇨ Cambios en los hábitos de comida. ⇨ Pérdida del control de esfínteres. 	<p>Infancia y adolescencia.</p> <p>Infancia y adolescencia.</p> <p>Infancia.</p>
Conductuales	<ul style="list-style-type: none"> ⇨ Consumo de drogas o alcohol. ⇨ Huidas del hogar. ⇨ Conductas autolesivas o suicidas. ⇨ Hiperactividad. ⇨ Bajo rendimiento académico. 	<p>Adolescencia.</p> <p>Adolescencia.</p> <p>Adolescencia.</p> <p>Infancia.</p> <p>Infancia y adolescencia.</p>
Emocionales	<ul style="list-style-type: none"> ⇨ Miedo generalizado. ⇨ Hostilidad y agresividad. ⇨ Culpa y vergüenza. ⇨ Depresión. ⇨ Ansiedad. ⇨ Baja autoestima y sentimientos de estigmatización. ⇨ Rechazo del propio cuerpo. ⇨ Desconfianza y rencor hacia los adultos. ⇨ Trastorno de estrés postraumático. 	<p>Infancia.</p> <p>Infancia y adolescencia.</p> <p>Infancia y adolescencia.</p> <p>Infancia y adolescencia.</p> <p>Infancia y adolescencia.</p> <p>Infancia y adolescencia.</p> <p>Infancia y adolescencia.</p> <p>Infancia y adolescencia.</p> <p>Infancia y adolescencia.</p>
Sexuales	<ul style="list-style-type: none"> ⇨ Conocimiento sexual precoz o inapropiado para su edad. ⇨ Masturbación compulsiva. ⇨ Excesiva curiosidad sexual. ⇨ Conductas exhibicionistas. ⇨ Problemas de identidad sexual. 	<p>Infancia y adolescencia.</p> <p>Infancia y adolescencia.</p> <p>Infancia y adolescencia.</p> <p>Infancia.</p> <p>Adolescencia.</p>
Sociales	<ul style="list-style-type: none"> ⇨ Déficit en habilidades sociales. ⇨ Retraimiento social. ⇨ Conductas antisociales. 	<p>Infancia.</p> <p>Infancia y adolescencia.</p> <p>Adolescencia.</p>

**Principales secuelas psicológicas en adultos víctimas
de abuso sexual en la infancia.**

TIPOS DE SECUELAS	SÍNTOMAS
Físicas	<ul style="list-style-type: none"> ⇨ Dolores crónicos generales. ⇨ Hipocondría y trastornos de somatización. ⇨ Alteraciones del sueño (pesadillas). ⇨ Problemas gastrointestinales. ⇨ Desórdenes alimenticios, especialmente bulimia.
Conductuales	<ul style="list-style-type: none"> ⇨ Intentos de suicidio. ⇨ Consumo de drogas y/o alcohol. ⇨ Trastorno disociativo de identidad (personalidad múltiple).
Emocionales	<ul style="list-style-type: none"> ⇨ Depresión. ⇨ Ansiedad. ⇨ Baja autoestima. ⇨ Estrés postraumático. ⇨ Trastornos de personalidad. ⇨ Desconfianza y miedo de los hombres. ⇨ Dificultad para expresar o recibir sentimientos de ternura y de intimidad.
Sexuales	<ul style="list-style-type: none"> ⇨ Fobias o aversiones sexuales. ⇨ Falta de satisfacción sexual. ⇨ Alteraciones en la motivación sexual. ⇨ Trastornos de la activación sexual y del orgasmo. ⇨ Creencia de ser valorada por los demás únicamente por el sexo.
Sociales	<ul style="list-style-type: none"> ⇨ Déficit en habilidades sociales. ⇨ Retraimiento social. ⇨ Conductas antisociales.