



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS DEL DELITO
EN UN CASO DE VIOLACIÓN SEXUAL

T E S I N A
PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A
ALEJANDRA VÁZQUEZ BERNAL

JURADO DE EXAMEN

TUTOR: MTRO. RICARDO VICTORICO RÍOS HERNÁNDEZ

COMITÉ: LIC. MARIO ALBERTO PATIÑO RAMIRÉZ

LIC. RICARDO MEZA TREJO

LIC. OTILIA AURORA RAMIREZ ARELLANO

LIC. MARIO MANUEL AYALA GÓMEZ



México, D.F

2014



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Dedico este trabajo...

A mis padres, a quienes admiro y quiero, desde lo más profundo de mi corazón, cuyo apoyo incondicional y motivación han sido fundamentales en mi vida...

A mi madre, por ser un maravilloso ser humano, que con gran dedicación y esfuerzo siempre me ha apoyado en cada uno de los momentos de mi vida. Gracias por el amor incondicional que me has brindado y por guiar mi camino en los momentos difíciles.

A mi padre, por su fortaleza, comprensión y cariño. Gracias por creer en mí, apoyarme y respetar cada una de las decisiones que he tomado en mi vida. Cuyo ejemplo de vida me ha mostrado que en el camino hacia la meta se necesita de la dulce fortaleza para aceptar las derrotas y del sutil coraje para derribar miedos.

Al Maestro en Psicología Juan Manuel Campos Beltrán por ser un ejemplo a seguir en el ámbito profesional, por su amistad, paciencia y confianza. Gracias por siempre compartir tus conocimientos y haberme mostrado lo maravilloso e interesante que es el trabajo en la Unidad de Atención a Víctimas del Delito.

Agradecimientos:

Al maestro Ricardo Victorico Ríos Hernández, por su gran responsabilidad y aceptar dirigir el presente trabajo. Por el gran apoyo que me ha brindado, siempre motivándome y ofreciéndome valiosos consejos.

A Carlos Aled, por su infinito amor, comprensión y cariño. Por su apoyo incondicional, siempre alentándome a seguir adelante y ser mi motivación en los momentos difíciles.

A Silvia Elena y Vicente, por su apoyo y amistad. Gracias por escucharme y motivarme, siempre preocupándose por mí y aconsejándome, además de ser unos magníficos psicólogos de los cuales he aprendido mucho y ha sido un privilegio trabajar.

A la Unidad de Atención de Víctimas del Delito por las facilidades otorgadas para realizar la presente tesina y el conocimiento que he adquirido al permitirme colaborar durante un año con el trabajo que se realiza.

Resumen	1
Introducción	2
Capítulo I. Violación Sexual	5
1.1 Tipos de violación sexual.....	6
1.2 Reacciones de la violación sexual.....	6
Capítulo II. Suceso Traumático	12
2.1 Evaluación Clínica.....	15
2.2 Psicodiagnóstico.....	17
Capítulo III. Descripción de Actividades	19
3.1 Presentación del Caso.....	19
Capítulo IV. Resultados	22
4.1 Diagnóstico.....	26
4.2 Conclusiones.....	27
Capítulo V. Intervención ante casos de violación sexual	33
5.1 Propuesta de intervención.....	36
5.1.1 Primera Fase.....	37
5.1.2 Segunda Fase.....	44
5.1.3 Tercera Fase.....	47
5.1.4 Resiliencia.....	50
5.2 Recuperación.....	52
Conclusiones	54
Anexos	57
Bibliografía	72

Lista de Tablas

Número		Página
1	Reacciones después de una violación sexual presentadas en mujeres adultas, propuestas por Aresti.	8
2	Reacciones después de una violación sexual presentadas en mujeres adultas, propuestas por Acosta; Alva; Bueno; Díaz y Fernández.	9
3	Reacciones después de una violación sexual presentadas en mujeres adultas, propuestas por ADIVAC.	9
4	Resultados de la evaluada en el Inventario de Autoevaluación IDARE.	22
5	Resultados de la evaluada en el Cuestionario Clínico para el Diagnóstico del Síndrome Depresivo.	23
6	Resultados de la evaluada en el Instrumento de Evaluación del Síndrome Postraumático para Sobrevivientes del Abuso Sexual y/o Violación.	24
7	Síntomas del Trastorno por Estrés Agudo según Davison y los síntomas presentados por Mariana.	27
8	Comparación entre las reacciones propuestas por Aresti y las reacciones presentadas en Mariana.	28
9	Comparación entre las reacciones propuestas por Acosta; Alva; Bueno; Díaz y Fernández y las reacciones presentadas en Mariana.	29
10	Comparación entre las reacciones ADIVAC y las reacciones presentadas en Mariana.	30
11	Síntomas del Trastorno por Estrés Agudo según Davison y los síntomas presentados por Mariana.	31
12	Técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson.	41

Resumen

La sociedad es cada día más tolerante ante las diversas manifestaciones de la sexualidad, sin embargo existen conductas consideradas inadecuadas e incluso algunas condenadas como delitos, estas se producen cuando la sexualidad es impuesta a otro sin su consentimiento a través de la violencia física o psicológica, la manifestación más grave de esto es la violación sexual. Para combatir esta problemática existen instituciones especializadas, como lo es la Unidad de Atención a Víctimas del Delito, por parte de la P.G.J.E.M., la cual brinda apoyo a toda la sociedad, pues la violencia no conoce límites. Aquí se trabajó con una mujer víctima de violación sexual, con una edad de 22 años, realizándole un estudio psicodiagnóstico del cual se obtuvo mecanismos de defensa, rasgos de personalidad, niveles de ansiedad y depresión e implicaciones personales, familiares y sociales relacionadas con la sintomatología de una violación sexual. El propósito de esta tesina empírica es mostrar la sintomatología que conlleva una violación y detectarla para posteriormente utilizar las estrategias propuestas en este trabajo para que una persona víctima de violación pueda superar el evento.

Palabras clave: psicodiagnóstico, violación sexual, sintomatología

Introducción

Es conocido que la violencia es uno de los rasgos característicos de nuestra sociedad, y en este contexto se produce la violación sexual, la cual es la invasión de la privacidad, un ataque al espacio corporal, la utilización del cuerpo en un contacto sexual indeseado, el trato inhumano recibido del agresor, siendo aspectos que afectan los procesos psicológicos fundamentales de seguridad, identidad, autoestima y autodeterminación (Alfaro, 2007).

Existen variaciones individuales de respuesta ante una violación sexual, dependiendo de los recursos cognitivos y emocionales que tenga la víctima; otros aspectos relacionados que influyen en la reacción psicológica, son las actitudes de las personas a quienes confíe lo sucedido, pues la reacción que presenten acrecentará o disminuirá su sentimiento de culpa o vergüenza. Por la connotación social que tiene la violación sexual es sufrida de manera silenciosa, por lo que una mejor información y un cambio de actitud ante esta problemática es una forma inicial de ayudar a quienes han vivido una experiencia de este tipo.

Este trabajo tiene, como primer propósito, dar a conocer el estudio de caso de “Mariana”, y la sintomatología que desencadena una violación sexual, mediante una evaluación psicológica, la cual nos brindó información tanto de los síntomas derivados del suceso traumático como de los recursos que posee la persona para poder superarlo.

Ante lo cual se han modificado los datos personales para fines de confidencialidad y se obtuvo el permiso pertinente ante la Procuraduría General de Justicia del Estado de México (ver anexo 1) para realizar el presente estudio de caso de acuerdo al artículo 137 del Código Ético del Psicólogo referente a la confidencialidad, en el cual se menciona lo siguiente: Artículo 137: El psicólogo puede mostrar información confidencial, siempre y cuando cuente con el consentimiento por escrito del (la) paciente o del (la) cliente individual u organización (o de otra persona legalmente autorizada en representación de (la) paciente o cliente), a menos que esté prohibido por la ley (Sociedad Mexicana de Psicología, 2009).

El segundo propósito es una propuesta de intervención para personas que han sufrido de violación sexual, la cual consiste en tratar los síntomas más graves, abordar el núcleo del trauma, regular las emociones, lograr que el paciente recobre la autoestima y recupere la confianza en las demás personas, además de utilizar las estrategias de afrontamiento con las cuales ya cuenta la persona y desarrollar en el individuo habilidades resilientes.

El capítulo uno describe lo que es una agresión sexual, centrándonos en la temática de violación sexual, los tipos de violación sexual, debido a la manera en que acontecieron y la sintomatología que deriva del vivir este tipo de sucesos; incluyendo las etapas y la reacción de cada una de ellas según la temporalidad del evento.

En el capítulo dos se describe lo que es un suceso traumático, los aspectos nucleares del trauma y las consecuencias psicológicas que conlleva este tipo de agresión, derivadas del evento traumático vivido. Además se aborda el proceso de evaluación psicológica que se aplicó para este estudio de caso, en el que se elaboró un psicodiagnóstico, del cual se obtuvo la sintomatología de “Mariana”, la cual es la persona en la que se centra este estudio. Debido a la información obtenida en la teoría respecto a los síntomas de una violación sexual se eligieron los instrumentos a utilizar, con el fin de determinar síntomas característicos de una agresión sexual, como lo son niveles de depresión, ansiedad, rasgos de personalidad y las implicaciones que pudo tener este suceso en las áreas familiar, social y personal.

En el capítulo tres se exponen las actividades realizadas en el estudio de caso, en el cual se describen los antecedentes del caso, los objetivos de la evaluación, el escenario donde se realizó la evaluación psicológica y la descripción de las sesiones de evaluación.

En el capítulo cuatro se presentan los resultados de cada una de las técnicas e instrumentos aplicados a “Mariana”, mostrando las reacciones que ha presentado y estableciendo un diagnóstico, para concluir con los resultados que se sustentan en la teoría de la presente tesina.

En el capítulo cinco se expone una propuesta de intervención para personas que han sufrido una violación sexual, cuya finalidad es que la víctima supere las secuelas de la violación sexual, bajo una perspectiva no patologizante y educarlo en la resiliencia. Para lograr esto, se abordara el núcleo del trauma y se regularan las emociones, así el individuo recobrarla la autoestima y recuperara la confianza en las demás personas.

Además se utilizaron las estrategias de afrontamiento con las cuales ya cuenta la persona; detectadas durante el proceso de evaluación, con la finalidad de no sólo considerar al individuo con una sintomatología originada por una violación sexual, sino como un individuo que tiene la capacidad y fortaleza para superar lo ocurrido. Para finalizar el proceso de intervención se desarrollaran las habilidades de resiliencia del paciente, con la finalidad que el

individuo pueda aprender del acontecimiento traumático ocurrido, adaptarse a los cambios e incluso saber cómo afrontar las crisis posteriores al evento traumático.

Capítulo I. Violación sexual

La violación sexual es la imposición de la cópula sin consentimiento por medios violentos, la violencia puede ser física o moral, por violencia física se entiende la fuerza material que se aplica a una persona y la violencia moral consiste en la amenaza que se hace a una persona de un mal grave presente o inmediato, capaz de producir intimidación. La víctima de violación sexual, puede ser cualquier persona con independencia de sexo, edad, conducta o cualquier otra situación personal (Kvitko, 2001)

Por lo cual la violación sexual constituye un acto de violencia, por tratarse de un intento por controlar, humillar y degradar a una persona, usando el sexo como arma. Desde una visión médica, se consigna la violación sexual como un traumatismo genital, anal o bucal, con resultados de lesiones físicas y psíquicas, inmediatas, mediatas o tardías. Esta situación puede darse en el hogar, en el lugar de trabajo, en la escuela o en la vía pública; por un amigo(a), un desconocido(a); esposo(a) o un pariente. Puede darse por un solo individuo o personas que actúen en grupo (Marshall 2001).

En la antigüedad era un medio para conseguir esposa; el hombre forzaba a una mujer y se la llevaba a su morada, donde tenía que protegerla de los otros hombres, juntos a sus otras “propiedades”. Según Brownmiller (1981), esto inspiró las primeras leyes contra la violación, convidándose como delito contra la propiedad y el honor del hombre, pero no contra la mujer. En el código de Hammurabi ya aparecen leyes con respecto a la violación, que condenaban a muerte al culpable si la mujer era soltera y a ambos si ella era casada. En el Deuteronomio también se considera culpable en parte a la mujer casada; si era soltera y no estaba comprometida, el violador tenía que casarse con ella. A finales del siglo XIII, se suprime en Inglaterra la distinción entre mujer casada o soltera, y tampoco se obliga al violador a casarse con ella. Por lo cual se observa que en esos tiempos la violación era vista solo como un motivo de castigo, sin importar el abuso de poder y la degradación ejercida contra la víctima.

La violación sexual no siempre se considera delito (por ejemplo, en épocas de guerra): otras veces depende de la posición social de los implicados. En muchos países, el coito coactivo entre marido y mujer no se considera violación. En los últimos años, sin embargo, ha habido una sensibilización especial sobre el tema; los movimientos feministas han hecho mucha presión para conseguir mejorar la atención a la mujer víctima de violación (López, 1992).

Las personas afectadas son frecuentemente chicas jóvenes, de 16 a 30 años especialmente, ya que la vulnerabilidad de este grupo deriva del mayor atractivo físico de esta edad y de una mayor exposición a situaciones de riesgo (tipo de vida activo, viajes frecuentes, salidas nocturnas, búsqueda de nuevas experiencias, establecimiento de relaciones sociales amplias, etc.), así como de una percepción menor de los factores de riesgo que se refleja en la facilidad con que se establecen relaciones espontáneas y en último término, en la falta de desconfianza respecto al entorno. Desde una perspectiva psicopatológica, hay ciertos trastornos mentales, como el abuso de alcohol y drogas y la deficiencia mental que, al limitar la capacidad de consentimiento, pueden convertir a una persona más fácilmente en víctima de violación sexual. Los trastornos de personalidad en las víctimas constituyen también un factor de riesgo (Soria y Hernández, 1994).

1.1 Tipos de violación sexual

Estas comprenden las formas en las que el agresor lleva a cabo los asaltos sexuales. Burgess y Holmstrom (1974) (citado en Tzompantzi, 2007) mencionaron dos maneras de cometer una violación:

1. *Violación sorpresiva*: Esta ocurre repentinamente, sin interacción anterior entre la víctima y el agresor. La víctima es sorprendida en cualquier momento de su vida y nunca se da cuenta de la presencia de su agresor. El ataque ocurre en cualquier lugar y momento, incluso en el domicilio de la víctima. En el asalto el agresor, utiliza la fuerza para llevar a cabo el acto sexual, y sin el consentimiento de la víctima.
2. *Violación por confianza*: Puede parecer más sutil en algunos casos, pero es igual de dañina que la violación sorpresiva, y es la forma que más se presenta en la violación sexual. Entre la víctima y el agresor existe alguna interacción previa, el agresor accede a su víctima mediante engaños y pretextos. El agresor suele ser, un vecino, un viejo amigo, un compañero y ocupan esta relación para atacar a su víctima.

1.2 Reacciones de la violación sexual

No se puede entender el alcance psicológico de una violación sexual sin tener en cuenta el componente de humillación y de violencia que comporta para la persona afectada. El mayor número de víctimas de violación sexual, pertenecen al sexo femenino, ya que se reporta con menor frecuencia violaciones sexuales contra individuos del sexo masculino, pero cuando lo son, el impacto psicológico es muy grande y la tendencia a la ocultación de lo ocurrido es

muy alta, en parte por la vergüenza experimentada y en parte por el temor a la incompreensión por parte de los demás (Stermac, Sheridan, Davidson y Dunn, 1996).

La violación sexual ya sea con violencia física o simplemente con coacción es vivida por la persona como un atentado contra su integridad física y psicológica. De hecho, es el grado de violencia física o moral ejercido lo que define la cantidad de sufrimiento físico y psíquico padecido: la vivencia súbita de indefensión, la pérdida de control sobre el ambiente, el temor por la propia vida, el dolor físico, la decepción sufrida, la humillación de haber sido violentada en la intimidad, etc.

La respuesta inicial de una persona ante una violación sexual puede oscilar entre una reacción de sobresalto /defenderse por la fuerza, gritar, pedir auxilio, salir corriendo, distraer al agresor con el fin de disuadirlo, etc.), o una reacción de sobrecogimiento (permanecer inmóvil y paralizada) que supone una respuesta automática de tipo disuasorio ante el agresor. No es fácil predecir cuál de ellas va a darse en un caso concreto, pero una y otra respuesta, aun siendo distintas e incluso opuestas, constituye una forma de reacción adaptativa ante la percepción de un peligro inmediato.

Al hablar de las reacciones nos referimos a los hechos, conductas, secuelas, resultados, efectos o acciones que se siguen de un hecho tanto a corto como a largo plazo. En este caso específico mencionaremos las que se generan en personas que han vivido una violación sexual, sin embargo es importante recordar como en cualquier situación que para cada persona las consecuencias son y serán distintas ya que cuentan con una historia de vida variada, lo que desencadena reacciones diferentes.

Para fines de esta tesina solo se mencionaran los autores que hacen referencia a las reacciones de violación sexual en mujeres adultas utilizadas en el presente estudio de caso, los cuales son los siguientes: Aresti, Acosta; Alva; Bueno; Díaz y Fernández, la Asociación para el Desarrollo Integral de Personas Violadas (ADIVAC), el Instituto de Atención a Víctimas del Delito y el Campus Universitario Siglo XXI.

A continuación se presentan las reacciones de violación sexual en mujeres adultas, de cada uno de los autores indicados anteriormente.

Tabla 1: Reacciones después de una violación sexual presentadas en mujeres adultas, propuestas por Aresti (1999).

◆ Llanto incontrolable.	◆ Desanimo.
◆ Temblores.	◆ Ira con el agresor o todos los hombres incluso a los cercanos.
◆ Aturdimiento.	
◆ Espasmos.	◆ Sensaciones de suciedad con deseos de lavarse violentamente el cuerpo y desinfectarse los genitales.
◆ Pérdida de control muscular.	
◆ Borrar de su mente lo ocurrido (aparente calma, autodominio al momento).	◆ Sentirse tan sucia y devaluada en su cuerpo que ya no se protege (búsqueda obsesiva de relaciones promiscuas y conductas que la colocan en condiciones peligrosas de ser nuevamente violada).
◆ Depresión.	
◆ Sentimientos de culpa.	◆ Horror frente a la posibilidad de tener relaciones sexuales, reprimiendo su deseo sexual.
◆ Pesadillas relacionadas al hecho.	
◆ Miedo de dormir sola oscuras.	◆ Rabia.
◆ Pérdida de peso o aumento.	
◆ Dolores continuos de cabeza.	◆ Incomprensión.
◆ Nauseas.	
◆ Malestar estomacal.	◆ Silencio.
◆ Trastornos del ciclo menstrual.	
◆ Flujo vaginal.	◆ Problemas de autoestima.
◆ Depresión aguda.	

Tabla 2: Reacciones después de una violación sexual presentadas en mujeres adultas, propuestas por Acosta; Alva; Bueno; Díaz y Fernández (2007).

◆ Tristeza	◆ Disminución de la energía.
◆ Constricción emocional	◆ Dependiente de figuras que representan protección (padres, pareja, policías, agentes judiciales, etc.)
◆ Inseguridad	
◆ Deseos de agradar y obtener aprobación de los demás	◆ Dominio social a través del manejo adecuado de las reacciones emocionales. Rigidez.
◆ Bloqueo emocional	
◆ Frustración	◆ Concreción de pensamiento.
◆ Descontento	◆ Preocupación.
◆ Fuerte necesidad de logro, de agradar y de obtener aprobación de los demás.	◆ Conflictos sexuales a partir de la concepción del rol femenino.

Tabla 3: Reacciones después de una violación sexual presentadas en mujeres adultas, propuestas por la Asociación para el Desarrollo Integral de Personas Violadas, A.C. (ADIVAC) (2007).

Primera reacción: De minutos a cuatro semanas de sucedida la agresión.
<ul style="list-style-type: none"> • No dejar de pensar una y otra vez sobre lo ocurrido. • Sentirse culpable y sucia(o) por la agresión que sufrió. • Encerrarse en su casa para no salir a la calle por el miedo de encontrarse con el agresor. • Limitarse a hacer trayectos definidos, es decir elegir y/o excluir algún tipo de transporte o ciertos lugares.
Segunda reacción: De cuatro semanas a doce meses del suceso.
<ul style="list-style-type: none"> • Depresión y melancolía. • Falta de seguridad y baja autoestima. • Cambios drásticos de humor. • Intentos de suicidio (solo en algunos casos)
Tercera reacción: De doce meses a años de sucedido el evento.
<ul style="list-style-type: none"> • Se vive con quietud, desaliento, temor, miedo o terror (angustia). • Se hacen cosas contrarias a las que se quieren hacer para escapar de la ansiedad, disminuyendo las actividades y ocupaciones. • La confrontación con la violación provoca pánico, por eso no se desea hablar de ella, mucho menos quiere ser atendida psicológicamente. • Se pierde el interés en las actividades habituales y se siente la víctima sin apoyo emocional y sin valor interior.

Por medio de una investigación realizada por el Instituto de Atención a Víctimas del Delito y el Campus Universitario Siglo XXI (2006), se obtuvieron algunas de las consecuencias en el área conductual afectiva, somática, interpersonal y cognitiva que se manifiestan en mujeres adultas, después de haber pasado por una experiencia de violación sexual, de acuerdo al Modelo CASIC, propuesto por Slaikeu (2000), en el cual se explora el funcionamiento conductual, afectivo, somático, interpersonal y cognoscitivo de un individuo, el cual ante un evento de crisis puede ser alterado, generando un estado mental de desorganización que incapacita a la persona para solucionar sus problemas del modo en que generalmente lo hace.

- *Área Conductual:* Se detectó la presencia de excitación, vigor, enojo, agresividad, alerta a las necesidades prácticas, tratan de ser auto dirigidas, autónomas, desinhibidas e independientes. Existe disminución de sus hábitos de sueño y de trabajo, son escrupulosas, meticulosas, con conductas obsesivo-compulsivas y propensas a ser menos organizadas. Tienden a ser mediatas, reaccionan con emotividad, por lo que se trastornan con facilidad, lloran y se molestan fácilmente con las personas, aunque tratan de mantener su violencia contenida; no obstante, son conflictivas e indisciplinadas. Su comportamiento se guía a partir de un fuerte deseo por agradar y obtener la aprobación de los demás; en ocasiones, son espontáneas y prosaicas, es decir, no guardan las composturas sociales.
- *Área Afectiva:* A partir de su estado depresivo casi siempre se encuentran tristes, con poco ánimo, impacientes y desaseguradas emocionalmente, afectadas por sentimientos y aprensivas. Existe bloqueo emocional, labilidad afectiva, constricción emocional, frustración, descontento, las abruma su humor y se sienten inseguras. Tienen sentimientos de seguridad compensatorios, tensiones a causa de la frustración por los intentos fallidos de alcanzar la seguridad y comprensión que, a su vez, generan tensiones. Se sienten incapaces de enfrentarse a la vida, con falta de afecto en el hogar, fuerte necesidad de logro, de agradar y obtener la aprobación de los demás.
- *Área somática:* Presentan una severa tensión, que les disminuye la energía, el interés sexual y viven entumecimiento corporal, hipocondriasis, dolores abdominales, de cabeza, de estómago y pérdida de peso. Presentan torpeza física, incapacidad de dormir debido a la preocupación y también muestran síntomas fóbicos, mareos y organicidad.
- *Área Interpersonal:* Pueden aislarse, ser solitarias, inaccesibles, sumisas, suelen ser dependientes de las figuras que representan protección y ser seguidoras. Además

pueden presentar ambivalencia social de acuerdo con lo anteriormente mencionado, también tratan de causar una impresión favorable, se esfuerzan por tener un dominio social a partir del manejo adecuado de las reacciones emocionales. Aunque no pueden controlar la situación para formar el sentido de pertenencia a algo o alguien que necesitan y continúan sin confiar en nadie, su actitud es completamente defensiva hacia los demás, de hostilidad, quedando insatisfecha su necesidad de control de sus interacciones.

- *Área cognitiva:* Adoptan una actitud pasiva, ya que consideran haber perdido el control armonioso de su vida tranquila y apacible, asimismo creen no tener la fuerza de voluntad necesaria para luchar contra las dificultades presentes, ni la resistencia, ni la capacidad para mantenerse firme, por lo que consideran que sus metas son inalcanzables. En la resolución de los instrumentos de inteligencia, las mujeres mostraron baja capacidad mental para manejar problemas abstractos; al ser inconstantes y sentirse agobiadas por ideas, poseen juicios más deficientes, rigidez y concreción de pensamientos, suelen no interesarse en el pensamiento analítico; existiendo disminución del rendimiento intelectual debido a estados de ansiedad, los cuales pueden confundirse con lesión cerebral. A partir de sus sentimientos de inadecuación se les dificulta, situarse en el espacio, presentan distorsiones de las percepciones que las llevan a ideas paranoicas (sin llegar a ser trastorno). Utilizan como mecanismos la intelectualidad para disminuir la ansiedad e intentan la satisfacción buscada en la fantasía; sin embargo, coexisten pesadillas. Finalmente presentan preocupación y conflictos sexuales, a partir de la concepción del rol femenino.

Es importante considerar que en las reacciones que surgen posterior a una violación sexual, influyen la forma en que se dio el evento, las habilidades personales, la historia de vida y las redes de apoyo con que cuenta la víctima.

Capítulo II Suceso Traumático

La violación es vista como un problema de salud pública, que produce graves repercusiones físicas, psicológicas y sociales, por lo cual Echeburúa (2004) considera esta acción como un evento traumático, ya que degrada, deshumaniza y transgrede la voluntad de la persona.

Es por esto que en este capítulo se aborda la temática del suceso traumático, el cual es un acontecimiento negativo intenso que surge de manera brusca y repentina, al poner en peligro la integridad física o psicológica de una persona, tiene consecuencias dramáticas para la persona, especialmente de terror e indefensión. Además se trata de un suceso con el que una persona no espera encontrarse nunca porque no forma parte de las experiencias humanas habituales. Por ello, la intensidad del hecho y la ausencia de respuestas psicológicas adecuadas para afrontar algo desconocido e inhabitual explican el impacto psicológico de este tipo de sucesos (Echeburúa, 2004).

Hay sucesos traumáticos, como las violaciones sexuales que afectan a numerosas personas, algunas de ellas quedan marcadas de por vida y presas del rencor, de la amargura o simplemente del desánimo, llevan una vida anodina y sin ilusión, otras, tras una reacción psicológica intensa, son capaces de hacer frente al dolor, de readaptarse parcialmente a la situación y de atender a sus necesidades inmediatas y hay otras que sacan fuerzas de flaqueza, de dolor, prestan atención a los aspectos positivos de la realidad, por pequeños que éstos sean y son incluso capaces de embarcarse en proyectos motivantes a futuro.

Existen factores que están relacionados con el equilibrio psicológico de la víctima, como el estado de salud y el grado de adaptación actual a la vida cotidiana; en concreto, las personas con baja autoestima, problemas de ansiedad y depresión tienen una mayor tendencia a quedar traumatizadas tras una violación sexual. Además el tipo de apoyo familiar y social; así como la actuación de la justicia, van a contribuir a metabolizar el impacto del suceso traumático o por el contrario a agravarlo (Redondo, 2002).

Cualquier tipo de trauma afecta profundamente a la confianza de la persona en sí misma y en los demás, ya que puede quedarse la persona sin elementos de referencia externos e internos. Los síntomas derivan de la vivencia súbita de indefensión y de pérdida de control, del temor por la propia vida y de la humillación de haber sido violentada en la intimidad, ya

que la ruptura del sentimiento de seguridad y control, supone un desmoronamiento de los postulados básicos de confianza necesarios para una vida cotidiana normal.

Las personas que pasaron por una violación sexual tienden a revivir intensamente, con mucha frecuencia y de forma involuntaria, el suceso vivido, bien en forma de pesadillas, recuerdos agobiantes y de sentimientos perturbadores que pueden activarse ante cualquier estímulo, por mínimo que sea (ruido inesperado, imagen súbita, conversación relacionada indirectamente con el tema, etc.). Todo ello viene a reflejar que las imágenes de lo ocurrido quedan grabadas en la memoria icónica del sujeto.

El sistema de alarma psicobiológico se encuentra permanentemente sensibilizado frente a posibles señales ambientales de peligro, es como si la memoria se encasillara y no pudiera dar una salida normal a las experiencias vividas. De este modo, la persona por un espacio de tiempo que puede oscilar entre algunos segundos y unas cuantas horas, pierde total o parcialmente el contacto con la realidad actual (Echeburúa y Corral, 1995).

Lo anteriormente expuesto es un reflejo de la variabilidad de las respuestas humanas. Por lo cual algunas de las personas afectadas después de haber vivido una situación de violación sexual se encuentran permanentemente en un estado de alerta y sobresalto, otras presentan conductas de evitación o incluso hay quienes presentan anestesia emocional.

Las víctimas que se encuentran permanentemente en un estado de alerta y sobresalto, presentan dificultades de concentración en las tareas cotidianas, se muestran irritables y tienen problemas para conciliar el sueño, por ello, tienden a sentirse desbordadas por los acontecimientos cotidianos y a estar persuadidas de que ya nada está bajo su control. Un estado permanente de alerta lleva al agotamiento porque, además de estar alterado el sueño, todos los sentidos de la persona, están atentos sin descanso a los posibles peligros de la vida cotidiana.

Las conductas de evitación desempeñan un papel muy importante en las limitaciones experimentadas por las personas, ya que además de rehuir de las situaciones y los lugares relacionados directa o indirectamente con el suceso (salir a la calle, tratar con personas desconocidas, quedarse solas, etc.), resulta más problemático para las personas afectadas que tiendan a evitar las conversaciones sobre lo ocurrido, incluso con las personas más allegadas y hasta los pensamientos relacionados con el acontecimiento (Echeburúa, 2004).

Más allá de las dificultades directamente observables, un síntoma característico de una persona afectada, es la anestesia emocional, que si bien contribuye a aliviar el dolor sufrido por la persona, a largo plazo tiene consecuencias perjudiciales para ella. En algunos casos la persona puede describir lo ocurrido, pero manifiesta problemas de expresión emocional (tristeza, infelicidad, dolor, etc.), como si tuviera lágrimas congeladas detrás de los ojos, sin poder hacerlas brotar. En concreto, la evitación y el embotamiento emocional intentan prevenir futuros daños que le podrían ocurrir a la persona afectada si se implicase de nuevo en una vida activa y recuperarse la confianza en las personas. A su vez, el aislamiento y la falta de comunicación delatan la vergüenza experimentada por la persona, el miedo de evocar pensamientos angustiantes en contacto con otras personas e incluso el temor a que se le catalogue de “raro”, pero constituyen también una forma de protegerse y no abrumar con sus pensamientos a sus seres queridos (Herbert y Wetmore, 1999).

Las situaciones especialmente traumáticas, sobre todo aquellas en que la persona se ha sentido degradada y humillada, como en el caso de una violación sexual, tienen efectos devastadores sobre el autoestima, debido que la persona se percibe como despreciable y lo que es peor, se siente dañada de manera irreversible. La consecuencia de todo ello es un deterioro de las relaciones interpersonales, la aparición de conductas impulsivas (cambio brusco del estilo de vida, abuso de alcohol, etc.) e incluso una transformación persistente de la personalidad de la persona, que se puede volver más dependiente emocionalmente, más desconfiada y más irritable.

Todo ello, supone un intento de control del mundo exterior percibido como hostil, al darse cuenta la persona, de que ya no es la que era y que los demás esperan un regreso a su conducta anterior al suceso traumático vivido, la persona se puede sentir con una pérdida de ilusión por el futuro, así como con un cuestionamiento del significado y valor de la vida. Incluso la persona afectada puede resistirse a disfrutar de las experiencias de la vía cotidiana (la familia, el ocio, el trabajo, la sexualidad, etc.) y sentir placer u orgullos por los logros conseguidos (Echeburúa, 2004).

A diferencia de lo que ocurre en otros sucesos violentos, los sentimientos de culpa aparecen con frecuencia en las personas que sufrieron una agresión sexual. La culpa puede estar referida a la conducta de la persona antes del suceso (por ejemplo, por no haber sido capaz de haber detectado con antelación la situación de riesgo), durante la agresión (en relación con lo que puso haber hecho y sin embargo no hizo: haber gritado, haber sido más

enérgica físicamente, etc.) y después de la agresión (por ejemplo, amargar la convivencia de las personas que están a su alrededor por su cambio de carácter) (Rojas, 1995).

2.1 Evaluación Clínica

Los acontecimientos graves como las violaciones sexuales dejan frecuentemente huellas devastadoras y secuelas imborrables, a modo de cicatrices psicológicas y hacen a las personas más vulnerables a los trastornos y las enfermedades psicosomáticas (Echeburúa y Guerricaechevarría, 1999).

A diferencia de otras reacciones psicológicas negativas ante pérdidas de diverso tipo, los traumas no siempre remiten espontáneamente con el transcurso del tiempo y tienden muchas veces a volverse crónicos. En suma, lo que se trata de evaluar es el grado de malestar generado por el acontecimiento traumático así como los estresores actuales y el grado de inadaptación consecutivo al suceso vivido.

Al respecto, Domínguez y López (2008), señalan que las personas expuestas a hechos traumáticos suelen presentar un rango de fenómenos clínicos, que van desde el estrés moderado hasta consecuencias más severas como el Trastorno de estrés postraumático, por lo cual se realizan estudios psicológicos que evidencien dichos síntomas.

Las violaciones sexuales producen alteraciones emocionales significativas con mucha mayor frecuencia que los sucesos catastróficos o accidentales, además las personas que viven un suceso traumático de manera reciente van a sentirse mucho más afectadas que aquellas a las que la lejanía del suceso ha facilitado, hasta cierto punto, la cicatrización de la herida, sin embargo hay personas que se muestran muy resistentes al trauma y cuyo malestar emocional no es clínicamente significativo.

Otras personas por el contrario, sobre todo cuando han experimentado un suceso traumático anterior, son muy sensibles al nuevo suceso y pueden mostrar una profunda huella del trauma incluso años después de haber sufrido lo ocurrido. Por ello, y en función de estas diferencias en el daño psicológico según sea el tipo de suceso, la mayor o menor cercanía del acontecimiento y el grado de vulnerabilidad de la persona, se requiere siempre una evaluación individualizada (Fernández, 2012).

Por lo cual es importante realizar una evaluación psicológica, la cual hace referencia al examen o exploración de una persona o grupo de personas y puede definirse como aquella disciplina de la psicología que se ocupa de la exploración y análisis del comportamiento de un

sujeto o grupo de sujetos humanos, a los niveles de complejidad que se consideren oportunos (motor, fisiológico, cognitivo, afectivo, etc.) con distintos objetivos básicos y aplicados (detección, descripción, diagnóstico, investigación, etc.), a través de un proceso de toma de decisiones en el que se conjuntan, utilizan y aplican una serie de dispositivos, test, técnicas de medida y/o evaluación (Fernández, 2004).

La evaluación del daño psicológico en una persona que ha sufrido un suceso traumático requiere un análisis cuidadoso de lo ocurrido, que no se corresponde necesariamente con un cuadro clínico concreto. No obstante, el malestar emocional se suele expresar habitualmente en forma del trastorno de estrés postraumático o por medio de síntomas de ansiedad y de depresión, por lo cual es lo que se busca por medio de la evaluación. En uno y otro caso la autoestima de la persona y su adaptación a la vida cotidiana suelen quedar profundamente alteradas.

Al referirse el daño psicológico a diferentes ámbitos de la persona, el protocolo de evaluación utilizado debe ser amplio y variado, sin ser repetitivo ni excesivamente prolijo, para poder elaborar un perfil individualizado del daño psicológico sufrido y contar con la colaboración de la persona a evaluar. Por lo cual el objetivo de la evaluación psicológica es valorar el tipo de daño psicológico existente para orientar a la persona afectada hacia el tratamiento adecuado, ya que los sucesos traumáticos pueden generar una patología psíquica muy diversa, pero suelen producir con mucha frecuencia un trastorno de estrés postraumático, así como otros cuadros clínicos relacionados (depresión, problemas psicósomáticos, abusos de alcohol, etc.).

El impacto psicológico es diferente en cada persona; existe una serie de factores individuales que pueden agravar o aminorar el impacto psicológico de la agresión, así el proceso de la evaluación psicológica debe ser individualizado y acorde a las características específicas de la persona, incluso podríamos evaluar diversos trastornos para establecer el diagnóstico final.

Además detrás de cada evaluador existe una teoría psicológica, lo cual le llevara a discriminar la información que recibe, a elegir determinadas técnicas e instrumentos psicológicos para llegar a resultados muy específicos acorde a cada caso, es decir, su marco teórico le guiara hacia una determinada evaluación.

2.2 Psicodiagnóstico

En el estudio de caso expuesto en la presente tesina se realizó un psicodiagnóstico, el cual es un concepto referido al diagnóstico de las enfermedades, síndromes o alteraciones mentales. Este concepto partió del ámbito de la psiquiatría. La palabra psicodiagnóstico es un compuesto de tres vocablos griegos “psikhé” y “diá” y “gignosko” cuya traducción sería conocer a fondo el alma o conocer a fondo la mente. Por lo cual concepto de psicodiagnóstico es el estudio mediante el cual el psicólogo reporta científicamente sus actividades de evaluación, eligiendo las técnicas e instrumentos adecuados (al menos 6 instrumentos) para cada individuo o grupo de individuos, es así como el profesional en esta materia y en consonancia con la definición de psicología se apega a su quehacer a los establecido por esta ciencia que pretende el estudio científico y objetivo del comportamiento humano (Fernández 2012).

Dicha definición implica:

- La evaluación de las actividades humanas en el plano conductual, es decir conductas manifiestas.
- También contempla la evaluación de las actividades internas de los sujetos que implica, volición, sentimientos y pensamientos, como variables intermedias propias de los organismos.

Por lo tanto, la definición de psicodiagnóstico supone la evaluación y el diagnóstico de las conductas que se producen intrínsecamente e igualmente de las operaciones biológicas relevantes de ese sujeto y todo ellos en su interacción con el medio social. Así pues el termino psicodiagnóstico ya no se utiliza de una manera tan general, su uso se ha restringido a aquellas situaciones en las que el objetivo de evaluación es el diagnóstico, es decir el de establecer la clasificación de síntomas. Además el psicodiagnóstico permite elegir la estrategia terapéutica adecuada ya que un psicodiagnóstico completo y correctamente administrado permite estimar el pronóstico del caso y la estrategia más adecuada para ayudar al paciente (Fernández, 2012).

Un estudio psicodiagnóstico se compone de al menos 6 instrumentos de evaluación, por lo cual Fernández (2012) menciona las técnicas e instrumentos psicológicos a emplear para la elaboración de los estudios psicológicos, de acuerdo a la edad de la persona evaluada y el tipo de agresión sufrida.

En este caso de violación sexual, las técnicas e instrumentos que corresponden son los siguientes:

Psicodiagnóstico

- Cédulas de identificación (ver anexo 2 y 3)
- Formato de planeación de la evaluación psicológica (ver anexo 4)
- Formato de descripción de la sesión de evaluación (ver anexo 5)

Técnicas

- Entrevista
- Observación
- Historia clínica

Test

- Para determinar niveles de Depresión:
 - Cuestionario de depresión de Calderón (ver anexo 6)
 - Inventario de depresión de Beck (BDI-II)
- Para determinar niveles de Ansiedad:
 - Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado IDARE (ver anexo 7)
 - Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAIC)
- Test proyectivos, con el fin de determinar mecanismos de defensa y rasgos de personalidad:
 - Test persona bajo la lluvia.
 - Test proyectivo Casa Árbol Persona (Home-Tree-Person. H-T-P).
 - Test proyectivo del dibujo de la Figura Humana de Karen Machover.
- Instrumento de evaluación del síndrome postraumático para sobrevivientes del abuso sexual y/o violación de la Dra. Ruth L. González Serratos (ver anexo 8)
- Modelo CASIC de Slaikeu, en el cual se explora el área conductual, afectiva, somática, interpersonal y cognitiva (ver anexo 9)

Capítulo III. Descripción de actividades

Tipo de Investigación:

Esta investigación es cualitativa de tipo exploratoria, mediante la realización de trabajo de campo en un estudio de caso. Un estudio de caso supone el acopio de la información detallada sobre un individuo e incluye una explicación minuciosa de experiencias relevantes al problema que motiva el interés a una persona en particular (Sommer, 1997).

Objetivos:

- Integrar un estudio psicológico a fin de determinar la presencia de sintomatología por violación sexual.
- Determinar el estado emocional de la usuaria mediante una evaluación clínica.
- Establecer un diagnóstico a partir de la sintomatología presentada.
- Realizar una propuesta de intervención para tratar la sintomatología por violación sexual presentada en mujeres adultas.

Sujetos:

Una mujer, víctima de violación sexual, cuyos datos personales (nombre y edad) han sido modificados para fines de confidencialidad.

Escenario:

La evaluación se realizó en la Procuraduría General de Justicia del Estado de México, en la Unidad de Atención a Víctimas del Delito. Este lugar cuenta con las condiciones adecuadas para realizar evaluaciones psicológicas, ya que hay buena iluminación, se cuenta con privacidad, está aislado de ruidos del exterior, es un lugar amplio y confortable.

3.1 Presentación del Caso

Datos Generales

Nombre: Mariana
Edad: 22 años
Escolaridad: Secundaria
Religión: Católica
Ocupación: Empleada

Estado Civil: Soltera

Antecedentes del Caso

“Mariana” es una mujer de 22 años de edad, la cual es originaria del Estado de Guerrero, desde hace un año vive en el Estado de México con su hermana, cuñado y dos sobrinos. Un día al regresar de su trabajo y al dirigirse a su domicilio, un desconocido la abrazó y le puso un cuchillo en el cuello, la amenazó con degollarla sino hacía lo que él le pedía. La llevó a donde había unos árboles, la recargó en uno de ellos y le pidió que se bajara el pantalón y al negarse la evaluada, el agresor la azoto contra un árbol, por lo cual ella perdió el equilibrio. Ante esto el agresor la sometió con el cuchillo y mediante amenazas verbales contra ella y su familia. Él le bajo el pantalón y la violó por vía anal y vaginal.

Observaciones ante la Evaluación

Se desarrollaron tres sesiones de evaluación. La primera sesión se utilizó para conocer los antecedentes familiares y antecedentes del caso, por lo cual se elaboró la entrevista individual con la evaluada y con la persona que la acompaña, con el fin de conocer sobre la interacción familiar, actitudes, comportamientos e indicadores emocionales que ha presentado la víctima.

Para evaluar rasgos proyectivos de su personalidad se aplicaron los siguientes test proyectivos:

- Test proyectivo Casa Árbol Persona (Home-Tree-Person. H-T-P)
- Test proyectivo del dibujo de la Figura Humana de Karen Machover.

La segunda sesión de evaluación se realizó la aplicación de las siguientes pruebas psicológicas:

- Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado IDARE Spielberger y Díaz Guerrero, el cual consta de 40 ítems, para valorar posibles niveles de ansiedad rasgo estado.
- Instrumento de evaluación del síndrome postraumático para sobrevivientes del abuso sexual y/o violación de la Dra. Ruth L. González Serratos, para evaluar la presencia del síndrome postraumático.
- Cuestionario clínico para el diagnóstico del síndrome depresivo del Dr. Guillermo Calderón, para evaluar la presencia de depresión.

La tercera sesión de evaluación se realizó la aplicación de las siguientes pruebas psicológicas:

- Evaluación del Modelo CASIC
- Test proyectivo de persona bajo la lluvia para evaluar rasgos proyectivos de personalidad.

La evaluada acudió a todas las sesiones de evaluación programadas. Acudió de manera impuntual a la última sesión de evaluación, ya que llegó dos horas antes de la cita y se le logró atender porque la persona citada en ese horario no acudió.

Acudió acompañada con la suegra de su hermana a las sesiones de evaluación. La evaluación se desarrolla sin la presencia de familiares o de alguna otra persona.

Se presentó en buenas condiciones de aliño e higiene personal. La actitud hacia el psicólogo evaluador es de seriedad. Se encontraba orientada en persona, lugar y en tiempo. Su lenguaje no responde normalmente a los estímulos del evaluador, ya que su tono de voz es bajo. Su pensamiento es lógico y coherente. Su comportamiento fue de inhibición, ya que la mayor parte de las sesiones mantenía la mirada baja. En cuanto a sus funciones cognitivas globales mantuvo un adecuado nivel de conciencia, atención, su memoria se encuentra conservada ya que proporciona situaciones pasadas que le han afectado, y presenta un adecuado nivel de concentración durante las sesiones de evaluación.

El tono afectivo de su discurso es de tristeza. Presentó llanto contenido, ya que no se permitió llorar en la evaluación porque evita llorar y cree que ya ha llorado mucho cuando ocurrió el evento. No sonríe durante ninguna de las sesiones de evaluación. En cuanto a su apariencia física la edad que representa es igual a la cronológica, no se ve saludable, ya que se ve cansada, con postura tensa y sin ojos humedecidos.

Capítulo IV. Resultados

En el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado IDARE, se encontraron niveles medios de ansiedad de tipo rasgo-estado. En la Ansiedad Estado, la usuaria se ubica en la puntuación en bruto de 36 y en la puntuación transformada de 53, siendo tal puntuación coincidente con un nivel medio de ansiedad. En la Ansiedad Rasgo, la usuaria se ubica en la puntuación en bruto de 37 y en la puntuación transformada de 50, siendo tal puntuación coincidente con un nivel medio de ansiedad.

Tabla 4: Resultados de la evaluada en el Inventario de Autoevaluación IDARE por Spielberger, Charles D. y Díaz Guerrero, R. (1975).

<ul style="list-style-type: none"> • Casi siempre: Es una persona “tranquila, serena y sosegada”, se siente feliz y se considera una persona estable.
<ul style="list-style-type: none"> • Frecuentemente: Le hace falta confianza en sí misma.
<ul style="list-style-type: none"> • Algunas veces: Siente ganas de llorar, pierde oportunidades por no poder decidir rápidamente, siente que tiene tantas dificultades al punto de no poder superarlas, se preocupa demasiado por cosas sin importancia, se siente segura, se siente satisfecha consigo misma, se siente bien y descansada.
<ul style="list-style-type: none"> • Casi nunca: Se cansa rápidamente, toma las cosas muy personales, se siente melancólica y pasan ideas poco importantes por su mente que le son molestas.

En el Cuestionario Clínico para el Diagnóstico del Síndrome Depresivo de Calderón, se encontró que no presenta depresión. El puntaje total obtenido en la prueba fue de 34 puntos lo cual corresponde a un nivel normal, en donde no se encuentran signos significativos de depresión.

Tabla 5: Resultados de la evaluada en el Cuestionario Clínico para el Diagnóstico del Síndrome Depresivo del Dr. Guillermo Calderón Narváez (1997).

<p>No:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dormir mal durante la noche. • Haber disminuido su capacidad de concentración. • Haber disminuido su apetito. • Sentir cansancio. • Presentar más irritabilidad que antes. • Siente ser menos útil a su familia • Presenta deseos de morir. • Presentar apatía.
<p>Poco frecuente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presenta ganas de llorar. • Presenta conductas obsesivas. • Se siente nerviosa o angustiada. • Se siente pesimista.
<p>De manera regular:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se siente afligida. • Considera que su rendimiento en el trabajo es menor.
<p>De manera significativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disminuyo su interés sexual.

En el Instrumento de Evaluación del Síndrome Postraumático para Sobrevivientes del Abuso Sexual y/o Violación, se encontró que presenta tal Síndrome Postraumático. El puntaje total obtenido en la prueba es de 8 puntos, lo cual corresponde a la presencia del Síndrome Postraumático para Sobrevivientes del Abuso Sexual y/o Violación.

Tabla 6: Resultados de la evaluada en el Instrumento de Evaluación del Síndrome Postraumático para Sobrevivientes del Abuso Sexual y/o Violación de la Dr. González Serratos, R. (1994).

- Tener terror en la noche de ser asaltada y atrapada
- Tener una mala imagen corporal (sensación de fealdad)
- Siente la necesidad de ser invisible
- Desea ser perfectamente buena
- Se siente incapaz para reconocer y expresar su propio enojo
- Presenta conductas de auto seguridad (ejemplo revisar constantemente que no se aproximen hombres extraños a su alrededor).
- Siente que la están observando
- Es incapaz de confiar en los demás
- Le cuesta trabajo decir no
- Hace de manera automática lo que los demás quieren
- Siente que está marcado por lo sucedido
- Desea ser del sexo contrario
- Trata de reprimir recuerdos desagradables
- Se siente incapaz para tener sexo en una relación íntima o de compromiso
- Evita la interacción sexual
- Siente limitada su capacidad para ser feliz

En el test proyectivo de la persona bajo la lluvia se encontraron los siguientes indicadores de personalidad relacionados con una crisis por violación sexual: Agresividad, introversión, encerrarse en sí misma, pesimismo, debilidad, depresión, fatiga, desaliento, agotamiento, ansiedad, inseguridad, estrés, desintegración (posible derrumbe emocional), angustia, conflicto sexual, alucinaciones olfativas, alucinaciones auditivas, sentimiento de inmovilidad, resolución de conflictos por medio de mecanismos compulsivos-obsesivos, ambivalencia sexual, regresión, lucha por autonomía. Dentro de los rasgos más representativos en el dibujo su trazo

es entrecortado lo cual refleja rasgos de ansiedad e inseguridad. Como rasgos de conflicto sexual se encuentran los pies muy marcados, los hombros muy marcados y musculosos. Como rasgo depresivo, de introversión, debilidad, fatiga, desaliento se encuentra el emplazamiento del dibujo en el margen izquierdo de la hoja (Querol, y Chaves, 2009).

En el test proyectivo del Dibujo de la Figura Humana se encontraron los siguientes indicadores de personalidad relacionados con una crisis por violación sexual: Desorden sexual, confusión, desintegración, agresividad, arranques temperamentales, tendencias regresivas, temperamento deprimido, control sobre los instintos, represión sexual, control deficiente de impulsos, problemas sexuales. Dentro de los rasgos más representativos en relación a problemas sexuales el cabello de la figura femenina es abundante y desordenado, los labios en ambos dibujos son secos y duros, retoques en la cadera de la figura masculina (Portuondo, 2010).

En el Test proyectivo Casa-Árbol-Persona (Home-Tree-Person, H-T-P), se encontraron los siguientes indicadores de personalidad relacionados con una crisis por violación sexual: Aislamiento, falta de afecto en el hogar, introversión, fantasía, ansiedad, obsesiva-compulsiva, culpa, sentimiento de debilidad o delicadeza, rigidez, inseguridad, ansiedad, inadecuación, impotencia, preocupación sexual, debilidad de energía, necesidad de apoyo. Dentro de los rasgos más representativos en relación a inseguridad omitió las raíces del árbol, el trazo de los dibujos es poroso con líneas pequeñas y tenues. Presenta en el dibujo del árbol sombreado y detalles excesivos como rasgo de ansiedad. Dibuja el cabello enfatizado, con detalles no necesarios, como el trenzado, líneas divisorias entre las secciones del peinado en la persona como signo de preocupación sexual (Buck, 1992).

En la evaluación del Modelo CASIC se obtuvo lo siguiente:

- o *Área Afectiva*: Se encontró que siente coraje, odio y lastima contra el agresor, esto último porque él tiene que forzar a las mujeres a tener contactos sexuales. Se siente culpable porque cree que no hizo lo suficiente para forcejear o evitar de algún modo el evento oponiéndose, esto es una idea contradictoria que la confunde porque a la vez sintió en peligro su vida por ser amenazada con un cuchillo. Miedo a todos los hombres “chaparros y morenos” porque se parecen al agresor sexual. Se siente triste porque sus padres no saben lo que ocurrió, se siente apenada y teme comentarles del evento porque cree que pueden culparla de lo sucedido. Se ha sentido enojada, triste, impotente, con miedo e insegura.

- *Área Somática*: “Mariana” se ve cansada y con sueño en la evaluación. Tiene rechazo a la sexualidad, ya que teme ser utilizada sexualmente como si fuera un objeto. Se siente sucia “que huele al agresor”, recuerda el olor a sudor de él y siente asco.
- *Área Intrafamiliar*: “Mariana” siente el apoyo de su familia, en especial de su cuñado y los padres de él. Su hermana no le ha comentado nada en relación al evento, cree que es porque no sabe que decirle.
- *Área cognitiva*: Se encontró que recién ocurrido el evento “Mariana” presentó ideas suicidas lo cual duro por poco tiempo. Evita recordar el evento. Tiene baja autoestima. Al ser “Mariana” originaria de una comunidad rural cree que es algo muy importante y negativo haber perdido de esa manera “la virginidad”. Su vida la percibe truncada porque piensa que siempre estará encerrada en su casa. Presenta rechazo a ser mujer y se hace la fuerte y se dice a sí misma que “no pasó nada”; sin embargo piensa que su carácter se ha hecho más fuerte a raíz del evento.

4.1 Diagnóstico

A través del análisis de todos los datos obtenidos a través de la técnicas y pruebas psicológicas aplicadas, “Mariana” presenta **Trastorno por Estrés Agudo** (este tipo de Trastorno se diagnostica si se encuentran los síntomas al menos durante el primer mes posterior al evento traumático ocurrido, mientras que el Trastorno por Estrés Postraumático se diagnostica si persisten los síntomas en al menos 6 meses después del evento traumático ocurrido), el cual es una respuesta extrema a un estresante severo, que abarca ansiedad, evitación de estímulos asociados con el trauma y bloqueo de respuestas emocionales.

Debido que el Trastorno por Estrés Agudo ocurre inmediatamente después del episodio traumático, la forma de reaccionar de los sujetos que manifiestan este trastorno puede ser considerada, equivocadamente, psicológicamente correcta, pues debido a la amnesia los sujetos pueden realmente olvidar la sintomatología asociada al trauma, además algunas personas prefieren minimizar o negar la presencia de sintomatología que consideran fuera de lo normal (González, 2000).

Los síntomas según Davison (2005) tienen lugar durante el mes que sigue a la exposición del acontecimiento traumático y se agrupan en tres categorías principales.

Tabla 7: Síntomas del Trastorno por Estrés Agudo según Davison (2005)
y los síntomas presentados por “Mariana”.

<p><u>Se experimenta de nuevo el evento traumático</u> El evento se recuerda con frecuencia y abundan pesadillas relacionados con el mismo. Estímulos que lo simbolizan producen gran malestar emocional</p>	<p>“Mariana” recuerda de manera frecuente el olor a sudor del agresor y siente asco Cuando “Mariana” ve hombres con características físicas parecidas al agresor siente miedo.</p>
<p><u>Evitación de estímulos relacionados con el evento o bloqueo de la capacidad de respuesta</u> La persona trata de no pensar en el trauma o de no encontrarse con estímulos que se lo recuerden, incluso se puede llegar a experimentar amnesia real para ya no pensar en el mismo.</p>	<p>“Mariana” evita recordar el evento e incluso se dice a sí misma que “no pasó nada”. Tiene rechazo a la sexualidad, ya que teme ser utilizada sexualmente como si fuera un objeto, dejo de ir a trabajar por sentirse insegura y solo sale lo necesario a la calle por temer encontrarse con el agresor.</p>
<p><u>Síntomas de excitación aguda</u> Dificultades para dormir, permanecer despierto o concentrarse, hipervigilancia y respuestas exageras de sobresalto.</p>	<p>“Mariana” evita salir a la calle y cuando lo hace se encuentra atenta, para evitar encontrarse con el agresor.</p>

4.2 Conclusiones del Estudio de Caso

1. Se encontró que la usuaria se encuentra orientada en persona, espacio y tiempo.
2. De acuerdo a la observación directa y a la entrevista semiestructurada de violación sexual, se detectan cambios que repercuten en su estilo de vida. “Mariana” presenta características de personas que han sufrido de violación sexual tales como: Problemas de autoestima, llanto incontrolable después del evento, borrar de su mente el evento (aparente calma y autodominio), sentimientos de culpa, pesadillas relacionadas al evento, sensación de suciedad corporal (sentir que huele al presunto agresor sexual) y problemas de autoestima.

Tabla 8: Comparación entre las reacciones propuestas por Aresti (1999) y las reacciones presentadas en “Mariana”.

Reacciones propuestas:	Se puede observar en:
Llanto incontrolable	En el Modelo CASIC “Mariana” refirió que los días posteriores al evento lloraba de manera constante
Borrar de su mente lo ocurrido (aparente calma, autodominio al momento)	En el Modelo CASIC “Mariana” menciona que se encuentra calmada, ya que no desea darle gusto al agresor de estar mal por lo sucedido
Sentimientos de culpa	En el Modelo CASIC “Mariana” refirió sentir culpa por posiblemente decepcionar a sus padres y teme que la culpen de lo ocurrido. Además en la primera sesión de evaluación, menciona que de haber forcejeado más con el agresor, hubiera podido evitar lo sucedido
Pesadillas relacionadas al hecho	En el Modelo CASIC se observa que “Mariana” en los primeros días después del evento ocurrido tenía constantes pesadillas de lo acontecido
Sensaciones de suciedad con deseos de lavarse violentamente el cuerpo y desinfectarse los genitales	En el Modelo CASIC “Mariana” refiere recordar el aroma de sudor del agresor, lo cual le provoca sentirse sucia
Problemas de autoestima	En el Modelo CASIC y en el Instrumentos de Evaluación del síndrome postraumático para sobrevivientes del abuso sexual y/o violación, en los cuales “Mariana” refirió sentirse como una “mujer

tristeza, constricción emocional, inseguridad, deseos de agradar y obtener aprobación de los demás, bloqueo emocional, frustración, descontento, fuerte necesidad de logro y de agradar y obtener aprobación de los demás, disminución de la energía, dependiente de figuras que representan protección (cuñado y mamá de cuñado), tener un dominio social a través del manejo adecuado de las reacciones emocionales, rigidez y concreción de pensamiento, preocupación y conflictos sexuales a partir de la concepción del rol femenino. (Acosta; Alva; Bueno; Díaz y Fernández, 2007).

Tabla 9: Comparación entre las reacciones propuestas por Acosta; Alva; Bueno C; Díaz y Fernández (2007) y las reacciones presentadas en “Mariana”.

Reacciones propuestas:	Se puede observar en:
Tristeza	En el Modelo CASIC “Mariana” refiere haberse sentido triste en los posteriores al evento ocurrido, sin embargo no fue durante mucho tiempo.
Inseguridad	En el Modelo CASIC “Mariana” menciona que durante los primeros días posteriores a lo ocurrido, solo salía de su casa acompañada y a un lugar cercano, por temor a vivir un hecho similar.
Bloqueo emocional	En el Modelo CASIC “Mariana” menciona que se hace la fuerte y se dice que no pasó nada.
Descontento	En el Modelo CASIC “Mariana” se encuentra enojada por lo ocurrido y con el agresor, ya que él tiene que forzar a las mujeres para que tengan sexo con él.
Disminución de la energía	En el Test de la persona bajo la lluvia y en el Test H-T-P (Homme-Tree-Person) se encuentran rasgos de debilidad de energía, además durante las sesiones de evaluación su aspecto era de cansancio.
Dependiente de figuras que representan protección	En el Modelo CASIC “Mariana” refiere sentir el apoyo de cuñado y la mamá del cuñado, ya que la motivan y le dicen que debe ser fuerte.
Dominio social a través del manejo adecuado de las reacciones emocionales. Rigidez	En el Modelo CASIC “Mariana” refiere que su carácter se ha hecho más fuerte al vivir este evento y trata de no pensar en lo ocurrido ya que eso le hace sentir más tranquila
Preocupación	En el Modelo CASIC “Mariana” expresa que un día al salir a la calle le pareció ver a un sujeto parecido a su agresor, lo cual le causa preocupación, ya que piensa que él podría reconocerla y hacerle daño de nuevo
Conflictos sexuales a partir de la concepción del rol femenino	En el Modelo CASIC “Mariana” expresa rechazo a ser mujer y a la sexualidad ya que cree que por haber sido víctima de violación sexual puede que solo los hombres la usen como un objeto sexual y no la amen por quien es. Además en los test proyectivos aplicados a “Mariana” (Test de figura humana, Test H-T-P y Test persona bajo la lluvia) se encuentran conflictos sexuales

3. De acuerdo a las etapas o reacciones que menciona ADIVAC (Asociación para el Desarrollo Integral de Personas Violadas A. C.) sobre la crisis que sufren las personas que viven una violación sexual Mariana pasó por la primera reacción (de minutos a cuatro semanas del evento) donde no se deja de pensar una y otra vez sobre lo ocurrido, hay sentimientos de culpa y de suciedad corporal, hay la idea de encerrarse en casa por el miedo a salir y encontrar al presunto agresor sexual, limitándose a hacer trayectos definidos al salir.

Tabla 10: Comparación entre la primera reacción propuesta por la Asociación para el Desarrollo Integral de Personas Violadas, A.C. (ADIVAC (2007) y las reacciones presentadas en “Mariana”.

Primera reacción: De minutos a cuatro semanas de sucedida la agresión	
Reacciones propuestas:	Se puede observar en:
No dejar de pensar una y otra vez sobre lo ocurrido	En el Modelo CASIC “Mariana refiere que en los días posteriores al evento lo recordaba de manera constante
Sentirse culpable y sucia(o) por la agresión que sufrió	En la primera sesión de evaluación “Mariana refirió sentir culpa por lo sucedido, ya que piensa que si hubiera forcejeado más con el agresor hubiera podido evitarlo
Encerrarse en su casa para no salir a la calle por el miedo de encontrarse con el agresor	En la primera sesión de evaluación “Mariana” refirió haber dejado de ir a su empleo por el temor de salir a la calle, además en el Modelo CASIC expresa que en los días posteriores al evento no salía de su hogar
Limitarse a hacer trayectos definidos, es decir elegir y/o excluir algún tipo de transporte o ciertos lugares	“Mariana” solo salía de su casa para dirigirse al Ministerio Público para realizar trámites legales y para asistir a las sesiones de evaluación psicológica, siempre acompañada

4. Actualmente se encuentra en la segunda reacción o etapa, de acuerdo a ADIVAC (de cuatro semanas a doce meses después del suceso), donde hay depresión, melancolía, falta de seguridad y baja autoestima, cambios drásticos de humor, intentos suicidas (no en todos los casos y en el caso de “Mariana” solo tuvo ideas suicidas, pocos días después de lo ocurrido).

Tabla 11: Comparación entre la segunda reacción propuesta por la Asociación para el Desarrollo Integral de Personas Violadas, A.C. (ADIVAC (2007) y las reacciones presentadas en “Mariana”.

Segunda reacción: De cuatro semanas a doce meses del suceso	
Reacciones propuestas:	Se puede observar en:
Depresión y melancolía	A pesar de no haberse encontrado sintomatología por depresión en el Cuestionario Clínico para el Diagnóstico del Síndrome Depresivo, “Mariana” manifiesta sentirse triste en este cuestionario y en el Modelo CASIC, además en las sesiones de evaluación su tono afectivo era de tristeza
Falta de seguridad y baja autoestima	En el Instrumentos de Evaluación del síndrome postraumático para sobrevivientes del abuso sexual y/o violación, en los cuales “Mariana” refirió tener una mala imagen corporal al sentirse como una “mujer fea” además en el Modelo CASIC menciona no sentirse segura, por lo cual solo sale de su casa acompañada ya lugares cercanos
Cambios drásticos de humor	En el Modelo CASIC “Mariana” expresa sentirse en ocasiones enojada, con miedo, insegura e impotente ante lo ocurrido, sin embargo también manifiesta sentir en otras ocasiones tranquila y fuerte
Intentos de suicidio (solo en algunos casos)	Durante la segunda sesión de evaluación “Mariana refirió ya no tener tener ideas suicidas, sin embargo en los días posteriores al evento pensaba en querer morir, sin embargo nunca lo intento.

5. Los síntomas por violación sexual encontrados en la observación directa y la entrevista semiestructurada de violación sexual, coinciden con los resultados que arrojan las pruebas proyectivas. Según estas pruebas presenta las siguientes características de personalidad relacionadas con mujeres que han vivido una violación sexual: Agresividad, introversión, encerrarse en sí misma, pesimismo, debilidad, depresión, fatiga, desaliento, agotamiento, ansiedad, inseguridad, estrés, desintegración (posible derrumbe emocional), angustia, conflicto sexual, alucinaciones olfativas, alucinaciones auditivas, sentimiento de inmovilidad, resolución de conflictos por medio de mecanismos compulsivos-obsesivos, ambivalencia sexual, regresión, lucha por autonomía (Querol, M. y Chaves, P., 2009), desorden sexual, confusión, desintegración, agresividad, arranques temperamentales, tendencias regresivas, temperamento deprimido, control sobre los instintos, represión sexual, control deficiente de impulsos, problemas sexuales (Portuondo, A., 2010), aislamiento, falta de afecto en el hogar, introversión, fantasía, ansiedad, obsesiva-compulsiva, culpa, sentimiento de debilidad o delicadeza, rigidez, inseguridad, ansiedad, inadecuación, impotencia, preocupación sexual, debilidad de energía, necesidad de apoyo (Buck, N., 1992).
6. En relación a los demás instrumentos de evaluación presenta indicadores emocionales relacionados con personas que han vivido una violación sexual tales como: Síndrome Postraumático para Sobrevivientes del Abuso Sexual y/o Violación.
7. En el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado IDARE y el Cuestionario Clínico para el Diagnóstico del Síndrome Depresivo, no se encontraron niveles significativos de ansiedad y rasgos depresivos ya que la usuaria está racionalizando la crisis emocional que presenta al evitar contactar con emociones asociadas al evento, pretendiendo ser fuerte, además por el apoyo que siente por parte de su cuñado y la mamá de este.
8. De acuerdo a los datos obtenidos a través de la evaluación, “Mariana” presenta Trastorno por Estrés Agudo, de acuerdo a la temporalidad del evento, ya que este tipo de trastorno se diagnostica al encontrarse síntomas al menos durante el primer mes posterior al evento traumático vivido.

CAPÍTULO V. INTERVENCIÓN ANTE CASOS DE VIOLACIÓN SEXUAL

La Unidad de Atención a Víctimas del Delito es muy eficaz en su atención, sin embargo por la gran demanda que tiene y la falta de personal, es imposible que los usuarios reciban un tratamiento psicológico para que puedan superar el suceso traumático vivido, por lo cual en la presente tesina se sugiere que exista un psicólogo, encargado únicamente de brindar atención terapéutica a las víctimas y además se propone un tratamiento para que las víctimas puedan superar la crisis emocional, en especial las personas que han sufrido una violación sexual, como en el caso de “Mariana” cuya intervención psicoterapéutica para su recuperación no fue realizada, debido a los motivos anteriormente expuestos.

El haber vivido una experiencia traumática no significa resignarse, por muy terrible que haya sido el suceso vivido, siempre cabe la posibilidad de cerrar total o parcialmente la herida sufrida. No se trata de olvidar lo inolvidable, sino de no sentirse atrapado como en una jaula por los recuerdos del pasado, así que lo que se pretende es que la persona recupere la capacidad de hacer frente a las necesidades del presente y de mirar al futuro con esperanza. En definitiva, ser capaz de atender a los requerimientos de la vida cotidiana, prestar atención a los estímulos exteriores, disfrutar de lo que se tiene a mano en las circunstancias actuales y hacer planes para el futuro, aunque sólo sea para los días o meses inmediatos, denotan un camino claro de recuperación (Echeburúa, 2004).

Existen personas que se muestran resistentes a la aparición de síntomas clínicos tras la experimentación de un suceso traumático, ello no quiere decir que no sufran un dolor ni que no tengan recuerdos desagradables, sino que a pesar de ellos, son capaces de hacer frente a la vida cotidiana y pueden disfrutar de otras experiencias positivas, debido a que tienen un tipo de personalidad resistente al estrés, la cual se caracteriza por el control emocional, la autoestima adecuada, valores, un estilo de vida equilibrado, unas aficiones gratificantes, una vida social estimulante, un mundo interior rico y una actitud positiva ante la vida. Todo ello posibilita el poder utilizar esos recursos disponibles para hacer frente de forma adecuada a los sucesos negativos vividos, superar las adversidades y aprender de las experiencias dolorosas, sin renunciar a sus metas vitales (Seligman, 1999).

La manera en que una persona reacciona ante un suceso traumático tiene que ver con las estrategias de afrontamiento que posee; es decir con los esfuerzos cognitivos y conductuales, constantes y cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo, ya que el afrontamiento constituye un proceso cambiante con fines de adaptación, en el que el sujeto y el contexto interactúan de manera permanente, además que los individuos varían sus patrones de estrategias de afrontamiento en función del tipo de problema a resolver (Figuroa y Cohen, 2006).

Echeburúa (2004), clasifica las estrategias de afrontamiento de la siguiente manera:

- ◆ Estrategias de afrontamiento positivas
 - Aceptación del hecho y resignación.
 - Experiencia compartida del dolor y de la pena.
 - Reorganización del sistema familiar y de la vida cotidiana.
 - Reinterpretación positiva del suceso (hasta donde sea posible).
 - Establecimiento de nuevas metas y relaciones.
 - Búsqueda de apoyo social.
 - Implicación de grupos de autoayuda.
- ◆ Estrategias de afrontamiento negativas
 - Anclaje en los recuerdos y planteamiento de preguntas sin respuesta.
 - Sentimientos de culpa.
 - Emociones negativas de odio o de venganza.
 - Aislamiento social.
 - Consumo excesivo de alcohol o de drogas.
 - Abuso de fármacos.

Las estrategias de afrontamiento positivas pueden ser detectadas durante el proceso de evaluación del individuo, para ser utilizadas en la intervención, lo cual hará que no solo se conciba al individuo con un conjunto de síntomas, sino también con las estrategias para poder superar la crisis que presenta (En el caso de “Mariana” ella acepto lo sucedió con resignación e

incluso piensa que este evento la hizo ser más fuerte y asiste a grupos donde puede compartir su experiencia con otras chicas que han pasado por un suceso similar).

Por lo cual el creciente estudio de las estrategias de afrontamiento es producto de reconocer en ellas un particular modo de responder a las diferentes situaciones que generan estrés, como así también de entender su función positiva de mitigar los efectos nocivos de algún suceso traumático (Leibovich, Schmidy y Marro, 2002).

Además al revisar las estrategias de afrontamiento con las cuales cuenta un individuo se puede comprender por qué hay personas que han pasado por una agresión sexual y no necesitan un tratamiento psicológico o farmacológico, debido al equilibrio psicológico previo, el transcurso del tiempo, la atención prestada a los requerimientos de la vida cotidiana y el apoyo familiar y social contribuyen muchas veces a metabolizar el trauma. Estas personas tiene presente siempre lo ocurrido, pero el acontecimiento traumático no interfiere actualmente de forma negativa en el día a día. De este modo y aun con sus altibajos emocionales y con sus recuerdos dolorosos, son capaces de trabajar, de relacionarse con otras personas, de disfrutar la vida diaria y de implicarse en nuevos proyectos.

Por el contrario, algunas personas se encuentran atrapadas por el suceso sufrido, no recuperan sus constantes biológicas en relación con el sueño y el apetito, viven atormentadas con un sufrimiento constante, no controlan sus emociones ni sus pensamiento, se aíslan socialmente y se muestran incapaces de hacer frente a las exigencias de la vida cotidiana, adoptando a veces conductas contraproducentes (beber en exceso, comer más de la cuenta, auto medicarse, etc.) son estas las personas que al sentirse desbordadas por el trauma, requieren una ayuda específica y en algunos casos también farmacológica.

A un nivel profesional, garantizar la seguridad de la persona es un requisito previo a cualquier intervención terapéutica, cuyos objetivos fundamentales son proporcionar alivio inmediato a los síntomas más graves, hacer frente a lo ocurrido, restaurar en la persona el sentido básico de seguridad en el mundo y en las personas y facilitará la reintegración social de la persona en el contexto comunitario, ya que en realidad la persona solo llega a sentirse recuperada cuando recobra la sensación de que puede tomar decisiones y controlar razonablemente su vida.

Cuando la persona se muestra incapaz de hacer frente por sí sola al trauma sufrido, los principios básicos de cualquier intervención terapéutica pueden resumirse en los siguientes puntos: mejorar el malestar emocional, ayudar al proceso de curación natural, no emplear tratamientos ineficaces o inaplicables que empeoren la situación o pospongan la recuperación y adaptar la terapia a las necesidades específicas de cada paciente. Cualquiera que sea el tratamiento utilizado, un elemento fundamental es mostrar a la persona que las respuestas psicológicas son habituales ante un suceso traumático, es decir, es hacerle ver a la persona las reacciones emocionales normales que suelen surgir ante una situación “anormal” como es el caso de una violación sexual (Robles y Medina, 2002).

Se trata de hacer frente a todas las alteraciones suscitadas por el suceso vivido, en concreto, las dificultades en la regulación de emociones y los problemas en las relaciones interpersonales desempeñan un papel muy importante, ya que el no abordar estos aspectos en las primeras fases del tratamiento puede llevar a una exacerbación de los síntomas.

5.1 Propuesta de intervención

La terapia cognitivo conductual es una forma de entender cómo se piensa acerca de sí mismo, de otras personas y del mundo que nos rodea, y cómo las propias acciones afectan los pensamientos y sentimientos. Por lo cual este tipo de terapia puede ayudar a cambiar la forma del cómo piensa (cognitivo) y cómo actúa (conductual) una persona y estos cambios le pueden ayudar a sentirse mejor (Timms, 2007).

El enfoque cognitivo conductual se basa en el influjo de los procesos cognitivos alterados como generadores de conductas desajustadas, enfatizando el papel decisivo que tienen los procesos cognitivos en la recuperación de los traumas (López, 1992).

Por lo cual, para lograr que la persona supere la crisis que presenta, Echeburúa (2004) basado en el enfoque cognitivo conductual, plantea que los objetivos del tratamiento se deben plantear de forma escalonada con arreglo a una jerarquía de necesidades, en primer lugar, se trata de hacer frente a los síntomas más graves (insomnio, pesadillas, ansiedad intensa, humor depresivo, etc.). En segundo lugar hay que abordar el núcleo del trauma (re experimentación del suceso ocurrido, conductas de evitación y reacciones de sobresalto).

Y por último, se trata de regular las emociones de recobrar la autoestima y de recuperar la confianza en las demás personas. Si el proceso culmina con éxito la persona obtiene cierta sensación de calma y de seguridad, asume de nuevo el control sobre su vida y sus emociones, se reintegra socialmente en el contexto comunitario, y continúa activamente con su proyecto de vida.

Para esta propuesta de intervención Echeburúa (2004) recomienda que el número total de sesiones sea de 10 a 12, con una periodicidad semanal y con una duración total de 2 a 3 meses, pasando a la siguiente fase según las necesidades del paciente y sus avances. Este tipo de tratamiento resulta la mejor opción para casos de violación sexual, ya que resulta útil desglosar problemas complejos en partes más pequeñas, lo cual permite ver cómo estas partes se relacionan entre sí y cómo afectan la vida de una persona, derivándose en pensamientos, emociones, sensaciones físicas y comportamientos.

Y además de la intervención expuesta por Echeburúa, en la presente tesina se propone utilizar de manera conjunta, las estrategias de afrontamiento positivas con las cuales ya cuenta el individuo, de esta manera no solo será prioridad la sintomatología derivada del evento traumático, sino que se le hará notar al individuo que cuenta con los recursos para superar la violación sexual y además para finalizar la intervención se le motivará al individuo para que pueda desarrollar sus capacidades resilientes que le ayuden a superar lo ocurrido y además pueda enfrentar las diversas circunstancias que se le presenten en el transcurso de su vida.

5.1.1 Primera Fase

La inestabilidad emocional es una característica normal en las víctimas de violación sexual, lo que conlleva a una sensación de vulnerabilidad personal, por lo cual en la primera fase del tratamiento se trabajarán con los síntomas más graves, los cuales interfieren negativamente en la vida cotidiana de la persona, como lo son la anestesia emocional, problemas de irritabilidad, ansiedad y depresión. Los cuales originan diversos problemas en las personas, desde problemas sexuales, de sueño, alimentación, enfermedades de origen somático y entre otros. Por lo cual a continuación se mencionan los síntomas más graves que comúnmente aparecen en casos de violación sexual y su tratamiento en esta primera etapa.

Anestesia emocional

El embotamiento o anestesia emocional, constituye una reacción protectora de la persona, ya que consiste en no depositar sentimientos de afecto o de confianza en otras personas ni tener la disposición a recibirlos, lo cual supone una pérdida de identidad personal, pero es una forma de protección ante los peligros potenciales. Superar esta anestesia emocional requiere de pasos graduados, pero decididos hacia el mundo exterior; la expresión de emociones debe hacerse al principio de forma progresiva y en un entorno seguro, es decir con las personas de confianza, esto puede resultar al principio forzado, sin embargo la práctica regular de expresar y compartir emociones, de forma graduada va a contribuir al desbloqueo de la anestesia emocional.

Ansiedad

La ansiedad es un estado de alerta permanente, que incide negativamente en la vida cotidiana de la persona que experimento un suceso traumático; en esta condición la persona puede encontrarse alterada constantemente, sentirse irritable, tener dificultades para dormir, permanecer vigilante ante cualquier estímulo por insignificante que seas y sentir la necesidad de tener el control de todo lo que está a su alrededor. En general, la ansiedad es una respuesta emocional que funciona como protección ante las situaciones posiblemente amenazantes o peligrosas; la ansiedad se manifiesta en síntomas físicos, lo cuales son la presencia de sudoración, dificultades respiratorias, rubor facial, aceleración de los latidos del corazón, etc., cuando la persona percibe ya sea de manera incorrecta o correcta los estímulos de su medio.

Sin embargo, cuando la respuesta de temor se activa antes situaciones que realmente no son peligrosas, se trata entonces de una ansiedad patológica, la cual si no se trata produce en la persona sufrimiento, desgaste excesivo e interfiere de manera negativa en su calidad de vida. El acumular mucha ansiedad sin descargarla de manera adecuada puede activar otro tipo de emociones negativas (rencor, tristeza, ira, etc.) lo cual empeoraría la calidad de vida de la persona.

Las técnicas fundamentales para reducir la ansiedad son el control de la respiración, la relajación muscular y la relajación mental mediante la utilización de imágenes tranquilizadoras.

◆ El control de la respiración

La práctica de una respiración lenta y profunda favorece la recuperación de la calma, además de facilitar la relajación, la respiración profunda, al permitir inspirar aire más eficazmente, refuerza y pone en forma el sistema pulmonar, mejora las funciones cardiovasculares e intensifica la oxigenación, así pues cuando se regula la respiración se tiende a controlar la tensión y se reduce la activación psicofisiológica.

El reaprendizaje de una respiración adecuada es una estrategia de afrontamiento útil para hacer frente a la hiperactivación fisiológica; es fácil de aprender, ya que en general se para esto se requiere de una a dos sesiones de una hora y como cualquier otro procedimiento, se requiere de práctica regular (al menos tres veces al día, especialmente en los momento de mayor tensión).

Entrenamiento en respiraciones lentas y profundas

Cuando una persona percibe los primeros signos de hiperventilación involuntaria debe realizar los siguientes pasos:

1. Interrumpir lo que está haciendo y sentarse o al menos concentrarse en los siguientes pasos (si se está en compañía de alguien, puede uno excusar su ausencia durante unos minutos y acudir a un lugar aislado, como por ejemplo el cuarto de baño).
2. Retener la respiración, sin hacer inhalaciones profundas y contar hasta 10.
3. Al llegar a 10, espirar y decirse a sí mismo de una forma suave la palabra “tranquilo”.
4. Inspirar y espirar en ciclos de 6 segundos (3 para la inspiración y 3 para la espiración), diciéndose a sí mismo la palabra “tranquilo” cada vez que espira. Habrá, por tanto 10 ciclos de respiración por minuto.
5. Al final de cada minuto (después de 10 ciclos de respiración), retener de nuevo, la respiración de nuevo durante 10 segundos. A continuación, reanudar los ciclos de respiración en 6 segundos.
6. Continuar respirando de este modo hasta que hayan desaparecido todos los síntomas de la hiperventilación involuntaria.

◆ La relajación muscular

Uno de los mejores antídotos contra la ansiedad y el estrés es la relajación, la tensión muscular causa sensaciones corporales molestas como dolor de cabeza y espalda, estas sensaciones producen fatiga y llevan a aumentar el grado de preocupación de la persona.

La relajación muscular progresiva de Jacobson es un método sencillo y muy práctico para lograr la relajación, consiste en tensar y relajar los principales grupos musculares del cuerpo (brazos, cara, cuello, tronco y piernas) al mismo tiempo que el sujeto se concentra en las sensaciones relacionadas con la tensión y la relajación. De este modo, puede aprender a relajarse y a distinguir con precisión la relajación de la tensión, así como a identificar los mayores puntos de tensión de su cuerpo.

Además de reducir la tensión acumulada, la relajación hace consciente a la persona de la respuesta muscular a la tensión crónica; una vez dominada esta técnica puede practicarse en cualquier lugar, combinado con la respiración profunda, este simple método reduce eficazmente la tensión y hace menos vulnerable a la persona al estrés (se debe practicar al menos dos veces al día durante 15 a 20 minutos, una vez antes de acostarse y otra ocasión en el momento de mayor tensión del día).

◆ La relajación mental

Algunas personas pueden llegar a relajarse físicamente, pero no mentalmente, porque están pendientes de sus inquietudes y preocupaciones, ya que la imaginación y los pensamientos negativos pueden inducir estrés, los pensamientos positivos y la visión mental de escenas agradables y serenas pueden suscitar sosiego y tranquilidad.

Estrategias de relajación mental

1. Escribe una lista de lugares o situaciones que te resulten relajante. Por ejemplo, escuchar música grata.
2. Al relajarte muscularmente después de hacer los ejercicios, imagina de la forma más realista posible que estás en una de esas situaciones apacibles.

3. No te preocupes si no puedes concentrarte durante mucho tiempo en una imagen. Si tienes varias, puedes imaginártelas una detrás de otra. Se trata de apartar de la mente los pensamientos preocupantes durante periodos cada vez más largos.
4. Si no puedes pensar en una imagen relajante, concéntrate en algo interesante o divertido.

Tabla 12: Técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson (1920) (mencionada en Echeburúa 2004).

Músculos	Instrucciones
Manos	Cerrar, apretar y notar la tensión. Abrir, soltar poco a poco y distinguir las diferentes sensaciones entre tensión y relajación.
Brazos (bíceps)	Doblarlo, notar la tensión y soltarlos paulatinamente.
Brazos (tríceps)	Estirarlos hacia delante, sentir la tensión, aflojarlos y relajarlos
Frente	Subir las cejas arrugando la frente, notar la tensión, soltar y relajar.
Entrecejo	Fruncirlo y soltar despacio.
Ojos	Desplazarlos a la derecha, arriba, a la izquierda, abajo; soltarlos y relajarlos.
Mandíbulas	Sonreír de manera forzada, soltar y relajar.
Labios	Apretarlos, soltar y relajarlos.
Cuello	Girar a la derecha, a la izquierda, adelante, atrás; soltar y relajar.
Hombros	Subirlos hacia las orejas, llevarlos atrás, soltar y relajarlos.
Tórax	Respirar lentamente.
Estómago	Contraer hacia dentro y hacia fuera, soltar y relajar. Respirar lentamente.
Nalgas	Contraerlas apretando hacia el asiento, soltar y relajar.
Piernas (1)	Subirlas con las puntas de los pies hacia la cara; soltar y relajarlas.
Piernas (2)	Subirlas con las puntas de los pies estiradas; soltar y relajarlas.

◆ *Tristeza*

La tristeza al igual que el miedo o la ira es una emoción más de las que dispone el ser humano, esta emoción permite expresar el dolor que un sujeto vive por dentro y a la vez pedir ayuda o

apoyo emocional a las personas de su entorno; por lo cual la tristeza es positiva cuando se vive ante circunstancias realmente dolorosas y siempre que tenga una intensidad y duración proporcional a la situación desencadenante. Hay tres técnicas que se han mostrado útiles para superar la tristeza derivada de las situaciones vitales negativas, las cuales son las siguientes:

a) El cambio de los pensamientos negativos equivocados

Los pensamientos determinan los sentimientos y las conductas, por lo cual el objetivo es tratar de modificar los pensamientos negativos; por lo cual es importante aprender a diferenciar el malestar que proviene del suceso ocurrido del sufrimiento que uno mismo se crea con sus pensamientos equivocados. Así que en primer lugar hay que actuar a modo de “detectives” para localizar aquellos pensamientos negativos automáticos causantes de la tristeza; en segundo lugar conviene poner a prueba y desafiar dichos pensamientos para determinar si son realmente ciertos y por último se debe buscar alternativas a los pensamientos negativos y construir pensamientos más realistas.

b) La implicación en actividades agradables

Las personas que vivieron un suceso traumático, como es el caso de una violación sexual, tienden a entrar la atención selectivamente en las preocupaciones que les afectan, que les suelen abrumar y que perciben como incontrolables. La concentración en uno mismo, la fatiga y la desmotivación son en último término, el resultado habitual de este proceso; por ello no es infrecuente que las personas abandonen la práctica de sus aficiones, salgan poco de casa y se relacionen menos socialmente.

El mejor remedio para superar este malestar es implicarse en alguna actividad gratificante, cuando una persona está realizando una tarea grata que le resulta absorbente logra desconectar con más facilidad los pensamientos tristes. De esta manera obtiene un disfrute que no obtendría si se quedara inactiva pensando y recreándose en los recuerdos negativos, cada persona debe seleccionar aquellas actividades gratas que más le interesan, bien porque le han gustado en el pasado, bien porque le gustaría iniciar o aprender ahora.

c) Programación de actividades lúdicas

- Haz una lista de las actividades que te gusta llevar a cabo o que te han interesado en un pasado reciente.
- Reserva tiempo suficiente para realizarlas al final de tu jornada y los fines de semana y vacaciones.
- Concédete algún capricho. Mímate un poco de vez en cuando.

La búsqueda de lo positivo en las vivencias cotidianas

Mantener en la mente las experiencias agradables o las imágenes de la fortaleza demostrada para superar las experiencias agradables o las imágenes de la fortaleza demostrada para superar las desagradables contribuye a mejorar el estado de ánimo. Esta labor resulta muy difícil cuando una persona está triste, pero con la repetición y con la mejoría progresiva del estado de ánimo se va convirtiendo en algo más sencillo.

Como es lógico, las personas que llevan muchos años centrándose en las experiencias negativas que les ocurren y les han ocurrido (en lugar de las gratas), tendrán más dificultades para mejorar su estado de ánimo y para acostumbrarse a detectar las cosas positivas de la vida.

Para practicar esta técnica se requieren dos condiciones:

- ◆ Estar motivados para centrar la atención en las experiencias positivas, por pequeñas que éstas sean.
- ◆ Saber a qué aspectos se debe prestar atención.

Algunas de las cosas en las que una persona se puede fijar son las siguientes:

- Disfrutar de la práctica de actividades agradables.
- Prestar atención a los aspectos gratificantes derivados de la relación con otras personas.
 - Recibir un agradecimiento, una sonrisa, una felicitación, etc.
 - Sentirse útil e importante para otras personas. Ser tenido en cuenta a la hora de opinar, de elegir algo, etc.
 - Reírse y divertirse con otras personas: charlando, yendo de excursión, comiendo, realizando diferentes actividades en grupo, etc.

- Dejarse sorprender por la vida y por las cosas positivas que a una persona le ocurren a diario.
 - Encontrarse con un buen amigo, recibir una llamada telefónica agradable, etc.
 - Sentirse bien por haber ayudado a otra persona.
 - Conocer a gente nueva y simpática.
 - Recibir una notita positiva de un familiar, amigo, etc.
- Buscar noticias agradables o pintorescas en periódicos, revistas, libros, etc.
- Fijarse en anécdotas divertidas o curiosas.
- Aprender cosas nuevas que puedan gustar a una persona y hacerle sentirse bien.

Esta es solo una lista de algunos aspectos positivos de la vida, ya que todos esos aspectos no se limitan a una lista, por lo cual cada día es importante jugar a la búsqueda de un tesoro el cual se llama alegría.

5.1.2 Segunda Fase

En esta segunda fase se aborda el núcleo del trauma, es decir la re experimentación del suceso ocurrido y reacciones de sobresalto; ya que el aspecto más doloroso del trauma es, sin duda revivir intensa y frecuentemente, además de forma involuntaria, la experiencia sufrida; no se trata solo de un recuerdo, sino de vivencias a un nivel cognitivo y emocional que se agolpan en la mente y que vienen acompañadas de una intensa excitación psicofisiológica.

Re experimentación

La re experimentación puede presentarse en forma de pesadillas o de secuencias diurnas de pensamientos o imágenes recurrente de las experiencias vividas más traumáticas, que son percibidas emocionalmente por la persona como si estuviese reviviendo la situación; cualquier estímulo relacionado con el trauma, ya sea interno como un recuerdo o externo como un ruido imprevisto, puede poner en marcha la re experimentación del suceso y llevar a la víctima a adoptar conductas inesperadas de protección y de defensa.

- ◆ La evitación cognitiva como estrategia de afrontamiento

Tratar de eludir una realidad intolerable para mantener el equilibrio emocional y la coherencia social es una reacción protectora natural, por lo cual la evitación en muchas ocasiones es una

estrategia útil. De este modo, la evitación cognitiva de los recuerdos negativos, junto con la implicación activa en actividades distractoras que mantienen ocupada la mente pueden contribuir a restaurar el equilibrio emocional transitoriamente afectado, asimismo el paso del tiempo puede ser un buen aliado e incluso en muchos casos la lejanía temporal del suceso traumático tiende a debilitar el impacto del recuerdo.

En ocasiones esto no siempre ocurre así, ya que a veces las personas presentan síntomas de reexperimentación o conductas de ira, por lo cual la evitación constituye una estrategia contraindicada ya que si hay reexperimentación o irritabilidad manifiesta, se trata de un asunto no cerrado. Por ello lo conveniente en estos casos no es la evitación, sino aprender estrategias para integrar emocionalmente las experiencias vividas en la historia de vida de la persona de una forma gradual.

- ◆ Terapia de exposición a los recuerdos traumáticos

Exponerse a los miedos es saludable, ya que la convivencia con esos temores acaba por transformarse en recuperación; la exposición prolongada en imaginación a los recuerdos traumáticos tiene como objetivo activar la memoria, desactivar la estructura cognitiva del miedo y aumentar la habilidad de la persona para pensar y hablar sobre lo ocurrido. Esto le va a posibilitar el reprocesamiento emocional adecuado de los elementos cognitivos del suceso y así se modifican los elementos patológicos del recuerdo del trauma.

El recordar y verbalizar lo sucedido en un ambiente de apoyo como es el contexto terapéutico, facilita la transformación de las imágenes caóticas y fragmentadas del trauma, mantenidas en la memoria emocional en sucesos ordenados espacio temporalmente bajo el control de la memoria verbal y que tienden a formar parte de la historia de la persona. De este modo la persona puede ejercer un cierto control sobre los recuerdos y evitar una generalización excesiva, al percatarse de que no todos los estímulos ambientales son potencialmente peligrosos, todo ello conduce a cambios en las dimensiones conductuales, cognitivas y psicofisiológicas del miedo, que el sujeto percibe como un alivio de los síntomas; solo de este modo la persona puede llegar a asumir que los recuerdos traumáticos no pueden hacer daño real y a descubrir su propia capacidad para modular las respuestas de ansiedad; lo que la persona llega a experimentar es que adquiere ahora un control sobre las vivencias traumáticas en lugar de que sean ellas las que la controlen.

La confrontación con los pensamientos o imágenes temidos se realiza de forma gradual, de menor a mayor grado de dificultad, se comienza por llevarla a cabo en el contexto seguro de la sesión terapéutica; en primer lugar se expone a la persona a los estímulos cognitivos temidos más simples de la jerarquía y se graba en cinta la exposición, que sólo termina cuando se reduce significativamente el grado de malestar. Se puede a veces facilitar la evocación de los recuerdos con la exposición en vivo a estímulos relacionados, por ejemplo llevando la misma ropa que cuando ocurrió el suceso negativo.

Este tipo de terapia es mencionada por Echeburúa (1995), indicando que la persona debe recibir las siguientes instrucciones por parte del terapeuta:

“Vas a cerrar los ojos para concentrarte mejor y a continuación vas a evocar los pensamientos traumáticos en voz alta. Intenta recordar esos sucesos dolorosos tan vívidamente como sea posible, con todas las imágenes, los sonidos, la temperatura y hasta los olores que estaban presentes. Cuéntamelo en primera persona y en presente, como si estuviera ocurriendo aquí ahora mismo. No te preocupes si tienes ganas de gritar o de llorar: hazlo libremente. Mantén la tensión hasta que disminuya el malestar. Esto te puede llevar un buen rato (45 o 60 minutos). Me vas a contar con detalle lo que piensas y sientes. Si te encuentras muy incómodo porque te sientes irritado, avergonzado e incluso culpable y tienes la tentación de apartar esas imágenes de tu mente, no te preocupes, yo estoy contigo y te ayudaré a mantener la atención y a procesar la experiencia. En ningún caso vas a perder el control o a volverte loco. Vamos a grabar en cinta tu narración para que puedas escucharla en casa como tarea. Cuando termines con este ejercicio en casa, puedes sentirte cansado. Antes de concluir la sesión, vas a imaginar durante algunos minutos algunas escenas relajantes, como la visión de las olas en la playa, el recuerdo de algunas personajes entrañables en la infancia, etc., o a dedicarte alguna actividad placentera, como escuchar una canción agradable o salir a dar un paseo”.

En segundo lugar, como tarea para casa el paciente debe escuchar diariamente la cinta del ejercicio de exposición hecho en la sesión y concentrarse en ella hasta que disminuya el malestar, tal tarea (exposición cognitiva) se completa cuando la persona expresa gradualmente a las situaciones externas evitadas (exposición en vivo), es decir cuando tiene la posibilidad de volver a visitar los lugares y a estar presente en situaciones relacionadas con el trauma. Si los recuerdos traumáticos emergen en forma de pesadillas repetidas durante el sueño, la persona

puede escribir el sueño y ponerle un final más positivo, así como leerlo con concentración durante unas cuantas veces antes de acostarse; de esta manera se puede ejercer un cierto control sobre los sueños.

5.1.3 Tercera Fase

La tercera fase tiene como objetivo regular las emociones para recobrar la autoestima y recuperar la confianza en las demás personas, ya que la persona que ha vivido una violación sexual pierde confianza en sí misma, pero también en los demás e incluso puede percibir a los demás como potencialmente peligrosas e indiferentes a su dolor.

Por lo cual la reevaluación cognitiva desempeña un papel muy importante en este contexto, su objetivo es normalizar los esquemas cognitivos automáticos y catastrofistas que se producen tras las situaciones traumáticas, asimismo se enseña a la persona a prestar una atención específica a los aspectos positivos del suceso, como por ejemplo:

- Darse cuenta de los recursos psicológicos que la persona posee (estrategias de afrontamiento positivas) y que no se habían puesto en marcha con anterioridad.
 - Observar reacciones positivas en los demás con las que la persona no contaba.
 - Dar importancia a las pequeñas cosas cotidianas y valorar el día a día.
- ◆ Déficit de autoestima

Los problemas de autoestima contribuyen a amplificar el impacto psicológico de un suceso traumático, pero pueden ser también una consecuencia del mismo. La autoestima es la forma en que una persona se valora a sí misma y a lo que es capaz de hacer, de ahí deriva el sentimiento de mayor o menor satisfacción que un ser humano experimenta consigo mismo, cuando una persona tiene una autoestima positiva se siente en general capaz y satisfecha consigo misma, hace frente adecuadamente a las dificultades en la vida, mantiene unas relaciones apropiadas con los demás y acepta las críticas sin ver intenciones ocultas en las conductas del resto de las personas.

Por el contrario, cuando una persona tiene una autoestima negativa se ve inútil y se siente incapaz de hacer frente a los problemas diarios, no se acepta a sí misma, se ve inferior a los demás, concede mucha importancia y tiene un temor exagerado a las críticas y por último se muestra muy dependiente de los otros.

Ejercicios para mejorar la autoestima

La autoestima supone la aceptación interna de una persona como tal, lo que no implica un mero ejercicio de resignación, la seguridad en sí misma deriva del sentimiento gratificante que procede de conseguir los objetivos que una persona se propone y se potencia con los diferentes logros que haya podido obtener. En cualquier caso, el éxito debe referirse a metas presentes y futuras, no al pasado, a la comparación de la persona consigo misma no con los demás y a los esfuerzos realizados más que a los logros obtenidos.

Existen unas reglas de oro en relación con la autoestima, las cuales son las siguientes:

- ◆ Tolerar los fracasos.
 - En la vida de cada persona existen tanto fracasos como éxitos. No siempre se gana; si no la vida sería un poco aburrida. Es imposible tener éxito en todas las actividades o en todas las facetas de la persona.
- ◆ Aceptar los errores.
 - Todas las personas cometen errores. Los errores son inevitables.
 - De los errores del pasado se puede aprender para vivir mejor en el futuro (o se puede la persona amargar pensando en ellos y no aprendiendo de ellos).
 - Hay que tolerar un porcentaje de error en el desarrollo de la vida.
- ◆ Proponerse metas alcanzables.
 - Hay que plantearse metas concretas y que sean alcanzables a través de un esfuerzo razonable. Los objetivos imposibles o irreales son una fuente de frustración y de tristeza, por ellos hay que olvidarse de lo imposible e ir a lo posible.
 - Tener éxito en pequeñas metas atrae nuevos éxitos.
- ◆ Relacionarse con los demás.
 - Practicar una comunicación adecuada.
 - Comportarse asertivamente.
 - No “pisotear” los derechos de los demás ni dejar que los otros “pisoteen” los de uno.
 - Fomentar el contacto social con personas agradables alejarse de las personas desagradables o negativas.
- ◆ Controlar las emociones.

- Dominar las emociones (ira, ansiedad, celos, etc.) conduce a la persona a sentirse mejor con ella misma, así como a entenderse mejor con los demás.
- ◆ Solucionar sólo lo que puede solucionarse.
- Abordar sólo los temas que se pueden solucionar. Los sucesos negativos que han ocurrido en el pasado ya no tienen solución, lo que ahora se puede hacer es modificar el presente y trabajar para un futuro mejor.
- ◆ Atender a lo positivo de uno mismo.
- Recrearse recordando las cualidades, habilidades, conocimientos, experiencia, etc., de uno mismo, así como los momentos buenos vividos.
- ◆ No estar comparándose constantemente con los demás.
- Ser siempre uno mismo y aceptarse tanto con las cualidades como con los defectos.
- Compararse con uno mismo, es decir, con los logros conseguidos con el esfuerzo personal.
- ◆ Realizar actividades agradables.
- Divertirse sanamente, sin excesos contraproducentes para la salud (abuso de alcohol, drogas, conductas sexuales de riesgo, etc.)
- Combinar las obligaciones (trabajo, ocupaciones familiares, etc.) con el disfrute de los ratos de ocio (estar con amigos, hacer deporte, practicar aficiones, etc.).

Sentimientos de culpa

La culpa, como las demás emociones tiene una función reguladora en el organismo, la culpa no es estática, sino que puede modificarse en función del análisis de las causas subyacentes y sobre todo de las estrategias de afrontamiento utilizadas. Lo sano es tomar conciencia apropiada de la culpa y expresarla verbalmente, ya que sacar la culpa de uno mismo es una forma de analizarla más objetivamente; no de todo lo malo que ocurre o ha ocurrido es la persona responsable, como en el caso de las violaciones sexuales, en que muchas mujeres se sienten responsables del suceso traumático vivido, pensando erróneamente que pudieron haber hecho algo por evitar lo ocurrido o hicieron algo que posiblemente pudo provocar al agresor.

En este tipo de casos la culpa es irracional, así que el terapeuta debe ayudar a la persona a objetivar la situación, a considerar la culpa como una distorsión cognitiva relacionada con su malestar emocional y a enseñarle alternativas de pensamiento racionales para hacer frente a estos pensamientos automáticos.

5.1.4 Resiliencia

La resiliencia es la capacidad para sobreponerse a periodos de dolor emocional y traumas, por lo cual las personas reaccionan de diversas maneras ante las circunstancias difíciles de la vida, algunos sufren inestabilidad emocional, otros se enfurecen, otros se sienten tan desesperados que ni siquiera son capaces de intentar hacer frente a lo ocurrido e incluso hay quienes se enfrentan a la angustia, se orientan rápidamente a la nueva realidad y reaccionan de tal manera que salen más fortalecidos e incluso mejor que antes de haber vivido el suceso traumático.

Las emociones negativas como miedo, rabia, ansiedad, angustia, desesperación y desamparo, reducen la capacidad para solucionar los problemas a los que nos enfrentamos y debilitan la capacidad de resiliencia. Los miedos y las preocupaciones constantes debilitan el sistema inmunitario y aumentan la vulnerabilidad a las enfermedades; mientras que una persona resiliente tiene capacidad de resistencia la cual significa ser capaz de recuperarse de eventos vitales que a primera vista poder parecer totalmente abrumadores, cuando la vida de las personas resistentes sufre una interrupción, éstas manejan sus sentimientos de manera saludable.

Por lo cual como objetivo final de la intervención terapéutica es enseñarle al paciente la capacidad de resiliencia para que además de superar el suceso traumático vivido, sea resistente ante las adversidades, se adapte rápidamente a las circunstancias nuevas y sobreviva al cambio constante y lo más importante confíe en poder hacerlo. Para lograr esto se hará uso de la resiliencia, la cual es la capacidad para adaptarse a los cambios y a las crisis vitales, es la clave para tener una vida saludable y productiva (Siebert, 2007).

Según la APA (2012) Algunos factores asociados a la resiliencia son:

- La capacidad para hacer planes realistas y seguir los pasos necesarios para llevarlos a cabo.
- Una visión positiva de sí mismos, y confianza en sus fortalezas y habilidades.
- Destrezas en la comunicación y en la solución de problemas.
- La capacidad para manejar sentimientos e impulsos fuertes.

Todos estos son factores que las personas pueden desarrollar por sí mismas y a continuación se muestran diez formas de construir resiliencia:

1. *Establecer relaciones:* Es importante establecer buenas relaciones con familiares cercanos, amistades y otras personas importantes en su vida. Aceptar ayuda y apoyo de personas que lo quieren y escuchan, fortalece la resiliencia. Algunas personas encuentran que estar activo en grupos de la comunidad, organizaciones basadas en la fe, y otros grupos locales les proveen sostén social y les ayudan a tener esperanza. Ayudar a otros que le necesitan también puede ser de beneficio para usted.
2. *Evitar ver las crisis como obstáculos insuperables:* No se puede evitar que ocurran eventos que producen mucha tensión, pero si puede cambiar la manera como los interpreta y reacciona ante ellos. Por ello resulta adecuado el tratar de mirar más allá del presente y pensar que en el futuro las cosas mejorarán. Además observar si hay alguna forma sutil en que se pueda sentir mejor, mientras se enfrentan las situaciones difíciles.
3. *Aceptar que el cambio es parte de la vida:* Es posible que como resultado de una situación adversa no sea posible alcanzar ciertas metas. Aceptar las circunstancias que no se pueden cambiar, puede ayudar a enfocarse en las circunstancias que si se pueden cambiar.
4. *Dirigirse hacia las metas:* Desarrollar algunas metas realistas. Realizar algo regularmente que permita moverse hacia las metas, aunque parezca que es un logro pequeño. En vez de enfocarse en tareas que parecen que no se pueden lograr, es mejor enfocarse en las cosas que se pueden lograr durante el día y que actúen como una guía hacia la meta que se quiere realizar.
5. *Llevar a cabo acciones decisivas:* En situaciones adversas, actuar de la mejor manera que se pueda. Llevar a cabo acciones decisivas es mejor que ignorar los problemas y las tensiones, y desear que desaparezcan.
6. *Buscar oportunidades para descubrirse a sí mismo:* Muchas veces como resultado de la lucha contra la adversidad, las personas pueden aprender algo sobre sí mismas y sentir que han crecido de alguna forma a nivel personal. Muchas personas que han experimentado tragedias y situaciones difíciles, han expresado tener mejoría en el manejo de sus relaciones personales, un incremento en la fuerza personal aun cuando se sienten vulnerables, la sensación de que su autoestima ha mejorado, una espiritualidad más desarrollada y una mayor apreciación de la vida.

7. *Cultivar una visión positiva de sí mismo:* Desarrollar la confianza en su capacidad para resolver problemas y confiar en sus instintos, ayuda a construir la resiliencia.
8. *Mantener las cosas en perspectiva:* Aun cuando se enfrente a eventos muy dolorosos, es preferible tratar de considerar la situación que causa tensión en un contexto más amplio, y mantener una perspectiva a largo plazo. Por lo cual es importante no agrandar el evento fuera de su proporción.
9. *Nunca perder la esperanza:* Una visión optimista permite esperar que ocurran cosas buenas en la vida. Es mejor visualizar lo que quiere en vez de preocuparse por lo que se teme.
10. *Cuidar de sí mismo:* Prestar atención a las propias necesidades y deseos. Interesarse en actividades que resulten agradables y relajantes, e incluso el cuidar de sí mismo ayuda a mantener la mente y el cuerpo listos para enfrentarse a situaciones que requieren resiliencia.

Las personas resilientes se permiten sentir pena, ira, sensación de pérdida y confusión mientras están dolidos y angustiados, pero no dejan que esto se convierta en sentimientos permanentes; el resultado inesperado es que no sólo lo superan, sino que a menudo salen más fortalecidos que antes. Por este motivo las personas resistentes suelen manejar las dificultades de una manera más sencilla que los demás, esperan reconstruir su vida truncada de una manera nueva que les funciones y la lucha para superar la adversidad les desarrolla una nueva fortaleza, aprendiendo de lo vivido (Siebert, 2007).

5.2 Recuperación

Un indicador positivo del proceso de mejoría de la persona es cuando se recupera la expresión verbal de los sentimientos y se pone en orden en el caos de las imágenes y recuerdos del suceso traumático. A veces y más allá de las palabras, la reaparición de experiencias de afecto gestuales, como sonrisas o físicas como abrazos o besos, es una señal de recuperación.

Recuperarse de un trauma implica un largo proceso, del mismo modo que las reacciones individuales ante un acontecimiento traumático son muy variables, a pesar del tiempo establecido para este tratamiento, la duración del proceso de recuperación y las fases del cambio están sujetas también a muchas diferencias individuales. Además la persona debe procurar comunicarse mucho con otras personas, consentirse un poco, no cerrar nunca la ventana de la esperanza, dejar la

actuación del paso del tiempo. Posponer cualquier decisión trascendental hasta haber recuperado la estabilidad anímica, no perder el humor y tratar de ponerse un reto cada día.

Este tipo de terapia puede ser útil para identificar y corregir cogniciones problemáticas que pueden interferir con el funcionamiento sexual, sin embargo se debe tratar disfunciones más graves con otros protocolos de terapia diseñados específicamente para este propósito y así se obtendrán mejores resultados, ya que la limitación de este tipo de tratamiento es que no se entiende como terapia sexual.

Conclusiones

En este trabajo se expuso el caso de “Mariana” y la sintomatología que conlleva haber sufrido una violación sexual, trabajado en la Unidad de Atención a Víctimas del Delito, en el que se observa concordancia entre la teoría y la práctica; además se mencionó el cómo una adecuada evaluación proporciona los elementos necesarios para detectar tanto los síntomas como las estrategias con las que cuentan las personas, sin embargo es importante recordar que las pruebas psicológicas son solo una herramienta, las cuales deben utilizarse en conjunto con otras técnicas como son la observación directa y la entrevista clínica para hacer un diagnóstico profesional y posteriormente una adecuada intervención psicoterapéutica. La cual además de estar orientada a tratar la sintomatología del suceso traumático debe tomar en cuenta las estrategias de afrontamiento que el paciente tiene para enfrentar la crisis por la que atraviesa y además pueda aprender de esta lamentable experiencia.

Si bien es cierto que el problema de la violación sexual ha existido en todas las culturas y a lo largo de la historia humana (los indicios más antiguos de esta acción como un delito tipificado se encuentran desde el código de Hammurabi del año 1760 A.C.) también lo es que conforme la sociedad fue avanzando está fue hasta hace unas décadas descuidada, ya que sólo se encargaban de castigar el acto de la violación, olvidándose completamente del sujeto que había sufrido el evento traumático, aquella negligencia recaía sobre todo en la parte psicológica y emocional de éste último, hasta que se crearon las instituciones pertinentes como Províctima, ADIVAC, Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales, Unidad de Atención a Víctimas del Delito, entre otras, para brindar apoyo a este tipo de personas, cuyo fin es brindarle las herramientas necesarias para superar el evento traumático vivido.

Además de contar con los especialistas pertinentes para tratar la temática de violación sexual es necesario un cambio en la mentalidad de la sociedad, lo cual es algo difícil pero no imposible, instruyéndolos acerca de esta problemática, ya que actualmente vemos con decepción que esto no es así e incluso en varias ocasiones la sociedad actúa como un obstáculo que limita la recuperación de las personas, ya que el individuo se ve severamente comprometido por la opinión social.

En especial por personas que hasta hoy siguen persistiendo con ideas tradicionalistas emitiendo juicios morales que ponen a la víctima en desventaja, ejemplo es el núcleo familiar, el cual es la partícula más pequeña de la sociedad, que se ve notoriamente y sensiblemente influenciada por esos aspectos morales marcados, como lo es la idea de conservar del honor familiar, o del respeto al padre que prohíbe las relaciones sexuales a su hija hasta tener un marido; hay ahí un probable origen de que al tener una relación forzada la víctima tenga miedo de contar de esto a sus familiares, como es mencionado en este caso, ya que “Mariana” teme contar lo ocurrido a sus padres por presentir un posible rechazo de su parte.

Otro ejemplo son las ideas religiosas, relacionadas con la virginidad antes del matrimonio en especial la católica, cuya religión es la que profesa “Mariana” y su familia, en la que a través de la Biblia se menciona que la virginidad es un signo de pureza física y espiritual, la cual debe entregarse únicamente después de haber contraído nupcias y en caso contrario se considera un pecado, sobretodo este tipo de ideas son subsistentes en comunidades rurales que lejos de ayudar con el problema empeora el estado emocional de la víctima que ha sido obligada a tener relaciones sexuales incrementando la culpa; ya que hace del individuo alguien que cree no merecer una felicidad matrimonial después de su evento traumático, además de que la víctima desvaloriza su autoestima como resultado de su relación a la confianza que se tiene en sí misma y para con los demás. De este modo la recuperación ante una crisis por violación sexual, termina siendo obstaculizada por tabúes sociales y principios morales.

Al trabajar, bajo supervisión con diversas mujeres que fueron agredidas sexualmente, tuve la oportunidad de conocer las distintas reacciones que tienen las personas que se encuentran a su alrededor: algunos sólo ignoran lo sucedido, aun cuando se encuentren caminando en la calle y vean que una mujer es atacada sexualmente, como el caso de “Mariana” que fue atacada en plena vía pública; otros prefieren no ser conscientes de la realidad de nuestra sociedad e incluso el tema de violación sexual les causa aversión, como si el sólo mencionarlo fuera a propiciar una situación de ese tipo y muchos otros piensan que las mujeres son quienes provocaron ese tipo de actos y en el caso de encontrarse con una mujer que le pide auxilio, las ofenden y no las ayudan.

Esto nos brinda una visión de la falta de información y sensibilidad que la sociedad tiene ante estos temas, ya que existen muchas personas con prejuicios, además en esta sociedad se suele pensar que las personas valemos por nuestra sexualidad lo cual es un error, dado que hay

ocasiones en las que no sabemos absolutamente nada de la sexualidad de las personas que nos rodean y aun así las respetamos y valoramos, entonces ¿Porque la sociedad debe juzgar a una mujer que fue agredida sexualmente y además hacerla sentir culpable por una situación que ella no deseo ni provoco? Aunque esto es una realidad que lamentablemente sucede, es fundamental hacerle recordar a estas mujeres que la responsabilidad es sólo del agresor e igual la culpa, ya que fue él quien cometió el delito y no ellas.

El colaborar en la Unidad de Atención a Víctimas del Delito me hizo ser consciente y reflexionar acerca de la realidad en la que nos encontramos, la cual está llena de violencia y existe una gran demanda en atención por casos de violación sexual, lo cual ocasiona que el servicio que se otorga se retrase; sin embargo, se hacen grandes esfuerzos por hacer que las citas sean de manera semanal, brindando atención de calidad siendo un lugar libre de prejuicios, donde las personas se pueden expresar libremente y dejar ahí un poco del dolor que les causa el haber vivido una experiencia tan traumática.

Para brindar una mejor atención de la que ya se da actualmente es necesario que exista una psicóloga, que se encargue exclusivamente de la intervención psicoterapéutica, ya que en los casos de agresiones sexuales la mayoría de los pacientes pertenecen al sexo femenino y la presencia de una psicóloga facilita la interacción. Además con la finalidad que el paciente supere las secuelas originadas por la agresión sexual, identificando y modificando las cogniciones erróneas del paciente, utilizando las habilidades de afrontamiento con las cuales ya cuenta y educándolo en la resiliencia para que pueda afrontar de manera adecuada no solo este acontecimiento traumático sino cualquier tipo de problema que se presente en el transcurso de su vida.

ANEXOS

ANEXO 1



“2013. Año del Bicentenario del los Sentimientos de la Nación”

México
a 21 de enero del 2013

PASANTE EN PSICOLOGÍA
ALEJANDRA VÁZQUEZ BERNAL
ESTUDIANTE DE LA FACULTAD DE
SUPERIORES ZARAGOZA
P R E S E N T E



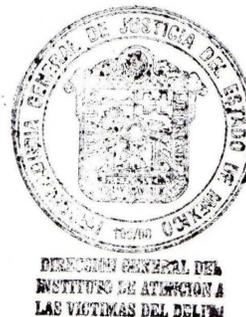
En respuesta a su oficio S/N recibido por este Instituto en fecha 18 de enero del presente año, en el que solicita autorización para un Estudio de Caso de la víctima relacionada con el expediente, número [redacted] investigación que servirá para concursar en exámen de oposición por el título de Licenciada en Psicología con el tema “Intervención de la Unidad de Atención a Víctimas del Delito, en una víctima de violencia sexual”, le comunico que dicha petición ha sido aceptada.

Por parte de esta Institución, el profesionalista responsable de coordinar el trabajo y proporcionar la información, será [redacted] lo cual tendrá que ser dentro de la normatividad vigente, el trabajo que se realice deberá ser totalmente confidencial y de acuerdo a lo que establece el Código Ético del psicólogo para la investigación científica con personas.

Sin más por el momento quedo de usted.

ATENTAMENTE

DIRECTORA GENERAL



ANEXO 3



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO



INSTITUTO DE ATENCIÓN A LAS VÍCTIMAS DEL DELITO

Cédula de Identificación de Víctimas del Delito de Violencia Sexual

Unidad:		N° Averiguación Previa o Causa Penal											
N° Expediente:		FECHA DE INGRESO											
		FECHA DE EGRESO											
NOMBRE DE LA VÍCTIMA													
EDAD			SEXO: (F) (M)				FECHA DE NACIMIENTO						
LUGAR DE NACIMIENTO						LUGAR DE RESIDENCIA							
TIEMPO DE RESIDENCIA			DOMICILIO										
ESTADO CIVIL		Soltero		Casado		Unión Libre		Divorciado		Viudo		Separado	
N° DE HIJOS		Ninguno		1		2		3		4		5 O MÁS	
ESCOLARIDAD		Analfabeta		Preescolar		Básica		Media Superior					
				Inconclusa		Inconclusa		Inconclusa					
OCUPACIÓN		No Iniciada		Desempleado		Hogar		Alfabeta		Estudiante		Comerciante	
				Docente		Obrero		Empleado		Otro			
RELIGIÓN		Ninguna		Católica		Testigo de Jehová		Cristiana					
		Evangelista		Otra									
NIVEL SOCIOECONÓMICO		Alto		Medio				Bajo					
INCAPACIDAD		Ninguna		Física		Mental		Ambas					
COMPLEJIÓN FÍSICA		Delgada				Robusta				Obesa			
TIPO DE VIOLENCIA SEXUAL		Violación		Intentado de Violación		Hostigamiento Sexual		Abuso Sexual Infantil		Violación Tumuluaría			
DÍA DEL ÚLTIMO ATAQUE		Lunes			Martes			Miércoles			Jueves		
		Viernes			Sábado			Domingo			No Recuerda		
MES DEL ÚLTIMO ATAQUE		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
DURACIÓN DEL ATAQUE		De 1 a 30 Minutos		De 30 a 60 Minutos		De 2 a 3 Horas		Más de 3 Horas					
TIEMPO DE LA RELACIÓN CON EL AGRESOR		Meses				1 a 3 Años				4 a 6 Años			
		9 a 12 Años				12 a 16 Años				Más de 16 Años			

INSTITUTO DE ATENCION A LAS VICTIMAS DEL DELITO								
LUGAR DEL ATAQUE	Casa de la Víctima	Casa del Agresor	Casa de Ambos	Sembradio	Hospital	Calle	Coche	No Recuerda
	Hotel	Lote Baldío	Baño Público		Motel	Callejones		Cuevas
Lugares en Construcción	Escuela	Parque	Microbus	Autobus	Combi	Trabajo	Otro	
HORA DEL ATAQUE	Matutino			Vespertino			Nocturno	
MUNICIPIO DONDE OCURRE EL MALTRATO	COLONIA							
RELACION CON EL AGRESOR	Esposo	Hermano	Concubino	Tío	Padrastro	Primo	Tía	
	Padre	Vecino	Maestro	Novio	Exnovio	Amigo	Desconocido	
	Policia	Prima	Jefe	Exconcubino	Abuelo	Madre	Abuela	
	Otro Especificar							
CONSECUENCIAS DE LA AGRESION	Física	Psicológicas	Sociales	Familiares	Escolares	Laborales	Económicas	
	Embarazo			I.L.E.			Sexuales	
TIPO DE ATENCION DE PSICOLOGIA DE 1ª VEZ	Entrevista de 1ª Vez	Intervención en Crisis		Ingresión Psicológica		Asistencia Psicológica		Orientación
SEGUIMIENTO DE PSICOLOGIA	Psicoterapia Individual	Psicoterapia Familiar	Psicoterapia Grupal	Terapia de Juego	Valoración para Psicodiagnóstico		Psicoterapia de Pareja	
TIPO DE ATENCION SOCIAL 1ª VEZ	Entrevista Inicial		Orientación		Canalización		Intervención en Crisis	
SEGUIMIENTO DE TRABAJO SOCIAL	Visita Domiciliaria			Estudio Social			Estudio Socioeconómico	
FORMA DE INGRESO	Voluntaria		Causa Penal		Av. Previa		Otra Especificar	
TIPO DE DELITO	Violación		Violación Turbulenta	Violación por Equiparación		Actos Libidinosos		Corrupción de Menores
	Incesto		Actos Libidinosos	Hostigamiento sexual		Intentativa de Violación		Intentativa de Actos Libidinosos
ACEPTO TRATAMIENTO PSICOLOGICO	SI				NO			
ACEPTO TRATAMIENTO PSICOLOGICO DESPUES DE	1 a 3 Meses			3 a 6 Meses			6 o más meses	

ANEXO 4



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO



INSTITUTO DE ATENCIÓN A LAS VÍCTIMAS DEL DELITO
PLANEACIÓN DE LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

UNIDAD DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS DEL DELITO DE: _____

NOMBRE DE LA USUARIA O USUARIO: _____

FECHA: _____
Día / Mes / Año

NÚM. DE EXPEDIENTE: _____

HORA: _____

TIPO DE ESTUDIO: IMPRESIÓN PSIC. PSICODIAGNOSTICO. DICTÁMEN

MOTIVO DE LA EVALUACIÓN: _____

CARACTERÍSTICAS DE LA USUARIA O USUARIO: _____

TEST PSICOLÓGICOS EMPLEADOS (JUSTIFIQUE EL USO DE CADA TEST): _____

TÉCNICAS PSICOLÓGICAS EMPLEADAS (JUSTIFIQUE EL USO DE CADA TÉCNICA): _____

CONSIDERACIONES GENERALES : _____

FECHA DE LA SIGUIENTE CITA: _____

ATENDIÓ

NOMBRE Y FIRMA



ANEXO 6

CUESTIONARIO CLÍNICO PARA EL DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME
DEPRESIVO

DR. GUILLERMO CALDERÓN NARVÁEZ

NOMBRE: _____ EDAD: _____
 SEXO: _____ ESTADO CIVIL: _____
 OCUPACIÓN: _____ FECHA: _____
 INSTITUCIÓN: _____

	NO	POCO	REGULAR	MUCHO
1.- ¿Se siente triste o afligido?				
2.- ¿Llora o tiene ganas de llorar?				
3.- ¿Duerme mal de noche?				
4.- ¿En la mañana se siente peor?				
5.- ¿Le cuesta trabajo concentrarse?				
6.- ¿Le ha disminuido el apetito? *				
7.- ¿Se siente obsesivo o repetitivo?				
8.- ¿Ha disminuido su interés sexual?				
9.- ¿Considera que su rendimiento en el trabajo o en el estudio es menor?				
10.- ¿Siente presión en el pecho?				
11.- ¿Se siente nervioso, angustiado o ansioso?				
12.- ¿Se siente cansado o decaído?				
13.- ¿Se siente pesimista, piensa que las cosas le van a salir mal?				
14.- ¿Le duele con frecuencia la cabeza o la nuca?				
15.- ¿Esta más irritable o enojón que antes?				
16.- ¿Se siente inseguro, con falta de confianza en usted mismo?				
17.- ¿Siente que le es menos útil a su familia?				
18.- ¿Siente miedo de algunas cosas?				
19.- ¿Siente deseos de morir?				
20.- ¿Se siente apático sin interés en las cosas?				

(*) Calificar igual si hay aumento de sueño o apetito

Preguntas contestadas en la 1ª columna (No) X1= _____
 Preguntas contestadas en la 2ª columna (Poco) X2= _____
 Preguntas contestadas en la 3ª columna (Regular) X3= _____
 Preguntas contestadas en la 4ª columna (Mucho) X4= _____
 TOTAL _____

Puntaje equivalente a:

20 a 35 Normal

35 a 39 Reacción de ansiedad

40 a 45 Depresión incipiente

45 a 65 Depresión media

66 a 80 Depresión severa

ANEXO 7



28-2

IDARE

SXE

Inventario de Autoevaluación

por

C. D. Spielberg, A. Martínez-Urrutia, F. González-Reigosa, L. Natalicio y R. Díaz-Guerrero

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se *siente ahora mismo*, o sea, en *este momento*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado	①	②	③	④
2. Me siento seguro	①	②	③	④
3. Estoy tenso	①	②	③	④
4. Estoy contrariado	①	②	③	④
5. Estoy a gusto	①	②	③	④
6. Me siento alterado	①	②	③	④
7. Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo	①	②	③	④
8. Me siento descansado	①	②	③	④
9. Me siento ansioso	①	②	③	④
10. Me siento cómodo	①	②	③	④
11. Me siento con confianza en mí mismo	①	②	③	④
12. Me siento nervioso	①	②	③	④
13. Me siento agitado	①	②	③	④
14. Me siento "a punto de explotar"	①	②	③	④
15. Me siento reposado	①	②	③	④
16. Me siento satisfecho	①	②	③	④
17. Estoy preocupado	①	②	③	④
18. Me siento muy excitado y aturdido	①	②	③	④
19. Me siento alegre	①	②	③	④
20. Me siento bien	①	②	③	④



0500

IDARE

SXR

Inventario de Autoevaluación

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente *generalmente*.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien	①	②	③	④
22. Me canso rápidamente	①	②	③	④
23. Siento ganas de llorar	①	②	③	④
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	①	②	③	④
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	①	②	③	④
26. Me siento descansado	①	②	③	④
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	①	②	③	④
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	①	②	③	④
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	①	②	③	④
30. Soy feliz	①	②	③	④
31. Tomo las cosas muy a pecho	①	②	③	④
32. Me falta confianza en mí mismo	①	②	③	④
33. Me siento seguro	①	②	③	④
34. Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades	①	②	③	④
35. Me siento melancólico	①	②	③	④
36. Me siento satisfecho	①	②	③	④
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	①	②	③	④
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	①	②	③	④
39. Soy una persona estable	①	②	③	④
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	①	②	③	④

ANEXO 8

INSTRUMENTO DE EVALUACION DEL SINDROME POSTRAUMÁTICO PARA SOBREVIVIENTES DEL ABUSO SEXUAL Y/O VIOLACION

DATOS GENERALES

NOMBRE: _____ FECHA: _____

FECHA DE INICIO DEL ABUSO O DE LA VIOLACION: _____

INSTRUCCIONES: Calificar del 0 al 10 según la intensidad con que actualmente presenta el síntoma. La calificación "0" indica que nunca lo padece y la calificación "10." Que siempre le ocurre.

Calificación
de 0 a 10

1	Miedo a estar sola (o)	
2	Miedo a la obscuridad	
3	Miedo a dormir sola(o)	
4	Pesadillas	
5	Terror en la noche a ser asaltada (o)	
6	Terror en la noche a ser atrapada (o)	
7	Hipersensibilidad a sentirse ahogada (o)	
8	Hipersensibilidad a sentirse sofocada(o)	
9	Sensación de que el cuerpo n o le pertenece	
10	Falta de cuidado del cuerpo	
11	Falta de cuidado de la salud propia	
12	Mala imagen corporal (sensación de fealdad) a) sensación de inadecuación b) sensación de despedir mal olor c) sensación de parecer tonta (o)	
13	Manipular la imagen corporal para evitar la atención sexual. a) muy delgada (o) b) muy gorda (o) c) <i>ropa que esconde el cuerpo</i>	
14	Problemas gastrointestinales	
15	Problemas ginecológicos (para mujeres)	
16	Problemas urológicos (para varones)	
17	Infecciones ginecológicas	
18	Infecciones urinarias	
19	Dolor de cabeza	
20	Artritis	
21	Dolor articular	
22	Dificultad para despojarse de las ropas aunque la situación sea adecuada (bañarse, dormir, hacer el amor, nadar, etc.)	
23	Extrema privacidad al usar el baño	
24	Trastorno de la alimentación	
25	Abuso o abstinencia de alcohol	

Calificación
de 0 a 10

26	Abuso de drogas	
27	Otras adicciones (café, coca cola, dulces, etc)	
28	Conducta compulsiva	
29	Autodestrucción	
30	Morderse la piel, uñas, cutícula	
31	Fobias	
32	Necesidad de ser invisible	
33	Necesidad de ser perfectamente buena (o)	
34	Necesidad de ser perfectamente mala (o)	
35	Pensamientos suicidas	
36	Obsesión por suicidarse	
37	Intentos suicidas	
38	Depresión	
39	Incapacidad para reconocer el propio enojo	
40	Incapacidad para expresar el enojo	
41	Miedo a la propia ira	
42	Enojo constante	
43	Hostilidad hacia los hombres	
44	Hostilidad hacia las mujeres	
45	Sensación de no ser uno mismo	
46	Entrar en crisis fácilmente	
47	Cualquier estrés desemboca en una crisis	
48	Sensación de adormecimiento mental asociado a un recuerdo, emoción o situación en particular	
49	Sensación de adormecimiento, dolor o malestar físico asociado a un recuerdo, emoción o situación en particular	
50	Control rígido de los propios pensamientos	
51	<i>Solemnidad extrema</i>	
52	Falta de sentido del humor	
53	Escondarse de los demás	
54	Conductas de autoseguridad	
55	Ocultarse	
56	Ansiedad de ser observado	
57	Ansiedad de ser sorprendido	
58	Sensación de estar siendo observado	
59	Facilidad para sobrecogerse	
60	Incapacidad para confiar en los demás (la confianza no es segura)	
61	Confianza total en todos sin discriminar	
62	Conductas de alto riesgo	
63	Necesidad de controlar	
64	Necesidad de ser controlado	
65	Necesidad de ser poderoso	
66	Necesidad de ser sumisa (o)	
67	Miedo de perder el control	

Calificación
de 0 a 10

68	Conductas obsesivo compulsivas	
69	Necesidad de controlar cosas o personas aunque no tenga importancia	
70	Culpa	
71	Vergüenza	
72	Autodevaluación	
73	Exagerado agradecimiento a pequeños favores	
74	Sensación de no ser confiable	
75	Incapacidad para decir que no	
76	Incapacidad para establecer límites a los demás	
77	Patrón de relación con personas de mucho mayor edad	
78	Hacer automáticamente lo que los demás quieren o desean	
79	El amor significa despojo	
80	Terror al abandono	
81	Bloqueo de memoria de la infancia (1 a 12 años)	
82	Bloqueo de memoria de personas específicas	
83	Bloqueo de memoria de lugares específicos	
84	Sensación de tener un secreto horrible	
85	Urgencia de contarlo	
86	Miedo de que sea revelado	
87	Certeza de que a nadie le importa ese secreto	
88	Sensación de estar marcado (a)	
89	Ser en general reservado (a), callado(a)	
90	Sensación de enloquecer	
91	Creer que se está loca (o)	
92	Sensación de ser diferente a los demás	
93	Sensación de ser irreal	
94	Sensación de que los demás son irreales	
95	Creación de mundos de fantasía	
96	Creación de relaciones fantasiosas	
97	Creación de identidad fantasiosa	
98	Imaginar o desear ser del sexo contrario	
99	No estar muy conciente del miedo que le rodea	
100	Represión de recuerdos	
101	Minimizar los hechos	
102	Fingir	
103	Profundas, fuertes reacciones inapropiadas hacia personas lugares o eventos	
104	Flashes de memoria	
105	Recordar el lugar mas no el evento	
106	Sentirse sucio (a) sexualmente	
107	Aversión a ser tocada (o)	
108	Aversión al exámen ginecológico	
109	Fuerte aversión a actos sexuales particulares	
110	Fuerte necesidad de actos sexuales determinados	

Calificación
de 0 a 10

111	Sentir rechazo en particular por alguna región del cuerpo	
112	Dificultad para integrar la sexualidad con emociones	
113	Confusión o traslapación de afecto, sexo, dominancia, agresión y violencia	
114	Compulsivamente seductor (a)	
115	Compulsivamente asexual	
116	Necesidad de ser agresiva (o) sexualmente	
117	Sexualidad impersonal	
118	Sexo "promiscuo" con extraños	
119	Incapacidad para tener sexo en una relación íntima o de compromiso	
120	Ejercer prostitución	
121	Tratar de símbolo sexual	
122	Actriz porno	
123	Usar el sexo para expresar venganza	
124	Usar el sexo para expresar angustia	
125	Adicta (o)	
126	Llorar después del orgasmo	
127	Evitación de la interacción sexual	
128	Parar la actividad sexual una vez iniciada	
129	Sentirse violada en todas las actividades sexuales	
130	Sexualizar las relaciones significativas	
131	Erótica (o)	
132	Rabia	
133	Fantasías de dominancia o violación	
134	Patrón de ambivalencia en las relaciones interpersonales	
135	Relaciones interpersonales sumamente conflictivas	
136	Evitar los espejos	
137	<i>Deseos de cambiar de nombre</i>	
138	Capacidad limitada para ser feliz	
139	Evitación activa de la felicidad	
140	Desconfianza para creer en la felicidad	
141	Aversión a hacer ruido durante la actividad sexual	
142	Aversión a hacer ruido al llorar	
143	Aversión a hacer ruido al reír	
144	Al efectuar funciones fisiológicas	
145	Hablar bajo especialmente cuando se necesita ser escuchado (a)	
146	Estar muy pendiente de lo que uno expresa en palabras	
147	Robar durante la adultez o la infancia	
148	Iniciar fuego (piromanía) durante la infancia o adultez	
149	Personalidad múltiple	

Registro público del derecho de autor No. 6077, México, D. F., 1994 de la Dra. Ruth L. González Serratos.

ANEXO 9**MODELO CASIC****ÁREA CONDUCTUAL**

ÁREA AFECTIVA

ÁREA SOMÁTICA Y FISIOLÓGICA

ÁREA INTERPERSONAL

ÁREA COGNOSCITIVA

OBSERVACIONES EN LA EVALUACIÓN

BIBLIOGRAFÍA

- Acosta, M.; Alva A.; Bueno C.; Díaz, N. y Fernández, U. (2007). *Prevención de la violencia sexual*. México: Gobierno del Estado de México.
- Alfaro, José Luis (2007). *Textos de Psicología: Tomo II*. México: Plantel Oriente.
- American Psychological Association. El camino a la resiliencia. Obtenido en la red mundial el 08 de diciembre de 2012: <http://www.apa.org/centrodeapoyo/resiliencia-camino.aspx>.
- Aresti, L. (1999). *La violencia impune*. México: Fondo Cultural Albergues de México I. A. P.
- Asociación para el Desarrollo Integral de Personas Violadas, A.C. (ADIVAC). Obtenido en la red mundial el 08 de febrero de 2007: <http://www.adivac.net/atencionajovenes.html>.
- Buck, N. (1992). *Manual y guía de interpretación de la técnica de dibujo proyectivo H-T-P*. México: Manual Moderno.
- Brownmiller, Susan (1981). *Contra nuestra voluntad: hombres, mujeres Y violación*. Barcelona: Planeta.
- Calderón, G. (1997). Un cuestionario para simplificar el diagnóstico del síndrome depresivo. *Neuro Psiquiatría*, 60 (2), pp. 127-135.
- Davison, G. (2005). *Psicología de la conducta anormal*. México: Limusa.
- Domínguez, T. y López, J. (2008). *Estrés Postraumático*. México: Trillas.
- Echeburúa, E. (2004). *Superar un trauma: El tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*. España: Pirámide.
- Echeburúa E. y Corral P. (1995). *Trastornos de estrés postraumáticos*. En Belloch, A.; Sandín B. y Ramos F. (eds) *Manual de psicopatología*, (vol. 2). Madrid: McGraw-Hill.
- Echeburúa E. y Guerricaechevarría, C. (1999). *Abuso sexual en la infancia: concepto, factores de riesgo y efectos psicopatológicos*. En J. Sanmartín. *Violencia contra niños*. Barcelona: Ariel.

- Fernández, B. R. (2004). *Evaluación psicológica: conceptos, métodos y estudios de caso*. España: Pirámide.
- Fernández, U. (2012). *Lineamientos técnicos para la elaboración de estudios psicológicos*. México: Departamento de Psicología y Psiquiatría. Instituto de Atención a las Víctimas del Delito.
- Figuroa, María Inés y Cohen, Silvina (2006). Estrategias y estilo de afrontamiento del estrés. ANALES DE PSICOLOGÍA, 20, (1), pp. 29-52.
- González Barrón (2000). *Psicopatología*. España: Pirámide.
- González Serratos, Ruth (1994) *Síndrome Postraumático para Sobrevivientes del Abuso Sexual y/o Violación*. México.
- Herbert, C. y Wetmore, A. (1999). *Overcoming traumatic stress. A self- help guide using cognitive-behavioral techniques*. London: Robinson.
- Instituto de Atención a Víctimas del Delito y Campus Universitario Siglo XXI (2006). *Perfil psicológico de mujeres adultas y adolescentes que vivieron una violación*. Documento sin publicar.
- Kvitko, Luis Alberto (2001). *La violación*. México: Trillas.
- Leibovich de Figuroa, N.; Schmidt, V. y Marro, C. (2002). *Afrontamiento en el malestar y su evaluación en diferentes contextos*. Buenos Aires: Eudeba.
- López, Ibor (1992). *Psicología Práctica: Conductismo*. España: Espacio y Tiempo.
- López, Ibor (1992). *Psicología Práctica: La Sexualidad*. España: Espacio y Tiempo.
- Marshall, W. (2001). *Agresores Sexuales*. España: Ariel.
- Portuondo, A. (2010). *La figura humana, Test Proyectivo de Karen Machover*. España: Biblioteca Nueva.
- Querol, M. y Chaves, P. (2009). *Test de la persona bajo la lluvia, adaptación y aplicación*. Argentina: Lugar.

- Redondo, S. (2002). *Delincuencia sexual y sociedad*. Barcelona: Ariel.
- Robles, J.I. y Medina, J.L. (2002). *Intervención psicológica en las catástrofes*. Madrid: Síntesis.
- Rojas Marcos, L. (1995). *Las semillas de la violencia*. Madrid: Calpe.
- Seligman, M. E. (1999) *Niños optimistas*. Barcelona: Grijalbo.
- Siebert, Albert (2007). *La resiliencia: Construir en la adversidad*. España: Alienta.
- Slaikeu, K. (2000). *Intervención en crisis*. México: Manual Moderno.
- Sociedad Mexicana de Psicología (2009). *Código Ético del Psicólogo* (4ª. ed.). México: Trillas.
- Sommer, B. (1997). *Practical Guide to Behavioural Research*. New York: Oxford.
- Soria, M. A. y Hernández, J. A. (1994). *El agresor sexual y la víctima*. Barcelona: Marcombo Boixareu.
- Spielberg, Charles D. y Díaz Guerrero, Rogelio (1975). *IDARE: Inventario de Ansiedad, Rasgo-Estado*. México: Manual Moderno.
- Stermac, L.; Sheridan, P.; Davidson, A. y Dunn, S. (1996). Sexual Assault of Adult Males. Journal of Interpersonal Violence, 11, (1), pp. 52-64
- Timms, Philip (2007). *La terapia cognitivo-conductual (TCC)*. Reino Unido: Educación Pública del Colegio Real de Psiquiatras.
- Tzompanti, C. (2007). *Opinión de los hombres con respecto del fenómeno de la violencia sexual en las mujeres*. México: Tesis de Licenciatura inédita. UNAM.