



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**“Tratamiento Cognitivo Conductual desde una
Perspectiva de Género para Víctimas Adultas
de Abuso Sexual”**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A N
Susy Martínez Luna
Sofía Zamora Almazán

Directora: Dra. **Patricia Valladares de la Cruz**
Dictaminadores: Lic. **María del Rosario Guzmán Rodríguez**
Lic. **Pablo Morales Morales**



Los Reyes Iztacala, Edo. de México, 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Primero que nada, a Dios, sin quien este momento de mi vida y como parte de este universo abstracto no existiría, no de este modo, no de la forma que sucedió y de la forma en que me bendijo.

Profesora Patricia Valladares por tener la gran oportunidad de conocerla y de trabajar en el PIAV; todas las experiencias y enseñanzas vividas durante este proceso. Sobre todo por su dedicación, ayuda y paciencia para lograr culminar satisfactoriamente esta tesis.

Profesora María Guzmán al aceptar ser una de las dictaminadoras, revisar y darnos sus valiosas observaciones. Además por sus enseñanzas y conocimientos compartidos en el aula.

Profesor Pablo Morales por ese año increíble en el servicio social, donde no solo aprendí mucho, además tuve la oportunidad de desarrollar mis habilidades terapéuticas que me fueron de gran utilidad para el desarrollo de esta tesis.

A mi familia, mis padres y a mis muy queridos tres hermanos Ángeles, Alberto y Laura; soportes indispensable de todos los episodios de mi vida. Jamás podré terminar de agradecerles por todo su apoyo y cariño; no solo durante mi formación educativa, sino durante toda mi vida, cada uno de mis logros conseguidos, no viera sido posible sin ustedes. Con dolor en el alma por aquellos seres queridos que ya no están conmigo, pero nunca olvidare y con agradecimiento enorme por todos los que Dios permite me sigan acompañando en mi camino.

A mis Amigos Vero, Peter y Andy; a pesar del paso del tiempo y tomar caminos profesionales diferentes; contar siempre con ustedes y sus consejos; me permitieron a nunca darme por vencida. A ustedes mis increíbles y muy queridos amigos psicólogos Sofía, Silvia, Cinthya y Ricardo; por todos los momentos, experiencias, conocimientos, enseñanzas y anécdotas; que nunca podré olvidar dentro y fuera del aula durante esos cuatro años maravillosos que compartimos en la FESI.

Con eterno agradecimiento...

Agradecimientos: de Sophie

Hay muchas personas a quienes agradecer, el estar, el ser y sobre todo el compartir un cachito de su vida conmigo y convertirla en nuestra.....

A mis ángeles, porque ahora no es uno, son dos!!! porque siempre me mostraron su cariño y su apoyo y ahora nos cuidan desde allá (Siempre nos harán falta...)

A mi mamá porque me enseñó el camino para lograr lo imposible

A mis hermanitos (del mayor al menor: Gonzalo, Juan, Jaime, Daniel, Edith, Adán y Saúl) que siempre se prestaron como conejillos de indias en mis experimentos escolares y me prestaron a su familia, o a sus hijos..... gracias!

Hoy y siempre quiero agradecer a los que ya estaban y que han estado desde hace mucho, a mis hermanitos elegidos, mar, soch, rob, gracias x siempre estar ahí apoyándome, diciendo: tu puedes, no te rindas, dándome mis cocos cuando hacía tonterías.....

También quiero agradecer a mis nuevos amigos y cómplices, quienes espero estén ahí siempre: a Rica, el que siempre me hacía dudar, a Chivís por sus risas y ocurrencias interminables, a Cinthis x sus ideas innovadoras y románticas, a Verde xq siempre me saca una sonrisa y me apoya, a Mau que llegó a pintar un universo de color, que siempre soñé, a Valery! en serio que hay personas que vienen a alegrarte la vida y a Susy por su paciencia, su cariño y sobre todo su amistad (pero más su paciencia :P).

Me pregunto que hubiera hecho yo sin sus jalones de orejas :D

A los nuevos y a los viejos..... Gracias

Agradezco a mis maestros y maestras que mucho me enseñaron y algo aprendí.

A María quien me mostró que las cosas pasan y no es necesariamente nuestra culpa, además me enseñó otra forma de ver la vida, de afrontarla (cargar sus costalitos a cada uno) y de ser feliz Gracias! y a Paty quien nos ha guiado hasta ahora (con mucha paciencia), quien ayudó a formar mis nuevos sueños y a quien admiro muchísimo (es una persona re wow!!!)

A todos los llevo en mi corazón, de una y mil formas.

Gracias muchachos! Gracias por estar siempre ahí.... Gracias totales!

ÍNDICE

Resumen	1
Introducción	2
Capítulo 1. Género	6
1.1 Sexo y género	6
1.2 Rol de género	8
1.3 Identidad de género	11
Capítulo 2. Violencia de género	13
2.1 Violencia de género	13
2.1.1 Causas de la violencia de género	15
2.2 Violencia familiar	18
2.3 Agresiones sexuales	19
2.3.1 Hostigamiento sexual	20
2.3.2 Estupro	20
2.3.3 Intento de violación	21
2.3.4 Violación	21
2.3.5 Incesto	21
2.3.6 Abuso sexual	22
Capítulo 3. Víctimas adultas de abuso sexual	24
3.1 Características y factores de riesgo de víctima	24
3.2 Consecuencias físicas, conductuales, psicológicas, sexuales y sociales en la niñez	25

3.3 Consecuencias físicas, conductuales, psicológicas, sexuales y sociales en la edad adulta	27
3.4 Características del agresor	28
Capítulo 4. Programa interdisciplinario de atención a víctimas de violencia (PIAV)	31
4.1 Investigación que se realiza en el PIAV	32
4.2 Atención a la comunidad	33
4.3 Servicios que brinda el PIAV a otras instituciones y/o profesionales de otras disciplinas	33
Capítulo 5. Tratamiento a víctimas	35
5.1 Modificación de conducta/Terapia conductual	35
5.2 Terapia Cognitivo Conductual	37
5.3 Terapia Narrativa	39
5.4 Terapia o intervención en crisis	41
5.5 Tratamiento para víctimas adultas que fueron traumatizadas en la infancia	43
5.6 Terapia feminista	46
Capítulo 6. Intervención en víctimas de abuso sexual. Tratamiento en personas adultas	48
6.1 Planteamiento del problema	48
6.2 Objetivo general	49
6.3 Objetivos específicos	49

6.4 Metodología	50
6.5 Descripción del caso	52
6.5.1 Usuaría 1	52
6.5.2 Usuaría 2	54
6.6 Cuadro secuencial interactivo	57
6.6.1 Usuaría 1	57
6.6.2 Usuaría 2	58
6.7 Hipótesis	59
6.8 Descripción del tratamiento	59
7. Resultados	79
8. Análisis y discusión	96
Conclusiones	101
Bibliografía	106
Anexos	112

RESUMEN

La violencia de género es una situación que aqueja día a día a la sociedad, se da por diversas situaciones, como son: el estar inmersos en una sociedad permisiva de la violencia, machista y misógina, en donde la única manera de mantener el poder sobre el otro es a través de la violencia y sobre todo cuando el poder se ejerce sobre la mujer. Aunado a esto, las prácticas de crianza y los roles tradicionales que cumplen las mujeres y los hombres, así como las características que tradicionalmente se les han dado (rol de género), como el que el hombre es el proveedor, el protector, el que hace vida pública y la mujer es la sumisa, débil, cuidadora y educadora de los hijos, dedicada al hogar; son las situaciones que han permitido que perdure la violencia a través de generaciones.

Cualquier tipo de violencia de género provoca graves secuelas en las personas sobre las que es practicada, particularmente el abuso sexual, sobre el cual versa el actual; pues estas pueden ir desde aislamiento social hasta el intento de suicidio. Pero debido a que en muchas ocasiones no se realizó una atención oportuna o simplemente se decidió olvidar que sucedió dicho acontecimiento, en la edad adulta se pueden presentar una serie de secuelas que afectan su vida; por lo cual es de gran importancia para la salud pública saber cómo realizar un tratamiento adecuado para las víctimas adultas sobrevivientes del abuso sexual. A continuación se propone un tratamiento cognitivo conductual con perspectiva de género detallado y sistemático para minimizar las secuelas de este tipo de violencia.

A través de este tratamiento es posible minimizar la mayoría de las consecuencias del abuso. Se concluye que con el tratamiento, aunado a las características individuales y al apoyo de las redes de sociales de las usuarias; se logró mejorar la calidad de vida de éstas.

INTRODUCCIÓN

La violencia de género afecta gravemente a nuestra sociedad, ya que en la sociedad actual, es una situación permitida, que en muchas ocasiones pasa desapercibida, o bien es normalizada por las personas que están alrededor de la víctima, e incluso queda impune legalmente.

En general la violencia de este tipo se da, porque vivimos en un sistema patriarcal en el que las características masculinas tienen mayor valor y la única forma que encuentra la persona para ejercer el poder solo es a través de la violencia. Existen diversos factores que probabilizan que una persona llegue a ser agresor o víctima, entre estos se encuentra la forma en que se le ha educado, por las ideas machistas que se tienen y por el odio que se tiene en contra de las mujeres, es decir, la misoginia.

Dentro de cada cultura existen roles de género establecidos, estos son lo que la sociedad espera de cada persona de acuerdo al sexo al que pertenece. Para que un hombre o mujer lo sea dentro de la sociedad debe pensar, hacer y comportarse de acuerdo al rol que le fue asignado.

Ahora bien, en cada sociedad las personas son educadas de acuerdo a las características tradicionales del cómo deben ser, comportarse e incluso vestir dependiendo de si se es hombre o mujer. Sin embargo dependiendo de la socialización de género dentro de la cultura; cada persona se identifica con un género de acuerdo al punto de vista que tiene de sí mismo, así como de lo que piensa, siente y hace dentro de una sociedad.

Es importante tener en cuenta que la violencia de género procede de la desigualdad entre hombres y mujeres, siendo el resultado de la creencia, alimentada por la mayoría de las culturas, de que el hombre es superior a la mujer. Uno de los tipos en los que se divide es la violencia sexual; definida como cualquier acto que degrada o daña el cuerpo y/o la sexualidad de la víctima y que, por tanto, atenta contra su libertad, dignidad e integridad física. Es una expresión del abuso de poder que implica la supremacía masculina sobre la mujer, al denigrarla y concebirla como objeto.

La violencia sexual abarca varios términos como hostigamiento sexual, estupro, intento de violación, violación, incesto y abuso sexual. El tema en el que se centra este trabajo es el abuso sexual, aunque hay diversas definiciones de este, el término se deriva del *latin abusus* que significa “uso deshonesto de una persona en un acto sexual”. Las personas que han sufrido de este tipo de violencia de género suelen tener trastornos comportamentales, emocionales y del desarrollo de la infancia.

Es necesario mencionar que la mayoría de los casos de abuso son realizados por miembros de la familia o bien personas cercanas a esta, son miembros respetados por la sociedad y no presentan ningún problema psicológico que los justifique. Desde el sistema jurídico se han hecho diversas leyes en el código penal y se han establecido los derechos del niño; por lo que existe una pena legal para los agresores. Sin embargo son pocos los casos que son denunciados, y por lo general no llegan a tener una resolución adecuada, ya que la familia juega un papel importante y es quien necesita mantener la estabilidad en las relaciones, lo que provoca que la denuncia sea retirada por la misma persona que la presentó.

Debido a que es un problema que actualmente afecta a un porcentaje alto de la población femenina en México, es importante proporcionar un tratamiento que ayude a disminuir las secuelas que presentan las mujeres víctimas de abuso sexual, es por ello que el presente trabajo tiene como propósito describir detallada y sistemáticamente un procedimiento de terapia cognitivo conductual con perspectiva de género para víctimas de abuso sexual.

En el capítulo uno se realizó la definición de lo que es el sexo, el género, las diferencias entre estos y se analizó cómo la sociedad va dictando las diferencias entre un género y otro. Asimismo se retomaron los papeles que desempeñan cada uno dentro de la sociedad y cómo es que cada persona se va identificando con las características que tiene asignadas.

En el capítulo dos, se define lo que es la violencia de género, cómo es que se presenta y cuáles son las causas de la violencia, así como los

diferentes tipos de violencia que se pueden presentar dependiendo de la edad de la mujer.

En el capítulo tres, se caracterizaron tanto a la víctima como al agresor, así como las consecuencias que tienen las víctimas en la niñez, categóricamente en lo físico, conductual, emocional, sexual y social. Del mismo modo se caracterizaron las consecuencias en la edad adulta, resaltando las consecuencias que surgen en cuanto a lo social, emocional, sexual, fisiológico y conductual.

En el capítulo cuatro, se describe el Programa Interdisciplinario de Atención a Víctimas de la Violencia (PIAV) puntualizando la investigación que se realiza dentro del programa, la atención que se da al público en general y los servicios que brinda el programa a otras instituciones y/o profesionales de otras disciplinas.

En el capítulo cinco, se revisaron seis diferentes terapias o intervenciones que pueden ser adecuados para tratar víctimas de violencia de género, particularmente víctimas de violencia sexual, entre estos se encuentran: modificación de conducta, terapia cognitivo conductual, terapia narrativa, terapia o intervención en crisis, tratamiento para víctimas adultas que fueron traumatizadas en la infancia y la terapia feminista.

En el capítulo seis, se expone la intervención con dos usuarias de dieciocho años que habían sido abusadas sexualmente, se describe el planteamiento del problema, los objetivos generales y específicos del tratamiento; así como la metodología que se utilizó en ambos casos y la descripción del tratamiento.

En el capítulo siete se describen los resultados obtenidos a lo largo del tratamiento. Se describe lo que se obtuvo de acuerdo a las técnicas utilizadas y los resultados de cada usuaria, así mismo se comparan los resultados recabados antes y después de la aplicación del tratamiento terapéutico en ambas participantes.

En el capítulo ocho se encuentra el análisis de los resultados obtenidos de la intervención y la discusión de los mismos.

Por último, en el capítulo nueve se concluyó que con el tratamiento, aunado a las características individuales y al apoyo de las redes de sociales de las usuarias; se logró mejorar la calidad de vida de éstas.

1. GÉNERO

*“De las mujeres poco hay que decir,
¡total, están siempre en casa!. Rosseau”*

La problematización entre lo que es el género, el sexo y los roles que cada persona debe seguir, se ha incrustado justo en las raíces de lo que es la sociedad hoy en día, puesto que desde que se inició la familia como un patriarcado, se denigró a la mujer a un ser que incluso carecía de alma y al hombre como un ser sobrevalorado, quien desde que nacía, hacía que su familia tuviera un mayor valor ante la sociedad (Masters, Johnson y Kolodny, 1987), este confuso entramado de prejuicios, creencias, costumbres, etc. se ve reflejado incluso en la historia, por lo cual es necesario hacer una diferenciación entre lo que es aceptado como sexo y género; y las definiciones que los expertos dan para estos términos.

1.1 Sexo y Género

Es común utilizar indistintamente el concepto de sexo y el de género, este último surgió en contraste del primero, es decir, surgió para separar lo biológico de la construcción social, sin embargo cada vez es más común que se le utilice para separar lo masculino de lo femenino, incluso a nivel físico; por lo cual es pertinente explicar y conceptualizar estos dos términos. Barragán, De la Cruz, Doblas, Prado, Navarro y Álvarez (2001) y De la Torre, Ojeda y Maya (2004) mencionan que el sexo es un término que se refiere a las características biológicas y a las estructuras que se relacionan con la reproducción. Mientras que el género son todas las categorías socioculturales que se le asigna a un hombre o mujer respectivamente desde su nacimiento. El sexo no puede entenderse sin el género, ni el género sin el sexo (Fraisse, Nicholson, Campillo, Molina, Sanchez, Accati, Orobítg, Sanchez-Pardo, Bengoechea y Tubert, 2003) puesto que la categorización social de la biología influye en la formación social del género y viceversa, pues ambas son construcciones sociales, que están sujetas a la variación de las relaciones de poder en cada cultura.

Cuando se habla de sexo, se puede abordar desde diferentes perspectivas, estas son: sexo cromosómico, genital (genitales externos e internos), hormonal, hombre o mujer. Mientras que el género es un tema más complejo, para su conformación se requieren ciertas subcategorías: género relacionado con lo físico-biológico, con lo sociocultural, con lo histórico y lo político (Díaz y Muñoz, 2005).

El concepto de género fue propuesto por John Money en 1955, para describir las diferencias entre hombres y mujeres en el ámbito conductual; tiempo después Robert Stoller retomó el término y lo delimitó. Básicamente el concepto se construyó en base al rol sexual, pues hace referencia a la delimitación de rasgos y características psicosociales de la dicotomía sexual (Martínez y Bonilla, 2000). Lamas (1997) define al género como la construcción cultural sobre el comportamiento que deben presentar los hombres y las mujeres, esto se lleva a cabo mediante la compleja interacción de las diferentes instituciones económicas, sociales, políticas y religiosas que constituyen a la sociedad. Por lo tanto en nuestra cultura, las mujeres se dedican al sector privado, se vuelven dependientes en lo emocional y económico a los hombres; mientras que los varones se les enseña a ser los proveedores de la familia, desarrollándose en el ámbito público y por lo tanto reforzando su estatus de poder a través de la violencia (Quintero y Fonseca, 2008).

Este puede cambiar de acuerdo a las necesidades o modificaciones sociales e históricas que cada sociedad experimente en un momento dado y a la que el individuo debe adaptarse. Aunque las características y valores que se enseñan en cada sociedad pueden variar; en lo que la mayoría coinciden es que las mujeres son buenas, sensibles y sumisas; mientras que los hombres deben ser fuertes, valientes, autoritarios y dominantes.

Es así que, mientras que el sexo hace referencia a las características biológicas, el género se basa en las características socio-culturales e históricas donde se encuentra inmerso el individuo, para poder asignarle características y valores dependiendo de si es hombre o mujer.

1.2 Rol de género

Se define al rol de género cómo: el conjunto de expectativas que la sociedad tiene sobre el comportamiento que debe tener una persona según su sexo (femenino o masculino). Por lo que cada cultura define, establece, da forma y sentido a un conjunto de ideas, creencias y valoraciones sobre el significado que tiene el ser hombre y el ser mujer, delimitando los comportamientos, las características e incluso los pensamientos y emociones que son adecuados para cada persona, con base a los estereotipos o ideas consensuadas (Rocha y Díaz, 2005 y De la Torre, Ojeda y Maya, 2004).

Se espera que un hombre sea el que provea económicamente a la familia, el que tenga la autoridad, tome las decisiones, sea fuerte, etc., es decir se le da un rol activo (Alterman, 2008); mientras que el rol que la sociedad considera que una mujer debe asumir es el de ser madre, esposa, cuidadora de la familia, qué sea afectuosa, sensible y sumisa (De la Torre, Ojeda, Maya, 2004); además de amar a sus hijos, reprimir su sexualidad y ser “pura” (Alterman, 2008). Es preciso hacer notar que son los padres y los familiares quienes sin querer, sin saber y sin conocer; alientan el que los pequeños desarrollen características de un género u otro, puesto que el tipo de juegos al que los incitan son muy diferentes dependiendo de si se es mujer u hombre, pues, mientras a los niños se les alienta a ser aventureros, a desarrollar fuerza física y a ser creativos e imaginativos para buscar solución a sus problemas; a las niñas se les alienta a realizar juegos pasivos, en los que desarrollen habilidades para el cuidado de las personas u el hogar, desarrollar valores y adecuarse a las normas preestablecidas de lo que es bueno o malo.

A partir de esto surgen los estereotipos de género, con los que se etiqueta el comportamiento y las actividades que deben realizar tanto las mujeres como los hombres; dependiendo de la cultura donde están inmersos aunque en desigualdad de condiciones. Un claro ejemplo son las ideas que se tienen de que las esposas son buenas amas de casa, las madres cuidan a los bebés, las hijas ayudan a las labores de casa. En tanto los padres proveen el dinero para la casa, realizando actividades como ser: choferes, bomberos,

policías, políticos, empresarios; donde la mayoría son varones; mientras que la limpiadoras, las maestras, las secretarias son mujeres (Martínez y Bonilla, 2000). Las características que se le asignan a los estereotipos de género son cerradas y no pueden modificarse, esto ha provocado que surjan el concepto de feminidad y masculinidad.

Beauvoir, (citado en De la Torre, Ojeda y Maya pp. 41, 2004), concluye sobre la feminidad, que una mujer será “una hembra en la medida en que se experimenta como tal”, ya que el ser mujer no es algo con lo que se nazca o que prevalezca sin cambiar, sino que se verá mediada por las acciones sociales y la realidad que vive.

Debido a que la sociedad ha sufrido diferentes transformaciones en los últimos 70 años, los roles y estereotipos se han ido modificando, pues antes las mujeres tenían un rol aún más pasivo puesto que se dedicaban al hogar, su único fin entonces era convertirse en esposas y madres. Aun teniendo una carrera profesional, nunca ejercían o bien, esta veía su fin cuando llegaba el matrimonio; incluso en las clases más bajas, se acostumbraba que la mujer se mantuviera en casa aunque la situación económica fuera muy mala, es decir, estaban en “una extrema subordinación al hombre”, quien dictaba su lugar en la sociedad (Alterman, 2008).

Actualmente, las mujeres se dedican a mucho más que solo al hogar, buscan ser independientes, trabajar, son proveedoras del hogar y poco a poco han ido ganando terreno en áreas que antes sólo eran para los hombres. Esto ha hecho que surjan problemas psicosociales, pues se ha roto con el orden tradicional, donde cada individuo ya tenía establecido el rol que debía jugar en la sociedad. Durante mucho tiempo se concibió y puso en práctica que el realizar actividades productivas de las que se encargan los hombres en el espacio público es más valioso, ya que puede ser visto y reconocido por todos, por lo tanto, al ser reconocidas se obtiene poder al realizarlas. Mientras que las actividades que realizan las mujeres cuando cumplen con su rol de género son realizadas en espacios privados y se convierten en actividades subvaloradas y por lo tanto carentes de poder (De la Torre, Ojeda y Maya 2004). A la par de esto: “los libros de historia proyectan la imagen de un mundo dominado por los hombres” (Masters, Johnson y Kolodny pp. 303, 1987); un mundo donde la

mujer debe demostrar que puede, aún con su condición de ser mujer, llegando incluso a cumplir no solo con el rol de mujer dentro de casa, sino también con el de hombre fuera de ella (Alterman, 2008).

Masters, Johnson y Kolodny (1987), mencionan que la asignación de roles se da desde muy pequeña edad, tanto así que desde que nacemos se da un trato diferente según el sexo del bebé. Como ya se mencionó, en general al niño se le da un papel más activo, en la medida en que desde pequeño se le incita a una mayor actividad física y se le recompensa si muestra “bravura” y coraje, además de enseñarles a ser independientes y a solucionar sus problemas; mientras que a las niñas se les da un papel menos activo, sumiso, en el que la forma de solucionar sus problemas, provendrá de otro que les protegerá, incluso desde pequeñas se les inculca que el “éxito” se mide en función del matrimonio y la maternidad. En la cultura mexicana se encuentra que la visión del hombre está ligada al prototipo del rol instrumental, que se traduce en las actividades productivas, encaminadas a la manutención y provisión de la familia, caracterizándose por ser autónoma, orientada al logro, fuerte, exitoso, protector y proveedor, en tanto la visión de la mujer se vincula a las actividades afectivas encaminadas al cuidado de los hijos, del hogar y de la pareja, así como a la posesión de características tales como la sumisión, la abnegación y la dependencia (Rocha, 2000 citado en Rocha y Díaz, 2005).

Es por ello que cuando una mujer quiere ser asertiva, competente o intenta sobresalir; dejando a un lado el rol que ya le fue asignado se le considera que es neurótica o histérica. Lo mismo le sucede al hombre que demuestra ser sentimental y empático, enseguida es etiquetado como afeminado y débil o que incluso debe tener un tratamiento (Masters, Johnson y Kolodny, 1987).

Actualmente, aunque la mujer ha aumentado notablemente su participación dentro de profesiones prestigiadas y de mayor poder y rango, que con anterioridad estaban destinados únicamente a hombres, ante la sociedad, la mujer sigue siendo subordinada, recibiendo sueldos menores y padeciendo discriminación por su condición de mujer y madre (López, 2010).

1.3 Identidad de género

Cada persona desarrolla un sentido personal de sí misma en función de sus experiencias, de su historia, sus características y sus percepciones; así como en función de sus interacciones, valores y normas que rigen su cultura (Rocha, 2009, Barragán et al., 2001, De la Torre, Ojeda, Maya, 2004 y Velazco 2005).

La identidad de género es el resultado de un proceso paulatino en donde se asimilan las expectativas y normas sociales regentes en una sociedad determinada. Haciendo referencia a lo que significa ser varón o ser mujer, los comportamientos sociales y psicológicos que la sociedad ha preestablecido. Este proceso se presenta en la primera infancia, es de suma importancia pues le permite al menor adaptarse a la sociedad donde se encuentra. El aprendizaje de los roles en niñas y niños; se da por medio de la observación, acumulando información de los comportamientos que se presentan en su entorno familiar y escuela (Martínez y Bonilla, 2000). A través del tiempo se va formando la identidad de género, aunque en esencia esta se mantiene la mayoría del tiempo estable. Sin embargo puede cambiar cuando llega a ocurrir una crisis, debido a que la persona conoce otros valores y otras maneras de comportarse diferentes a la suya; que le pueden permitir enriquecer o cambiar algunas características según lo considere.

El crear una identidad de género permite que las personas no solo se encasillen en lo que deben hacer por pertenecer a un sexo, sino que, les permite adscribirse a esquemas complejos donde también pueden participar identidades homosexuales como lo mencionan De la Torre, Ojeda y Maya (2004). La constitución de dicha identidad, definirá a los sujetos de deseo y a las identificaciones que se llevan a cabo en las interacciones sociales.

Podemos concluir que la sociedad ha sufrido grandes transformaciones en los últimos años, por lo tanto, las ideas y costumbres de igual manera se han ido modificando; sin embargo aún se le sigue dando mucha importancia al pertenecer al género femenino o masculino, para asignarle el rol de género que se debe adoptar desde pequeño y por lo tanto el lugar que ocupará en la sociedad. La relación que histórico-cultura se ha hecho entre el concepto sexo

y género ha desencadenado la desigualdad entre hombres y mujeres; estos se han basado en preceptos y mitos ajenos al conocimiento objetivo. Por lo tanto cuando se realiza la definición de los roles de género se pone en dos polos opuestos la masculinidad y la feminidad.

Poco a poco las mujeres han ido rompiendo con las ideas del sistema patriarcal, ya que han modificado su identidad de género y se han involucrado mucho más en los ámbitos que antes eran exclusivos para los hombres.

2. VIOLENCIA DE GÉNERO

Es sencillo pensar que no hay violencia de género, que es una invención de un pequeño grupo de personas para las que todo es violencia, no se le debe poner atención pues es algo que ha existido desde que el hombre es hombre y la mujer es mujer, por lo cual, para muchos es normal que las mujeres sean violentadas o bien argumentan que es porque se dejan o porque quieren, cuando en realidad la violencia de género es algo mucho más complejo y con raíces tan profundas como el inicio de la sociedad misma.

2.1 Violencia de Género

La ONU (1994, en: <http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf>) define a la violencia contra las mujeres o violencia basada en el género como “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer. Así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada.”

En la violencia contra las mujeres se deben considerar muchos tipos de comportamientos, tanto físicos, emocionales y sexuales; que afectan a los fetos femeninos, niñas, adolescentes, mujeres y ancianas. Esta puede ser ejercida por las distintas sociedades, ya sea en el ámbito familiar, comunidad o por el estado. El Manual de Legislación Sobre la Violencia Contra la Mujer (2010) menciona que la violencia de género abarca los siguientes actos:

- a) La violencia física, sexual o psicológica que se da dentro de la familia; esta incluye malos tratos, el abuso sexual a niñas, la violación marital, maltrato a viudas, la mutilación genital femenina, matrimonio a edad temprana; comprobación de virginidad, embarazo forzado, desfiguración con ácido, cualquier práctica tradicional que puedan causarle daño a las mujeres, los actos de violencia perpetrados por otros miembros de la familia y la violencia relacionada a la explotación.

- b) La violencia física, sexual o psicológica que suceda dentro de la comunidad, que incluye la violación, el abuso sexual, el acoso o intimidación sexual en el trabajo, la escuela o en otros lugares de la comunidad en donde se desarrolla la mujer; el tráfico sexual y la prostitución forzada.
- c) La violencia física, sexual o psicológica consumada o tolerada por el estado; sin importar el lugar en donde esta se suscite. También se incluye la violencia en custodia policial y la cometida por las fuerzas de seguridad.

En los países de Latinoamérica es común que la violencia de género, dependiendo de cada país sea justificada bajo ciertas circunstancias, legitimizada y aprobada en silencio por muchos (Ramos, Saltijeral, Romero, Caballero, y Martínez, 2001). En México, 46 de cada 100 mujeres mayores de 15 años han sufrido violencia psicológica, física, patrimonial, económica o sexual ENDIREH (2011).

Como podemos ver en la ENDIREH del 2011, la violencia de género se ha vuelto algo común en México, pues se tiene una educación machista, en donde la familia adquiere un mejor lugar dentro de la sociedad si se tienen hijos varones, donde es común que haya violencia o bien que se denigre a la mujer. Desde hace años esta situación ha llamado la atención de las autoridades, es por ello que se han creado institutos para ayudar a las mujeres víctimas de violencia, además han aumentado las penas contra los agresores y se han creado nuevas leyes para la protección de las mismas. Un ejemplo de ellos es la Ley General de Acceso a las Mujeres a una vida libre de violencia (2007), donde se contemplan cinco tipos de violencia hacia la mujer, estas son:

- Violencia psicológica: se define como cualquier acto u omisión que dañe la estabilidad psicológica, que consiste en: negligencia, abandono, descuido reiterado, celotipia, insultos, humillaciones, devaluación, marginación, indiferencia, infidelidad, comparaciones destructivas, rechazo, restricción a la autodeterminación y amenazas. Las cuales conllevan a la víctima a la depresión, el aislamiento, a la devaluación de su autoestima e incluso al suicidio.

- **Violencia Física:** es cualquier acto que inflige daño no accidental, usando la fuerza física o algún tipo de arma u objeto que pueda provocar o no lesiones ya sean internas, externas o ambas.
- **Violencia Patrimonial:** es un acto u omisión que afecta la supervivencia de la víctima. Se manifiesta en: la transformación, sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, documentos personales, bienes y valores, derechos patrimoniales o recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades y puede abarcar los daños a los bienes comunes o propios de la víctima.
- **Violencia Económica:** es toda acción u omisión del agresor que afecta la supervivencia económica de la víctima. Se manifiesta en graves de limitaciones encaminadas a controlar el ingreso de sus percepciones económicas, así como la percepción de un salario menor por igual trabajo y dentro de un mismo centro laboral.
- **Violencia Sexual:** es cualquier acto que degrada o daña el cuerpo y/o la sexualidad de la víctima, por tanto, atenta contra su libertad, dignidad e integridad física. Es un expresión de abuso de poder que implica la supremacía masculina sobre la mujer, al denigrarla y concebirla como objeto.

2.1.1 Causas de la violencia de género

Es importante tener en cuenta que la violencia de género, procede de la desigualdad que históricamente se ha presentado entre hombres y mujeres; la cual resulta de las creencias, tradiciones e ideas que cada cultura tiene sobre la supremacía del hombre. Es decir la sociedad ha vivido por siglos en el sistema patriarcal, en donde se crea y mantiene que los hombres tienen el poder y los privilegios. Pues existen una serie de creencias sobre la inferioridad de la mujer y la necesaria sumisión al varón (misoginia) la cual se apoya en diversos argumentos morales, intelectuales, religiosos y biológicos (Bosch, Ferrer y Alzamora 2006). Con esto el sistema patriarcal ha tenido los

fundamentos necesarios que han mantenido arraigadas dichas ideas y prácticas por mucho tiempo.

El grado, la intensidad y la forma en que se presenta la violencia de género varía de acuerdo a la sociedad en la que se encuentra inmersa la mujer, debido a que existen formas de violencia que son castigadas y otras que están permitidas según sea el caso (Ruiz-Jarabo y Blanco, 2005).

Valladares (1993) menciona que los factores que predisponen a la violencia de género en la sociedad son:

- ❖ El bajo poder social de la mujer
- ❖ Son vulnerables
- ❖ Tienen menor poder adquisitivo
- ❖ Déficit en habilidades
- ❖ Autoprotección
- ❖ Falta de información o desconocimiento de los derechos de la mujer

Mientras que en los varones son los siguientes factores:

- ❖ Tienen el poder social
- ❖ Autoridad y poder sobre la víctima
- ❖ Manifestación exagerada de roles sexuales
- ❖ Déficit en habilidades sociales
- ❖ Agresivos
- ❖ Excitación desviada

Si estos factores se unen, es decir, las receptoras y los agresores tienen los factores mencionados y existen las condiciones idóneas, se desencadena que se presente la violencia de género y que las mujeres sufran violencia por parte de un hombre (como se presenta en la tabla 1).

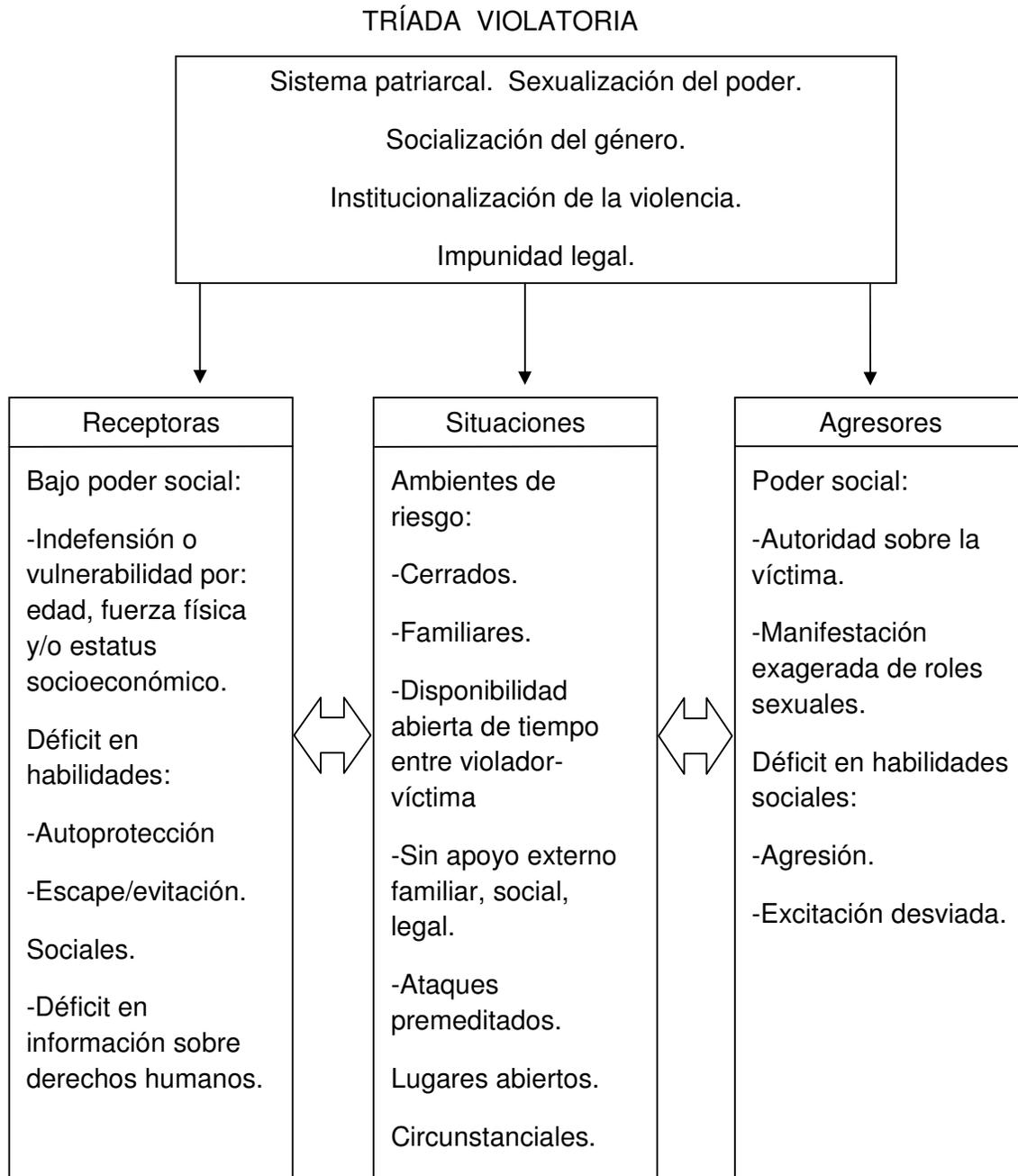


Tabla. 1 Modelo explicativo de la violencia de género (Valladares, 1993)

2.2 Violencia familiar

La Ley General de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2007), conceptualiza a la violencia familiar: como el acto abusivo de poder u omisión intencional, dirigido a dominar, someter, controlar o agredir de manera física, verbal, psicológica, patrimonial, económica y sexual a las mujeres. Dentro o fuera del dominio familiar, cuyo agresor tenga o haya tenido relación de parentesco por consanguinidad o afinidad, de matrimonio, concubinato o mantenga o hayan mantenido una relación de hecho.

La violencia en la familia es un problema, que repercute a hombres y mujeres sin importar edad, raza, religión o clase social; no obstante las mujeres son las que con mayor frecuencia son afectadas o bien, quienes tienen mayores repercusiones. Esta se esquematiza en el ciclo de la violencia que realizó Walker 1978, el cual está conformado por tres fases estas son:

Fase 1. Acumulación de la tensión, inicia con pequeños y espaciados episodios de violencia verbales que se van acumulando hasta alcanzar un estado de tensión máxima, puede durar días o prolongarse hasta años. Es muy frecuente que no se pase de esta etapa, porque se llegan a pequeños acuerdos, aunque después se vuelva a discutir pero sin llegar a la agresión física.

Fase 2. Estallido de la violencia, el hombre desahoga la tensión, esto a través de la violencia física. Esta fase se detiene cuando se percata de lo que ha sucedido o porque tiene el control de la situación. Cuando ha pasado el ataque se suele dar al principio un período de shock, que incluye la negación, justificación o racionalización de los hechos, no solo por parte del hombre sino a veces también por parte de la mujer (García y Carrasco, 2003).

Fase 3. Arrepentimiento o "Luna de miel", en primer lugar es el momento en el que la victimización se completa. El hombre pide perdón (al principio) y promete no volver hacerlo. La mujer a menudo perdona porque quiere creer que nunca más ocurrirá un episodio parecido, aunque en el fondo se crea un temor que mediatiza la relación. Esta fase se irá diluyendo gradualmente y la tensión se irá incrementando lentamente para volver a la primera fase.

En un estudio hecho por Moreno (1999), tomando en cuenta datos de 8 ciudades del proyecto ACTIVA, encontró que en un primer momento las personas se gritan (53%), un porcentaje bajo abofetea (5,4%) y un porcentaje menor golpea (2.7%). Esto no solo es unidireccional: del hombre a la mujer, sino que es bidireccional en muchos casos. En general, cuando se ha presenciado violencia en la familia de origen, existe mayor probabilidad de que se repita de nueva cuenta la violencia, esta vez con la pareja. Ramírez (2006) menciona que la violencia durante el embarazo está relacionada a la violencia en el transcurso de un año previo al embarazo, el nivel socioeconómico bajo y que la pareja haya sido testigo de violencia en su familia de origen. Este tipo de violencia puede ser observada mayormente en las personas que contraen matrimonio más jóvenes, así mismo donde hay dificultades de comunicación, desequilibrios de poder o dificultad en el desempeño de papeles dentro de la relación.

2.3 Agresiones sexuales

Las agresiones sexuales, también conocidas como violencia sexual, son aún más silenciadas que los otros tipos de violencia. Además este tipo de violencia es común que no sea identificada como tal o bien que sea normalizada, aceptada, tolerada o incluso promovida; todo ello por la cultura en la que se vive, por el desconocimiento o por expresiones como “es mi deber como esposa” (Moreno, 1999 y Ramos, Saltijeral, Romero, Caballero, y Martínez, 2001).

Hirigoyen (2006) enuncia que “la violencia sexual es, ante todo, un medio para dominar al otro, es una manera de decir -Me perteneces-”; esta autora también considera como violencia sexual a todos los actos en los que la pareja es obligada a realizar conductas que no desea, como el sadomasoquismo, intercambio de parejas y la toma de video o fotos. Es un tipo de violencia que incluso puede seguir después de la separación.

Una de las consecuencias podría ser que desde que una persona haya sido violentada de esta manera viva con la convicción de que es despreciable y de que no logrará ser aceptada por otra persona; además deberá sentirse avergonzada y guardar silencio, ya que de lo contrario se presentarían

suspicias (Ramírez, 2006 y Ramos, Saltijeral, Romero, Caballero, y Martínez, 2001).

Los términos como abuso sexual, violación y agresión sexual generalmente se emplean como sinónimos, pero no lo son, a continuación se describirán cada uno. Además la violencia sexual considera un gran espectro de situaciones que van desde el acoso sexual, hasta la explotación sexual (Hirigoyen, 2006); sin embargo en esta tesis solamente nos concentraremos en 6 tipos de violencia sexual.

2.3.1 Hostigamiento sexual

Es el ejercer el poder, en una relación de subordinación real de la víctima frente al agresor en los ámbitos laboral y/o escolar. Se expresa en conductas verbales, físicas o ambas, relacionadas con la sexualidad de connotación lasciva.

El Código Penal Federal en el artículo 259 Bis menciona, el que comete delito de hostigamiento sexual, quien con fines de lujuria asedie a una persona de cualquier sexo que le sea subordinada, valiéndose de su posición derivada de sus relaciones laborales, docentes, domésticas o cualquiera otra que implique jerarquía, se le impondrá sanción hasta de cuarenta días multa. Si el hostigador fuese servidor público y se valiera de dichos medios o circunstancias que el encargo le proporcione; se le destituirá de su cargo.

2.3.2 Estupro

Se puede definir como la relación sexual de personas entre 15 y 17 años, a través de seducción y engaños, quienes la realizan en general son amigos, novios, maestros o jefes (Valladares, 1993).

El Código Penal Federal en su Tít.15, artículo 262; dictamina al que tenga cópula con persona mayor de quince años y menor de dieciocho, obteniendo su consentimiento por medio de engaño, siempre y cuando sea denunciado por la víctima o por sus padres (artículo 263); se le condenara de tres meses a cuatro años de prisión.

2.3.3 Intento de violación

Esta se define como la actividad sexual no deseada como tocamientos sexuales y masturbación con la intención del atacante de llegar a la copula pero que por alguna razón circunstancial esta no llegó a realizarse, como el que la policía lo haya impedido o que la víctima haya logrado escapar (Valladares, 1993).

2.3.4 Violación

Es definida como la penetración del miembro viril o de cualquier objeto, ya sea por vía vaginal, anal u oral mediante el uso del poder; la víctima o el agresor pueden ser un hombre o una mujer. El agresor puede ser un conocido, desconocido e inclusive se presenta dentro del matrimonio (Alemán y Vázquez 2001).

Se considerará también como violación y se sancionará con prisión al que introduzca por vía vaginal o anal cualquier elemento o instrumento distinto al miembro viril, por medio de la violencia física o moral, sea cual fuere el sexo del ofendido. La pena se sancionará con prisión de ocho a veinte años, así mismo se impondrá pena si la víctima fuera la esposa o concubina, en el artículo bis 265 del Código Penal Federal. Mientras que en el Edo. de México se castiga este delito con 5 a 15 años en prisión

2.3.5 Incesto

Es la relación sexual, oral-genital o con uso de objetos entre miembros de la familia e incluye al padre, hermano o hermana, a los tíos o tías, primos y también a los abuelos. Se considera como una prohibición cultural del establecimiento de relaciones de carácter sexual entre miembros familiares, aun entre aquellos que lo son por lazos de adopción o padrastros, es decir que haya lazos de parentesco incluyendo aquellos de la familia inmediata y mediata (Contreras, 2001 y Valladares, 1993).

El Código Penal Federal lo define en el Tít. 15 art. 272, cuando los ascendientes tengan relaciones sexuales con sus descendientes, siempre y cuando estos últimos sean mayores de edad. Cuando la víctima sea menor de edad, la conducta siempre será entendida como típica de violación. En general

se da dentro del grupo familiar, no se hace uso de la fuerza, sino del engaño. Existe una relación de poder entre victimario-victima; atenta contra la integridad personal, así como al descubrirse trae como consecuencia el rompimiento del vínculo familiar o desintegración de esta, puede repetirse en la siguiente generación, y puede desarrollar desórdenes en el carácter (Contreras, 2001 y Everstine y Everstine, 2004).

2.3.6 Abuso sexual

Es cuando una persona adulta o adolescente mayor, fuerza; engaña o amenaza a un niño para tener contacto sexual con él o ella. Este puede incluir comportamientos tales como el exhibicionismo, que le pidan al niño que vea material pornográfico; o bien, comportamientos como caricias sexuales, el contacto genital y la penetración. En todos los casos el niño menor está siendo usado como objeto para satisfacer las necesidades o deseos sexuales del adulto (Aleman y Téllez, 2001).

El Código Penal Federal en el título 15, art. 260 y 261 considera que: “comete el delito de abuso sexual quien ejecute en una persona, sin su consentimiento, o la obligue a ejecutar para sí o en otra persona, actos sexuales sin el propósito de llegar a la cópula. Para efectos de este artículo se entiende por actos sexuales los tocamientos o manoseos corporales obscenos, o los que representen actos explícitamente sexuales u obliguen a la víctima a representarlos.

También se considera abuso sexual cuando se obligue a la víctima a observar un acto sexual, o a exhibir su cuerpo sin su consentimiento. Si se hiciera uso de violencia, física o psicológica, la pena se aumentará.

Así mismo se hace acreedor a una pena quien cometa el delito de abuso sexual en una persona menor de quince años de edad o en persona que no tenga la capacidad de comprender el significado del hecho, aun con su consentimiento, o que por cualquier causa no pueda resistirlo o la obligue a ejecutarlo en sí o en otra persona. Haciendo uso de violencia o no. La pena que se imponen a este delito es de seis a trece años de prisión y hasta quinientos días multa. Además si se usara violencia, la pena se aumentará en

una mitad más en su mínimo y máximo; mientras que en el Estado de México la pena por abuso sexual es de 15 a 30 años de prisión.

Contrario a lo que se podría creer, el abuso sexual ocurre generalmente en casa y es perpetrado por personas que son de la confianza del menor, que conviven con él, incluidos tíos, primos, amigos de la familia o trabajadores dentro del hogar o escuela (Ramos, Saltijeral, Romero, Caballero, y Martínez, 2001). Es común que en un gran número de casos, nadie se presente la denuncia correspondiente, o incluso, por haber sido ser dentro del ámbito familiar, pueden retirar la demanda. En la mayoría de los casos hay una ruptura de la confianza, lo cual conlleva diversas consecuencias con las que el niño al crecer no podrá desarrollarse adecuadamente.

Se concluye que en cualquier momento de su vida una mujer puede ser víctima de algún tipo de violencia de género, ya que se sigue viviendo en el sistema patriarcal en donde la sociedad y la cultura sobrevalora lo masculino. Por lo tanto el varón se le asigna y educa desde pequeño con el rol del género dominante y que es dueño del poder; el cual ejerce a través de la violencia hacia las mujeres. Además otros factores que probabilizan que se presente violencia de género, son una serie de factores psicológicos de la víctima, el agresor y que las condiciones del ambiente sean las óptimas. Cabe destacar que la sociedad juega un papel importante cuando se da la violencia, puesto que ponen en situaciones de vulnerabilidad a la mujer al no poner la suficiente atención al hecho y al tener instituciones donde se da la impunidad legal hacia las mujeres violentadas.

3. VÍCTIMAS ADULTAS DE ABUSO SEXUAL

En el apartado anterior se dio una reseña de lo que sucede en lo referente al marco legal del abuso sexual, sin embargo es necesario profundizar en cuales son algunas de las características de los agresores y las víctimas, así como las consecuencias que puede traer para la víctima en cuanto a lo físico, cognitivo y conductual.

3.1 Características y factores de riesgo de la víctima

Aproximadamente el 80% de las víctimas sufre consecuencias emocionales negativas; esto depende de quién fue el agresor, el grado de culpa del niño y de sus padres, así como de las estrategias de afrontamiento hacia el problema de que disponga la víctima (Mebarak, Martínez, Sánchez y Lozano, 2010).

En cuanto a las víctimas, los factores de riesgo que probabilizan que un menor sea víctima de abuso sexual son: tener un nivel bajo económico y cultura, haber sufrido otro tipo de maltrato infantil, tener una baja autoestima, baja capacidad para resistirse o descubrirlo (tengan problemas en el desarrollo, aun no hablan, algún impedimento físico y psíquico), que se encuentre internado en alguna institución, pertenecer a una familia desorganizada o reconstituida, que los padres o tutores del menor no cumplan con sus responsabilidades, el abandono, rechazo y discriminación hacia él. Así como el pertenecer a una familia de alto riesgo, esto en donde el padre es violento ya sea con sus hijos y/o su esposa.

Mientras que Mebarak, Martínez, Sánchez y Lozano, 2010; Pérez y Borrás, citados en Echeburúa y Guerricaechevarría (2000), mencionan que otros factores de alto riesgo son los niños prepúberos con muestras de desarrollo sexual, así como los que se encuentra carentes de afecto en la familia, que pueden inicialmente sentirse halagados por la atención de la que son objeto. Las niñas son con mayor frecuencia víctimas, aunque también los niños pero en menor grado, debido a que no son denunciados dichos casos por lo que no se tiene un registro de tales ataques.

3.2. Consecuencias físicas, conductuales, psicológicas, sexuales y sociales en la niñez

El abuso sexual infantil es un grave problema de salud pública que afecta a una gran cantidad de niños en el mundo, en la mayoría de los casos, interfiere en el desarrollo óptimo de quien fue víctima y afecta categóricamente en su estado físico, emocional y psicológico. El alcance de las consecuencias va a depender del grado de culpabilización y de la victimización del niño por parte de los padres, así como de las estrategias de afrontamiento de que disponga la víctima y si recibe un tratamiento psicológico (Garrido, 2005; Echeburúa, 2000; Echeburrua, Del Corral y Amor, 1998 y Mebarak, Martínez, Sánchez y Lozano, 2010).

Otro factor que puede ser importante, es la edad en la que el menor es víctima de este delito, puesto que si se encuentra cursando el preescolar, al no contar todas las herramientas psicológicas necesarias para asimilar lo sucedido, puede presentar negación y disociación.

Marshall, Serran y Fernández, (2001) menciona que los factores que pueden contribuir a que una víctima desarrolle o no síntomas, es si se tiene una relación estrecha con el agresor, que los contactos sexuales sean frecuentes, que el abuso haya sido de larga duración, que se haya empleado fuerza y que los actos sexuales incluyan la penetración oral, anal o vaginal. La falta de apoyo materno en el momento en el que se hace público el abuso y las estrategias de afrontamiento inadecuadas.

Para la mayoría de las víctimas, este suceso se convierte en una experiencia traumática, que afecta su estado psicológico, por lo que si no recibe un tratamiento psicológico adecuado, los efectos pueden mantenerse hasta la edad adulta (Jumper, 1995 citado en Echeburrua, 2000). En la mayoría de los casos las niñas presentan reacciones ansioso-depresivas, mientras que las secuelas que aquejan por lo regular a los niños, son fracaso escolar y problemas de socialización Echeburúa, (2000). Sin embargo existe una gran diversidad de secuelas físicas, conductuales, emocionales, sexuales y sociales que pueden presentar el menor (Tabla 2).

Físicas	Conductuales	Psicológicas	Sexuales	Sociales
Cambio en el patrón de sueño	Hiperactividad	Miedo	Conductas sexuales precoces	Falta de habilidades sociales
Modificación de hábitos alimenticios	Bajo rendimiento escolar	Ansiedad	Masturbación compulsiva	Aislamiento
Problemas de esfínteres	Pudor excesivo	Hostilidad	Exhibicionismo	Conductas antisociales o poco sociables
Lesiones genitales	Rechazo hacia una persona específica	Agresividad	Interés exagerado por las conductas sexuales adultas	
Infecciones urinarias	Llanto repentino	Depresión		
Enfermedades de transmisión sexual	Resistencia a desnudarse y/o bañarse	Ansiedad		
Diferentes tipos de dolores: cabeza, pélvico, crónicos y estomago	Agredir a otro niño	Baja Autoestima		
	Robar	Rechazo a su cuerpo		
	Problemas de aprendizaje y/o comportamiento	Desconfianza y resentimiento a los adultos		
	Regresión en su edad	Estrés postraumáticos		
	Intento suicida	Inseguridad		
	Cambios repentinos de conducta	Ira		
	Rechazo de caricias, besos y contacto físico	Rabia		
		Culpa		
		Vergüenza		

Tabla 2. Secuelas que presenta un niño que fue víctima de abuso sexual

Nota: retomado de Echeburúa, Del Corral y Amor, 1998; Echeburúa y Subijano, 2008; Echeburúa y Guerricaechevarría, 2011; Gálvez, 2005; Garrido, 2005; Redondo, 2002; Marshall, Serran y Fernández, (2001); Mebarak, Martínez, Sánchez y Lozano, 2010 y Pareda, 2010.

3.3 Consecuencias físicas, conductuales, psicológicas, sexuales y sociales en la edad adulta.

Diversos estudios indican que la experiencia de abuso físico o sexual sufrido durante la niñez provoca resultados negativos en diversos ámbitos de la vida adulta. Esto se debe a que cuando eran niños: no presentaron alguna problemática, no fueron atendidos correctamente o no contaron con las herramientas necesarias para poder afrontar tal situación (Marshall, Serran y Fernández, 2001; Rivera, Allen, Chávez y Ávila, 2006).

Solo del 70% de a víctimas de abuso sexual presenta secuelas a corto plazo y de estas solo el 30% llegan a manifestar alguna problemática referente al abuso en la edad adulta (Echeburúa, 2000). Aunque los adultos pueden presentar uno o más efectos, no existe un patrón específico de estos, sin embargo el abuso sufrido puede repercutir en lo físico, psicológicas, social, sexual o conductual.

Físicas	Conductuales	Psicológicas	Sexuales	Sociales
Dolores crónicos generales	Intento de suicidio	Depresión	Fobia al sexo	Relaciones interpersonales conflictivas
Hipocondría	Consumo de drogas	Ansiedad	Insatisfacción sexual	Aislamiento
Somatización	Consumo de bebidas alcohólicas	Problemas de autoestima	Falta de deseo sexual	Dificultad para educar a sus hijos
Fatiga crónica	Trastorno disociativo de identidad	Estrés postraumático	Anorgasmia	Desconfianza hacia otros
Cambio en el patrón de sueño		Desconfianza y miedo a los hombres	Promiscuidad	Relaciones basadas en sexo
Problemas gastrointestinales		Dificultad para expresar sentimientos		
Modificación en hábitos alimenticios		Miedo		

Tabla 3. Secuelas que puede presentar un adulto que fue víctima de abuso

Nota: retomado de Echeburúa y Guerricaechevarría, 2011; Marshall, Serran y Fernández, (2001); Pareda, (20010); Rivera, Allen, Chávez y Ávila, (2006).

3.4 Características del agresor.

En general existe un universo muy grande de estudios sobre las víctimas de las agresiones, de las consecuencias y de algunos tratamientos utilizados para ellas. Sin embargo, a pesar de que existen pocos estudios sobre las características de los agresores sexuales, expondremos a continuación algunos de sus características demográficas, psicológicas y conductuales.

Echeburúa y Guerricaechevarría (2000) hacen una distinción entre dos tipos de agresores: pedófilos y agresores sexuales de menores. Los pedófilos son aquellos que abusan de niños para satisfacer sus impulsos sexuales, además de que esta parafilia, tiende a acompañarse de otras y estar asociada a otros trastornos como el alcoholismo; mientras que los abusadores, tienen una orientación sexual encaminada a personas adultas, pero por alguna circunstancia realizan actividades sexuales con niños, como soledad o estrés.

Beneyto (2002) menciona que hay algunos agresores que padecen trastornos psiquiátricos, por lo que no son responsables de sus conductas, sin embargo representan una minoría, ya que el resto saben que lo que hacen es incorrecto y por ello, toman medidas precautorias para evitar ser capturados.

En un estudio realizado por Beneyto (1998, citado en Beneyto, 2002) con 76 agresores sexuales tanto de niños como de mujeres adultas, encontraron que los agresores desempeñan profesiones más calificadas, mantienen trabajos duraderos y estables, además de reportar relaciones familiares buenas (sin embargo no tienen recuerdos de su niñez y no recibieron muestras de afecto durante la infancia o adolescencia). Echeburúa y Guerricaechevarría (2000) mencionan también que pueden estar casados, con una apariencia normal, estilo convencional y no ser psicóticos, solamente presentando rasgos de introversión o inmadurez (infantilismo).

En cuanto a las características criminológicas, el cargo se agrava por el parentesco con las víctimas, solo un 25% muestra antecedentes penales, se valen generalmente de amenazas y engaños, actúan solos y sin armas; y en un 86% tienen relación anterior con la víctima. Algunas de las características psicosociales de los agresores son que mantienen un autoconcepto irreal y "superoptimista". En general no presentan déficit en habilidades sociales, pero

si presentan falta de empatía hacia las víctimas y negación del delito (Beneyto, 2002).

Algunas de las estrategias utilizadas por los agresores para atraer a las víctimas son: el engaño, la seducción, la manipulación, así como su posición de superioridad sobre la víctima; de igual forma el agresor trata de proporcionar (o proporciona) aquello que la víctima no posee en su hogar, por ejemplo: "cariño" (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000).

Finkelhor (2005) menciona que el abuso sexual se produce cuando coinciden ciertos factores, estos son:

- Motivación para tener conductas sexuales con un menor, asociado a la falta de otra fuente de gratificación sexual
- Superación de las inhibiciones internas para cometer el abuso, por ejemplo el beber alcohol o tener algunas distorsión cognitiva
- Eliminación de las inhibiciones externas, se presentan oportunidades para estar a solas con el niño o bien, se aleja a este de la madre o de alguien que lo proteja.
- Superación de la resistencia del niño, lográndolo por medio de la seducción o de otra forma de presión.

En países como España, Estados Unidos y Canadá (Beneyto, 2002) se han realizado tratamientos para la rehabilitación de los agresores sexuales, comenzando con tratamiento dentro de la cárcel y realizando seguimiento de uno o dos años posteriores a su reinserción social. Este tipo de tratamientos centran su atención en las ideas distorsionadas sobre sí mismos, sobre las víctimas y sobre la sexualidad; así mismo, en ellos se trata de desarrollar la empatía hacia las víctimas. El tratamiento se aplica para diferentes tipos de agresores, sin embargo se adecua a cada caso en concreto, manteniendo directrices comunes para todos.

Por lo tanto se concluye que para que se presente el abuso sexual, es necesario que existan una serie de factores psicológicos en la víctima y el agresor; además de que existan las condiciones idóneas en el medio. Como se ha visto el abuso sexual es un problema de salud que puede afectar al menor tanto a corto como a largo plazo (edad adulta), en lo psicológico, físico y

emocional. Las secuelas que puede presentar un adulto no se pueden generalizar a todas las personas, ya que como se mencionó, solo el 30% de las personas adultas que fueron abusadas sexualmente manifestaran diferentes consecuencias en el desenvolvimiento de la víctima en diferentes ámbitos (social, escolar, emocional y familiar). El que se presenten consecuencias dependerá de diversas situaciones cómo: dependiendo del tipo de conducta realizada, la edad de la persona, la frecuencia del abuso, la relación existente entre la víctima y el agresor, del entorno psicoafectivo de la persona, de la capacidad de cada uno para procesar sus experiencias, así como si hubo tratamiento o no de este problema con especialistas cuando fue víctima del abuso.

4. PROGRAMA INTERDISCIPLINARIO DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA (PIAV)

La experiencia de abuso físico o sexual sufrido durante la niñez puede provocar que se presenten diversas secuelas en la vida adulta. Estas secuelas, pueden presentarse a raíz de que él infante no recibió la atención oportuna o no contó con las herramientas necesarias para afrontar dicho acontecimiento. Por lo que es necesario que las víctimas, ya sean niños o adultos víctimas de abuso sexual, tengan acceso a la ayuda profesional que ofrecen las distintas instituciones que se encuentran por todo el país y que trabajan día a día para orientar y ayudarlas ante dicha problemática.

Una de estas instituciones es la UNAM, a través del Programa Interdisciplinario para la Atención de la Violencia Sexual y Estudios de Género (PIAV) que comenzó a trabajar en Mayo de 1988 en la FES-Iztacala. En este programa se trabaja e investiga la violencia de género, a través de cuatro ejes: teórico-conceptual, epidemiológico, tratamientos psicoterapéuticos (integrales e interdisciplinarios) y la prevención.

El PIAV, se dedica a atender distintos tipos de violencia de género, para los que los terapeutas llevan a cabo entrevistas estructuradas, evalúan y realizan tratamientos específicos para atender cada caso. Las sesiones terapéuticas tienen una duración aproximada de una hora y el tratamiento completo dura 12 sesiones

Todos los que laboran en el PIAV, cuentan con los instrumentos y habilidades necesarias para atender y resolver la gran variedad de casos que llegan a este programa. Puesto que todos los terapeutas, cuentan con un entrenamiento previo, el cual consiste en enseñar diversas técnicas terapéuticas, herramientas y además se trabajan las habilidades que son necesarias para poder atender eficazmente cada uno de los casos de violencia. Además para permanecer actualizados en el tema asisten a congresos, talleres, cursos y se documentan sobre las nuevas investigaciones.

4.1 Investigación que se realizan en el PIAV

Para el PIAV, “los objetivos a nivel de investigación son impulsar, dar a conocer y coordinar los diferentes proyectos que se desarrollan de acuerdo al trabajo realizado, en los niveles de servicios y docencia, en temas relacionados con los Estudios de Géneros y Violencia sexual”.

La investigación se divide en dos temáticas, con referencia a la Violencia Sexual. En la primera se trabaja sobre todo lo relacionado a la víctima y agresor; las consecuencias que puede traer dicho acontecimiento tanto a corto como a largo plazo. Mientras en la segunda se aborda que tan efectivos son los diversos tratamientos que se aplican, tomando como criterios la validez tanto experimental y clínica, si es necesario realizar los cambios pertinentes. Además se realizan una revisión sistemática de las estrategias y programas que se llevan a cabo para prevenir la violencia sexual en sus diferentes modalidades.

Ahora bien para los estudios de género se realiza la recopilación de información, se analiza y crea conocimiento sobre las relaciones entre los géneros, por último se hacen nuevas propuestas psicosociales para realizar cambios positivos.

El trabajo docente tiene varios objetivos primordiales: el estudiar, analizar y dar a conocer todo lo referente a la violencia sexual y las relaciones de géneros; así como presentar las nuevas investigaciones sobre estos temas, abordadas desde diferentes perspectivas, campos de estudios y poder analizar minuciosamente.

Otras actividades que se llevan a cabo son las asesorías de tesis y tesinas de licenciatura sobre dichos temas. También se elaboran diversos materiales para los diferentes programas, se organizan actividades curriculares en algunas materias de la carrera de psicología, se imparten talleres y cursos de capacitación, actualización y sensibilización a personal de instituciones públicas y privadas.

4.2. Atención a la comunidad

Se les proporciona un servicio terapéutico a las víctimas de violencia sexual o que se encuentren en una crisis emocional, para que la persona logre comprender, vivir plenamente sin que les afecte dicho acontecimiento y puedan enfrentar cualquier otro reto que se les pueda presentar a lo largo de su vida. En el PIAV, se le brinda atención psicoterapéutica a la víctimas, a las familia de estas y a los agresores; de igual manera se les proporciona servicio social, médico y legal que proporciona la CUSI y se les canaliza a otras instituciones públicas con las que la institución tiene convenios para su atención.

4.3 Servicios que brinda el PIAV a otras instituciones y/o profesionales de otras disciplinas

Se imparten conferencias, cursos, talleres preventivos, talleres de crecimiento profesional y se les informa sobre un centro de documentación <http://campus.iztacala.unam.mx/piav/introduccion.html> estos son:

- Conferencias sobre la violencia de sexual y el estudio del género.
- Cursos de: Manejo terapéutico a víctimas de violencia sexual, sensibilización para los profesionales que trabajan estos temas, funcionamiento del PIAV, Género y Desarrollo Humano
- Talleres preventivos sobre abuso sexual, incesto, hostigamiento sexual, violación entre otros.
- Talleres de crecimiento profesional estos son: Autoestima, Desarrollo de la Personalidad Femenina, Asertividad, Comunicación y Manejo de Conflictos.
- Centro de documentación en el que se le ofrece a los estudiantes y profesionistas artículos, libros, películas, artículos periodísticos y tesis sobre violencia sexual.

Como se ha podido observar, la violencia de género es un tema muy amplio, al que se le está dando la importancia que merece y sobre el que se han realizado investigaciones muy valiosas. En el PIAV se realizan investigaciones de importancia para la sociedad ya que ésta arroja nuevos

resultados sobre los tipos de violencia, en cuanto a estadísticas y las diversas consecuencias que tiene asociada, así mismo los trabajos producidos por los terapeutas y tesistas que trabajan en el PIAV.

Permiten que la comunidad tenga un mayor conocimiento acerca de las causas que producen la violencia, descripciones físicas y psicológicas de las víctimas y de los agresores; de los tratamientos que se utilizan para las víctimas de la violencia. Así como de los diversos escenarios ante los cuales se puede encontrar el terapeuta al realizar el tratamiento a víctimas.

De igual manera, al promover talleres, conferencias o cursos; también se propicia la concientización y la prevención de la violencia, puesto que, al tener una sociedad bien informada sobre las causas, como se desarrolla, las consecuencias y el cómo actuar antes, durante y después de los episodios de violencia.

5. TRATAMIENTO A VÍCTIMAS

Para minimizar las consecuencias del abuso sexual es necesario que las víctimas tengan un tratamiento adecuado dependiendo del tipo de abuso acontecido y sobre todo pertinente a las áreas que se han visto afectadas. Es por ello que a continuación se realiza una revisión de diversos tratamientos que pueden ser útiles para las víctimas de violencia de género.

5.1 Modificación de conducta/Terapia conductual

Se definió como la aplicación de principios de aprendizaje al tratamiento de la conducta inadaptada, el terapeuta se centra en detectar exactamente la queja expresada por el cliente y enseñarle nuevas habilidades para que controle su vida de manera más eficaz (Kendall y Norton, 1988). Se dice que en la terapia conductual se concibe al ser humano como un ente que se ve influenciado por diversos factores como serían: la historia personal, familiar social y cultural; los cuales tienen influencia en lo que el individuo piensa, actúa y siente (Contreras, 2001).

❖ Procedimiento:

Melamed y Siegel (1980, citado en Contreras, 2001) mencionan 6 etapas dentro de la intervención terapéutica, estas son:

1. Seleccionar y definir las conductas a modificar
 - a. Conductas excesivas
 - b. Conductas deficitarias
 - c. Control de estímulos inapropiado o deficiente
 - d. Conductas favorables
2. Utilización de métodos de evaluación o recolección de datos
 - a. Autorreportes
 - b. Observación conductual
 - c. Automonitoreo
 - d. Mediciones de productos permanentes
 - e. Instrumentos psicológicos

3. Análisis Funcional de la Conducta
 - a. Eventos antecedentes
 - b. consecuencias
4. Seleccionar e implementar un programa de intervención
 - a. Motivación para el cambio
 - i. Ganancias secundarias para el consultante
 - ii. Significativo para otros
 - b. Evaluación de reforzadores disponibles
 - c. Disponibilidad y cooperación de otras personas significativas u otros profesionales
 - d. Factores que mantienen el problema
 - i. Deficiencias de habilidades
 - ii. Perdida de incentivos
 - iii. Excesivos o insuficientes síntomas (ansiedad, depresión, enojo).
 - e. Estrategias de Tratamiento: Uso de Técnicas de Modificación de Conducta.
5. Evaluación del programa de intervención
 - a. Monitoreo continuo de los progresos durante el tratamiento (uso de la retroalimentación verbal para hacer modificaciones pertinentes)
 - b. Programación del mantenimiento y generalización del cambio conductual (transferirlo a la vida real)
 - c. Evaluación de seguimiento (para saber si es necesario regresar a algún momento del tratamiento)
6. Terminación del programa de intervención
 - a. Revisar si se cumplieron las metas y se mantuvo el cambio.

Dentro de la terapia conductual existen diversas técnicas que bien pueden desarrollar o mantener conductas; o reducir y/o eliminar ciertas conductas, según Olivares y Méndez (2010) podemos encontrar técnicas como:

- ❖ Moldeamiento.
- ❖ Desvanecimiento.

- ❖ Encadenamiento.

Las antes mencionadas son para desarrollar o mantener conductas. Mientras que para reducir o eliminar conductas, los autores mencionan:

- ❖ Procedimiento de Reforzamiento diferencial de Tasas Bajas.
- ❖ Coste de respuesta.
- ❖ Saciedad.

Algunas otras Técnicas de Modificación de Conducta que mencionan Olivares y Méndez (2010) son:

- ❖ Desensibilización sistemática
- ❖ Técnicas de exposición: la inundación
- ❖ Condicionamiento encubierto
- ❖ Técnicas aversivas
- ❖ Biofeedback
- ❖ Entrenamiento en habilidades sociales
- ❖ Técnicas de autocontrol
- ❖ Técnicas de resolución de problemas
- ❖ Técnicas de habilidades de enfrentamiento

5.2 Terapia Cognitivo Conductual

Este enfoque destaca el papel de los procesos cognitivos en el desarrollo mantenimiento y modificación de la conducta (Olivares y Méndez, 2010), es decir que la forma de actuar de un individuo se verá afectada por factores ambientales externos que propiciarán ciertas conductas, sin embargo estas se verán reguladas por la cognición del individuo.

Olivares y Méndez (2010) mencionan que actualmente existe una tendencia para utilizar programas de tratamiento, dónde se llevan a cabo técnicas cognitivas como conductuales para asegurar el éxito en el tratamiento. Esto ya se veía reflejado años antes en Meichenbaum (1995, citado en Caro, 1997) para quien la terapia cognitiva-conductual incluía a diversos modelos como la terapia racional emotiva, a Beck, la solución de problemas, las habilidades de afrontamiento y el constructivismo.

Mahoney y Arnkoff (1978, citado en Olivares y Méndez 2010) formularon los siguientes supuestos sobre la forma en que se lleva a cabo el enfoque cognitivo conductual, los cuales comparten con otros autores de esta orientación:

- ❖ Los sujetos desarrollan patrones afectivos y conductuales, adaptativos y desadaptativos, a través de procesos cognitivos.
- ❖ Estos procesos cognitivos pueden ser activados dentro del laboratorio, por medio de sus aprendizajes.
- ❖ La tarea del terapeuta es la de diagnosticador-educador que evalúa los procesos cognitivos desadaptativos para luego organizar experiencias de aprendizaje, las cuales modificarían las cogniciones, los patrones afectivos y los conductuales, que se relacionen con ellas.

En lo que respecta a las similitudes en cuanto a la utilización de técnicas cognitivas y la modificación de conducta son: que ambas utilizan una metodología científica (objetivos definidos sistemáticamente, llevar a cabo evaluaciones) y la utilización de técnicas de modificación de conducta durante el proceso (Olivares y Méndez, 2010).

“Los terapeutas con el enfoque cognitivo conductual coinciden en que existe una relación de interdependencia entre las cogniciones, la conducta y la emociones, los seres humanos muchas veces perciben lo que les rodea de una manera negativa, por medio de pensamientos que les provocan perturbaciones emocionales, y que dependiendo de estas se presentan las actitudes y comportamientos de cada persona” (p. 81, Contreras, 2001)

Los procedimientos del enfoque cognitivo conductual son muy variados por lo cual en este escrito solamente nos centraremos en las técnicas principales. Estas son:

- ❖ Técnicas de reestructuración cognitiva.
 - Terapia Racional Emotiva de Ellis.
 - Terapia Cognitiva de Beck.
 - Reestructuración racional sistemática de Golfried y Golfried.
 - Entrenamiento en autoinstruccional de Meichenbaum.

- ❖ Entrenamiento en habilidades de enfrentamiento
 - Inoculación de estrés de Meichenbaum.
 - Entrenamiento en manejo de la ansiedad de Suinn y Richardson.
 - Desensibilización de autocontrol de Goldfried.
 - Modelado encubierto de Cautela.

- ❖ Técnicas de resolución de problemas
 - Terapia de resolución de problemas de D’Zurilla y Goldfried.
 - Técnica de resolución de problemas interpersonales de Spivack y Shure.
 - Ciencia personal de Mahoney.

5.3 Terapia Narrativa.

La terapia narrativa se basa en el uso de la hermenéutica (que es la interpretación del discurso individual a través del psicoanálisis), la interpretación del discurso y quien da la coherencia y el orden en el discurso, como un discurso narrativo, en donde el individuo puede dirigirse por sus experiencias y no por algún supuesto o algún sistema de significados.

Goncalves (2002) dice que el desarrollo psicológico está correlacionado con la capacidad de elaboración de una narrativa cada vez más compleja, por lo cual se ha comprobado a través de algunos estudios (Stein y Nezworsky, 1978, citado en Goncalves, 2002) que la eficiencia cognitiva depende de la estructuración de una gramática narrativa y también que el desarrollo del conocimiento acompaña al proceso de estructuración.

La terapia narrativa tiene como objetivo que el usuario construya una realidad múltiple de experiencias sensoriales, emocionales, cognitivas y de significado. El discurso narrativo tiene que ser rico en cuanto a su multiplicidad, complejidad y coherencia. Es común encontrar que dependiendo del trastorno psicopatológico de cada individuo, este va a formar prototipos de acuerdo a sus limitaciones, falta de flexibilidad y diversidad. Por lo cual a los diferentes tipos de psicopatologías, le corresponden diferentes prototipos narrativos.

En psicoterapia, el terapeuta buscara condiciones para desarrollar en el cliente coherencia, complejidad y multiplicidad, esto por medio de los tres factores que posibilitan esta al cliente una existencia narrativa, estos son:

- ❖ Estructura narrativa.
- ❖ Proceso narrativo.
- ❖ Contenido narrativa.

Desde esta perspectiva el trastorno psicológico es provocado por la incapacidad del individuo para dar cuenta de la diversidad y potencialidad de la experiencia. Debe haber una coherencia en la narración dentro de cada episodio narrativo, así como entre las diferentes experiencias narradas, sin embargo no es suficiente con que este bien estructurada, también es necesario que se exprese ampliamente en los sentidos, emociones y cogniciones.

Goncalves (2002) menciona que el proceso narrativo puede estar dividido en cinco modos o actitudes narrativas esenciales:

- ❖ Recuerdo (crear coherencia en episodios de la experiencia, también asegura la diferenciación entre experiencias y organiza una estructura con coherencia).
- ❖ Objetivización (hacer que se dé cuenta de la complejidad y la riqueza sensorial de la experiencia –olores, sabores y colores).
- ❖ Subjetivización (construir un discurso narrativo que contenga gran variedad de emociones y pensamientos).
- ❖ Metaforización (por medio de la metáfora, hacer de cada experiencia una posibilidad de aprender significativamente y de crear diferentes aprendizajes).
- ❖ Proyección (ser capaz de crear memorias sobre el futuro, incluyendo nuevas metáforas, significados, emociones, cogniciones y sensaciones).

En general la psicoterapia narrativa tiene efectos positivos en cuanto a la salud física y psicológica; además la eficacia parece estar asociada a la evolución de un proceso narrativo que externa más las emociones, cogniciones y los significados que se le dan a esta.

5.4 Terapia o intervención en crisis

Esta terapia se centra en que durante la vida, el ser humano atraviesa por diferentes fases de desarrollo, puesto que son concebidos como susceptibles de crecer o desarrollarse a lo largo de estas fases. Es importante que el sujeto tenga diversos recursos personales y sociales para enfrentar las crisis del desarrollo (o los sucesos incidentales o inesperados), ya que estas determinan el mejoramiento o empeoramiento de la persona después de la crisis. Caplan fue un pionero en este campo, pues se interesó en ofrecer una intervención temprana, para procurar el crecimiento positivo y aminorar los riesgos de deterioro en la salud mental de la persona.

La crisis es un punto de cambio, puede ser lo mismo para bien, que para mal. Esto será determinado por la gravedad del suceso que provoca la crisis, también por los recursos personales con que cuenta el sujeto para manejar las tensiones de la vida, así como los contactos sociales que presente el sujeto al momento de la crisis, debido a que esta representa un colapso en la capacidad de resolver problemas.

Valladares (2011) menciona que las psicoterapias breves e intervención en crisis, son un procedimiento para ayudar a víctimas de violencia a soportar un hecho traumático, para reducir el impacto desorganizante y mejorar su disposición para enfrentar el futuro de manera positiva.

El objetivo principal de la intervención en crisis es ayudar a la persona a recuperar el nivel de funcionalidad que tenía antes del incidente que precipitó la crisis, con una duración aproximada de 1 a 6 sesiones. Además, entre más cercana sea al momento de inicio de la crisis, se elevan las oportunidades del usuario para crecer, al obtener el dominio de la situación y reorganizar su vida desorganizada.

Puesto que la crisis se desarrolla en un medio, es pertinente que el terapeuta determine cuáles fueron las variables ambientales que precipitaron la crisis, cuáles mantienen la desorganización y cuáles pueden movilizarse para facilitar el cambio constructivo en la situación.

En este tipo de terapia el tiempo para la intervención es corto, por lo que los terapeutas deben ser activos, directos y orientados a la consecución del

trabajo de la crisis; pues los pacientes deben fortalecerse para hacer todo lo que puedan por ayudarse a sí mismos.

Slaikau (1996) define dos formas de intervención:

- ❖ Intervención de primera instancia o primeros auxilios psicológicos. Los cuales se dan dentro de los primeros minutos u horas; por personal de centros comunitarios con el fin de restablecer el enfrentamiento inmediato, reducir la mortalidad y enlazar con algún recurso de ayuda. De igual forma tiene 5 componentes; estos son:
 - Realizar el contacto psicológico
 - Examinar las dimensiones del problema
 - Analizar posibles soluciones
 - Asistir en la ejecución de la acción concreta
 - Seguimiento
- ❖ Intervención de segunda instancia o terapia para crisis. Esta se da dentro de las primeras semanas o meses, es impartida por psicoterapeutas u orientadores, se realiza en ambientes de terapia como clínicas o consultorios psicológicos. Sus metas son resolver la crisis, translaborar el incidente de la crisis e integrar el incidente a la vida. Durante la terapia, primero se realiza una evaluación con la entrevista del usuario, en donde se identificaran las siguientes modalidades:
 - Conductual
 - Afectiva
 - Somática
 - Interpersonal
 - Cognoscitiva
- ❖ Una vez realizado el perfil multimodal, se realizara el tratamiento para la resolución de la crisis, el cual consta según de 4 tareas.
 - Supervivencia física
 - Expresión de sentimientos
 - Dominio cognoscitivo
 - Adaptaciones conductuales/interpersonales.

Después de realizado el procedimiento, se debe realizar una sesión para seguimiento y evaluación.

5.5 Tratamiento para víctimas adultas que fueron traumatizadas en la infancia

Debido a que en los no se tenía mucha información sobre las víctimas adultas de abuso sexual y por lo tanto no se contaba con los tratamientos para ser atendidas, Bass y Davis (1995) proponen uno tratamiento, después de hacer una minuciosa recopilación de información y experiencias de mujeres que han pasado por dicha situación.

En muchas ocasiones los niños suelen olvidar el abuso sufrió, continuando con su vida como si nada pasara pero aun así se tiene la sensación de que algo sucedió, por lo que este tratamiento comienza con un cuestionario para identificar y aceptar si se pasó por esta terrible experiencia. A continuación se propone un segundo inventario llamado “¿Dónde estás ahora?”, el cual se abarca diferentes temas estos son: las secuelas que presentan, autoestimas, identificar sus sentimientos, autocuidado y reconocimiento del cuerpo; relaciones interpersonales (amigos, familia de origen, hijos) y sexualidad.

Se presenta el ejercicio escrito sobre los efectos que el abuso sexual tiene en tu vida, como los ha enfrentado, que habilidades ha desarrollado para hacerlo y sus avances conseguidos. En esta parte se explica las alternativas en las que una superviviente puedo reaccionar para superar el abuso sexual, para posteriormente identificar y escribir cuales fueron las que utilizaron para continuar con su vida.

Para la segunda parte del tratamiento Bass y Davis (1995) explican las fases por las que puede atravesar una superviviente, para supera dicho evento. Esto se logra a través de historias de vida de mujeres que han pasado por lo mismo, una explicación de lo que pude suceder y como pasar por cada una de las etapas. No existen un orden específico y no todas pasan por todas las fases; estas son:

- ✓ La decisión de curar: las supervivientes reconocen que fueron víctimas de abuso sexual, pero están dispuestas a buscar una solución para poder continuar con su vida.
- ✓ Crisis: se inicia la confrontación de sentimientos, emociones y pensamientos que se habían evitar.

- ✓ Recordar: recuperar los recuerdos y emociones de los que sucedió que por mucho tiempo se habían mantenido en el olvido.

Para trabajar cada uno de los recuerdos que se tienen sobre dicho acontecimiento este tratamiento recomienda buscar un lugar seguro, pedir apoyo a una persona, dejar que se presente el recuerdo, tomarse un tiempo para asimilar lo que sucedió y lo que sintió. También se les deja un ejercicio por escrito sobre los recuerdos que tengan, este ejercicio puede ser repetido las veces que persona quiera o necesite.

- ✓ Creer que sucedió: es convencerse a sí mismas de que ocurrió y que repercutió en su vida.
- ✓ Romper el silencio: debido a que en la niñez es probable que no se hablara con nadie del tema, es importante que la víctima comparta con alguien lo que le sucedió, pues al hacerlo se liberan de la carga emocional que por mucho tiempo han tenido.

Es importante elegir a la persona con quien se decida hablar por primera vez para lo que a través de 5 preguntas, se pueda tomar la decisión de con quien compartirlo y recibir su apoyo de este.

- ✓ Comprender que no tuviste la culpa: el poder dejar de sentirse culpable por lo sucedido y responsabilizar al verdadero causante (agresor).
- ✓ Comunicarse con la niña interior: el volver a conectarse con esa niña podrán comprender por todo lo que han vivido, es decir escuchar, consolar, apoyar y afrontar ese proceso que cuando era una niña no tuvo a nadie para hacerlo, pero ahora se tiene así misma para poder seguir adelante.

Para esta fase se propone un ejercicio por escrito, en donde se escribe una carta o dialogo con el objetivo primordial, es poder conectarse con su niña interior que por mucho tiempo estuvo abandonada, pero que ahora es el tiempo de proporcionarle todo lo que necesite (el ejercicio puede ser repetido cuantas veces se quiera)

- ✓ Confiar en ti misma: el saber que todo lo que haces, piensas y sientes son importantes.

- ✓ Sentir y desahogar la aflicción: es necesario pasar por este proceso de duelo para poder dejar ir y continuar con su vida. En este punto del proceso de sanación, se realiza un ejercicio por escrito en donde la víctima escriba todo lo que perdió, se destruyó y como se siente después de esta pérdida; es importante es poder desahogarse de todo lo que siente y sentirse confortado después de esto.
- ✓ La rabia: el poder canalizar este sentimiento hacia su agresor y no hacia otra persona que no fue la responsable de lo sucedido (madre o a si misma), además poder liberarse de todo lo que había guardado y no encontraba como deshacerse de ese sentimiento, pero a través de diferentes actividades se puede lograr canalizar esa rabia en algo positivo.
- ✓ Revelación y confrontación: el confrontar con su agresor puede permitir dar un gran avance a su curación, pero no todas las víctimas pueden realizar dicha confrontación. Esto puede deberse a que no desean pasar por eso, no se sienten capaces o la ocasión simplemente no se da.

Para saber si desean pasar por esto, se les proporciona un cuestionario que les sirve de guía para responder a esta incógnita, además se le brinda toda la información sobre si desea o no pasar por esta fase. Además de escribir una carta dirigida a su agresor y deshacerse de todos los sentimientos y pensamientos que ha tenido que ocultar.

- ✓ ¿Perdón?: no hacia el agresor, sino la víctima pedirse perdón de lo sucedió o que ella no fue la responsable de todo lo sucedido y todo lo que conlleva el dar este paso.
- ✓ Espiritualidad: el creer en algo o alguien divino puede servir de guía.
- ✓ Resolución y... a otras cosas: habrá cambios en los pensamientos, sentimientos, emociones, perspectiva, hasta llegar el punto de poder continuar su vida la víctima sin que este acontecimiento vuelva a afectarle.

En la tercera fase del tratamiento se enfoca a realizar los cambios que sean necesarios para poder continuar con sus vidas y dejar por fin a un lado el abuso sexual. Los cuales van desde los cambios de actitud, pensamiento,

autoestima, costumbres, sentimientos, conductas, la relación con su cuerpo, la relación con las personas, sexualidad, fisiológicos, la relación y crianza de los hijos.

Además de proporcionar información para estar preparadas ante cualquier situación que pueda suscitarse durante el transcurso del pasar por dicho proceso. También se les proporciona cuestionarios, afirmaciones, información de cada uno de los temas, técnicas de relajación, testimonios de mujeres que han pasado por la misma situación y como lo han manejado

La cuarta etapa está dirigida a las personas que apoyan a las supervivientes, ya que es un proceso difícil de enfrentar y es necesario que contar con toda la ayuda posible de los otros (familia, hermanos, pareja, hijos y amigos), pero que necesitan ser orientados para poder lograr brindar la ayuda necesaria.

En la quinta parte se le proporciona a la víctima la información sobre todo lo referente al abuso sexual, como puede enfrentar los ataques y que estrategias puede poner en práctica. Toda esta información la puede revisar durante su proceso de sanación.

5.6 Terapia feminista

A pesar de los cambios sociales que se han estado presentado en los últimos 70 años, pues la mujer ha ido rompiendo con el rol de género que se le ha sido asignado en esta sociedad patriarcal, aun así se sigue tratando con desigualdad en todos ámbitos que la rodean. Basándose en lo anterior las feministas han luchado para romper y erradicar la violencia de género que ha afectado a un número de mujeres, esto ha ido desde campañas de prevención, información, lucha y por supuesto el trabajo terapéutico.

Existen diversas técnicas terapéuticas que se han utilizado para tratar a las mujeres víctimas de violencia, pero todas tienen en común el tener un trabajo personalizado para llevar junto con el usuario un proceso de cambio. En donde la labor del terapeuta es guiar a la usuaria para que se pueda cumplir con este objetivo.

Bosch, Ferrer y Alzamora (2006) mencionan que la terapia feminista además de cumplir con este objetivo, es un proceso de solidarizarse, es

comenzar un viaje en el que a la mujer se sienta comprendida, apoyada y que está en un proceso de reconstrucción de su vida, debido a todo lo que ha tenido que pasar. Puede utilizar cualquier técnica terapéutica para tratar cualquier tipo de violencia de género, siempre pensando en el beneficio de la víctima, pero sin perder el enfoque que lo más importante es lograr que esa mujer salga librada de todo lo que ha sucedido.

A lo largo del capítulo se han revisado los diversos tratamientos de diferentes enfoques psicológicos para las consecuencias psicológicas del abuso sexual. Es necesario puntualizar que cuando un usuario viene a terapia en muchas ocasiones necesita de un tratamiento eficaz y de corta duración, es por ello que la psicoterapia psicoanalítica o de modificación de conducta en muchos casos no es utilizada puesto que requiere de un número muy extenso de sesiones. Mientras que la psicoterapia cognitiva conductual puede variar en cuanto al número de sesiones, sin embargo no va más allá de 15 a 20, además este tratamiento tiene un programa integral puesto que se realizan cambios a nivel cognitivo y conductual, lo cual ayuda a que el usuario mejore notablemente sus actitudes hacia sí mismo y hacia los demás en cuanto comienza la terapia.

6. INTERVENCIÓN EN VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL. TRATAMIENTO EN PERSONAS ADULTAS

En los capítulos anteriores se expusieron diferentes tipos de violencia, así mismo sus consecuencias, dirigiendo nuestra atención principalmente al abuso sexual, considerando que no existe gran variedad de tratamientos, se diseñó el siguiente procedimiento para víctimas adultas.

6.1 Planteamiento del problema.

Aunque la violencia sexual ha existido durante mucho tiempo, no se le consideraba un problema que afectaba el desarrollo integral de la mujer, hasta el siglo XX se comenzó a darle importancia al tema y a castigar a los agresores. Es importante proporcionar un tratamiento terapéutico para superar las consecuencias de haber vivido violencia sexual, ya que estas pueden culminar en el suicidio. Las consecuencias psicológicas derivadas del abuso sexual sufrido pueden ser: estrés postraumático, pérdida de la autoestima, depresión, fobias, pérdida de habilidades sociales, pérdida de la seguridad, entre otras.

Es de vital importancia tratar cada una de las consecuencias puesto que la calidad de vida de la víctima se verá afectada después del ataque, es por ello que el tratamiento psicológico se ha utilizado como un método para superar este suceso y mejorar la calidad de vida después del ataque. En México el porcentaje de víctimas es alto, por lo tanto es importante proporcionar un tratamiento que ayude a disminuir las secuelas que presentan las mujeres víctimas de abuso sexual; es por ello que el presente trabajo tiene como propósito describir detalladamente un procedimiento de terapia cognitivo conductual con una perspectiva de género para víctimas adultas de abuso sexual.

6.2 Objetivo general

Al finalizar las sesiones de terapia, las usuarias podrán enfrentar el abuso sexual sufrido en la infancia y las consecuencias derivadas de este (ansiedad, baja autoestima, depresión, aislamiento) mediante la aplicación y la puesta en práctica por parte de las usuarias de técnicas de reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales e inoculación del estrés.

6.3 Objetivos específicos

- Aprenderá a respirar correctamente para lograr la relajación
- Disminuirá sus niveles de ansiedad por medio de diversas técnicas de relajación
- Entenderá el ataque y su significado en términos de autopercepción
- Será capaz de eliminar o modificar los pensamientos irracionales que tiene sobre si, a través de la aplicación de (TRE).
- Será capaz de eliminar o modificar los pensamientos irracionales que tiene sobre si, a través de la aplicación (TRE) y que estos cambios sean permanentes.
- Aprenderá a realizar la técnica de solución de problemas, para poderla aplicar ante cualquier situación que se le presente en su vida cotidiana.
- Identificará sus problemas, que pueda darles solución y poner en práctica esta, para que cuando se le presente cualquier dificultad sea capaz de resolverla.
- Aprenderá a tomar decisiones y a respetar las decisiones que ya haya tomado.
- Aumentará su autoestima, reafirme su identidad, cuide de si misma y se acepte como es.
- Dejará de depender de su pareja, para así poder tener una relación sana y estable de noviazgo.
- Comunicará sus deseos y sentimientos en los momentos adecuados
- Mejorará sus relaciones interpersonales con padres y amigos

6.4 Metodología

Participantes:

Dos mujeres de 18 años, la usuaria 1 se encontraba estudiando el bachillerato, a partir de un problema amoroso fue canalizada por el psicólogo de su escuela por falta de autocontrol y por haber sufrido abuso sexual. Por lo que acudió a la Clínica Universitaria de Salud Integral (CUSI), al área del Programa Interdisciplinario de Atención a la Violencia (PIAV). La segunda participante cursaba el primer año de la universidad, fue canalizada por el área de psicología de la CUSI al PIAV ya que sufría de abuso sexual desde hacía tres años.

Materiales:

- Hojas de papel y plumas

Escenario:

Se trabajó en los cubículos de psicología clínica No. 2 y 12, ubicados en la planta baja de la CUSI, los cuáles contaban con escritorio, sillas, archivero, ventilación e iluminación suficiente, sofá reclinable (cubículo 12), así como privacidad y silencio.

Instrumentos

- Entrevista inicial de Violencia Sexual (Valladares, 1992)
- Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) (Miguel y Cano, 1994)
- Inventario de Asertividad (Rathus, 1973)

Se utilizó la “Entrevista inicial sobre violencia sexual” que fue proporcionada por el PIAV.

La cual está dividida en 24 áreas o grupos de variables, estas son: datos demográficos, datos físicos, datos económicos, remisión al PIAV, datos del ataque, datos del atacante, datos de la víctima, datos posteriores al ataque, aspecto legal, aspecto médico, aspecto psicológico, historia de victimológica,

consecuencias emocionales, cognitivas y afectivas, consecuencias familiares, consecuencias sexuales, consecuencias con la pareja, consecuencias económicas, consecuencias laborales, consecuencias escolares, consecuencias conductuales, intentos anteriores de solución, metas, reacciones durante la entrevista y observaciones.

También se utilizó el Inventario de Situaciones y Respuestas de ansiedad (ISRA) (Miguel y Cano, 1994), este inventario está dividido en tres subescalas ansiedad de tipo cognitivo, fisiológico y de tipo motor. Cada una de estas subescalas contiene 22 ítems, con cinco opciones de respuestas que van de 0 al 4, donde 0 (casi nunca), 1 (pocas veces), 2 (unas veces sí, otras veces no), 3 (muchas veces) y 4 (casi siempre).

El inventario de asertividad (Rathus) está conformado por 30 ítems con seis opciones de respuesta, que van de +3 a -3, las opciones van desde +3 (Muy característica, extremadamente descriptiva), +2 (Bastante característica, bastante descriptiva), +1 (Algo característica, poco descriptiva), -1 (No muy característica, muy poco descriptiva), -2 (Bastante no característica, realmente bastante poco descriptiva) y -3 (Definitivamente no característica, nada descriptiva)

Procedimiento:

El diseño que se utilizó para ambos casos fue pretest- posttest. En donde el pretest el cual consistió en realizar la Entrevista Inicial de Violencia Sexual con una duración de dos sesiones (150 min). A continuación se aplicó el ISRA para medir las respuestas de ansiedad. A partir de los resultados de la entrevista, del inventario se realizó el análisis de los datos y el llenado del cuadro secuencial integrativo. Con el cual se llevó a cabo el análisis funcional para obtener los objetivos específicos de la terapia, la hipótesis, así como el tratamiento a seguir para ambas usuarias.

Posteriormente se aplicó el tratamiento cognitivo conductual, el cual abarco:

- a) Técnicas de relajación
 - a. Control de la respiración

- b. Imaginería
- b) Reestructuración cognitiva
 - a. Ideas irracionales
 - b. Autoestima
 - c. Dependencia emocional
- c) Solución de problemas
 - a. Asertividad
 - b. Toma de decisiones
- d) Habilidades sociales

En el postest se aplicó el inventario de ansiedad ISRA, el inventario de asertividad (Rathus) y se realizó una autoevaluación por parte de ambas usuarias en cuanto su nivel de relajación, sobre las ideas que cambió y las habilidades que adquirió.

Posteriormente se realizó un seguimiento de los usuarios con citas en 1 mes, 2 y 3 meses.

6.5 Descripción del caso

6.5.1 Usuaría 1

Se presentó al Centro Universitario de Salud Integra (CUSI) al área del PIAV, una joven de 18 años, estudiante del tercer año de preparatoria. Fue remitida por la psicóloga de su escuela ya que tenía problemas emocionales, debido a que recientemente había terminado una relación amorosa. Su queja principal es que fue víctima de abuso sexual y ha presentado diferentes secuelas que no le han permitido llevar una vida normal.

Historia del abuso

El abuso sexual se presentó cuando tenía 6 años durante un año, sus agresores fueron de dos de sus primos (adolescentes); esto debido a que su madre trabajaba en el mercado y la dejaba durante largos lapsos de tiempo sola. Los episodios del abuso sucedían cuando sus primos le pedían al velador las llaves del baño y se encerraban con ella para cometer este abuso, el cual iba desde tocamientos hasta la penetración. Estos ataques no se detuvieron

hasta que su madre dejó de trabajar en ese lugar y así no volvió a tener contacto con sus agresores.

Fue hasta los doce años que se dio cuenta su mamá de lo sucedido y esto debido a que la usuaria se decidió romper el silencio contándole sobre el abuso sexual del cual fue víctima años atrás. Para solucionar lo ocurrido su familia la llevo a la PGJ donde le dieron seguimiento al caso, pero no concluyo el proceso legal, debido a que la usuaria decidió ya no continuar con este. De igual manera abandono el tratamiento psiquiátrico al que la PGJ la había canalizado, para tratar las secuelas que le habían quedado del abuso.

En esa época, su entorno familiar era bastante problemático, pues su padre era violento con su mamá y tenía muchos problemas con este. Hasta que sus padres decidieron separarse, a ella le pareció bien pues así no seguirían en un ambiente de violencia. Su relación con su padrastro al inicio era muy buena, eran muy unidos, la trataba como si fuera su hija, no hacia distinción entre ella o su hermano. Ahora ya no tiene ninguna relación con él por todos los problemas que tuvieron y que se enteró que él no es su verdadero padre

Entorno familiar

Su familia está conformada por: Madre 36 años es mesera, padrastro 35 años es mesero y su hermano de 13 años estudiante de secundaria. Ella reporta que su relación con su familia es muy mala, con respecto a su mamá siempre se la pasa discutiendo por como la trata su pareja (violencia domestica y el es alcohólico), no tienen una buena comunicación, además que no se ven seguido para platicar por las actividades de ambas. Con su padrastro se la pasa discutiendo, no logran tener una buena relación por más que lo ha intentado, solo lo tolera por ser la pareja de su madre y porque están viviendo en casa de este. Con respecto a su hermano casi no conviven porque él se la pasa la mayoría del tiempo con otra familia y si se hablan es solo para discutir. Por lo que ella considera que realmente no tiene una familia y solo viven 4 desconocidos en casa; a los que realmente considera su familia es a su abuela

materna y sus amigos, porque en ellos si pueden confiar, siempre la escuchan, la ayudan y están cuando más los necesita.

Relaciones Amorosas

Aunque ha tenido algunas relaciones amorosas, estas se vuelven complicadas y destructivas. Un ejemplo de ellos es la relación que hace un mes tenía, ya que constantemente se la peleaban y llegaron hasta los golpearse. Pero después de un tiempo se reconciliaba, pues terminaba siempre perdonándose. Ella considera que a pesar de que esa relación ya no existe, siente que tiene dependencia emocional con este chico pues él es lo más importante y valioso de su vida.

Desempeño escolar

Con respecto a la escuela tiene algunos problemas con matemáticas, ya que no entiende muy bien, porque siempre busca el porqué de las cosas y esto le dificulta sus labores escolares. Además se distrae muy fácilmente, aunque cuando está en un ambiente callado se puede concentrar pero por media hora. Tiene el interés de estudiar arquitectura porque es una carrera que le agrada y con ella puede ayudar a los demás.

6.5.2 Usuaría 2

Se presentó al Centro Universitario de Salud Integral (CUSI) al área del PIAV, una joven de 18 años, estudiante del primer semestre en la FES Iztacala. Fue remitida por el área de psicología de la CUSI, a donde llegó por recomendación de una amiga y puesto que fue abusada desde los 14 años por el esposo de una de sus tías, de 45 años aprox. y quien actualmente la seguía acosando.

Historia del abuso

El abuso sexual se presentó cuando tenía 14 años durante un cuatro años, su agresor fue uno de sus tíos políticos, el cual vivía en la misma casa que ella. el abuso comenzó cuando el hijo de su tío (su primo), entró a la misma secundaria que ella, por lo cual comenzaron a frecuentarse más y ella comenzó a ir a su casa. El abuso comenzó cuando su tío le dio un beso en la

boca, sin embargo esta conducta la realizaba con sus hijos por lo cual la usuaria no le tomo atención, sin embargo cuando iba en el CCH su tío comenzó a tocarla e incluso le proponía que le hiciera sexo oral. No se llegó a la penetración, sin embargo la usuaria planteaba su miedo a que su tío le hiciera algo. Él tío utilizaba la religión como excusa, puesto que decía que el amor que ellos tenían, por ser amor, era bien visto por los ojos de Dios. De igual forma, comenzó a separar a la usuaria de su mamá pues inventó que su mamá había tratado de abortarla y que solamente él la quería. Además por ésta relación, la usuaria comenzó a mentirle a su mamá para poder salir con él.

Cuando terminó el CCH y entró a la universidad, la usuaria ya no deseaba que su tío continuara haciendo ese tipo de cosas puesto que ella sentía que no estaba bien y comenzó a alejarse de él, es por ello que acudió a terapia, puesto que deseaba hacerle saber a su mamá lo que había sucedido.

Entorno familiar

Su familia está conformada por: Madre de 45 años, es obrera, su hermana de 23 años, es estudiante y una sobrina de 1 año. La usuaria reporta que su relación con su familia no es buena puesto que a su madre le mentía para salir con su tío y no confía en ella para contarle lo que le sucede, además su mamá sale a trabajar muy temprano y vuelve tarde, por lo cual no tiene mucha oportunidad de platicar o convivir. Además la usuaria rehúye de la compañía de su mamá y prefiere mantenerse ocupada en internet.

La relación con su hermana también es distante pues casi no plática con ella pues está vive con su esposo e hija en otra casa y casi no se visitan.

Relaciones Amorosas

La usuaria no ha tenido relaciones sentimentales, ya que su agresor se lo tenía prohibido y aunque se presentó la ocasión de tenerla, el temor que le tenía a él se lo impidió, sin embargo si existen personas que le interesan en este sentido.

Desempeño escolar

En cuanto al ámbito escolar, la usuaria no ha tenido problemas hasta el momento, puesto que apenas está comenzando el semestre en la escuela y está iniciando su formación de licenciatura.

Denuncia Judicial

Después de comenzar la terapia en el PIAV, el tío hizo una reunión con la familia y dijo que la usuaria se le insinuaba y que no lo podía ocultar más. Ella no pudo reaccionar para oponerse a sus palabras. La familia creyó que esta afirmación era verdad y no pidieron ninguna otra explicación.

Una vez descubierto el abuso, la usuaria interpuso una demanda contra su tío por abuso sexual, la cual se encontraba en proceso en el M.P. de Naucalpan de Juárez.

6.6 Cuadro secuencial integrativo

6.6.1 Usuaría 1

Antecedentes	Organismo	Respuesta	Consecuencias
<p>*Abuso sexual a los 6 años, con duración de un año</p> <p>*Maltrato intrafamiliar</p> <p>*Separación de sus padres</p> <p>*Descubrió que su papá no lo era.</p>	<p>Medio Usuaría del sexo femenino. 18 años Pesa 48 kg. Originaria del D.F. Estudiante Vive con su mamá padrastro y hermano</p> <p>Cond. Biológica Mide 1.60 Pesa 48 kg. De tez blanca con cabello corto y lacio. Ojos café oscuros</p> <p>Complexion: delgada</p> <p>Habilidades Responsable Perfeccionista Tolerante Respetuosa Confiable</p> <p>Expectativas Estudiar arquitectura en C.U Ayudar a personas de escasos recursos</p>	<p>Motora Familia desunida Aislamiento No comparte sus emociones Desorden alimenticio Patrón de sueño cambiante Se encierra en su cuarto Ve la TV para evitar la soledad</p> <p>Fisiológica Urticaria Llanto Cambio de patrón de sueño Gastritis Colitis</p> <p>Cognitivo Aislada Culpa a la madre de lo sucedido Pesadillas Baja autoestima Depresión Co-dependencia Sentirse usada al tener relaciones sexuales</p> <p>Creencias Necesita a su novio para no sentirse sola Culpa a la madre por no protegerla del abuso Es débil pero ante los demás se hace la fuerte</p>	<p>Externas Distanciamiento de familia Dependencia emocional Agresiva cuando se siente débil</p> <p>Internas Baja autoestima Depresión</p> <p>Corto plazo Se volvió callada y se aisló Dolor corporal Intento abusar de otra niña</p> <p>Mediano plazo Intento de suicidio Tratamiento psiquiátrico</p> <p>Largo plazo Dependencia emocional Mala relación con su familia Tristeza Problemas escolares Callada</p>

Tabla 4. Cuadro Secuencial Integral. Usuaría 1

6.6.2 Usuaría 2

ANTECEDENTES	ORGANISMO	RESPUESTA	CONSECUENCIAS
<p>* Abuso sexual a los 14 años, con duración de 4 años</p> <p>* Falta del padre</p> <p>* El agresor difundió una versión diferente a lo que sucedió realmente, diciendo que ella se le había insinuado</p> <p>*Distanciamiento de la madre</p>	<p>Medio</p> <p>P. 18 años</p> <p>Originaria del estado de México</p> <p>Estudiante</p> <p>Vive con su mamá, sus tías y primos, además del agresor; tiene una hermana y una sobrina que no viven con ellas</p> <p>Cond. biológica</p> <p>Mide 1.65</p> <p>Pesa 60 kg.</p> <p>Es de tez blanca con cabello corto y ondulado. Ojos café claro</p> <p>Complexión: delgada</p> <p>Religión: católica</p> <p>Habilidades</p> <p>Responsable</p> <p>Tolerante</p> <p>Respetuosa</p> <p>Confiable</p>	<p>Motora</p> <p>Familia desunida</p> <p>Aislamiento</p> <p>No comparte sus emociones</p> <p>No se alimenta correctamente</p> <p>No desea estar en casa sola</p> <p>Fisiológica</p> <p>Llanto</p> <p>Cognitivo</p> <p>Baja autoestima</p> <p>Depresión</p> <p>Miedo</p> <p>Ansiedad</p> <p>Creencias</p> <p>Cree que tiene la culpa por haber permitido el abuso</p> <p>Su familia se alejara de ella si denuncia el abuso</p>	<p>Externas</p> <p>Distanciamiento de familia</p> <p>Indiferencia ante relaciones amorosas</p> <p>Internas</p> <p>Baja autoestima</p> <p>Depresión</p> <p>Miedo</p> <p>Corto plazo</p> <p>Cambio en la personalidad</p> <p>Mediano plazo</p> <p>Mentir a su madre y familiares.</p> <p>Largo plazo</p> <p>No ha podido tener una relación de noviazgo</p>

Tabla 5. Cuadro Secuencial Integral. Usuaría 2

6.7 Hipótesis

Ambas usuarias presentaban baja autoestima, distanciamiento de la familia, falta de asertividad y ansiedad, además la usuaria 1 presentaba dependencia emocional hacia sus parejas; debido al abuso sexual sufrido en la infancia y a las diferentes situaciones que han vivido. Esto ocasionó en la usuaria 1: que tenga relaciones dependientes hacia sus parejas amorosas, haya intentado suicidarse y no sepa controlar sus sentimientos. En la usuaria 2 ocasionó que le dijera mentiras a su madre. Estas conductas eran mantenidas por la falta de comunicación que tenían con la familia y la necesidad de un soporte emocional.

6.8 Descripción del tratamiento

Pretest - Evaluación Inicial

En las dos primeras sesiones se les aplicó a ambas usuarias la entrevista para víctimas de Violencia Sexual, del Programa Interdisciplinario de Atención a la Violencia (PIAV).

Posteriormente se les aplicó el ISRA (anexo 1) para medir las respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras de la ansiedad ante diferentes situaciones de la vida cotidiana a las que se puede afrontar.

Con la información recabada con estos dos instrumentos, se llevo cabo el análisis funcional para obtener los objetivos específicos de la terapia, la hipótesis, así como el tratamiento a seguir

Intervención

Para la que se utilizó el modelo de terapia cognitivo conductual, con perspectiva de género, ya que este enfoque está basado en los patrones de conducta y cogniciones del usuario. Así mismo, a través de este modelo se intentó modificar las conductas y pensamientos que tenían las usuarias respecto a la situación conflictiva que se le presenta. Mientras que, con la perspectiva de género se analizó las ideas, representaciones y como se ponen en práctica en la sociedad de lo que representa ser hombre o mujer. Así como

las repercusiones que tiene esta construcción social en cuanto a la violencia que se ejerce sobre uno u otro individuo.

Sesión 3. Relajación

Objetivo específico

- Aprendió a respirar correctamente para lograr la relajación

Explicación de la técnica

Primero se le enseñó a respirar profundamente, para posteriormente pudiera aplicarla en cualquier momentos de tensión o estrés.

Actividades del terapeuta

Se le dio la explicación de cómo se iba a trabajar durante las sesiones terapéuticas, que técnicas se le aplicarían y las actividades que tendría que realizar tanto en el consultorio como fuera de este durante todo el proceso terapéutico. Posteriormente se le enseñó como se debía realizar la respiración profunda, las instrucciones que se le dieron fueron las siguientes:

“Siéntate derecha, ahora vas a poner la mano derecha en el pecho y la mano izquierda en el diafragma, ahora vas a inhalar despacio en cuatro tiempos, posteriormente vas a sostener el aire por cinco segundos, para después irlo sacando poco a poco por la boca. Va a sentir como el aire entra y sale de tu cuerpo”.

Este procedimiento se repitió hasta que la usuaria llegó a mantener la respiración hasta contar ocho, al término pudo realizar el procedimiento de la respiración profunda sin tener que ponerse las manos en el cuerpo o hasta que se sintió segura que ya pudiera realizar esta técnica sin utilizar las manos.

Evaluación

Se le preguntó en una escala del 0 al 10 como se sintió antes y después de aplicar esta técnica; en donde 0 es totalmente relajada y 10 es la máxima tensión.

Tareas del usuario

La usuaria realizara este procedimiento todos los días 10 minutos antes de irse a dormir, de igual manera llevara a cabo este procedimiento cada vez que se sienta estresada o ansiosa.

Sesión 4. Técnica Visualización o relajación en imaginación

Objetivo específico

- Disminuyó sus niveles de ansiedad por medio de diversas técnicas de relajación

Explicación de la técnica

Se le pidió a la usuaria imaginara una escena, situación o acontecimiento que tuviera un valor especial o que le fuera grata. Mientras estaba en este proceso se le iban mencionando palabras o frases de contenido relajante (calma, respira hondo, tranquila, etc.).

Actividades del terapeuta

Primero la usuaria realizó la técnica de respiración profunda y posteriormente se le enseñó la técnica relajación en imaginación. Además se le menciona que no pusiera atención a cualquier ruido que se pudiera presentar durante la sesión.

La primera indicación que se le dio fue “siéntate cómoda en el sillón reclinable”, posteriormente que “cerrara sus ojos y comenzó a respirar profundamente” (cinco ocasiones realizó la respiración). Ahora vas a imaginar que estas en un bosque sola, vas a poner atención a todos los sonidos, a todo lo que te rodea y sientes mientras caminas por el lugar; Durante el transcurso de la técnica se le preguntado ¿Cómo se sintió?, ¿Qué es lo que observo? y ¿Qué sensaciones fue teniendo?

“En este bosque vas a observar a lo lejos una cabaña, camina hacia ese lugar y entra; observa cada objeto que esta tiene, tócalos, recorre cada uno de sus espacios (recuerda que con cada respiración te vas a sentir más relajada)”. Ahora vas a salir de la cabaña, te vas a sentar a fuera (recuerda que con cada respiración te vas a sentir mejor) quédate el tiempo que desees en este lugar, mira a tu alrededor, este es tu espacio, en este lugar nadie te va a molestar y siempre vas a poder regresar cuando quieras”.

Después de tres minutos, se le dio la instrucción que “ha llegado el momento de irse de ese lugar, ahora voy a contar 10 al 1, mientras tanto va ir abriendo los ojos proco a poco y cuando llegue a 1 abras abierto los ojos por completo”.

Evaluación

Durante el transcurso de la técnica se registró lo que contesto a los cuestionamientos que se le realizaron durante esta, se tomaron nota de cómo se fue realizando y progresando durante la sesión. Se le preguntara en una escala del 0 al 10 como se sintió antes y después de aplicar esta técnica, en donde 0 es totalmente relajada y 10 es la máxima tensión.

Tareas del usuario

La usuaria realizó este procedimiento todos los días, cuando tuvo un momento libre, de igual manera llevara a cabo este procedimiento cada vez que se sintió estresada, ansiosa o cuando no pueda conciliar el sueño.

Sesión 5. Afrontamiento del abuso con perspectiva de género

Objetivo específico

- La usuaria entendió el ataque y su significado en términos de autoimagen

Explicación de la Técnica

Se le dio una explicación sobre que es abuso sexual, características, factores de riesgo, consecuencias a corto y largo plazo; para que a la usuaria le quede claro y se resolviera sus dudas sobre el abuso del que fue víctima. Así mismo se le leyeron los derechos humanos básicos y se reflexionó sobre la importancia que estos tienen, para tener una vida justa y tranquila. Para que no volviera a ser víctima de algún tipo de violencia solo por ser mujer y al vivir en una sociedad patriarcal donde se cree que los hombres tiene el poder y el control sobre las mujeres.

Actividades del terapeuta

Se le pregunto que mencionara como le había ido con las técnicas de relajación, sino ha tenido problemas y que tan funcionales le han sido. Posteriormente se le explicó detalladamente las características, factores de riesgo, consecuencias tanto en la niñez, como en la edad adulta (cognitivas, conductuales y fisiológicas). De igual manera, se le explico que las únicas personas responsables de lo sucedido fueron sus agresores. Al término se le pidió a la usuaria expresar si le quedo claro todos los aspectos sobre el abuso sexual. Enseguida se dio paso a leer los derechos humanos básicos y se le

pedirá que vaya dando ejemplos de cómo se pueden aplicar en su vida cotidiana para no volver a ser víctima del algún tipo de violencia de género.

Evaluación

Se tomó nota de todas las dudas que tuvo acerca del tema y como se sintió al respecto después de esto. Así mismo se le pidió que diera una breve explicación del tema de los derechos humanos y como los puede poner en práctica en su vida diaria.

Tarea del Usuario

Puso en práctica los derechos humanos básicos e identifico en su vida cotidiana y reflexiono sobre la explicación sobre las casusas y consecuencias del abuso del que fue victima

Sesión 6. Terapia Racional Emotiva de Ellis (TRE)

Objetivo específico

- Fue capaz de eliminar o modificar todos los pensamientos irracionales que tiene sobre sí, a través de la aplicación de la Terapia Racional Emotiva de Ellis (TRE).

Explicación de la Técnica

El procedimiento de la Terapia Racional Emotiva de Ellis se desarrolla en cuatro fases: la primera, se explicó a la usuaria, el esquema A-B-C, en donde A= es un acontecimiento activador, real y se presenta externamente que presenta el usuario, B= es una cadena de pensamientos que la usuaria utilizo como respuesta al acontecimiento que le sucedió (A) y C= a las consecuencias emocionales o conductuales que tuvo.

Posteriormente se pasó a la categorización de un problema que presento de acuerdo al esquema A-B-C, para explicarle al usuario este modelo y en qué consistió la terapia para solucionarlo.

En la segunda etapa TRE, se realiza la detección de las ideas irracionales, se le denomina así a cualquier pensamiento, emoción o

comportamiento que lleva a consecuencias contraproducentes, autodestructivas y que interfieren de manera importante en su vida.

Para la tercera etapa de esta técnica, identifiqué las creencias irracionales, se pasó a su eliminación y esto se logró a través de la discusión, distinción y debate de las ideas irracionales. En la discusión, el terapeuta persuadió al usuario sobre la irracionalidad de sus creencias, modelando su sistema de creencias y reforzando los cambios observados.

Para lograr llevar a cabo esto se utilizó el método de la técnica, que es poner en tela de juicio y debatir científicamente la situación, para realizar la discusión y deshacer las creencias irracionales se utilizaron preguntas retóricas que se fueron formulando durante su transcurso. Esto produjo una discusión interna entre las creencias racionales e irracionales, uno de los objetivos que tuvo el debate fue distinguir y encontrar diferencias claras entre lo que el usuario quería y lo que necesitaba. Al realizar este procedimiento, se pretendió que el usuario aprendiera distintas herramientas racionales que le permitieran debatir creencias irracionales y poder cambiarlas por racionales.

En la última etapa, el resultado que se quiso conseguir con la TRE fue conseguir un nuevo efecto o filosofía que le permitió a la usuaria pensar de una manera más lógica sobre sí misma, los demás y el mundo. Para lograr que estas ideas se mantuvieran de manera permanente, las nuevas creencias racionales adquiridas, trabajó constantemente en interiorizar las creencias nuevas utilizando los procedimientos conductuales, cognitivos o emocionales que fueron utilizados durante el transcurso de la terapia.

Actividades del terapeuta

Se le explicó en qué consiste la Terapia Racional Emotiva de Ellis, posteriormente la usuaria realizó una lista con los pensamientos irracionales que consideraba que tenía, posteriormente eligió uno de estos para ejemplificar el esquema A-B-C y se trabajó con este.

Evaluación

Realizó un registro de todas las ideas irracionales que considere que tiene y como utilizó la técnica en el primer pensamiento irracional detectado.

Tarea del Usuario

Realizar un registro de los acontecimientos activadores, creencias irracionales y de las consecuencias que tiene durante todos los días en los que no se encuentra en terapia.

Sesión 7 y 8. Terapia Racional Emotiva de Ellis

Objetivo específico

Fue capaz de eliminar o modificar todos los pensamientos irracionales que tiene sobre si, a través de la aplicación (TRE) y que estos cambios fueron permanentes.

Actividades del terapeuta

Se le enseñó al usuario cuáles son los comportamientos y sentimientos racionales de los que no lo son, además se debatió y analizará por qué a este pensamiento se le considera irracional, detenerlo, proponer alternativas y modificarlo.

Evaluación

Se tomó nota de cada uno de los pensamientos irracionales que tuvo la usuaria, como los cambio por racionales y como los ponen en práctica en su vida cotidiana.

Tarea del Usuario

Hizo esta técnica no solo con los pensamientos irracionales que se trabajaron en sesión, sino también los que se fueron presentando en su vida cotidiana.

Sesión 9. Solución de problemas

Objetivo específico

Aprendió a realizar la técnica de solución de problemas, para aplicarla ante cualquier situación que se le presente en su vida cotidiana.

Explicación de la Técnica

El proceso de solución de problemas (SP) ha sido definido como el proceso mediante el cual una persona intenta encontrar o implementar una

respuesta de afrontamiento efectiva ante una situación o estado determinado (D'Zurilla, Maydeu-Olivares y Kant, 1998, en Labrador, Cruzado & Muñoz 1999).

Un problema, lo podemos definir como una situación de la vida que demanda una respuesta para el funcionamiento efectivo en la situación en la que se encuentre el individuo, pero para el cual, ninguna respuesta está inmediatamente disponible en ese momento; esa situación varía en tiempo, intensidad y duración (Robert y Peter, 1991), mientras que se define una solución, como una respuesta de afrontamiento o un patrón de respuestas que son efectivas, al alterar la situación problemática y/o las reacciones personales, para que no sea percibida como un problema, mientras que al mismo tiempo se maximizan otras consecuencias positivas (beneficios) y minimiza otras consecuencias negativas (D' Zurilla y Goldfried, 1971 en Labrador, 1999).

Para llevar a cabo la solución eficaz de algún problema, es necesario seguir los siguientes pasos:

1. Identificar el problema
2. Delimitar y definir el problema
3. Desarrollar todas la posibles soluciones
4. Elegir la solución más viable
5. Poner en práctica la solución y observar los resultados
6. Evaluar la efectividad de solución.

Para poder poner en práctica este proceso es necesario tener en cuenta que los problemas a los que se enfrenta cualquier persona son esencialmente sociales, provistos desde el ambiente en donde se encuentre el individuo, y que en su mayoría deben representarse mentalmente para poder ser resueltos; por lo cual, debemos entender a la SP como el proceso cognitivo-afectivo-conductual a través del cual un individuo, o un grupo, identifica o descubre medios efectivos de enfrentarse con los problemas que se encuentra en la vida. Incluyendo la generación de soluciones alternativas y la toma de decisiones o elección conductual (Labrador, et al. 1999; Davidson y Sternber, 2003; y Mahoney, 1974).

Actividades del terapeuta

Se le explicó en que consiste la técnica de SP y se le pusieron ejemplos de cómo se puede poner en práctica este procedimiento. Posteriormente se le pidió que mencionara algún problema que considerara tener, se le preguntó que emociones, sensaciones y pensamientos le produce tener este problema. Enseguida se le enseñó a la usuaria a delimitar y definir el problema con la ayuda de algunas preguntas: ¿Cuál es el problema?, ¿Cuándo inicio el problema?, ¿A qué se debió que se presentara?, ¿Cuántas personas están implicadas en este? y ¿Cuándo y con qué frecuencia se presenta?.Una vez identificado el problema se le pedirá, que mencione todas las posibles soluciones que pueda tener, ahora se le pedirá que analice todas las opciones, visualice los pros y los contras de cada una, para posteriormente elegir la que considere más funcional.

Evaluación

Se tomó nota de las respuestas dadas a los cuestionamientos y se le pidió que hiciera un pequeño resumen de en qué consiste la solución de problemas.

Tarea del Usuario

Poner en práctica la solución elegida durante esa semana y realizar una lista con los problemas que considere tener.

Sesión 10. Solución de problemas

Objetivo específico

Identificó sus problemas, pudo darles solución y poner en práctica esta, para que cuando se le presentara cualquier dificultad fuera capaz de resolverla.

Explicación de la Técnica

Se le dio una breve explicación sobre el tema de SP, que en la sesión anterior se le explicó a detalle.

Actividades del terapeuta

Se le preguntó cómo le fue en esa semana al aplicar la solución al problema que se trabajó la sesión anterior y que tan funcional le fue. A

continuación se trabajó con la lista de los problemas que se le dejó de tarea, en primer instancia se organizaron de mayor a menor prioridad para ser resueltos, después se realizó el proceso de solución de problemas con los 3 problemas que considero más importantes.

Evaluación

Se tomó nota de cómo utilizó la técnica y cómo llegó a las soluciones de sus problemas.

Tarea del Usuario

Poner en práctica las soluciones que se propusieron en terapia de esos 3 problemas, anotar cuales fueron sus resultados obtenidos y que si no proponga otra alternativas para poder resolverlos. Además de seguir poniendo en práctica este procedimiento ante cualquier dificultad que se le presente a partir de ahora.

Sesión 11. Asertividad

Objetivo específico

Comunicó sus deseos y sentimientos en los momentos adecuados

Explicación de la Técnica

Existen ciertos derechos que están dentro de la asertividad, por ejemplo: si te haces responsable o no de los problemas de los demás, elegir si quieres dar explicaciones, cambiar de opinión, cometer errores y decir “no lo sé”. Sin embargo también existen las conductas no asertivas, como lo son la inhibición y la agresividad, cuando se habla de inhibición nos referimos a la sumisión, pasividad, retraimiento, tendencia a adaptarse excesivamente a reglas externas o a deseos de los demás sin tener en cuenta intereses, sentimientos, derechos, opiniones y deseos. La conducta agresiva es totalmente contraria a la inhibición, no respeta los derechos, sentimientos e intereses de los demás y en su forma más extrema incluye: ofenderlos, provocarlos o atacarlos. Existe también la conducta pasivo-agresiva que es cuando una persona no se atreve a mostrarse directamente agresivo, pero lo hace indirectamente.

Se le enseñan al usuario conductas específicas, que se practican y se integran en el repertorio conductual del sujeto. La adquisición de las nuevas

conductas es por medio del seguimiento de instrucciones, modelamiento, de aproximaciones sucesivas y reforzar las conductas adecuadas.

También se debe hacer una distinción entre las diferentes formas de responder para dar a conocer los deseos y necesidades del usuario a otras personas.

Es necesario que al realizar la técnica se dé al usuario retroalimentación, para guiarlo en la adquisición de un repertorio conductual y ayudarlo a expresar lo que desea adecuadamente; y el reforzamiento, deberá estar siempre presente a lo largo del tratamiento.

Actividades del terapeuta

Se le explicó lo que puede suceder por la falta de habilidad de comunicación, en que consiste el entrenamiento asertivo y los tres estilos de respuesta.

Existen tres tipos de respuesta:

No asertiva (Pasiva): cuando no podemos expresar adecuadamente nuestros sentimientos y pensamientos, es decir, se sede en muchas situaciones, le damos poca importancia a los deseos que tenemos y dejamos que los otros decidan por nosotros aunque no sea de nuestro agrado.

Agresiva: Cuando se expresan los sentimientos de forma violenta o impositiva, se utilizan gritos o insultos, y se daña la integridad de las personas.

Asertiva: Se expresan directamente los sentimientos, deseos, derechos y opiniones, sin amenazas, imposiciones o violar los derechos de las personas.

En seguida, la usuaria reflexionó sobre alguna ocasión en que haya necesitado expresar sus sentimientos, comentó que fue lo que sucedió, que fue lo que sentía, cómo lo expreso, cómo reacciono la otra persona y cómo se sintió después. Así mismo se le preguntó qué cambiaría de esa situación y como la manejaría desde el tipo de respuesta asertiva.

Evaluación

Durante la sesión se realizó una revisión de las situaciones en las que había sido asertiva durante el transcurso de la semana y si ella ha notado cambios en su forma de relacionarse con los otros.

Tarea del Usuario

Durante la semana puso en práctica el tipo de respuesta asertiva en diversas situaciones además de la practicada en sesión, escribió como se sintió en cada una de ellas, además de alguna situación o conducta que deseaba modificar para expresarse mejor

Sesión 12. Asertividad

Objetivo específico

Mejóro sus relaciones interpersonales con padres y amigos

Explicación de la Técnica

En esta sesión, la asertividad se centró en comunicar sus sentimientos y deseos con las personas más allegadas a ella como son sus padres, su hermano y sus amigos.

Actividades del terapeuta

Se le recordaron los diferentes tipos de respuesta y se tomó como ejemplo de su vida cotidiana, un suceso en el que no fue asertiva en casa y haya actuado de forma agresiva o no asertiva y se reflexionó sobre lo sucedido. Posteriormente se le preguntó qué fue lo que sucedió, cómo se dio la situación, cómo se sintió en ese momento, si comunicó sus sentimientos a su interlocutor y cuál fue el tipo de respuesta que ella considera que utilizó en ese momento para solucionar la situación.

Evaluación

Después de poner en práctica durante la semana la asertividad en casa, se le pidió a la usuaria que realizara un escrito en dónde comparara cómo es la relación que tenía con cada uno de los miembros de su familia y cómo era antes de que comunicara asertivamente sus sentimientos.

Tarea del Usuario

Seguir aplicando la asertividad tanto en casa, con todos los miembros de la familia, comenzando con su mamá; así como en la escuela, con amigos cercanos y con otras personas.

Sesión 13 y 14. Autoestima

Objetivo específico

La usuaria reafirmó su identidad y aumentó su autoestima por lo cual cuidó de sí misma y se aceptó cómo es.

Explicación de la Técnica

Es importante que la usuaria tenga claro cómo se forma el autoconcepto, por lo cual se le explicaron los términos de autoestima y autoconcepto, los cuales son definidos como: autoconcepto (el contenido de nuestros conocimientos y convicciones acerca de nuestros propios atributos) y autoestima (la valoración que hacemos de nosotros mismos).

Así mismo es importante saber cuál es la opinión de nuestros seres queridos para poder autoevaluarnos y obtener una forma más para conformar el autoconcepto.

Cabe destacar que es normal que las personas tiendan a compararse con otras para evaluar sus cualidades personales, ya sea que el tipo de comparación sea ascendente o descendente. Aunque generalmente existe una tendencia a compararse con personas con las que se comparte un vínculo; algunas veces estas personas tienen un desempeño similar o ligeramente mayor al nuestro, es por ello que se realiza la comparación de habilidades. Sin embargo, existe el riesgo de compararse por atributos físicos como el atractivo personal que nada tienen que ver con las habilidades que cada uno tiene.

En general al realizar el cuestionamiento de ¿Quién soy yo? Se mencionan aspectos que le distinguen de los demás y en los que son únicos. Si bien es necesario que por medio de los otros se conozca a sí mismo, ya sea por los comentarios que estos hacen o por medio de la comparación, es importante que el usuario haga una autovaloración y reflexione sobre los atributos que tiene, para así poco a poco ir interiorizándolos.

Se debe también hacer un reconocimiento tanto de las habilidades y áreas de oportunidad, cómo de los sentimientos y pensamientos que el propio cuerpo le genera al usuario.

Es importante abordar también el género, ya que para que una persona adopte una manera de ser y de comportarse en su medio social necesita conocer el término y lo que conlleva el ser de un género u otro. Además es una forma para entender cómo ha ido evolucionando el papel de la mujer a lo largo del tiempo y también por qué suceden ciertas actitudes y acciones en contra de las mujeres. Se debe destacar que el género puede cambiar de acuerdo a las necesidades o modificaciones sociales e históricas que cada sociedad experimente, en un momento dado y a la que el individuo debe adaptarse.

Sobre esto Beauvior, citado en De la Torre, Ojeda y Maya, 2004, dice que una mujer será “una hembra en la medida en que se experimenta como tal” (pág. 41), ya que el ser mujer no es algo con lo que se nazca o que prevalezca sin cambiar, sino que se verá mediada por las acciones sociales y la realidad que vive, puesto que vivimos en un mundo dominado por el hombre en donde la mujer tiene que abrirse camino aun con su condición de mujer. Por esta razón es importante concientizar a la usuaria del papel que tiene en cuanto a ser mujer y que tanto se conceptualiza ella como mujer.

Actividades del terapeuta

Se explicó cada uno de los términos a la usuaria, preguntando si existe alguna duda; en seguida se le pidió que en sesión reflexione sobre las habilidades que ella cree poseer y sobre las áreas de oportunidad que podría tener y mejorar.

Así mismo, una vez que se hubo indagado con las personas cercanas a ella, se analizó cada uno de las habilidades que le mencionaron, preguntándole si estaba de acuerdo y consciente de ellas o no. De igual forma, se revisaron las áreas de oportunidad y la usuaria sugirió posibles soluciones

Se le preguntó qué es lo que piensa de ella misma, en cada uno de los ámbitos en los que se encuentra, de igual forma se le preguntara que es lo que desea ser en sus planes a futuro.

Evaluación

La usuaria describió cada una de las habilidades que posee y si le eran de utilidad, con las áreas de oportunidad escribió cómo llevaba a cabo las soluciones que dio

Tarea del Usuario

- 1 Elaborar una lista en casa de por lo menos 10 habilidades y 5 debilidades/áreas de oportunidad
- 2 Preguntar a por lo menos 3 personas, cuales son las habilidades que ellos creen que posee.
- 3 Realizar un escrito donde reflexione ¿quién es?, ¿qué es lo que desea ser?

Sesión 15. Autoestima (dependencia emocional)

Objetivo específico

Dejó de depender de su pareja, para así poder tener una relación sana y estable de noviazgo.

Explicación de la Técnica

La dependencia emocional es la necesidad exagerada que tiene una persona de carácter afectivo ya sea hacia su pareja, familia, amigos o cualquier otro grupo en el que se desenvuelva, como lo alude Castelló (2006). Pues tiene la necesidad de sentirse aceptada y querida por todas personas que le rodean, pero siempre les queda la duda de haber logrado su objetivo.

Uno de los factores que puede influir para que se presente la dependencia emocional como lo menciona (Polaino, 2004) es la sobreprotección que tienen los padres hacia sus hijos; esto se debe a que al impedirles realizar algunas actividades y al realizar los padres la actividad por ellos, hacen que sus hijos se vuelvan dependientes de estos. Otros factores que influyen son el déficit de habilidades sociales, el tener baja autoestima, el miedo e intolerancia a la soledad.

Otro factor que influye para que una persona presente dependencia emocional, es el tipo de apego que tuvo durante su infancia con sus padres. Se le denomina apego a un vínculo que une a dos personas, tanto en lo físico como en lo emocional. La primera figura de apego es la madre/protector, persona que de estar ausente despierta un miedo innato en el pequeño. Mary Ainsworth (citado en Whorchel, 2004) elaboró una tipología de estilos de apego; estos estilos se prolongan relativamente sin cambios hasta la etapa adulta e influyen en las relaciones amorosas, es decir, dependiendo del tipo de apego que se tenga con el protector, será el tipo de apego y la relación que se desarrolle en la edad adulta.

Según esta autora, existen tres tipos de apego:

- Seguro: la partida de la madre los aflige momentáneamente pero se consuela con su regreso. Se muestran felices y exploran su entorno con gusto y curiosidad.
- Evitador: evaden el contacto con su madre y mantienen la atención en los juguetes del lugar, cuando ella no está, no parecen alterarse. En casa sus padres los ignoran y disuaden sus deseos de contacto físico.
- Ansioso/ambivalente: el responsable del cuidado es inconsistente con ellos, algunas veces responde a su necesidad de cercanía y atención y otras los ignora. Estos pequeños están tan preocupados por la presencia de su cuidador que no se permiten jugar ni explorar el ambiente.

El modelo del apego del amor, también mantiene que las relaciones amorosas a largo plazo dependen de los sentimientos de apego, así como de la pasión sexual y la respuesta de cuidado del uno por el otro.

Las personas con estilos de apego seguro, manifiestan niveles mayores de intimidad y gozo con sus compañeros. Aquellos con apego evitador, tienen un nivel menor de intimidad y disfrute de sus relaciones con el sexo opuesto. Por último los ansioso/ambivalentes son inestables.

El que una persona presente dependencia puede traerle consecuencias en su vida diaria, por ejemplo: el estar siempre pendiente de su apariencia física que pudieran posteriormente desencadenar algún problema de desorden alimenticio. También con tal de agradar a sus semejantes asume roles o puntos

de vista pues sabe que con ello podrá lograr la aprobación y aceptación de las demás personas, aunque no esté muy convencido o vayan en contra de cómo es su forma de ser. Otra consecuencia es que la persona se desvalore o menosprecie y que busque en los otros el sentido de su existencia ya sea amigos, un pareja o familiares. (Larsen y Buss, 2005).

Se le denomina a una persona codependiente a aquella que tiende a relacionarse afectivamente con personas con problemas, olvidándose de sí mismas para enfocarse al máximo en el otro. Entregándose tanto a estas que continuamente controlan, encubren o minimizan los comportamientos negativos que pueda tener la otra persona, esto con la finalidad de que la otra persona se sienta comprometida para quedarse a su lado.

Castelló (2006) menciona algunas características de las personas que presenta codependencia emocional son:

- Asumen la responsabilidad por lo que ocurre en la vida de las otras personas.
- Se anticipa a satisfacer las necesidades del otro aun cuando no se les haya pedido.
- Problemas en asertividad y autoestima.
- No se siente satisfechos por las cosas que hacen por los demás.
- Toleran situaciones excesivas con tal de no quedarse solos.
- Se mienten a sí mismos y a los otros respecto a lo que está pasando en su vida.
- Minimizan, justifican o niegan lo que está sucediendo en su vida.

Por otra parte la interdependencia se da cuando los miembros de diversos grupos deben colaborar por una meta superior que sea atractiva para todos pero que no se consiga sin la participación conjunta de los grupos como lo menciona Worchel, Cooper Goethals y Olson (2003). También se presenta entre los miembros de un mismo grupo, pues para poder cumplir un objetivo en común se necesita la participación de cada uno de sus integrantes. Tiene como finalidad el que cada persona se dé cuenta de que el rol que juega es importante para los otros y que necesita la participación de los otros para lograr

una meta en común, pero debe darse de manera recíproca en igualdad de condiciones.

La personas que ponen en práctica la dependencia emocional la utilizan como un medio para obtener la aceptación de los otros, mientras que las personas se someten a la codependencia pues se sienten cómodos al cumplir es papel y las personas interdependientes saben que tiene un papel asignado pero que son igual de importante que los demás.

Actividades del terapeuta

Se le explicó a la usuaria qué es la dependencia, codependencia e interdependencia emocional, posteriormente se le mencionó que este tema se explicaba en terapia debido a que se detectó en ella que presenta dependencia emocional hacia su novio y que es necesario trabajar sobre esto para que pueda tener una relación sana. Después se analizaron cuáles son los factores que hacen que se presenten y que consecuencias están trayendo en su vida, a continuación se le pidió que mencionara cómo podría darle solución a la problemática que está presentando, basándose en el método S.P. que previamente se han trabajado en otras sesiones.

Evaluación

Se tomó nota de las consecuencias que ella consideraba que le están ocasionando estar en una relación de dependencia con su novio y de las soluciones que propone para resolver esta problemática.

Tarea del Usuario

Aplicar las soluciones que se propusieron durante la sesión, tomar nota de cuáles fueron los resultados obtenidos y si requiere hacerle alguna modificación.

Sesión 16. Habilidades sociales

Objetivo específico

Mejóro sus relaciones interpersonales con padres y amigos

Explicación de la Técnica

Las habilidades sociales son un conjunto de comportamientos interpersonales (Caballo, 2007); sin embargo, el hecho de que pertenecen a la persona no quiere decir que se nace con ellos y esto permite saber que las habilidades no son un rasgo de la personalidad, sino un conjunto de comportamientos aprendidos y adquiridos.

Estas habilidades aumentan nuestras posibilidades de mantener relaciones satisfactorias, sentirnos bien, obtener lo que queremos, conseguir que los demás no nos impidan lograr nuestros objetivos, etc. para conseguir que se tengan éstas habilidades es necesario trabajar en la comunicación y lenguaje no verbal, conversaciones, hacer y rechazar peticiones, resolver conflictos interpersonales, pedir cambios de conducta, responder asertivamente a las críticas, etc. Cabe mencionar que existen dos principales áreas de las habilidades sociales que son: empatía, la habilidad de ponernos en el lugar de los demás, considerar las cosas desde su punto de vista comprendiendo también sus sentimientos y no sólo quedarse con ello sino decírselo; la segunda área es la asertividad que se refiere a la autoafirmación y defensa de nuestros derechos y necesidades.

Las habilidades sociales se pueden aprender y adquirir en cualquier momento y de esta forma lograr una mejor relación con las personas y con nosotros mismos.

Actividades del terapeuta

El terapeuta explicó a la usuaria en qué consisten las habilidades sociales, también explicó que estas habilidades se van obteniendo a lo largo del tiempo y de las experiencias, es decir, que no es algo inhato, también se le explicaron cuales son las ventajas de tener este tipo de habilidades.

La terapeuta leyó cada una de las siguientes habilidades:

- Expresión de agrado, amor y afecto
- Hablar en público
- Hacer peticiones
- Hacer y aceptar cumplidos

- Expresión de opiniones personales
- Habilidad de iniciar o terminar pláticas

Una vez que se leyó la lista de habilidades a la usuaria, en un acuerdo entre la usuaria y el terapeuta, se sugirieron y eligieron cuales de las habilidades presentadas serán las que se trabajaran mediante el modelado de la conducta, realizándose el modelado durante la sesión para guiar a la usuaria en la adquisición de cada una de las habilidades que hayan sido elegidas.

Evaluación

Se realizó por medio de ensayos conductuales en donde tendría que poner a prueba sus habilidades.

Tarea del Usuario

Puso a prueba cada una de las habilidades adquiridas en terapia en situaciones de la vida real en donde también puso a prueba las habilidades adquiridas a lo largo de la terapia.

Postest: Evaluación Final

Al finalizar el tratamiento terapéutico se le aplicó el ISRA nuevamente para observar si presentó cambios, además para verificar si se logró cumplir con los objetivos que se plantearon al iniciar la terapia; también se realizó la aplicación del Inventario de Asertividad (Rathus) anexo 2, se recabaron todos los reportes tanto verbales como escritos que se realizaron durante el proceso terapéutico y se realizó una autoevaluación por parte de ambas usuarias en cuanto a las habilidades que se trabajaron durante el tratamiento.

7. RESULTADOS

Después de trabajar con la usuaria uno durante 17 sesiones, las cuales se dividieron de la siguiente manera: 2 sesiones de entrevista, 2 sesiones de relajación, 1 de afrontamiento del abuso sexual, 6 sesiones de reestructuración cognitiva, 4 sesiones de solución de problemas/asertividad, una de habilidades sociales y una de evaluación.

Secuelas físicas, conductuales, afectivas, somáticas, cognitivas, sexuales e interpersonales	Usuaría 1	Usuaría 2
Insomnio	✓	
Patrones de alimentación	✓	✓
Dependencia a la TV	✓	
Intento suicidarse	✓	
Uso del alcohol/drogas	✓	
Enojo	✓	✓
Sentimientos de inferioridad	✓	✓
Se culpabiliza de todo		✓
Miedo a la soledad	✓	✓
Tristeza	✓	✓
Trastornos gastro-intestinales	✓	✓
Cansancio	✓	
Ansiedad	✓	✓
Estrés	✓	✓
Desconfianza en los hombres		✓
Problemas de pareja	✓	
Falta de comunicación con su familia (madre, hermanos, tíos y primos)	✓	✓
Dificultad para iniciar y mantener una conversación	✓	✓
Culpabiliza a su madre por el abuso sufrido	✓	
Preocupación sobre la opinión de los otros sobre ella		✓
Autoconcepto negativo	✓	✓
Pesadillas (sobre actos sexuales)	✓	
No mide las consecuencias de sus actos	✓	
Intento de agredir sexualmente a otro	✓	
No Asertiva	✓	✓
Ineficacia para resolver problemas	✓	✓
Demasiada confianza hacia los otros		✓

Tabla 6. Secuelas físicas, conductuales, afectivas, somáticas, cognitivas, sexuales e interpersonales; que presentaron las usuarias al inicio del proceso terapéutico.

Mientras que, con la segunda usuaria se trabajaron 16 sesiones, las cuales se dividieron en: 2 sesiones de entrevista, 2 sesiones de relajación, una de afrontamiento del abuso sexual, 5 sesiones de reestructuración cognitiva, 4 sesiones de solución de problemas y asertividad, una de habilidades sociales y una de evaluación.

Después de analizar las respuestas de las usuarias en el pretest, se encontró que la usuaria 1 presentaba un nivel de ansiedad severa, a en situaciones motoras, mientras que se encontraba en ansiedad moderada, en cuanto a lo fisiológico y lo cognitivo. La usuaria 2 presentó un nivel de ansiedad severa en lo cognitivo, mientras que en las otras dos áreas, fisiológica y motora, presento un nivel de ansiedad moderada.

Secuelas físicas, conductuales, afectivas, somáticas, cognitivas, sexuales e interpersonales	Usuaría 1	Usuaría 2
Insomnio	✓	
Sentimientos de inferioridad	✓	✓
Ansiedad	✓	✓
Estrés	✓	✓
Desconfianza en los hombres		✓
Autoconcepto negativo	✓	✓
Pesadillas (sobre actos sexuales)	✓	

Tabla 7. Secuelas físicas, conductuales, afectivas, somáticas, cognitivas, sexuales e interpersonales; que aún perduran en las dos usuarias después del tratamiento.

La usuaria 1, después de enseñarle la técnica de respiración profunda, no tuvo problemas para llevarla a cabo; se observó que ya podía realizarla y lograba sostener la respiración hasta llegar a ocho, enseguida se le dio la instrucción que ya podía retirar sus manos de su cuerpo. Al término se le preguntó en una escala del 0 al 10 como se sintió antes y después, en donde 0 era totalmente relajada y 10 es la máxima tensión; mencionó que al inicio de la sesión se encontraba en un 8 y al término se encontraba en un 4.

Durante las sesiones de relajación de la usuaria 2, no tuvo ninguna dificultad para realizarla, sin embargo se pudo observar que le costaba un poco de trabajo respirar adecuadamente, con las manos sobre el pecho y lentamente, acción que poco a poco fue facilitándosele hasta que se observó relajada. Después de aplicar la técnica se le pregunto a la usuaria cuál era su grado de relajación en una escala del 0 al 10 donde 0 es totalmente relajada y 10 la máxima tensión; la usuaria 2 comento que antes de la sesión se encontraba en un 7 y al termino se encontraba en un 4.

Respecto a la aplicación de la técnica de imaginería, la usuaria 1 al inició le costó concentrarse, pero conforme fue avanzando se fue relajando y acatando todas las indicaciones. Cuando término la técnica se le preguntó si se había relajado, si había notado alguna diferencia antes y después de su aplicación, esta mencionó que si le había servido, que solamente al principio le costó concentrarse y que se sentía más relajada. Mientras que para la usuaria 2 pudo seguir cada una de las indicaciones que se le fueron diciendo sin dificultad, incluso dijo que se había adelantado un poco a las indicaciones pues se sentía muy bien en el lugar que estaba imaginando. Como tarea se le pidió a ambas usuarias que siguiera realizando la respiración profunda e imaginería, cada vez que se encontraran en una situación que les parecía estresante o bien, antes de dormir. Para observar si tuvieron efectos positivos prolongados en ellas se les pido, que aplicaran cualquiera de estas en los momentos que necesitara relajarse. Ambas reportaron verbalmente que las habían estado utilizando para evitar estar ansiosas, estresadas o nerviosas y se pueden relajar por completo.

En las sesiones sobre afrontamiento del abuso sexual con la usuaria 1, después haberle explicado detalladamente las características, factores de riesgo, consecuencias tanto en la niñez, como en la edad adulta (cognitivas, conductuales y fisiológicas) y de igual manera, se le explicó que las únicas personas responsables de lo sucedido habían sido sus agresores, mencionó que le produjo tristeza, ansiedad al darse cuenta de todo lo que sucedió. Cuando le toco contestar el cuestionario, se le dificulto porque aún tenía muchas cosas que todavía no había resuelto respecto al abuso, además sintió

furia, coraje, tristeza, enojo y rabia; como hace años cuando sucedió el abuso. Después de varias sesiones, entendió que su madre no se dio cuenta de que estaba siendo abusada tal vez por la falta de cultura o porque a lo mejor le enseñaron que era normal, por lo tanto ella no fue la responsable sino sus dos agresores. Conforme fue avanzando logró cambios importantes, puesto que ya salió adelante, puesto que todos los días hizo algo para tener una mejor calidad de vida y dejar por fin a un lado este suceso que le ha ocasionado tantos problemas.

Mientras que la usuaria 2 con respecto a la conceptualización que ella tenía del abuso que había sufrido durante 4 años, ella comentó que le había dejado diferentes secuelas, sobre todo en el autoestima y en las relaciones que tenía con su familia (madre y hermana), ya que su agresor le había hecho creer que su madre no la quería y que incluso había querido abortarla; también había secuelas en cuanto a sus amigos, con los cuales no podía compartir diversas actividades pues su tío la seguía y la castigaba, así como en el plano amoroso pues nunca tuvo un novio. Además ella se sentía muy culpable por diversas situaciones y por ser la causante de la desintegración de su familia al no decir nada.

Al avanzar en la terapia, poco a poco ella fue comprendiendo que hizo lo que creyó que era lo correcto en ese momento, además comprendió que ella no tenía la culpa de lo que había sucedido, sino que el único culpable había sido su tío, quien por ser un adulto, debió tener la clara concepción de lo que estaba bien y de aquello que estaba mal.

Del mismo modo comprendió que lo ella no podía culpabilizarse de todo lo que ocurrió a su alrededor, si bien algunas habían sido a causa de ella, muchas otras situaciones no lo eran. Por lo que aprendió poco a poco a observar cuales eran las situaciones que ella había causado y como solucionarlas.

Pensamientos Irracionales		
	Usuaría 1	Usuaría 2
1	Mi novio es lo único que tengo en la vida	Me sentía sucia, no quería que me mirara.
2	Mi vida ha sido una farsa	Lo que le gusta a él (tío) es sucio.
3	No quiero ser como mi madre, por eso no aprenderé a cocinar.	Es mi culpa que mi familia se haya desintegrado
4	Su cuerpo no necesita comer	No debo mostrar mi interés a las personas que me gustan
5	Mi madre tuvo la culpa de que yo sufriera el abuso sexual.	Me siento culpable por dejar a un lado los problemas (y seguir con mi vida)
6	No tengo esperanza de recuperarme después de lo que me ha pasado.	Los papás besan a sus hijas
7	La chica con la que me novio me engaño debe pagar por lo que me hizo	Mi única culpa fue no haberlo dicho antes.
8	Cuando mi novio mira a otras chicas yo considero que no le importo	Hablar de sexo se me hace sucio
9	Me siento tonta por fallar en la escuela	Los hombres hablan de sexo con morbo
10	Yo soy la culpable de todo lo que me pasa	No me gusta hacerlo con la luz encendida porque estoy gorda
11	No me considero una mujer bonita	
12	Soy muy cobarde y por eso no puedo hacer las cosas	
13	Siento repudio por los seres humanos, por todo lo que me han hecho.	

Tabla 6. Ideas irracionales que fueron detectadas en las dos usuarias.

En la tabla 6, muestra cuales fueron las ideas irracionales que presentaron cada una de las usuarias al inicio del tratamiento. Después de la aplicación de TRE a la usuaria 1, se observó que de las 13 ideas que le fueron detectadas, (1, 3, 4, 5, 6, 10 y 12) cambiaron por ideas racionales, mientras (2,

8, 9, 11 y 13) desaparecieron y únicamente la idea que no pudo cambiar o desaparecer fue la 7 (La chica con la que me novio me engaño debe pagar por lo que me hizo). La usuaria 2 después del TRE, las ideas que reporto que desaparecieron fueron (3, 5, 6), mientras que se observó que las ideas que cambiaron por racionales fueron (1, 2, 4, 7, 8, 9) y la idea que no pudo cambiar o desaparecer fue 10 (No me gusta hacerlo con la luz encendida porque estoy gorda).

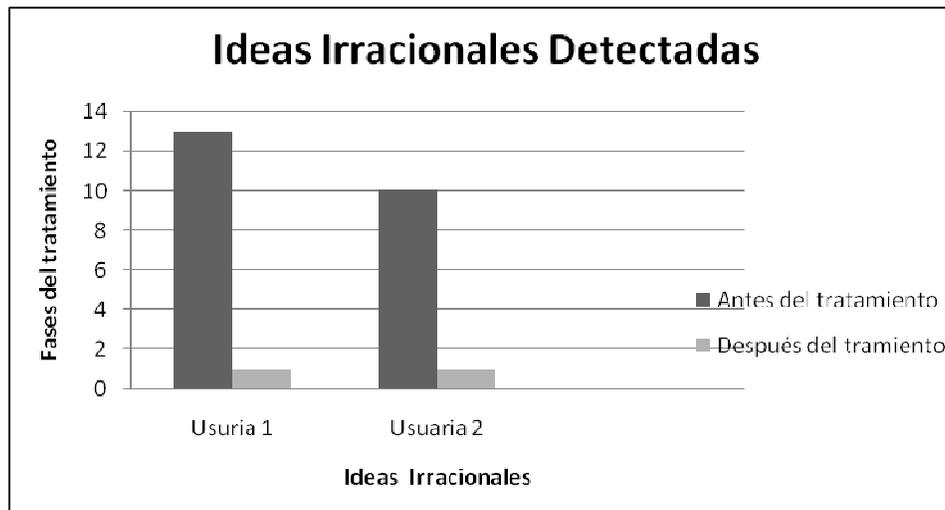


Figura 1. Muestra en número de ideas irracionales que cada usuaria presentó antes y después del tratamiento.

En la figura 1, se comparan el número de ideas irracionales que tenían al inicio del tratamiento, con las que le quedaron después del tratamiento, por lo que la usuaria 1 presentó 13 ideas irracionales, mientras que la usuaria 2 tuvo 10 ideas irracionales. Después de poner en práctica TRE las dos mostraron cambios significativos, debido a que solo una idea irracional se mantuvo en cada una de ellas.

Usuaría 1		
	Problema	Solución
1	Falta de comunicación con su madre y hermano	Escuchó, toleró y platicó con ellos.
2	Decidir si continua o no con su novio	Platicaron los dos para llegar a un acuerdo de seguir o no con la relación
3	Consumo de drogas	Evito consumir cualquier droga por qué no las necesita
4	Tiene relaciones sexuales para llenar los vacíos emocionales.	Dejó de tener relaciones sexuales, porque no son una solución.
5	Abandonar la escuela	Realizó todas sus actividades escolares, estudiara y se comprometerá para terminar sus carrera universitaria
6	Le cuesta trabajo concentrarse para realizar sus tareas escolares.	Pidió ayuda a sus compañeros, buscara lugares silenciosos y sin distracciones
7	Insomnio	Aplicó las técnicas de relajación y evitara preocuparse en demasía por sus problemas
8	Constantes conflictos con su padrastro	No le hizo caso y mejor le dio por su lado
Usuaría 2		
	Problema	Solución
1	No sabe distinguir entre amigos y cuates	Antes de contar cosas más íntimas, puso atención a como son las personas y si son afines
2	La tía con la que vive quiere ejercer autoridad sobre ella a través de su mamá	Hablo con mamá sobre cómo influye su tía y cambiarse de casa
3	Antes tenía todo lo que deseaba, ahora solo mi mama se hace totalmente cargo de mí	Busco un empleo de medio tiempo
4	Antes mi mama y yo no veíamos tanta tele, ahora solo hacemos eso	Salió a caminar con mamá y platicó fuera de casa o para conocer la zona
5	No muestra su interés amoroso en alguna persona por temor a que le llamen zorra	Mostro sus sentimientos, pero autorreguló su conducta para no ser llamada zorra
6	No tiene rutinas, por lo que a veces no come, o no duerme el tiempo necesario	Realizo una bitácora de sus horarios actuales , fue normalizándolos poco a poco y se fijó más en las horas
7	No se acerca mucho a personas con características físicas parecidas a las de su agresor	Estableció mayor relación con personas con esas características e intento acercase poco a poco, solo platicando y saludo de mano

Tabla 7. Problemas que fueron detectados en las dos usuarias

En la solución de problemas (SP), la usuaria 1 le dio una solución al primer problema fue eficaz, porque las cosas en su casa han estado bien, cada uno realiza las tareas que le corresponde, se llevan mejor, tiene una mejor comunicación y se percatan cuando inicia un conflicto. Para el dos aun no lo ha podido resolver, debido a que la última vez que discutieron y las cosas terminaron mal necesitan esperar que pase un tiempo para que ahora si decidan los dos que hacer.

Con respecto al tres dejo por completo el consumo de drogas, se dio cuenta que vive mejor, está más tranquila y no le causo un daño innecesario a su cuerpo. Abandono por completo la práctica de tener relaciones sexuales para llenar sus vacíos emocionales, porque en lugar de ayudarla a salir adelante la hundía más y no quiere volver a experimentar esa sensación.

En su desempeño académico, terminó su último semestre de la preparatoria salió bien con sus materias y logro pasar sus examen para entrar a la carrera por lo tanto al darse cuenta de lo obtenido no abandonara sus estudios hasta culminar la carrera de arquitectura.

El insomnio poco a poco ha ido desapareciendo, pues las pesadillas por las cuales no podía conciliar el sueño han disminuido, ya no le agobian las cosas que antes si, cuando no puede dormir aplica las técnicas de relajación y duerme bien. Por último las medidas que tomo para evitar pelear con su padrastro, las puso en práctica cuando este regreso del centro de rehabilitación y hasta la fecha han sido efectivas pues ya casi no pelean.

La usuaria 2, en su primer problema cuanto al distinguir entre los amigos y los "cuates", antes de contar cosas más íntimas, puso atención a como son las personas y esperar hasta que ella considerara que conocía a la persona bien para contarle sobre su forma de vida. En el segundo punto, pudo hablar con su mamá e hizo que su tía no se involucrara tanto en su educación o permisos, además se fueron a vivir solas, por lo que ahora también pueden realizar paseos o actividades y no solamente viendo televisión.

Para solucionar sus problemas de dinero, vende dulces dentro de la escuela en sus horas libres, con lo que ayuda a su madre con los gastos ya que se le dificulto encontrar un trabajo de medio tiempo. Aún no ha encontrado

la forma de demostrar abiertamente sus sentimientos a quien le gusta, pero sigue en el intento

Lleva una rutina diaria, se preocupa más por sí misma y por lo que come, trata de llevar comida a la escuela para no tener que gastar en comida, aunque aún se queda un rato en las redes sociales antes de dormir. Ha tratado de no rehuir al contacto con su tío o con personas mayores de 40 años y con gafas, sin embargo es un impulso que aún no logra controlar totalmente, pues al vivir sola, no convive con personas de esas características.

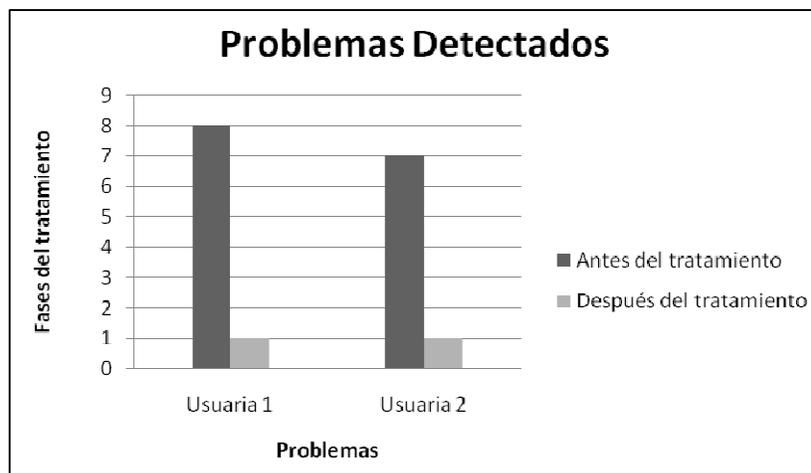


Figura 2. Presenta el total de problemas que tenía las dos participantes antes y cuales aún persisten después del tratamiento.

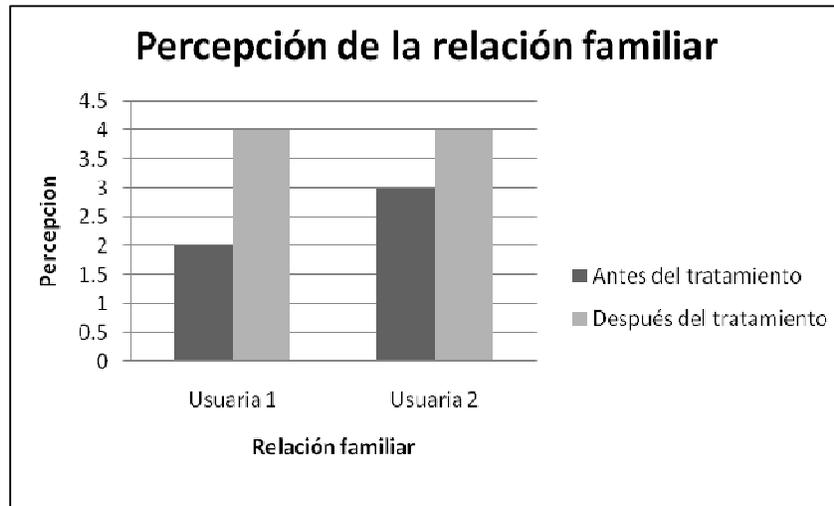


Figura 3. Muestra la percepción que las usuarias tienen en cuanto a la relación que mantenía con familia. En una escala donde 1 era muy mala, 2 era mala, 3 ni buena, ni mala, 4 buena y 5 muy buena.

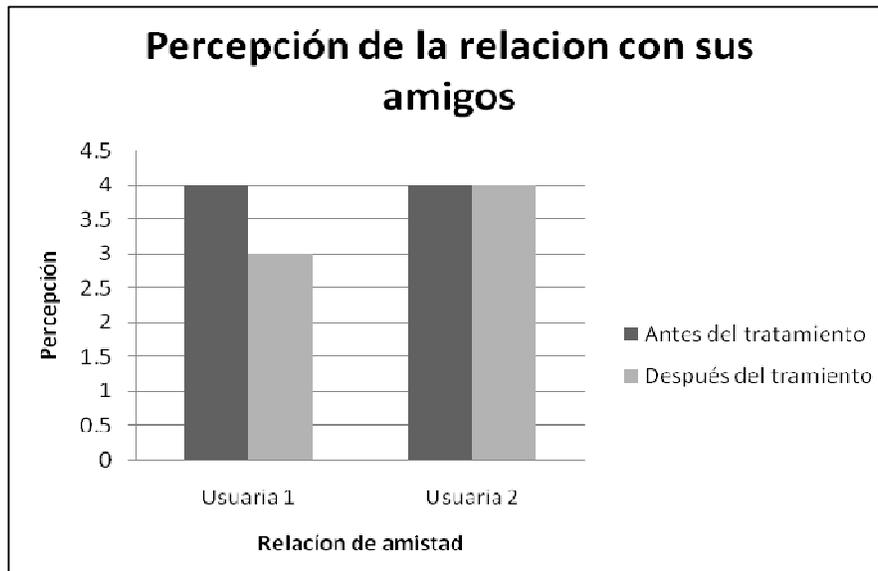


Figura 4. La percepción de las usuarias en cuanto a la relación que mantiene con sus amigos antes y después del tratamiento. En una escala donde 1 era muy mala, 2 era mala, 3 ni buena, ni mala, 4 buena y 5 muy buena.

La usuaria 1 mencionó que antes de asistir a terapia la comunicación con su madre era muy poca, en comparación con su novio con el cual si podía comunicarse bien. Esto se agravo porque su madre prefería dormir que salir y no tenían actividades en común a. Además considera que su madre no cumplía con sus expectativas que ella tenía, debido a esto busco a su abuelita o amigos para llenar este vacío o prefería estar sola. Aunque ella deseaba que su familia fuera unida, pero esto no era posible por la incompatibilidad que todos tenían de carácter.

Otro factor que afecto eran que constantemente se peleaban porque son muy parecidas de carácter y pues sabían lo que le molesta la una de la otra, aunque quería que su madre cambiara no lograba que conversaran sobre su día, de los problemas para poderlo resolver juntas, poner orden y reglas en casa para que todos pudieran vivir en armonía. Por lo que ella consideraba a sus amigos son como su familia, es un punto neutro en donde la puede pasar muy bien y ser autentica, porque en su familia nuclear ella consideraba que estaba desaparecida y se sentía muy sola

La relación con sus familiares mejoro, desde que su padrastro se fue un tiempo a un centro de rehabilitación, puesto que su hermano cambió su actitud con ella, cada vez se llevan mejor y existe una mayor comunicación. Mientras que con su mamá se ha vuelto más servicial, existe una mejor relación y ahora ya se preocupa mutuamente por lo que les sucede.

Su padrastro ya salió del centro de rehabilitación, llegó muy arrepentido por todo lo que había provocado, pero ella y su hermano desconfiaron de esto puesto que al tercer día cambió de actitud. Ante esta situación ya no conviven como su mamá tanto porque se la pase con él la mayor parte del tiempo, a pesar de que discuten frecuentemente. A pesar de ello la relación que lleva con su mamá va bien al igual con su hermano y mientras que procura llevar la fiesta en paz con su padrastro.

Ya no ve tan seguido a su mejor amiga por todas las actividades que realiza, además ya tiene otra amiga que comparte los mismos gustos, por lo que sintió frustrada, desesperada, tonta y no sabía cómo actuar ante esta situación. Pero después tomo la decisión de hablar con su amiga de esa situación y se percató que por eso nunca perdería su amistad. Mientras que su

relación con sus amigos de la escuela la dio por terminada, puesto que ya no confió en ellos y existen personas que de verdad valoran su amistad. Llego a esta determinación porque planearon una fiesta en donde su novio la engaño con otra de sus amigas (esta actitud la decepciono). Ante estas situaciones recibió el apoyo y consejo de su mamá; aunque a pesar de ello se dio cuenta que al fin pudo decir que pensó, como se sintió y resolvió el problema de manera asertiva.

Debido a todos los acontecimientos que últimamente sucedieron en su vida busco alternativas para evitar caer en depresión y evitar el estrés mediante el trabajo de voluntaria en un asilo, también utiliza la música, se graba, grita, escribe y baila.

La usuaria 2 en un inicio que no tenía una buena comunicación con su madre y hermana, en primer lugar porque su tío la orillo a decir muchas mentiras para poder estar con él, por lo cual no hablaba casi con su madre, por lo que se sentía sola puesto que en ese momento no podía confiar ni en sus amigos de la escuela, por lo que todo se lo guardaba para sí misma. Antes de iniciar la terapia, ya había comenzado a decir lo que le ocurría a sus amigos de la escuela y por esta razón por la cual llego a terapia.

Sin embargo fue gracias a la terapia que ella comenzó a dejar de mentirle a su madre, sobre los lugares, las personas con quienes iban y el horario en el que regresaría a casa, lo cual le hacía sentirse mejor consigo misma y como hija. Del mismo modo ha aprendido a confiar en su hermana, a contar con su apoyo y poder platicar de todo sin restricciones o miedo alguno. Conforme fue avanzando en la terapia paulatinamente la relación con su madre se volvió más cercana, pudieron platicar más íntimamente y recibir los consejos de esta.

Con sus amigos, si bien hubo un momento en el que a todo el mundo le contaba su vida y su situación actual, en la actualidad busca ser asertiva al contar las cosas que le suceden y reservarlo solo para su círculo más cercano de amigas, pues descubrió que en ocasiones no es adecuado contar tus sentimientos a personas que casi no conoces, pues pueden hacer mal uso de ellos o divulgarlos.

	Habilidades	Áreas de oportunidad
Usuaría 1	Perseverante	Poco paciente
	Alegre	Desordenada
	No es problemática	Irresponsable
	Honesta	Impuntual
	No le da pena preguntar	No termina lo que empieza a hacer
	Sabe lo que tiene que hacer	
	Es arriesgada	No le agrada su cuerpo
	Le gusta trabajar	
	Sincera	
Usuaría 2	Sociable	No sabe diferenciar entre amigos y conocidos
	Siempre estoy sonriendo	Ingenua
	Puedo ser líder	Dejar de preocuparse por las cosas
	Amable	Ser egoísta consigo misma
	No tengo prejuicios	Ser impuntual
	Soy buena cocinando	Ser distraída
	Recuerdo fácilmente caras	

Tabla No. 8 Habilidades y áreas de oportunidad de cada una de las participantes.

Ahora bien lo que respecta a las habilidades con sociales la usuaria uno reporto que después de haber enumerado tanto habilidades como debilidades supo que tiene muchas cosas por las que es especial y si bien está trabajando para mejorar sus áreas de oportunidad. Se sentía frustrada de que no podía

hacer las cosas y que se bloqueaba hasta que volvía al rumbo; ahora se volvió persistente pues una vez que inicia una actividad siempre la termina. Comenzó a darle solución a sus problemas, no a dejar las cosas sueltas y afrontar lo que suceda.

Las áreas de oportunidad que tuvo que mejorar fue ser impuntual, impaciente y desordenada; le costó al principio que se le quitaran; pero atreves de las semanas se volvió una persona más ordenada, paciente y puntual. Pues vio que al modificar estos tres hábitos le trajo beneficios en su vida.

Con lo que respecta su autoestima, se siente de regular a bien pues las cosas son más naturales, pero aún se siente esclavizada, tiene miedo, tristeza e inseguridad pero está en el proceso de ya no sentirse de esa manera. Pues considera que el autoestima es sentirse bien contigo misma, se aceptarte tal y como eres. Ella si se acepta, pero lo que no le gusta cuando siente que las cosas no fluye naturalmente y tiene que eliminar los miedos.

En su autocuidado aunque se le complicaba, evitó ya discutir con las personas, respecto a los problemas que tenía sobre la concepción que tenía sobre su cuerpo se han modificado ahora menciona que “mi cuerpo me agrada y le gusta la expresión que pueda ofrecer a través de este.

Vio cambios desde la primera vez que se le preguntó sobre sus habilidades y áreas de oportunidad, pues ya se le facilitó decirlas y está trabajando en sus debilidades para que se conviertan en una fortaleza en su vida; puesto que antes se le dificultaba mencionar porque no sabía reconocer a sí misma y de lo que es capaz de realizar.

Respecto a su autoestima se fortaleció, pues ya sabe quién es, lo que quiere y que no necesita de otras personas para saber cuánto vale como ser humano. Ahora ella se describe como una persona informada, con criterio, con valores arraigados, integra, honesta en lo que dice y hace; no es pretensiosa, tiene visión, ambición de ser alguien en la vida y libre para elegir lo que desee.

La usuaria 2 considera que posee es que es una persona sociable, que siempre esta sonriente, se percibe como una persona amable y sin prejuicios para con los otros y que recuerda los rostros, además considera que es una persona que sabe ser líder y que sabe guiar a las personas, es decir le gusta tomar el control en las situaciones donde nadie más lo hace, le agrada sugerir y

también tomar sugerencias. Es buena cocinando y le agrada hacerlo (cuando tiene tiempo).

En cuanto a las áreas de oportunidad (debilidades) se le comento si ella consideraba que cada una de sus debilidades tenía una forma de dejar de serlo, por lo cual se analizaron una a una, la primera que era no tenía bien clara la diferencia entre amigos y conocidos, tema que se fue trabajando a lo largo de las sesiones como solución de problemas. Respecto a que era egoísta consigo misma, se llegó a la conclusión de que era necesario que ella misma se cuide y se diera ciertos gustos; puesto que la persona más importante en su vida es ella. Las últimas dos debilidades, no fueron tan difíciles de modificarlas y darles una solución pues son hábitos que son necesarios tener para obtener beneficios en su vida.

La parte de dependencia emocional hacia su pareja, solo se trabajó con la primer usuaria debido solo esta presento dicha problemática. Al comienzo del tratamiento mencionaba que su novio era lo único que tenía en su vida y que seguía en esa relación a pesar de todo, pues era lo único que valía pues lo demás era una farsa, además cuando estaba con el todo estaba bien y podía realizar sus actividades. Por lo que cuando llegaban a tener algún conflicto con su pareja, se sentía inseguridad e incertidumbres pues no sabía lo que pasaría con su relación.

El que vivieran en una relación dependiente hacia su novio, provocaba cuando tenían conflictos terminaban repercutiendo en todas sus actividades y a pesar de que se percató de esto no le importaba; pues su prioridad era no perder a su pareja.

En las primeras sesiones sentía que todos los avances que había logrado siempre terminaba retrocediendo, pues cuando decidió tener una buena relación otra vez volvían a discutir. Un ejemplo de esta situación fue cuando le encontró en su computadora conversaciones con la chica con la que antes le había sido infiel, ante eso su novio se arrodillo, le pidió perdón y le dijo que no lo dejara; ella aunque al principio decidió no volver, termino perdonándolo a pesar de que ella aún no había superado la infidelidad de él con la chica de sus salón.

En la relación, la que más comprometía estaba era ella, después de la infidelidad se volvió controladora, vivía siempre con angustia, insegura, ansiosa y controladora. Al iniciar las sesiones terapéuticas sabía que tenía dependencia emocional hacia él, pero quería dejar de hacer eso y volverse una persona interdependiente para al fin dejar esa relación destructiva.

Conforme fue avanzando la terapia, la usuaria se fue dando cuenta que la mejor decisión fue dar por terminar definitivamente, está la llevo a cabo, pues hubo más situaciones que la hicieron darse cuenta que ya no quería más esas cosas en su vida. Ahora solamente quiere aclarar todas las cosas que pasaron entre ellos, explicarle él porque ya no pueden continuar, pero dejara pasar un tiempo para que se calmen las cosas.

Las razones por las que decidió dejar esa relación de dependencia emocional, fueron que su actitud y pensamientos cambiaron a través de las sesiones terapéuticas, un ejemplo de esto, es que ya no sintió la necesidad de depender de otras personas (su novio), que ella es una persona independiente y que por lo tanto puede hacer lo que quiera.

Con todo lo que ocurrió en últimas fechas, se dio cuenta que la decisión que tomo estuvo bien fundamentada, sabe que necesitaba tiempo y distancia para poder superar el rompimiento, También menciono que está en proceso de aprender a establecer límites, porque eso provoco que en su relación amorosa se presentarán episodios de violencia física y verbal. Ahora sabe que no puede estar en una relación amorosa destructiva, puesto merece estar en una relación sana y poder vivir tranquila.

Las habilidades que se observaron que le faltaban a la usuaria 1, fueron iniciar y mantener una conversación; aceptar y rechazar peticiones. Consideraba que para hablar con la gente le costaba trabajo, se sentía tonta y vacía pues los otros hacían cosas más interesantes. Se trabajó la primera habilidad social mediante la tarea de conocer y juntarse con otras personas, aunque se sintió estresada pues consideraba que las personas le exigían cosas que ella no podía hacer. Esto solo le ocurrió en las primeras ocasiones que lo intento, pero conforme fue transcurriendo el tiempo este miedo desapareció, ahora le gusta conversar pues conoce nuevas cosas para enriquecer su cultura.

Mientras que la otra habilidad que se le dificultaba de igual manera cuando la práctico se dio cuenta de todos los beneficios que trajo aplicar correctamente. Porque si en algunas ocasiones se niega a realizar las cosas los demás solo pedirán su ayuda cuando sea necesaria.

En cuanto a la usuaria 2, las habilidades sociales que se observó que hacía falta reafirmar eran defensa de los propios derechos, puesto que al ser egoísta con ella misma, se preocupaba más por los otros que por sí misma. El rechazo de peticiones de las cosas que no quería hacer, esto mediante el decir que no. Conforme fueron pasando las sesiones, la usuaria defendió sus derechos, no solo diciendo no cuando ella no deseaba realizar ciertas actividades, sino que también cuando alguien más trato de decidir por ella. Un ejemplo de ello es que cuando tenía terapia, la usuaria les decía a sus amigos que no iría a cierto lugar, sino hasta que saliera de terapia.

Al aplicar el posttest, se observó que los niveles de ansiedad de ambas usuarias disminuyeron, en el caso de la usuaria 1, se pudo observar que el área de ansiedad motora disminuyó hasta el centil 70, pasando de severa a moderada, el área fisiológica también disminuyó del centil 75 al 65, sin embargo el área cognitiva se mantuvo en el mismo rango de ansiedad moderada. La usuaria 2 disminuyó sus niveles de ansiedad al rango de ansiedad marcada, obteniendo centiles de 45, 60 y 55 en las áreas cognitiva, fisiológica y motora, respectivamente.

Los resultados obtenidos del inventario de asertividad (Rathus), mostraron que: la usuaria 1 tiene una puntuación en asertividad de +15, con lo cual se puede decir que en muchas ocasiones es asertiva, sin embargo aun necesita desarrollar habilidades para serlo siempre que sea necesario. La usuaria 2 obtuvo una puntuación de +1, lo cual indica que, si bien es asertiva, aun puede llegar a serlo más, en cuanto a las relaciones que tiene con los demás, es decir, al respetar y hacer respetar su punto de vista para con los demás.

8. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Hay una gran variedad de tratamientos aplicados utilizando diferentes corrientes psicológicas, para víctimas adultas de abuso sexual. Sin embargo aún no se ha establecido un método concreto para el tratamiento del abuso sexual en víctimas adultas, debido a la complejidad y diversidad de trastornos y problemas que se relacionan con el abuso sexual en la infancia, la idea de un tratamiento único, aplicable a todas las víctimas de esta experiencia, no parece una opción realista ni adecuada, dado que el abuso sexual en la infancia es una experiencia vital, no un conjunto de síntomas específicos, y cada persona cuenta con sus propios recursos para llegar al objetivo de la superación (Hetzl-Riggin, Brausch, y Montgomery, 2007; Parker *et al.*, 2007 citados en Pareda, 2011).

Por lo cual es importante seguir proponiendo diferentes tratamientos que ayuden a las personas a salir adelante de este momento que repercutió en sus vidas, como el tratamiento cognitivo-conductual con perspectiva de género, propuesto en el presente trabajo, el cual fue aplicado a dos usuarias que presentaron la misma problemática (abuso sexual en la infancia) para solucionar las consecuencias que este les produjo en su vida actual.

Existen diversas consecuencias que se dan durante la niñez, sin embargo, al ser el tema principal de este trabajo las víctimas adultas, las consecuencias que se presentan a temprana edad no fueron tomadas en cuenta para ser tratadas estudio. Así mismo autores como Echeburúa y Guerricaechevarría, 2011; Marshall, Serran y Fernández, (2001); Pareda, (2010); Rivera, Allen, Chávez y Ávila, (2006), mencionan algunos de los síntomas que se pueden observar en víctimas adultas de abuso sexual. Ahora bien al trabajar con dos casos diferentes de abuso sexual en la infancia se pudo observar que en cada usuaria, si bien hubo consecuencias que ambas compartían, tuvieron diversas consecuencias diferentes, que las afectaron en mayor o menor grado. Esta situación se debe en gran medida a los factores individuales a los que cada una estuvo expuesta, ya fuese antes, durante o después de que sucedió el ataque, ya sea por su situación económica, familiar e incluso de afrontamiento de otros sucesos de la vida. Por lo cual concordamos con Echeburúa y Guerricaecheverria (2011) en que si bien, hay

un cuadro clínico que pueden presentar las víctimas, cada una presentara diferentes consecuencias, por lo cual el tratamiento, aunque sea afín a ambas, se tienen que tomar estas pequeñas diferencias en las víctimas para moldearlo a cada una.

Los resultados obtenidos en ambas usuarias muestran que el tratamiento resulta efectivo, puesto que en ambos casos se cumplió el objetivo general que era que las usuarias superarán el abuso sexual sufrido en la infancia y las consecuencias derivadas de este (ansiedad, baja autoestima, depresión, aislamiento) mediante la aplicación y la puesta en práctica por parte de la usuaria de técnicas de reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales e inoculación del estrés. Así mismo los objetivos particulares de cada uno de los tratamientos fueron logrados por las usuarias, ambas presentaron un acercamiento considerable a sus familiares y amigos, por lo cual su relación mejoró notablemente.

Al utilizar el tratamiento antes descrito para controlar la ansiedad, en ambas usuarias, se observó que disminuyeron considerablemente sus niveles de ansiedad, pues así lo registró el inventario de la segunda fase de evaluación; reducción que se observa siempre y cuando la técnica es aplicada correctamente y es utilizada durante un tiempo considerable.

Respecto a la superación abuso, Hellen y Davis (1995) mencionan que nunca se supera del todo, sin embargo una vez que es descubierto y el adulto sobreviviente delega la culpa al verdadero responsable, el agresor, poco a poco el dolor disminuye y cada vez que se recuerda el suceso, no afecta tanto al sobreviviente como la vez anterior. Marshall, Serran y Fernández, 2001; Rivera, Allen, Chávez y Ávila, 2006, mencionan que el abuso sexual sufrido en la infancia, trae diferentes consecuencia negativas, puesto que cuando fueron - víctimas de este delito no tuvieron el tratamiento adecuado y el apoyo necesario para salir de ello. Esta misma actitud se puede observar en ambas usuarias puesto que en un inicio culpabilizaban a la madre o a si mismas. Esta idea irracional cambio con la terapia, sin embargo resulta interesante indagar sobre las razones que llevan a que la menor culpabilice a su familia o a sí misma y no al verdadero culpable, pues como lo dice Everestine y Everstine (2006) es el adulto quien debe poner los límites entre ser cariñoso con el niño y

abusar del cariño del niño. Cuando las usuarias tuvieron que afrontar lo sucedido en terapia ambas presentaron resistencia ante ello; al entender el abuso y aceptar que el único culpable del abuso fue el agresor, dejaron de culpabilizarse por lo sucedido.

Las autoras consideramos que, puesto que en ambos casos se culpabiliza a una mujer (a sí misma o a su mamá), es probable que esto se deba a una cuestión de género, ya que socialmente, a la mujer se le enseña a ser sumisa, sensible y en cierta forma a que ella será la culpable de lo que suceda en la casa y con los hijos, por lo cual, la culpable de que los niños sean abusados será la mujer por dejar que pasara, por no darse cuenta, por distraerse, por dejar al niño solo, por callar y por el simple hecho de ser mujer. La usuaria 2 comentó que se sentía culpable por dos de las situaciones antes mencionadas, una por haberlo realizado/dejar que pasara y por haberse mantenido callada por tanto tiempo.

Es importante recalcar que en este estudio solamente se trabajó con mujeres víctimas y no con hombres, por lo cual es importante conocer cómo es que viven los usuarios hombres la culpa a raíz del abuso sexual.

En este procedimiento la mayoría de las ideas irracionales pudieron ser eliminadas, o bien modificadas de tal forma que ya no tuvieran un significado negativo para las usuarias. El objetivo de eliminar o modificar los pensamientos irracionales que tenían sobre sí, a través de TRE, no fue logrado por completo en las dos participantes, la primera siguió manteniendo el pensamiento “la chica con la que me novio me engañó debe pagar por lo que me hizo”, la razón por la que posiblemente no desapareció, es debido a la historia familiar que ha tenido en donde su madre ha sido víctima de violencia en por parte de sus parejas sentimentales y visiblemente se puede apreciar el prejuicio en donde las mujeres son inferiores y culpables de lo que sucede (misoginia).

En lo que respecta a la usuaria 2, resulta interesante el que la única idea irracional que aún tiene es “no me gusta hacerlo con la luz prendida porque estoy gorda”, esta idea puede haber quedado en ella por dos razones, en primer lugar que su autoestima aún no está totalmente reconstruida para poder aceptarse como es. En segundo lugar puede decirse que la usuaria puede estar influenciada por los estereotipos y el ideal que actualmente tiene que ser

una mujer: alta, delgada en extremo, “hermosa”, etc. Por lo cual podemos observar nuevamente el estereotipo que se le ha impuesto al género femenino para poder ser validado, aceptado y reconocido por las personas del medio en el que se vive.

La técnica de solución de problemas también funciono para diversos problemas, sin embargo la participante uno aún sigue teniendo pesadillas, a pesar de que las pesadillas han disminuido gradualmente, una posible causa puede ser que aún no ha logrado por completo dejar de preocuparse por las cosas que no le corresponden (como el caerle bien a una persona, si todo lo que hace está bien, entre otras) y eso denota que aun su autoestima no se encuentra por completo recuperada.

Uno de los dos problemas que la usuaria 2 aun no podía superar es mostrar abiertamente sus sentimientos y su interés a los chicos que le gustaban, por lo que consideramos que puede tener explicación al centrarse en la historia de la usuaria; en su caso no tuvo una figura paterna durante su infancia y cuando tuvo una figura paterna, esta se aprovechó de su figura de autoridad, por lo cual y teniendo en cuenta lo dicho por Mary Ainsworth (citado en Whorchel, 2004) sobre el apego, podemos deducir que la usuaria aún puede tener miedo de mostrar sentimientos de los cuales otras personas puedan aprovecharse y en un futuro le hagan sentir mal. Otro de los problemas que la usuaria dos manifestó tener aún, fue el impulso de alejarse de las personas cercanas a los 40 años y con gafas, puesto que su agresor tenía esas características, ahora es consciente de que no volverá a ocurrir, sin embargo este tipo de conductas evitadoras son un rasgo característico de las personas que han sufrido algún tipo de violencia sexual.

La comunicación tanto con sus madres, hermanos y amigos antes de iniciar la terapia era deficiente para la dos participantes como se puede observar en la figura 3, esto podría ser a causa del no compartir sus sentimientos y opiniones sobre cualquier tema. Por lo que mientras la primera no podía hablar con nadie de su familia sobre lo que ocurría o sentía y sus amigos eran quienes tomaban este rol. La otra usuaria debido a todas las mentiras que tuvo que decir por culpa de su agresor, se vio distanciada de su madre, hermana y amigos. Pero conforme fueron pasando las sesiones

terapéuticas y pusieron en práctica estos dos sencillos procesos, han logrado que ambas dejen de tener problemas innecesarios, que anteriormente se presentaban con gran frecuencia. Ahora el mejorar tanto su comunicación como su familia y amigos les ha beneficiado al tener una red de apoyo estable que les permita recurrir a esta cuando lo necesita, no vuelvan a ser víctimas de cualquier tipo de violencia sexual (puesto que este fue un factor de riesgo que probabilizó que años atrás fueran abusadas sexualmente), y el poner en práctica una actitud asertiva ante cualquier problemática que le se les llegue a presentar de ahora en adelante.

La dependencia emocional es la necesidad exagerada que tiene una persona de carácter afectivo ya sea hacia su pareja, familia, amigos o cualquier otro grupo en el que se desenvuelva, como lo alude Castelló (2006). En el caso de la primer participante la dirigió hacia su novio, aunque al principio esta problemática parecía estar muy arraigada, debido a su falta autoestima, el déficit de habilidades sociales, el miedo e intolerancia a la soledad, el no contar con el apoyo de su familia, el abuso sexual del que fue víctima y no fue tratado adecuadamente en su momento. Lo que trajo como consecuencia es que se desvalorizara o menospreciara, y que busco en los otros el sentido de su existencia (una pareja) como lo indica Larsen y Buss, (2005). Esta problemática fue desapareciendo paulatinamente al mejorar sus autoestima, al poder reforzar sus habilidades sociales, mejorar sus áreas de oportunidad, poder solucionar sus problemas, ser asertiva, al mejorar su relación con su madre y hermano; todo esto le permito darse cuenta que no estaba sola y que no necesitaba de otro (su novio) para ser importante, querida, independiente y tener una vida plena.

CONCLUSIONES

La violencia contra las mujeres y la violencia sexual en particular es una de las problemáticas a las que se le está prestando atención actualmente, no sólo a nivel mundial, sino dentro de nuestro país, ya que los índices de violencia hacia la mujer reportados en las últimas encuestas (ENDIREH, 2011) muestran un aumento alarmante del feminicidio; un ejemplo de esto es que: 1 de cada 3 mujeres en nuestro país ha sido víctima de algún tipo de violencia.

Es por ello que las autoridades e instituciones se han lanzado en un esfuerzo por disminuirla o incluso exterminarla, valiéndose de nuevas leyes, reformas o programas, que hasta el momento no han tenido mucho éxito.

Aunque, la sociedad ha sufrido transformaciones en los últimos años, en los que se han ido modificando tanto ideas como costumbres; se le sigue dando mucha importancia al ser del género femenino o masculino, para asignarle el rol de género que se debe adoptar desde pequeño y el lugar que ocupará en la sociedad. Uno de los detonantes que de la desigualdad entre hombres y mujeres, y por tanto de la violencia de género, es la relación histórico-cultural que se ha hecho entre el concepto sexo y género pues estos se han basado en preceptos y mitos ajenos al conocimiento objetivo. Por lo tanto cuando se realiza la definición de los roles de género se pone en dos polos opuestos la masculinidad y la feminidad.

Poco a poco las mujeres han ido rompiendo con las ideas del sistema patriarcal, ya que han modificado su identidad de género y se han involucrado mucho más en los ámbitos que antes eran exclusivos para los hombres.

En cualquier momento de su vida una mujer puede ser víctima de algún tipo de violencia de género, ya que se sigue viviendo en un sistema patriarcal en donde la sociedad y la cultura sobrevalora lo masculino, por lo tanto el varón se le asigna y educa desde pequeño con el rol del género dominante, que es dueño del poder; el cual ejerce a través de la violencia hacia las mujeres. Además otros factores que probabilizan que se presente violencia de género, son una serie de factores psicológicos de la víctima, el agresor y el que las condiciones del ambiente sean las óptimas. Cabe destacar que la sociedad juega un papel importante cuando se da la violencia, puesto que ponen en situaciones de vulnerabilidad a la mujer al no poner la suficiente atención al

hecho y al tener instituciones impunes legalmente hacia las mujeres violentadas.

En la sociedad mexicana, se puede decir que la violencia de género tiene raíces muy profundas, pues ésta no solamente encubre este tipo de situaciones, sino también las alienta. Un ejemplo de ello son las ideas machistas, en donde el hombre tiene más valor o bien se odia a la mujer (misoginia) que también se ve representado en la idea de que las mujeres mienten y no son de fiar. Por lo cual resulta importante que la sociedad entienda y tenga el conocimiento de lo que es la violencia de género, de las consecuencias que trae y que incluso las personas afectadas llegan a perder la vida, no solo a manos de sus agresores, sino en sus propias manos al cometer suicidio.

Ahora bien, en el caso de abuso sexual, para que este se presente es necesario que existan una serie de factores psicológicos en la víctima y el agresor; además de que existan las condiciones idóneas en el medio. Como se ha visto el abuso sexual es un problema de salud que puede afectar al menor tanto a corto como a largo plazo (edad adulta), en lo psicológico, físico y social. Las secuelas que puede presentar un adulto no se pueden generalizar a todas las personas, ya que solo el 30% de las personas adultas que fueron abusadas sexualmente manifestarán diferentes consecuencias en el desenvolvimiento de la víctima en diversos ámbitos (social, escolar, emocional, familiar). Él que se presenten consecuencias dependerá de situaciones cómo: el tipo de conducta realizada, la edad de la persona, la frecuencia del abuso, la relación existente entre la víctima y el agresor, del entorno psicoafectivo de la persona, de la capacidad de cada uno para procesar sus experiencias, así como si hubo tratamiento o no de este problema con especialistas cuando fue víctima del abuso. En muchas ocasiones el tener alguna de las consecuencias te recuerda que fuiste agredido. Sin embargo hay heridas peores que las físicas y esas son las emocionales y las psicológicas.

Quizá muchos sobrevivientes podrán pensar que fue superado o bien que ya no importa, aunque en realidad no sea así. El abuso sexual no puede ser superado hasta que te encuentres cara a cara con el miedo que ha

causado y con todos los sentimientos que se han quedado guardados para no salir jamás.

Es necesario puntualizar que cuando un usuario viene a terapia en general necesita de un tratamiento eficaz y de corta duración, es por ello que la psicoterapia psicoanalítica o de modificación de conducta en muchos casos no es utilizada, puesto que requiere de un número muy extenso de sesiones. Mientras que la psicoterapia cognitiva conductual puede variar en cuanto al número de sesiones, sin embargo no va más allá de 15 a 20, además este tratamiento tiene un programa integral puesto que se realizan cambios a nivel cognitivo y conductual, lo cual ayuda a que el usuario mejore notablemente sus actitudes hacia sí mismo y hacia los demás en cuanto comienza la terapia.

Al realizar un tratamiento cognitivo conductual en las participantes, se pudo observar que a pesar de que ambas participantes presentaban la misma problemática, las consecuencias de ésta no fueron las mismas ni en el mismo grado, además la reacción ante el tratamiento tuvo mucho que ver con la personalidad de cada una. Sin embargo funcionó, debido a que tenían un entorno favorable para su recuperación en cuanto a que su familia directa las apoyaba y les pedía que asistieran a terapia; además las usuarias presentaron disposición desde el inicio de la terapia para afrontar dicha problemática. A sí mismo al culminar el tratamiento terapéutico se obtuvieron resultados favorables para ambas participantes.

Es cierto que hubo resistencia en algunos de los problemas para ser resueltos, sin embargo en general el tratamiento cognitivo-conductual que se aplicó a estas dos usuarias fue eficaz. Aunque para saber si estos cambios realizados durante las sesiones terapéuticas se vuelven permanentes es necesario realizar un seguimiento de un año y así comprobar que no fueron eventuales sino permanentes.

De igual modo se logró cumplir con el objetivo que fue planteado al inicio de la terapia; que las usuarias superarían el abuso sexual sufrido en la infancia y las consecuencias derivadas de este (ansiedad, baja autoestima, depresión, aislamiento) mediante la aplicación y la puesta en práctica por parte de la

usuaria de técnicas de reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales e inoculación del estrés.

Es necesario seguir trabajando para que las personas adultas que sufrieron abuso en su infancia tengan una vida libre de violencia y no seguir padeciendo por los daños que les causó otra persona. El procedimiento que fue puesto en práctica en este trabajo puede ser de gran ayuda para los terapeutas, ya que sirve de guía para tratar a usuarios con la misma problemática; teniendo siempre en cuenta que habrá diferencias individuales que pueden modificar el tratamiento.

Es interesante para las y los psicólogos el hecho de que incluso a una edad tan temprana, ya se empieza a tener la conceptualización misógina de la mujer, en la que se le puede culpabilizar de todo. Si bien este es un hecho cultural, con los resultados obtenidos se puede observar que es una idea que es posible modificar, aunque en algunos casos este demasiado mezclado con lo que significa ser mujer y con las creencias que una pueda tener al respecto de este.

Cabe mencionar que si bien la violencia sexual es perpetrada mayormente en contra de las mujeres, también hay un pequeño porcentaje de hombres que fueron atacados en algún momento de su vida; por lo cual puede ser interesante hacer una revisión sobre como sobrellevan la culpa, si a raíz de este hecho se han vuelto misóginos o agresores, o al contrario se han inclinado a proteger a las personas que han pasado por lo mismo.

Sería importante realizar la aplicación de este tratamiento a más mujeres, puesto que de esta forma habría más datos para saber si es eficaz también en otros casos y no solo en estos. Así mismo el tratamiento debería ser aplicado también a hombres víctimas, para conocer si tiene la misma eficacia que con mujeres, así como para saber si es funcional o es necesario que se realicen modificaciones para abarcar un mayor universo de usuarios.

Dentro de nuestras propuestas para minimizar la violencia de género en la sociedad, sugerimos realizar prevención en primer nivel en los servicios de salud, es decir, dar cursos o talleres a padres, especialmente a los nuevos padres (mujeres embarazadas, madres primerizas) y niños sobre violencia de género y medidas de detención y prevención ante posibles abusos sexuales.

En cuanto a los niños en edad escolar, utilizar recursos didácticos como libros, folletos o juegos, donde el objetivo sea informar y prevenir el abuso sexual o la violencia. Además de diseñar manuales para la educación básica pública y privada, que puedan ser utilizados en los diversos niveles de educación, dónde aparte de mostrar las acciones a realizar ante el abuso sexual, se fomenten los valores, la cercanía y la confianza dentro de la familia para evitar el posible ataque, es decir, a través del fomento de valores y de la creación de una buena autoimagen del niño y de la confianza hacia sus padres, es posible que los pequeños no sean víctimas de este tipo de abuso.

Para la población en general, consideramos que el principal problema de las víctimas es la desinformación en cuanto a las consecuencias de corto y largo plazo que pueden llegar a presentar, además de los lugares de atención, por lo cual consideramos que es necesario realizar campañas de información, con una amplia red de lugares como centros o consultorios, para atender a los posibles usuarios con terapias de bajo costo. Sería adecuado que tuvieran un centro de atención cercano a su domicilio, puesto que es muy probable que los usuarios fuesen de bajos recursos.

Es esencial que los psicólogos clínicos conozcan a profundidad las consecuencias que pueden tener las víctimas de abuso sexual, conocer el tema, saber qué hacer y cómo tratar al usuario, ya que es frecuente que los terapeutas no sepan cómo tratar dichas problemáticas y la situación llegue a un final fatídico.

BIBLIOGRAFÍA

- Alemán, V. A., y Téllez, G. M., (2001). *Repercusiones psicológicas en adultos que sufrieron una agresión sexual en su niñez*. Tesis de licenciatura. UNAM-Iztacala.
- Alterman, M. (2008). *La identidad sexual: los vínculos entre el hombre y la mujer*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Barragán, F., De la Cruz, J.M., Doblás, J.J., Prado, M., Navarro, A. y Álvarez, F. (2001) *Violencia de género y curriculum. Un programa para la mejora de las relaciones interpersonales de conflicto*. Malaga, España: Editorial Aljibe.
- Bass, E. y Davis, L. (1994) *El coraje de sanar. Guía para las mujeres supervivientes de abusos sexuales en la infancia* (A. Brito, Trad.). México: Trillas.
- Bosch, E., Ferrer, V. y Alzamora, A.(2006) *El laberinto patriarcal. Reflexiones teórico-prácticas sobre la violencia contra las mujeres*. España: Artropos Editorial.
- Beneyto, M. J. (2002). *Intervención con hombres que agreden sexualmente a menores. En. Abusos sexuales en la infancia*. De Lameiras, F. Madrid: Biblioteca nueva.
- Caballo, V. (2007) *Manual de evaluación y entrenamiento de habilidades sociales*. México: Siglo XXI.
- Castelló, B.J. (2006) *Dependencia emocional. Características y tratamiento*. Madrid: Alianza editorial..
- Código Penal Federal Artículos 259 Bis, 260, 261, 262, 265 Bis, 272 (2013). Instituto de investigaciones jurídicas.

- Contreras, G. N. (2001) *Violencia sexual: prevención y tratamiento*. (Tesis de maestría). Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala, Tlalnepantla, Estado de México, México.
- Davidson, J. y Sternber, R. (2003) *The Psychology of Problem Solving*. Ed. Cambridge University Press. EUA.
- De la Torre, A., Ojeda, R. y Maya, J. (2004). *Construcción de género en sociedades con violencia: un enfoque multidisciplinario*. México: H. Congreso del Estado Libre y Soberano de Sinaloa, LVII Legislatura.
- Díaz, C, L. y Muñoz, B. P. (2005) Implicaciones del género y la discapacidad en la construcción de identidad y la subjetividad. *Revisa Ciencias de la salud*, 3, (002), 156-167.
<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=56230206>.
- Echeburúa, E. (2000) *Abuso sexual en la infancia víctima y agresores*, Barcelona: Ariel.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Amor, P.J. (1998) Perfiles diferenciales del trastorno de estrés postraumático en distintos tipos de víctimas. *Análisis y Modificación de Conducta*. 24(96). Pp. 527-555.
- Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. (2011). Tratamiento psicológico de las víctimas de abuso sexual infantil intrafamiliar: Un enfoque integrado. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*. 19, (2). Pp. 469-486.
- Echeburúa, E. y Guerricaechevarría C. (2000) *Abuso sexual en la infancia. Víctimas y agresores: un enfoque clínica*, Barcelona: Ariel.
- Echeburúa, E. y Subijano, I. (2008) Guía de buena práctica psicológica en el tratamiento judicial de los niños abusados sexualmente. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 8, (3), 733-749.

- Encuesta Nacional sobre Dinámica de las Relaciones en los Hogares (2011). Disponible en http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologías/encuestas_hogares/ENDREH11.
- Everestine, D. y Everstine L. (2004). *El sexo que se calla: dinámica y tratamiento del abuso y traumas sexuales en niños y adolescentes*. México: Pax.
- Finkelhor, D. (2005) *El abuso sexual al menos. Causas, consecuencias y tratamiento psicológico*. México: Pax México.
- Fraisse, G., Nicholson, L., Campillo, N., Molina, C., Sánchez, P., Accati, L., Orobitg, G., Sánchez-Pardo, E., Bengoechea, M. y Tubert, S. (2003). *Del Sexo al Género. Los equívocos de un concepto*. Madrid: Catedra. Gálvez M.C. (2005) *Violencia de género terrorismo en casa*. España: Editorial Formación.
- García- Mina, A. y Carrasco, M. (2003) *Violencia de género*. España: : Biblioteca Nueva.
- Garrido, V. (2005) *Qué es la psicología criminológica*. España: Biblioteca Nueva.
- Goncalves, F. (2002). *Psicoterapia cognitiva narrativa. Manual de terapia breve*. España: Descleé.
- Hirigoyen, M. F. (2006) *Mujeres maltratadas. Los mecanismos de la violencia en la pareja*. Barcelona: Paidós.
- Kendall, P. y Norton-Ford, J. (1988) *Psicología Clínica: Perspectivas científicas y profesionales*. México: Limusa.
- Labrador, F., Cruzado, J.A, y Muñoz, L. M. (1999) *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Pirámide.
- Lamas, M. (1997) *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*, UNAM. México.

- Larsen, J.R. Buss, D. (2005) *Psicología de la personalidad*. México: Mc Graw-Hill Interamericana.
- Ley general de Acceso de las mujeres a una Vida libre de Violencia (2007). Disponible en: <http://www.gobernacion.gob.mx/ley-general-acceso-mujeres-vida-libre-violencia.pdf>.
- López, Z. E. (2010) *Violencia contra las mujeres descripción e intervención biopsicosocial*. España: Universidad de Jaen.
- Mahoney, M. (1974) *Cognición y Modificación de la Conducta*. México: Ed. Trillas.
- Martínez, B. I. y Bonilla, C. A. (2000) *Sistema sexo/género, identidad y construcción de la subjetividad*. Valencia: España. Guada, Litografía, S.L.
- Marshall, W., Serran, G. y Fernández, Y. (2001) *Agresores sexuales*. Barcelona: Editorial Ariel.
- Masters, W. H.; Johnson, V. E. y Kolodny, R. C. (1987). *Roles de Género. En La sexualidad humana*. Barcelona: Grijalbo.
- Mebarak, R., Martínez, M., Sánchez, A. y Lozano, A. (2010). Una revisión cercana de la sintomatología del abuso sexual infantil. *Psicología desde el Caribe*. 25. Pp. 128-154. <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=21315106007>.
- Moreno, F. (1999). La violencia en la pareja. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*. 5, (4). Pp. 245-258.
- Olivares, J., Méndez, F. (2010) *Técnicas de modificación de conducta*. España: Biblioteca nueva.

- ONU (Organización de Naciones Unidas, 1994). Declaración sobre la eliminación de la violencia contra las mujeres (Res. AG/48/104). Nueva York: Naciones Unidas. Disponible en: <http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf>.
- ONU (Organización de Naciones Unidas 2010) El Manual de Legislación Sobre la Violencia Contra la Mujer. Nueva York: Naciones Unidas. Disponible en: [http://www.un.org/womenwatch/daw/vaw/handbook/Handbook%20for%20legislation%20on%20VAW%20\(Spanish\).pdf](http://www.un.org/womenwatch/daw/vaw/handbook/Handbook%20for%20legislation%20on%20VAW%20(Spanish).pdf)
- Pareda, N. (2010). Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil. *Papeles de psicólogo*. 31, (2). Pp. 191-201. <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=77813509005..>
- Programa Interdisciplinario a Víctimas de la Violencia disponible en: <http://campus.iztacala.unam.mx/piav/introduccion.html>
- Polaino, L. A. (2004) *Familia y Autoestima*. Barcelona: Ariel.
- Quintero, S.M. y Fonseca, H.C. (2008) *Investigaciones sobre género. Aspectos conceptuales y metodológicos*. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Ramírez, J. C. (2006). La violencia de varones contra sus parejas heterosexuales: realidades y desafíos. Un recuento de la producción mexicana. *Salud pública de México*. 48, (2)
- Ramos, L., Saltijeral, M.T., Romero, M., Caballero, M.A. y Martínez, N. A. (2001) Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de un centro de *Salud Pública de México*, 43. (3). Pp. 182-191
- Rathus, S.A. (1973). A 30-items Schedule for assessing behavior. *Behavior Therapy*, 4, 398-406.
- Redondo, S. (2002) *Delincuencia sexual y sociedad*. Barcelona: Editorial Ariel. Pp. 328-350.

- Rivera, L., Allen, B., Chávez, R. y Ávila, L. (2006). Abuso físico y sexual durante la niñez y revictimización de las mujeres mexicanas durante la edad adulta. *Salud Pública México*. 48, (2), 268-278. <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=10604807>.
- Robert. S. y Peter. French (1991) *Complex problem solving: Principles and mechanisms* Ed. Erlbaum. EUA.
- Rocha, S.T. y Díaz, L.R. (2005) Cultura de género: La brecha ideológica entre hombres y mujeres. *Anales de psicología*. 21, (1), 42-49. <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=16721105>
- Rocha, S. T. (2009) Desarrollo de género desde una perspectiva psico-socio-cultural: un recorrido conceptual. *Interamerica journal of psychology*. 43, (02), 250-259. <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=28412891006>.
- Ruíz-Jarabo, Q.C. y Blanco, P. (2005). *Violencia contra las mujeres. Prevención y detección*. España: Ediciones Díaz Santos.
- Slaieku, K. (1996). *Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación*. México: Manual moderno.
- Valladares, C. P. (1993) *Estudio epidemiológico de la violencia sexual*. (Tesis de maestría). Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala, Tlalnepantla, Estado de México, México.
- Valladares, C. P. (2011). *Manual de intervención en crisis. En: Técnicas y Procedimientos Psicoterapéuticos Cognitivo Conductuales*. FES Iztacala. México.
- Velasco, 2005. *Identidad de género*. Compilada en "Códigos del amor" 2005. ETM: México.
- Worchel, S., Cooper, J., Goethals, G., Olson, J. (2003). *Psicología social*. España: Thompson Editores.

Anexos

Anexo 1. Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA)

N.º 150

ISRA

Apellidos y nombre Edad Sexo
 (V o M)
 Centro Curso/Puesto Estado civil
 Otros datos Fecha

INSTRUCCIONES

En las páginas siguientes encontrará una serie de frases que presentan **situaciones** en que usted podría encontrarse y otras que se refieren a **respuestas** que usted podría dar ante esas situaciones o reacciones que le producirían.

Las situaciones aparecen numeradas en la parte izquierda de la página y las respuestas posibles están indicadas en la parte superior.

Su tarea consiste en valorar de 0 a 4 la **frecuencia** con que se da en usted cada respuesta o reacción que está considerando, según la siguiente escala:

0: Casi nunca 1: Pocas veces 2: Unas veces si y otras no 3: Muchas veces 4: Casi siempre

Vea los ejemplos siguientes:

0	CASI NUNCA
1	POCAS VECES
2	UNAS VECES SI OTRAS VECES NO
3	MUCHAS VECES
4	CASI SIEMPRE

SITUACIONES	RESPUESTAS					OBSERVACIONES
	1. Me desconcierto; no sé qué hacer.	2. Tengo la impresión de que soy un inútil.	3. No puedo concentrarme en el trabajo.	4. Tengo dificultades para dormir.	5. Pierdo el apetito.	
1. Si un problema me preocupa mucho,						
2. Cuando pierdo un objeto que tenía en mucha estima,						

Deberá leer la situación 1 y cada una de las respuestas que están sobre la columna en que hay casillas en blanco (en el primer caso las columnas 2 y 4). Cuando las haya leído, decida qué número poner en la casilla correspondiente. Hágalo. Conteste después a la situación 2. Habrá dado sus contestaciones en las casillas que corresponden a las respuestas 1, 2 y 5. ¿Lo ha hecho así? ¿Tiene alguna dificultad?

CONTESTE A TODAS LAS CASILLAS EN BLANCO

La última cuestión (la núm. 23) se utilizará sólo cuando exista una situación especialmente perturbadora para usted y no esté incluida en las 22 anteriores. En ese caso, escriba la situación en el lugar correspondiente de las tres páginas y ponga su valoración en las casillas que crea conveniente.

Si desea precisar más o hacer alguna observación, utilice el margen derecho de la Hoja (OBSERVACIONES).



Autores: J.J. Miguel Tobal y A.R. Cano Vindel.
 Copyright © 1986 by TEA Ediciones, S.A. - Edita: TEA Ediciones, S.A.; Fray Bernardino de Sahagún, 24; 28036 MADRID - Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados - Este ejemplar está impreso en tinta azul. Si le presentan otro en tinta negra, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE - Printed in Spain. Impreso en España por Aguirre Campano, Daganzo, 15 dpto.; 28002 MADRID - Depósito legal: M - 5.757 - 1986.

C

0	CASI NUNCA
1	POCAS VECES
2	UNAS VECES SI OTRAS VECES NO
3	MUCHAS VECES
4	CASI SIEMPRE

RESPUESTAS

1. Me preocupo fácilmente.
2. Tengo pensamientos o sentimientos negativos o sentimientos tales como «inferior» a los demás, «torpe», etc.
3. Me siento inseguro de mí mismo.
4. Doy demasiadas vueltas a las cosas sin llegar a decidir.
5. Siento melado.
6. Me cuesta concentrarme.
7. Pienso que la gente se dará cuenta de mis problemas o de la torpeza de mis actos.

SITUACIONES	1	2	3	4	5	6	7	OBSERVACIONES	ΣS
1. Ante un examen en el que me juego mucho, o si voy a ser entrevistado para un trabajo importante.									
2. Cuando voy a llegar tarde a una cita.									
3. Cuando pienso en las muchas cosas que tengo que hacer.									
4. A la hora de tomar una decisión o resolver un problema difícil.									
5. En mi trabajo o cuando estudio.									
6. Cuando espero a alguien en un lugar concurrido.									
7. Si una persona del otro sexo está muy cerca de mí, rozándome, o si estoy en una situación sexual íntima.									
8. Cuando alguien me molesta o cuando discuto.									
9. Cuando soy observado o mi trabajo es supervisado, cuando recibo críticas, o siempre que pueda ser evaluado negativamente.									
10. Si tengo que hablar en público.									
11. Cuando pienso en experiencias recientes en las que me he sentido ridículo, tímido, humillado, solo o rechazado.									
12. Cuando tengo que viajar en avión o en barco.									
13. Después de haber cometido algún error.									
14. Ante la consulta del dentista, las inyecciones, las heridas o la sangre.									
15. Cuando voy a una cita con una persona del otro sexo.									
16. Cuando pienso en mi futuro o en dificultades y problemas futuros.									
17. En medio de multitudes o en espacios cerrados.									
18. Cuando tengo que asistir a una reunión social o conocer gente nueva.									
19. En lugares altos, o ante aguas profundas.									
20. Al observar escenas violentas.									
21. Por nada en concreto.									
22. A la hora de dormir.									
23. Escriba una situación en la que usted manifiesta frecuentemente alguna de estas respuestas o conductas.									
ΣR								TOTAL	

ASEGURESE DE HABER RELLENADO TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO

F

0	CASI NUNCA
1	POCAS VECES
2	UNAS VECES SI OTRAS VECES NO
3	MUCHAS VECES
4	CASI SIEMPRE

- RESPUESTAS**
1. Siento molestias en el estómago.
 2. Me sudan las manos u otra parte del cuerpo hasta en días fríos.
 3. Me tiemblan las manos o las piernas.
 4. Me duele la cabeza.
 5. Mi cuerpo está en tensión.
 6. Tengo palpitaciones, el corazón me late muy deprisa.
 7. Me falta el alito y mi respiración es agitada.
 8. Siento náuseas o mareo.
 9. Se me seca la boca y tengo dificultades para tragar.
 10. Tengo escalofríos y tiritos aunque no haga mucho frío.

SITUACIONES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	OBSERVACIONES	ΣS
1. Ante un examen en el que me juego mucho, o si voy a ser entrevistado para un trabajo importante.												
2. Cuando voy a llegar tarde a una cita.												
3. Cuando pienso en las muchas cosas que tengo que hacer.												
4. A la hora de tomar una decisión o resolver un problema difícil.												
5. En mi trabajo o cuando estudio.												
6. Cuando espero a alguien en un lugar concurrido.												
7. Si una persona del otro sexo está muy cerca de mí, rozándome, o si estoy en una situación sexual íntima.												
8. Cuando alguien me molesta o cuando discuto.												
9. Cuando soy observado o mi trabajo es supervisado, cuando recibo críticas, o siempre que pueda ser evaluado negativamente.												
10. Si tengo que hablar en público.												
11. Cuando pienso en experiencias recientes en las que me he sentido ridículo, tímido, humillado, solo o rechazado.												
12. Cuando tengo que viajar en avión o en barco.												
13. Después de haber cometido algún error.												
14. Ante la consulta del dentista, las inyecciones, las heridas o la sangre.												
15. Cuando voy a una cita con una persona del otro sexo.												
16. Cuando pienso en mi futuro o en dificultades y problemas futuros.												
17. En medio de multitudes o en espacios cerrados.												
18. Cuando tengo que asistir a una reunión social o conocer gente nueva.												
19. En lugares altos, o ante aguas profundas.												
20. Al observar escenas violentas.												
21. Por nada en concreto.												
22. A la hora de dormir.												
23. Escriba una situación en la que usted manifiesta frecuentemente alguna de estas respuestas o conductas.												
ΣR											TOTAL	:2=

ASEGURESE DE HABER RELLENADO TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO

M

0	CASI NUNCA
1	POCAS VECES
2	UNAS VECES SI OTRAS VECES NO
3	MUCHAS VECES
4	CASI SIEMPRE

SITUACIONES	RESPUESTAS							OBSERVACIONES	ΣS
	1. Llora con facilidad.	2. Realizo movimientos repetitivos con alguna parte de mi cuerpo (frasearme, tocarme, moverme, jugar con pies o manos, etc.).	3. Fumo, como o bebo demasiado.	4. Trato de evitar o reducir la situación.	5. Me muevo y hago cosas sin una finalidad concreta.	6. Quedo paralizado o con una postura rígida.	7. Tarzamo, meudo o tengo otras dificultades de expresión verbal.		
1. Ante un examen en el que me juego mucho, o si voy a ser entrevistado para un trabajo importante.									
2. Cuando voy a llegar tarde a una cita.									
3. Cuando pienso en las muchas cosas que tengo que hacer.									
4. A la hora de tomar una decisión o resolver un problema difícil.									
5. En mi trabajo o cuando estudio.									
6. Cuando espero a alguien en un lugar concurrido.									
7. Si una persona del otro sexo está muy cerca de mí, rozándose, o si estoy en una situación sexual íntima.									
8. Cuando alguien me molesta o cuando discuto.									
9. Cuando soy observado o mi trabajo es supervisado, cuando recibo críticas, o siempre que pueda ser evaluado negativamente.									
10. Si tengo que hablar en público.									
11. Cuando pienso en experiencias recientes en las que me he sentido ridículo, tímido, humillado, solo o rechazado.									
12. Cuando tengo que viajar en avión o en barco.									
13. Después de haber cometido algún error.									
14. Ante la consulta del dentista, las inyecciones, las heridas o la sangre.									
15. Cuando voy a una cita con una persona del otro sexo.									
16. Cuando pienso en mi futuro o en dificultades y problemas futuros.									
17. En medio de multitudes o en espacios cerrados.									
18. Cuando tengo que asistir a una reunión social o conocer gente nueva.									
19. En lugares altos, o ante aguas profundas.									
20. Al observar escenas violentas.									
21. Por nada en concreto.									
22. A la hora de dormir.									
23. Escriba una situación en la que usted manifiesta frecuentemente alguna de estas respuestas o conductas.									
ΣR								TOTAL	

ASEGURESE DE HABER RELLENADO TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO

10. Disfruto entablando conversación con conocidos y extraños.
11. Con frecuencia no se que decir a personas atractivas del otro sexo.
12. Rehuyo telefonar a instituciones y empresas.
13. En caso de solicitar un trabajo o la admisión en una institución preferiría escribir cartas a realizar entrevistas personales.
14. Me resulta embarazoso devolver un artículo comprado.
15. Si un pariente cercano o respetable me molesta, prefiero ocultar mis sentimientos antes que expresar mi disgusto.
16. He evitado hacer preguntas por miedo a parecer tonto/a.
17. Durante una discusión, con frecuencia temo alterarme tanto como para ponerme a temblar.
18. Si un eminente conferenciante hiciera una afirmación que considero incorrecta, yo expondría públicamente mi punto de vista.
19. Evito discutir sobre precios con dependientes o vendedores.
20. Cuando he hecho algo importante o meritorio, trato de que los demás se enteren de ello.
21. Soy abierto y franco en lo que respecta a mis sentimientos.
22. Si alguien ha hablado mal de mí o me ha atribuido hechos falsos, trato de hablar con esa persona cuanto antes para dejar las cosas claras.
23. Con frecuencia paso un mal rato al decir "no".

24. Suelo reprimir mis emociones antes de hacer una escena.

25. En el restaurante o en cualquier sitio semejante, protesto por un mal servicio.

26. Cuando me alaban con frecuencia, no se que responder.

27. Si dos personas en el teatro o en una conferencia están hablando demasiado alto, les digo que se callen o que se vayan a hablar a otra parte.

28. Si alguien se me cuela en una fila, le llamo abiertamente la atención.

29. Expreso mis opiniones con facilidad.

30. Hay ocasiones en que soy incapaz de decir nada.