



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DETECCIÓN DE INDICADORES DEPRESIVOS EN MUJERES
SUPERVIVIENTES DE AGRESIÓN SEXUAL, A TRAVÉS DEL
TEST DE DEPRESIÓN DE ZUNG

REPORTE LABORAL

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

MARÍA GUADALUPE AQUINO ANGEL

DIRECTORA DEL REPORTE:

MTRA. YOLANDA BERNAL ÁLVAREZ

REVISORES DEL REPORTE:

MTRA. MARGARITA MARÍA MOLINA ÁVILES
LIC. MARIO PÉREZ ZUVIRI

COMITÉ DE TESIS:

MTRO. JORGE ÁLVAREZ MARTÍNEZ
LIC. DAMARIZ GARCÍA CARRANZA



® Facultad
de Psicología

Ciudad Universitaria, D.F.,

Febrero, 2014.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



UNAM. 131
2014

M.

TPs.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la Universidad Autónoma de México, la oportunidad de haber estudiado la carrera de Psicología.

Asimismo el agradecimiento se extiende a la Facultad de Psicología, por haberme acogido en sus instalaciones, proporcionándome a los profesores y materiales necesarios que me permitieron prepararme y adquirir los conocimientos que el día de hoy me permiten titularme como Licenciada en Psicología.

He de agradecer a la Dirección de Educación Continua (DEC) de la Facultad de Psicología, por ofrecer alternativas a las personas que por diversas circunstancias no logramos titularnos en su momento, para hacerlo de una forma rápida y segura, en especial al Lic. Juan Manuel Gálvez Noguez, por su profesionalismo.

Como parte de este programa de titulación es importante reconocer a cada uno de los profesionales quienes dedicaron su tiempo y experiencia para la culminación de este Reporte Laboral, nombrando en primer instancia a la Mtra. Yolanda Bernal Rodríguez, quien aceptó ser directora del mismo, la Mtra. Margarita María Molina Áviles por ser la revisora del reporte, así como el Lic. Mario Pérez Zuviri, Mtro. Jorge Álvarez Martínez, Lic. Damaris García Carranza, quienes son parte del comité de tesis.

Por otro lado me permito agradecer a las personas que de una u otra manera fueron las que me impulsaron a tomar la decisión de titularme, entre ellas, las subdirectoras con las que durante estos 14 años he laborado en el Centro de Terapia de Apoyo, así como a las psicólogas que he conocido y me permitieron adquirir experiencia profesional. Muy en especial quiero mencionar a la Lic. M. Luz Chávez Campos, por ser una de las mejores psicólogas que he conocido y quien me permitió aprender todo sobre el proceso psicoterapéutico grupal, y a mi compañera Ma. Esther Cortés Peña, por su optimismo ante las situaciones difíciles.

Por último, y no por ser menos importantes a mi hermano Federico Aquino Angel, por sus desvelos durante el tiempo que estuve trabajando hasta la madrugada en su computadora y por aguantar mi mal humor ante el estrés que me generó cada vez que sentía que no iba a terminar este reporte; y a mi sobrino Carlos Martínez Escutia "my friend" por su aportación a este trabajo.

ÍNDICE TEMATICO

CAPITULO UNO AGRESION SEXUAL

1.1.	Antecedentes de las agresiones sexuales.....	6
1.2.	Agresión y violencia.....	14
	1.2.1. Agresión sexual.....	18
1.3.	Abuso sexual infantil.....	25
	1.3.1. Sintomatología de los abusos sexuales infantiles.....	32
	1.3.2. Efectos a corto plazo.....	35
	1.3.3. Efectos a largo plazo.....	36

CAPITULO DOS DEPRESIÓN

2.1.	Antecedentes de la depresión.....	42
2.2.	Definición de depresión.....	46
2.3.	Clasificación de la depresión.....	48
	2.3.1. Sintomatología.....	51
	2.3.2. Etiología.....	52
2.4.	Depresión en mujeres.....	56
2.5.	Test de Depresión de Zung.....	61
	2.5.1. Interpretación.....	63

CAPITULO TRES CONTEXTO LABORAL

3.1.	Antecedentes históricos.....	64
3.1.1.	Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales..	67
3.1.2.	Marco Jurídico.....	68
3.1.3.	Funciones.....	73
3.1.4.	Organigrama.....	77

CAPITULO CUATRO PROCEDIMIENTO

4.1.	Modelo psicoterapéutico grupal del Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales.....	84
4.1.1.	Grupo psicoterapéutico para mujeres sobrevivientes.....	90
4.2.	Metodología.....	97
4.3.	Análisis de resultados.....	102
4.4.	Discusión.....	110
4.5.	Conclusiones.....	115
	REFERENCIAS.....	123

ANEXOS

Resumen

El presente estudio ofrece un acercamiento a la problemática de las agresiones sexuales como factores de riesgo para presentar afectación psicoemocional a corto y largo plazo, entre los síntomas encontrados se ubica la depresión, la cual es reconocida como un trastorno mental que puede generar discapacidad en las personas que la padecen. Con base en la experiencia profesional con víctimas de delitos sexuales, se consideró importante contar con indicadores depresivos que ayuden a realizar su detección para brindar la atención y seguimiento que esta enfermedad requiere. Motivo por el cual en el Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales (C.T.A.) se llevó a cabo con mujeres que fueron víctimas de agresión sexual durante su infancia-adolescencia (supervivientes), la aplicación del Test de Depresión de Zung, al iniciar y finalizar su proceso psicoterapéutico grupal al cual fueron derivadas.

Palabras claves: agresión sexual, depresión.

Abstract:

This study provides an approach to the problem of sexual aggression as risk factors for psycho-emotional affectation presenting short and long term; symptoms are depression, which is recognized as a mental disorder that can generate disability in people who have it. Based on the professional experience with victims of sexual crimes, it was important to have indicators that help perform depressive detection to provide care and monitoring that this disease requires. Reason for Therapy Center Support Victims of Sexual Offences (C.T.A). It was performed with women who were victims of sexual aggression during childhood-adolescence (survivors), the application of the Zung depression test, the start and end their group psychotherapeutic process to which they were arising.

Key words: sexual aggression, depression.

INTRODUCCIÓN

Desafortunadamente la violencia hacia las mujeres ha ido en incremento cada vez más, es el caso de las agresiones sexuales, que de acuerdo al estudio realizado por el Instituto Nacional de las Mujeres INMUJERES en el año 2003, la prevalencia de la violencia sexual contra las mujeres alguna vez en la vida es de 17.3%, lo que significa que una de cada seis usuarias de los servicios de salud declaró haber sufrido este tipo de violencia.

Es significativo este incremento, ya que muestra una realidad que conforme pasa el tiempo se ha convertido en un problema social de gran magnitud y relevancia. En consecuencia se han tenido que diseñar políticas públicas, promulgando leyes, y las diversas instancias tanto del sector público como privado llevan a cabo programas específicos en el ámbito de prevención, detección, diagnóstico y tratamiento (Ibaceta, 2007).

Pero no solamente son las cifras en aumento en lo que nos debemos de ocupar, sino en las consecuencias que una situación de agresión sexual provoca en la salud mental y física en las mujeres que la han vivido, tanto en la infancia, adolescencia o recientemente; físicas, ya que existen casos en los cuales la violencia es ejercida tan gravemente que puede dejar lesiones visibles en el cuerpo de la mujer, así como la transmisión de infecciones sexuales; pero en el caso que nos ocupa y preocupa son las implicaciones psicológicas.

De acuerdo a lo anterior, Ibaceta (2007) en su investigación encontró que se ha intentado demostrar que la agresión sexual durante la infancia puede incrementar el riesgo de desarrollar psicopatología en la adultez. Si bien no se ha logrado establecer una relación directa entre agresión sexual y algún tipo particular de psicopatología, Weiss, Longhurst & Mazure (1999, en Ibaceta 2007) han reportado que puede existir una relación entre agresión sexual en la infancia y el desarrollo de episodios depresivos en la vida adulta.

Desde esta perspectiva, se considera a la depresión como un síntoma que pueden presentar específicamente las mujeres que hayan vivido algún tipo de agresión sexual (abuso sexual, violación, etc.), la cual puede llegar a ser discapacitante, así lo refieren Warner, González, Sánchez, García y Gallo (2012), en su estudio, al encontrar que uno de los principales motivos por lo que los trastornos depresivos tienen un impacto tan elevado en la salud pública es el alto grado de discapacidad que generan.

Los estudios simultáneos y comparables en 15 países que realizó la Encuesta Mundial de la Salud Mental (2005, en Warner et al. 2012), mostraron que en general, las personas atribuyen mayor discapacidad a los trastornos mentales que a los físicos, percibiendo mayor discapacidad en su ámbito social y en el ejercicio de sus tareas personales cotidianas. Asimismo esta encuesta determinó que en el caso específico de México, las personas que padecieron algún trastorno de salud mental en el último año perdieron en promedio 27 días productivos si el trastorno fue grave y alrededor de siete si la gravedad fue moderada.

En el tiempo que se ha laborado en el Centro de Terapia donde se llevó a cabo el presente estudio, se ha podido constatar que las mujeres que fueron agredidas sexualmente en su infancia-adolescencia (supervivientes) presentan algunos síntomas depresivos, viéndose afectadas diversas áreas en las cuales se desarrollan, tales como: familiar, pareja, escolar, laboral, y/o social, lo cual haría que algunas mujeres sean poco funcionales en alguna o varias de estas áreas importantes de la vida, por lo que es fundamental la detección oportuna de la depresión, situación que menciona Warner et al. (2012), al emitir las observaciones de los estudios que llevó a cabo la Organización Mundial de la Salud, en las que se hace mención que cerca de la mitad de los casos de ansiedad y depresión no se diagnosticaron, y sólo la mitad de los que se identificaron recibieron un tratamiento.

Asimismo durante esta experiencia laboral, se observó que las detecciones de posible depresión en mujeres agredidas sexualmente, se lleva a cabo de manera subjetiva, esto es, no existen parámetros establecidos ni instrumentos psicológicos aplicables para corroborarlos, únicamente a consideración de las (los) profesionistas que brindan la atención terapéutica a este tipo de mujeres, toman en cuenta los síntomas que refieren estas mujeres –si es que lo llegan a referir– durante las entrevistas, así como en las sesiones de psicoterapia individual, por lo que las (los) profesionistas creen conveniente que dichas mujeres requieren ser canalizadas previa autorización de su superior jerárquico, a una institución especializada en atención psiquiátrica, dependiendo de la gravedad de los síntomas referidos, sin que previamente se utilice un instrumento que valide y corrobore dichos síntomas. Sin embargo las mujeres que presenten síntomas depresivos ¿cómo saber cuáles son de mayor o menor gravedad?, igualmente no se les da un seguimiento durante la psicoterapia. Es la problemática detectada, en el Centro de Terapia de Apoyo, por lo que se decidió aplicar a un número de mujeres que acuden a psicoterapia en este Centro de Terapia de Apoyo, el Test de Depresión de Zung, en primer instancia para constatar que mujeres agredidas sexualmente en la infancia-adolescencia, pueden presentar síntomas depresivos, y en 2° lugar que este instrumento es viable y funcional para detectar algún tipo de depresión.

En el campo laboral que los profesionistas cuenten con esta capacitación es relevante, ya que son los que tienen el primer contacto con las mujeres que han vivido algún tipo de agresión sexual cuando éstas acuden a solicitar apoyo en el sector público o privado, son quienes brindarán la atención solicitada, pero al mismo tiempo, deberán tener la capacidad y sensibilidad de poder detectar durante la entrevista si la mujer presenta o no algún síntoma depresivo y ésto corroborarlo con la aplicación de un test, considerando que el test de depresión de Zung es muy útil por su facilidad en la aplicación y rapidez en la lectura de los puntajes y resultado; se considera de importancia, ya que esta detección oportuna ayudará a canalizar de manera eficaz a las mujeres agredidas sexualmente con

síntomas depresivos a una institución especializada, en donde les brindarán el apoyo psiquiátrico requerido y no se irá posponiendo su recuperación, lo que conlleva a que las mujeres puedan ir disminuyendo los síntomas depresivos derivados de una agresión sexual, y por lo tanto mejorar en las diferentes áreas afectadas; ya sea familiar, de pareja, sexual, laboral, escolar y/o laboral, lo que le permitirá ser funcional bio-psico y socialmente.

El objetivo de este estudio, como ya se mencionó anteriormente, es el de poder brindar una herramienta con validez científica, como es el Test de Zung, para la detección oportuna por parte de las (los) profesionistas de la depresión en mujeres supervivientes de una agresión sexual, asimismo determinar los indicadores depresivos que éstas presentan como un efecto de estas agresiones sexuales.

Para lo cual el presente estudio estará constituido por 4 capítulos, en el 1° se abordará el tema de las "agresiones sexuales", iniciando desde el concepto de qué es una agresión sexual, los antecedentes, investigando cuáles son sus orígenes hasta cuál es la visión actual de las agresiones sexuales, los tipos de agresiones sexuales que existen así como la sintomatología. 2° capítulo, aquí se expondrá lo referente a la "depresión", qué es la depresión, los tipos de depresión que existen y síntomas característicos que presentan las personas con depresión, así como la descripción del Test de depresión de Zung. 3° en este capítulo se hará una descripción del Centro de Terapia de Apoyo, -en donde se detectó la problemática antes señalada y se llevó a cabo la aplicación del Test de depresión de Zung- en la cual se verá su historia, objetivos y propósitos de su creación, y organigrama. Y finalmente en el 4° y último capítulo se describirá la metodología, conjuntando la teoría descrita en los capítulos anteriores junto con los resultados obtenidos en la metodología usada se emitirán las conclusiones obtenidas así como las limitaciones y sugerencias ante la problemática de la detección oportuna de la depresión en mujeres supervivientes de abuso sexual.

CAPÍTULO UNO

AGRESIÓN SEXUAL

A pesar del interés generado así como la atención puesta en la problemática de las agresiones sexuales, actualmente se han detectado dificultades para identificar una situación de esta naturaleza, en muchos de los casos es debido a la falta de conocimiento y en otras ocasiones al silencio de las propias víctimas para referir lo acontecido, lo anterior debido a que la mayoría de estas agresiones se dan en la familia lo que puede provocar miedo en las personas a que no se les crea y a ser juzgadas por la sociedad. Por lo que en este capítulo se expondrán primero el desarrollo histórico de las agresiones sexuales hasta nuestros días, continuando con la diferenciación de agresión y violencia, ya que en algunos casos son considerados como conceptos similares, lo que da pauta para comenzar a tratar el tema del abuso sexual y la violación como los principales delitos sexuales que se cometen en contra de las mujeres, para lo cual se tomarán en cuenta a diferentes investigadores que han centrado su atención en este tema. Finalizando en conocer la sintomatología que presentan las personas que sufrieron una situación de violencia sexual en la infancia y cómo esto tiene efectos en la vida adulta de las mujeres, si no se cuenta con la atención oportuna y especializada.

1.1. Antecedentes de las agresiones sexuales

Para comprender el origen de las agresiones sexuales Hercovich (1997), puntualiza:

El uso tiránico del cuerpo de una mujer para satisfacción sexual de un hombre es viejo como el mundo (p. 25).

Se desconoce del origen de las agresiones sexuales, ya que no existen documentos en los cuales se hable de los "usos violentos de la sexualidad" por parte de los hombres, y esto es debido a que no sabían cómo nombrar lo que hoy se conoce como violencia sexual (Hercovich, 1997).

Y no se nombraba por miedo y preferían mantenerlo en secreto o negando que existía, por lo que, la historia de las agresiones sexuales es una historia de olvido y de silencio (Toñi, 2007).

A lo largo de los siglos, Toñi (2007), refiere que las actitudes sexuales de hombres y mujeres no se han contemplado con los mismos criterios, al respecto Hercovich (1997), hace una revisión histórica de las agresiones sexuales hacia las mujeres, menciona que desde los tiempos de los **griegos y romanos**, a los hombres se les ha brindado más libertad sexual, esto es, el placer en los hombres consistía en que podían penetrar, no importando a quien ni por dónde, teniendo sus excepciones, que no fueran mujeres casadas, ni vírgenes, ni a adolescentes, ya que estos últimos serían futuros padres de familia. Esto se debía a que se pretendía dar una imagen de hombres honorables quienes podían consumir un matrimonio con una mujer virgen; por lo que de las mujeres se esperaba que fueran honestas, lo cual implicaba que llegaran vírgenes al matrimonio. Matrimonios que en esta época eran arreglados entre los dos jefes de dos familias, lo que resultaba en una "pareja heredada".

En la **Época Medieval**, las ideas judeo-cristianas, comenzaron a afectar estas uniones arregladas, ya que había más conciencia de los sentimientos entre hombres y mujeres, y una moral exigente, lo cual llevaría a matrimonios indisolubles y unidos por el sacramento. La tradición judeo-cristiana impone el matrimonio como único y legítimo para una sexualidad dirigida de manera absoluta a la procreación, la Iglesia confina la satisfacción del deseo sexual al lecho del matrimonio, para ésta el coito forzado no era pecado. En la sociedad medieval, las acciones llevadas a cabo por hombres y mujeres eran valoradas de diferente manera, el hombre podía expresar su deseo sexual pero no así la mujer, quien para ser digna debía estar bajo el sometimiento de su cónyuge, sino sería la culpable de las conductas del varón.

Continuando, en la **Edad Media**, las mujeres que no eran intercambiables –que la familia no diera dinero por ellas para casarse- , o no fueran propiedad de alguien, se les veía como simple objetos de pertenencia, o bien si eran propiedad de alguien pero ya habían perdido su valor, los jóvenes llevaban a cabo violaciones con éstas, llamadas por Hercovich (1997) "aventuras sexuales", dichas violaciones no eran consideradas como un crimen, más sin en cambio sí se desposaba a una mujer virgen de clase alta, sí se llegaba a considerar un crimen (considerado contra la propiedad naturalmente del propietario de la mujer), que se castigaba al violador con la muerte (Siglo XII). Hercovich (1997) cita a Graciano, canónigo y jurista contemporáneo de esta época, quien establecía por primera vez el crimen, en su *Decretum* (ca. 1140) propone las siguientes características: 1) el coito legal debe haber sido completo; 2) la víctima debe ser raptada del hogar paterno; 3) el rapto y el coito deben ser realizados en forma violenta y 4) no debió existir un acuerdo previo de casamiento entre la víctima y su raptor.

Sin embargo, los fundamentos legales dejaban a un lado la protección de los derechos de la mujer, solamente se protegían los derechos del padre, asimismo no se tomaban en cuenta las violaciones que se realizaban por parte de los extraños (Hercovich, 1997).

Entre el **Renacimiento y Edad Moderna**, en los Siglos XVI y XVII, en Europa, el Estado empezó a tener mayor control sobre los cuerpos de los individuos, esto es censuro prácticas de violencia salvajes, los cuerpos debían estar cubiertos con ropa, para evitar así dejar ver lo íntimo, lo oculto, lo prohibido ya que un cuerpo desnudo puede "provocar pasiones y motivar excesos" Hercovich (1997). Se promueve establecer relaciones filiales que permitan crear valores en la familia. A las mujeres se les estimula para que en la intimidad con su cónyuge actúen de manera espontánea y apasionadamente, pero a pesar de que se le da más libertad a la mujer para poder expresar su sexualidad, no dejan de seguirle dando mayor peso a su castidad, el Estado establece la abstinencia como la forma en que la mujer no pierda su virginidad, teniendo el hombre la libertad de cometer

adulterio, siempre y cuando sea discreto y pertenezca a una clase acomodada, mientras que la mujer debe ser recatada y mantenerse en silencio. Cabe mencionar que las denuncias hechas por las mujeres las cuales eran agredidas por un hombre en este caso conocido, constaban del 95% de las denuncias, el resto se consideraban "violaciones" en las cuales incluían los sometimientos sexuales breves y brutales a manos de algún individuo que no tenía ningún trato con la víctima. El Estado para desalentar dichas demandas, exigían a las mujeres numerosas y fidedignas pruebas; en cambio a los hombres acusados se les ayudó en su defensa, desacreditando lo dicho por las mujeres, esto provocó que las mujeres dejaran de denunciar (Hercovich, 1997).

Del **Siglo XIX a la actualidad**, durante estos tiempos se seguía bajo el mismo esquema de autoridad y control del hombre hacia la mujer Hercovich (1997); en la época Victoriana, empezaron las diferencias sexuales, en las cuales se maneja que el varón es público y activo, mientras que la mujer se le percibe como privada y pasiva, la cual se ve obligada a mantenerse en su casa con la función doméstica. Las violaciones hacia las mujeres no eran las únicas que llevaba a cabo el hombre, también existía la violación de las hijas y los ataques a los niños, hechos que se llevaban a cabo en silencio, lo cual le seguía dando impunidad al hombre. A finales del Siglo XIX, aparecen las primeras legislaciones que castigan la violación, aunque las penas no disminuyeron estas actividades (Hercovich, 1997).

A la entrada del Siglo XX, las mujeres hartas del encierro empiezan a buscar nuevas actividades, tales como cuidadoras de los soldados en la Primera Guerra Mundial, alimentar a los indígenas, atender a los refugiados; asimismo fueron víctimas de violaciones masivas de los ejércitos de ocupación, situación de la cual culpan a las mujeres, acrecentando así el rencor y la misoginia hacia éstas. En el año 1912, las féminas comienzan a ocupar más espacios públicos, la imagen femenina presenta cambios importantes, dejan ver más partes de su cuerpo a través de la ropa; lo que provoca que las ciencias sociales, tales como la

medicina, literatura, el arte, pongan de manifiesto la importancia del placer femenino. Durante la Segunda Guerra Mundial, se habla que la mujer es más autónoma, y menos consagrada a la vida hogareña, ya que empiezan a salir más a trabajar, ocupando puestos poco remunerados como maestras, enfermeras, secretarias etc. (Hercovich, 1997).

La existencia de la píldora anticonceptiva, para Hercovich (1997), hace que las mujeres empiecen a tener control sobre su cuerpo, el cual en el Siglo XX, es concebido como *santuario*. Empezándose a reconocer el perfil de la víctima y el victimario de la violencia física. A mediados de la década de los 60, se establece el movimiento hippie, el cual da libertad de llevar prácticas sexuales desenfrenadas (Hercovich, 1997).

En este siglo, se aborda la problemática de las agresiones sexuales, como sólo un problema social, considerado así por ser reconocido por un segmento no necesariamente amplio de la población; pero posteriormente por el número de personas que lo refieren y denuncian, se ha convertido en un asunto de interés público, ya que es reconocido por un amplio sector de la sociedad, particularmente por los elementos que hacen políticas (Finkelhort, 1980). Por lo que se entablan los primeros organismos que darán las pautas para el desarrollo de instrumentos que protejan los derechos de las víctimas, que en su mayoría son mujeres.

Reflexionando que el desconocimiento y el menosprecio a sectores vulnerables de la población en general, han originado actos en los que se han violado los derechos fundamentales, en París el 10 de diciembre de 1948, se llevó a cabo la Declaración Universal de los Derechos Humanos, considerando que la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana; reconociendo en su Artículo 1

Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben de comportarse fraternalmente los unos con los otros (p. 3).

Posteriormente la Organización de las Naciones Unidas (ONU), abre la puerta a la creación de una serie de instrumentos internacionales para proteger, promover y defender los Derechos Humanos. Entre los más importantes destacan el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. También se han creado otras convenciones y Declaraciones que protegen y promueven ciertos derechos, entre estos se encuentran la Convención para Eliminar todas las Formas de Discriminación contra la Mujer CEDAW. (Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, 2010).

La CEDAW (1979), reconoce que las mujeres siguen siendo objeto de importantes discriminaciones y señala que esa discriminación viola los principios de la igualdad de derechos y del respeto de la dignidad humana, por lo que su objetivo es incorporar a la mujer en la igualdad de los derechos en todos los sectores.

El primer órgano intergubernamental en el mundo creado expresamente con el propósito de asegurar el reconocimiento de los derechos civiles y políticos de la mujer, fue la Comisión Interamericana de Mujeres CIM, establecida en 1928, constituida por 34 delegadas una por cada Estado miembro de la Organización de los Estados Americanos OEA y se ha constituido en el principal foro de debate y de formulación de políticas sobre los derechos de las mujeres y la igualdad de género en las Américas (CIM, 2013).

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos CIDH y la Corte Interamericana de los Derechos Humanos COID, son dos de los órganos de la OEA y su función principal es promover la observancia y defensa de los Derechos Humanos. Con base en los principios de igualdad y no discriminación se

encuentra la Relatoría sobre los Derechos de las Mujeres, quien presta atención específica a los derechos humanos de las mujeres y la equidad e igualdad de género. Desde su establecimiento en 1994, uno de los principios fundamentales es la necesidad de incorporar la perspectiva de género en la planificación y la implementación de las políticas públicas y la toma de decisiones en todos los Estados miembros, entre ellos México (COID, 2006).

En el desarrollo de instrumentos interamericanos en materia de derechos humanos, se encuentra la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer o mejor conocida como Belém Do Pará. (Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, 2010). Constituida en 1994, establece el derecho de las mujeres vivir una vida libre de violencia y destaca la violencia contra las mujeres como una violación de los derechos humanos y de las libertades fundamentales. Propone por primera vez el desarrollo de mecanismos de protección y defensa de los derechos de las mujeres como elementales para luchar contra el fenómeno de la violencia contra su integridad física, sexual y psicológica, tanto en el ámbito público como en el privado y su reivindicación dentro de la sociedad (OEA, 2013).

Por medio de la Convención de Belém Do Pará (OEA, 2013), los Estados parte acordaron que la violencia contra las mujeres viola sus derechos humanos, es una manifestación de la desigualdad existente entre hombres y mujeres, y la violencia se da en cualquier clase social.

La Convención de Belém Do Pará, establece por primera vez el derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia, este tratado interamericano de derechos humanos ha dado pauta para la adopción de leyes y políticas sobre prevención, erradicación y sanción de la violencia contra las mujeres en los Estados parte de la Convención, formulación de planes nacionales, organización de campañas e implementación de protocolos y de servicios de atención, entre otras iniciativas; y

ha sido un aporte significativo al fortalecimiento del Sistema Interamericano de Derechos Humanos (OEA, 2013).

La Convención, en su Artículo 1, entiende por violencia contra las mujeres:

...cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado (p.1).

En su Artículo 2, reconoce tres tipos de violencia:

1. La violencia física
2. La violencia sexual
3. La violencia psicológica

Los derechos que esta Convención consagra se contemplan en los artículos 3° al 6°. Toda mujer tiene derecho a una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado. Este derecho incluye, entre otros:

- el derecho de las mujeres a ser libres de toda forma de discriminación,
- el derecho de las mujeres a ser valoradas y educadas libre de patrones estereotipados de comportamiento y prácticas sociales y culturales basadas en conceptos de inferioridad o subordinación

El desarrollo de estos movimientos que se han llevado a cabo durante todos estos años por parte de las organizaciones, han trabajado a favor de las mujeres para establecer relaciones de equidad con respecto a los hombres en todas las esferas sociales en las cuales las mujeres estamos inmersas. Este trabajo en particular con nuestra sociedad mexicana ha tenido efectos positivos, en el sentido que se han establecido políticas públicas para detener esta problemática de la violencia sexual hacia las mujeres.

Una de las políticas públicas establecidas es la Ley General de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 1° de febrero de 2007. La presente ley tiene por objeto establecer la coordinación entre la Federación, las entidades federativas, el Distrito Federal y los municipios para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, así como los principios y modalidades que garanticen su acceso a una vida libre de violencia, favorecer su desarrollo y bienestar conforme a los principios de igualdad y de no discriminación, así como para garantizar la democracia, el desarrollo integral y sustentable que fortalezca la soberanía y el régimen democrático establecidos en la Constitución Política de los Estados Unidos. Esta Ley consta de 60 Artículos.

1.2. Agresión y violencia

Se comenzará con algunas aproximaciones que se tienen sobre la agresión y violencia, aunque en ocasiones estos dos términos llegan a ser utilizados como sinónimos, se trata de conceptos distintos y que necesitan ser estudiados por separado. Al respecto Castellano (2012), indica que no significa que el término agresión y el término violencia no puedan relacionarse, pero es necesario destacar sus significados para obtener mayor claridad conceptual en las investigaciones ya que la confusión entre estos dos conceptos hace que algunos investigadores tomen en cuenta y de manera particular los diferentes tipos de violencia como violencia de género, infantil, el acoso escolar (bullying) y otras, dejando a un lado la conducta agresiva que está inmersa en estos tipos de violencia.

Desde una perspectiva dinámica Perrone (1997), refiere que la agresividad sirve para definir el territorio de cada uno y hacer valer "su derecho", en cambio la violencia, rompe los límites del propio territorio y los del otro, es una fuerza destructora de sí mismo y del otro; asimismo define el acto violento como:

Todo atentado a la integridad física y psíquica del individuo, acompañado por un sentimiento de coerción y de peligro (p.30).

Aunado a lo anterior Perrone (1997), clasifica a la violencia en dos formas distintas:

La violencia **agresión**, que se encuentra entre personas vinculadas por una relación de tipo simétrico, es decir igualitaria;

O la violencia **castigo**, que tiene lugar entre personas implicadas en una relación de tipo complementario es decir desigual.

Asimismo (Perrone, 1997), por último clarifica estos conceptos mencionando que en la violencia se toma la agresión dentro de situaciones de igualdad en ambas partes, esta agresión suele manifestarse a través de la fuerza física y el poder a nivel psicológico, mientras tanto la violencia castigo, se da cuando una de las partes adopta una posición superior en relación al otro, lo que le da mayor ventaja para ejercer el acto violento en contra del otro. Asocia en este último tipo de violencia los abusos sexuales, como la forma más extrema de la violencia de castigo (Perrone, 1997).

Por otra parte, Noguel (2005), hace la diferencia entre agresión y violencia, manifestando que agresión es la respuesta que se tiene para defenderse ante una situación de peligro, y la pueden presentar algunos animales, y la violencia es una respuesta de destrucción propia de las personas, la cual es utilizada para destruir a personas, objetos y animales utilizando el poder o dominio sobre los demás.

Desde la perspectiva de las ciencias sociales Castellano (2012), hace una revisión del término violencia indicando que este término denota hechos tipificados como delito en muchas legislaciones, los homicidios, robos, violencia de género o maltrato infantil se califican como crímenes violentos, crímenes contra las personas y sus propiedades.

Por lo que la violencia, son sucesos que tienen como fin el hacer daño a la víctima, para obtener algún beneficio y la agresión es una acción que atenta contra la integridad física o moral de un individuo (Castellano, 2012).

Para Anderson y Bushman (2002, en Castellano 2012), a partir de la perspectiva psicológica definen a la agresión como:

Cualquier conducta dirigida hacia el otro individuo llevada a cabo con la intención inmediata o aproximada da causar daño (p. 683).

La definición que ofrece el diccionario de la Real Academia Española DRAE (2001), del término violencia es:

Violencia. (Del lat. violentia). 1. f. Cualidad de violento. 2. f. Acción y efecto de violentar o violentarse. 3. f. Acción violenta o contra el natural modo de proceder. 4. f. Acción de violar a una mujer.

Violento, ta. (Del lat. violentus). 1 adj. Que está fuera de su natural estado, situación o modo. 2. adj. Que obra con ímpetu y fuerza. 3. adj. Que se hace bruscamente, con ímpetu e intensidad extraordinarias. 4. adj. Que se hace contra el gusto de uno mismo, por ciertos respetos y consideraciones. 5. adj. Se dice del genio arrebatado e impetuoso y que se deja llevar fácilmente de la ira. 6. adj. Dicho del sentido o interpretación que se da a lo dicho o escrito: falso, torcido, fuera de lo natural. 7. adj. Que se ejecuta contra el modo regular o fuera de razón y justicia. 8. adj. Se dice de la situación embarazosa en que se halla alguien.

Siguiendo en la misma línea del DRAE

Agresión. (Del lat. agresión, -onis). 1. f. Acto de acometer a alguien para matarlo, herirlo o hacerle daño. U. t. en sent. fig. 2. f. Acto contrario al derecho de otra persona. 3. f. Der. Ataque armado de una nación contra otra, sin

declaración previa. –sexual. 1. f. Der. La que por atentar contra la libertad sexual de las personas y realizarse con violencia o intimidación es constitutiva de delito.

Tomando en cuenta la definición del DRAE (2001), y los resultados obtenidos de su investigación Salas (2008), considera a la violencia como actos que lleva a cabo una persona, quien se encuentra fuera de su estado natural, con el propósito de provocar un daño físico a alguien o a algo; respecto a la agresión la concibe como la conducta que va dirigida a causar daño físico y también psicológico.

Sin embargo para Gutiérrez y Bustos (2010), la violencia es una forma de relación social y específicamente, de relación de poder que causa daño y privaciones físicas morales y psicológicas a otros según su género, edad, etc. pero, siempre es una violación de los derechos del otro, lo que la hace ser intencional, puede ser de naturaleza física, sexual o psíquica e incluye conductas de negligencia, las amenazas y la intimidación.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud OMS (2002), define la violencia como:

El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones (p. 16).

Sin embargo, la Secretaria de Salud (2004), confirma que si bien la violencia se ejerce de muchas maneras y sus consecuencias se manifiestan en daños de diversa índole, todos los actos violentos –ya sea entre personas, grupos, comunidades o países–, tienen en común el objetivo del sometimiento y el control de la otra parte, es decir, el ejercicio del poder mediante la fuerza.

De acuerdo a las definiciones antes mencionadas, se puede concluir que tanto la violencia como la agresión son conceptos diferentes, que pueden ser utilizados dependiendo de la perspectiva y el contexto histórico en el cual se encuentren para su estudio, pero en las mismas definiciones encontramos semejanzas en ambas, tales como: para que se presenten deben de establecerse bajo una relación interpersonal, en la que ambas van dirigidas a dañar tanto física, sexual como psicológicamente al otro, y que pueden presentarse en una situación de desigualdad de fuerza y poder.

Partiendo de estos conceptos de agresión y violencia, a continuación se describirán qué son las agresiones sexuales, ya que éstas son el eje central de este trabajo.

1.2.1. Agresión sexual

El interés que se ha generado por conocer más acerca de las agresiones sexuales ha permitido que diferentes áreas del conocimiento se involucren en la investigación de esta problemática, formándose así diferentes perspectivas para su estudio.

Por lo anterior, se tomarán en cuenta distintos enfoques del concepto de las agresiones sexuales.

Antes de iniciar Muñoz (2007), apunta que las agresiones sexuales son un fenómeno muy complejo, el cual hay que abordar desde un punto de vista objetivo, ya que la mayoría de las personas lo hacemos desde una perspectiva personal, en la cual ponemos nuestras creencias, valores, y prejuicios.

Desde la perspectiva de la salud, se toma la definición de la Organización Mundial de la Salud OMS (2010), que utiliza el término de violencia sexual para referirse a:

Todo acto sexual, tentativa por obtener un acto sexual, comentario o proposiciones de naturaleza sexual, o actos encaminados o que conciernen al tráfico sexual, dirigidos de otra manera contra la sexualidad de una persona utilizando la coerción, cometida por una persona independientemente de su relación con la víctima, en todo contexto, incluso la casa o el trabajo, pero sin limitarse únicamente a ellos (Jewkes et al., 2002) (p. 1).

Para la OMS (2010), la violencia sexual comprende una gran diversidad de actos, como las relaciones sexuales bajo coacción en el matrimonio y en las citas, las violaciones por parte de extraños, las violaciones sistemáticas durante los conflictos armados, el acoso sexual (incluida la petición de favores sexuales a cambio de trabajo o calificaciones escolares), los abusos sexuales de menores, la prostitución forzada y la trata de personas, los matrimonios precoces y los actos violentos contra la integridad sexual de las mujeres, como la mutilación genital y las inspecciones obligatorias de la virginidad.

Los estudios de la OMS en el 2010, destacan la evidencia de que la violencia sexual es un grave problema en la región de la Latinoamérica y el Caribe, indican que las mujeres son las que corren mayor riesgo de sufrir violencia sexual por parte de sus parejas; encontrando que la prevalencia a lo largo de la vida de relaciones sexuales forzadas por una pareja íntima varía entre el 5% y el 47% además una considerable minoría de mujeres y niñas sufren abuso sexual por parte de personas que no son sus parejas, según se indica en un análisis de estudios de Latinoamérica y el Caribe, el cual encontró que entre el 8% y el 27% de las mujeres relatan haber sufrido violencia sexual por alguien que no era su pareja.

Por su parte la Secretaria de Salud (2004), define el maltrato sexual como:

La acción u omisión mediante la cual se induce o se impone la realización de prácticas sexuales no deseadas o respecto de las cuales se tiene incapacidad para consentir (p.14).

Continuando con la perspectiva de la OMS (2004), la agresión sexual, se refiere al acto libidinoso de una persona contra otra de cualquier sexo para obligarla a realizar actos sexuales sin su consentimiento, con o sin fines de cópula, valiéndose de su posición jerárquica, ya sea derivada de relaciones laborales, docentes, domésticas o cualquier otra que implique subordinación, así como sometimiento por fuerza física o moral. Este concepto incluye todas las formas de coerción sexual, por ejemplo: el hostigamiento, la imposición forzada de determinadas prácticas sexuales tales como el manoseo, la exposición a la pornografía, etcétera; incluye el sexo forzado incluso por razones económicas, la violación durante una cita lo que puede incluir la administración de alcohol y drogas; la violación marital, la violación por grupos de hombres (pandilleros); el incesto; el embarazo forzado; el tráfico en la industria del sexo; incluyéndose las relaciones sexuales forzadas dentro del matrimonio (OMS, 2004).

Para Dell'Anno (2007), en la violencia todas las personas, niños, niñas así como mujeres y hombres podemos estar expuestos a sufrir alguna forma de violencia: física, sexual, emocional y económica, dicha autora expresa que la violencia sexual, en particular el abuso sexual con acceso carnal, es un delito de extrema violencia, que vulnera y quebranta la vida de la víctima en todo sentido, lesionando su vida sexual, su autoestima, sus afectos, emociones, sus relaciones con las demás personas, en particular con los hombres.

Y si estas personas que agreden sexualmente son familiares o conocidos, genera mayor dificultad para que las víctimas hablen, por lo que las agresiones sexuales son las que permanece más ocultas, particularmente la que ocurre en el contexto familiar en contra de las mujeres, niños o niñas (Dell'Anno, 2007).

¿Por qué se consideran a estos grupos sociales más vulnerables?

Al respecto tanto la Secretaría de Salud (2004), así como Gutiérrez y Bustos (2010), en su perspectiva de la violencia de género, concluyen que no es casual que las mujeres, niñas y niños sean más vulnerables a la violencia, sino es la condición de inferioridad que ocupan en la sociedad y se vuelven más propensos a los abusos del poder, por lo tanto están más expuestos a la violencia.

Gutiérrez y Bustos (2010), afirman que la estructura social en la cual nos hemos venido desarrollando, es un *Sistema Patriarcal*, y que el patriarcado es una de las formas de expresión de dominio más fuerte en contra de las mujeres. Castells (2001, en Gutiérrez & Bustos, 2010), menciona que el patriarcado es la estructura básica de todas las sociedades contemporáneas. Especificando que no sólo se da en las familias, sino que el poder del padre rige toda la estructura social (Calvi, 2005).

Esta estructura patriarcal es la que asigna en los roles un valor de desigualdad a hombres y mujeres, lo que se traduce en determinados estereotipos de lo masculino y femenino. Este proceso de masculinidad y feminidad se da en la infancia cuando el niño (a) lleva a cabo la diferenciación de los géneros: hombre y mujer, estos roles de desigualdad se van reforzando a lo largo de la vida, por la misma familia y sociedad (Romero, 2010).

En este sentido Sánchez (2000), confirma que la masculinidad es una configuración abstracta de las prácticas y orientaciones sociales sobre el poder, la dominación y el control social, afirmando que algunas formas de la delincuencia y la violencia incluyendo en robo y la violencia sexual, son representaciones públicas de la masculinidad hegemónica.

Ahora bien Sánchez (2000), menciona, que en estudios de antropología cultural los conceptos y prácticas de masculinidad "buena" están asociados con tres áreas

de acción social, que han sido cualidades esenciales del núcleo de la masculinidad hegemónica en las sociedades patriarcales, estas tres áreas son:

- La procreación, como heterosexualidad normativa y como terreno de dominación sexual sobre la mujer.
- La protección, como prácticas de control físico de los hombres como enemigos y las mujeres como propiedad de los hombres.
- La provisión de bienes y alimentos para la familia y la comunidad que legitima la exclusión de las mujeres de las áreas de alto estatus de trabajo remunerado y de la toma de decisiones.

En este contexto, Sánchez (2000), puntualiza que cuando en conjunto el hombre tiene la fijación en el área de la procreación –arriba mencionada-, el uso del poder a través del control y la dominación hacia las personas vulnerables, principalmente mujeres y niños (as), puede dar pauta para llevarse a cabo las agresiones sexuales.

Estos hallazgos nos permiten señalar, que la desigualdad existente en mujeres con relación a los hombres, da origen a la perspectiva de género. El enfoque de género está basado en la observación de los procesos sociales que se dan en relación a la desigualdad y discriminación en las condiciones de lo femenino y masculino, lo cual es el resultado de una construcción culturalmente aprendida (Romero, 2010).

Entendiendo así la *violencia de género*, en el caso específico como la *violencia hacia la mujer*, la cual vista en este contexto es uno de los principales factores de riesgo para que se presenten las agresiones sexuales en esta población vulnerable.

La Convención para la Eliminación para la Discriminación hacia la Mujer CEDAW (1979), define la discriminación contra las mujeres como:

...toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por las mujeres, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera (p.10).

Por su parte la Organización para las Naciones Unidas ONU (1993) menciona:

Por violencia contra la mujer se entiende todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada (p. 1).

En cuanto a la violencia perpetrada hacia la mujer en los espacios privados, la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares ENDIREH (2011), precisa que es una de las formas de violencia de género, la cual se refiere a la cometida por alguna persona con quien se mantiene una interacción cotidiana de tipo íntimo, incluidos los compañeros, familiares y amigos, entendiendo este espacio no como un lugar físico donde se manifiesta la violencia, sino como la relación cercana existente entre el agresor y la víctima.

Por lo referido por la mayoría de las mujeres agredidas sexualmente, en el hogar es donde se lleva a cabo gran parte de la violencia, la cual es realizada por su pareja. Esta violencia no sólo se refiere a los golpes, sino que comprende toda una gama de actos psicológicos, sexuales, así como el control, explotación y abuso económico practicados por su pareja actual o la de una relación previa (ENDIREH, 2011).

Los resultados obtenidos por la ENDIREH (2011), muestran que de un total de 24, 566,381 mujeres casadas o unidas de 15 y más años en el ámbito nacional, 11 018 415 han vivido algún episodio de maltrato o agresión en el transcurso de su vida conyugal, cifra reveladora de un alto índice de violencia de género, al representar cerca de la mitad de las entrevistadas.

Respecto a lo público, la violencia física, emocional, económica o sexual contra las mujeres, puede tener lugar dentro de la familia o unidad doméstica, pero también en la comunidad, y puede ser perpetrada por cualquier persona. Las manifestaciones de violencia de género más notorias son las producidas en la utilización del espacio público, y comprende, entre otros tipos, violación, abuso sexual, intimidación, trata de personas, prostitución forzada, acoso sexual en el trabajo, así como en instituciones educativas, establecimientos de salud, centros de recreación, medios de transporte, vía pública, o cualquier otro lugar o espacio público o social (ENDIREH, 2011).

En relación con el espacio comunitario, la ENDIREH (2011), obtuvo en el ámbito nacional 31.8% de las mujeres de 15 años y más han sido víctimas de alguna agresión pública (aunque no sea en forma cotidiana), que pueden ir desde insultos hasta violaciones; de estas mujeres, 86.5% sufrieron intimidación, 38.3% fueron víctimas de abuso sexual y 8.7% violentadas físicamente. También en lugares públicos la violencia infligida contra las mujeres puede llegar a alcanzar niveles extremos, tal es el caso de las violaciones y el sometimiento con el fin de obligarlas a ejercer la prostitución. La información derivada de la ENDIREH (2011), indica que en el país son 357 121 las mujeres forzadas a prostituirse o declaran haber sido víctimas de este hecho.

El interés de organismos internacionales acerca de la violencia hacia las mujeres, así como los resultados obtenidos de distintas investigaciones como el caso del Instituto Nacional de las Mujeres INMUJERES (2003), indican que la violencia sexual contra las mujeres alguna vez en la vida es de 17.3%, lo anterior constata

que este sector de la población son quienes mayormente han sufrido algún tipo de agresión sexual en alguna etapa de su vida, al respecto Sullivan y Everstine (1997), mencionan que entre un 15% y un 45% de las mujeres y entre un 3% y un 9% de los hombres han sido agredidos sexualmente en la infancia, utilizan la expresión agresión sexual en la infancia, como descripción de cualquier forma de contacto sexual adulto-niño, en el cual el adulto toca, acaricia o penetra el cuerpo del infante.

Lo anterior, conlleva a empezar a hablar del abuso sexual infantil, como factor de riesgo para aquellas mujeres que lo sufrieron en su infancia-adolescencia (supervivientes), presenten a futuro afectación psicoemocional.

1.3. Abuso sexual infantil

El abuso sexual a menores se presenta en todo el mundo, por lo que puede ser observado en cualquier sociedad, siendo éste el resultado de factores individuales, familiares y sociales, pero lo más importante es cómo el abuso infantil interfiere en el desarrollo del niño (a) y generar consecuencias físicas y psicológicas (Echeburúa, 2005).

La perspectiva psicoanalítica fue la primera en sacar a discusión el tema sobre la sexualidad infantil a través de las teorías de Freud (Finkelhort, 1980).

Al respecto Calvi (2005), menciona que Freud, por los casos de estudio que tuvo, ya conocía bien la problemática del abuso sexual que sufrían los niños y niñas, ya que en su tesis acerca de la etiología de la histeria, las mujeres que habían sido atacadas sexualmente en su infancia presentaron en su consulta sentimientos de rabia, repugnancia, impotencia y traición, siendo éstos los causantes de esta psicopatología, no teniendo el apoyo de sus colegas de la Sociedad Médica de Viena, quienes rechazaron dicha conclusión, lo que llevó a Freud a retraerse de dicha información y estableciendo que todo lo que recordaban sus pacientes

acerca de estas agresiones -él las llamó "escenas de seducción"- no habían existido que únicamente eran fantasías inventadas por ellas.

Esta creencia lo llevó a formular su famoso complejo de Edipo (Finkelhort, 1980), el cual el niño podía dirigir impulsos sexuales hacia el padre de manera fantasiosa, y que en algunos casos los llevaba a cabo. De este modo, la teoría de la seducción fue abandonada para ser sustituida por la tesis de la fantasía (Calvi, 2005).

Finkelhort (1980), hace mención de Kinsey como otra personalidad importante en la investigación de la sexualidad infantil, los estudios acerca de las experiencias sexuales de los (as) niños (as) eran compartidas por muchos otros niños; sin embargo estos resultados que obtuvo les dio poca importancia; Kinsey declaró que pensaba que el incesto estaba más en la imaginación de los psicoterapeutas que en las experiencias de sus pacientes (Finkelhort, 1980).

Después, mucho antes de los años 70s. los moralistas estaban muy preocupados por la perturbación infantil y la corrupción sexual de los infantes, quienes pensaban que la mayoría de estas perturbaciones eran llevadas a cabo por personas extrañas con problemas mentales, siendo que en la actualidad se sabe que la mayor parte de las agresiones a niños (as) es llevada a cabo por familiares y conocidos (Finkelhort, 1980).

En contraparte, los liberalistas minimizaron la situación de los abusos sexuales infantiles, insistiendo en que era algo poco frecuente, y apuntando que los niños (as) eran culpables por su conducta "seductora". Estas afirmaciones tuvieron un impacto importante, para que en un largo tiempo no se hablara ni investigara acerca de este tema (Finkelhort, 1980).

Para Toñi (2007), las situaciones de colocar a los niños (as) como fantasiosos, seductores y provocadores de los contactos sexuales con los adultos, la negativa

de creer que las agresiones tuvieran alguna consecuencia negativa en niños y niñas, así como el hecho de que si llegaban a ocurrir sería únicamente dentro de la familia, generaron que la sociedad lo viera como algo privado en el que las instituciones no podrían intervenir.

Fue hasta casi finales del Siglo XX, que nuevamente se mostró interés en esta problemática; surgiendo éste a partir de tener una creencia muy fuerte de la asociación entre abuso sexual infantil y la presencia de cambios comportamentales, emocionales y del desarrollo en la infancia, así como secuelas en la adultez (Vázquez, 1995).

En relación a esta información, Echeburúa y Redondo (2010), encontraron en la primera encuesta nacional de Estados Unidos, llevada a cabo en adultos, sobre la historia de abuso sexual, un 27% de las mujeres y un 16% de los hombres reconocían haber sido víctimas de abusos sexuales en la infancia.

Lo que ocurre en nuestra sociedad actual en cuanto a las agresiones sexuales en la infancia, lo puntualiza Toñi (2007) al expresar:

Todo el mundo mira hacia otro lado para no ver algo que resulta demasiado doloroso de tolerar (p. 30).

Estando de acuerdo con la autora antes mencionada, es más fácil creer que la persona que refiere públicamente una agresión fantasea, está enferma o miente, antes que aceptar que esa situación está pasando de verdad. Esto es muy común verlo con los (as) niños (as) que refieren haber vivido un abuso sexual y más si el agresor es una persona conocida.

El hecho de educar a los menores para obedecer y complacer a los adultos, provoca vulnerabilidad en los primeros, situación que es aprovechada por los agresores sexuales, los cuales en su mayoría son familiares o conocidos, ante esto Sánchez (2000), expresa que la agresión sexual a un menor, es muy difícil

detectarla, lo cual puede deberse a que la mayoría de los actos cometidos a menores, es por parte de un adulto conocido –el 75 por 100 de las agresiones sexuales a menores son realizadas por adultos-, y el agresor puede mentir, coaccionar y convencer al infante para aceptar realizar la acción, a pesar de lo desagradable que está situación sea para él. Estas conductas pueden engañar a los adultos, quienes al no percibir la resistencia del/la menor pueden creer que hubo “consentimiento”.

Se han encontrado dificultades para dar una definición unificada del abuso sexual infantil, a lo anterior Echeburúa y Guerricaechevarría (2000), indican los obstáculos encontrados: uno sería determinar la edad que se contempla para considerar al agresor como mayor que la víctima sin olvidar que muchos de los abusos sexuales, a lo anterior Noguero (2005), puntualiza que aproximadamente el 30%, son cometidos por menores a menores; otro obstáculo son las acciones empleadas por los agresores para llevar a cabo la relación de abuso sexual, para algunos investigadores debe de existir la coacción –mediante la fuerza física, presión, engaño- o la sorpresa, pero existen casos en los cuales no son utilizadas estas conductas, sino que se valen de la manipulación o convencimiento mediante regalos, viajes, juguetes o dinero para lograr su cometido.

Al respecto, el conocimiento de la psicología infantil, demuestra la alta vulnerabilidad del/la menor a que su comportamiento sea “manipulado” por un adulto o persona con más poder (fuerza o edad), ya que para el/la menor cualquier adulto puede ser percibido con la suficiente “autoridad” para ser obedecido sin necesidad de ser intimidado ni presionado, y más aún si el adulto es una persona conocida (Lameiras, 2002).

Y una tercera discrepancia que propone Lameiras (2002), es la variedad de las conductas sexuales que existen, lo cual conduce a la dificultad para ubicar que acciones son consideradas como abuso sexual, algunos estudiosos han llegado a nombrar los “abusos sexuales implícitos” cuando no existe una conducta sexual evidente, pero tiene secuelas en la víctima. Al respecto, Echeburúa y

Guerricaecheverría (2000), confirman lo anterior al referir que en el abuso sexual se excluyen conductas que no implican un contacto físico directo, considerando a éstas también como abuso sexual.

Echeburúa y Guerricaecheverría (2000), continúan señalando, que a pesar de estas dificultades hay un acuerdo y éste es que, para que haya abuso sexual infantil hay una relación de desigualdad – ya sea en cuanto a edad, madurez, o poder- entre el agresor y víctima, así como la utilización del/la menor como objeto sexual.

Posteriormente Echeburúa y Redondo (2010), definen el abuso sexual infantil:

...cualquier conducta sexual mantenida entre un adulto y un menor, en la que habitualmente existe algún tipo de coacción (explícita o implícita). Las conductas abusivas pueden incluir un contacto físico (genital, anal o bucal) o suponer una utilización del menor como objeto de estimulación sexual del agresor (exhibicionismo, proyección de películas pornográficas o voyeurismo) (p. 153).

Sin embargo existen autores que consideran dentro de las conductas de abuso sexual a la violación, entre ellos Marshall (2001), quien considera que en el abuso sexual infantil se dan las caricias, sexo oral, masturbación frente al/la niño (a); así como la promoción prostitución infantil, obligar a los (as) niños (as) a presenciar escenas sexuales y la penetración vaginal o anal con el pene y de objetos, aunque la penetración con el pene suele ser más habitual a partir de los 10 años del/la menor.

Asimismo la Organización Panamericana de la Salud (2010), define el abuso sexual:

Es la conducta sexual forzada y engañosa realizada principalmente por parte de una persona adulta hacia un niño, niña o adolescente, con la intención de obtener gratificación sexual o de poder (p. 27).

El abuso sexual no es sólo penetración o coito, incluye además todas aquellas conductas de contenido sexual como: manoseo, toqueteo, frotamiento, palabras insinuantes, caricias, besos, exhibición de órganos sexuales, sexo oral, también son formas de abuso sexual la violación y la explotación sexual en todas sus formas (Organización Panamericana de la Salud, 2010).

De acuerdo a las dos últimas definiciones, es importante describir las diferencias existentes entre lo que es considerado como violación y abuso sexual, ya que legalmente son delitos sexuales completamente diferentes, así en el Código Penal para el Distrito Federal (2012), se considera violación cuando existe la introducción del pene u otro objeto vía vaginal, anal u oral, mientras que en el abuso sexual son los tocamientos y la exposición a conductas sexuales sin la introducción de pene u otros objetos por ninguna vía. Por lo que se reconoce la importancia de diferenciar ambos conceptos.

Violación, es la relación sexual no consentida en la que una persona impone a la otra, por la fuerza o intimidándola con un mal mayor, su determinación de mantener una relación sexual no consentida, y la obliga a acceder a su deseos en contra de su voluntad (Noguerol, 2005).

Una violación tiene lugar cuando el pene de un señor penetra en la vagina de una mujer o en el ano de ésta o de otro hombre, y ello ocurre bajo amenaza o intimidación, contra la voluntad y sin el consentimiento de la parte pasiva, cualquiera que sea su sexo (Hercovich, 1997).

Finkelhort (1980), establece las similitudes y diferencias entre abuso sexual y violación.

Similitudes:

1. Es un crimen de sexo (aunque no necesariamente) sea un crimen provocado por motivos sexuales), involucra los genitales y las regiones sexuales ya sea del ofensor o la víctima.
2. Los ofensores son casi todos hombres.
3. Las víctimas experimentan una especie de trauma, se sienten humilladas y estigmatizadas.

Diferencias:

Por otra parte algunos aspectos del abuso sexual infantil hacen que sea muy diferente de la violación.

1. Las víctimas son tanto hombres como mujeres. En la violación también ocurre en los hombres, pero dentro de la población en general su incidencia es muy poco frecuente; de aquí que la violación sea casi un crimen contra la mujer.
2. Las personas que abusan sexualmente de niños (as) son con mayor frecuencia amigos y miembros familiares de sus víctimas. En las violaciones los agresores la mayoría son desconocidos.
3. El caso de abuso sexual de niños (as) consiste, más frecuentemente que en la violación, de incidentes repetidos, donde un amigo o pariente se aprovecha del/la niño (a) en diversas ocasiones. En contraste, la violación ocurre típicamente una sola vez. La excepción de esto, por supuesto es la violación marital.
4. El abuso sexual de niños (as) involucra una violencia y fuerza física menor que la violación, la cual frecuentemente va acompañada de un ataque físico.
5. El acto sexual que ocurre en el abuso sexual de niños (as), generalmente no es un coito sino más bien tocar los genitales, la masturbación y la

exhibición. En contraste, casi siempre una violación involucra un coito o el intento de coito.

6. El abuso sexual infantil implica a más personas de las que implica la violación.
7. El abuso sexual de los/las niños (as) compromete una clase diferente de ayuda social. Los casos reportados de violación son reportados generalmente por la policía.

1.3.1. Sintomatología de los abusos sexuales infantiles

Para comprender las consecuencias de las agresiones sexuales y sus efectos en el desarrollo psicológico de las víctimas, se han utilizado diferentes modelos para abordar esta relación, iniciaremos el modelo propuesto por Lameiras (2002) y Marshall (2001), quienes mencionan el *Modelo Traumatógeno de Finkelhor y Browne (1985)*.

Este modelo sostiene cuatro áreas de impacto psicológico:

- La sexualización traumática.- Se refiere al proceso en que la sexualidad del niño (a) y sus sentimientos hacia ella son disfuncionales o inapropiados, al obligarlo a realizar frecuentemente conductas sexuales inapropiadas para su nivel de desarrollo, las primeras son reforzadas por el agresor a través de regalos, afecto, atención etc. De este modo el/la niño (a) aprende a usar su sexualidad como un medio para manipular o conseguir algún beneficio, ya que no entiende el papel de la sexualidad en una relación afectiva (Ibaceta, 2007).
- Traición.- Generalmente se debe a que el/la menor pierde la confianza que antes tenía porque el agresor es una persona adulta que el/la niño (a) conoce y en quien debería poder confiar. Por esto el infante puede tener dificultades para confiar en los demás y mostrar un comportamiento

agresivo, retraerse socialmente, evitar el contacto con los que le rodean o tener dificultades para entablar relaciones íntimas (Ibaceta, 2007).

- Estigmatización.- Se refiere a las connotaciones negativas que se hacen a partir de la agresión sexual. Cuando el infante refirió lo sucedido y su entorno reacciona con incredulidad, repugnancia o rechazo, pueden los menores sentirse culpables, sucios o mal consigo mismos. Experimentando sentimientos de baja autoestima, vergüenza; manifieste aislamiento o retraimiento, puede empezar a consumir alcohol o drogas y tenga problemas de comportamiento (Ibaceta, 2007).
- Indefensión.- Se manifiesta cuando los deseos y voluntad del/la niño (a) no son respetados. Después de la agresión sexual, ellos (as) sienten perder la autonomía y el control de sus actos. Estos sentimientos de impotencia pueden causarle ansiedad, miedo, depresión, agresividad, comportamientos sexuales abusivos o identificación del/la niño (a) con el agresor (Ibaceta, 2007).

Otro modelo que también intenta explicar el desarrollo de la sintomatología asociada al abuso sexual, es el *Modelo de Estrés Post-Traumático*, citado por los autores Echeburúa y Guerricaecheverría (2000). Quienes señalan que el abuso sexual en la infancia cumple los requisitos de trauma exigidos por el DSM-IV, para el diagnóstico de este cuadro clínico en la mayoría de las víctimas. Los síntomas característicos de dicho trastorno: pensamientos intrusivos, evitación de estímulos relacionados con la agresión, alteraciones del sueño, irritabilidad y dificultades de concentración.

El abuso sexual infantil, sobre todo cuando se da de forma continua, llevada a cabo por personas con las que el/la niño (a) mantiene una relación afectiva, así como la presencia de conductas de penetración, constituyen factores peligrosos (Echeburúa & Redondo, 2010).

Al respecto Ibaceta (2007), señala los factores que deben de considerarse al momento de ponderar el riesgo y la gravedad de la aparición de psicopatología posterior:

1. La frecuencia y duración de la experiencia abusiva, esto es las agresiones sexuales repetidas y graves se asocian a consecuencias más difíciles en las víctimas.
2. El tipo de agresión sexual, la presencia de contacto genital y penetración sexual, parecen agravar los efectos de las agresiones sexuales.
3. La utilización de violencia y/o coerción para cometer las agresiones se relacionan con mayor efecto sintomático sobre las víctimas.
4. El vínculo de la víctima con el agresor, se relaciona con la utilización abusiva de la confianza, de la diferencia de poder y autoridad para llevar a cabo las agresiones.
5. Si hubo develación del suceso, es importante conocer la reacción de los padres, la familia y el entorno, la protección y apoyo resultan ser factores importantes para disminuir las posibilidades de desarrollo de sintomatología posterior.
6. Otros factores que le asignan mayor gravedad a los posibles efectos de las agresiones sexuales serían: la existencia de múltiples agresores, la presencia de múltiples maltratos (físico y psicológico) y el haberse encontrado en riesgo vital producto de las agresiones sufridas.

Dell'Anno, (2007), señala que el hecho traumático dependerá también de la edad y sexo de la víctima y el lugar donde se haya llevado a cabo la agresión (casa o en la vía pública).

Sin embargo Echeburúa y Redondo (2010), manifiestan que los efectos del impacto psicológico en las víctimas va a depender del grado de culpa y de victimización que los padres haga del niño (a), así como de la manera en la cual éste enfrente este suceso.

La agresión sexual es uno de los actos con violencia que provoca consecuencias más complejas y graves para sus víctimas (Cobo, 1998). Asimismo desde el punto de vista de la salud complementa lo anterior, mencionando, que la violencia sexual repercute hondamente en la salud física y mental de las víctimas (OMS, 2002).

1.3.2. Efectos a corto plazo

Se consideran en esta clasificación los efectos que se presenten dos años después de la agresión sexual.

Al menos un 80% de las víctimas sufren consecuencias psicológicas negativas (Echeburúa & Redondo, 2010). Pero no sólo las víctimas se ven afectadas, sino también los seres queridos que las rodean. Lo anterior es confirmado por los resultados obtenidos de las investigaciones llevadas a cabo por Marshall (2001), ponen de manifiesto que tanto las víctimas como sus familias experimentan numerosos efectos a corto y largo plazo.

Por su parte Echeburúa y Redondo (2010), llevaron a cabo una clasificación de las secuelas, organizándolas por el tipo de efecto, los síntomas y el periodo evolutivo (Ver Tabla 1).

En los resultados obtenidos por Echeburúa y Redondo (2010), en menores agredidos sexualmente, encontraron que las niñas tienden a presentar reacciones ansioso-depresivas; los niños, fracaso escolar y dificultades inespecíficas de socialización, así como comportamientos sexuales agresivos o conductas violentas en general. En ambos casos se presenta baja autoestima; dependiendo de la edad, encontraron que los menores (preescolar), al contar con pocos recursos psicológicos, pueden mostrar estrategias de negación o disociación, en forma de olvido respecto a lo sucedido. En los mayores (escolares) son más frecuentes los sentimientos de culpa y de vergüenza ante el evento. En la adolescencia si hubo penetración, los efectos se agravan, ya que tiene plena

conciencia de la situación, por lo que pueden presentar conductas de huida de casa, consumo abusivo de alcohol y drogas e incluso intentos de suicidio.

1.3.3. Efectos a largo plazo

El interés por el problema del abuso sexual infantil surge a partir de las secuelas que se observan en los adultos (Vázquez, 1995).

Lo que confirma Marshall (2001), que las agresiones sexuales pueden ocasionar en la víctima un trauma que se prolongue durante mucho tiempo, lo cual generaría problemas de salud mental en la adultez (Ibaceta, 2007).

Sin embargo, los efectos a largo plazo son menos frecuentes y poco detectables que las secuelas iniciales, pero al menos afectan al 30% de las víctimas (Echeburúa & Redondo, 2010).

En relación a lo anteriormente planteado, Lameiras (2002), puntualiza que las investigaciones realizadas para evaluar los efectos de las agresiones a largo plazo, revelaron que se presenta una disminución de las secuelas con el paso del tiempo, precisando que existe sintomatología muy característica para algunas personas que puede dejar de manifestarse, especialmente aquella que tiene que ver con la relacionada a la ansiedad (miedo, problemas para dormir), en otros casos parecen agravarse, si no son tratadas inicialmente, como las que tiene que ver con las manifestaciones de agresividad y lo referente a la sexualidad. Lo que parece es que no necesariamente el paso del tiempo implica la resolución del trauma para algunos casos, sino dependiendo del momento en el cual se encuentre la persona y se lleve a cabo la evaluación (Lameiras, 2002).

Las secuelas posteriores encontradas por Echeburúa y Redondo (2010), con mayor frecuencia en las víctimas, son las relacionadas a la esfera sexual tales como la inhibición erótica, disfunciones sexuales y menos capacidad de disfrute; la

depresión y el trastorno de estrés postraumático, así como un control inadecuado de la ira (en el caso de los varones, dirigida hacia el exterior en forma de violencia y en el caso de las mujeres, canalizada en forma de conductas autodestructivas).

Cuando las víctimas se convierten en padres, se ha observado una conducta obsesiva e hipervigilante respecto a los hijos; dificultades para expresar sentimientos de intimidad y ternura, puede presentarse una *amnesia disociativa*, la cual se caracteriza porque sin un daño cerebral que la justifique, aparecen grandes dificultades para recordar el abuso sexual en la infancia (Echeburúa & Redondo, 2010). Asimismo indican, que el impacto psicológico a largo plazo para algunas personas puede ser menor, si la agresión sexual no se combina con otro tipo de problemática, como el vivir algún otro tipo de violencia, separación de los padres, etc.

Será esto lo único que ayude a las víctimas a disminuir los efectos a largo plazo de un abuso sexual vivido en la infancia?, o existirán otras condiciones que influyan a reducirlos?, ¿en qué consistirá que no todas las personas presenten una afectación a largo plazo?

Al respecto, Echeburúa y Redondo (2010), describen una serie de factores que ayudan a amortiguar el impacto de las agresiones sexuales, así como de aquellos que pueden favorecer la presencia de psicopatología:

- ❖ La percepción subjetiva del suceso.- Se refiere a la valoración cognitiva que hace el/la menor de lo ocurrido. Si el abuso es reiterado y es llevado a cabo por una persona conocida, supone una traición a la confianza del/la menor, la decepción y el sentimiento de rabia y de vergüenza serán de mayor alcance.
- ❖ La edad de los (as) menores puede ser una variable significativa. Los infantes más pequeños son más vulnerables, pero tienen la ventaja de no percatarse del alcance del abuso. A su vez una mayor edad, provee de mayores recursos

emocionales, pero también afecta de manera negativa, ya que el/la niño (a) tiene mayor conciencia de lo ocurrido.

- ❖ Tipo de conducta abusiva, la gravedad de las secuelas está en función de la frecuencia y duración de la experiencia, así como del empleo de la fuerza y de la amenaza o la existencia de una violación. Por lo que cuanto más grave y crónico es el abuso, mayor es el desarrollo de un sentimiento de indefensión y vulnerabilidad, lo que resulta en la aparición de síntomas.
- ❖ Relación de la víctima con el agresor, el impacto será mayor si la víctima tiene un vínculo emocional con el agresor (padre, padrastro, abuelo, hermano etc.) o una relación de familiaridad (profesor, vecino, etc.). Las repercusiones negativas se pueden agravar si la víctima no recibe apoyo familiar.
- ❖ El apoyo familiar y social, la reacción del entorno próximo al niño (a) ante la revelación del abuso en un punto crítico. Si el/la niño (a) es creído (a) y protegido (a), contribuye a recuperar la normalidad del/la menor, si sucede lo contrario, esto entorpece su recuperación.
- ❖ Por último las estrategias de afrontamiento que el/la menor tenga, desempeñan un papel importante, ya que tiene un efecto positivo en su autoestima y lo proveen de soporte y protección ante el impacto de la agresión.

Concluyendo que las agresiones sexuales, son acciones en las cuales más que la gratificación sexual en los agresores, se da el sometimiento -en algunos casos se utiliza la violencia- de las víctimas así como el ejercicio el poder hacia las mismas,- siendo éstas en su mayoría niños, niñas y mujeres, detectados como los grupos más vulnerables-, poder que lamentablemente se les ha conferido a los hombres desde épocas pasadas y que hasta la actualidad se ha venido reforzando por los roles de género establecidos en la estructura patriarcal en la cual nuestra sociedad se encuentra inmersa; sin embargo, esta situación empieza a cambiar gracias a que las mismas mujeres empiezan a alzar la voz -mediante la revelación de estos actos-, existiendo otras que las escuchan y que llevan a cabo movimientos sociales que pretenden cambiar esta realidad, proporcionándole a las mujeres niños y niñas mayor equidad en todos los ámbitos en los cuales se desarrollan

como personas. Estas agresiones como señalan los autores citados, causan daño en las víctimas, dependiendo de factores como la edad, la gravedad y cronicidad de las agresiones sexuales, así como el apoyo que se le brinde a las personas que las viven, detectando que el abuso sexual en la infancia, es uno de los delitos sexuales que los infantes sufren frecuentemente, y si no cuentan con el apoyo familiar oportuno así como un tratamiento especializado, o pasa mucho tiempo para que lo den a conocer, pueden presentar efectos a largo plazo, los cuales repercutirían en áreas importantes en la vida adulta, tales como en su sexualidad, autoestima y lo que nos preocupa y ocupa en la salud mental, específicamente la depresión.

TABLA 1

Principales consecuencias a corto plazo del abuso sexual en niños y niñas

TIPOS DE EFECTOS	SÍNTOMAS	PERÍODO EVOLUTIVO
Físicos	Problemas del sueño (pesadillas).	Infancia y adolescencia
	Cambios en los hábitos de comida	Infancia y adolescencia
	Pérdida de control de esfínteres	Infancia
Conductuales	Consumo de drogas o alcohol.	Adolescencia
	Huidas del hogar.	Adolescencia
	Conductas autolesivas o suicidas.	Adolescencia
	Hiperactividad	Infancia
	Bajo rendimiento académico	Infancia y adolescencia
Emocionales	Miedo generalizado.	Infancia
	Hostilidad y agresividad.	Infancia y adolescencia
	Culpa y vergüenza.	Infancia y adolescencia
	Depresión.	Infancia y adolescencia
	Ansiedad.	Infancia y adolescencia
	Baja autoestima y sentimientos de estigmatización.	Infancia y adolescencia
	Rechazo del propio cuerpo.	Infancia y adolescencia
	Desconfianza y rencor hacia los adultos.	Infancia y adolescencia
	Trastorno de estrés postraumático.	Infancia y adolescencia
Sexuales	Conocimiento sexual precoz o inapropiado para su edad.	Infancia y adolescencia
	Masturbación compulsiva.	Infancia y adolescencia
	Excesiva curiosidad sexual.	Infancia y adolescencia
	Conductas exhibicionistas.	Infancia
	Problemas de identidad sexual.	Adolescencia
Sociales	Déficit en habilidades sociales.	Infancia
	Retraimiento social.	Infancia y adolescencia
	Conductas antisociales.	Adolescencia

Fuente: Echeburúa E. y Redondo S., 2010

CAPÍTULO DOS

Depresión

La depresión, es un trastorno mental que tiene un impacto bio-psico y social en la vida de las personas que la padecen, ya que genera discapacidad, la cual es considerada como el mal funcionamiento en la eficacia y rendimiento de los sujetos en diferentes áreas (Lara, Medina-Mora, Borges & Zambrano, 2007). Lo cual es confirmado por los resultados hallados en la Encuesta Mundial de Salud Mental (2001-2002, en Warner et al. 2012), en donde las personas atribuyen mayor discapacidad a los trastornos mentales que a los físicos, en México, las personas que padecieron algún trastorno de salud mental en el último año perdieron en promedio 27 días productivos si el trastorno fue grave y alrededor de 7% si la gravedad fue moderada. Por estas razones la depresión se encuentra en los primeros lugares de la lista de enfermedades incapacitantes (OMS, 2012).

Los efectos que genera la depresión pueden ser graves, por lo que se considera importante poner atención en este trastorno, ya que existen estudios que la consideran un síntoma posterior de un evento traumático.

Para los fines de este estudio, se iniciará con una breve reseña histórica acerca de la depresión, enfermedad de la cual se ha hablado desde hace mucho tiempo a la actualidad, para posteriormente exponer desde diferentes perspectivas el concepto de depresión; lo cual permitirá que tengamos un punto de partida para entender qué es la depresión, sus síntomas y factores de riesgo para presentarla, así mismo se indagará si existe una relación de causa-efecto entre el abuso sexual infantil y el presentar depresión en la adultez. Por último se hará una revisión acerca del Test de Depresión de Zung, el cual fue el instrumento que se utilizó para este estudio.

2.1. Antecedentes de la depresión.

La depresión tiene la misma edad que la humanidad, en cuanto está ligada al sufrimiento humano (Muriana, Petteno, & Verbitz, 2007).

Siendo en el Siglo I, de nuestra era, que se empezó a hablar de los trastornos afectivos, fue Areteo de Capadocia, quien describió tanto la manía como la melancolía y su relación entre ambas; estableciendo los estados tranquilo y agitado, respectivamente (Chinchilla, 2008).

Por su parte Chinchilla (2008) y Muriana, Petteno y Verbitz (2007), refieren que Galeno, en el Siglo II e Hipócrates en el Siglo V respectivamente, mencionaban que la melancolía era el resultado del exceso de producción de bilis negra.

Para Chinchilla (2008), fue a partir de entonces que la depresión la empezaron a estudiar, médicos y filósofos, uno de ellos fue Aristóteles, quien en su *Problemata* estudia a la melancolía viéndola como una enfermedad del cuerpo, señalando:

...la melancolía era algo frío por naturaleza, que si abunda en el cuerpo produce apoplejía o embotamiento o desaliento o miedo; pero también puede calentarse excesivamente y en ese caso produce alegría acompañada de canciones, frenesí (pág.20).

Durante este tiempo existieron médicos griegos, que a las alteraciones mentales las explicaban de acuerdo a la "teoría de los humores", esta teoría, explicaba que las alteraciones mentales se daban por un desequilibrio en los cuatro humores: bilis negra, sangre, bilis amarilla o flema); estableciéndose con éstos cuatro temperamentos: melancólico, sanguíneo, colérico o flemático, los cuales se llegaron a utilizar a finales del Siglo XIX (Chinchilla, 2008).

En los siguientes Siglos **XIII-XVI**, los médicos y filósofos continuaron estudiando la locura a través de la melancolía y la manía, pero con base moralista, -sin dejar a un lado las explicaciones extranormales-, las cuales culpaban y penaban a las personas que la padecían; a finales del Siglo **XVI**, la modernización en esta época permitió dos avances: 1° surgieron los estudios anatómicos lo que permitió tener una percepción más humana y médica acerca de los trastornos mentales, llamando así "Anatomía de la Melancolía" y 2° se comienza a tener una visión psicológica y antropológica de la depresión, Richard Burton (1621, en Chinchilla 2008), sugirió que la melancolía tenía un origen multifactorial, entre ellos la herencia, la falta de afecto y factores psicológicos en la infancia. Con esto se desechaba la teoría de los humores (Chinchilla, 2008).

Empezándose a desarrollar la neuroanatomía, para Muriana et. al. (2007), en el Siglo **XVIII**, los estudios de esta enfermedad se centraron específicamente en la mente. Surgiendo así médicos dedicados al estudio y tratamiento de los enfermos mentales, esto y el número de publicaciones sobre las enfermedades psíquicas, marcaron la inauguración de la psiquiatría como ciencia médica (Chinchilla, 2008).

De acuerdo con Muriana et al. (2007), a partir del año 1819, los estudiosos de este trastorno mental, comenzaron a modificarle el nombre, al respecto Jean-Etienne-Dominique Esquirol sustituyó el término melancolía por el de "lipemanía", que significaba tristeza, dolor, aflicción; Kraepelin la sustituyó por "psicosis maniaco-depresiva" (Chinchilla, 2008).

En este campo Freud, en sus escritos sobre duelo y melancolía (1917 [1915]), define a la melancolía como:

...una desazón profundamente dolida, una cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda productividad y una rebaja en el sentimiento de sí que se exterioriza en autorreproches y

autodenigraciones y se extrema hasta una delirante expectativa de castigo (p. 242).

En los inicios del Siglo **XIX**, se aborda el tema del agotamiento nervioso, diagnosticándolo como "neurastenia" o "psicoastenia", siendo ésta como la enfermedad de este siglo; entre 1937 y 1943 ambos términos los transforman en "psiconeurosis neurasténica" e inmediatamente esto se volvió "depresión" (Muriana et al. 2007).

Desde una perspectiva psicosocial, Meyer (1951, en Muriana et al. 2007), expresa que cualquier individuo que sufre un trauma intenso puede desarrollar una "patología mental"; esto es existe una "reacción", asimismo esta perspectiva señala que la manifestación de la depresión puede estar determinada por factores psicológicos, aspectos orgánicos, afectivos, cognitivos y ambientales.

Durante estos tiempos, se inició con la clasificación de las depresiones, a continuación se mencionan algunas de ellas: Kurt Schneider, comprendió tres variedades: depresiva (o hipotímica/distímica), hipomaniaca (o hipertímica) y ciclotímica, en 1913, Jaspers estableció la noción de reacción psíquica y en 1946 puntualizó las diferencias entre reacción vivencial normal y anormal, a partir de estos años se distinguieron dos clases de depresión: depresión endógena y depresión reactiva, a lo cual Max Scheler apuntó que la depresión endógena es inmotivada y se asienta sobre los sentimientos vitales; mientras que la depresión reactiva (neurótica) es motivada y lo hace sobre los sentimientos anímicos del yo, sentimientos que se modifican con la experiencia (Muriana et al. 2007).

Para Chinchilla (2008), en el año 1980 surgió la necesidad de unificar criterios acerca de la depresión, por lo que se estableció la clasificación que se encuentra contenida en el CIE y el DSM, clasificaciones que se han venido afinando gracias a las investigaciones que se han realizado y siguen llevándose a cabo.

Faltando aún mucho que descubrir acerca de la depresión.

En la actualidad, la depresión en México es un padecimiento que se presenta en muchas de las personas que habitan esta gran urbe. Los resultados obtenidos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (2001-2002, en Warner et al. 2012), arrojaron que la prevalencia anual de depresión en México fue de 4.8% entre la población general de 18 a 65 años, y una de cada ocho personas padece trastornos depresivos y la mitad de éstos los presentó en el último año. Llegando a ser un problema de salud pública en México, por el grado de discapacidad que genera (Warner et al. 2012).

A lo que alude Chinchilla (2008):

Los trastornos mentales empiezan a ser reconocidos como una fuente importante de discapacidad en el mundo (p.37).

En este sentido, dado el número de días que las personas pueden verse afectadas por la depresión, ésta ocupa el cuarto lugar mundial entre las enfermedades discapacitantes, y se estima que para el año 2020 ocupará el segundo lugar (Rosas & López, 2011).

Una de las instancias, que fue creada para velar por la salud mundial es la Organización Mundial de la Salud OMS, quien dentro de sus objetivos se ha preocupado y ocupado por los trastornos mentales, entre ellos la depresión. Datos disponibles indican que para el año 2030 será la principal responsable de carga de enfermedad, y constituye una de las causas principales de discapacidad a nivel mundial y se estima que afecta a 350 millones de personas. Para América Latina y el Caribe, el 21% de la carga total de enfermedad corresponde a trastornos neurológicos y mentales y de este porcentaje, el 45% corresponde principalmente a dos problemas: depresión y trastornos vinculados al consumo de alcohol (OMS, 2012).

2.2. Definición de la depresión

Durante la revisión histórica, se detectó la presencia de dificultades para llegar a comprender lo que hoy conocemos acerca de la depresión, pero estos obstáculos también ayudaron a crear una clasificación universal de dicho trastorno, la cual brinda mayor claridad y entendimiento de este padecimiento.

Existe en la actualidad un uso y abuso exagerado de la palabra depresión (Rojas, 2009), lo cual conlleva a una variedad de enfoques, exponiendo algunos de ellos.

Desde una perspectiva psicológica, San Molina y Arranz (2010) así como para Retamal (2005), la depresión es una enfermedad grave en la cual la tristeza se incrementa considerablemente, que puede surgir con o sin motivo aparente, debe ser de intensidad y duración desproporcionada; al respecto agrega Bleichman (1991), ésta puede tener una duración de varias semanas o meses y años, que afecta tanto el cuerpo como a la mente. Influye en la forma en que la persona come y duerme, el cómo se valora a sí misma [autoestima] (Suárez & Pujol, 2009).

En cambio Chinchilla (2008), señala que la depresión no solamente es un padecimiento, sino que engloba un conjunto de trastornos en los cuales se presenta un ánimo triste, problemas en la forma de pensar, alteraciones neurovegetativas y fisiológicas.

A modo de crítica Rojtenberg (2001), denota que la mayoría de las definiciones acerca de este trastorno afectivo, han sido utilizadas únicamente para identificarlo como un sentimiento de tristeza pasajera, que se presenta cuando la persona vive una situación negativa, ante lo cual expone su desacuerdo, proponiendo la siguiente definición:

Síndrome caracterizado por el decaimiento el estado de ánimo, la disminución de la capacidad de experimentar placer y de la autoestima con manifestaciones

afectivas, ideativas, conductuales, cognitivas, vegetativas y motoras con serias repercusiones sobre la calidad de vida y del desempeño socio-ocupacional (p. 1).

Es muy importante este punto de vista, ya que rompe con los esquemas que se tienen en cuanto que algunos autores hablan de este padecimiento centrando su atención exclusivamente en el sentimiento de tristeza, pareciera como si fuera el principal y único síntoma de la depresión. Ante tal situación y a favor de lo expuesto por Rojtenberg (2001) y Rojas (2009), afirman que este trastorno afectivo, va más allá de presentar ciertos síntomas como tristeza, angustia o frustración, ya que éstos cualquier persona los puede mostrar ante cualquier situación difícil en la vida; este trastorno es un "estado de hundimiento" en el cual el dolor que la persona presenta es muchísimo mayor en cuanto a la cantidad como a la calidad, lo que puede llevar a la persona al suicidio.

Hablando de este dolor que produce la depresión, Fernández (2001), en su enfoque antropológico, alude que la depresión es un punto de referencia para conocer a profundidad al ser humano, siendo en este padecimiento donde se puede percibir el sufrimiento humano en su máximo nivel, lo cual lleva a las personas ante la idea de morir.

Por último, dentro de la perspectiva médica, la OMS (2013), define a la depresión:

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (p. 1).

2.3. Clasificación de la depresión

Existen diversas clasificaciones llevadas a cabo, esta organización, se realiza cuando se conocen las causas que las originan (Rojtenberg, 2001), éstas pueden ser de origen biológico, también llamadas *endógenas*, en las cuales existe una base bioquímica o hereditaria; aquí no aparecen ante eventos estresantes y sus efectos interfieren en actividades básicas para la persona como el dormir, comer, trabajar, etc., requiriendo tratamiento antidepresivo de por vida (San Molina & Arranz, 2010); y las llamadas *exógenas*, en éstas hay una reacción del organismo (Rojas, 2009) ante una situación negativa o estresante, no duran mucho tiempo, en la mayoría de los casos no requiere tratamiento farmacológico, sino únicamente terapia (San Molina & Arranz, 2010).

A lo anterior Rojas (2009), puntualiza que para hacer la clasificación arriba mencionada se deberá de tomar en cuenta la reacción física, psicológica, conductual, cognitiva y asertiva que produzca el estímulo interno o externo, haciendo la siguiente clasificación:

↓ Depresiones exógenas

Reacciones depresivas biológicas.- Depresiones que se generan por un acontecimiento somático, que afectan la salud física de la persona, y puede ser leve, moderada o grave.

Reacciones depresivas psicológicas.- Son generadas por un estímulo externo o interno, y la reacción es vivencial, las cuales son normales es decir son adecuadas al motivo desencadenante, guardan una correcta proporción entre lo que proviene del exterior y la respuesta interna, también pueden ser anormales, en donde la reacción es exagerada.

Reacciones adaptativas.- Es la aparición de síntomas emocionales o conductuales como respuesta a uno o más agentes estresantes, como por ejemplo: problemas laborales, económicos, crisis de pareja, etc.

✚ Depresiones endógenas

Estas son producidas por factores internos de la persona, son inmotivadas, su origen puede ser orgánico, bioquímico o hereditario.

Distimias.- Estado de ánimo depresivo pero de forma crónica asociándose a ello falta de energía, cansancio anterior al esfuerzo, dificultades de concentración, alteración del sueño, sentimientos de desesperanza y una disminución o pérdida de interés por las cosas que antes se mostraban como sugerentes y positivas.

Para tener una clasificación más completa, en la cual están unificados los criterios para diagnosticar una depresión, mostraré la llevada a cabo por el DSM-IV-TR (2002), en donde los síntomas relacionados con las depresiones las clasifican en los trastornos del estado de ánimo.

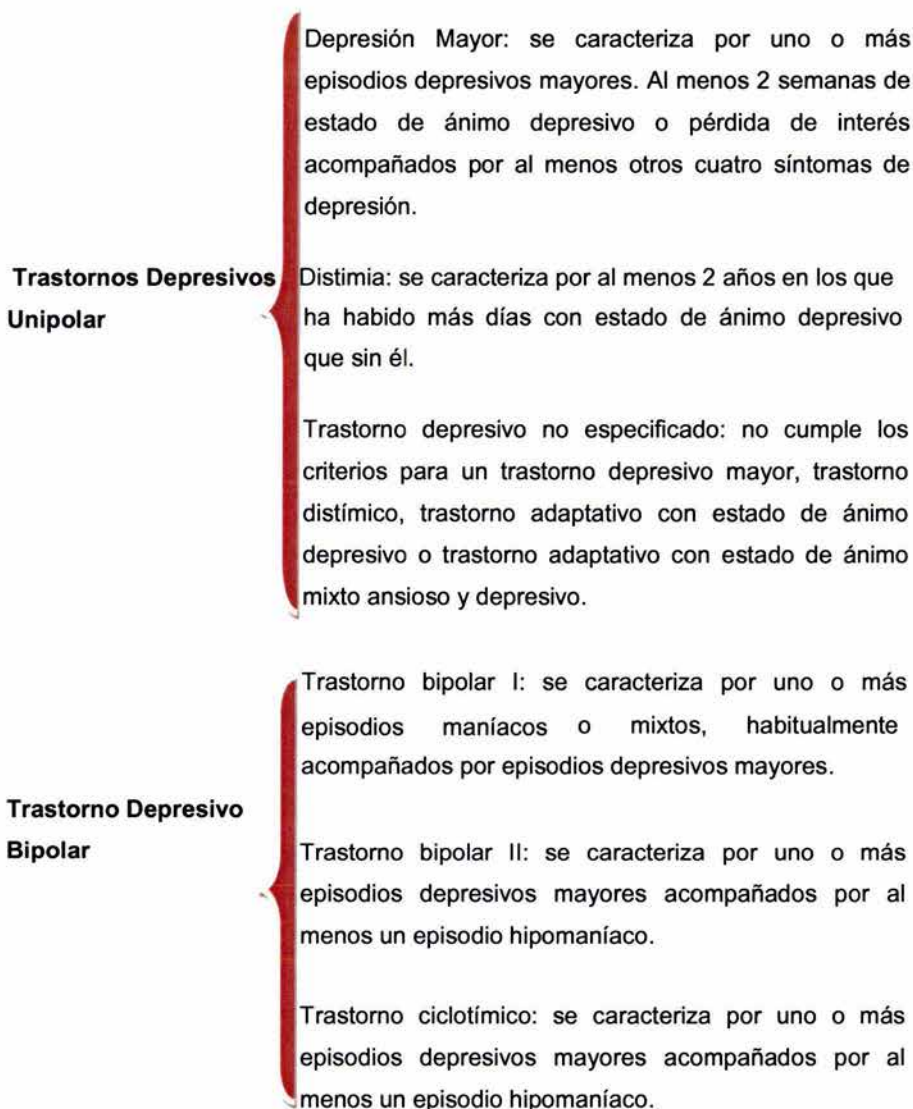
Para entender el término "ánimo", Rojtenberg (2001), señala:

La palabra ánimo viene de la palabra alma y alma es lo que da vida, ímpetu, gracia, levedad, impulso a autorrealizarse y saborear la existencia, es lo que abre al deseo de perdurar y aventurarse intrépidamente en lo incognito (p. 17).

A continuación se hace una presentación de esta clasificación (ver Figura 1)

Figura 1

Clasificación de la depresión



Trastorno Depresivo

Basado en la etiología

Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica: se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.

Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica: se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.

2.3.1. Sintomatología

San Molina y Arranz (2010), expresan que la mayoría de personas con depresión tienen síntomas físicos y psicológicos, sin embargo Suárez y Pujol (2009), indican que también se presentan signos objetivos, como la actitud corporal, lenguaje, etc., aunque la forma de presentarlos puede variar en cuanto a su intensidad (San Molina & Arranz, 2010).

Síntomas Físicos: Aumento o disminución del apetito; aumento o disminución del peso; problemas del sueño en los cuales se puede presentar insomnio o hipersomnias; enlentecimiento mental y físico (astenia); dolores, los más frecuentes son las cefaleas; pérdida del deseo sexual; diarrea o estreñimiento y alteraciones en la menstruación (Suárez & Pujol, 2009).

Síntomas Psicológicos: Tristeza, la cual como ya se dijo anteriormente, es mucho más intensa; anhedonia: es la incapacidad para disfrutar de la vida, por lo que aquí se pierde el interés por lo que antes producía placer (San Molina & Arranz, 2010); ansiedad (sensación de alerta); vacío emocional; pensamiento depresivo, los pensamientos son pesimistas sobre sí mismo, sobre el pasado, presente y futuro; problemas de concentración y de memoria; finalmente se acompaña con ideas de muerte (Suárez & Pujol, 2009).

Síntomas Objetivos: Postura encorvada, movimientos lentos o cuando existe ansiedad estos movimientos son más intensos, mirada distante y vacía, la fisonomía denota aflicción (Suárez & Pujol, 2009).

2.3.2. Etiología

Teniendo claro qué es la depresión, cabe preguntarnos ¿cuáles son los factores que predisponen a una persona para que se deprima?.

Con base en los enfoques cognitivos y biológicos conoceremos los elementos que pueden conducir a los sujetos a la depresión.

En lo que respecta a las teorías cognitivas Sánchez (2002), señala aquellas que estudian las enfermedades mentales, explican los procesos mentales que se presentan en los individuos con depresión, y como los primeros afectan su estado de ánimo y su conducta.

La primera es la Teoría Cognitiva de la Depresión de Aaron Beck (1979, en Sánchez 2002), quien señala que individuos depresivos presentan tres tipos de pensamientos (*triada cognitiva*) los cuales son negativos y devaluatorios, uno es hacia sí mismo, otro es hacia las experiencias con su entorno del día a día, y la última es aquella con vista hacia el futuro, en la cual la persona piensa que en su realidad existen obstáculos que no le permiten seguir adelante, estas dificultades persistirán en el futuro, lo cual se vuelve desalentador y frustrante. Estos pensamientos son mantenidos por un *esquema* –el cual todas las personas contamos- en donde se procesa y transforma toda la información percibida, pero en el caso de este padecimiento, el esquema funciona de manera negativa, está deteriorado de acuerdo a las experiencias individuales de cada persona en etapas tempranas y se activa ante eventos adversos por los que pasa el individuo, lo que genera que la información recibida se transmita de manera distorsionada dando como resultado *errores* en su interpretación.

La segunda teoría es la Indefensión Aprendida y Depresión de Seligman (1975, en Sánchez 2002), la cual indica que las personas que han estado por un tiempo prolongado bajo situaciones en las cuales han perdido el control de las mismas, -el autor menciona que este control se pierde cuando la gente a pesar de sus esfuerzos por evitar que una situación negativa se dé, ésta se presentará, lo que conlleva a que se aprenda que éstas situaciones son incontrolables a pesar de haya respuesta para evitarlas- lo que ocasiona que se sientan indefensas, provocando depresión.

Y la tercera y última teoría cognitiva, es la propuesta por Albert Ellis (1987, en Sánchez 2002), llamada Teoría Racional Emotiva, la cual apunta que ante acontecimientos activadores, surgen en los individuos creencias –estas pueden ser irracionales o racionales- las cuales llevan a una consecuencia dependiendo del tipo de la creencia. Si la creencia es racional (pensamientos, ideas o filosofías que ayudan o alientan al logro de metas), el efecto será positivo, pero si la creencia es irracional (pensamiento, idea o filosofía que interfieren en la supervivencia y felicidad de las personas), la consecuencia sería la depresión. Asimismo señala que estas creencias tienen una base biológica y psicológica.

Sin embargo Retamal (2005), apunta que el modelo más aceptado para explicar cómo la depresión afecta a la persona es aquel que tenga un enfoque psicológico, neurológico y biológico, ya que son estos los principales esquemas los cuales se ven afectados en los individuos que presentan este tipo de trastorno. Para lo cual es importante tomar en cuenta:

- ✓ La predisposición genética, al respecto Teva (2011), especifica que el porcentaje que tiene la genética en la depresión es de un 33 y 45%. Por lo que las personas que tienen algún familiar cercano que presente esta afección, son más vulnerables a desarrollarla (Retamal, 2005).

- ✓ Alteraciones bioquímicas.- Tanto la herencia como situaciones de estrés pueden llegar a ocasionar una alteración en la transmisión de sustancias químicas llamadas neurotransmisores durante la sinapsis –la sinapsis es la unión entre neuronas- (Retamal, 2005). La aplicación de antidepresivos permitió encontrar las sustancias químicas involucradas en las depresiones, siendo estas la **noradrenalina** –un mal funcionamiento producirán cambios en el humor, impulsos de ira y placer sexual-, **serotonina** –alteraciones en esta sustancia se relacionan en los cambios de humor, ánimo bajo, insomnio, ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo, violencia e intento suicida- y la **dopamina** –la cual afectará la atención, motivación y estado de alerta, estando relacionada con la apatía- (Teva, 2011; Retamal, 2005; Rosas & López, 2011).

- ✓ Alteraciones neuroendocrinas en la depresión.- Los resultados de las investigaciones realizadas encontraron alteración en las estructuras hipotalámicas e hipofisarias (Teva, 2011), así como en las glándulas endocrinas, en las depresiones endógenas (Retamal, 2005). Al respecto Teva (2011), indica que alrededor del 50% de pacientes deprimidos presentan altos grados de cortisol y del 5 al 10% con problemas de la tiroides. Asimismo en estudios se ha demostrado que el sistema inmunológico puede estar relacionado con las depresiones (Retamal, 2005).

Por otra parte, partiendo desde el enfoque psicodinámico, para el psicoanálisis existen vínculos que se establecen entre el individuo (yo) y un objeto (persona (as) con quien (es) se establece la conexión (Winogrand, 2005); desde esta perspectiva las relaciones interpersonales del pasado y las actuales están unidas con la depresión, esto es, las experiencias en la infancia en cuanto a sus primeros vínculos y los afectos que se generan son importantes para la generación de lazos afectivos positivos, si existe una privación o un daño en estas conexiones es probable que surja la depresión (Retamal, 2005).

A continuación se desarrolló la siguiente tabla, plasmando las principales aportaciones de autores representativos del psicoanálisis:

Tabla 2

Aportaciones del psicoanálisis

APORTACIONES

Sigmund Freud.- Apuntaba que en la infancia se generan conflictos entre el super yo y el yo, ya que el primero culpa al yo por la rabia hacia los padres; estas dificultades de la vida se quedan en el inconsciente, para que en la adultez aparezcan como una depresión (Teva, 2011).

Melanie Klein.- Sostenía que el individuo vive con la idea que él/ella había destruido a un ser querido, por sentir a este objeto amenazante (Teva, 2011); etapa que llamó *posición esquizo-paranoide* (Rojtenberg, 2005) y esta creencia con el paso del tiempo le generaba una depresión (Teva, 2011), llamada *posición depresiva* (Rojtenberg, 2005).

Bowlby.- Propuso que el problema de un vínculo ansioso o de la pérdida de un vínculo provocaba depresión cuando se sufría una pérdida en años posteriores (Teva, 2011).

Heinz Kohut.- Puntualiza que cuando se presenta una dificultad entre el *self* (yo), y los objetos del self (padres), quienes por alguna razón no cubren sus necesidades, resulta en depresión (Winograd, 2005).

Donald D. Winnicott.- Analizó el contexto familiar, en la que si existe alguno de los padres con depresión, éste sería un factor para que el niño pueda presentar un trastorno del ánimo (Winograd, 2005)

Hugo Bleichmar.- Refiere que los diferentes componentes de la depresión, está constituida por pensamientos y afectos en el individuo, estos son resultado de la pérdida del objeto amado (Winograd, 2005).

También existen los componentes sociales y culturales, los cuales también pueden conducir a las personas a la depresión. La depresión como ya se señaló anteriormente en la actualidad es un problema de salud en el mundo, por lo que podemos entender que es una enfermedad que se presenta en todos los países y culturas, muy probablemente en aquellas el estilo de vida se vive con mayor estrés.

Para comprender lo anterior, Rojtenberg (2005), manifiesta que la rapidez con la que se viven los cambios sociales, la evolución tecnológica, la situación de crisis económica y el alejamiento de los vínculos afectivos, entre otros, pueden funcionar como factores sociales "depresógenos". Asimismo otro tipo de causas sociales que complementan las anteriores, son los acontecimientos estresantes en la infancia, tales como los abusos sexuales y físicos, una sobreprotección excesiva y la falta de cariño hacia los infantes (Teva, 2011).

En este sentido, Retamal (2005), apunta que existe una relación entre traumas que se viven en la infancia, tales como abuso físico, abuso sexual o la falta de atención y cuidados en los/las niños (as), y la presencia en años posteriores depresión.

2.4. Depresión en mujeres

Trataremos este punto, ya que es importante destacarlo porque es la base de este reporte laboral.

En cuestión de género, los resultados obtenidos de la OMS (2001-2002 en Warner et al. 2012; Teva, 2011), establecen que las tasas de trastornos depresivos entre mujeres son dos veces mayores que las de los hombres.

Al respecto Leal (1999), complementa, lo siguiente:

los trastornos depresivos son dos veces más frecuentes en las mujeres, con una prevalencia a lo largo de la vida del 21.3 % frente al 12.7% de los hombres (p. 1).

Cabe señalar que el nivel más alto de la aparición de la depresión en mujeres se observa en la adolescencia (Cova, 2005). Los niveles de depresión varían de acuerdo a la edad y género, debajo de los 10 años el trastorno depresivo afecta más a niños que a niñas; entre los 10 y los 13 años se presenta un equilibrio en ambos sexos, pero a partir de los 14 años existe una tendencia progresiva de la depresión femenina sobre la masculina (Fernández, 2001), para llegar a los resultados que actualmente se manejan al indicar que el trastorno depresivo tiene el doble de prevalencia en mujeres que en hombres (Teva, 2011).

Por otra parte, existen estudios, que sugieren que en las últimas décadas de la vida de la mujer, los niveles de depresión disminuyen, sin tener claridad a partir de qué edad (Cova, 2005).

Sin embargo Teva (2011), encontró que la depresión mayor iniciaba en la edad adulta entre los 20 y 50 años; en cuanto a la aparición de los trastornos bipolares éstos inician antes de los 18 años (Fernández, 2001).

Específicamente el riesgo de presentar depresión mayor es del 10% al 25% en las mujeres y del 5 al 12% para los hombres, y su prevalencia para las mujeres es del 5% al 9% y del 2% al 3% en los hombres (Vázquez, 2007).

Esta prevalencia, puede estar asociada a que las mujeres son las que habitualmente somatizan más, esto es, presentan mayor dificultad para dormir y comer, manifiestan ansiedad y fatiga, así como el que ellas lo expresen más abiertamente, en comparación con los hombres (Suárez & Pujol, 2009).

De acuerdo a la literatura revisada, muchos de los autores consultados determinan que las mujeres son más vulnerables para padecer depresión, por lo que tomando en cuenta que todos los individuos somos organismos biopsicosociales, la clasificación de los factores asociados a la presencia de depresión estará enfocada en estas tres vertientes: biológicas, psicológicas y sociales, los cuales están basados en las diferencias de género (Cova, 2005). Sin embargo Cova (2005) hace notar para que se tome en cuenta que las diferencias de género pueden tener una limitante, ya que no son estáticas como muchos las ven, sino que van cambiando a lo largo de la vida.

Al respecto se abordarán estos tres componentes, señalados por Fernández (2001):

Biológicos.- Para explicar el mayor número de depresiones en la mujer, los estudios se han centrado en las diferencias cerebrales, estructurales y funcionales, incluyendo los sistemas neuroendocrinos y de neurotransmisión (Fernández, 2001). La observación de Leal (1999), estipula que también están relacionados la genética y los factores hormonales correspondientes con el ciclo reproductor en la mujer. De acuerdo a Teva (2011), se estima que el porcentaje que tiene la genética en la depresión es de un 33 y 45%.

Ahora bien el estudio de Silberg et al (1999, en Cova 2005), observaron que el factor genético en la etapa de la adolescencia tiene una función importante para ser más vulnerables a las chicas al presentar trastorno depresivos al enfrentarse a eventos vitales adversos.

En cuanto al componente neuroendocrino Fernández (2001), menciona las diferencias encontradas en cuanto al funcionamiento del cerebro entre hombres y mujeres, ya que en el cerebro masculino existe una clara división entre los dos hemisferios, no sucede así en el cerebro femenino, en el cual se observa mayor vínculo entre los hemisferios; asimismo la producción de neurotransmisores como

la dopamina, noradrenalina y serotonina es menor en las mujeres, lo cual puede favorecer para que se presente en ellas la depresión.

Desde este enfoque, Cova (2005), anuncia que la mayoría de los estudios se han centrado en la producción hormonal. Al respecto durante el ciclo menstrual -se puede presentar el llamado síndrome premenstrual, en el cual se manifiestan síntomas depresivos-, en el embarazo y el posparto se dan los mayores cambios hormonales, los cuales están asociados a la aparición de este padecimiento (Suárez & Pujol, 2009).

Así las investigaciones de Jadresic (2000, en Cova 2005) permitieron obtener evidencias de que la depresión posparto está relacionada con un mal funcionamiento de la tiroides.

Continuando ahora, con los factores *de la personalidad*, entre estos componentes Fernández (2001), halló que las mujeres suelen tener una autoestima disminuida por diversas circunstancias, asimismo de acuerdo a los roles y estereotipos, en comparación a los hombres, las mujeres se hacen más dependientes de las relaciones que establecen con los demás esto se debe al significado que les dan a estas relaciones, por último la responsabilidad de estar buscando el bienestar de los demás y dejar a un lado sus necesidades (Cova, 2005).

En lo que respecta a los elementos *sociales*, Cova (2005), resalta dos aspectos importantes: cultura y sociedad, los cuales influyen en el desarrollo emocional, social y cognitivo de las persona, lo cual genera vulnerabilidad de hombres y mujeres.

En el caso específico de las mujeres, esta debilidad se ha venido desarrollado por diferentes causas, entre ellas, la sociedad está regida por una cultura machista, la cual ha creado un sistema de desigualdad con relación a los hombres; a la mujer se le ha concedido ser la generadora de buenos sentimientos, entendimiento y

responsabilidad hacia los demás, así como de cargar con la culpa de todo lo que sucede a su alrededor y el hecho de limitarla en la expresión de sus sentimientos y necesidades (Cova, 2005).

Por lo que, esta vulnerabilidad hace que las mujeres respondan y enfrenten de manera diferente las experiencias difíciles que viven en el transcurso de su vida (Cova, 2005).

Al respecto, Kendler et al. (2001, en Cova 2005) encontró que hombres y mujeres presentan diferentes niveles de sensibilidad ante los diversos eventos de la vida, por lo que a las mujeres les afectan más lo relacionado con las situaciones interpersonales, mientras que a los hombres les daña lo referente a las actividades laborales y el divorcio.

Entre estos sucesos, se destacan los abusos sexuales y la violencia sexual (Cova, 2005). Así lo confirma Chinchilla (2008), al advertir que los antecedentes de abusos sexuales vividos en la infancia, así como los abusos físicos y la baja autoestima, también son factores que podrían aumentar el riesgo de padecer depresión en la edad adulta (Chinchilla, 2008).

Por otra parte, existen diferentes circunstancias asociadas con la aparición de un intento de suicidio en las personas con trastornos afectivos, entre ellos se mencionan al abuso físico y sexual, problemas laborales, abuso de sustancias, etc. (Vázquez, 2007).

Con el propósito de verificar la relación entre situaciones traumáticas y la presencia de depresión, se llevó a cabo el estudio canadiense de Mac Millan y col. (2001, en Goldberg, Kendler, Sirovatka & Regier 2011), con población adulta y con antecedentes de abuso físico y sexual, encontrando que éstas personas presentaban niveles altos de ansiedad y depresión; siendo las mujeres con mayor índice que los hombres.

Así también lo confirma, un estudio de Muller y col. (s/f, en Rojtenberg 2001), con mujeres que tenían antecedentes de abuso sexual infantil, hallaron que ellas tenían un riesgo mayor de desarrollar posteriormente cuadros de depresión y ansiedad, en comparación de las mujeres que no sufrieron alguna situación de abuso sexual.

En resumen, la depresión es considerada un problema de salud mental mundial, de acuerdo a los estudios que se han llevado a cabo, se han podido detectar las afectaciones que esta enfermedad genera, así como demostrar el aumento cada vez más de las personas que la padecen, quienes de acuerdo a las investigaciones realizadas siguen siendo las mujeres el sector de la población que mayormente la presentan.

Por lo anterior se opina que es importante la detección y atención oportuna de este trastorno, y así evitar o disminuir su aparición y evolución.

2.5. Test de Depresión de Zung

La Escala Autoaplicada de Depresión de Zung (Self-Rating Depresión Scale) SDS, fue desarrollada por Zung en 1965, es un test de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada en cierto modo de la escala de depresión de Hamilton, ya que al igual que ésta da mayor peso al componente somático-conductual del trastorno depresivo.

Es una escala autoaplicada formada por 20 frases relacionadas con la depresión, en una escala de 4 puntos, estilo Likert, con extremos tipo: "nada o pocas veces" y "la mayoría de las veces". La mitad de los ítems son sintomáticamente negativos y la otra mitad positivos. Tienen gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos, con 8 ítems para cada grupo, completándose la escala con dos ítems referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicomotores.

Con respecto a la calificación de este test, Zung (1972, en Vázquez 2007), indica que se puede puntuar con una plantilla de plástico o también a través del formato de escala puntuada por el entrevistador. Ver Anexo 1

La observación de Vázquez (2007), es que esta escala, ha sido uno de los instrumentos de autoinforme más utilizados, especialmente en los campos médicos y psiquiátricos. Su sencillez de manejo y puntuación la hacen una herramienta de fácil aplicación.

Asimismo esta sencillez también ha llevado a ciertas críticas, entre ellas Hamilton (1972, en Vázquez 2007), su crítica fue dirigida hacia los ítems, los cuales no incluyeron síntomas de hipocondría, culpa y retraso, así como el poco manejo que se le dio al tema del suicidio, y que las puntuaciones extremas, que representan la frecuencia de la ocurrencia, tengan como consecuencia que los síntomas leves y persistentes cuenten más que los síntomas graves poco frecuentes.

Sin embargo, Vázquez (2007), señala con relación a la fiabilidad, la información que se tiene es muy poca, pero los resultados que se han obtenido con su utilización, hace que sea considerada como válida, obteniendo niveles de validez que van de un nivel adecuado y un buen nivel, en relación con otras herramientas, como la de Hamilton, el de Beck y el Inventario de Depresión Multipuntuable. Mc Nair (s/f, en Vázquez 2007), señaló que es uno de los instrumentos más sensibles para evaluar las intervenciones farmacológicas.

Por último la Escala de Depresión de Zung, debe utilizarse con precaución en pacientes no hospitalizados o no psiquiátricos; puede tener algún valor como instrumento de sondeo (Vázquez, 2007).

2.5.1. Interpretación

La escala puntúa de 1 a 4 para los de sentido negativo, o de 4 a 1 para los de sentido positivo; el rango de puntuación es de 20 – 80 puntos. El resultado puede presentarse como el sumatorio de estas puntuaciones, o como puntuación normalizada (suma de las puntuaciones de cada ítem expresada como porcentaje de la máxima puntuación posible), oscilando en este caso el rango de valores entre 20 y 100.

En nuestro medio se utilizan de forma indistinta ambos sistemas, el de puntuación, para el presente estudio se utilizó el siguiente:

Sin depresión. Debajo de 50 puntos

Depresión leve. 50 a 59 puntos

Depresión moderada. 60-69 puntos

Depresión grave. 70 o más puntos

CAPÍTULO TRES

Contexto Laboral

El hecho de que tanto víctimas como familiares de algún delito sexual, ya no vivieran en silencio su afectación y comenzaran a alzar la voz denunciando, propició que tanto autoridades del gobierno como particulares empezaran a poner atención a estos hechos. Específicamente la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal PGJDF, como autoridad encargada de impartir justicia, se vio en la necesidad de brindar a estas víctimas una atención especializada, lo cual originó que creara Centros especializados, para diversos delitos.

En los cuales se encuentra el Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales (C.T.A.), el cual tiene por objetivo brindar una atención integral y especializada a las personas que soliciten el apoyo por ser víctimas de agresión sexual, siendo éste el único Centro del gobierno del Distrito Federal que atiende a este tipo de población de manera gratuita, brindando apoyo psicológico, legal, médico y de trabajo social.

Considerando importante que se dé a conocer la existencia de este Centro, se abordará en este capítulo sus antecedentes, para posteriormente presentar las funciones y objetivos del C.T.A., las áreas que lo conforman así como el tipo de atención que brinda, enfocándose específicamente en la atención psicoterapéutica utilizada por las psicólogas que laboramos ahí, siendo el área donde se realizó el estudio que se presenta en este reporte laboral.

3.1. Antecedentes Históricos

La Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal PGJDF, dentro de sus funciones de impartición y procuración de justicia está el brindar la atención a las víctimas del delito, tanto a nivel individual como familiar; especialmente por lo que

se refiere a los procedimientos legales para hacer efectiva la reparación de los daños y perjuicios.

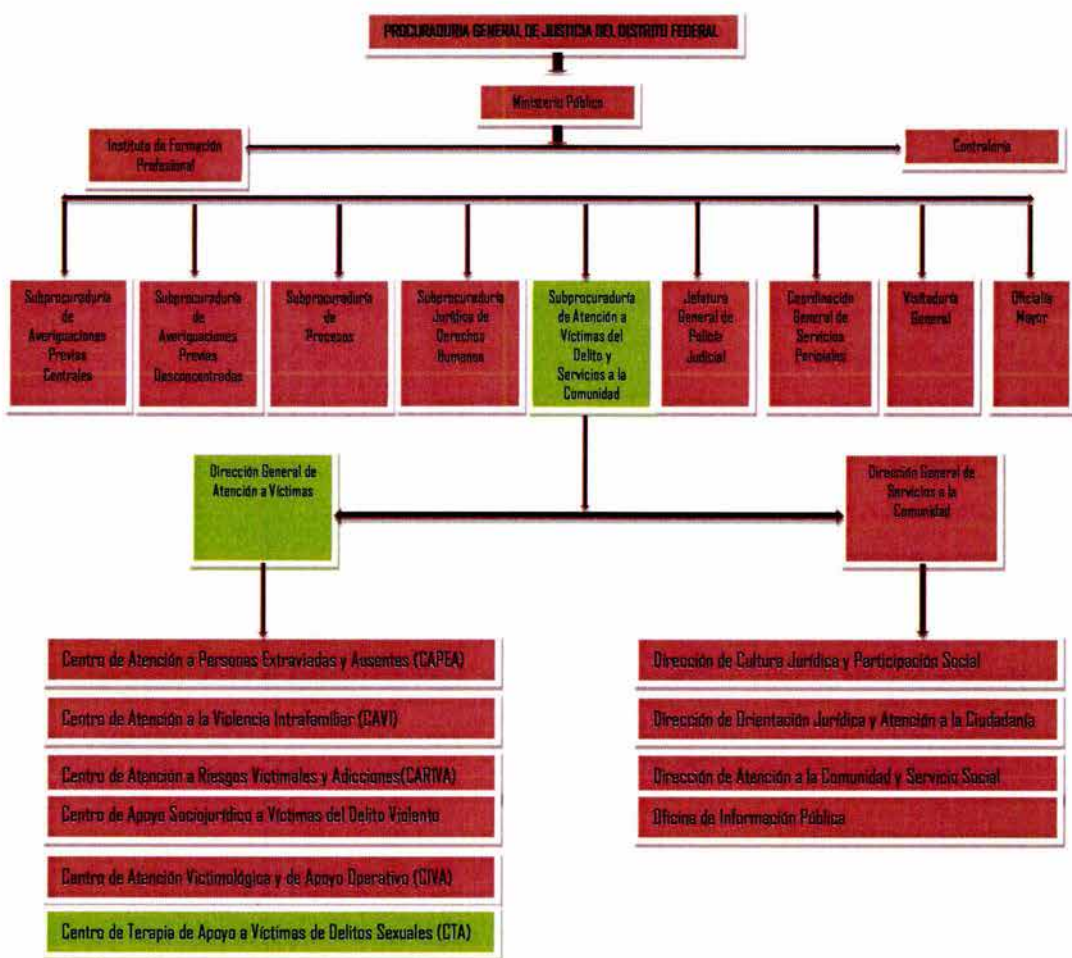
En el Código Penal para el Distrito Federal (2012), en el Artículo 7°. Primer Párrafo:

Delito: es el acto u omisión que sancionan las leyes penales.

Siendo así, se establecieron unidades especializadas para brindar la atención de manera inmediata a las víctimas o sus familiares que presenten traumatismos de carácter psicológico derivados de la comisión de delitos. Asimismo fue necesario desarrollar políticas específicas a fin de garantizar una atención integral, tanto en forma directa como a través de su canalización a las diversas instituciones que tienen por objeto brindar asistencia médica y social.

Para tal caso la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, cuenta con el Sistema de auxilio a Víctimas del Delito, el cual está a cargo de la Subprocuraduría de Atención a Víctimas del Delito y Servicios a la Comunidad, dependiendo de ésta dos direcciones, la Dirección General de Servicios a la Comunidad, la cual se encarga de determinar las políticas, programas, proyectos y acciones para informar y orientar a la ciudadanía acerca de los servicios que brinda la Procuraduría y promover la participación comunitaria en ellos, así como coordinar el sistema de servicio social de pasantes; y la Dirección General de Atención a Víctimas del Delito, encargada de brindar atención a las víctimas del delito, en cuanto a la orientación jurídica durante la investigación ministerial y el proceso penal, se cuenta también con Peritos en Psicología que rinden dictámenes, así como psicólogos que brindan psicoterapia individual y grupal, médicos que proporcionan atención primaria conjuntamente con la Secretaría de Salud para derivar a aquellas personas que requieren una atención más especializada o de urgencia.

Los delitos que atiende la Dirección General de Atención a Víctimas, se encuentran los relacionados con las personas extraviadas o ausentes, violencia intrafamiliar, delitos sexuales, delitos violentos, atención a las adicciones y riesgos victimales. Teniendo bajo su cargo 6 Centros especializados, los cuales se detallan a continuación:



3.1.1. Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales C.T.A.

En México a finales de la década de los 80s empezaron a surgir programas de atención, creándose en la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal la primera Agencia Especializada del Ministerio Público en Delitos Sexuales en la Delegación Miguel Hidalgo (Agencia 46) y meses más tarde se crearon otras agencias ubicadas en las delegaciones: Coyoacan (Agencia 47) y Venustiano Carranza (Agencia 48), y finalmente en el año 1990 se establece la Agencia 49 en la Delegación Gustavo A. Madero.

El Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales (C.T.A.), fue creado oficialmente en el año 1991, mediante el Acuerdo A/009/91 del Procurador General de Justicia del Distrito Federal y publicado en el Diario Oficial de la Federación del 27 de marzo de 1991 como Unidad Administrativa Especializada dependiente jerárquicamente de la Dirección General de Atención a Víctimas del Delito la que a su vez depende de la Subprocuraduría de Atención a Víctimas y Servicios a la Comunidad y por último de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal.

El objetivo fundamental del C.T.A. es proporcionar un servicio integral, el cual contempla la atención psicoterapéutica a las víctimas y sus familiares de algún delito sexual que son enviadas por las Agencias, Fiscalías Especializadas en Delitos Sexuales, de instituciones públicas y privadas, así como de aquella persona que solicite el servicio por haber sufrido alguna agresión sexual. Además de ofrecer asesoría jurídica encaminada a la restitución de sus derechos dando mayor énfasis a la reparación del daño generado por la agresión sexual y orientación médica.

3.1.2. Marco jurídico

Su marco jurídico está fundamentado en el artículo 20 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Ley Orgánica de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, Reglamento y Acuerdo A/002/1990 del Procurador General de Justicia del Distrito Federal y la Ley de Atención y Apoyo a las Víctimas del Delito.

En la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, Artículo 20. Último párrafo: En todo proceso penal, la víctima o el ofendido por algún delito, tendrá derecho a recibir asesoría jurídica, a que se le satisfaga la reparación del daño cuando proceda, a coadyuvar con el Ministerio Público, a que se le preste atención médica de urgencia cuando lo requiera y los demás que señalen las leyes.

Ley Orgánica de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal:

Artículo 2. (Atribuciones del Ministerio Público). La Institución del Ministerio Público en el Distrito Federal estará a cargo del Procurador General de Justicia y tendrá las siguientes atribuciones, que ejercerá por sí, a través de los Agentes del Ministerio Público, de la Policía de Investigación, de los Peritos y demás servidores públicos en el ámbito de su respectiva competencia:

IV. Proteger los derechos e intereses de las niñas, niños, adolescentes, incapaces, ausentes, personas adultas mayores y otros de carácter individual o social, que por sus características se encuentren en situación de riesgo o vulnerabilidad;

VI. Proporcionar atención a los ofendidos y a las víctimas del delito, facilitar su coadyuvancia, tanto en la averiguación previa como en el proceso, protegiendo en todo momento sus derechos e intereses de acuerdo a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, los Instrumentos Internacionales en los que el

Estado Mexicano sea parte, teniendo como ejes rectores el respeto por los derechos humanos, la perspectiva de género y la protección integral a la infancia.

Artículo 12 (De los ofendidos y víctimas del delito). Las atribuciones en materia de atención a los ofendidos y víctimas del delito a que se refiere el artículo 2º, fracciones VI consisten en:

I. Proporcionar a los ofendidos y víctimas del delito, desde la comisión de éste, la atención psicológica y médica de urgencia, y aplicar las medidas de protección cautelares para salvaguardar su seguridad física, psicológica, patrimonial y familiar, tanto en la averiguación previa como en el proceso. El sistema de auxilio a víctimas contará con personal especializado en psicología, quienes rendirán dictámenes para determinar el daño psicológico y moral sufrido por la víctima de algún delito;

II. Proporcionar orientación, asesoría y representación legal a los ofendidos y víctimas del delito, así como propiciar su eficaz coadyuvancia en las diversas etapas del procedimiento penal;

IV. Tramitar ante el juez competente las medidas de protección previstas en la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia;

V. Concertar acciones con instituciones, públicas y privadas, para materializar los derechos fundamentales de los ofendidos y víctimas del delito, y

VI. Las demás que prevean otras disposiciones legales aplicables y los Convenios Internacionales de Derechos Humanos en los que el Estado Mexicano sea parte.

Reglamento de la Ley Orgánica de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal:

Artículo 26.- El Ministerio Público deberá proporcionar atención a los ofendidos y a las víctimas del delito, para ello realizará las acciones contenidas en el artículo 12 de la Ley Orgánica de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, así como las siguientes:

II. Prestar los servicios que constitucionalmente tienen encomendados con legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad, profesionalismo, eficiencia, eficacia, calidad, calidez, respeto irrestricto a sus derechos humanos y con la máxima diligencia;

X. Proveer sobre las medidas de protección necesarias, para niños, niñas, adolescentes, incapaces y personas adultas en situación de riesgo;

XI. Proporcionar atención a los ofendidos y a las víctimas del delito, protegiendo en todo momento sus derechos e intereses de acuerdo a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, los Instrumentos Internacionales en los que el estado Mexicano sea parte y la demás normatividad en la materia.

Ley de Atención y Apoyo a las Víctimas del Delito para el Distrito Federal:

Artículo 1.- Las disposiciones de esta Ley son de orden público e interés social, y de aplicación y observancia general en el Distrito Federal. Tiene por objeto garantizar a la víctima u ofendido del delito el goce y ejercicio de los derechos y las medidas de atención y apoyo que les confiere esta Ley.

Artículo 3.- La Procuraduría será la autoridad responsable, a través de la Subprocuraduría, de que la víctima o el ofendido por algún delito que corresponda

conocer a los Tribunales del Distrito Federal, reciba asesoría jurídica, atención médica, psicológica y orientación social cuando lo requiera.

El Código Penal para el Distrito Federal (2012), establece como delitos sexuales: el acoso sexual, abuso sexual, estupro, violación e incesto.

Asimismo, el Código Penal para el Distrito Federal fundamenta los delitos de violación y abuso sexual en los siguientes artículos:

Abuso Sexual

Artículo 176.- Al que sin consentimiento de una persona y sin el propósito de llegar a la cópula, ejecute en ella un acto sexual, la obligue a observarlo o la haga ejecutarlo, se le impondrá de uno a seis años de prisión.

Si se hiciere uso de violencia física o moral, la pena prevista se aumentará en una mitad.

Artículo 177.- Al que sin el propósito de llegar a la cópula ejecute un acto sexual en una persona que no tenga la capacidad de comprender el significado del hecho o por cualquier causa no pueda resistirlo, o la obligue a observar o ejecutar dicho acto, se le impondrá de dos a siete años de prisión.

Si se hiciere uso de la violencia física o moral, la pena prevista se aumentará en una mitad.

Violación

Artículo 174.- Al que por medio de la violencia física o moral realice cópula con persona de cualquier sexo, se le impondrá prisión de seis a diecisiete años.

Para los efectos de este artículo, se entiende por cópula, la introducción del pene en el cuerpo humano por vía vaginal, anal u bucal.

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

Los Artículos 181 Bis y 181 Ter. Hacen referencia de la violación, abuso sexual cometidos a menores de doce años de edad.

Artículo 181 Bis. Al que realice cópula con persona de cualquier sexo menor de doce años, se le impondrá prisión de ocho a veinte años.

Se sancionará con la misma pena antes señalada al que introduzca en una persona menor de doce años de edad por vía vaginal o anal cualquier elemento, instrumento o cualquier parte del cuerpo humano distinto al pene, con fines sexuales.

Al que sin el propósito de llegar a la cópula, ejecute un acto sexual, en una persona menor de doce años o persona que no tenga la capacidad de comprender el significado del hecho o por cualquier causa no pueda resistirlo o quien realice actos en los que muestre, exponga o exhiba sus órganos genitales con fines lascivos, tanto en el ámbito público como privado, ejecute en ella un acto sexual o lo obligue a observarlo, se le impondrá de dos a siete años de prisión.

Artículo 181 Ter.- Las penas previstas en el artículo anterior, se aumentarán en dos terceras partes, cuando fueren cometidos:

- I. Con intervención directa o inmediata de dos o más personas.

II. Al que tenga respecto de la víctima:

- a) Parentesco de afinidad o consanguinidad;
- b) Patria potestad, tutela o curatela y
- c) Guarda o custodia.

Además de la pena de prisión, el culpable perderá la patria potestad respecto a todos sus descendientes, la tutela, curatela, derecho de alimentos y los sucesorios que tenga respecto de la víctima; pero en ningún momento cesará su obligación alimentaria para con ella.

- III. Quien desempeñe un cargo o empleo público, utilizando los medios que ellos le proporcionen. Además de la pena de prisión, el sentenciado será destituido del cargo, empleo o comisión.
- IV. Por quienes tengan contacto con la víctima por motivos laborales, docentes, médicos, domésticos, religiosos o cualquier otro que implique confianza o subordinación o superioridad. Además de la pena de prisión, el sentenciado será suspendido por un término igual a la pena impuesta en el ejercicio de su empleo, cargo o profesión.
- V. Por quien habite ocasional o permanentemente en el mismo domicilio de la víctima.
- VI. Aprovechando la confianza depositada en ella por la víctima, por motivos de afectividad, amistad o gratitud.

3.1.3. Funciones

Los servicios del Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales C.T.A. son gratuitos, sin importar edad, sexo, condición social, o la existencia o no de una averiguación previa. La finalidad de este Centro es realizar, a favor de las

personas que han sufrido algún tipo de violencia sexual, una atención integral a través de un grupo multidisciplinario de profesionistas de las carreras de derecho, psicología, trabajo social y medicina; cuenta con los siguientes programas de atención a víctimas del delito:

- Psicología.- La atención psicoterapéutica individual y/o grupal brinda los medios para disminuir el impacto emocional causado por la agresión sexual.
- Médica.- Acciones de orientación respecto de las enfermedades de transmisión sexual (VIH, Hepatitis B y C, Virus del Papiloma Humano, Sífilis). Intervención para garantizar información idónea y necesaria para que las mujeres víctimas de delitos de violación, mediante el consentimiento informado, resuelvan –antes de las 20 semanas- si desean o no interrumpir legalmente el embarazo.
- Trabajo social.- Brinda apoyo con diversos programas sociales dispuestos en beneficio de la ciudadanía por parte del Gobierno del Distrito Federal y busca las redes sociales que respalden a las víctimas, haciendo un seguimiento de los casos que así lo requieran.
- Jurídica.- Acciones de asistencia y orientación jurídica para presentar denuncias y de representación legal de la víctima durante la integración de la averiguación previa y/o proceso penal.

El C.T.A. está conformado estructuralmente por una dirección, la cual tiene a su cargo dos subdirecciones y cinco unidades departamentales.

La Subdirección Jurídica, cuenta con dos unidades departamentales:

- Seguimiento jurídico.- Integrado por abogadas (os), quienes orientan a las víctimas sobre su proceso legal cuando ya se ha iniciado una averiguación previa o bien, se les orienta acerca de cómo hacerlo. En algunos casos se acompaña a las víctimas a denunciar, a los careos y/o otras diligencias de carácter judicial.
- Atención psicojurídica.- Compuesta por Peritos en Materia de Psicología, los cuales tienen la labor de valorar psicológicamente a las víctimas, cuando es requerida por las autoridades ministeriales y judiciales, con el objetivo de reunir los elementos suficientes que permitan dictaminar la presencia o no del daño moral derivado de la agresión sexual, a fin de que las víctimas obtengan el pago de la reparación del daño.

También realizan comparecencias en juzgados.

La Subdirección Clínica, está compuesta por cinco unidades departamentales:

- Barandilla.- Es el primer contacto de la institución con la víctima, se encarga de recibirla, así como derivarla al área correspondiente, quedando asentado en el libro de registro la hora de entrada y salida, así como el motivo de su visita. Si la víctima acude por primera vez al Centro, se llena una papeleta con sus datos y se le asigna un número de expediente, derivándola al área de trabajo social. Esta área maneja una base de datos correspondiente a todos los expedientes abiertos de acuerdo al número de expediente asignado.
- Trabajo Social.- Reconquista y Seguimiento.- Área integrada por trabajadoras (es) sociales, encargadas (os) de llevar a cabo las entrevistas iniciales con las víctimas que acuden por primera vez aperturando su ficha

de ingreso, así como realizar visitas domiciliarias, enviar citatorios y efectuar llamadas telefónicas a las personas que iniciaron una averiguación previa y fueron canalizadas al C.T.A. por las Agencias Especializadas en Delitos Sexuales pero que ha transcurrido tiempo sin que se presenten, se les ofrecen los servicios que brinda el Centro. Así mismo se da seguimiento a los menores que se encuentran en riesgo.

- Servicio Médico.- Es el tercer contacto de la víctima de primera vez con el C.T.A., se encuentra a cargo de dos doctoras, una del turno matutino y otra del vespertino; ambas realizan el llenado de una ficha de servicio médico, donde guiada por la Ficha de Ingreso realizada por la trabajadora social, se hace una exploración con un enfoque médico del evento.

Orientan respecto a las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), si es antes de las 72 horas a raíz del evento de agresión sexual, se le proporciona la pastilla de emergencia, al igual que los antirretrovirales, para posteriormente, si así lo amerita, canalizar a hospitales que tiene convenio con la Procuraduría, de acuerdo al caso, como son: Hospital de la mujer, Clínica Condesa, Hospital Pediátrico Infantil, entre otros.

Para descartar la sospecha de embarazo, se aplica una prueba de embarazo casera; si es decisión de la usuaria interrumpir el embarazo (antes de las 12 semanas), se deriva al área jurídica donde se procede a hacer el trámite de la Interrupción Legal del Embarazo (ILE).

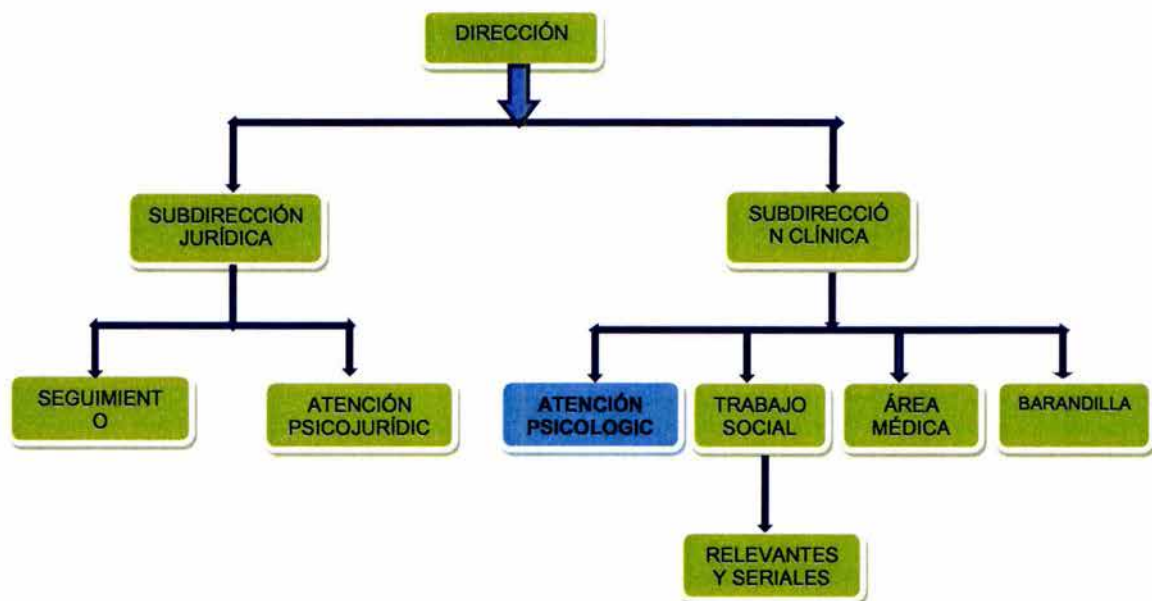
- Relevantes y Seriales.- Formada por un sociólogo, encargado de identificar casos de agresiones sexuales relevantes con el fin de realizar una ficha, así como desarrollar posibles casos seriales, de acuerdo a su modus operandi.

- Atención Psicológica- Constituida por psicólogas, cuya función primordial es brindar la valoración psicológica así como la atención psicoterapéutica especializada subsecuente de manera individual y grupal.

Realizando informes, reportes, valoraciones psicológicas, así como acompañamientos en diligencias judiciales con las víctimas que han sufrido agresión sexual, mediante solicitudes de agentes ministeriales, juzgados de lo penal o de lo familiar y comparecer ante estas instancias cuando así lo requieran.

3.1.4. Organigrama

A continuación se exhibirá través del siguiente organigrama, la forma en la cual el C.T.A. se encuentra organizado por áreas.



En el área de atención psicológica, está conformada por 13 psicólogas, las cuales se encuentran distribuidas en dos turnos de atención: turno matutino que brinda servicio de 9:00 a 15:00 horas y turno vespertino de 15:00 a 21:00 horas.

Posterior a que la víctima de un delito sexual, es atendida en recepción por el área de trabajo social, quienes se encargan de aperturar su expediente programándole cita con alguna de las psicólogas, sin embargo pueden presentarse dos situaciones: La primera y muy lamentable, que no se presente a atención psicoterapéutica, esta situación puede darse por diversos motivos, de acuerdo a la experiencia laboral: a) bajo nivel socioeconómico que dificulta el traslado a las terapias, b) ideas preconcebidas respecto a la efectividad inmediata de la terapia y c) dificultad para contactar con emociones. En esta situación, la terapeuta asignada llevará a cabo acciones de reconquista, encaminadas a contactar a paciente y conocer los motivos de su inasistencia así como agendar nueva cita, lo cual se lleva a cabo primeramente vía telefónica, si no se tiene el contacto, se le envía una invitación a través del correo. Si en ambos casos no se tiene respuesta, se procede a cerrar el expediente. Segunda, que se presente puntualmente a la cita programada.

Cuando acuden a esta cita las (os) pacientes, son atendidas (os) por la psicóloga, quien lleva a cabo en esta primera cita el establecimiento de la alianza y encuadre terapéutico. Para posteriormente llevar a cabo de una a dos sesiones más de valoración, en las cuales por medio de la entrevista semidirigida y observación clínica, la profesional en comento determina la presencia o no de afectación psicoemocional en las (os) usuarias (os) por la agresión sexual sufrida, asimismo durante estas sesiones se puede averiguar la existencia de algún daño orgánico y/o trastorno psiquiátrico que imposibiliten la atención psicoterapéutica, si es el caso y lo amerita, se le canaliza mediante oficio a una institución para atención psiquiátrica del sector salud. Cabe mencionar que también son canalizadas aquellas personas que requieren un tratamiento psiquiátrico cuando de acuerdo a la valoración se encuentra que la víctima por la sintomatología referida (intentos

suicidas, ansiedad, depresión, autoagresiones, estrés-postraumático) necesita este manejo en conjunto con la atención psicoterapéutica de este Centro; con base en lo anterior la terapeuta realiza un diagnóstico por medio de la entrevista y observación clínica, el cual le permite determinar si inicia un proceso psicoterapéutico individual o grupal –al presentar sintomatología relacionada con un delito sexual y detectando su funcionalidad para estar en proceso psicoterapéutico-, ambos van dirigidos a la recuperación psicoemocional de las víctimas.

Estos procesos psicoterapéuticos son breves y de emergencia -si el caso así lo amerita-, en el tratamiento psicoterapéutico individual, la duración es de 1 a 8 sesiones de psicoterapia, de acuerdo a los avances que vaya presentando la víctima. Por otro lado la psicoterapia grupal se extiende por 12 sesiones, las cuales se llevan a cabo una vez por semana, existen diferentes tipos de grupos, ya que estos se conforman por edades:

- Grupo de Niños: 5, 6, y 7 años; y 8, 9, 10 y 11 años.
- Grupo de Adolescentes: 12,13 y 14 años; y 15, 16 y 17 años.
- Grupo de Mujeres: 18 años en adelante.

Para los fines de este reporte laboral me abocare al proceso psicoterapéutico grupal para mujeres. Esta población acude muy frecuentemente a solicitar el servicio de este Centro, las cuales fueron derivadas de acuerdo a los resultados de la valoración de la psicoterapeuta, al diagnosticar la presencia de afectación psicoemocional generada por un delito sexual en la infancia-adolescencia y/o que sufrieron este delito recientemente.

Entendiéndose la psicoterapia de grupo como la relación interpersonal entre un grupo de personas que sufren psíquicamente y un profesional (psicoterapeuta), quienes durante esta relación se brindan un acompañamiento el cual tiene la finalidad de dar a conocer y comprender los aspectos psicológicos involucrados en



su padecimiento y así modificarlos de manera que ayude a disminuir o desaparecer este sufrimiento psíquico, lo que llevaría a las personas a tener una mejor integración interna y externa (Sunyer, 2008).

La observación de Moreno (1966, en Sunyer 2008), en cuanto a psicoterapia de grupo es la siguiente:

... el término psicoterapia de grupo se empleará sólo cuando el objetivo único e inmediato es la salud psicoterapéutica del grupo y sus miembros y cuando se obtiene este objetivo mediante medios científicos, incluidos el análisis, el diagnóstico y el pronóstico (p. 86).

En el Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales (C.T.A.), los grupos psicoterapéuticos para mujeres las cuales sufrieron una agresión sexual en la infancia-adolescencia, están basados en procedimientos con objetivos particulares establecidos, los cuales se mencionaran a continuación:

- Resignificación de la agresión sexual sufrida, la cual será integrada como parte de la historia de vida de cada una de las mujeres.
- Reconocimiento y elaboración de emociones generadas a partir de este evento.
- Identificación de recursos internos.
- Recuperar sentimiento de valía y control sobre el cuerpo.

Para lograr los objetivos antes expuestos, se llevan a cabo 12 sesiones de psicoterapia grupal, las cuales constan de 2 horas una vez a la semana

durante 3 meses aproximadamente, las cuales están programadas de la siguiente manera:

Sesión 1ª. y 2ª.

Presentación e Integración Grupal.- Durante la primera sesión se da la bienvenida a las mujeres que fueron derivadas al grupo, se realiza la presentación de la psicóloga que estará al frente del mismo. Así como se les brinda una breve explicación de los temas que se verán, estableciendo las reglas grupales. Por medio de diversas dinámicas se comienza a integrar a las usuarias al grupo: dinámicas de presentación e integración. Estos objetivos se prolongan hasta la segunda sesión, en la cual se continúa con las dinámicas de integración y cohesión grupal.

Sesión 3ª.

Socialización.- El objetivo radica en que cada víctima exprese el evento de agresión sexual vivido, facilitándoles la expresión de las emociones que dicha situación les generó, y validándoles acciones positivas realizadas. Estas sesiones se pueden prolongar -dependiendo del número de integrantes que acudan al grupo-hasta la 4ª. o 6ª. sesión.

Sesión 7ª.

Contacto y expresión del sentimiento de enojo e impotencia.- En esta sesión el objetivo va encaminado a que las usuarias de grupo, mediante la expresión escrita, verbal y motriz lleven a cabo la identificación, contacto y descarga del enojo que se haya generado por el evento de agresión sexual sufrido.

Sesión 8ª.

Expresión y manejo del sentimiento de culpa.- Las mujeres detecten y expresen de manera verbal la situación que durante o después del delito sexual vivido, les haya hecho sentir culpa.

Sesión 9ª.

Mitos en torno a las agresiones sexuales.- Objetivo, que las usuarias clarifiquen los mitos que se encuentran relacionados a las agresiones sexuales.

Sesión 10a.

Sexualidad.- Se busca que las mujeres de grupo adquieran información puntual y veraz acerca de la sexualidad.

Sesión 11a.

Autoestima y asertividad.- Fortalecer en las usuarias conductas asertivas que provean de mayores herramientas de prevención en situaciones de riesgo. Asimismo a través de dinámicas de autoconocimiento y autoaceptación se busca incrementar la autoestima de las usuarias.

Sesión 12ª.

Cierre de grupo.- Las mujeres evalúan su proceso psicoterapéutico grupal por medio de un cuestionario, denotando sus avances dentro del mismo.

Los grupos psicoterapéuticos se caracterizan porque sus integrantes han atravesado o atraviesan por problemáticas comunes, lo cual hace que se identifiquen y puedan compartir la experiencia para ayudar a otras personas en situaciones similares (Sunyer, 2008).

Las ventajas observadas dentro del proceso psicoterapéutico grupal para mujeres en el C.T.A., es que les proporciona un ambiente de seguridad y confianza para explorar el evento traumático, esto se consigue fundamentalmente al sentirse escuchadas y reconocidas por el grupo, lo que les permite a las pacientes aminorar la estigmatización y mejorar sus relaciones interpersonales.

Cabe mencionar que los grupos de mujeres inician con un número aproximado de 15 integrantes, de las cuales solamente termina del 50% al 75% de las mujeres, los motivos son diversos, como causas laborales, escolares y familiares, así como las resistencias de cada una de ellas.

CAPITULO CUATRO

PROCEDIMIENTO

A partir de la revisión bibliográfica que se realizó en los primeros capítulos, se conformaron los fundamentos teóricos del presente estudio, correspondiendo en este capítulo dar a conocer el estudio que se llevó a cabo con mujeres supervivientes de agresión sexual en el Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales (C.T.A.), para lo cual se describirá el modelo psicoterapéutico grupal utilizado en ese Centro así como el procedimiento que se llevó a cabo para la obtención de los datos, determinando los materiales utilizados, el espacio y tiempo requeridos, posteriormente se analizarán los resultados obtenidos, a partir de estos datos en conjunto con lo encontrado en la literatura se plantearán las discusiones que hayan surgido, lo cual dará pauta para exponer las conclusiones, las cuales fueron derivadas directa, objetiva y claramente de los resultados obtenidos, como lo plantea el Artículo 60 de la Sociedad Mexicana de Psicología (2010), determinando si se cumplieron o no los objetivos para lo cual fue elaborado este proyecto, así como las limitaciones halladas durante el desarrollo de todo el estudio. Por último se plantearán las sugerencias propuestas para la mejora en la atención y abordaje acerca de las agresiones sexuales.

4.1. Modelo psicoterapéutico grupal del Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales

El Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales (C.T.A.) depende de la Subprocuraduría de Atención a Víctimas del Delito y Servicios a la Comunidad. Su objetivo es atender de manera integral a las víctimas cualquier delito sexual, tales como: violación, abuso sexual, estupro, acoso sexual, corrupción de menores, y actualmente el delito de trata de personas.

La función del C.T.A. es brindarle una atención multidisciplinaria a la población mayor de 4 años que la solicite, que hayan sido víctimas de agresión sexual, y a

consecuencia de ésta última fueron afectadas en las áreas: física, emocional, familiar, económica y social. Para tal caso este Centro ofrece los siguientes servicios:

Jurídico, Apoyo Económico, Trabajo Social, Médico y Psicológico.

Al igual que Ibaceta (2007), en el C.T.A., las mujeres que acuden a solicitar la atención, lo hacen por diferentes motivos: uno de ellos es la consulta puede incluir la referencia directa a una agresión sexual durante su infancia-adolescencia, lo cual le genera un sufrimiento psicológico, sin embargo también puede presentar sintomatología asociada a este suceso. También puede ocurrir que la persona consulte por un evento de agresión ocurrida recientemente, por lo que en este caso el apoyo brindado es a través de la intervención en crisis.

Para estos casos, la terapia de apoyo que se utiliza en el C.T.A. está fundamentada en:

- ✓ La psicoterapia breve.- Donde el objetivo es llevar al paciente a un equilibrio emocional tan rápidamente como sea posible, minimizando o eliminando los síntomas para establecer un nivel propicio de funcionamiento (González, 1999).

- ✓ La intervención en crisis.- Es una intervención en la cual el objetivo es resolver una necesidad inmediata, la cual supone una amenaza o riesgo para el paciente (Torres, 2004).

Posterior a que las (os) pacientes son valoradas (os) de 1 a 3 sesiones aproximadamente, utilizando entrevistas semidirigidas y la observación clínica, se obtiene un primer diagnóstico por medio del cual se determina el tipo de psicoterapia que se le brindará, recordando que C.T.A. proporciona dos tipos de psicoterapia: *psicoterapia individual y grupal*

Para los fines de este reporte laboral se tomará en cuenta la atención psicoterapéutica grupal en casos de mujeres que sufrieron abuso sexual y/o violación en la infancia-adolescencia.

Como se vio en el capítulo anterior, estos grupos psicoterapéuticos se caracterizan porque sus integrantes han atravesado por una problemática común, lo que facilita la identificación de sus integrantes así como el compartir sus experiencias.

Para conformar un grupo psicoterapéutico, González (1992, en González 1999), propone tomar en cuenta las siguientes características:

- **Interacción:** Implica el espacio-tiempo, en donde se van a relacionar los miembros del grupo.
- **Percepciones y conocimientos de los miembros y del grupo:** cada integrante debe sentirse como parte del todo, los miembros se dan cuenta de que existe el grupo al cual pertenecen y que toda su conducta ejerce una influencia.
- **Motivación y necesidad de satisfacción:** las pacientes que aceptan integrarse al grupo lo hacen por la necesidad de pertenencia y afiliación.
- **Metas de grupo:** en los grupos deben de existir metas en común, en el caso del C.T.A una de estas metas es la disminución o eliminación del sufrimiento psicológico originado por la agresión sexual sufrida. Muy propiamente cada paciente tendrá sus propias metas, ya sean las últimas de tipo escolar, laboral, social, familiar, etc.

- Organización del grupo: en un grupo de psicoterapia deben de existir normas, reglas, establecidas de manera verbal o escrita, que regulen el funcionamiento del mismo.
- Interdependencia de los miembros del grupo: los integrantes del grupo deben de reconocen de manera consciente o inconsciente, que dependen del grupo para satisfacer sus propias necesidades.

Sin embargo, la función del/la psicoterapeuta es muy importante para el proceso psicoterapéutico grupal, por lo cual debe de considerarse lo siguiente:

- a) Establecer un vínculo afectivo que brinde a las pacientes una base segura para que puedan explorarse a sí mismas y sus relaciones.
- b) Tomar un papel directivo en la identificación y alivio de los síntomas.
- c) Ayudar a las pacientes a simbolizar, representar y poner en palabras concretas y precisas que les permitan construir un relato de lo ocurrido.
- d) Brindar contención y lograr que cada una de las integrantes del grupo elaboren sentimientos asociados a la vivencia de la agresión sexual. Con respecto a esto Barudy (2005, en Ibaceta 2007), plantea que una de las manifestaciones más importantes del daño producido por los delitos sexuales se da en las emociones, al presentar: culpa, vergüenza, miedo, rabia, tristeza y angustia.
- e) Rescatar los esfuerzos de las personas para poder sobrevivir a la agresión sexual. Lo que implica detectar recursos internos y externos en ellas.
- f) Lograr que las mujeres establezcan lazos de confianza apropiados.
- g) Llevar a cabo una evaluación de sus avances y el cierre terapéutico del proceso psicoterapéutico grupal.

Dentro del proceso psicoterapéutico grupal de mujeres, las psicólogas consideramos:

➤ Encuadre y alianza terapéutica

La relación terapéutica tiene que estar basada en el buen trato, puesto que el mismo vínculo establecido con la terapeuta opera como reparador. El encuadre se plantea al principio de la integración de un grupo y se refiere a las constantes de tiempo y espacio de las sesiones. El factor tiempo indica la duración y frecuencia de las sesiones; mientras que el espacio es el lugar en donde se realizarán. Con el encuadre definimos la forma en que se trabajarán las sesiones; especificando las normas de funcionamiento, con base en el acuerdo o consenso grupal. Por lo que cada integrante debe de tener claras las reglas y el compromiso de respetarlas por la seguridad y bienestar del grupo.

➤ La confidencialidad

Una de las maneras de proteger la seguridad y fomentar la comunicación y la confianza entre las mujeres es informar que todo lo que se diga y suceda en el grupo es *confidencial*. Lo que significa que no pueden comentar nada de lo acontecido fuera del espacio grupal.

➤ Evitar agresiones

Los conflictos interpersonales, en caso de presentarse deben de resolverse al interior del grupo a través de una comunicación clara, tratando de mantener una actitud solidaria y de apoyo mutuo. Cabe mencionar que cualquier forma de enjuiciamiento o crítica es también considerada una forma de agresión.

➤ La asistencia

El grupo se ve más fortalecido y son más eficaces cuando sus integrantes asisten, participan y lo viven como un espacio propio y seguro, donde es posible generar

cambios que les ayudan a transformar su realidad a través de la reflexión y la ayuda mutua.

➤ La participación voluntaria

Se parte de la base que las mujeres que están en el grupo por "elección propia", por lo que el proceso y compromiso de cada una de ellas debe ser por libre determinación. Si la persona ha decidido integrarse a las sesiones, pero en algún momento no desea hablar, se respeta su silencio, haciéndolo cuando se sienta que puede hacerlo.

➤ La resistencia al cambio

La resistencia al cambio se ubica más en lo emocional que en lo racional de las personas, por lo que en el proceso psicoterapéutico grupal es importante detectar como se manifiestan estas resistencias, que las logren concientizar y darse cuenta de la necesidad de transformar su realidad.

Toda esta información anteriormente mencionada así como la experiencia y participación de psicólogas y la supervisión de los directivos que han laborado en el C.T.A, han conformado el modelo de psicoterapia grupal, el cual se ha venido utilizando desde el año 2002.

Este modelo tiene como objetivo general favorecer la recuperación integral de la persona mediante la elaboración cognoscitivo -afectiva de la agresión sexual sufrida y su repercusión en las diferentes áreas del comportamiento. Para lo cual se busca brindar herramientas que permitan enfrentar asertivamente la problemática surgida del evento traumático, logrando un conocimiento de sí misma, el fortalecimiento de los recursos internos y externos, y su reintegración a la estructura social.

A continuación se presentará el desarrollo de dicho modelo que se llevó a cabo con las mujeres que fueron derivadas a proceso psicoterapéutico grupal.

4.1.1. Grupo psicoterapéutico para mujeres supervivientes

Primera sesión

Objetivo Terapéutico: Las usuarias comiencen a conocerse entre sí, empezando con su integración al grupo, obtengan la información acerca de los temas que se abordarán, asimismo establezcan las reglas del grupo.

Procedimiento: Se da la bienvenida a las mujeres que se encuentran en la sala de grupo, haciendo la presentación como terapeuta del grupo. Después se pasa la asistencia según la lista de derivación. Estableciendo empatía, rapport y encuadre terapéutico, brindándoles información acerca del motivo por el cual fueron derivadas y exponiéndoles los objetivos del proceso psicoterapéutico grupal así como los temas que se abordaran y el número de sesiones que se llevarán a cabo. Finalizando con el establecimiento de reglas que las mismas integrantes proponen.

Posteriormente se lleva a cabo técnicas de integración, para que se vayan conociendo entre ellas, generando un clima de confianza y cohesión: tales como, presentación por parejas, memorización de nombres, nudos, etc.

Segunda sesión

Objetivo Terapéutico: Las usuarias adquieran mayor confianza y seguridad en el grupo a través de diferentes dinámicas de integración y cohesión grupal.

Procedimiento: Por medio de la dinámica "canasta de frutas", así como actividades en las cuales haya competencia entre equipos. Y por último la dinámica de "la telaraña", en la cual cada integrante expresa verbalmente la expectativa que tiene del grupo. Se generará en las usuarias mayor cohesión e integración grupal

Tercera sesión

Objetivo Terapéutico: Las usuarias socialicen el evento de agresión sexual sufrida e identifiquen los efectos (emocionales, somáticos y conductuales) surgidos a partir de este evento en su historia de vida.

Procedimiento: Por medio de la manifestación verbal, cada una de las integrantes refieren la agresión sexual que vivieron en la infancia-adolescencia, por todo lo que genera emocionalmente este evento a las mujeres les cuesta mucho trabajo expresarlo espontáneamente, es posible utilizar una botella la cual es girada y la boquilla señala a la persona que le tocará hablar. Se trata que la paciente logre detallar el evento a manera de que se clarifiquen situaciones que le puedan crear algún conflicto. Incluyendo todo lo generado a partir de este delito.

Al término de la socialización de cada paciente de cada sesión, se le brinda retroalimentación individual (terapeuta-paciente) y grupal (grupo-paciente), reforzando las acciones que llevaron a cabo para sobrevivir a la agresión sexual sufrida, validando sentimientos generados por dicho evento, detectando redes de apoyo.

Cuarta sesión

Objetivo Terapéutico: Las usuarias socialicen el evento de agresión sexual sufrida e identifiquen los efectos (emocionales, somáticos y conductuales) surgidos a partir de este evento en su historia de vida.

Procedimiento: Continuar con las integrantes que no han manifestado el evento de agresión sexual, brindándole a cada integrantes retroalimentación individual (terapeuta-paciente) y grupal (grupo-paciente), reforzando las acciones que llevaron a cabo para sobrevivir a la agresión sexual sufrida, validando sentimientos generados por dicho evento, detectando redes de apoyo.

Quinta sesión

Objetivo Terapéutico: Las usuarias socialicen el evento de agresión sexual sufrida e identifiquen los efectos (emocionales, somáticos y conductuales) surgidos a partir de este evento en su historia de vida.

Procedimiento: Continuar con las últimas mujeres que faltan de hablar sobre la agresión sexual, brindándole a cada integrantes retroalimentación individual (terapeuta-paciente) y grupal (grupo-paciente), reforzando las acciones que llevaron a cabo para sobrevivir a la agresión sexual sufrida, validando sentimientos generados por dicho evento, detectando redes de apoyo.

Sexta sesión

Objetivo Terapéutico: Las usuarias identifiquen y elaboren corporal, afectiva y cognoscitivamente el enojo e impotencia, generados a partir del delito sexual sufrido. Identificando posibles conductas autoagresivas y de agresión al exterior.

Procedimiento: Iniciando con la explicación acerca de la emoción del enojo, validado la importancia de sentirla y expresarla positivamente. Solicitando a las pacientes que elaboren una carta de enojo dirigida hacia el agresor, en la cual le escriban todo aquello que les ha generado, incluyendo groserías, insultos y reclamos; cuando hayan terminado se va eligiendo al azar para que cada una de ellas lea su carta en voz alta. Posteriormente se les indica sentarse enfrente de su asiento en el cual colocaron la carta, y mediante la inducción guiada hacen contacto con el sentimiento de enojo, visualizando al agresor o agresores, se les solicita empezar a golpear, realizando la descarga motriz del enojo. Esto se hace varias veces dependiendo de las necesidades del grupo.

Después se realiza técnica de relajación para que recobren su estado de calma y tranquilidad. Finalizando con la verbalización de la experiencia vivida de cada una de las mujeres durante las actividades, brindándoles retroalimentación, validando sentimientos.

Séptima sesión

Objetivo Terapéutico: Las usuarias logren disminuir la culpa a través de contactar y elaborar este sentimiento, generado durante o después de la agresión sexual. Y por último que logren diferenciar culpa de responsabilidad.

Procedimiento: A través de la inducción guiada, con las luces apagadas y evitando ruidos externos, se induce a las integrantes del grupo para que contacten con la situación que les ha hecho sentir culpa durante o después de la agresión sexual sufrida, solicitándoles que visualicen a la persona a la cual le contarían acerca de esto entablando un diálogo en el cual ella misma se contesta, y concluyendo con la despedida. Finalizando cuando cada una de las pacientes expresan verbalmente su vivencia.

Consecutivamente, se les explica, la diferencia entre culpa y responsabilidad, a manera de clarificar que la (las) situaciones que les han generado este sentimiento no se las adjudiquen, ya que son actos de poder por lo que la responsabilidad es atribuida al agresor.

Octava sesión

Objetivo Terapéutico: Las usuarias clarifiquen mitos y realidades en torno a las agresiones sexuales.

Procedimiento: Se forman 3 equipos, al cual le ponen un nombre, se colocan en una lámina 25 tarjetas identificadas con una letra del abecedario, las cuales en su interior contienen oraciones haciendo referencia a un mito o a una realidad acerca de las agresiones sexuales, por lo que la tarjeta que fue elegida tendrá que ser leída a todo el grupo, para posteriormente cada equipo discuta si lo referido es un mito o una realidad, iniciando el equipo que tomó la tarjeta. Por cada acierto se le sumará un punto, por lo que el equipo que acumule más puntos ganará. Cabe mencionar que existen tarjetas las cuales dan puntos extras.

Novena sesión

Objetivo Terapéutico: Las usuarias reciban información relacionada con la sexualidad, la cual les permita identificar la percepción y sentimientos que ellas tienen hacia la propia sexualidad.

Procedimiento: Se revisa a partir de la técnica "Lluvia de ideas" los conceptos manejados por las mujeres en torno a la sexualidad. En seguida, se les proporciona una breve explicación acerca del desarrollo de la sexualidad en las diferentes etapas de la vida.

A través de la "imaginación guiada" las mujeres descubren que sensaciones corporales y emociones surgen ante estímulos físicos.

Décima sesión

Objetivo Terapéutico: Autoestima.- Las usuarias incrementen su autoestima, a través del autoconcepto y autoaceptación.

Procedimiento: Utilizando la técnica "Lluvia de ideas" se exploran los conceptos manejados por las mujeres en torno al tema de autoestima. Para iniciar con la exposición del dicho tema, en el cual se incluyen definición, y los elementos que la conforman: autoconcepto, autoaceptación, autorrespeto, autoevaluación, ejemplificando cada uno de ellos.

A continuación se lleva a cabo la dinámica "la ventana de Jhojari", primero se le da a cada participante una hoja en blanco y un lápiz, la hoja la deberán dividir en cuatro y en cada rectángulo formado deberán anotar las cualidades, habilidades, destrezas, virtudes que ellas tienen. Al terminar cada una de las pacientes leerá su lista al grupo, las demás usuarias le expresarán alguna características que haya observado durante las sesiones, lo que mejora el conocimiento de sí misma reforzando sus recursos internos

Se les informa que solamente restan dos sesiones más para que concluyan su proceso psicoterapéutico grupal.

Onceava sesión

Objetivo Terapéutico: Asertividad.- Las usuarias adquieran conductas asertivas que les permitan poner límites y planear metas objetivas.

Procedimiento: Por medio de la dinámica “si y no”, la cual consiste en que se les pide formar dos equipos alineados los de la derecha les darán a las participantes de la izquierda un objeto valioso para ellas, para posteriormente pedirselo de todas las maneras posibles (sin agredir) a lo que las que tiene el objeto en todo momento se negarán a entregárselo, luego cambiarán los roles. Lo que les demuestra a las usuarias que pueden expresar sus sentimientos e ideas de manera directa y clara.

Doceava sesión

Objetivo Terapéutico: Las usuarias logren identificar los avances obtenidos y las herramientas que se llevan para superar el evento de agresión sexual vivido.

Procedimiento: Se les hace referencia que hoy es la última sesión grupal, para lo cual se les da un formato de evaluación de su proceso psicoterapéutico grupal (ver Anexo 2) y una pluma para que lo contesten dándoles 20 minutos aproximadamente. Este formato consta de las siguientes preguntas:

1. ¿Cómo se sintió en el grupo?
2. De los temas que se trataron ¿cuál cree que le ayudo más? ¿Por qué?
3. Mencione los temas en los que hizo falta profundizar
4. ¿Cuál tema considera que deberá tratarse y no fue incluido?
5. ¿Qué siente que logro en el proceso de grupo?
6. ¿Cómo sintió el desempeño de las terapeutas?
7. Comentarios y sugerencias

Al momento que las pacientes terminan, se les recoge el formato y se les pide que de manera verbal expresen brevemente su experiencia en el grupo. Asimismo como terapeuta se le manifiestan a cada una de las usuarias los avances que obtuvieron durante el mismo y se da por concluido este proceso psicoterapéutico grupal, agradeciéndoles su compromiso y participación, concluyendo así el grupo.

Es importante destacar lo que había mencionado anteriormente, que de un total de 20 de mujeres inscritas en los grupos de psicoterapia, acuden de 12 a 15 de las usuarias, concluyendo 6 a 12 de ellas, por lo que solamente el 50 al 75 % de las mujeres terminan su proceso psicoterapéutico grupal.

Los factores que se han percibido en las pacientes para no concluir con este proceso, son del orden de lo laboral (muchas de ellas trabajan por la tarde), escolar, familiar (la mayoría son madres de familia y tiene hijos (as) y no tienen con quien dejarlos), así mismo lo personal es lo que puede estar influyendo más comúnmente como la resistencia al cambio o lo señalado por González (1999), la incapacidad de un Yo reparador, afectos generados por la propia agresión, como miedo, resentimiento o envidia y temor a la pérdida y separación, entre otros, los cuales influyen para dejar el tratamiento.

Sin embargo, el proceso psicoterapéutico grupal para la terapeuta no concluye con el cierre de grupo, sino continua de forma administrativa, al tener que hacer el llenado de los formatos que se manejan en este Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales C.T.A., contenidos en los expedientes de cada una de las mujeres inscritas anexando el formato de evaluación que ellas contestaron, pudiendo cerrar los expedientes de dos maneras: 1) Alta terapéutica grupal, si la paciente acudió a todas o a la mayoría de las sesiones; y 2) Alta por falta de interés, si la usuaria no se presentó o solamente acudió a menos de la mitad de las sesiones. De esta manera se da por terminado este proceso.

4.2 Metodología

Durante la experiencia laboral en este Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales C.T.A., se ha detectado la necesidad de contar con indicadores e instrumentos psicológicos aplicables para la detección de síntomas depresivos en mujeres supervivientes de agresión sexual; a razón de la falta de parámetros establecidos para considerar la necesidad de canalizar a las pacientes a atención en alguna institución especializada, ya que se ha venido realizando a consideración de las psicólogas que brindan la atención terapéutica a este tipo de mujeres, previa autorización de su superior jerárquico, sin que previamente se utilice un instrumento que valide y corrobore dichos síntomas.

Por lo que se pretende brindar una herramienta con validez científica, como es el Test de Depresión de Zung, para la detección por parte de las (los) profesionistas oportuna de la depresión en mujeres supervivientes de una agresión sexual, asimismo determinar los indicadores depresivos que éstas presentan como un efecto de esta problemática.

Población.- Para lograr estos objetivos fue necesario contar con una población de mujeres que estuvieron acudiendo al C.T.A. por haber sido víctimas de un evento de agresión sexual en la infancia-adolescencia, las cuales fueron derivadas a proceso psicoterapéutico grupal, al detectarles afectación psicoemocional por este evento, así como no presentar algún trastorno mental que evitara su funcionalidad (esquizofrenia, paranoia, psicosis, etc.) en el grupo. Su edad osciló de los 18 a los 64 años.

Escenario.- El espacio que se requirió fue una sala de terapia en la cual se realiza el proceso psicoterapéutico grupal para mujeres, ubicada en la planta baja del área de recepción. Cuenta con una puerta de madera con ventanas, alfombrada, en el interior de la sala se encuentra un espejo grande, 12 sillones acomodados formando un círculo y 2 sillas, hay un bote de basura, un pizarrón tipo rotafolio con

borrador, plumones y gises, en la parte posterior hay 3 ventanales con cortinas plegables.

Material.- Se requirió 39 copias tamaño oficio del Test de Depresión de Zung, 39 lápices del número 2 ó 2 1/2 con goma para borrar y 39 tabletas para recargarse y 3 sacapuntas.

Fases del procedimiento.- La aplicación del Test de Depresión de Zung, se realizó a dos grupos de psicoterapia para mujeres, uno inició el día 27 de febrero de 2013, en un horario de 17:00 a 19:00 horas, finalizando el 29 de mayo del mismo año, concluyendo su proceso 12 de 19 mujeres inscritas; y el segundo grupo inició el 14 de marzo de 2013, en un horario de 15:00 a 17:00 horas, el cual concluyó el 6 de junio 2013, concluyendo su proceso 11 de 29 mujeres inscritas.

El modelo psicoterapéutico grupal –antes mencionado-, está conformado por 12 sesiones en total, por lo que el Test de Depresión de Zung se aplicó en la primera (pretest) y última sesión (postest).

En ambos grupos se utilizó el mismo procedimiento, en la primera sesión:

- a). Se les dio la bienvenida a las mujeres que se encuentran en la sala de grupo, haciendo la presentación de las terapeutas del grupo,
- b). después se pasó la asistencia de acuerdo a la lista de derivación,
- c). siguiendo con el encuadre terapéutico, brindándoles información acerca del motivo por el cual fueron derivadas y exponiéndoles que los objetivos del proceso psicoterapéutico grupal son: que adquieran herramientas que les permitan enfrentar asertivamente la agresión sexual sufrida, y que logren un conocimiento de sí mismas lo cual les permitirá que su fortalezcan sus recursos internos y externos. En esta línea se mencionaron los temas

que se abordaran, siendo estos: socialización, descarga de enojo, elaboración de la culpa, mitos y realidades de las agresiones sexuales, sexualidad, autoestima y asertividad, para lo cual se requerirán de 12 sesiones psicoterapéuticas,

d). en este momento se obtuvo el consentimiento informado de las pacientes, el cual consistió en obtener la autorización de cada una de las mujeres (Sociedad Mexicana de Psicología, 2010), por lo que se les explicó de manera clara la naturaleza de la investigación, diciéndoles que se realizaría un estudio para la detección de depresión en mujeres que fueron agredidas sexualmente en la infancia-adolescencia, siendo su caso en específico, por lo se necesitaba de su participación para llevarlo a cabo, teniendo la libertad de participar, no aceptar o retirarse en algún momento. En ambos grupos estuvieron de acuerdo las pacientes, prosiguiendo a entregarles a cada una un lápiz, una tableta –para recargarse- y el Test de Depresión de Zung en una hoja tamaño oficio escrita por ambos lados, la cual se les indicó colocar del lado en el cual se les solicita anotar su nombre, edad y la fecha, luego, se les dijo “como pueden ver vienen una serie de preguntas y a un lado cuatro opciones para contestarlas, lean la pregunta y elijan una de las cuatro opciones que se adecue como ustedes se sintieron después del evento de agresión sexual que sufrieron, no lo piensen mucho lo primero que se les venga a la mente. Recuerden que tiene que tachar o llenar el óvalo que eligieron. No se les da tiempo límite, conforme van acabando se van recogiendo las hojas, así como los lápices y tabletas. Refiriéndoles que si querían sacapuntas lo solicitaran. Posteriormente se les informó “en la última sesión se les volverá a pedir que contesten nuevamente las mismas preguntas”. Se agradece su participación,

e). posteriormente se realizaron dinámicas de integración “memorización de nombres” y “presentación indirecta” y

f). finalizando con el establecimiento de reglas que las mismas integrantes proponen.

Se llevan a cabo las 10 sesiones (descritas en el Capítulo 3) restantes de acuerdo a los objetivos establecidos, llegando así a la 12ª. sesión, en la cual se realizó lo siguiente:

a) Se les informó a las usuarias que es la última sesión, por lo que se llevará a cabo el cierre de grupo.

b) A cada paciente se le entregó el Formato de Evaluación Grupal (ver Anexo 2), para que contesten las siguientes preguntas en relación a su proceso psicoterapéutico grupal:

1.-¿Cómo se sintió en el grupo?

2.- De los temas que se trataron ¿cuál cree que le ayudo más? ¿Por qué?

3.-Mencione los temas en los que hizo falta profundizar

4.-¿Cuál tema considera que deberá tratarse y no fue incluido?

5.-¿Qué siente que logro en el proceso de grupo?

6.-¿Cómo sintió el desempeño de las terapeutas?

7.-Comentarios y sugerencias.

c) Al finalizar, se les refirió "ahora ¿se acuerdan del estudio que les dije que se está llevando a cabo sobre depresión?, bueno se les va a pasar la hoja con la preguntas para que lo contesten nuevamente". Entregándole a cada una de las pacientes un lápiz del número 2 ó 2 1/2, una tableta –para recargarse- y el Test de Depresión de Zung en una hoja tamaño oficio escrita por ambos lados, la cual se les indicó colocar del lado en el cual se les solicita anotar su nombre, edad y la fecha, luego, se les dijo "acuérdense, vienen una serie de preguntas y a un lado cuatro opciones para contestarlas, lean la pregunta y elijan una de las cuatro opciones que

se adecue como ustedes se sienten en este momento, no lo piensen mucho lo primero que se les venga a la mente. Recuerden que tiene que tachar o llenar el óvalo que eligieron. Refiriéndoles que si requerían sacapuntas lo solicitaran.

No se les da tiempo límite, conforme van acabando se van recogiendo las hojas, así como los lápices y tabletas. Por último se les agradece su participación.

d) Continuando con el cierre del grupo, solicitándoles a cada usuaria, que exprese de forma verbal su experiencia en el grupo. Asimismo se les manifestó a cada una de las usuarias los avances que fueron percibidos durante su proceso grupal, dándose por concluido este proceso psicoterapéutico grupal, agradeciéndoles su compromiso y participación, y despidiéndome de ellas.

Como se puede observar, la aplicación fue antes y después de su proceso psicoterapéutico grupal, lo anterior para poder identificar la existencia de indicadores depresivos (cuantitativamente) y los cambios que las mujeres presentaban al final del proceso (cualitativamente).

Posteriormente, para obtener los puntajes de cada aplicación, primero a cada reactivo seleccionado por las pacientes se le asignó un valor, el cual van del 1, 2, 3, o 4, según el test, en seguida se hace la sumatoria lo que da una puntuación bruta, el resultado obtenido se busca en la tabla establecida (ver Tabla 2) para hacer la conversión de la puntuación bruta a Índice de SDS (impresiones clínicas equivalentes globales), este valor da el nivel de depresión el cual puede ver en la Tabla 3

Tabla 2

Conversión de puntaje bruto en Índice SDS

Conversión de la Puntuación Bruta al Índice de SDS									
Punt. Índice Bruta SDS		Punt. Índice Bruta SDS		Punt. Índice Bruta SDS		Punt. Índice Bruta SDS		Punt. Índice Bruta SDS	
20	25	32	40	44	55	56	70	68	85
21	26	33	41	45	56	57	71	69	86
22	28	34	43	46	58	58	73	70	88
23	29	35	44	47	59	59	74	71	89
24	30	36	45	48	60	60	75	72	90
25	31	37	46	49	61	61	76	73	91
26	33	38	48	50	63	62	78	74	92
27	34	39	49	51	64	63	79	75	94
28	35	40	50	52	65	64	80	76	95
29	36	41	51	53	66	65	81	77	96
30	38	42	53	54	68	66	83	78	98
31	39	43	54	55	69	67	84	79	99
								80	100

W.K. Zung, 1965, 1974, 1989, 1991

Tabla 3

Nivel de depresión de acuerdo al índice SDS

INDICE DE SDS	Impresiones clínicas equivalentes globales
Debajo de 50	Dentro de lo normal, sin psicopatología
50-59	Presencia de depresión mínima o ligera
60-69	Presencia de depresión moderada o marcada
70 o más	Presencia de depresión severa o extrema

W.K. Zung, 1965, 1974, 1989, 1991

Obteniendo los siguientes resultados

4.3. Análisis de resultados

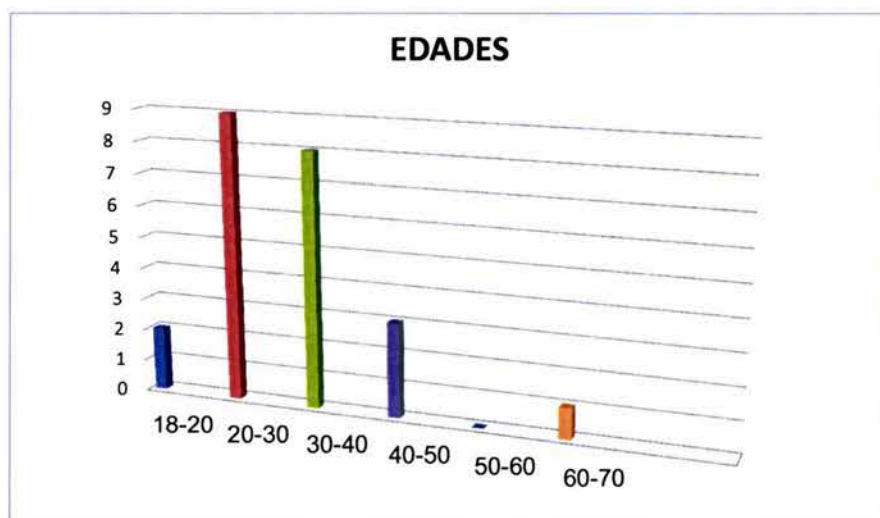
Para el análisis de los resultados se conjuntaron las aplicaciones de ambos grupos, ya que se llevó el mismo procedimiento, haciendo una aplicación pretest y postest del proceso psicoterapéutico grupal. Ya que únicamente se quería tener

una mayor población que brindara confiabilidad en los indicadores depresivos que se obtuvieran, sin pretender hacer comparaciones entre los grupos.

Se obtuvo un total de 39 aplicaciones de Test de Depresión de Zung, todas ellas de mujeres que acudieron al Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales (C.T.A.), por haber sufrido agresión sexual en su infancia-adolescencia, las cuales fueron derivadas a proceso psicoterapéutico grupal con la suscrita y otra terapeuta más, en los meses de febrero a junio del año 2013.

En la gráfica 1 se demuestran las edades de la población estudiada

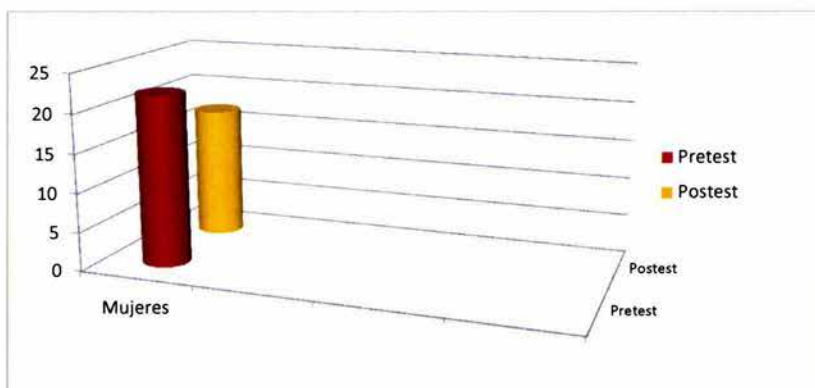
Gráfica 1



Estas edades corresponden a los lineamientos del Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales para derivar a grupo a las mujeres, siendo de 18 años en adelante, asimismo se puede ver que la tendencia es mayor en mujeres mayores de 20 años y menores de 50 años.

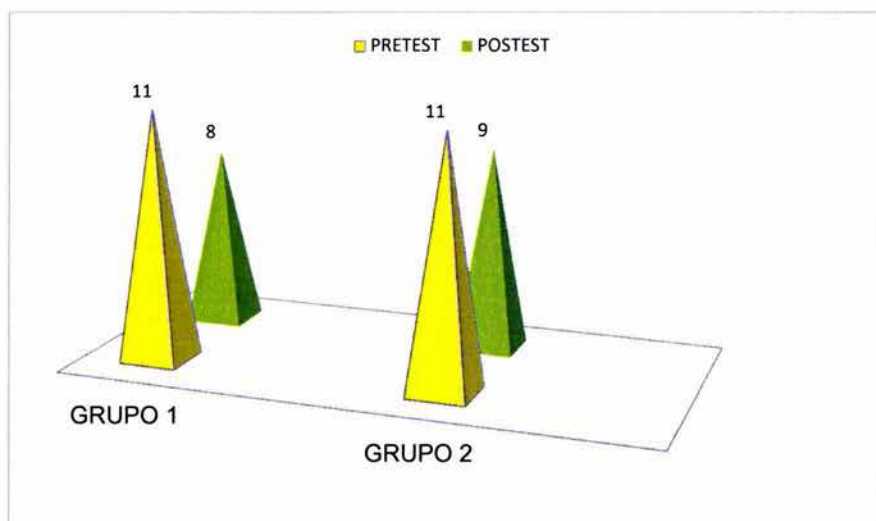
En las Gráficas 2 y 3 se muestran el total de mujeres que se les aplicó el pretest y posttest.

Gráfica 2



Al iniciar el proceso psicoterapéutico grupal la aplicación del Test de depresión de Zung, fue aplicado a un total de 22 mujeres, las cuales fueron derivadas a grupo por presentar afectación psicoemocional al sufrir una agresión sexual en su infancia-adolescencia. Asimismo la misma aplicación se llevó a cabo al finalizar dicho proceso, como se puede notar se redujo el número de mujeres a 17, a quienes se les aplicó dicho test.

Gáfica 3



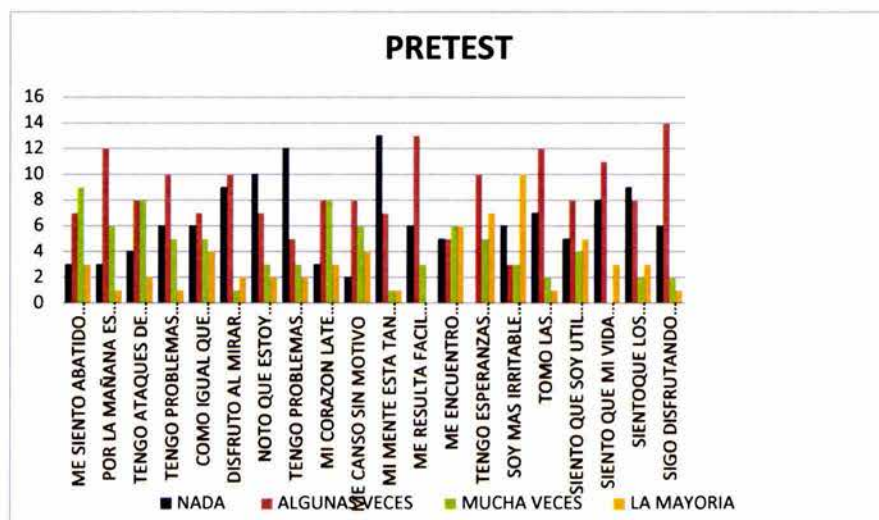
Es importante mencionar que en el primer grupo se encontraban anotadas en lista 19 pacientes, de las cuales en la primera sesión acudieron 11 mujeres, aplicándoles el Test de Depresión de Zung; solamente 8 usuarias asistieron a la última sesión haciendo la aplicación del mismo. En cuanto al segundo grupo en lista se encontraban registradas 29 mujeres, de las cuales en la primera sesión se presentaron 11, aplicándoles dicho test, sin embargo en la última sesión acudieron 9 de ellas a quienes se les aplicó el mismo.

Como se puede observar existe un número importante de mujeres que fueron derivadas al proceso psicoterapéutico y no se presentaron así como de aquellas que se presentaron en una o dos ocasiones y dejaron de asistir, y mujeres que no acudieran al cierre de su proceso psicoterapéutico. Como ya se había señalado

anteriormente, González (1999), refiere que existen pacientes que no se integran a un proceso psicoterapéutico grupal por la incapacidad de un Yo reparador, los afectos generados por la propia agresión, como miedo, resentimiento o envidia y temor a la pérdida y separación, entre otros, los cuales influyen para dejar el tratamiento así como el bajo nivel socioeconómico que dificulta el traslado a las terapias, ideas preconcebidas respecto a la efectividad inmediata de la terapia y la dificultad para contactar con emociones.

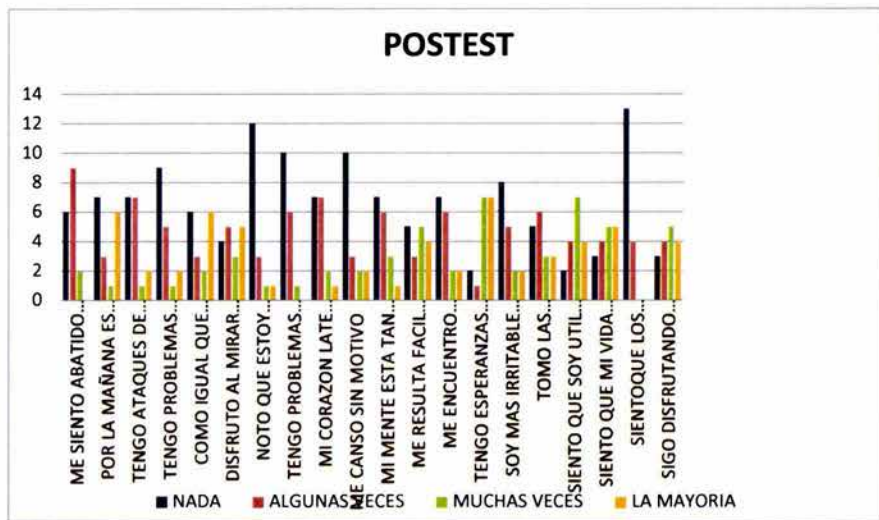
Las Gráficas 4 y 5, se analizan cuantitativamente los 20 indicadores señalados en el Test de depresión de Zung.

Gráfica 4



Al inicio del proceso psicoterapéutico con las mujeres, según se puede observar en la gráfica 3, la tendencia de los puntajes negativos obtenidos en los índices de depresión fueron altos en las áreas que este test analiza, como psicomotrices, somáticas, cognitivas, y del estado de ánimo en las cuales la depresión ha influido de manera considerable.

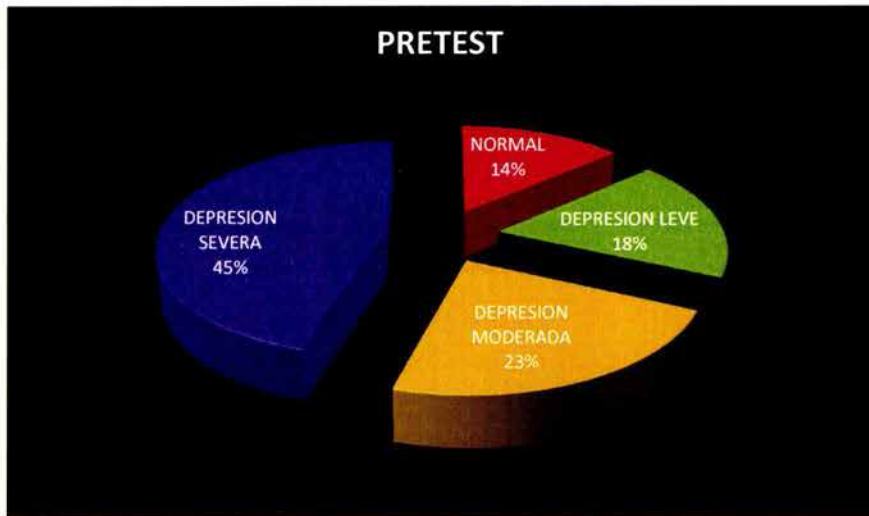
Gráfica 5



Observando una disminución en la gráfica 4, de los puntajes negativos, aumentando los positivos al finalizar el proceso psicoterapéutico grupal en las pacientes en las áreas somáticas, cognitivas psicomotrices y del estado de ánimo.

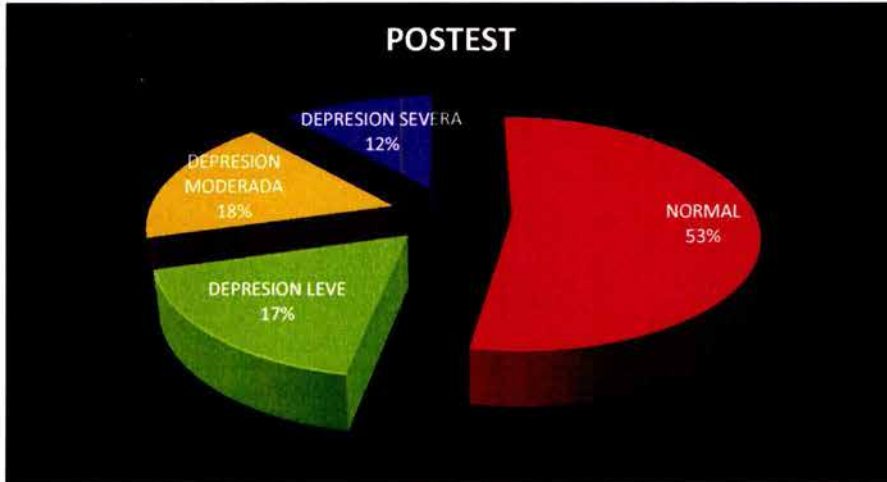
Gráfica 6 y 7 Puntajes totales del tipo de depresión que se detectó del Pretest y Postest en los grupos de psicoterapia grupal de mujeres.

Gráfica 6



De acuerdo a la sumatoria de los puntajes totales obtenidos según la calificación establecida en cada uno de los indicadores (1,2,3,o 4) así como la conversión de estos para determinar el índice de depresión según el Test de Depresión de Zung, de las 22 aplicaciones a mujeres que fueron agredidas sexualmente en la infancia-adolescencia, al inicio del proceso psicoterapéutico en dos grupos, es el siguiente: 10 mujeres obtuvieron un índice de depresión severa, representando el 45%, seguida de 5 mujeres con depresión moderada siendo 23%, 4 mujeres con depresión leve, constituyendo el 18% y 3 mujeres sin indicadores depresivos siendo el 14%.

Gráfica 7



Sin embargo, en las aplicaciones que se realizaron al finalizar el proceso psicoterapéutico grupal en los dos grupos, la sumatoria de los puntajes y la conversión de los mismos dieron como resultado un decremento en los índices de depresión, lo que conlleva a que de 17 mujeres: 2 obtuvieron un índice de depresión severa representando el 12 %, 3 mujeres con depresión moderada, siendo el 18%, 3 mujeres con depresión leve, constituyendo el 18 % y 9 mujeres sin presentar índices depresivos con el 52%.

Por otra parte dentro de este estudio que se llevó a cabo en el Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales C.T.A., también se obtuvieron resultados cualitativos de las mujeres que fueron agredidas sexualmente en la infancia-adolescencia y que acudieron a su proceso psicoterapéutico grupal, fueron: al iniciar el grupo se mostraron dispersas, con dificultad para integrarse, tímidas, con inseguridad y desconfianza, con sentimientos de vergüenza, culpa enojo, miedo y tristeza, problemas para establecer relaciones interpersonales, dificultad en la

expresión de su sexualidad, así como mostrándose ansiosas –lo cual fue observado en el constante movimiento de manos y piernas-, y poco participativas.

Conforme se realizaron las dinámicas de integración y cohesión grupal, comenzando a tener confianza en el grupo, lo cual hacia percibir las, menos tímidas, ansiosas y más participativas.

La experiencia laboral adquirida en los grupos psicoterapéuticos de mujeres en el C.T.A., me ha permitido ratificar que a partir de las sesiones de socialización –es aquella que permite que las mujeres expresen el evento de agresión sexual sufrido-, la expresión y elaboración de los sentimientos de enojo y culpa, se comienzan a notar los cambios conductuales en las mujeres; entre ellos se distinguen una actitud de mayor seguridad y confianza en sí mismas y hacia el grupo.

Percibiendo en el cierre grupal, que las pacientes que se presentaron a todas las sesiones de psicoterapia lograron resignificar el evento de agresión sexual, esto se percibió cuando las pacientes expresaron disminución de los sentimientos de enojo, culpa, vergüenza, miedo y tristeza; se les observó más empoderadas lo cual se percibe en mayor seguridad y confianza en ellas mismas; lograron incrementar su autoestima al tener un mejor autoconocimiento y autoconcepto. Al empezar a creer en ellas mejoró su asertividad, al poder detectar sus necesidades y poder expresarlas así como sus emociones. Restablecieron o entablaron relaciones interpersonales y familiares más sanas.

4.4. Discusión

La literatura revisada puntualiza que el factor principal para que se de la violencia sexual es la desigualdad de género, teniendo su base en la cultura patriarcal en la cual las sociedades se han venido desarrollando (Gutiérrez & Bustos, 2010).

El patriarcado es un sistema basado en creencias machistas que asigna en los roles de género una discrepancia entre hombres y mujeres, lo que se traduce en determinados estereotipos de masculinidad y feminidad (Romero, 2010).

Esta masculinidad se ve reflejada en cuanto a que al hombre se le ha concedido mayor valor, situación que le hace sentirse con poder y dominio sobre la mujer, a quien se le ve como un objeto de posesión, teniendo que asumir una actitud sumisa, abnegada e indefensa. Características que las han llevado a aguantar y guardar silencio ante las injusticias que han vivido, entre ellas la violencia que ha sido ejercida en su contra, esta violencia puede ser física, sexual, verbal, psicológica y económica.

En pleno siglo XXI, seguimos padeciendo esta desigualdad de género, pero el rol de las mujeres ha ido cambiando, sí, ya han empezado a alzar la voz para ser escuchadas exigiendo justicia y equidad. Lo cual ha venido generando que la mayoría de las sociedades y sus gobiernos hayan puesto atención a esta problemática de las agresiones sexuales, pasando de ser un problema social – al creer que sólo un porcentaje menor lo padecía-, a ser actualmente del interés público, al darse cuenta del gran número de personas de todas las edades, género, nivel socioeconómico y religión son agredidas (os); sin embargo los estudios revelan que la mayoría de las víctimas son niños, niñas y mujeres, quienes de acuerdo a la bibliografía revisada en este estudio son los grupos más vulnerables para sufrir violencia sexual, de acuerdo a lo referido por la Secretaría de Salud (2004).

Específicamente en México, según la Encuesta Nacional del Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES, 2003) la prevalencia de la violencia sexual contra las mujeres alguna vez en la vida es de 17.3%, lo que significa que una de cada seis usuarias de los servicios de salud declaró haber sufrido este tipo de violencia.

Lo que propició que organismos gubernamentales a nivel mundial iniciaran convenciones y declaraciones que promovieran y protegieran los derechos fundamentales de las mujeres en todos los sectores, entre las más importantes se mencionan: Comisión *Interamericana de Mujeres*, establecida en 1928, *Convención para Eliminar todas las Formas de Discriminación contra la Mujer* fundada en 1979), *Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer o mejor conocida como Belém Do Pará* creada en 1994, la cual ha dado pauta para la adopción de leyes y políticas sobre prevención, erradicación y sanción de la violencia contra las mujeres.

A nivel mundial, hace varias décadas se empezó a realizar esfuerzos por proteger a las mujeres de la violencia sexual, mientras que en nuestro país tardíamente se reconoció esta violencia, siendo hasta el año 2007 que en México se estableció la *Ley General de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*, en la cual participan todas las entidades federativas, el Distrito Federal y los municipios, para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, garantizando su acceso a una vida libre de violencia que favorezca su desarrollo y bienestar conforme a los principios de igualdad y de no discriminación.

Sin embargo en el Distrito Federal desde 1990 se contaba con el Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales (C.T.A.) el cual depende de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal (P.G.J.D.F.), teniendo como objetivo el proporcionar atención gratuita a las personas a partir de los 4 años de edad en adelante que la soliciten por haber sufrido una agresión sexual. Los servicios que ofrece el C.T.A. se han ido modificando de acuerdo a las necesidades que se van detectando en las (os) pacientes, logrando hasta el momento brindar una atención integral, enfocada en las áreas jurídica, médica, trabajo social, apoyo económico y psicológica.

El apoyo psicológico brindado a las mujeres víctimas de un delito sexual en este Centro de Terapia, va en algunos casos desde la primera entrevista clínica para la

apertura de su expediente, pasando de una a tres sesiones de valoración en las cuales la psicóloga asignada del caso, mediante la entrevista y la observación clínica obtienen elementos necesarios para diagnosticar si las usuarias presentan afectación emocional y sintomatología asociada a un evento de agresión sexual, entre los encontrados generalmente son: emociones de enojo, culpa, miedo y tristeza, así como sentimientos de vergüenza, desconfianza e inseguridad, baja autoestima, ansiedad, y en algunos casos afectaciones somáticas, tales como problemas de la alimentación y del sueño, entre otras, descartando trastornos psiquiátricos graves (esquizofrenia o paranoia). Para posteriormente derivar a las pacientes a proceso psicoterapéutico individual o grupal, a fin de disminuir el impacto de la agresión sexual, mediante psicoterapia breve y de urgencia, si el caso lo amerita.

A través de la experiencia laboral adquirida como terapeuta al realizar las entrevistas iniciales, así como coterapeuta en psicoterapia grupal, he podido constatar que un número considerable de mujeres adultas que acuden al C.T.A. por haber vivido una agresión sexual en la infancia-adolescencia, aunado a la afectación arriba descrita, también presentan indicios de depresión. Siendo este trastorno una posible secuela a largo plazo que presentan las mujeres en su mayoría, a consecuencia de un delito sexual sufrido en la infancia, esto depende de diversos factores como el tipo de agresión sexual que sufrió la víctima (abuso sexual y/o violación), la relación afectiva con el agresor si es un familiar o conocido, la afectación es mayor a un agresor desconocido, la frecuencia de la agresión sexual, y la duración de la misma.

También de la edad y sexo de la víctima y el lugar donde se haya llevado a cabo la agresión (casa o en la vía pública) Dell'Anno A. (2007). Para Echeburúa et al. (2010), los efectos del impacto psicológico en las víctimas va a depender del grado de culpa y de victimización que los padres haga del niño (a), cuando les fue develado el hecho.

Asimismo subrayaron Echeburúa y Guerricaecheverría (2000), al considerar que el 30% de las personas que fueron abusadas sexualmente presentan sintomatología a largo plazo. Y en ese sentido, Teva (2011) y Retamal (2005), mencionan que acontecimientos traumantes que se hayan vivido en la infancia como los abusos sexuales o abusos físicos, entre otros pueden ser factores de riesgo para presentar depresión en personas mayores; e Ibaceta (2007), quien sin ser tan específico refiere que el haber sufrido una agresión sexual durante la infancia incrementa el riesgo de presentar psicopatología en la adultez.

Lo cual es confirmado por los estudios realizados por Muller y col. (s/f, en Rojtenberg 2001) con mujeres que tenían antecedentes de abuso sexual infantil, hallaron que ellas tenían un riesgo mayor de desarrollar posteriormente cuadros de depresión y ansiedad, en comparación de las mujeres que no sufrieron alguna situación de abuso sexual.

Como se puede observar los autores arriba citados no son concluyentes en sus afirmaciones, al mencionar que las agresiones sexuales entre otros hechos traumáticos en la infancia "*pueden ser*" un factor o riesgo de presentar depresión en la adultez.

Lo que evidencia que existen pocos estudios acerca de la relación entre agresión sexual y la presencia de depresión en mujeres, y los estudios que se localizaron se llevaron a cabo en otros países, no encontrándose investigaciones científicas realizadas en México. Teniendo un gran campo para investigaciones posteriores.

En el C.T.A. la depresión no es diagnosticada mediante un instrumento confiable que arroje el nivel de depresión, sino que únicamente se llega a detectarla de acuerdo a lo referido por la paciente en psicoterapia individual o grupal, conjuntamente con los conocimientos y habilidades que tenga la profesional de este padecimiento. En el caso de determinar bajo estos criterios que existe depresión en la víctima se le canaliza a la institución especializada para ser

valorada y atendida; pero qué pasa en caso de no ser detectado este padecimiento oportunamente, las mujeres no recibirían la atención integral que el C.T.A. está ofreciendo; siendo inicialmente la problemática que se encontró en este Centro de Terapia.

Aunado a lo anterior, se creyó importante reconocer si existen indicadores depresivos en mujeres que fueron agredidas sexualmente en su infancia-adolescencia, con base en la aplicación de un instrumento confiable y válido, como lo es el Test de depresión de Zung.

Lo anterior para poder estar en posibilidades de brindar a los profesionales que atienden este tipo de problemática, una herramienta confiable y válida para la detección de depresión, lo cual conllevaría brindarle a las víctimas de agresión sexual que acuden al C.T.A. la atención integral y especializada que requieren en el momento oportuno, así mismo el lograr detectar a tiempo la presencia de depresión ayuda a las pacientes a disminuir la afectación de la misma otorgándoles mejor calidad de vida, ya que la depresión es considerada una de las enfermedades más discapacitantes que existen, lo anterior conforme a los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), indican que para el 2030 la depresión será la principal responsable de carga de enfermedad, y constituye una de las causas principales de discapacidad a nivel mundial (OMS, 2012).

4.5. Conclusiones

De acuerdo a la literatura revisada así como a los resultados obtenidos del estudio que se llevó a cabo durante los meses de febrero (pretest) a junio (postest) con mujeres que fueron agredidas sexualmente en su infancia-adolescencia en el Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales, se concluye lo siguiente:

1.-La creación del Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales, ha sido un gran acierto del gobierno del Distrito Federal, por brindar atención integral a los individuos víctimas de violencia sexual, que durante mucho tiempo no tuvo el apoyo de la sociedad en general.

2.- La población que es atendida en el C.T.A. en su mayoría son niños, niñas, adolescentes y mujeres, los cuales fueron agredidos (os) sexualmente; lo que confirma que son los grupos más vulnerables de nuestra sociedad, y en quienes se debe de poner más atención.

En el caso específico de las mujeres son quienes sufren mayormente una agresión sexual en la infancia, teniendo como porcentaje 15% y un 45% en mujeres, en comparación de los hombres que es de un 3% a un 9% (Sullivan & Everstine,1997).

3.- A través del estudio se ha constado que las 22 mujeres adultas (18 a 61 años de edad) que participaron, presentaron afectación psicoemocional y sintomatología a largo plazo asociadas a un evento de agresión sexual que sufrieron en su infancia-adolescencia, encontrándose en alguna de ellas, emociones de miedo, tristeza, enojo, culpa, disminución de la autoestima, desconfianza, inseguridad, vergüenza, aislamiento, así como sintomatología como ansiedad, alteraciones en el sueño y la alimentación, entre otras; motivo por el cual fueron derivadas a proceso psicoterapéutico grupal. Alteraciones y síntomas que fueron corroborados en las sesiones de grupo.

4.-Los resultados obtenidos confirmaron que las mujeres con antecedentes de agresión sexual en su infancia-adolescencia, a quienes se les aplicó el Test de Depresión de Zung, presentaron indicadores depresivos, los cuales afectaron a estas pacientes, al encontrar puntuaciones altas en las áreas establecidas en dicho test, en las que se encuentran las siguientes: cognitivas, del estado de ánimo, psicomotrices y somáticas; las cuales son compartidas en su mayoría por

los autores Chinchilla (2008) y Rojtenberg (2001), al señalar que la depresión engloba un conjunto de trastornos en los cuales se presenta un decaimiento del estado de ánimo, disminución de la capacidad de experimentar placer y de la autoestima, problemas en la forma de pensar (cognición), alteraciones neurovegetativas, motoras y fisiológicas con serias repercusiones sobre la calidad de vida y del desempeño socio-ocupacional.

5.- Lo anterior confirma que la depresión es un trastorno mental que repercute en las áreas biopsicosociales de quien la padece, por lo que resulta ser una de las enfermedades mentales más discapacitantes de acuerdo al nivel de depresión presentada (leve, moderada o severa). Lo que significa que al inicio (pretest) del proceso psicoterapéutico la calidad de vida de la mayoría de las mujeres no era buena, al alcanzar niveles altos en depresión severa (45%), moderada (23%), leve (18%) y sin psicopatología (14%); puntaje que se modificó al finalizar (postest) dicho proceso, encontrando que la depresión severa disminuyó a un 12%, depresión moderada a 18%, depresión leve se mantuvo con 18% y aumentando las pacientes sin presentar depresión con el 52%, lo que incrementó en las pacientes su nivel de satisfacción.

6.- El Test de Depresión de Zung, es una herramienta confiable y válida para la detección de niveles de depresión. Por su flexibilidad y facilidad de aplicación y la obtención de resultados cualquier profesional puede hacer uso de este test.

7.- Los resultados conseguidos en el estudio dan cuenta que el modelo psicoterapéutico grupal utilizado en el Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales es funcional, no sólo por el hecho de las variaciones de los resultados cuantitativos arrojados en el pretest y postest, sino también los datos cualitativos obtenidos mediante la observación clínica al inicio y final del proceso grupal así como lo referido de manera verbal y escrita a través del Formato de Evaluación Grupal utilizado en este Centro (ver Anexo 2), por las propias pacientes al concluir el proceso psicoterapéutico grupal, al detectar disminución

las emociones de miedo, culpa, tristeza y enojo generadas por la agresión sexual sufrida en la infancia-adolescencia, así como sentimientos de vergüenza, desconfianza, inseguridad. Hubo un incremento en su autoestima, mejoró su asertividad y restablecieron relaciones interpersonales y familiares más sanas.

8.-Sin embargo el hecho de haber encontrado indicadores depresivos en las mujeres que fueron atendidas en el C.T.A. en los dos grupos psicoterapéuticos durante el periodo de febrero a junio de 2013, no son concluyentes para asegurar que existe una correlación directa entre la depresión detectada en las pacientes, y la agresión sexual que sufrieron en la infancia-adolescencia.

Probablemente lo anterior, se debió a que no se hizo una historia clínica previa de las pacientes para descartar la presencia de depresión como una secuela de factores genéticos, biológicos (hormonales), y sociales en los que se haya contemplado la presencia de violencia intrafamiliar en la que haya existido algún tipo de abuso físico, psicológico; así como separaciones, pérdidas etc.

Lo anteriormente señalado conlleva a formular las limitaciones que se hallaron en este estudio:

1).- Debido a que las mujeres estudiadas tiene una historia de vida, en la cual se les habrán presentado otras situaciones difíciles, mismas que no se tomaron en cuenta en este estudio, por no ser el propósito del mismo, así como los ya mencionados factores biológicos y genéticos (antecedentes familiares). Entonces el hecho de no considerarlos para este estudio delimitó los resultados obtenidos, al no poder dar por hecho que la depresión encontrada en las pacientes son una consecuencia única de la agresión sexual que sufrieron en la infancia-adolescencia.

2).-La falta de investigaciones en nuestro país acerca de la relación entre las agresiones sexuales y la presencia de depresión en mujeres, limita tener fundamentos teóricos acerca de los resultados obtenidos.

3).- La resistencia de algunas mujeres para asistir al proceso psicoterapéutico grupal así como la deserción de ellas en el mismo proceso, acortaron el número de aplicaciones del Test de Depresión de Zung, por lo que la cantidad resultante de las mismas fue insuficiente.

A pesar de las limitaciones encontradas en el proceso de este estudio, éste último cumplió con los objetivos planteados, al encontrar a través de la aplicación del Test de Depresión de Zung, indicadores depresivos en mujeres sobrevivientes de violencia sexual, brindando una herramienta valiosa y de fácil aplicación para la detección de la depresión; asimismo contribuyendo en la difusión del trastorno depresivo así como sus repercusiones en las personas que lo padecen; dando a conocer la existencia del Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales (C.T.A.), el cual brinda apoyo integral a víctimas de estos delitos, así como la funcionalidad de su modelo de atención psicoterapéutica grupal para mujeres; ofreciendo un panorama actual de cómo está siendo abordada la problemática de las agresiones sexuales en México, y dándole voz a todas esas mujeres (principalmente) que han permanecido en silencio y vivido en soledad la violencia sexual ejercida en su contra, tratando que este estudio sirva para sensibilizar a más sectores de la sociedad y se realicen más acciones a favor de todas las víctimas de agresión sexual.

Asimismo la última de las aportaciones de este estudio, es la responsabilidad obtenida como ciudadana y profesional durante el proceso del presente estudio, aunado a la experiencia adquirida en la práctica laboral, para poder plantear algunas recomendaciones necesarias e importantes, que promuevan el bienestar de los demás (Sociedad Mexicana de Psicología, 2010), a través de acciones que mejoren el abordaje y atención a las víctimas de violencia sexual.

A continuación se describen las siguientes recomendaciones:

1.- Es importante que todos los profesionistas que laboran en el Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales (C.T.A.), estén actualizados acerca de la problemática de las agresiones sexuales, así como sus secuelas a corto y largo plazo haciendo hincapié en la depresión y sus síntomas, lo cual tendría como objetivo: sensibilizar a todos los involucrados a brindar una mejor atención, así como conocer y estar alertas ante indicadores depresivos en los (as) pacientes. Para lograrlo sería necesario llevar a cabo cursos o talleres de actualización constantes.

2.- Se encontró que el C.T.A., cuenta con instrumentos psicológicos para la detección de la depresión y otras alteraciones (ansiedad, estrés, y otros trastornos) -los cuales son una herramienta complementaria para el trabajo terapéutico- pero no son utilizados, por lo que se sugiere en el caso específico de la depresión la elaboración de cursos de capacitación para las psicólogas, quienes realizan las primeras intervenciones con las víctimas de agresión sexual, a manera de que sea detectada la existencia y el nivel de depresión, por lo que en caso de requerir atención psiquiátrica, la víctima sea canalizada a tiempo a la institución correspondiente. Lo que nos lleva a una tercera recomendación.

3.- Durante este estudio no se dio seguimiento a las mujeres participantes, lo anterior por no ser parte de los planteamientos del estudio, sugiriéndose que en la detección que se realice a las víctimas con algún nivel de depresión, llevar a cabo su seguimiento a través de estudios longitudinales durante su proceso psicoterapéutico individual y grupal en el C.T.A., así como tiempo después de haber terminado su terapia. Lo anterior para dar continuidad a la disminución, presencia o eliminación de la depresión en las (os) pacientes.

4.-En relación a lo anterior y para dar continuidad al estudio aquí planteado, sería importante llevar a cabo la detección de depresión y su seguimiento con dos grupos de niños (as), agredidos sexualmente, un grupo (experimental) que se le brinde atención psicológica y otro grupo (control) que no haya recibido la atención, para averiguar si en la adultez se presenta o no, se mantiene o se reduce la depresión detectada como una secuela del evento de agresión sexual sufrida.

5.- Las víctimas atendidas en el C.T.A., deben de ser contempladas como individuos biopsicosociales, por lo que durante las entrevistas y valoraciones psicológicas que se realizan, es importante que se profundicen en los antecedentes personales, familiares y sociales de éstas personas, obteniendo un historial clínico integral.

6.-Para posteriores estudios, se considera importante, tomar en cuenta la historia clínica completa de cada una de las pacientes, para tener la certeza de los factores involucrados en el desarrollo de alguna patología.

7.- Por último, toda problemática tiene un origen, en el caso específico de las agresiones sexuales, de acuerdo a la literatura revisada, éstas en su mayoría se presentan por la desigualdad existente entre hombres y mujeres.

Con base en lo anterior se recomienda la elaboración de modelos preventivos, en los cuales esté involucrada el área médica, educativa, psicológica, social, antropológica, legal, política, entre otras. Eso modelos deberán tener como objetivos el promover la equidad de género y los derechos humanos, así como dar a conocer los tipos de delitos sexuales y sus efectos a corto y largo plazo, tocando temas sobre sexualidad como el conocimiento de las partes del cuerpo y el autocuidado de las mismas. Estos temas deberán ser desarrollados y abordados dependiendo de la población a la que vayan dirigidos, sugiriendo que sea desde el nivel de kínder hasta profesional en todos los ámbitos y culturas de nuestra sociedad.

Considerando este punto muy importante para que las mujeres comiencen a empoderarse y evitar seguir repitiendo patrones de conducta que promuevan conductas machistas en los hombres, lo cual disminuiría o evitaría la presencia de cualquier tipo de violencia, generando que las personas tengan una mejor calidad de vida.

Referencias

- American Psychological Association. (2010). Manual de estilo de publicaciones de la American Psychological Association (2ª. ed. Adaptada para el español por la editorial El Manual Moderno). México: El Manual Moderno.
- Asamblea Legislativa del Distrito Federal, IV Legislatura (2009). Ley Orgánica de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal. Recuperado el 3 de junio de 2013, de [http://www.pgjdf.gob.mx/fedapur/DF/Leyes/LOPGJDF%20\(dic%2009\).pdf](http://www.pgjdf.gob.mx/fedapur/DF/Leyes/LOPGJDF%20(dic%2009).pdf).
- Bleichman, D. (1991). La depresión en la mujer. Madrid: Temas de Hoy.
- Calvi, B. (2005). Abuso sexual en la infancia. Buenos Aires: Lugar editorial.
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión (última reforma 15 de enero de 2013). Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia. Recuperado el 7 de mayo de 2013, de <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAM>.
- Cámara de Diputados. (2011). Ley Orgánica de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal PG.J.D.F. Recuperado el 3 de junio de 2013, de <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LOPGJDF.pdf>.
- Castellano, R. & Castellano R. D. (2012). Agresión y violencia en América Latina. Perspectivas para su estudio: Los otros son la amenaza, 21 (4), 677-700. Recuperado de <http://www.redalcy.org>.
- Chinchilla, A. (2008). La depresión y sus máscaras. Madrid: Médica Panamericana.
- Cobo, J. A. (1998). Manual de asistencia integral a las mujeres víctimas de agresión sexual. Barcelona: Masson.
- Comisión Interamericana de Mujeres CIM. (2013). Recuperado el 4 de mayo de 2013, de <http://www.oas.org/es/cim/nosotros.asp>.
- Compilación Penal Federal y del Distrito Federal (2012). 46ª. Edición. México: Editorial Raúl Juárez Carro pp. 33-35.
- Corte Interamericana de los Derechos Humanos CIDH. (2006). Recuperado el 4 de mayo de 2013, de <http://www.corteidh.or.cr>.
- Cova, F. (2005). Una perspectiva evolutiva de las diferencias de género en la presencia de trastornos depresivos. Terapia psicológica: Sociedad chilena de psicología clínica, 23 (1), 43-56. Recuperado de <http://www.redalcy.org>.

- Declaración Universal de los Derechos Humanos. (2012). Recuperado el 4 de mayo de 2013, de <http://www.un.org/es/documents/udhr/history.shtml>.
- Dell'Anno, A. &Ercilla, S. (2007). Abuso sexual, victimología y sociedad. Buenos Aires: Espacio.
- Echeburúa, E. &Guerricaecheverría, C. (2000). Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores. Madrid: Ariel.
- Echeburúa, E. & Redondo, S. (2010). ¿Por qué víctima es femenino y agresor masculino?. Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E. (2005). Superar un trauma. Madrid: Pirámide.
- Escala de Depresión de Zung (s/f). Recuperado el 30 de mayo de 2013, de http://www.depresion.psicomag.com/esc_zung.php.
- Fernández, F. A. (2001). Claves de la depresión. Madrid: Cooperación Editorial.
- Finkelhort, D. (1980). El abuso al menor. México: Pax.
- Freud, S. (1914-1916/1979). Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico Trabajos sobre metapsicología y otras obras, en particular duelo y melancolía. En obras completas. Tomo XIV. Buenos Aires: Amorrortur.
- Goldberg, D., Kendler, K. D., Sirovatka, P. J., &Regier, D. A. (2011). Temas de investigación: Depresión y trastornos de ansiedad generalizada DSMÑ-V. Madrid: Médica Panamericana.
- González, J. (1999). Psicoterapia de grupos. México: Manual Moderno.
- Gutiérrez, M. & Bustos, O. L. (2010). Perspectivas socioculturales de la violencia sexual en México y otros países. México D.F. : Universidad Autónoma de Ciudad Juárez.
- Hercovich, I. (1997). El enigma sexual de la violación. Buenos Aires: Biblos.
- Ibaceta, F. (2007). Agresión sexual en la infancia y viaje al futuro: Clínica ypsicoterapia en la edad adulta. Terapia psicológica: Sociedad chilena de psicología clínica, 25 (2), 189-197. Recuperado de <http://www.redalcy.org>.
- INEGI. (2011). Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares ENDIREH. Recuperado el 30 de abril de 2013, de http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/es.

- Instituto Nacional para las Mujeres INMUJERES. (2003). Recuperado el 5 de mayo de 2013, de <http://www.inmujeres.gob.df.mx>.
- Lameiras, M. (2002). Abusos sexuales en la infancia. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Lara, C., Medina-Mora, ME., Borges, G. & Zambrano, J. (2007). Social cost of mental disorders: disability and work days lost results from the Mexican [resumen]. Survey of Psychiatric Epidemiology. Salud Mental. 30 (5), 4-11. Resumen recuperado el 18 de mayo de 2013, de <http://www.inprf.gob.mx/psicosociales/archivos/encuestaepidemiologia.pdf>.
- Leal, C. (1999). Trastornos depresivos en la mujer. Barcelona: MASSON.
- Ley de atención y apoyo a víctimas del delito (s/f). Recuperado el 3 de junio de 2013, de <http://www.pgjdf.gob.mx/temas/6-1-1/fuentes/FAAVID/ARTICULO14/FRACCIONI/Leyes/LeyApoyoVictimasdelDelitoeneIDFReformada.pdf>.
- López-Ibor J.J. (2002). Breviario DSM-IV-TR. Criterios diagnósticos. Barcelona: MASSON.
- Marshall, W. L. (2001). Agresores sexuales. Barcelona: Ariel.
- Muriana, E., Petteño, L. & Verbitz, T. (2007). Las caras de la depresión. Barcelona: Herder.
- Noguerol, V. (2005). Agresiones sexuales. Madrid: Síntesis.
- OMS. World Federation for Mental Health WFMH (2012). Depresión: una crisis global. Recuperado el 4 de septiembre de 2013, de <http://www.wfmh.org/2012DOCS/WMHDay%20Packet%20-%20Spanish%20Translation%202.pdf>.
- Organismo de Naciones Unidas ONU. (s/f). Comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer. (2005). México. Recuperado el 5 de septiembre de 2013, de <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/cedaw32/CEDAW-C-2005-OP.8-MEXICO-S.pdf>.
- Organismo para las Naciones Unidas ONU. (1993). Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Recuperado el 29 de abril de 2013, de http://www2.ohchr.org/spanish/law/mujer_violencia.htm.
- Organización de Estados Americanos OEA. (2013). Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (Belém do Pará). Recuperado el 4 de mayo de 2013, de <http://www.oas.org/es/mesecvii/convencion.asp>.

- Organización Mundial de la Salud OMS (2013). Depresión. Resumen recuperado el 18 de mayo de 2013, de <http://www.who.int/topics/depression/es/>.
- Organización Mundial de la Salud OMS. (2010). Violencia Sexual en Latinoamérica y El Caribe: Análisis de datos secundarios. Recuperado el 28 de abril de 2013, de http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Violencia_Sexual_LAyElCaribe.pdf.
- Organización Mundial de la Salud OMS. (2012). Día mundial de la salud mental: La depresión, una crisis global. Recuperado el 18 de mayo de 2013, de http://www.paho.org/gut/index.php?option=com_content&view=article&id=610&Itemid=0.
- Perrone, R. (1997). Violencia y abuso sexual en la familia. Barcelona: Paidós.
- Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal PGJDF. (2010). Diplomado "Psicología y Género en la Procuración de Justicia". Manuscrito inédito.
- Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal PGJDF. (2000). Manual de atención a víctimas del delito. Manuscrito inédito.
- Real Academia Española (2001). Diccionario de la lengua española (22ª. Edición). [en línea]. Recuperado de <http://www.rae.es/rae.html>.
- Reglamento de la ley orgánica de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal PG.J.D.F. Recuperado el 3 de junio de 2013, de <http://cgservicios.df.gob.mx/prontuario/vigente/4637.pdf>.
- Retamal, P. (2005). Enfermedad depresiva. Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Rojas, E. (2009). Guía práctica contra la depresión. Madrid: Temas de Hoy.
- Rojtenberg, S. C. (2001). Depresiones y antidepresivos. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Romero, I. (2010). Intervención en violencia de género. Consideraciones en torno al tratamiento. Psychosocialintervention, 19 (2), 191-199. Recuperado de <http://www.redalcy.org>.
- Rosas, M. E. & López, E. O. (2011). La depresión. México: Trillas.
- Salas, I. (2008). Significado psicológico de la violencia y la agresión en una muestra urbana colombiana. Diversitas: Perspectivas en psicología, 4 (2), 331-343. Recuperado de <http://www.redalcy.org>.
- San Molina, L. & Arranz M. (2010). Depresión. Barcelona: AMAT.

- Sánchez, C. (2000). Qué es la agresión sexual. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Sánchez, M. (2002). Individuo-Sociedad y Depresión. Barcelona: ALGIBE.
- Secretaría de Relaciones Exteriores. (2004) Manual: Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres y su Protocolo Facultativo CEDAW. 2ª ed. México. Recuperado el 5 de septiembre de 2013, de <http://www.undp.org.mx/IMG/pdf/segediconvcedaw-2.pdf>.
- Secretaria de Salud (s. f.). Programa de prevención y atención de la violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Recuperado el 6 de mayo de 2013, de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7758.pdf>.
- Secretaria de Salud de México. (2004). Recuperado el 4 de septiembre de 2013 de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7556.pdf>.
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2010). Código ético del psicólogo. México: Trillas.
- Suárez, M., & Pujol, S. (2009). La depresión en la vida diaria. Buenos Aires: Polemos.
- Sullivan, D. & Everstine, L. (1997). El sexo que se calla. México: Pax.
- Sunyer, J. M. (2008). Psicoterapia de grupo. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Teva, M. I. (2011). Trastornos depresivos. Madrid: Formación Alcalá.
- Toñi, A. (2007). Después del silencio. Barcelona: Paidós.
- Torres, P. (2004). Urgencias en psiquiatría. Alcalá la Real: Comares.
- Vázquez, B. (1995). Agresión sexual. Madrid: Siglo veintiuno de España editores.
- Vázquez, G. H. (2007). Trastornos del estado de ánimo. Buenos Aires: Polemos.
- Wamer, F. A., González, C., Sánchez, S., García, C. & Gallo, J. J. (2012). Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. Salud Mental, 35 (1), 3-11. Recuperado de <http://www.redalcy.org>.
- Winogrand, B. (2005). Depresión: ¿Enfermedad o crisis?. Buenos Aires: Paidós.

ANEXO 1

Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung (SDS)

Anverso

NOMBRE DEL PACIENTE _____

EDAD _____ SEXO _____ FECHA _____

Por favor, señale una respuesta de cada uno de los 20 elementos	Nada o pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	La mayoría de las veces o siempre
1. ME SIENTO ABATIDO, DESANIMADO Y TRISTE.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. POR LA MAÑANA ES CUANDO MEJOR ME SIENTO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. TENGO ATAQUES DE LLANTO O DESEOS DE LLORAR	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. TENGO PROBLEMAS DE SUEÑO DURANTE LA NOCHE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. COMO IGUAL QUE ANTES	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. DISFRUTO AL MIRAR, CONVERSAR Y ESTAR CON MUJERES/HOMBRES ATRACTIVOS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. NOTO QUE ESTOY PERDIENDO PESO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. TENGO PROBLEMAS DE ESTREÑIMIENTO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. MI CORAZÓN LATE MÁS RÁPIDO DE LO ACOSTUMBRADO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. ME CANSO SIN MOTIVO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. MI MENTE ESTA TAN DESPEJADA COMO SIEMPRE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. ME RESULTA FÁCIL HACER TODO LO QUE SOLÍA HACER	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. ME ENCUENTRO INTRANQUILO Y NO PUEDO ESTARME QUIETO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. TENGO ESPERANZAS EN EL FUTURO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. SOY MÁS IRRITABLE QUE DE COSTUMBRE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. TOMO LAS DECISIONES FÁCILMENTE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. SIENTO QUE SOY ÚTIL Y NECESARIO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. SIENTO QUE MI VIDA ESTA LLENA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. SIENTO QUE LOS DEMÁS ESTARÍAN MEJOR SIN MI, SI ESTUVIESE MUERTO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. SIGO DISFRUTANDO CON LO QUE HACIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

PROZAC 20

Zung WW. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*

12: 63-70

Reverso

1	1	2	3	4	
2	4	3	2	1	
3	1	2	3	4	
4	1	2	3	4	
5	4	3	2	1	
6	4	3	2	1	
7	1	2	3	4	
8	1	2	3	4	
9	1	2	3	4	
10	1	2	3	4	
11	4	3	2	1	
12	4	3	2	1	
13	1	2	3	4	
14	4	3	2	1	
15	1	2	3	4	
16	4	3	2	1	
17	4	3	2	1	
18	4	3	2	1	
19	1	2	3	4	
20	4	3	2	1	
					PUNT. BRUTA
					INDICE SDS

Conversión de Puntuación Bruta al Índice de SDS									
Punt. Índice Bruta SDS	Punt. Índice Bruta SDS	Punt. Índice Bruta SDS	Punt. Índice Bruta SDS	Punt. Índice Bruta SDS	Punt. Índice Bruta SDS	Punt. Índice Bruta SDS	Punt. Índice Bruta SDS	Punt. Índice Bruta SDS	Punt. Índice Bruta SDS
20	25	32	40	44	55	56	70	68	85
21	26	33	41	45	56	57	71	69	86
22	28	34	43	46	58	58	73	70	88
23	29	35	44	47	59	59	74	71	89
24	30	36	45	48	60	60	75	72	90
25	31	37	46	49	61	61	76	73	91
26	33	38	48	50	63	62	78	74	92
27	34	39	49	51	64	63	79	75	94
28	35	40	50	52	65	64	80	76	95
29	36	41	51	53	66	65	81	77	96
30	38	42	53	54	68	66	83	78	98
31	39	43	54	55	69	67	84	79	99
								80	100

Índice de SDS globales	Impresiones clínicas equivalentes
Debajo de 50	Dentro de lo normal, sin psicopatología
50-59	Presencia de depresión mínima o ligera
60-69	Presencia de depresión moderada o marcada
70 o más	Presencia de depresión severa o extrema

PROZAC 20

W.K. Zung, 1965, 1974, 1989, 1991 TODOS LOS DERECHOS RESERVADOS

ANEXO 2

Formato de Evaluación Grupal (C.T.A.)

ÉVALUACIÓN DE ATENCIÓN GRUPAL

DATOS GENERALES

NOMBRE (S) _____

Nº DE EXP. _____

FECHA: _____

GRUPO: _____

TERAPEUTAS: _____

I.- ¿COMO SE SINTIO EN EL GRUPO?

II.- DE LOS TEMAS QUE SE TRATARON ¿CUAL CREE QUE LE AYUDO MAS? ¿PORQUE?

III.- MENCIONE LOS TEMAS EN LOS QUE HIZO FALTA PROFUNDIZAR

IV.- ¿CUAL TEMA CONSIDERA QUE DEBERIA TRATARSE Y NO FUE INCLUIDO?

V.- ¿QUE SIENTE QUE LOGRO EN EL PROCESO DE GRUPO?

VI.- ¿COMO SINTIO EL DESEMPEÑO DE LAS TERAPEUTAS?

VII.- COMENTARIOS Y SUGERENCIAS

FIRMA: _____