



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

**“AGRESIONES SEXUALES: CONSECUENCIAS Y
TRATAMIENTO”**

INFORME PROFESIONAL DE SERVICIO SOCIAL
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN
PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

TANIA ELIZABETH COLÍN PALACIOS

DIRECTOR: MTRO. SOTERO MORENO CAMACHO

COMITÉ:

LIC. MARÍA GUADALUPE OSORIO ÁLVAREZ

MTRA. MARÍA ISABEL MARTÍNEZ TORRES

MTRA. LAURA SOMARRIBA ROCHA

MTRA. GUADALUPE CELIA MEDINA HERNÁNDEZ



Ciudad de México, 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

Agradecimientos

Resumen

Introducción

1. Datos generales del programa de Servicio Social	1
2. Contexto de la Institución y del Programa donde se realizó el Servicio Social	2
3. Actividades realizadas durante en Servicio Social	8
4. Objetivos del Informe de Servicio Social	19
5. Soporte Teórico – Metodológico	20
5.1 Antecedentes	20
5.2 Violencia	29
5.3 Conceptualización de la violencia sexual	32
5.4 Incidencia de la violencia y/o agresión sexual	36
5.5 Consecuencias físicas, psicológicas etc. de las agresiones sexuales	42
5.6 Atención a las víctimas de agresiones sexuales	45
5.6.1 Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales de la Procuraduría General de Justicia	50
• Enfoques	55
• Modalidades	63
• Principios	65
• Plan de Intervención Psicoterapéutica	71
5.6.2 Modelo del Programa de Atención Integral a Víctimas y Sobrevivientes de Agresión Sexual (PAIVSAS) de la Facultad de Psicología de la UNAM	76
5.6.3 Modelo del Instituto Nacional de las Mujeres en Conjunto con el Instituto Estatal de la Mujer de Tlaxcala	87

6. Resultados	98
7. Recomendaciones y/o sugerencias	106
8. Referencias	111

AGREDECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y a mi amada Facultad de Psicología por haberme brindado un lugar para mi formación y crecimiento profesional y también personal.

A mi director Sotero Moreno Camacho, a mis revisoras María Isabel Martínez Torres y Laura Somarriba Rocha, a las sinodales Guadalupe Celia Medina Hernández y María Guadalupe Osorio Álvarez; por su tiempo, profesionalismo, dedicación y calidez; por su orientación y valiosas observaciones y sugerencia; y su infinita paciencia. Gracias.

A todos y cada uno de los profesores y profesoras con los que tuve oportunidad de tomar clase, por compartir y transmitir su conocimiento; por el invaluable aprendizaje adquirido a lo largo de cuatro maravillosos años de carrera.

A la Procuraduría General de Justicia (PGJ) y al Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales (CTA) por permitirme realizar el servicio social en sus instalaciones y con ello contribuir a mi desarrollo y crecimiento profesional.

A la Lic. Luz Chávez y a la Lic. Aimee Gutiérrez por transmitir sus conocimientos y compartir su experiencia conmigo y permitirme poner en práctica los conocimientos adquiridos en la carrera así como desarrollar y aprender muchos otros. Al Lic. Samuel Acevedo por su gran apoyo.

A los y las pacientes del CTA por confiar en mí, por compartir su historia y su dolor por permitirme ser parte de su proceso de sanación y aprender de su valor, su fuerza, de sus ganas de vivir y salir adelante a pesar de la adversidad. Porque con su amor admirable a la vida me ayudaron a crecer como profesional y como persona.

A mis padres:

Primeramente por darme la vida por permitirme estar aquí y haber llegado a este momento, por ser los grandes motores de mi vida, por estar a mi lado en cada momento compartiendo mis logros, mis fracasos; mis miedos y mis alegrías, por su apoyo incondicional e invaluable, por su dedicación, confianza e infinito amor.

Carlos Colín mi gran héroe, papi gracias por tu esfuerzo, tu cansancio y tu sudor, por las llagas en tus manos; por dármelo todo.

Beatriz Palacios mi gran ejemplo de vida; una maravillosa mujer y un gran ser humano, mami gracias por estar siempre para mí, por tener siempre las palabras correctas.

A mis hermanos:

Carlos y Alejandro por estar a mi lado siempre, por su cariño, motivación e incondicional apoyo. Por alegrar mis días y momentos de estrés con sus ocurrencias.

Simplemente gracias por existir, por creer en mí. Somos uno sin dejar de ser cinco, una gran familia siempre juntos... Los amo.

A mi familia:

A mis abuelas, tías, tíos, primas y primos por estar siempre al pendiente de mí, por su apoyo y motivación, por darme ánimos siempre para seguir adelante. A mis ángeles haya arriba que sé que me protegen; y a mis pequeños angelitos Diego, Santi, Yandi, Lalo, Joshua y Zoé que con sus hermosas sonrisas alegran mis días. Gracias por ser parte de mi vida.

A mis amigas/os:

Grandes e incondicionales, únicas y especiales Fer, Vale, Deyis, Jess etc. con las cuales compartí este hermoso camino, los momentos de estrés, ansiedad y angustia; tareas, proyectos, exposiciones, trabajos finales y exámenes que se acumulaban debajo de nuestros ojos. Por los momentos felices, alegres y maravillosos, así como aquellos difíciles y complicados. Todos y cada uno momentos inolvidables.

A mí siempre querida Britney Guadalupe (Nayhe), Beto y Oscar quienes fueron mi guía en CTA me enseñaron todo lo que había que saber sobre el funcionamiento del lugar y me brindaron su amistad.

A Santi, Vivi, Angie etc. por hacer mis días en el centro más llevaderos.

Gracias por ser, por estar, por el acompañamiento en este proyecto, por aportar pensamientos positivos, actitudes, afectos, energía y buena vibra.

A M.L. y J.S por ser mis sujetos experimentales.

Gracias a todas y cada una de las personas que han formado parte de mi vida, a quienes siguen en ella y a quienes no también... A quienes de alguna manera soy lo que soy, pues cada experiencia vivida me ha aportado algún aprendizaje y aprender es crecer.

RESUMEN

A nivel cultural se ha construido una representación simbólica sobre el género, esto con base en la diferencias de sexo entre hombres y mujeres y con ello se han impuesto roles y estereotipos para hombres y mujeres los cuales nos hacen ocupar cierto lugar en la sociedad. Dichos roles y estereotipos, han colocado a las mujeres en un nivel inferior, lo cual ha dado pie a diversas situaciones de discriminación y violencia; no solo hacia las mujeres, sino también a otros sectores vulnerables de la población como lo son: los/as niños/as, los adolescentes y las personas mayores.

Uno de los tipos de violencia con mayor impacto por el trauma que produce en las víctimas, es la violencia sexual; un problema que se sabe que existe pero en ocasiones se desconoce su magnitud, y las múltiples consecuencias que trae.

El presente trabajo describe la situación que se vive en el país en torno a las agresiones sexuales, y las consecuencias físicas, conductuales, cognitivas, psicológicas, sociales y sexuales, esto para comprender la magnitud de la situación, y la importancia de una atención inmediata y especializada.

Existen diferentes instituciones que brindan atención psicoterapéutica a las víctimas de agresiones sexuales, una de ellas es el Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales (CTA) de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal; dicha institución brinda terapia breve y de emergencia, con el objetivo de contrarrestar la sintomatología de la agresión sexual. Dada la problemática es importante que la atención sea óptima.

Para analizar su eficacia se realizó una comparación entre el plan de intervención psicoterapéutica del CTA y los modelos de intervención del Programa de Atención Integral a Víctimas y Sobrevivientes de Agresión Sexual (PAIVSAS) de la Facultad de Psicología de la UNAM, y del Instituto Nacional de las Mujeres en Conjunto con el Instituto Estatal de la Mujer de Tlaxcala.

Palabras clave: Agresiones Sexuales, Secuelas de las Agresiones, Intervención Psicoterapéutica.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad una de las situaciones que más aqueja a parte de la población es la violencia, esta constituye una de las tres fuentes principales del poder del ser humano (las otras dos son el conocimiento y el dinero). La violencia más allá de su componente biológico es algo aprendido. La semilla de esta conducta se siembra en los primeros años de la vida, se cultiva y se desarrolla durante la infancia y comienza a dar sus frutos en la adolescencia, (Rojas, 1996).

Ingresamos en la sociedad bajo el signo de la violencia, las diferencias anatómicas de nuestros cuerpos sobre todo de los órganos sexuales que nos definen como hombres y mujeres, es la evidencia más clara de la diferencia humana. Respecto a esto la sociedad en la que vivimos, tiene una marcada idea de género lo cual nos hace comportarnos de cierta manera de acuerdo a los roles que se nos han asignado.

Las diferencias han colocado a hombres y mujeres en situaciones de desigualdad, poniendo a los varones en un nivel superior, con lo cual se han propiciado situaciones de violencia hacia las mujeres al creer que por su "superioridad" tienen poder sobre ellas, y sobre los más vulnerables (niños/as, adolescentes etc.).

Entendiendo 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, (OMS, 2013).

Existen diferentes tipos de violencia:

- Violencia física
- Violencia psicológica
- Violencia sexual

Siendo esta última una de las formas de violencia con mayor impacto para las víctimas de ella, por las consecuencias que trae consigo.

La violencia sexual es todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo.

La violencia sexual se divide en:

- Violación
- Abuso sexual
- Acoso sexual
- Estupro
- Incesto

Es una agresión que atenta contra la libertad, la seguridad y el normal desarrollo sexual que deja secuelas a nivel físico, conductual, cognitivo, psicológico, sexual y social.

En el país durante el 2014 se iniciaron 32,608 averiguaciones por agresiones sexuales y durante el 2015, 28,581; cifras que impactan y seguramente la incidencia es mayor, pues no se puede olvidar que no todas las personas denuncian los hechos, (Incidencia Delictiva del Fuero Común, Centro Nacional de Información).

La violencia en cualquiera de sus tipos es un problema de salud pública que requiere atención especializada. En el caso de la violencia sexual el Centro de Atención a Víctimas de Delitos Sexuales (CTA) de la Procuraduría General de Justicia (PGJ) del Distrito Federal ofrece psicoterapia breve y de emergencia para contrarrestar las consecuencias derivadas de la agresión sexual.

Para analizar la eficacia del plan de intervención, se realizó una búsqueda y revisión de los modelos de intervención psicológica dirigidos a la atención de víctimas de agresiones sexuales y se seleccionaron dos, los más relevantes y completos.

Se compararon estos modelos de intervención; uno planteado por el Programa de Atención Integral a Víctimas y Sobrevivientes de Agresión Sexual (PAIVSAS) de la Facultad de Psicología de la UNAM, que actualmente no opera sin embargo fue muy importante y relevante por su eficiencia en el tratamiento psicológico para personas agredidas sexualmente; y el otro realizado por el Instituto Nacional de las Mujeres en Conjunto con el Instituto Estatal de la Mujer de Tlaxcala; con el plan de intervención del Centro de Terapia de Apoyo (CTA).

Al comparar los modelos se observó que hay temas, en especial referentes a las emociones que se ven afectadas ante las agresiones sexuales, que el Centro de Terapia de Apoyo no aborda o no profundiza y que los otros dos modelos sí. Y que son muy importantes para una óptima recuperación del evento traumático de agresión sexual. De igual manera hace falta abordar la parte del empoderamiento de los/as paciente que acuden al centro.

Además con base en la experiencia durante el servicio social, pude observar que en el CTA hay limitaciones de tipo administrativo y operativo, que impiden una adecuada atención (sobre todo en la intervención con niños/as).

Dichas limitaciones no impiden que se obtengan resultados positivos sin embargo se realizaron algunas observaciones, sugerencias y/o recomendaciones en torno a estas; encaminadas al mejoramiento de la intervención psicoterapéutica con el objetivo de mejorar u optimizar los resultados de la intervención y por consecuencia mejore la salud y el bienestar de las/os niñas/os, adolescentes, mujeres y hombres que fueron agredidos sexualmente y que dicha agresión les trajo consecuencias en múltiples áreas de su vida.

Como en muchas otras situaciones, siempre está en primera instancia la prevención, por ello se hace énfasis en una reeducación de la sexualidad, así como el fomento de relaciones de buen trato etc.

DATOS GENERALES DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL

- Nombre: Sistema de Servicio Social de Pasantes de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal.
- Clave: 2014-34/19-1952.
- Institución responsable: Gobierno del Distrito Federal.
- Dependencia ejecutora: Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal.
- Área: Dirección General de Servicios a la Comunidad. Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales.

Objetivos del Programa.

Objetivo General.

- Atender al 100% de la población que acude a la institución para que se le brinden los servicios necesarios en su calidad de víctimas de delito y al público en general.
- Coadyuvar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las víctimas del delito y ciudadanos en general que acuden tanto a las fiscalías de averiguaciones previas como a los centros de atención a víctimas y demás áreas y unidades administrativas de esta Institución, con la finalidad de favorecer una efectiva, rápida y expedita procuración de justicia.

Objetivos Específicos.

- Apoyo en la atención psicoterapéutica a menores y adolescentes en situación de riesgo.
- Apoyo en la atención psicoterapéutica grupal e individual a las víctimas del delito directas e indirectas.
- Apoyo en la atención psicoterapéutica relacionada con el stress post-traumático a víctimas del delito directas e indirectas.
- Apoyo para la valoración del impacto del delito violento en la víctima.

- Apoyo para proporcionar intervención en crisis de primer orden.

Meta

Beneficiar a sectores más amplios de la comunidad. Gracias al apoyo reconocible que brindan los prestadores de servicio social o prácticas profesionales a las personas que acudan a las diferentes áreas.

CONTEXTO DE LA INSTITUCIÓN Y DEL PROGRAMA DONDE SE REALIZÓ EL SERVICIO SOCIAL

El Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales (CTA) tiene como objetivo el brindar apoyo y atención a las personas que han sido víctimas de algún delito sexual y por consecuencia fueron afectadas en lo físico, emocional, familiar, social y/o económico.

Nombre de los servicios

Atención de psicología, atención de trabajo social, atención médica (orientación de la interrupción legal del embarazo y administración de medicamentos antirretrovirales para disminuir los riesgos por VIH dentro de las 72 horas posteriores a la exposición de riesgo así como la anticoncepción de emergencia), asesoría y asistencia jurídica; a víctimas directas e indirectas de algún delito sexual.

Descripción del servicio

Atención y asistencia multidisciplinaria a las víctimas directas e indirectas de los delitos contra la libertad y la seguridad sexual y el normal desarrollo psicosexual, sobre sus derechos como víctimas del delito, con la finalidad de empoderarla respecto a las esferas que se vieron afectadas por la comisión del hecho violento.

Usuarios

Hombres, mujeres, niños y niñas víctimas directas o indirectas de algún delito sexual.

Área donde se gestiona el servicio

Dirección del Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales. Ubicada en Calle Enrique Pestalozzi No. 1115, Colonia del Valle, Delegación Benito Juárez, C.P. 03100. En un horario de 9:00 a 19:00 horas, de lunes a viernes, Teléfonos 52 00 96 32 y 52 00 96 33.

Formatos y requisitos

No existen requisitos para brindarles el servicio, solo presentarse de lunes a viernes, en un horario de 09:00 a 19:00 horas, la formulación está a cargo del personal del centro, tales como ficha de ingreso, carnet y cartas responsivas.

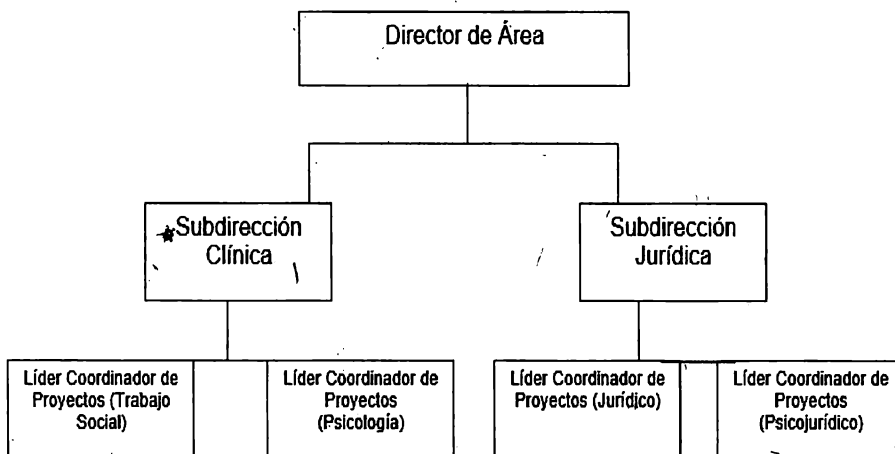
Tiempo de respuesta

Los servicios que se brindan de atención, orientación y asesoría son de manera inmediata, los acompañamientos se programan; sin embargo si el caso lo amerita se brinda de manera inmediata.

Plazos para la prestación del servicio o tiempo de respuesta

La atención en el Centro es inmediata y gratuita.

Organigrama de la estructura básica



DIRECTOR/A DE ÁREA DEL CTA

Misión

Atender las necesidades inmediatas de los habitantes del Distrito Federal como víctimas y/u ofendidos de un delito sexual, a través de la implementación de acciones eficaces y eficientes para la atención de los víctimas y/u ofendidos con respeto irrestricto a los Derechos Humanos, a efecto de fortalecer la confianza y seguridad en la convivencia de los habitantes.

Visión

Ser un Centro de Atención a Víctimas de Delitos Sexuales con rostro humano, de excelencia en su servicio y con un alto compromiso social, integrado por servidores públicos altamente capacitados que brinden atención jurídica, psicológica, médica y de trabajo social a los ofendidos y víctimas del delito sexual en forma ágil, confiable, transparente y científica, siendo éticamente responsables al basar su actuación en el respeto a los Derechos Humanos, Perspectiva de género y Protección a la Infancia para responder así a la demanda social de

justicia y seguridad; colocándose como una Institución Modelo en el tema de atención a víctimas y ofendidos de delitos sexuales a nivel nacional e internacional.

Objetivos institucionales

- Brindar atención integral de trabajo social, médica, psicológica y jurídica oportuna, asertiva y profesional en la atención necesaria a las víctimas y/u ofendidos por delitos que impliquen violencia sexual, a fin de garantizar un servicio oportuno con calidad y calidez.
- Garantizar los servicios que se proporcionan a las víctimas y/u ofendidos de violencia sexual, atendiendo los principios de derechos humanos, perspectiva de género y protección a la infancia.
- Instrumentar los mecanismos necesarios que eleven la calidad de los servicios proporcionados por el Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales.
- Mantener el contacto interinstitucional, a fin de brindar una atención integral a las víctimas y ofendidos de delitos sexuales.
- Establecer vinculación interinstitucional con instituciones del sector público y privado, que brinden apoyo médico, psicológico y social a las víctimas y/u ofendidos de delitos sexuales, que lo requieran para contribuir a su restablecimiento integral.
- Fortalecer la operatividad de las áreas administrativas y sustantivas por medio de los recursos materiales y humanos que le son asignados al Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales de forma efectiva a favor de los servicios que proporciona.
- Realizar las vinculaciones necesarias con el Instituto de Formación Profesional de esta Procuraduría, instituciones públicas o privadas que garanticen la capacitación y actualización continua de todo el personal que colabora en la Atención a las Víctimas del Delito Sexual.

ÁREA CLÍNICA (subdirección)

Misión

Procurar la integridad psicoemocionales de las víctimas y/u ofendidos que sufrieron una agresión sexual a través de la implementación de técnicas y métodos psicoterapéuticos especializados con el fin de buscar el equilibrio emocional con respeto y en apego a los derechos humanos, perspectiva de género y protección a la infancia.

Objetivos

- Brindar la recepción y atención a todas las víctimas y/u ofendidos por delitos sexuales que acuden al Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales (CTA).
- Detectar de manera inmediata las necesidades de las víctimas y/u ofendidos para brindar los servicios multidisciplinarios a través de las diferentes áreas del Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales.
- Coordinar las actividades para detectar e identificar a través de la visita domiciliaria, posibles situaciones de riesgos y vulnerabilidad a las víctimas y/u ofendidos de delitos sexuales.
- Supervisar las actividades para identificar mediante la revisión e integración de los expedientes aquellas agresiones sexuales que por el modo de operar se pueden considerar como probables seriales.
- Proporcionar a las víctimas y/u ofendidos de delito sexual la atención psicológica breve y de emergencia, tendientes a eliminar los signos y síntomas generados por el delito.
- Brindar asesoría médica especializada e integral en relación con los procedimientos de anticoncepción de emergencia, antirretrovirales, infecciones de transmisión sexual (ITS) y su derecho a la Interrupción Legal del Embarazo (ILE).

PSICOLOGÍA (líder coordinador/a de proyectos)

Misión

Procurar la integridad psicoemocional de las víctimas y/u ofendidos que sufrieron una agresión sexual a través de diversas técnicas y métodos psicoterapéuticos especializados con el fin de buscar el equilibrio emocional con respeto y en apago a los derechos humanos, perspectiva de género y protección a la infancia.

Objetivo

- Proporcionar a las víctimas y/u ofendidos de delito sexual la atención psicológica breve y de emergencia, tendientes a eliminar los signos y síntomas generados por el delito.

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL

El Centro de Terapia de Apoyo cuenta con diversas áreas para atender las diferentes necesidades de las víctimas; dentro del área clínica con lo que respecta a la psicología se brinda atención terapéutica breve y de emergencia a nivel individual y grupal de acuerdo con la situación de cada persona.

Al llegar al CTA fui asignada con una de las/os 15 psicólogas/os clínicos del centro; la Lic. M. Luz Chávez Campos, cabe mencionar que es la psicóloga con mayor experiencia en el Centro de Terapia de Apoyo, pues lleva 18 años colaborando con el centro, por lo tanto es un referente para el resto de las/los psicólogas/os. Durante los seis meses de servicio social participe como observadora en las sesiones individuales de primera vez y sesiones de terapia grupal (en dos grupos con adolescentes de 15, 16 y 17 años y un grupo de mujeres de 18 años en adelante) dirigiendo algunas de las sesiones en los diferentes grupos (autoestima y sexualidad).

Como cada psicóloga/o tenía un horario determinado, en el cual los lunes eran día de guardia, durante este día se revisaban expedientes para ver su estado, y de acuerdo con cada expediente se hacía la integración y actualización o en su caso se cerraba, en ocasiones también se hacía la recepción de pacientes (cuando trabajo social no podía o cuando era necesario un psicóloga/o para brindar contención); los jueves estaban designados para terapia grupal; y el resto de los días (martes, miércoles y viernes) para pacientes subsecuentes y/o de primera vez.

- Pacientes atendidos en terapia individual.

NIÑAS Y NIÑOS AGREDIDOS SEXUALMENTE

Sexo	Edad	Agresión sexual	Sexo	Edad	Agresión sexual
Niña	5 años	Abuso sexual	Niño	3 años	Violación
Niña	6 años	Abuso sexual	Niño	5 años	Abuso sexual
Niña	6 años	Violación	Niño	5 años	Abuso sexual
Niña	7 años	Violación	Niño	6 años	Abuso sexual
Niña	7 años	Violación			
Niña	8 años	Abuso sexual			

ADOLESCENTES AGREDIDOS SEXUALMENTE

Sexo	Edad	Agresión sexual	Sexo	Edad	Agresión sexual
Adol. femenino	11 años	Abuso sexual	Adol. masculino	14 años	Abuso sexual
Adol. femenino	12 años	Abuso sexual	Adol. masculino	14 años	Abuso sexual
Adol. femenino	15 años	Abuso sexual	Adol. masculino	16 años	Violación
Adol. femenino	15 años	Violación			
Adol. femenino	15 años	Violación			
Adol. femenino	17 años	Abuso sexual	Adol. masculino	12 años	Agresor *

MUJERES Y HOMBRES AGREDIDOS SEXUALMENTE

Sexo	Edad	Agresión sexual	Sexo	Edad	Agresión sexual
Mujer	21 años	Violación	Hombre	19 años	Violación
Mujer	27 años	Violación	Hombre	26 años	Violación
Mujer	48 años	Víctima indirecta			

- **Pacientes en terapia Grupal**

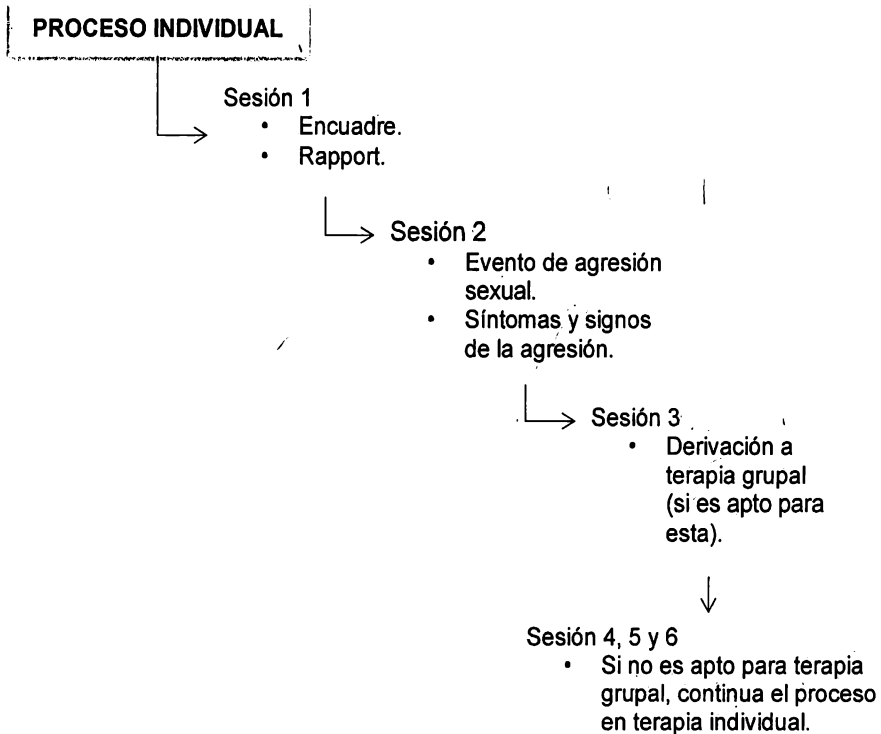
Grupo	Tipo de grupo	Iniciaron	Terminaron	Delitos
1	Adolescentes (15, 16 y 17 años)	10	5	Abuso sexual, violación, estupro.
2	Mujeres	13	9	Abuso sexual, violación.
3	Adolescentes (15, 16 y 17 años)	15	11	Abuso sexual, violación.

Tratándose de atención breve y de emergencia en terapia individual se realizan un máximo de seis sesiones las cuales tienen una duración de 45 o 50 minutos cada una; y en terapia grupal se dan 12 sesiones, cada una con un objetivo específico y con una duración de dos horas. Antes de derivar a una persona a grupo se hacen dos o tres sesiones de valoración para determinar si la persona es apta o no para un proceso terapéutico grupal.

En terapia grupal existen diferentes grupos de acuerdo a la edad y algunos otros factores, hay grupos para: niños/as de 5, 6 y 7; y 8, 9, 10 años, adolescentes de 11, 12, 13 y 14; y 15, 16 y 17 años (estos grupos son mixtos); también hay grupos para mujeres (de 18 años en adelante), grupo de padres (algunas de ellas sobrevivientes de agresiones sexuales), orientativo para padres en el caso de los niños más pequeños que por su nivel de desarrollo no entran en los grupos que hay (menores de 5 años, y a diferencia del resto tiene una duración de 6 sesiones), y grupo de trata de personas.

La manera de llevar las sesiones tanto en terapia individual como en terapia grupal dependen de diferentes factores como: el grupo, es decir no se lleva de la misma manera con los niños que con los adolescentes y mujeres, además también depende de cada psicóloga/o pues tienen diferentes formas de trabajar, pero en general se sigue la siguiente estructura.

Terapia individual



1º Sesión

Se realiza el rapport, se establece la alianza terapéutica, y se crea empatía y seguridad para dar pie a la formación de un ambiente de confianza que permita a la persona expresarse libremente y así pueda hablar de su evento de agresión sexual en las sesiones posteriores. También se establece el encuadre, y se firma el compromiso terapéutico, así mismo se recaban datos de la víctima para realizar la ficha de identificación, y se indaga sobre los diferentes entornos en los que se desenvuelve y la manera en cómo se han visto afectados por el evento de agresión sexual. Además de explorar la sintomatología.

2º Sesión

En esta sesión se invita al paciente a hablar de su evento de agresión, durante la sesión relatan lo que les sucedió y además se exploraban los signos y síntomas presentados ante la agresión sexual para determinar el estado emocional de la víctima (que ayudara a determinar si se deriva a terapia grupal o no). También se trabaja brevemente con las emociones generadas a partir del evento de agresión.

3º Sesión

Se le comunicaba al paciente su derivación a un grupo terapéutico o en su caso a continuar con la terapia individual. Si es derivado a grupo se le sensibilizó y se le explica brevemente en que consistiera la terapia grupal y los beneficios de esta.

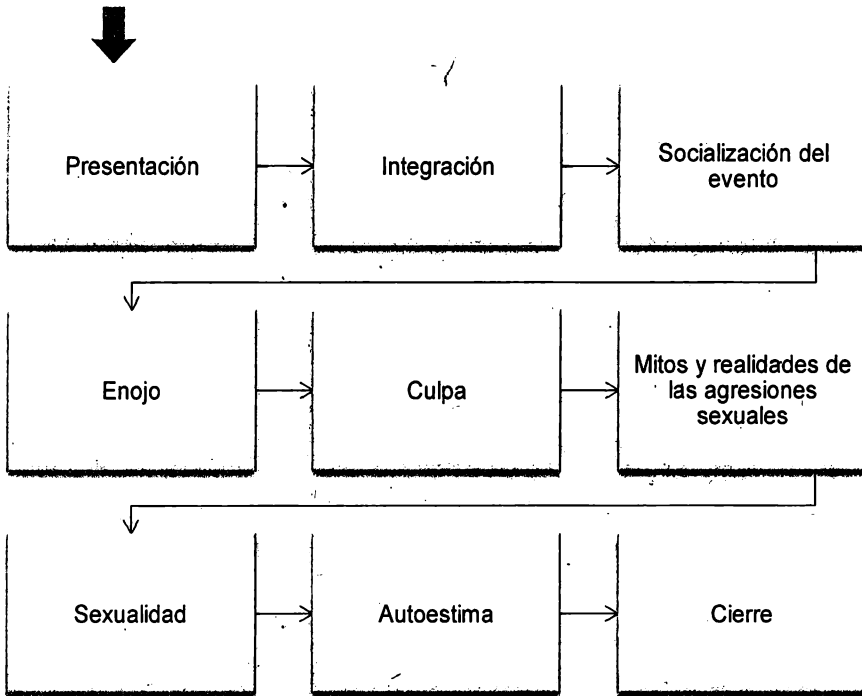
Generalmente las/os pacientes son derivados a terapia grupal; se inscriben en alguno de los grupos antes mencionados dónde se reforzará y profundizará sobre algunos de los temas tratados en las sesiones de valoración, así como muchos otros temas que son importantes para su recuperación.

En cuanto a los hombres mayores de 18 años únicamente se les brinda atención individual ya que no hay un grupo para ellos, pues los casos de hombre víctimas de agresiones sexuales son mucho menores; es en estos casos donde se llevan a cabo las 6 sesiones individuales.

En el caso de los niños más pequeños para los cuales no hay grupos dada su edad, se envía a los padres a grupo para padres donde se les enseñan algunas habilidades para trabajarlas con sus hijos.

Terapia grupal

Proceso Grupal



Sesión 1: Presentación.

Se realiza el encuadre terapéutico en el cual se establece el día, la hora, el lugar (en los grupos de niños/as y adolescentes también se hace un encuadre con los padres), así como algunos acuerdos y/o reglas que el mismo grupo propone, por ejemplo el respeto, la confidencialidad etc. Así mismo se les explica que la participación dentro del grupo es importante para su proceso y que todos y todas deberán participar, en específico en la sesión de socialización del evento de agresión donde se hará de manera voluntaria, pero en caso de que no haya algún voluntario/a entonces se elegirá de manera aleatoria.

Se establece el rapport, y se hace la presentación de cada integrante del grupo a partir de una presentación indirecta, es decir, se les pide que conversen con un par de sus compañeros/as, durante la conversación pueden compartir lo que quieran, menos el motivo por el cual se encuentran en el grupo, una vez que terminaron se hace la presentación indirecta, se elige a una persona y esta es presentada por los dos compañeros que conversaron con ella.

Y finalmente se hace un breve resumen de los temas que se trabajaron a lo largo de las sesiones de terapia grupal.

Sesión 2: Integración.

Se busca crear un ambiente de confianza con la finalidad de que las/os pacientes puedan hablar del evento de agresión sexual en la o las sesiones posteriores.

La dinámica utilizada es "la telaraña" esta consiste en ir pasando una madeja de estambre sin soltar una punta de esta, antes de pasar la madeja se tiene que compartir una frase, canción, poema, película etc. con la cual se sientan identificados y el por qué se identifican con ella; ya que todas/os tienen una punta del estambre, se les pregunta que es lo que se formó con la madeja de estambre y como se sienten al estar todos unidos, entre las respuestas dadas por el grupo coinciden en que se formó una telaraña y que las telarañas son resistentes por lo cual la interpretación que se hace es de unión, una unión fuerte que estará acompañándolos/as en su proceso. Finalmente se regresa la madeja de estambre diciendo que es lo que esperan del proceso grupal.

Sesión 3, 4, 5 y 6: Socialización del evento.

Cada integrante del grupo relata el motivo por el cual está ahí, esto se inicia de manera voluntaria, o al azar (utilizando una botella de agua decorada). Al término de cada relato se da la contención necesaria, así como retroalimentación por parte de algunos compañeros/as del grupo, esto de manera voluntaria, quien quiera dirigir unas palabras puede hacerlo.

Sesión 7: Descarga del sentimiento de enojo.

Se les da bolígrafo y papel para que realicen una carta dirigida a su agresor, en la cual pueden escribirles lo que quieran incluso palabras altisonantes, no tienen que pensarlo, no importa la redacción solo tienen que escribir lo que vaya saliendo y todos los sentimientos y emociones que esto les genere. Posteriormente se coloca una silla frente a ellas/os y se les pide que imaginen a su agresor en la silla y que lean la carta en voz alta, al término de cada uno se brinda contención breve si es necesario y si algún integrante del grupo quiere decirle algo lo puedo hacer; una vez que todas/os leyeron su carta se colocan frente a sus asientos los cuales tienen un cojín y se les da la indicación para que concentren todo su enojo en las manos y en los puños y golpeen con fuerza en repetidas ocasiones. Para finalizar se hace una dinámica de relajación y se hace una breve devolución sobre el trabajo terapéutico que se realizó.

Sesión 8: Eliminación del sentimiento de culpa.

En una hoja las/os pacientes escriben todo aquello que las/os haga sentir culpables entorno a la agresión sexual que sufrieron, posteriormente se les pide que lean lo que escribieron y se les explica que la culpa es un sentimiento aprendido y que se debe cambiar por el concepto de responsabilidad. Esta sesión es diferente en adolescentes y en mujeres, con las mujeres se utiliza una lectura junto con una dinámica de relajación e imaginaria; y con los adolescentes es más dinámico se hace a través de un juego de fútbol en el cual se colocan la hoja de las culpas en el centro de una bola de periódico y luego esta pelota se ata junto con las manos, se lleva a cabo un mini partido y después se les pregunta cómo se sintieron, en general refieren sentirse incómodos, sentían que algo les estorbaba (la bola de papel que contenía sus culpas). De esta manera se concluye que las culpas no ayudan en nada, que es algo que pesa e impide avanzar; que solo se es responsable de los actos propios, pero no de la conducta del otro o de los otros (agresor sexual).

Sesión 9: Mitos y realidades en torno a las agresiones sexuales.

Para esta sesión se utiliza un tablero que contiene varias tarjetas con diversas oraciones las cuales hacen referencia a mitos y realidades en torno a las agresiones sexuales. Se forman equipos de 3 a 4 personas cada uno tiene que elegir una tarjeta del tablero que tienen que leer en voz alta para que cada uno de los equipos la discuta y diga si es un mito o una realidad y el por qué creen que es una u otra. Después de cada tarjeta se explica porque es un mito o una realidad según sea el caso.

Sesión 10: Sexualidad

Aquí se define que es la sexualidad, la diferencia anatómica entre sexos (órganos sexuales femeninos y masculinos), también se trata el tema de la virginidad (que es algo que en particular afecta e inquieta mucho a las adolescentes), se explica que hay diferentes tipos de himen e incluso la ausencia de este y se hace la diferencia entre una relación sexual y una agresión sexual.

Sesión 11: Autoestima

A través de diferentes dinámicas se refuerza la autoestima de cada integrante de grupo haciéndoles ver lo importantes y valiosos (as) que son.

Las dinámicas utilizadas para los grupos a los que entre y para los cuales planeo la sesión fueron "en el bosque" y "la caja sorpresa". La primera consiste en dibujar un árbol el cual deberá tener raíces, ramas, y frutos en los cuales respectivamente pondrán sus cualidades, las cosas en las que son buenos (as) y sus metas o logros, después lo compartirán con el grupo y cada uno aportara una cualidad que hayan observado en su compañero a lo largo de las sesiones. En la siguiente dinámica se les pide que cierren los ojos y piensen en la persona más importante para ellos, se les entrega un paquetito y se le dice que dentro esta la personas más importante, una persona única, maravillosa, especial e inigualable, la persona que nunca los dejara solos y la única capaz de hacer cualquier cosas por ellos. El paquete contiene un espejo por lo tanto al abrirlo ven su reflejo.

Esto para hacerles ver que lo que les paso no los hace valer menos que el resto de las personas, por el contrario son personas muy valientes y más fuertes de lo que creen, pues enfrentar una situación como una agresión sexual no es nada sencillo y que solo ellos/as pueden hacer algo para mejorar y sentirse bien.

Sesión 12: Cierre

Se les entrega a los/as pacientes un formato en el cual tienen que responder algunas preguntas por ejemplo: ¿Cómo se sintieron en el grupo? ¿De qué manera les ayudo? ¿Qué temas les ayudaron más? ¿Qué otro tema les gustaría que se tratara en el grupo? etc. y se les da una devolución, se hacen comentarios sobre los cambios que se observan y que los mismos pacientes manifiestan posteriormente, comparando el momento en el que llegaron al grupo y el momento en que se cierra el proceso. En el caso de los/as adolescentes también se realizaba un pequeño cierre con sus padres.

Al término de cada sesión o después de los comentarios o dudas planteadas por los integrantes del grupo; de ser necesario se daba contención, se aclaraban sus dudas y se daban devoluciones breves en las que principalmente se hacía énfasis en que a pesar de la agresión sufrida se podía seguir adelante, y salir fortalecidas/os después de esta.

En terapia individual entre solo a algunas sesiones de primera vez, pero con algunos pacientes no se concluyó el proceso ya que las sesiones son muy espaciadas cada 20 o 30 días por la cantidad de gente que hay, y por ello muchos dejan la terapia inconclusa.

Además de acuerdo con la Lic. Luz Chávez (2002), el porcentaje de pacientes que concluyen el proceso es reducido debido a factores como:

- El bajo nivel socioeconómico que ocasiona que muchas veces no se cuente con el dinero suficiente para los pasajes.

- Ideas preconcebidas respecto a la efectividad inmediata de la terapia.
- Necesidad única de resolver crisis temporal.
- Falta de capacidad yoica para contactar emociones etc.

Así mismo participe en la recepción de pacientes, cuando trabajo social no podía pues la cantidad de personas era mucha o si el caso requería contención por parte de un/a psicólogo/a; lo hacían las/os psicólogas/os en guardia, en la recepción se toman los datos generales de la víctima, se indaga un poco el evento de agresión sexual y se agenda cita para valoración psicológica.

También apoye en la realización de reportes de sesión individual y grupal, integración y cierre de expedientes, canalizaciones a otras instituciones; así como en cuestiones administrativas como el control de la agenda, reportes diarios de asistencia, acciones de reconquista etc.

*)

OBJETIVOS DEL INFORME PROFESIONAL DE SERVICIO SOCIAL

Objetivo general

- Analizar la intervención psicológica que brinda el Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales.

Objetivos específicos

- Describir la situación que se vive en el país en torno a las agresiones sexuales, para comprender la magnitud del problema y la importancia de brindar una atención integral.
- Conocer las secuelas emocionales, conductuales, psicológicas y sociales que presenta una víctima de agresión sexual.
- Plantear sugerencias en torno a las limitaciones que pueda presentar el plan de intervención del Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales (CTA) en el área de Psicología para mejorar u optimizar la atención brindada.

SOPORTE TEÓRICO METODOLÓGICO

ANTECEDENTES

Los seres humanos ingresamos en la sociedad bajo el signo de la violencia: la cultura ejerce una represión. El cuerpo con la diferencia anatómica entre hombres y mujeres, es la primera evidencia incontrovertible de la diferencia humana. Este hecho biológico, con la carga libidinal que conlleva es materia básica de la cultura. Su representación cultural es múltiple y tiene diferentes grados de complejidad. Por ello el ámbito cultural es un espacio simbólico definido por la imaginación y determinante en la construcción de la autoimagen de cada persona. En la forma de pensarnos, en la construcción de nuestra propia imagen, de nuestra autoconcepción, utilizamos elementos y categorías de nuestra cultura. Nacemos en una sociedad que tiene un discurso sobre el género y que nos hace ocupar cierto lugar (Lamas, 1998).

En las sociedades patriarcales existe una primera y básica discriminación entre los seres humanos y es la discriminación en función de sexo con el que se nace, y que los divide en géneros masculino y femenino. En torno al género se generan valores, roles que se exponen desde el exterior por la fuerza o de manera sutil. Estos forman parte del modelo social se interiorizan a lo largo del proceso de socialización y construcción de identidad y se reproducen inconscientemente. Hay una valoración jerárquica de lo masculino sobre lo femenino y el modelo social establecido que mantienen el sistema social son relaciones de dominio- sumisión o relaciones de poder (Sanz, 2004).

El discurso sobre el género ha llevado a una desigualdad social y a la discriminación por las diferencias de sexo. Por lo tanto es importante, aclarar la diferencia entre sexo y género, ya que no son sinónimos.

El sexo es el conjunto de diferencias biológicas, anatómicas, fisiológicas y cromosómicas de los seres humanos que los definen como hombres o mujeres

(varón o hembra) esto incluye la diversidad evidente de sus órganos genitales externos e internos, las particularidades endocrinas que los sustentan y las diferencias relativas a la función de la procreación (Inmujeres, 2007).

DIFERENCIAS ENTRE SEXOS	
Mujeres	Hombre
<p style="text-align: center;"><i>Tipo de órganos genitales:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Vulva • Vagina • Útero • Mamas desarrolladas (senos) 	<p style="text-align: center;"><i>Tipo de órganos genitales:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pene • Testículos • Próstata
<p style="text-align: center;"><i>Hormonas circulantes:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Estrógenos • Progesterona 	<p style="text-align: center;"><i>Hormonas circulantes:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Testosterona
<p style="text-align: center;"><i>Otras características:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacidad de embarazo y parto. • Capacidad de amamantar a un bebé con leche producida en las mamas. • Aun que tiene bello corporal este es más fino y escaso. 	<p style="text-align: center;"><i>Otras características:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambia notablemente la voz durante la adolescencia por el engrosamiento de las cuerdas vocales. • Sale barba y bigote significativamente más abundante que en las mujeres.

El género es el conjunto de ideas, creencias y atribuciones sociales, construidas en cada cultura y momento histórico, tomando como base la diferencia sexual; a partir de ello se construyen los conceptos de "masculinidad" y "feminidad", los cuales determinan el comportamiento, las funciones, oportunidades, valoración y las relaciones sociales entre hombre y mujeres (Inmujeres, 2007).

El sexo son características con las que se nacen, son universales e inmodificables; a diferencia del género que al ser construcciones socioculturales pueden modificarse dado que han sido aprendidas.

DIFERENCIAS ENTRE SEXO Y GÉNERO	
Sexo	Genero
<p><i>Biológico</i></p> <p>Pene, vagina, ovarios, testículos.</p>	<p><i>Roles</i></p> <p>Responsabilidades y comportamientos socialmente contruidos.</p>
<p><i>Universal</i></p> <p>Los factores relacionados con el sexo son universales, en cualquier país los hombres tienen pene y las mujeres tienen vagina.</p>	<p><i>Cultural</i></p> <p>Los elementos relacionados con el género varían dentro de las culturas y entre ellas.</p>
<p><i>Se nace con el</i></p>	<p><i>Comportamiento aprendido:</i></p> <p>Monitoreado y evaluado y por lo tanto premiado, sancionado o censurado.</p>
<p><i>No cambia</i></p> <p>El cambio anatómico no se da de manera natural, sin embargo, ahora es posible mediante intervención quirúrgica, complementado por la administración artificial de hormonas.</p>	<p><i>Cambia con el curso del tiempo</i></p> <p>En el pasado, pocas mujeres se hacían abogadas o médicas, hoy es muy común encontrar mujeres en estas profesiones que parecían exclusivas para los hombres.</p> <p>Al ser una construcción social, es cambiante dependiendo del momento en que se vive y del aprendizaje que se indica.</p>
<p><i>El sexo genético no varía</i></p>	<p><i>Varía dentro de las culturas y entre ellas.</i></p>

Instituto Jalisciense de las mujeres (2008)

La manera en que se estructuran las pautas de género es en los roles. Por rol se entienden las prescripciones, normas y expectativas de comportamiento de lo femenino y de lo masculino: lo que realizo y cómo describo y hasta defino mi ser persona. Desde pequeños se induce a los/as niños/as a ajustarse a situaciones socialmente estructuradas, que les dictan desde la forma de vestir, hasta la aplicación social del comportamiento sexual y afectivo. También existen diferencias de rol respecto a etnia y edad, otras referidas a la división sexual del trabajo y a las formas de expresar sentimientos o construir relaciones (Cardiel, 2008).

Los roles de género se enseñan desde pequeñas/os, desde el momento en que la o el bebé nace, se decora la habitación y se le viste de colores identificados con su género. Así, no únicamente se le enseñan los roles a través de los colores a quien acaba de nacer sino a todos los que le rodean, luego, pasado el tiempo, sus juguetes le encaminan a lo que será su desempeño a futuro de acuerdo a las expectativas de la madre y el padre.

Mujeres	Hombres
<ul style="list-style-type: none"> • Se le viste de rosa. • Se le relaciona con flores, moños y encajes en su entorno. • Se le proporcionan juguetes como: muñecas, trastecitos, cocinitas, pelotas de volley-bol. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se le viste de azul. • Se le relaciona con carritos, aviones o imágenes deportivas. • Se le proporcionan juguetes como carritos, aviones, barcos, pistolas, pelotas de fútbol.

Los acuerdos de las relaciones entre hombres y mujeres, cuyo origen es la familia, reflejan los roles en la división sexual del trabajo.

Mujeres	Hombres
<ul style="list-style-type: none"> • Tienen hijas e hijos • Crían a sus bebés • Asumen decisiones sin cuestionar • Se quedan en casa, al cuidado del 	<ul style="list-style-type: none"> • Protegen a la mujer, e hijas e hijos • Son proveedores de la familia • Toman decisiones desde un puesto de autoridad

<p>hogar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuando trabajan fuera del hogar, se inclinan a trabajos que implican cuidado 	<ul style="list-style-type: none"> • Salen de casa en busca de trabajo remunerado • Sus trabajos implican fuerza y competitividad
---	---

Las actividades sociales que desempeñan las mujeres y los hombres reflejan roles en las actividades y ámbitos de realización.

Mujeres	Hombres
<ul style="list-style-type: none"> • Ama de casa • Maestra • Enfermera • Secretaria • Cocinera 	<ul style="list-style-type: none"> • Político • Obrero • Científico • Gerente • Administrador

Las implicaciones de los roles de género se refieren también a una serie de comportamientos y sentimientos que se han socializado de tal forma que se valoran de acuerdo al género.

Mujeres	Hombres
<ul style="list-style-type: none"> • Pasivas y débiles • Sentimentales • Maternales 	<ul style="list-style-type: none"> • Impulsivos y fuertes • Racionales • Agresivos

De las expectativas de comportamiento generadas en los roles, las personas con esta información generan estereotipos de género; estos se refieren a las creencias y atribuciones sobre cómo debe ser y cómo debe comportarse cada género. Con frecuencia son simplificaciones excesivas que reflejan prejuicios e ideas preconcebidas (Cardiel, 2008).

El estereotipo de género logra convertirse en un hecho social tan fuerte que llega a creerse que es algo natural.

Esteriotipos derivados de las relaciones primarias entre hombres y mujeres por la división sexual del trabajo en el ámbito familiar.

Mujeres	Hombres
<p><i>Si es esposa y madre, entre otras cosas, se espera de ella que:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Se dedique sólo al hogar. • Mantenga la casa aseada. • No asista a lugares donde van mujeres solteras. • Sea tierna y amorosa con su familia. • Que se ajuste al presupuesto de su esposo. • Que sea fiel. 	<p><i>Si es esposo y padre entre otras cosas, se espera de él que:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tenga trabajo remunerado. • Destine todo su sueldo a los gastos familiares. • Sea responsable. • Proteja a su familia. • Que genere un patrimonio estable. • Que si es infiel, por lo menos sea discreto.

Algunos de los estereotipos más comunes construidos socialmente son:

- Las mujeres sirven para parir hijas/os, coser, planchar y cocinar.
- Los hombres sirven para salir a trabajar para mantener el hogar.
- Las mujeres en los anuncios publicitarios tienen que ser jóvenes, delgadas, provocativas, sensuales, de piernas largas, con tacones, con faldas cortas, con escotes y busto grande, maquilladas, etc.
- Los hombres en los anuncios publicitarios son presentados como exitosos, fuertes, agresivos, musculosos, etc.

LOS ESTEREOTIPOS CONSIDERAN QUE	
Mujeres	Hombres
<ul style="list-style-type: none"> • Amas de casa • Dependientes • Débiles • Poco importantes • Sentimentales • Frágiles 	<ul style="list-style-type: none"> • Proveedores • Independientes • Fuertes • Muy importantes • Racionales • Protectores

- | | |
|--------------------|------------------|
| • Volubles | • Consecuentes |
| • Tímidas | • Extrovertidos |
| • Hogareñas | • Aventureros |
| • Pasivas | • Activos |
| • Mediocres | • Ambiciosos |
| • Subjetivas | • Objetivos |
| • Secretarias | • Jefes |
| • Sobreprotectoras | • Autoridad |
| • Pacientes | • Rígidos |
| • Cuidadoras | • Impetuosos |
| • Cooperativas | • Guardianes |
| • Amorosas | • Competitivos |
| • Tiernas | • Intransigentes |
| • Abnegadas | • Incomprensivos |
| • Asexuales | • Muy sexuales |

Listado de algunos de los estereotipos más comunes para el género femenino y para el masculino.

A partir de la construcción social del género se forma la identidad de cada persona, es decir, quienes somos. La identidad es determinante del rol de género, porque le da a la persona una concepción particular de sí mismo y con base a ésta le dará forma a la manera de cómo se conducirá ante los demás.

De aquí surgen los conceptos de masculinidad y feminidad, los cuales determinan el comportamiento, las funciones, las oportunidades, la valoración y las relaciones entre mujeres y hombres (Inmujeres, 2004).

La naturalización de determinadas características, como son las que determinan la diferencia sexual, están inscritas de forma profunda en una determinada cosmovisión con raíces en una cierta topología de lo sexual a través del cuerpo social, por medio de los cuales se ha generado una división de las cosas y de las actividades para cada sexo en virtud de un sistema de categorías homólogas en oposición: arriba/abajo, derecha/izquierda, público/privado, etc. El binomio masculino-femenino representaba un potencial enorme para la discriminación y distinción entre los individuos (Schongut, 2012).

Una construcción sana de identidad permite a las personas no apearse a las elaboraciones sociales rígidas que dictan específicamente el comportamiento a seguir, por ejemplo: "los hombres no lloran", "las mujeres deben dedicarse al hogar", por el contrario, la flexibilidad del desempeño del estereotipo o del rol, le permite al individuo adecuarse a situaciones de equilibrio con su construcción social y su sentimiento o emoción particular, además de que le humanizan.

Sin embargo y a pesar de que durante siglos las mujeres han luchado para que la sociedad reconozca la igualdad de género desde las diferencias biológicas que distinguen a los hombres y las mujeres, y por los efectos negativos que se generan en las relaciones, las actitudes, los comportamientos, la cultura de personas e instituciones (Inmujeres, 2011); aun vivimos en una sociedad machista que con base en la construcción social del género, los estereotipos y diferencias genéricas han colocado a mujeres y hombres en posiciones opuestas.

Esto ha llevado a la falsa creencia de que las mujeres son inferiores a los hombres convirtiendo así cada relación hombre-mujer en un ejemplo paradigmático de la eterna lucha por el reconocimiento individual y social, asignado de antemano a cada sexo, el lugar que ha de ocupar en el enfrentamiento; con ello se han generado diversas situaciones de violencia contra ellas (Bedolla, 2011).

Por supuesto no solo las mujeres son víctimas de violencia, otros sectores de la población vulnerable a la discriminación y violación de sus derechos son los niños, las niñas, los adolescentes y las personas mayores:

Y aunque también los hombres sufren violencia, la violencia contra las mujeres es un problema mundial porque es violencia ejercida en función del sexo de ellas. Por ser consideradas débiles, propiedad de los varones, objetos y no sujetos etc. históricamente las mujeres han sufrido en mucha mayor proporción violencia por parte de los varones (Ortiz y Flores, 2014).

Miche Kaufman (1995) menciona que el concepto de poder, es el término clave para referirse a una masculinidad hegemónica, pues el rasgo común de las formas

dominantes de la masculinidad es que se equipara el hecho de ser hombre con tener algún tipo de poder.

Esta equiparación ha conformado y justificado a su vez la dominación sobre las mujeres y su mayor valoración sobre estas; los hombres han interiorizado esta concepción en el proceso de desarrollo de sus personalidades, pues nacidos bajo este contexto, aprendieron a experimentar su poder como la capacidad de ejercer el control; porque esto les otorga privilegios y ventajas que ni los niños/as ni las mujeres disfrutaban en general (Bedolla, 2011).

La masculinidad hegemónica se inscribe como un conjunto de prácticas normativas respecto a lo que define a un sujeto como hombre o no. "Relacionada con la voluntad de dominio y control, es un Corpus construido socio-históricamente, de producción ideológica, resultante de los procesos de organización social de las relaciones mujer/hombre a partir de la cultura de la dominación y la jerarquización masculina". La dominación tiene un vínculo indisoluble con la violencia, porque cuando se trata del control del sujeto solo hay dos formas posibles para ejercerlo: una violencia declarada o descubierta y una violencia simbólica o encubierta. En la medida que sea reprobada socialmente se tratará de ocultar (Schongut, 2012).

Para Bourdieu la dominación masculina es el mejor ejemplo de un tipo de sumisión que se ejerce a través de caminos esencialmente simbólicos, una violencia que muchas veces sigue siendo invisible para sus víctimas, incluso en sus momentos más explícitos, (Schongut, 2012).

Derivada de las relaciones de poder, y la concepción de la sexualidad se deriva la violencia de género.

VIOLENCIA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) 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.

De acuerdo con el artículo 1º de la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer "Convención de Belém do Pará" (1996), la violencia contra las mujeres es "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".

El informe mundial sobre la violencia y la salud (OMS, 2002) divide a la violencia en tres grandes categorías según el autor del acto violento: violencia dirigida contra uno mismo, violencia interpersonal y violencia colectiva.

a) Autodirigida: cuando víctima y agresor coinciden. Sus ejemplos paradigmáticos son:

- Las autolesiones como la automutilación.
- El suicidio que va desde el mero pensamiento de quitarse la vida al planeamiento, la búsqueda de medios para llevarlo a cabo, el intento de matarse y la consumación del acto.

b) Interpersonal: cuando la perpetra un individuo o un grupo reducido de individuos contra otra persona y a su vez se divide en dos categorías.

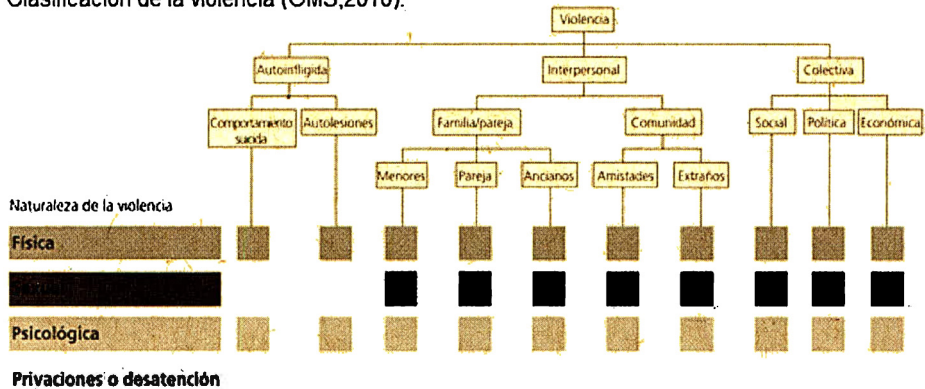
- Violencia intrafamiliar o de pareja: en la mayor parte de los casos se produce entre miembros de la familia o compañeros sentimentales, y suele acontecer en el hogar, aunque no exclusivamente. Esta incluye el primer grupo abarca formas de violencia como el maltrato de los niños, la violencia contra la pareja y el maltrato hacia los ancianos.

- **Violencia comunitaria:** se produce entre individuos no relacionados entre sí y que pueden conocerse o no; acontece generalmente fuera del hogar. Por ejemplo la violencia juvenil, los actos violentos azarosos, las violaciones y las agresiones sexuales por parte de extraños, y la violencia en establecimientos como escuelas, lugares de trabajo.

c) **Colectiva:** es el uso instrumental de la violencia por personas que se identifican a sí mismas como miembros de un grupo frente a otro grupo o conjunto de individuos, con objeto de lograr objetivos políticos, económicos o sociales. Adopta diversas formas: conflictos armados dentro de los Estados o entre ellos; genocidio, represión y otras violaciones de los derechos humanos; terrorismo, crimen organizado.

Esta clasificación tiene también en cuenta la naturaleza de los actos violentos, que pueden ser físicos, sexuales o psíquicos, o basados en las privaciones o el abandono, así como la importancia del entorno en el que se producen, la relación entre el autor y la víctima y, en el caso de la violencia colectiva, sus posibles motivos.

Clasificación de la violencia (OMS,2010).



José Sanmartín (2010) clasifica a la violencia por:

- a) La modalidad de la violencia (acción u omisión).
- b) El tipo de daño causado (físico, psicológico, sexual o económico).
- c) El sujeto de la violencia (individuo o grupo -organizado o no-).
- d) El paciente de la violencia (individuo o grupo -organizado o no-).
- e) El contexto o escenario en el que ocurre la violencia (familia, escuela, espacios deportivos, calles, medios de comunicación, conflictos armados).
- f) Los objetivos que se persiguen con la violencia.

Por el tipo de daño causado:

- **Violencia física:** Es cualquier acto que infringe daño no accidental, usando la fuerza física o algún tipo de arma u objeto, que pueda provocar o no lesiones ya sean internas, externas o ambas.
- **Violencia psicológica:** Es cualquier acto u omisión que dañe la estabilidad psicológica, que puede consistir en: negligencia, abandono, descuido, insultos, humillaciones, devaluación, marginación, indiferencia, comparaciones destructivas, rechazo, amenazas; las cuales conllevan a la víctima a la depresión, al aislamiento, a la devaluación de su autoestima e incluso al suicidio.
- **Violencia económica:** Es toda acción u omisión del agresor que afecta la supervivencia económica de la víctima.
- **Violencia sexual:** cualquier acto que degrada o daña el cuerpo y/o la sexualidad de la víctima, y que por lo tanto atenta contra su libertad, dignidad e integridad física, y psicológica.

CONCEPTUALIZACIÓN DE LA VIOLENCIA Y/O AGRESIONES SEXUALES.

De acuerdo con la Organización de la Naciones Unidas (ONU, 2012) en toda definición de agresión sexual se debe indicar que:

- Es un acto de violencia física y/o sexual contra una persona.
- Las víctimas y los agresores pueden ser personas de cualquier género.
- Es una violación de la integridad personal y la autonomía sexual de una persona.

La Organización Mundial de la Salud (2013) define la violencia sexual como: "todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo".

La coacción puede abarcar:

- Uso de grados variables de fuerza
- Intimidación psicológica
- Extorsión
- Amenazas

Puede haber violencia sexual si la persona no está en condiciones de dar su consentimiento, por ejemplo cuando está ebria, bajo los efectos de un estupefaciente, dormida o mentalmente incapacitada.

Las agresiones sexuales no discriminan edad, sexo, condición socioeconómica, etc. Se puede producir en cualquier momento y en cualquier lugar. Aquellos que agreden sexualmente pueden ser personas conocidas, miembros de la familia, o desconocidos.

Como se menciona 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. Tanto hombres como mujeres pueden, además, sufrir violaciones estando detenidos o encarcelados.

Adriana Navarro (2013) clasifica la violencia sexual en:

- Violación: es la cúpula, anal, vaginal u oral, obtenida mediante violencia física o moral (la primera significa la utilización de medios físicos y la segunda de medios psicológicos).
- Violación instrumentada: consiste en la introducción forzada de objetos, instrumentos o partes del cuerpo distintas al miembro viril, en la cavidad anal o vaginal de la víctima.
- Violación entre conyugues: se refiere a las relaciones sexuales forzadas entre conyugues o concubinos (solo está tipificada como delito en 12 entidades).
- Violación equiparada: es la copula anal, oral o vaginal aunque se haya obtenido consentimiento con una persona entre los 12 y 17 años (dependiendo de la entidad) o bien una persona con discapacidad mental o física que le impida comprender o resistir el acto.
- Abuso sexual o atentado contra la integridad sexual de las personas: conducta consistente, en general, en la ejecución sobre una persona, sin su consentimiento, de un acto erótico sexual sin el propósito directo o inmediato de llegar a la copula.
- Hostigamiento o acoso sexual: es el asedio reiterado que con fines lascivos (molestia sexual) se realiza sobre personas de cualquier sexo.

La violencia sexual y/o agresiones sexuales son consideradas delitos, y el Código Penal para el Distrito Federal (2014) las define como delitos contra la libertad y la seguridad sexuales y el normal desarrollo psicosexual; y los clasifica en:

- **Violación:** Es la realización de la cópula mediante violencia física o moral, con persona de cualquier sexo. Se entiende por cópula, la introducción del pene en el cuerpo humano por vía vaginal, anal o bucal. También se considera violación a la introducción por vía vaginal o anal cualquier elemento, instrumento o cualquier parte del cuerpo humano, distinto al pene.
- **Abuso sexual:** Es la ejecución de un acto sexual o la presión para ejecutarlo, u observarlo sin el propósito de llegar a la cópula y sin consentimiento de la persona.
- **Acoso sexual:** Es la solicitud de favores sexuales para sí o para una tercera persona o la realización de una conducta de naturaleza sexual indeseable para quien la recibe, que le causa un daño o sufrimiento psicoemocional que lesiona su dignidad.
- **Estupro:** Es la realización de cópula con una persona mayor de 12 años y menor de 18, de la que se obtiene el consentimiento mediante el engaño.
- **Incesto:** Es la cópula que sostienen con conocimiento de su parentesco, hermanos y ascendientes o descendientes consanguíneos en línea recta.

La Secretaría de Salud estima que en el país ocurren alrededor de 120 mil violaciones al año; es decir, una cada cuatro minutos (Hernández, 2011). Cifra que impactan, sin embargo el panorama es aún peor pues la violación no es el único delito sexual que se comete; dentro de las agresiones sexuales también se encuentran el abuso sexual, el hostigamiento sexual, el estupro etc.

Nuestro país tiene el primer lugar en agresión sexual contra las mujeres, según datos de la ONU (2010), más de cuatro de cada diez mujeres mexicanas han padecido ataques que incluyen comportamientos abusivos de diferente intensidad y consecuencias, desde tocamientos indeseados hasta violación (Hernández, 2011).

Aún existe la tendencia de concebir a las mujeres como un objeto sexual, definiéndolas como objeto de deseo y no como un ser sexuado, llegando en el estereotipo a subrayar los caracteres sexuales externos y a "seducir" a la parte masculina, quien a su vez en la masculinidad tradicional, aprende a desarrollar una sexualidad desmedida y a ser una persona con título de posesión de un cuerpo femenino, por ello las mujeres se vuelven el blanco predilecto de agresiones sexuales como el hostigamiento y la violación, agresiones con grandes dosis de abuso de poder (Bedolla, 2011).

Las estadísticas apuntan hacia niños, niñas y mujeres como sujetos que mayormente viven situaciones de violencia sexual (NOM, 2009).

Sin embargo, las agresiones sexuales de hombres y niños por otros hombres es un problema constatado, e igualmente se registran coacciones a hombres jóvenes por parte de mujeres mayores para mantener relaciones sexuales (OPS, 2002).

Solo que la mayoría de ellos no hacen la denuncia por el temor a ser juzgados, que se ponga en duda su virilidad y hombría, pues desafortunadamente aún se vive en un país machista.

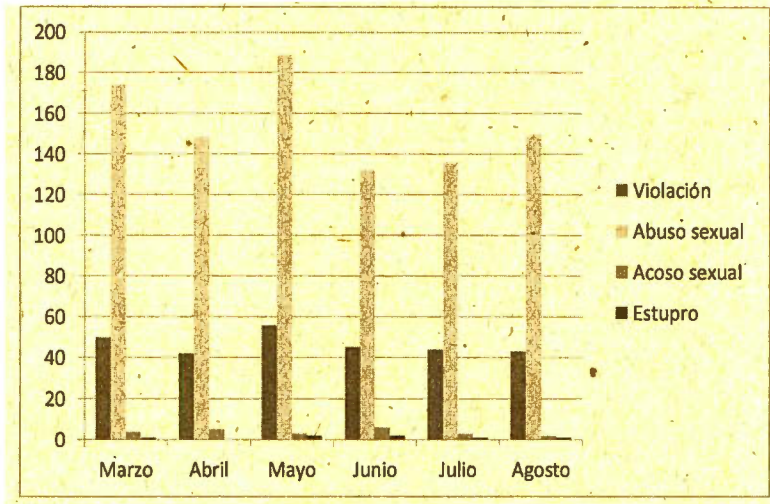
Patricia Bedolla (2011) destaca que la violencia sexual masculina y el maltrato físico hacia las mujeres son las formas más comunes de violencia directa y personalizada. Entiende esta situación como una expresión de dominación y fragilidad masculina, debido a que se le enseña a los hombres a reprimir una gama de sentimientos que son manejados, como algo que no pertenece a su género, cuando realmente forma parte de la expresión humana.

Incidencia de Agresiones Sexuales en México (2014-2015)

Durante el 2014 se presentaron 2,376 denuncias por diversos tipos de agresiones sexuales, 533 por violación, 1,790 por abuso sexual, 39 de acoso sexual y 14 casos de estupro, (PJGDF, 2014).

INCIDENCIA DELICTIVA EN EL DISTRITO FEDERAL 2014 (DELITOS SEXUALES)					
	Delito de alto impacto	Delitos de bajo impacto			
Mes	Violación	Abuso sexual	Acoso sexual	Estupro	Total
Enero	31	127	7	1	<u>166</u>
Febrero	40	150	0	1	<u>191</u>
Marzo	50	174	4	1	<u>229</u>
Abril	42	148	5	0	<u>195</u>
Mayo	56	189	3	2	<u>250</u>
Junio	45	132	6	2	<u>185</u>
Julio	44	136	3	1	<u>184</u>
Agosto	43	150	2	1	<u>196</u>
Septiembre	46	157	1	1	<u>205</u>
Octubre	43	162	3	2	<u>210</u>
Noviembre	53	145	5	2	<u>205</u>
Diciembre	40	120	0	0	<u>160</u>
Total	<u>533</u>	<u>1,790</u>	<u>39</u>	<u>14</u>	<u>2,376</u>

De marzo a abril del mismo año, es decir los seis meses de servicio social se registraron 1,239 casos de agresión sexual: 280 violaciones, 929 de abuso sexual, 23 por acoso sexual y 7 casos de estupro.



Durante el 2015 la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, inicio 2,397 averiguaciones previas por diferentes agresiones sexuales, lo cual indica que en promedio 6.5 personas son agredidas diariamente, (PJGDF, 2015).

INCIDENCIA DELICTIVA EN EL DISTRITO FEDERAL 2015 (DELITOS SEXUALES)					
	Delito de alto impacto	Delitos de bajo impacto			
Mes	Violación	Abuso sexual	Acoso sexual	Estupro	Total
Enero	39	96	1	1	<u>137</u>
Febrero	39	102	1	1	<u>143</u>
Marzo	57	123	4	1	<u>185</u>
Abril	47	126	8	1	<u>182</u>
Mayo	77	157	9	0	<u>243</u>

Junio	51	158	2	1	<u>212</u>
Julio	88	149	2	0	<u>239</u>
Agosto	75	156	1	0	<u>232</u>
Septiembre	61	153	0	2	<u>216</u>
Octubre	74	173	1	0	<u>248</u>
Noviembre	53	158	3	1	<u>215</u>
Diciembre	50	95	0	0	<u>145</u>
Total	<u>711</u>	<u>1646</u>	<u>32</u>	<u>8</u>	<u>2,397</u>

Y esto solo para el D.F. pero no se puede olvidar que el país está conformado por treinta y un entidades federativas más.

De acuerdo con la Incidencia Delictiva del Fuero Común para el 2014, que reúne los datos proporcionados por el ministerio público de las 32 entidades federativas: (Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Campeche, Chiapas, Chihuahua, Coahuila, Colima, Distrito Federal, Durango, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, México, Michoacán, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán y Zacatecas). Se presentaron las siguientes estadísticas respecto a los delitos sexuales.

Se iniciaron 32,608 averiguaciones previas o carpetas de investigación en cuanto a delitos sexuales, 12, 638 para delitos de alto impacto (violación) y 19,970 para delitos de bajo impacto (abuso sexual, acoso sexual, estupro).

Incidencia Delictiva 2014 (Delitos Sexuales)			
Mes	Delitos sexuales (violación)	Otros delitos sexuales	Total
Enero	906	1,322	2,228

Febrero	1,061	1,582	2,643
Marzo	1,267	1,852	3,119
Abril	1,135	1,756	2,891
Mayo	1,146	1,886	3,032
Junio	1,113	1,910	3,023
Julio	1,056	1,717	2,773
Agosto	1,042	1,698	2,740
Septiembre	1,049	1,734	2,783
Octubre	1,058	1,840	2,898
Noviembre	928	1,379	2,307
Diciembre	877	1,294	2,171
Total	12,638	19,970	32,608

Durante el 2015 se iniciaron 28,581 averiguaciones por delitos sexuales; 12,156 por violación y 16,425 por otros delitos sexuales.

Incidencia Delictiva 2015 (delitos sexuales)			
Mes	Delitos sexuales (violación)	Otros delitos sexuales	Total
Enero	899	1,268	2,167
Febrero	878	1,271	2,149
Marzo	1,022	1,451	2,473
Abril	1,018	1,491	2,509
Mayo	1,143	1,520	2,663
Junio	1,049	1,596	2,645

Julio	1,055	1,360	2,415
Agosto	1,023	1,356	2,379
Septiembre	1,013	1,373	2,386
Octubre	1,089	1,491	2,580
Noviembre	1,041	1,279	2,320
Diciembre	926	969	1,895
Total	12,156	16,425	28,581

Sin embargo a pesar de las estadísticas se desconoce la verdadera extensión de la violencia sexual ya que no todos los casos son denunciados ante las autoridades correspondientes, por lo cual es complicado obtener datos exactos que permitan dar seguimiento a los casos y brindar una atención integral para contrarrestar las consecuencias de la agresión.

Queda un largo camino por recorrer pues a casi 67 años de haberse aprobado y proclamado la Declaración Universal de los Derechos Humanos (10 de Diciembre de 1948) por la Asamblea General de las Naciones Unidas (ONU) y a pesar del trabajo realizado para poner un alto a la violencia, así como la existencia de leyes por ejemplo, la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (publicada en el Diario Oficial de la Federación el 1 de febrero de 2007) y que tiene como objetivo prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres para garantizar su acceso a una vida libre de violencia que favorezca su desarrollo y bienestar conforme a los principios de igualdad y de no discriminación. La violencia no se detiene, si bien los datos registrados no diferencian entre sexos es sabido que en su mayoría las mujeres son quienes sufren en mayor medida la agresión.

Aún se está expuesta/o a la transgresión y violación a los derechos, en este caso en específico a los derechos sexuales que también forman parte de los derechos humanos.

Es innegable que la violencia ha estado presente constante en la historia de la humanidad, expresada de diferentes maneras según el desarrollo y evolución de la sociedad; sin embargo, no por su constancia puede ser tomada como algo normal y natural (Bedolla, 2011).

Hace falta y es muy necesaria una reeducación a nivel social y personal para defender los derechos, para no permitir de ninguna manera y bajo ninguna circunstancia la violencia, y para no quedarse callados/as ante esta.

Las razones por las cuales las personas agredidas no notifican sobre la violencia sexual son diversas, por ejemplo:

- Sistemas de apoyo inadecuados
- Vergüenza
- Temor o riesgo de represalias
- Temor o riesgo de ser culpadas
- Temor o riesgo de que no les crean
- Temor o riesgo de ser tratadas mal o ser socialmente marginadas

Aunado a las agresiones sexuales también está la trata de personas que el Instituto Nacional de las Mujeres (2015) define como el comercio de seres humanos, en donde se degrada el valor de una persona, al compararla con una cosa o mercancía.

En este caso destacando la trata de personas con fines de explotación sexual que al igual que el resto de las agresiones sexuales tiene consecuencias negativas en los diferentes ámbitos de la vida de una persona, y que de igual manera requiere de atención inmediata y especializada.

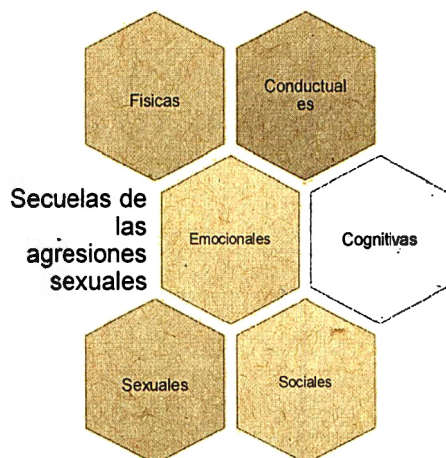
Consecuencias de las Agresiones Sexuales

Después de haber pasado por una agresión de ese tipo quedan secuelas en las víctimas, que afectan diferentes áreas de su vida y dicha afectación dependerá del tipo de agresión, la duración, la edad y sexo de la víctima; ya que las consecuencias no son las mismas para las víctimas de hostigamiento sexual que para las víctimas de abuso sexual o violación, ni son iguales en niños/as, mujeres y hombres, así como tampoco lo son para una persona que ha sido agredida desde la infancia, es decir, en diversas ocasiones y para las personas que fueron agredidas una sola vez.

Pues como menciona Echeburúa y Corral (2006) no todas las personas reaccionan de la misma manera frente a la experiencia de victimización, ni todas las experiencias comparten las mismas características. El impacto emocional de una agresión sexual está modulado por cuatro variables:

- El perfil individual de la víctima (estabilidad psicológica, edad, sexo y contexto familiar).
- Las características de la agresión sexual (frecuencia, severidad, existencia de violencia o de amenazas, cronicidad, etc.).
- La relación existente entre el agresor y la víctima.
- Las consecuencias asociadas al descubrimiento del abuso.

Por supuesto la reacción no es igual en todas las personas; pero en general se presentan los siguientes síntomas y signos a corto y largo plazo.



Físicos

- * Problemas del sueño (pesadillas)
- * Cambios en los hábitos alimenticios
- * Pérdida del control de esfínteres
- * Dolores crónicos
- * Trastornos de somatización
- * Trastornos alimentarios

Conductuales

- * Consumo de sustancias (tabaco, alcohol, drogas)
- * Conductas autolesivas
- * Huidas del hogar
- * Bajo rendimiento escolar
- * Hiperactividad
- * Intentos de suicidio
- * Riesgo mayor de perpetrar (los hombres) o de sufrir (las mujeres) violencia sexual posteriormente.

Cognitivos

- * Alteraciones en la atención y la concentración
- * Alteraciones en el contenido del pensamiento (Ideas circulares y recurrentes respecto al evento traumático)

Emocionales – Psicológicos

- * Miedo
- * Ansiedad
- * Culpa
- * Vergüenza
- * Enojo
- * Depresión
- * Trastorno de estrés pos-traumático

- * Baja autoestima
- * Hostilidad y agresividad
- * Sentimientos de estigmatización e inferioridad
- * Rechazo del cuerpo propio
- * Desconfianza y rechazo hacia los adultos
- * Rechazo a los hombres
- * Dificultades para expresar sentimientos

Sexuales

- * Conocimiento sexual inadecuado para la edad
- * Actividad sexual precoz
- * Masturbación excesiva
- * Excesivo interés por el sexo
- * Exhibicionismo
- * Problemas de identidad sexual
- * Aversión sexual
- * Insatisfacción sexual
- * Trastornos de la activación sexual y en el orgasmo
- * Infecciones de transmisión sexual
- * Embarazo

Sociales

- * Conductas antisociales
- * Dificultad para establecer relaciones
- * Conflictos en las relaciones interpersonales
- * Retraimiento social
- * Aislamiento

Por su alta prevalencia y efectos nocivos e incluso fatales, la violencia sexual es un problema de salud pública que representa un obstáculo para la efectiva consolidación de convivencia social, democrática y con pleno ejercicio de los

derechos humanos; por ello es importante y necesaria la atención inmediata y especializada.

Atención a las Víctimas de Agresiones Sexuales

De acuerdo con la Ley de Atención y Apoyo a las Víctimas de Delito para el Distrito Federal (publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 22 de abril de 2003) y que 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, todas las víctimas tienen derecho a que se les preste atención médica y psicológica de urgencia cuando la requieran.

Las víctimas de delitos o de violaciones de derechos contra la libertad y la integridad, deben recibir ayuda médica y psicológica especializada de emergencia que le permita su rehabilitación física y psicológica con la finalidad de lograr su reintegración a la sociedad (Ley General de Víctimas, 2013).

En todos los casos se deberá ofrecer atención psicológica a las personas que viven o han vivido en situaciones de violencia sexual, de acuerdo al nivel de la misma. (NOM--046-SSA2-2005. 2009).

Los casos de violencia sexual y violación sexual son urgencias médicas y requieren atención inmediata. La cual tiene como objetivo:

- Estabilizar, reparar daños y evitar complicaciones a través de evaluación y tratamiento.
- Promover la estabilidad emocional de la persona garantizando la intervención en crisis y posterior atención psicológica.

Al no recibir la atención lo más inmediatamente posible se pueden ver agravados algunos síntomas y/o signos tales como los sentimientos de desvalorización; inferioridad, sobre todo si detrás se trae una historia de rechazo en el ámbito familiar, social etc.

Las agresiones sexuales son una realidad que no se puede negar, es un acto reprobable donde las consecuencias traumáticas son un suceso común que ponen a las víctimas en situaciones tan dolorosas que creen imposible salir adelante sin embargo con la ayuda adecuada y especializada se puede superar.

Todos tenemos posibilidades de curar el trauma, incluso cuando la sintomatología que se presenta es severa. Por el hecho de ser seres instintivos con capacidad para sentir, responder y reflexionar, poseemos el potencial de curar incluso las heridas traumáticas más debilitadoras. (Inmujeres, 2010). Pero sobre todo somos seres con la capacidad de aprender, por lo cual se puede salir fortalecido de situaciones complejas y traumáticas como lo son las agresiones sexuales. A esto último se le conoce también como resiliencia.

Resiliencia

Generalmente, las personas logran adaptarse con el tiempo a las situaciones que cambian dramáticamente su vida y que aumentan su estado de tensión, si se ha desarrollado la resiliencia, es decir la capacidad para adaptarse y superar y salir fortalecido de las adversidades.

La resiliencia es el proceso de adaptarse bien a la adversidad, a un trauma, tragedia, amenaza, o fuentes de tensión significativas, como problemas familiares o de relaciones personales, problemas serios de salud o situaciones estresantes del trabajo etc. Significa "rebotar" de una experiencia difícil, como si uno fuera una bola o un resorte. (APA, 2011).

De acuerdo con la Asociación Americana de Psicología (2011) existen múltiples factores que contribuye a desarrollar la resiliencia. Algunos estudios demuestran que uno de los factores más importantes en la resiliencia es tener relaciones de cariño y apoyo dentro y fuera de la familia. Relaciones que emanan amor y confianza, que proveen modelos a seguir, y que ofrecen estímulos, seguridad, y contribuyen a afirmar la resiliencia de la persona.

Otros factores asociados a la resiliencia son:

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

Todos estos son factores que las personas pueden desarrollar por sí mismas.

La resiliencia es reconocer la fortaleza interior de cada ser humano más allá de la vulneración vivida a partir del trauma de la agresión sexual. Es la maravillosa capacidad del ser humano de usar las situaciones dolorosas para sacar lo mejor de sí mismos e incluso fortalecerse a partir del dolor. Permite mejorar la calidad de vida desde la forma en que se significa la realidad y se enfrentan las dificultades, (Sandoval, 2012).

Frente a las agresiones sexuales, los psicólogos estamos llamados a especializarnos para desarrollar los recursos en las familias y resignificar el trauma en los sobrevivientes de agresión sexual. Las instituciones deben coordinar sus intervenciones, de tal forma que se conformen redes de apoyo, y que no se retraumatice en victimizaciones secundarias.

Tipos de victimización Del Corral (s/f):

- **Victimización primaria:** Deriva directamente del hecho violento. De este modo, cualquier suceso traumático afecta profundamente a la confianza de la persona en sí misma y en los demás. La víctima puede quedarse sin elementos de referencia externos e internos. Los síntomas derivan de la vivencia súbita de indefensión y de pérdida del control, del temor por la propia vida y de la humillación de haber sido violentada en la intimidad. La ruptura del sentimiento de seguridad y control supone un desmoronamiento de los postulados básicos de confianza necesarios para una vida cotidiana normal.

Las víctimas tienden a revivir intensamente, con mucha frecuencia y de forma involuntaria el suceso vivido en forma de pesadillas, recuerdos agobiantes y sentimientos perturbadores que puede activarse ante cualquier estímulo por mínimo que sea.

- **Victimización secundaria:** Se deriva de la relación posterior, establecida entre la víctima y el sistema jurídico-penal o servicios sociales defectuosos, es decir, el maltrato institucional puede contribuir a agravar el daño psicológico de la víctima o a crucificar las secuelas psicopatológicas.

Se refiere a todas las agresiones psíquicas que la víctima recibe en su relación con los profesionales de los servicios sanitarios, policiales o de la judicatura (interrogatorios, reconstrucción de los hechos, asistencia a juicios, demora de los procesos etc.) y resulta especialmente destacable en las víctimas de agresiones sexuales.

En estas circunstancias la víctima experimenta una doble herida: psíquica (relacionada con el trauma vivido) y social (asociada a la incompreensión).

Como la marca la Ley de Atención y Apoyo a las Víctimas del Delito para el Distrito Federal (2003) las víctimas o los ofendidos por la comisión de un delito tienen derecho, en cualquier etapa del procedimiento, según corresponda:

- A ser enterados oportunamente de los derechos que en su favor establece la Constitución y, cuando así lo soliciten, ser informados del desarrollo del procedimiento penal y de las consecuencias legales de sus actuaciones dentro del mismo;
- A que el Ministerio Público y sus Auxiliares les presten los servicios que constitucionalmente tienen encomendados con legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad, profesionalismo, eficiencia y eficacia y con la máxima diligencia;
- A que los servidores públicos los traten con la atención y respeto debido a su dignidad humana, absteniéndose de cualquier acto u omisión que cause la suspensión o deficiencia de dicho servicio, abuso o ejercicio indebido de la autoridad;

Por lo tanto las instituciones deben contar con personal calificado para brindar un adecuado servicio, con trato humano y de esta manera evitar la victimización secundaria.

CENTRO DE TERAPIA DE APOYO A VÍCTIMAS DE DELITOS SEXUALES DE LA PROCURADURÍA GENERAL DEL DISTRITO FEDERAL

Dado que cada persona tiende a reaccionar de diferente manera ante un evento de agresión sexual es más complejo plantear una propuesta de tratamiento. Sin embargo actualmente hay diversas instituciones que brindan atención a personas víctimas de algún delito sexual, una de ellas es el Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales (CTA) de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal.

El Centro de Terapia de Apoyo se creó en 1991 mediante el acuerdo número A/009/91 del Procurador General de Justicia del Distrito Federal, publicado el 27 de Marzo de 1991 en el Diario Oficial de la Federación. En el cual destacan los siguientes acuerdos:

PRIMERO.- Se crea el Centro de Terapia de apoyo a víctimas de delitos sexuales como unidad administrativa especializada, con autonomía técnica y operativa, pero subordinada jerárquicamente al Procurador, la que tendrá a su cargo el ejercicio de las facultades que se le otorgan.

SEGUNDO.- El Centro de Terapia de apoyo a víctimas de delitos sexuales, tendrá como objetivo brindar atención psicoterapéutica a las víctimas y sus familiares, que sean enviadas por las agencias especializadas del ramo, la fiscalía especial, así como otras áreas de la propia Procuraduría.

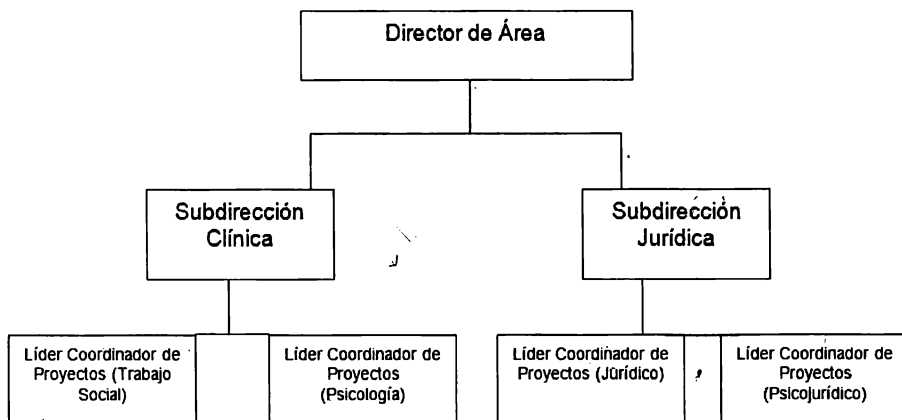
TERCERO.- Para dar cumplimiento al objetivo antes mencionado, son atribuciones del personal que en éste labora:

- a) Brindar atención psicoterapéutica a víctimas de delitos sexuales y sus familiares.

- b) Diseñar, ejecutar y evaluar estudios y diagnósticos psicológicos y terapéuticos a víctimas que se encuentran bajo tratamiento y proponer la solución de los problemas que se detecten.
- c) Organizar y controlar el archivo de víctimas de delitos sexuales.
- d) Mantener la confidencialidad tanto del tratamiento psicoterapéutico, como de los documentos inherentes al mismo.
- e) Establecer el enlace necesario a nivel institucional y extrainstitucional, a fin de promover y contribuir a la actualización técnica del personal mediante la celebración de los convenios conducentes.
- f) Supervisar, controlar y evaluar las actividades que realiza el personal de psicología, de las agencias especializadas en delitos sexuales.
- g) Mantener el contacto interinstitucional, a fin de brindar una atención integral a la víctima.
- h) Otorgar el apoyo extrainstitucional a la víctima y familiares en juzgados penales, hospitales o en su domicilio, así como en cualquier otro lugar, cuando el caso así lo requiera.

CUARTO.- El Centro de Terapia de apoyo deberá proponer, según el caso, la canalización de las víctimas de delitos sexuales, a otras instituciones.

El CTA realiza un trabajo multidisciplinario para brindar una atención integral a las víctimas de delitos sexuales.



Atención de Trabajo Social

Lleva a cabo la recepción y atención a todas las víctimas y/u ofendidos por delitos sexuales que acuden al Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales (CTA), para detectar de manera inmediata sus necesidades y así brindar los servicios multidisciplinarios a través de las diferentes áreas del centro, se encarga de identificar a las víctimas y/u ofendidos que se encuentren en una situación de riesgo, con el fin de realizar acciones tendientes a salvaguardar su integridad física y psicoemocional, si es necesario realiza visita domiciliaria.

Atención Médica

Orienta y brinda información veraz, imparcial, objetiva y suficiente a la víctima y/u ofendido por delitos sexuales respecto a el método de "Anticoncepción de Emergencia" y los "Antirretrovirales", así como de la sintomatología secundaria a la agresión sexual, la interrupción legal del embarazo y resuelve dudas e inquietudes.

Atención Jurídica

Brinda asesoría y acompañamiento jurídico, orientar a las víctimas y/u ofendidos de delitos sexuales para presentar denuncia o querrela ante el Ministerio Público, así mismo proporciona su eficaz coadyuvancia en las diversas etapas del procedimiento penal.

Atención Psicojurídica

Se encarga de realizar los dictámenes psicológicos requeridos por las autoridades ministeriales o judiciales, para ello aplica, califica, interpreta e integra los resultados de las pruebas psicológicas aplicadas.

Atención Psicológica

Proporciona atención psicológica breve y de emergencia así como intervención en crisis a las víctimas y/u ofendidos por delitos sexuales, a través de diversas

técnicas y métodos psicoterapéuticos especializados con el fin de buscar el equilibrio emocional.

El CTA brinda terapia breve y de emergencia e intervención en crisis dada la demanda que tiene. La terapia breve y de emergencia está encaminada a contrarrestar los signos y síntomas derivados de la agresión sexual.

Psicoterapia breve y de emergencia

La terapia breve se limita a unas pocas sesiones de tratamiento en las cuales se utilizan técnicas específicas para la consecución de una meta terapéutica específica, la psicoterapia breve puede ser aplicada a cualquier clase de problema emocional. Si se utiliza en una situación de emergencia se habla de ella como psicoterapia de emergencia. La única diferencia es que la psicoterapia de emergencia provee una ayuda a una situación psicológica difícil (Bellak y Small, 1980).

La psicoterapia breve y de emergencia descrita por Bellak y Small, menciona que: "la mayoría de la gente acude a psicoterapia solo en los momentos de crisis y una vez superado ese trance desaparece la motivación para seguir explorando más profundamente los problemas" (Chávez, 2002).

Intervención en crisis

Entendiendo como crisis un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad del individuo para manejar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas y por el potencial para obtener un resultado radical, positivo o negativo (Slaikeu, 1996, citado en Trejo, 2009).

La intervención en crisis está diseñada para ayudar a las personas víctimas de agresión sexual a organizar sus pensamientos y para reasegurarles que cualquier cosa que sientan es adecuada, que todas y cada una de sus reacciones son naturales y válidas (Pérez, s/f).

Es un proceso de ayuda dirigido a auxiliar a una persona a soportar un suceso traumático de modo que la probabilidad de debilitar los efectos (estigmas emocionales) se aminore y la probabilidad de crecimiento (nuevas habilidades y perspectivas) se incremente (Meléndez, 2003).

La intervención en crisis puede dividirse en dos fases:

1. Intervención de primer orden: tiene el propósito de lograr el restablecimiento en el nivel de funcionamiento que existía inmediatamente antes del suceso de crisis.
2. Intervención de segundo orden: busca la resolución de la crisis y se enfoca enseguida sobre la ayuda al paciente en aprender de la crisis resultando, potencialmente, un nivel más alto de funcionamiento que antes de la crisis.

De acuerdo con Echeburúa (2011) durante la terapia se debe realizar una evaluación exhaustiva del estado psicológico de las personas agredidas así como de los miembros de la familia en el caso de los niños, y de las estrategias de afrontamiento utilizadas. Los ejes del tratamiento son los siguientes:

- Negación del abuso
- Sentimientos de culpa, de fracaso e incapacidad y de estigmatización
- Rabia, resentimiento y deseos de venganza
- Ansiedad, depresión y baja autoestima
- Deterioro de las relaciones familiares y de pareja

La fase terapéutica debe abarcar tanto el desahogo emocional y la expresión de los sentimientos experimentados así como la intervención específica sobre las secuelas cognitivas, emocionales, conductuales y sexuales sufridas.

- Elaboración cognitiva y emocional del abuso
- Sentimientos de culpa y vergüenza
- Sentimiento de estigmatización, tristeza y baja autoestima
- Reexperimentación emocional y evitación cognitiva
- Ansiedad, miedos y conductas de evitación
- Desconfianza en las relaciones afectivas e interpersonales

- Hostilidad, rabia y agresividad
- Alteraciones en el área sexual

La Norma Oficial Mexicana (NOM--046-SSA2-2005) Violencia familiar, sexual y contra las mujeres indica que se deben establecer procedimientos específicos para la atención médica de las y los usuarios involucrados en violencia familiar y/o sexual en los servicios de salud mental o de otras especialidades de acuerdo con los lineamientos de cada institución, apegados a la normatividad vigente.

El Centro de Terapia de Apoyo Víctimas de Delitos Sexuales que como ya se mencionó brinda terapia breve y de emergencia, individual y grupal, no cuenta con un Manual de Intervención Psicoterapéutica, donde se sustente teórica y metodológicamente el trabajo realizado, sin embargo con base en la experiencia como pasante del CTA y las observaciones que pude realizar durante los seis meses: en su mayoría las/os psicólogas/os fundamentan el trabajo bajo dos enfoques: terapia Cognitivo-Conductual y terapia Gestalt.

Enfoques Psicoterapéuticos

Terapia Cognitivo Conductual

La teoría cognitivo-conductual toma a las cogniciones o pensamientos como el papel central en la construcción de los conflictos en las emociones y conductas. Albert Ellis y Aaron Beck desarrollaron intervenciones terapéuticas con el propósito de cambiar la forma de cómo piensan las personas, para mejorar su funcionamiento emocional y conductual (Inmujeres, 2009).

Como principios terapéuticos de la terapia cognitiva están (Bedrosian y Beck 1980, citado en Romero 2006):

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

- Esta percepción de la realidad, se ve modificada, y esta, sujeta a diversos procesos cognitivos, que son en sí mismos frutos del error, y de sesgos.
- Por lo que logra conseguir que el paciente asuma y contemple sus creencias como hipótesis, con lo que las convierte en un fenómeno sujeto a verificación, negociación y modificación.

La terapia cognitivo conductual logra cambios positivos a nivel cualitativo en la sintomatología, y permite modificar creencias respecto a la experiencia de abuso, ya que se enfoca en la reestructuración de la memoria traumática y la reducción de síntomas de ansiedad y depresión, mediante técnicas cognitivas y comportamentales (Vallejo y Córdoba. 2012).

Terapia Humanista Gestalt

Desarrollada por Carl Rogers en la década de los 40 del siglo XX. Originalmente denominada psicoterapia no directiva, más tarde psicoterapia centrada en el cliente y por último psicoterapia centrada en la persona. La diferencia más pronunciada entre los enfoques de Freud y Rogers consistía en sus visiones sobre la naturaleza humana, pues Rogers planteaba una concepción inherentemente más positiva y optimista de la humanidad.

Por ello, los humanistas se basan en una concepción de la naturaleza humana que destaca:

- La capacidad para el libre albedrío: poder elegir y tomar decisiones propias
- La autodeterminación: desarrollo y rendimiento de la personalidad dentro de contextos sociales. Los comportamientos humanos son voluntarios o autodeterminados, es decir, las personas endosan sus acciones en el nivel más alto de la reflexión y se comprometen a las acciones con un sentido completo de opción.
- Una tendencia innata hacia el crecimiento positivo.

Al igual que en otras terapias humanistas, la Terapia Gestalt tiene un enfoque holístico de la experiencia humana, asume la tendencia innata a la salud, la

integridad y la plena realización de las potencialidades latentes, promueve la propia responsabilidad de los procesos en curso y conciencia sobre las propias necesidades y su satisfacción.

Objetivos de la terapia Gestalt:

- **Aceptación de la realidad:** A menudo las víctimas niegan la realidad de su situación. Niegan la gravedad del abuso, racionalizan la conducta del agresor. Al estimular a la pacientes a ubicarse en el aquí y el ahora de su experiencia, obtiene una imagen más equilibrada de su realidad. Las víctimas suelen vivir en un mundo de fantasía creado en torno a las ilusiones de cómo le hubiera gustado que fuese su vida. Las partes de su vida que considera destructivas, malas o poco productivas, son proyectadas o bloqueadas del campo de la conciencia. Hacer que la víctima tome consciencia de su realidad resulta a veces doloroso y amenazador. Pero también es necesario para que haya un cambio.
- **Incrementar el campo de la conciencia:** En el proceso de aceptación de la realidad se intenta ayudar a la víctima a tomar conciencia de su yo actual y de los que la rodean, a darse cuenta de lo que está haciendo, pensando, sintiendo y experimentando en el presente.
- **Integración de los contrarios:** Es de mucha importancia aclarar los sentimientos ambivalentes de la víctima y sobreviviente ya que giran en torno a odio/amor, ira/pasividad, mala/buena, etc. La integración pretende traer los polos opuestos de manera que la persona se encuentre más equilibrada y pueda tomar decisiones.
- **Responsabilidad:** La asunción del rol de víctima explica la falta de control que tienen las mujeres abusadas sobre las experiencias de la vida. Tienden a atribuir el poder de su funcionamiento a otras personas de su entorno. En otras palabras, todo lo que es gratificante para su persona es considerado como generado por otros. (como fuera de su control). Las mujeres abusadas renuncian al poder con respecto a la responsabilidad de

su vida. Otro de los objetivos de la terapia Gestalt es hacer que las víctimas aprendan a ser responsables de sí mismas. No culpables.

- **Madurez:** Renunciar a la responsabilidad de la existencia mantiene a la persona inmadura en sus interacciones con los demás. La persona inmadura depende de los demás para el control de su vida. La persona inmadura también se caracteriza por su indefensión, dependiendo de los demás para hacer todo "lo correcto" y que su vida sea reorganizada. El objetivo de la terapia Gestalt en este punto es estimular, a través de asumir la autoresponsabilidad, la madurez de la conducta. Madurez significa que en lugar de intentar manipular a los otros para lograr sus deseos, aprenda a mantenerse sola. Aprende a no apoyarse tanto en los demás, y a no alejarse tanto que no reciba ningún apoyo. Una persona madura está equilibrada, es capaz de mantenerse sobre sus dos pies, de tomar decisiones, y de pedir lo que desea.
- **Autenticidad:** Las personas maduras son capaces de exhibir autenticidad. Ser auténtico, decir lo que uno quiere, reconocer lo que uno siente, y lo que uno realmente piensa, es un riesgo. La terapia Gestalt anima a que estos riesgos sean auténticos, y proporciona un medio en el que pueden explorarse las partes temidas del yo, y contemplarlas con menos intimidación que antes, fomentándose la ira cuando resulte adecuada. El temor de que si me conocen como realmente soy, me van a odiar, disminuye con cada riesgo exitoso al abrirse a los demás.
- **Autorregulación:** La aceptación, concienciación, responsabilidad, madurez y autenticidad llevan al auto regulación. (La capacidad de conocer y confiar en una misma). Puede confiar en su experiencia. Puede confiar, preocuparse de su vida en el presente de forma que su vida en el futuro se vea fortalecida. La terapia Gestalt, también orienta sus esfuerzos a enseñar a la víctima a contenerse: aprendiendo cuándo, dónde y cómo revelar el yo de su persona.
- **Cambio conductual:** Los objetivos de la terapia Gestalt expuestos anteriormente resultan un cambio de conducta, la víctima puede cambiar

los pensamientos, acciones e interacciones, en las relaciones con los otros y consigo misma. A través del proceso de la terapia aprende a distinguir lo que es ella y lo que no es. Aprende que si bien puede ser responsable de lo que es ella, no puede, por el contrario, controlar aquello que no es. Es definir las fronteras del contacto, el yo y el otro, es un objetivo vital de la terapia Gestalt. (Carrillo e Illescas 2005).

Consideraciones de la terapia Gestalt aplicada víctimas de violencia:

- La terapia Gestalt al ser integrativa, coloca a la/el paciente en ella/el misma. En una forma de vida en donde conocerá una nueva manera de relacionarse consigo misma/o y con el mundo; en un vivir sanamente.
- Es una herramienta que ha probado ser útil en el trabajo con víctimas de violencia, porque la metodología y técnicas que se emplean, producen una expansión de la conciencia; un darse cuenta de las dinámicas de las que ella o el forma parte cuando se encuentra en una situación de violencia de manera que adquiere y descubre sus propios recurso y potencial para finalmente reconocer que es ella/el su propio auto apoyo.
- Facilita que la autoestima de la/el paciente mejore a través del auto-concepto, auto-imagen y auto-aceptación, al recuperar la confianza en sí misma/o, valorarse incondicionalmente y descubrir nuevas habilidades y estrategias para mantenerse en una "buena autoestima".
- Cuando la/el paciente entre en contacto consigo misma/o, reconozca sus necesidades y potencialidades, logrará diferenciar las necesidades emocionales que tiene, y por consiguiente buscará la manera de satisfacerlas de forma sana.

En la terapia se les pide que evalúen los efectos de cuestionar sus creencias irracionales. Si el tratamiento fue exitoso los efectos deberían ser la reducción importante o evidente de los sentimientos de depresión, ansiedad o malestar. Esas reducciones del afecto negativo sirven para reforzar la identificación y el cuestionamiento que formula la/el paciente de las creencias e ideas irracionales, así como la sustitución por cogniciones más adaptadas (Inmujeres, 2009).

Hay una gran diferencia entre los niños y las niñas y los adultos por lo tanto las técnicas psicoterapéuticas que se han diseñado para personas adultas no se pueden aplicar plenamente en niños y niñas.

El desarrollo verbal e intelectual de los/as niños/as no ha alcanzado el nivel del adulto. Por lo tanto el enfoque exclusivamente verbal de las formas tradicionales de terapia con adultos, con interpretaciones y análisis simbólicos, no puede aplicarse a niños y niñas. Por el contrario los niños y las niñas suelen ser más activos físicamente, y tienden a expresarse a sí mismos, por medio del juego (Meléndez, 2003).

Psicoterapia de juego.

Parte de la premisa de que muy pocas veces es el niño quien solicita tratamiento, casi siempre es el adulto quien lo envía a este (padre, maestro, pediatra). La terapia de juego ha sido utilizada por diversos autores y con diversos objetivos. Anna (1928) propuso usarlo como un sustituto directo de las verbalizaciones del niño. Levy (1938) lo uso para tratar a niños que habían sufrido un suceso traumático específico. Solomon (1938) desarrollo una técnica de terapia de juego activa para usarla con niños impulsivos con el fin de que expresaran sentimientos de ira y temor. Taft (1933), Alen (1942) y Moustakas (1959), adaptaron su línea de pensamiento para trabajar con terapia de juego. Los tres enfatizaban el papel negativo que tiene el trauma del nacimiento sobre la habilidad del niño para establecer relaciones profundas. En 1959 Carl Rogers desarrollo un enfoque centrado en el cliente a la terapia para adultos y Virginia Axline (1947), lo modifico en una técnica de terapia de juego. Este enfoque tiende a resolver el desequilibrio entre el niño y su ambiente para facilitar el crecimiento natural. (Citados en Chávez, 2002).

Las reglas básicas empleadas en el tratamiento psicoterapéutico aplicados en el CTA, se basan en medida de lo posible en las propuestas de Axline.

1. El/la terapeuta debe crear una relación cálida y amistosa con el niño/a. Debe establecerse el rapport tan pronto como sea posible.

2. El/la terapeuta acepta al niño/a tal y como es.
3. El/la terapeuta establece un sentido de permisividad dentro de la relación para que el niño/a se sienta libre de expresar sus sentimientos por completo.
4. El/la terapeuta esta alerta para reconocer los sentimientos que expresa el niño/a y estos los devuelve de tal manera que el niño obtiene "insight" dentro de su conducta.
5. El/la terapeuta mantiene un respeto profundo hacia la habilidad del niño/a para resolver sus problemas si se presenta la oportunidad. Es responsabilidad del niño/a hacer elecciones e introducir cambios.
6. El/la terapeuta no intenta dirigir las acciones o conversaciones del niño/a de ninguna manera. El/la niño/a conduce y el/la terapeuta sigue.
7. El/la terapeuta no intenta apresurar la terapia. Se trata de un proceso gradual.
8. El/la terapeuta solo establece las limitaciones necesarias para tener sujeta la terapia a la realidad y concientizar al niño/a de su responsabilidad en la relación.

El proceso psicológico con los niños y niñas víctimas de la violencia sexual radica fundamentalmente en generar las condiciones que le permitan hacerse escuchar por los adultos que le son significativos, incluyendo a determinadas autoridades (judiciales, escolares, entre otras). Todo esto, con el apoyo de un terapeuta que además les acompaña y les facilita elaborar y resignificar su experiencia traumática con la violencia.

El juego es la principal herramienta que el terapeuta aplica en la construcción de un vínculo de confianza, escucha y compañía. Pero no sólo eso, la actividad lúdica consigue igualmente distender y descargar emociones como la ansiedad y la angustia; permite el desplazamiento y proyección de emociones como el enojo, el miedo y la frustración; y da lugar a la expresión y comunicación de la vivencia violenta con todas las características y peculiaridades de ésta en la infancia, a través de representaciones y fantasías que el niño muestra abiertamente. El juego

dependerá siempre de los intereses de la niña y el niño. De acuerdo a su edad, gustos y preferencias, elige y propone qué hacer, a qué jugar. Y conforme se apropia del espacio terapéutico, va emergiendo su voz y su mirada, para hablar, pedir, interrogar, cuestionar, confrontar y actuar sobre aquello que le aqueja. Trasladando estas experiencias a su propio entorno.

Es importante contemplar en todo momento los deseos y necesidades del niño al expresarse, velando siempre por el interés superior de éste. Es igualmente importante llevar a cabo una intervención paralela y constante con los adultos a cargo de atenderlos, cuidarlos y protegerlos. Esta labor inicia con una entrevista para conocer los antecedentes de la o el menor de edad, del evento o situación de violencia vivida, así como la afectación en la esfera psicoemocional y el impacto en el entorno familiar, escolar y social de la niña y el niño víctima, contemplando los cambios significativos que estos presentan a partir del hecho violento (Provictimas, s/f).

Los juguetes sugeridos para la sala de terapia según Sullivan y Everstine (1997). (Citados en Chávez, 2002) son:

1. Juguetes de regresión (biberón, plastilina, pintura digital, animales de peluche etc.)
2. Material de dibujo (crayolas, pinturas, hojas de papel, etc.)
3. Muñecos (que conformen una familia)
4. Juegos de mesa y cartas.
5. Juegos para impulsar la plática y la fantasía (títeres diversos, casa de muñecas, charola de arena, etc.)

En el CTA además se cuenta con muñecos anatómicos sexuados (papa, mama, hija, hijo, abuelos, adolescentes). Se utilizan cuentos con ilustraciones, juguetes como bate de béisbol y armas, etc. (Chávez, 2002).

Modalidades Psicoterapéuticas

Psicoterapia individual

De acuerdo con el Instituto Nacional de las Mujeres (2010), Se recomienda la terapia individual ya que cada víctima vive la agresión de manera diferente. Se trabaja a nivel personal con sus pensamientos, sus afectos, sus emociones, sus sentimientos, así como con el reconocimiento de recursos internos y externos que le ayuden a superar el evento traumático, por lo que idealmente requiere un espacio propio para trabajarlo. Aunado a que hay gente que no es adecuada para el trabajo grupal.

Psicoterapia grupal

Sin embargo posterior a la terapia individual es recomendable que pase a un proceso de terapia grupal, dado que el trabajo a nivel grupal facilita a la víctima compartir su experiencia con otras víctimas, aprendiendo de la experiencia del otro; en la escucha se descubren nuevas formas de superar los obstáculos y limitaciones, así mismo el grupo terapéutico fomenta la creación de redes de apoyo.

La psicoterapia de grupo es una forma de terapia en la cual un grupo pequeño se reúne, guiado por un/a psicoterapeuta profesional, para ayudarse individual y mutuamente. Esta forma de terapia es de uso muy extendido, y aceptada desde hace más de 50 años (Inmujeres, 2009). Provee un contexto para compartir los problemas o preocupaciones, comprender mejor la propia situación, y aprender junto con las demás personas. La psicoterapia de grupo ayuda a la persona a conocerse a sí misma, y también a mejorar sus relaciones interpersonales. Ayuda a realizar cambios importantes para mejorar la calidad de la vida.

Las sesiones de terapia de grupo son una tarea en colaboración, en la que la o el terapeuta asume la responsabilidad clínica del grupo y sus miembros; las/los integrantes se ocupan de expresar de la manera más libre y honesta posible sus emociones, sentimientos, ideas y reacciones. Esta exploración da al grupo la

materia prima para comprenderse y ayudarse. Quienes lo integran no sólo aprenden de sí mismas y sus propios conflictos, sino que actúan también como "ayudantes terapéuticos" de las/os demás. En su interacción y participación las personas agredidas se sienten útiles al brindar ayuda, porque deciden e interactúan reafirmando sus propias estrategias.

Los beneficios de participar en grupo psicoterapéutico de acuerdo con Carrillo e Illescas (2005) son los siguientes:

- La víctima sale de la vergüenza y el secreto que la tiene aislada;
- Comprobar que hay muchas más sobrevivientes que sufrieron lo mismo;
- Sale de la negación y entra en el reconocimiento del abuso;
- Comprobar y entender que no está sola/o en esto;
- Aprender a pedir y animarse a recibir ayuda de otros;
- Entra más en contacto con sus sentimientos y aprende a expresarlos;
- Compartir y aprender de otras experiencias;
- Tener una red de contención importante para la etapa de cambios en la que muchas veces se siente sola/o;
- Se establece en el presente como una persona que está enfrentando el abuso sufrido en el pasado;
- Tiene la posibilidad de situarse en el aquí y el ahora;
- Se va sintiendo poco a poco más fuerte y segura.

El espacio terapéutico dentro de la atención a víctimas de violencia sexual, es utilizado para la deconstrucción de la violencia y la construcción de una nueva identidad. Para compartir la experiencia que han vivido, y poder salir del aislamiento social y psicológico. El sentimiento de culpabilidad y el miedo las paraliza tanto emocional como físicamente. El participar, exteriorizar, escuchar, interiorizar sus propias vivencias, su propia historia y la de las demás, les posibilita entender y comprender qué les ha pasado, qué tiene que ver con ellas y que con los otros.

Principios

El Centro de Terapia de Apoyo trabaja atendiendo los principios de Derechos Humanos, Protección a la Infancia y Perspectiva de Género. (CTA, 2015)

Derechos humanos

La violencia contra cualquier persona es una violación a sus derechos, tales como:

- Declaración Universal de los Derechos Humanos

Artículo 1. Todos los seres humanos nacen libres e iguales.

Artículo 3. Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.

Artículo 12. Nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques a su honra o a su reputación. Toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra tales injerencias o ataques.

- Convención americana sobre derechos humanos

Artículo 5. Derecho a la integridad personal: toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral:

Artículo 11. Protección de la honra y de la dignidad: Toda persona tiene derecho al respeto de su honra y al reconocimiento de su dignidad.

Artículo 19. Derechos del niño/a: todo niño/a tiene derecho a las medidas de protección que su condición de menor requiere por parte de su familia, de la sociedad y del Estado.

Artículo 24. Todas las personas son iguales ante la ley. En consecuencia, tienen derecho sin discriminación a igual protección de la ley.

- Derechos sexuales

Si bien los derechos sexuales no son abordados dentro de Centro de Terapia de Apoyo (CTA) son muy importantes y fundamentales dentro de este, ya que son

estos los que se ven más afectados al tratarse de una agresión a la sexualidad. Y por supuesto también forman parte de los derechos humanos.

De acuerdo con la Cartilla por los Derechos Sexuales de las y los Jóvenes que consta de 13 derechos, redactada por diversas Organizaciones de la Sociedad Civil y de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, basada en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como en diversos instrumentos internacionales ratificados por el estado mexicano, todos tenemos los siguientes derechos:

1. Derecho a decidir de forma libre sobre mi cuerpo y mi sexualidad: Existen diversas formas de vivir la sexualidad. Tengo derecho a que se respeten las decisiones que tomo sobre mi cuerpo y mi vida sexual. Soy responsable de mis decisiones y actos. Nadie debe presionar, condicionar ni imponer sus valores particulares sobre la forma en que decido vivir mi sexualidad.

2. Derecho a ejercer y disfrutar plenamente mi vida sexual: El disfrute pleno de mi sexualidad es fundamental para mi salud y bienestar físico, mental y social. Tengo derecho a vivir cualquier experiencia o expresión sexual o erótica que yo elija, siempre que sea lícita, como práctica de una vida emocional y sexual plena y saludable. Nadie puede presionarme, discriminarme, inducirme al remordimiento o castigarme por ejercer o no actividades relacionadas con el disfrute de mi cuerpo y mi vida sexual.

4. Derecho a decidir con quien compartir mi vida y mi sexualidad: Existen varios tipos de familias, uniones y convivencia social. Tengo derecho a decidir libremente con quién compartir mi vida, mi sexualidad, mis emociones y afectos. Ninguna de mis garantías individuales debe ser limitada por esta decisión. Nadie debe obligarme a contraer matrimonio o a compartir con quien yo no quiera mi vida, ni mi sexualidad.

5. Derecho al respeto de mi intimidad y mi vida privada: Mi cuerpo, mis espacios, mis pertenencias y la forma de relacionarme con las y los demás son parte de mi

identidad y privacidad. Tengo derecho al respeto de mis espacios privados y a la confidencialidad en todos los ámbitos de mi vida, incluyendo el sexual. Sin mi consentimiento, ninguna persona debe difundir información sobre los aspectos sexuales de mi vida.

6. Derecho a vivir libre de violencia sexual: Cualquier forma de violencia hacia mi persona afecta el disfrute pleno de mi sexualidad. Tengo derecho a la libertad, a la seguridad jurídica y a la integridad física y psicológica. Ninguna persona debe abusar, acosar, hostigar o explotarme sexualmente. El Estado debe garantizarme el no ser torturada/o, ni sometida/o, a maltrato físico, psicológico, abuso, acoso o explotación sexual.

8. Derecho a la igualdad de oportunidades y a la equidad: Las mujeres y los hombres jóvenes, aunque diferentes, somos iguales ante la ley. Como joven, tengo derecho a un trato digno y equitativo y a gozar de las mismas oportunidades de desarrollo personal integral. Nadie, bajo ninguna circunstancia, debe limitar, condicionar o restringir el pleno goce de todos mis derechos individuales, colectivos y sociales.

11. Derecho a la educación sexual: La educación sexual es necesaria para el bienestar físico, mental y social, y para el desarrollo humano, de ahí su importancia para las y los jóvenes. Tengo derecho a una educación sexual sin prejuicios que fomente la toma de decisiones libre e informada, la cultura del respeto a la dignidad humana, la igualdad de oportunidades y la equidad. Los contenidos sobre sexualidad en los programas educativos del Estado deben ser laicos y científicos, estar adecuados a las diferentes etapas de la juventud y contribuir a fomentar el respeto a la dignidad de las y los jóvenes.

Los derechos sexuales tienen un complicado recorrido y diversa aceptación. Sin embargo, son esenciales en la construcción de la igualdad entre mujeres y hombres porque la igualdad no sólo se logra al eliminar brechas de desarrollo entre mujeres y hombres, tampoco se logrará sólo con la plena participación de las mujeres, pasa por una rotunda transformación de género sexual, social e

individual. Pasa por eliminar la cosificación sexual de las mujeres y el poder que tienen los hombres de apropiarse sexualmente de las mujeres y de incrementar sus poderes de género, otros poderes sociales (conyugales, familiares, comunitarios) y su prestigio por esa vía. (Lagarde, 2012).

- **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.**

En el caso de México, el artículo primero de la Constitución establece que todas las personas gozarán de todos los derechos humanos reconocidos por ella y los tratados internacionales de los que el país sea parte, así como de las garantías para su protección. Más adelante, en el artículo cuarto se declara que el hombre y la mujer son iguales ante la ley, por lo que el Estado mexicano debe garantizar que no existan medidas o acciones que sean contrarias a este principio.

El texto constitucional, así como los tratados internacionales que forman parte del marco jurídico nacional, establecen la obligación al Estado Mexicano de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad (MIAV, 2015)

Incorporar un esquema con enfoque basado en los derechos humanos conlleva el cumplimiento de dichas obligaciones y supone el estricto cumplimiento de las garantías constitucionales, de las normas de derechos humanos contenidas en la Declaración Universal de Derechos Humanos y de las Convenciones e instrumentos internacionales en la materia.

En ese sentido, al ejercer atribuciones propias de su actividad las y los servidores públicos deben promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de las víctimas del delito y de violaciones a derechos humanos.

Protección a la Infancia

Para el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la "protección de la infancia" hace referencia a las labores de prevención y respuesta a la violencia, la explotación y el abuso contra niños y niñas, como por ejemplo la explotación

sexual, la trata, el trabajo infantil y la migración. Pues son un grupo de mayor vulnerabilidad.

Promueve la defensa de los derechos de los niños: el derecho a la supervivencia; al desarrollo pleno; a la protección contra influencias peligrosas, los malos tratos y la explotación; y a la plena participación en la vida familiar, cultural y social.

Equidad de género

El Modelo de Equidad de Género (MEG) es un sistema de gestión con perspectiva de género, que proporciona herramientas a las instituciones públicas y las organizaciones sociales para asumir un compromiso con la igualdad entre mujeres y hombres. (Inmujeres, 2015).

Al hablar de la perspectiva de género suele asociarse con un asunto de mujeres. Sin embargo, es un concepto mucho más amplio que alude a la necesidad de acabar con las desigualdades de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres.

De acuerdo con la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2007) la perspectiva de género es una visión científica, analítica y política sobre las mujeres y los hombres. Se propone eliminar las causas de la opresión de género como la desigualdad, la injusticia y la jerarquización de las personas basada en el género. Promueve la igualdad entre los géneros a través de la equidad, el adelanto y el bienestar de las mujeres; contribuye a construir una sociedad en donde las mujeres y los hombres tengan el mismo valor, la igualdad de derechos y oportunidades para acceder a los recursos económicos y a la representación política y social en los ámbitos de toma de decisiones.

El papel del/ de la terapeuta en intervenciones con perspectiva de género

De acuerdo con el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (2010) estas son algunas características deseables para el perfil de un/a terapeuta en el tema de las agresiones sexuales:

- Haber recibido entrenamiento en la perspectiva de género y dinámica del ciclo de la violencia.
- Haber trabajado el tema del poder.
- Saber lidiar con su dolor.
- Conocer los límites y reglas que protegen a las mujeres durante la relación grupal o individual.
- Reconocer los delitos sexuales.
- Admitir la validez del trabajo en grupo.
- Sentir comodidad al tratar aspectos de la socialización y discriminación.

Este proceso terapéutico debe estar basado en un compromiso por la igualdad entre mujeres y hombres, y en una relación lo más simétrica posible entre terapeuta y persona. Para ello, se debe estar dispuesto/a a adquirir el compromiso personal y profesional de luchar por el cambio de la sociedad.

➤ **Plan de Intervención Psicoterapéutica del Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales.**

Como ya se mencionó el Centro de Terapia de Apoyo no cuenta con ningún manual en el que se especifique el modelo de intervención psicoterapéutica para abordar las consecuencias que se presentan en las víctimas ante las agresiones sexuales. Pero en general las/los psicólogas/os del CTA llevan a cabo el mismo plan de intervención a nivel individual y grupal. Que varea únicamente en la forma en la que se abordan los temas, es decir, en las dinámicas y materiales empleados, ya que cada psicóloga/o tiene su forma particular de trabajar, sin embargo esto no altera la estructura y contenido de las sesiones.

El siguiente plan está basado en la forma de trabajo de la Lic. Luz Chávez y en la experiencia que tuve como pasante del Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales, así como en mi participación en terapia individual pero sobretodo en terapia grupal (tres grupos, dos de adolescentes de 15, 16 y 17 años, y uno de mujeres).

Plan de Intervención Psicoterapéutica				
Presentación: <ul style="list-style-type: none"> • Encuadre • Objetivo 	Integración <ul style="list-style-type: none"> • Empatía • Confianza 	Socialización del evento de agresión sexual: <ul style="list-style-type: none"> • Signos • Síntomas • Emociones 	Expresión de emociones <ul style="list-style-type: none"> • Enojo • Culpa (mitos y realidades de las agresiones) 	Sexualidad Autoestima

• **Presentación**

Durante esta se presentan tanto el psicólogo/a cómo el/la paciente, se establece el rapport siempre mostrando respeto, amabilidad y empatía. Así mismo se establece el encuadre y se plantean los objetivos del proceso terapéutico ya sea individual o grupal. En terapia individual, se reúnen los datos de la ficha de identificación se

indaga sobre la historia clínica y se evalúan los signos y síntomas; todos los datos anteriores se registran en los diferentes formatos que conformaran el expediente.

Encuadre

Encuadrar es colocar una cosa o acción en un marco: algo pasa a tener un límite. El encuadre es el mantenimiento de ciertas variables constantes durante el proceso terapéutico o psicodiagnóstico. En consulta, la acción terapéutica se da en un marco que tiene un espacio y un tiempo, se ponen límites entendidos como protección, condición para que una transformación pueda tener lugar. (Maldonado, 2014).

Este debe de ser claro, firme y estable. Se establece el lugar, día y hora de la o las sesiones. Además se plantea la forma en cómo se llevara a cabo el proceso terapéutico. Por ejemplo se habla de la importancia de la participación y cooperación de los pacientes en el proceso.

Objetivo

Contrarrestar y/o eliminar los signos y síntomas generados por la agresión sexual buscando el equilibrio emocional (CTA, 2015).

- **Integración**

Antes de intervenir es importante que haya integración y acoplamiento entre la/el terapeuta y el/la o los/as pacientes, para crear un ambiente confortable en el cual se sientan cómodos/as para hablar sobre el evento de agresión sexual y poder expresar sus emociones y sentimientos.

Para ello es importante tener una actitud empática, es decir, ser capaz de comprender los sentimientos y emociones del otro/a; y empezar a construir un ambiente de confianza. Entendiendo la confianza como un proceso en la relación entre el/la psicólogo/a y el/la paciente, y en el caso de la terapia grupal con el resto de los integrantes del grupo.

- **Socialización del evento de agresión sexual**

Es importante que la víctima verbalice la experiencia de agresión sexual, con el fin de evocar los recuerdos emocionales traumáticos y así poder reprocesarlos y reestructurarlos. También se observan las consecuencias emocionales presentes a raíz de la agresión.

Mostrando en todo momento empatía, comprensión, y evitando emitir juicios o frases que hagan sentir mal a los/as pacientes.

- **Expresión de emociones**

El enojo y la culpa son dos de las principales emociones que se presentan ante una agresión sexual. Y cuya expresión es necesaria para evitar complicaciones más severas.

Enojo: es importante reconocerlo y canalizarlo hacia la o las personas responsables, y no hacia sí mismo/a.

Culpa: hay diferentes causas por las cuales las personas agredidas se sienten culpables una de ellas son las creencias que se tienen en torno a las agresiones sexuales, por ello es importante trabajar sobre los mitos y realidades que hay en torno a estas.

- **Mitos y realidades de las agresiones sexuales**

En relación a las agresiones sexuales existen diversos mitos y creencias, que hacen que aumente el sentido de culpabilidad e inseguridad en las víctimas por ejemplo:

1. La mayoría de los abusos sexuales son provocados por la víctima.
2. Las agresiones sexuales ocurren sólo a "ciertas mujeres" que van por sitios peligrosos, poco transitados, a altas horas de la noche.
3. Cuando una mujer sufre una agresión sexual, nunca más va a poder llevar una vida normal, ni va a poder mantener relaciones sexuales, etc.

En el trabajo terapéutico primero se pregunta que es un mito y se aclara el concepto, posteriormente las víctimas comparten cuáles son los mitos que conocen en torno a las agresiones sexuales; y finalmente se plantean una serie de frases u oraciones relacionadas a las agresiones como las que se mencionaron anteriormente, de acuerdo con cada oración se clasifica en mito o realidad y se explica porque es una u otra.

Es de suma importancia erradicar y/o cambiar estas creencias que se tienen para que permitan la modificación del pensamiento y la conducta; y de esta manera resignificar el evento de agresión sexual y permitir a las víctimas de la agresión superar el evento traumático.

- **Sexualidad**

La sexualidad está conformada por los elementos biológicos, es decir, el sexo; los psicológicos, como es el sentirse y pensarse como hombre o mujer; y los sociales, que hacen referencia al comportamiento que establece la sociedad para cada sexo. Entonces se puede entender por sexualidad a la forma en la que cada ser humano se manifiesta como hombre o como mujer, de acuerdo a las normas y valores propios de su cultura y de su época.

Es un tema muy amplio, por lo cual en la terapia solo se hace la diferencia entre los órganos sexuales, que en muchas ocasiones se desconoce, e incluso se desconoce la estructura anatómica del propio sexo.

Dentro de este tema uno de los puntos que genera mayor inquietud y angustia es la virginidad. La mayoría considera virgen a una mujer por no haber tenido relaciones sexuales pues "al no haber penetración el himen no se rompe".

Para abordar este tema se mencionan los diferentes tipos de himen que existen y/o la ausencia de este; así mismo se hace las diferencias entre una relación sexual y la agresión sexual, donde la principal diferencia es que la primera es consensuada y la segunda no.

De esta manera se deja de lado la idea religiosa y cultural que se tiene sobre la virginidad, llegando a la conclusión de que se deja de ser virgen, cuando se elige tener una relación sexual y no cuando se es agredida.

- **Autoestima**

Entendiendo autoestima como el aprecio y/o consideración que uno tiene de sí mismo, así como el valorar y reconocer lo que uno/a es y lo que puede llegar a ser.

Se pretende que los/as pacientes reconozcan sus características positivas, así como los recursos internos con los que cuentan para enfrentar la agresión sexual y la vida misma.

El trabajo que se realiza en el centro de terapia de Apoyo implica una gran responsabilidad dada la magnitud del problema, pues se trabaja con víctimas de agresiones sexuales. Es un trabajo en el cual las y los terapeutas requieren habilidades específicas como: gran capacidad de empatía, capacidad para establecer una buena comunicación, capacidad de disfrutar el juego (terapia con niños/as), tener resueltos conflictos sexuales, tolerancia a la frustración y demora, manejo amplio de información sobre el tema etc. (Chávez, 2002).

OTROS MODELOS DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA PARA VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

➤ **Programa de Atención Integral a Víctimas y Sobrevivientes de Agresión Sexual (PAIVSAS) de la Facultad de Psicología de la UNAM.**

Zoraida Meléndez (2003), propuso un modelo de intervención en tres niveles de tratamiento, teniendo como base el trabajo realizado en el PAIVSAS.

Modelo de Intervención		
Nivel 1: Evaluación	Nivel 2: Terapia	Nivel 3: Empoderamiento
<ul style="list-style-type: none"> • Fase: Exploración Instrumental • Fase: Rapport • Fase: Exploración observacional 	<ul style="list-style-type: none"> • Fase: Abreación <ul style="list-style-type: none"> Culpa Ira Miedo • Reestructuración cognitiva <ul style="list-style-type: none"> Insight Poder y control 	<ul style="list-style-type: none"> • Autoestima • Cuerpo • Relaciones interpersonales

NIVEL 1: EVALUACIÓN

- **Fase de exploración instrumental**

La evaluación se realizaba mediante dos fases de exploración: una instrumental y otra observacional.

Dentro del Programa de Atención Integral a Víctimas y Sobrevivientes de Agresión Sexual (PAIVSAS), se realizaba a través del llenado de dos instrumentos diseñados por la Dr. Ruth Gonzales Serratos (fundadora del PAIVSAS) en el primero se exploran todos aquellos aspectos que conforman la historia clínica y en el segundo se evalúan los signos y síntomas que hacen sospechar o son consecuencia de la agresión sexual.

Función del terapeuta: Es muy importante que el/la terapeuta mantenga una actitud empática y cordial, evitando en todo momento emitir frases que intenten interpretar las circunstancias del problema, o hacer preguntas valorativas o incriminatorias hacia la víctima, así mismo evaluar los niveles de ansiedad durante la entrevista.

Otra de las funciones básicas del/la terapeuta es orientar a la persona respecto a algunos pasos que se seguirán con respecto al tratamiento.

- **Fase de Rapport**

Lo primero entre el/le terapeuta y el/la paciente es lograr un acoplamiento mutuo. Por lo cual es fundamental que antes de adentrarse a la actividad terapéutica es necesario que se dé un tiempo de contacto inicial.

En el caso de las agresiones sexuales es importante que este acoplamiento se trabaje sobre niveles de conocimiento, comunicación y confianza entre el/la terapeuta y el paciente.

Dentro de esta fase el objetivo principal es promover una dinámica de confianza, afirmación y conocimiento, por lo que el/la terapeuta en este primer nivel debe de mantener una actitud empática y facilitar el conocimiento, la comunicación y la liberación de la angustia y/o la ansiedad.

Presentación y comunicación:

1. El/la paciente conocerá el nombre de la o el terapeuta. Es conveniente explicar de manera muy general cuales son algunos de los objetivos de la terapia.
2. Se obtendrá información por parte del/la paciente como. Nombre, edad, escolaridad, ocupación, indagara sobre entorno familiar y social etc.

Angustia: Es necesario fomentar la comunicación y expresión, y crear una situación en que la ansiedad a las condiciones de la terapia pueda manejarse y disminuir.

Confianza: es de vital importancia trabajar de manera específica con este elemento dentro del proceso terapéutico, pues por una parte la confianza es una de las mayores pérdidas dentro de las agresiones sexuales; y por otro es un elemento indispensable para un trabajo en común. La confianza debe ser trabajada en dos sentidos:

1. Crear condiciones que les permitan la construcción de nuevas expectativas con respecto a sí mismos/as y a los/as otros/as, así como el dejarse llevar por cualquier relación interpersonal. Es decir, crear y fomentar las reacciones, impulsos, miedos o experiencias gratificantes que surgen en la situación del cumplimiento de expectativas y de abandono a la relación bidimensional yo-terapeuta, yo-yo, yo-otros(as).
2. Cambiar los puntos de referencia habituales de la relación con los otros/as y con el medio. Con el objetivo de promover la confianza en sí mismos/as, en la relación terapeuta-paciente, y la confianza con su red social.

- **Fase de exploración observacional**

En esta fase la función principal de la/el terapeuta es identificar los aspectos referentes a:

1. Conciencia del motivo de la terapia, la actitud en la asistencia a las sesiones y a la/el terapeuta.
2. Lo referente a la dinámica familiar y su entorno social.

NIVEL 2: TERAPIA

- **Fase de Abreación**

Según Freud la ansiedad postraumática solo puede resolverse si el/la terapeuta tiene la capacidad e hacer que la víctima vuelva a experimentar el trauma con una adecuada liberación del efecto respectivo. Se debe hacer frente al acontecimiento doloroso y, asimilarlo con lentitud.

- **Liberación emocional activa**

Esta es necesaria en la terapia ya que no resultara efectiva la nueva representación sin que exista expresión emocional. Pues la inhibición de la expresión de sentimientos acerca de los acontecimientos plenos de estrés con frecuencia conduce a la enfermedad psicósomática y a la angustia subjetiva. Dos posibles razones de esto son: a) la inhibición real de los propios pensamientos, sentimientos y conductas requiere de un trabajo psicológico, y b) esa inhibición impide que la persona procese por completo el acontecimiento y, a partir de ello, le obstruye la comprensión y asimilación del mismo.

Culpa

El trabajo con el sentimiento de culpa es una de los pilares de esta fase. Este sentimiento se atribuye a la necesidad de la víctima por sentirse en control existiendo indicadores de que culpase a sí mismos puede tener un valor adaptativo y de que el mismo contribuye un fenómeno que puede disminuir el temor ante el desvalimiento, la impotencia y la pasividad en las víctimas traumatizadas.

Ira

La ira es una reacción natural ante la agresión. El principal objetivo del trabajo con este sentimiento es: promover el reconocimiento de ira, canalizarla hacia las personas responsables, así como encontrar formas saludables de expresar la ira.

Miedo

El miedo es una respuesta adaptativa que está programada biológicamente en el individuo y funciona como un indicador fisiológico y psicológico ante un peligro potencial. Cuando se genera como una forma de supervivencia, es funcional. De no ser así, se torna en una respuesta negativa, irracional y displacentera. Al ser aversivo se encausa a la evasión y al escape. En el caso de las agresiones sexuales la víctima lo puede asociar a cualquier estímulo y manifestar miedo ante una serie de situaciones, hechos o personas.

Objetivos:

1. Promover la recreación de las experiencias traumáticas, con el fin de assimilarlas, volver a trabajar de manera activa los elementos traumáticos.
2. Promover la reconstrucción y reinención de experiencias causantes de estrés, con la finalidad de comprenderlas y assimilar la realidad de las mismas.
3. Llevar a la conciencia los recuerdos reprimidos y experimentarlos de nuevo, con una adecuada liberación de sentimientos.
4. Lograr la complementación de una reacción emocional que con anterioridad se había inhibido e interrumpido.
5. Separar el yo del/la paciente de la agresión sexual mediante la objetivación de aquellas experiencias, recuerdos y sentimientos, que están escondidos.
6. Promover la aceptación real de la agresión la cual tiende a experimentarse como irreal. Esto desplaza a los/as paciente de un estado de negación hacia el manejo activo del trauma y el dolor que este implica.
7. Propiciar en los/as pacientes una sensación de poder y dominio en contra de la sensación de vulnerabilidad experimentada frente al traumá.

Función del terapeuta:

- Culpa: debe transferir en todo momento al paciente, que nunca puede ser responsable por la conductas de otros.
- Ira: debe promover la expresión de la ira, visualizar este sentimiento como algo positivo que permite saber que ocurre en el interior. Y buscar alternativas saludables para su expresión.
- Miedo: asistir a los/as pacientes a identificar sus miedos, a expresarlos y ventilar sus sentimientos. También se debe trabajar para que se recupere la confianza en los otros.

- **Reestructuración cognitiva**

Insigt

Las personas traumatizadas por una agresión sexual no solo deben liberar las emociones reprimidas acerca del acontecimiento, sino que también deben cambiar sus pensamientos y creencias con respecto al trauma. La reestructuración cognitiva requiere del análisis de los sistemas de creencias e interpretaciones cognitivas erróneas por parte de los pacientes y ofrecerle a estos alternativas que resulten más adaptativas.

Poder y control

En un marcado contraste con la sensación de desvalimiento que se experimentan durante la agresión sexual, es importante conseguir un fuerte sentido de poder y control.

Objetivos:

1. Que los pacientes identifiquen los diferentes tipos de maltrato que pueden sufrir, lo cual repercutirá a la modificación de pensamientos y creencias erróneas frente a la agresión sexual.
2. Que identifiquen las diferentes intenciones que pueden tener las conductas ejercidas por los otros y como se relaciona esto con el abuso y el maltrato.
3. Que los pacientes logren la integración de la experiencia de agresión sexual, dentro de un nuevo modelo del mundo, el cual incluye un sentido de realidad con respecto a lo que les sucedió.
4. Que obtengan una perspectiva más positiva acerca de la manera en que ellos/as manejaron la experiencia del trauma.
5. Promover una mayor sensación de poder y control sobre su medio circundante.

Función del terapeuta: en esta fase el/la terapeuta tiene la oportunidad de corregir la distorsión cognoscitiva. La función principal es la reformulación el terapeuta tendrá que:

- Confrontar y encarar el acontecimiento trastornante.
- La reformulación implica que la/el terapeuta atribuya cualidades positivas a la/el paciente, a su respuesta ante la experiencia vivida, o bien a las consecuencias positivas derivadas de esta. Debe reforzar las conductas de protección que tuvieron frente a la agresión.
- Describir las definiciones de maltrato.
- Ayudar a encontrar alternativas de enfrentamiento ante nuevas agresiones o bien en el manejo de su entorno.

NIVEL 3: EMPODERAMIENTO

La terapia en agresiones sexuales requiere que además de ayudar a los/las pacientes a analizar los conflictos emocionales y a ofrecer una solución más adaptativa al trauma, se requiere que los/las paciente desarrollen la fortaleza interna que les permita enfrentar su vida. Dicha fortaleza se construya a partir de un conceptualización de sí mismo/a en todos sus niveles (cognitivo, emocional, corporal); el adiestramiento en toma de decisiones, el establecimiento y respeto de límites, así como un aumento de la confianza de sí mismos/as en lo referente a la autodignidad y autoeficacia para enfrentar su mundo, así como el fortalecimiento de relaciones afectivas y de apoyo.

- **Autoestima**

La autoestima es una necesidad muy importante para el ser humano y su desarrollo. Es básica efectuando una contribución esencial al proceso de vida y es indispensable para un mejor desarrollo, físico y psicológico. Entendiendo por autoestima a la experiencia de ser aptos para la vida y para sus requerimientos más concretamente en: a) confianza en la capacidad de pensar y de afrontar los desafíos de la vida; b) confianza en el derecho a ser felices, el sentimiento de ser dignos, de merecer de tener derecho a afirmar nuestras necesidades y a gozar de los frutos de nuestros esfuerzos.

La autoestima tiene dos pilares interrelacionados:

- Autoeficacia: significa confianza en el funcionamiento de la propia mente, en la capacidad de pensar, en los procesos por los cuales se juzga, elige y decide; confianza cognitiva en sí mismo. La experiencia de autoeficacia genera el sentido de control sobre la propia vida, la cual se asocia con el bienestar psicológico, la sensación de estar en el centro vital de la propia existencia, a diferencia de ser un espectador pasivo o víctima de los acontecimientos.
- Autodignidad: es decir, seguridad de valor propio; una actitud afirmativa hacia el derecho de vivir y de ser feliz, comodidad al expresar apropiadamente los propios pensamientos, deseos y necesidades; en consecuencia una percepción del sí mismo/a como sujeto para quienes el logro, el éxito, el respeto, la amistad y el amor son apropiados.

Ante una agresión sexual la autoestima es seriamente dañada, pues el abuso atenta de manera violenta con los pilares de la autoestima. En lo que refiere a la autoeficacia hay severas alteraciones en la capacidad de pensar, en los procesos por los cuales se juzga, elige y decide. La agresión sexual enfrenta a las víctimas a situaciones traumáticas en las que no pueden elegir, ni decidir, en las que se encuentra atrapada.

En cuanto al sentido de autodignidad, el miedo, la culpa y en algunos casos la respuesta social de culpabilización hacen que las personas agredidas se perciban como indignas y no merecedoras.

Objetivos:

1. Ayudar a los/as pacientes a representar y objetivizar su autoimagen.
2. Explorar las fantasías que tiene con respecto al daño sufrido.
3. Promover la identificación de los pensamientos y sentimientos, negativos y positivos.
4. Ayudar en la adquisición de herramientas que le permitan intensificar su sentido de autoeficacia para enfrentar su entorno.

5. Promover un sentido de autodominio y control, lo cual implica: logros, conducta responsable hacia uno mismo/a y otros, desarrollo de independencia y libertad para elegir.
6. Promover el concepto de dignidad y de valor centrados en el sí mismo/a y no alrededor de la agresión sexual.

Función del terapeuta: la/el terapeuta debe estar atenta/o a lo que piensa y siente la/el paciente con respecto a su imagen y autovalía. Así como las cosas negativas y positivas que piensen respecto de si misma/o.

Durante el proceso terapéutico la actitud del terapeuta debe de ser en todo momento de respeto hacia los deseos, opiniones y toma de decisiones de los/las pacientes.

Es prioridad parar la sensación de ser víctima, evitando que la liga de poder que estableció el agresor se extienda, determine y organice su vida.

- **El cuerpo**

Para hablar de un proceso de reconstrucción de la identidad yoica es indispensable el trabajo con el cuerpo de tal manera que este facilite la recuperación de la privacidad, el autodominio y control del mismo; lo anterior debido q que la agresión afecta a toda la relación con el cuerpo.

Objetivos:

1. Promover el autoconocimiento corporal, en cuanto a estructura y funcionamiento, favoreciendo una actitud positiva del mismo, en contraposición de verlo como algo vergonzoso.
2. Promover el concepto de intimidad y respeto de sí mismo/a y para los otros/as.
3. Integrar al esquema corporal los genitales como una estructura más de todo nuestro cuerpo; disminuyendo la carga valorativa que gira en torno a ellos.
4. Que se conceptualice y describa al cuerpo como:

- Un canal de comunicación que permite la recepción de sensaciones positivas y negativas, que son tan importantes como la comunicación verbal.
 - Un sistema que en esencia es útil, limpio y sano.
5. Que identifiquen la diferencia entre la respuesta cognitiva y neurológica del placer.

Para cumplir los objetivos es importante incluir temas como:

- El reconocimiento de las diferencias sexuales entre hombres y mujeres, y el concepto de identidad de género.
- Desarrollo del sentido de responsabilidad del propio cuerpo.
- El aprendizaje de los nombres correctos de cada parte del cuerpo, así como los términos que corresponden sobre todo en lo referente a los genitales.
- La importancia de proteger de accidentes y maltrato las partes vitales del cuerpo.
- La comprensión de sensaciones físicas positivas y negativas:
- La importancia de las caricias, las miradas, y de los límites corporales dentro de la comunicación.
- El concepto de placer como parte de la respuesta de nuestro cuerpo, y su relación con la capacidad de disfrute de todo el cuerpo.
- El papel que desempeñan las glándulas sexuales durante la pubertad y los cambios físicos que se producen, así como su funcionamiento en la edad adulta.

Estos temas deben de ser de acuerdo a la edad cronológica y cognitiva de los y las pacientes.

Función del terapeuta: debe mantener una actitud abierta y comprensiva y tener un conocimiento de sus propios prejuicios, evitando tener una actitud personal de juicios valorativos frente al cuerpo. Su principal función tiene dos vertientes:

- Facilitar experiencia que permitan el conocimiento y concientización de sus propios cuerpos, así como fomentar la experiencia de control y aceptación de este.
- Facilitar la conceptualización del cuerpo como un instrumento por el cual se puede experimentar sensaciones agradables incluyendo el placer, así como poder diferenciar esto de aquellos estímulos adversos que generan malestar y culpa.
- **Relaciones Interpersonales**

Ninguno de nosotros vive solo. Por supuesto que algunos aspectos de la experiencia vital son más individuales que sociales y otros más sociales que individuales, pero no por ello la vida deja de ser una experiencia compartida.

Objetivos:

1. Evaluar y fortalecer las funciones de provisión de alimento, abrigo y otras necesidades materiales que mantienen la vida en el caso de los/as niños/as y adolescentes.
2. Identificar los roles que juega el/la paciente en su entorno, y evaluar si estos van de acuerdo a su edad, y a su posición como miembro de la familia.
3. Identificar el manejo de los límites en cuanto a espacio, relaciones afectivas y funciones, dentro de su entorno.
4. Promover y fortalecer las alianzas positivas con su entorno familiar y social, partir de expectativas acordes a su contexto familiar.

Función del terapeuta: debe clarificar y fortalecer lazos afectivos para con su entorno de acuerdo a su contexto familiar y social.

➤ **Modelo de Abordaje Psicoterapéutico para Mujeres Víctimas de Violencia Sexual.**

El Instituto Nacional de las Mujeres en Conjunto con el Instituto Estatal de la Mujer de Tlaxcala (2010) Proponen un modelo en el que describen 12 sesiones cada una con un objetivo específico.

Modelo de Abordaje Psicoterapéutico			
Empatía y Encuadre.	Exploración de la agresión.	Identificación de emociones: <ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad y tristeza • Miedo y vergüenza • Impotencia e inseguridad • Enojo • -Culpa 	Autoestima y autoconcepto. Sexualidad y esquema corporal. Recursos externos e internos. Resignificación de la experiencia traumática. Plan de vida.

Las metas principales están abocadas a la elaboración y superación de la experiencia traumática, de modo tal que la persona se sienta más segura, le dé un nuevo sentido a su vida y pueda continuar con sus metas establecidas. Para ello se deberá dar énfasis en el estado emocional posterior al evento traumático, incluyendo la culpa como un síntoma importante a trabajar en violencia sexual.

El plan terapéutico consiste en abordar la exploración de las características de la agresión, identificación de emociones, disminución de la ansiedad, identificación y erradicación de la culpa, mitos e ideas irracionales, expresión y manejo del enojo y el miedo, baja autoestima y autoconcepto, sexualidad, identificación de recursos internos, logro de mayor capacidad asertiva, identificación de recursos externos y redes de apoyo, resignificación del evento y proyecto de vida.

Sesión 1: Empatía y Encuadre

Forma de abordaje: Planteamiento de encuadre y de los objetivos terapéuticos, promoviendo la empatía.

Empatía es el término comúnmente usado para describir el proceso mediante el cual una persona puede ponerse en el lugar de la otra y comprender, por lo tanto, sus sentimientos ante una situación determinada. No basta con comprender, sino es necesario comunicar dicha comprensión.

Es necesario señalar que los primeros encuentros son muy importantes ya que en ellos se podrá ganar o perder la confianza de la/el paciente en su capacidad para ayudarla/o, por ello resultará elemental manifestar verbal y corporalmente que se entiende a la persona manteniendo una sintonía empática con las emociones de la/el paciente.

El apoyo emocional también se expresa por medio de acciones tales como: el saber escuchar atentamente; el mirar directamente a la cara de la otra persona cuando se habla con ella; comunicar honestamente nuestro interés por su bienestar; estar atenta/o a las características y gravedad de los problemas y expresar esta atención por medio de la formulación de preguntas abiertas, clarificación de dudas y con la elaboración de pequeños resúmenes "según la escucho, su problema tiene que ver con...", "si la interpreto correctamente, usted se enfrenta a ...", "me pregunto si lo que usted me quiere decir es..."

Sesión 2: Exploración de la agresión

Forma de abordaje: Verbalización del significado del evento y descarga emocional. La/el psicóloga/o deberá observar las prioridades a trabajar, dependiendo la sintomatología identificada en estas primeras sesiones psicoterapéuticas, por lo que el orden de las sesiones siguientes podrá cambiar.

La/el psicoterapeuta deberá permitir que la/el paciente verbalice la experiencia traumática, ya que al evocar los recuerdos emocionales traumáticos podrá así reprocesarlos y reestructurarlos.

Sin embargo no deberá instar a la persona a hablar de lo ocurrido refiriendo detalles específicos, en ocasiones incluso resulta innecesario recordar tal cual el evento, ya que esto podría incluso bloquear el proceso, sino más bien se deberá facilitar la verbalización como la paciente desee hacerlo, desde lo que le ha significado el evento traumático, de modo tal que pueda activar los esquemas emocionales, iniciar una descarga y un reconocimiento de sus emociones dentro de un esquema de seguridad que proporciona un entorno terapéutico empático.

La simbolización de los sentimientos y las emociones proporciona una distancia segura, que protege a la persona de sentirse desbordada, o del acting out o pasaje al acto, y establece las condiciones para el comienzo del fortalecimiento personal.

Identificación de las emociones

Sesión 3: Ansiedad y Tristeza

Forma de abordaje: Facilitar la expresión de emociones por medio de la narrativa, lo que permitirá disminuir la ansiedad.

Tanto la tristeza como el enojo cuando se reconocen por vez primera, proporcionan a menudo mucha información. Para las/os pacientes es importante vivenciar el darle voz a su propia tristeza y afirmar su derecho a expresar el enojo. Sentirse con ese derecho les hará sentir más poderosas/os y cambiará la sensación interna. Este cambio interno, al permitir aceptar los sentimientos, se traduce en una nueva sensación de confianza y fortaleza, así como en una nueva relación de contacto con el entorno.

Es bastante común sentirse triste o deprimido. Se tienen sentimientos de desesperanza, como si todo en la vida se diera por perdido. En ocasiones la

desesperanza lleva al desconsuelo total, la cual puede conducir a la víctima al suicidio.

Asociado al sentimiento de depresión se experimenta la pérdida del interés en cosas o actividades que antes solían disfrutarse. Nada suele llamar la atención como antes.

Cuando se trabaja con las emociones el dolor necesita ser permitido, mirado de frente y completado.

Sesión 4: Miedo y vergüenza

Forma de abordaje: Por medio de la narrativa, visualizaciones e incluso por medio del dibujo.

Por lo general son emociones inhibitorias. El miedo es aversivo y motiva al escape o la evitación, al mismo tiempo que nos provee de respuestas motoras y fisiológicas que nos preparan para soportar la huida; importantes de identificar pues en este caso se debe favorecer la transformación y el cambio.

La reacción más común de toda víctima de agresión sexual es el miedo. En el momento del asalto, la primera reacción es el miedo. Miedo de que el asalto cause heridas físicas (golpes, heridas de arma blanca o arma de fuego). El miedo es también miedo a la muerte. En el momento del asalto la mujer asocia todo lo que la rodea con lo que le está sucediendo (colores, sonidos, olores, lugares, todo se relaciona con la agresión sexual). Meses, e incluso años después del asalto dichas asociaciones persisten (ciertos olores recuerdan el evento, o ciertas personas recuerdan el asaltante).

La víctima por consiguiente tiende a evitar cualquier cosa o circunstancia que le recuerde el momento en que fue abusada (no volver al sitio de los acontecimientos, no vestirse de cierta manera, o salir de su casa a ciertas horas del día, etc.). En algunos casos, el miedo es tal, que las víctimas limitan sus

actividades al mínimo. Algunas mujeres no salen de sus casas o evitan toda oportunidad de estar solas.

El miedo y la vergüenza son emociones que se producen a menudo en la terapia, están inmersos por lo general en una sensación de fragilidad personal. Es importante evocar para poder simbolizar, frente a los estímulos aversivos evitados o a los pensamientos y sentimientos dolorosos. Al reexperimentar los recuerdos traumáticos se permite la construcción de un nuevo significado, en cuanto a las percepciones del sí-mismo, de los otros y de la realidad que se formó en el momento del trauma.

Dar nombre a aquello que uno teme, reduce la incertidumbre. Una vez que el paciente simboliza su miedo, puede examinar la situación y planear cómo evitar el daño potencial, lo que aumenta la sensación de control.

Es necesario que las/os pacientes manifiesten su deseo de protegerse de la propia vulnerabilidad, de ponerse una armadura, levantar paredes, visualizarse en un ambiente protegido. Una forma de trabajarlo será por medio de la narrativa, visualizaciones e incluso por medio del dibujo. Siendo una forma de terapia de exposición, una forma de traer el material temido a la luz, en un contexto de seguridad, quitarle fuerza y crear un nuevo significado.

También se experimenta un sentimiento de vergüenza que hace que no se quiera socializar con los demás. Es muy importante fomentar la cercanía de la familia y las amistades. Dichas relaciones contribuyen a la pronta recuperación de la persona.

Sesión 5: Impotencia e Inseguridad

Forma de abordaje: Expresión de emociones, puntualización en el control y empoderamiento.

Otra de las consecuencias de la violencia es el desarrollo de la desesperanza, impotencia o pérdida de la habilidad para predecir el resultado de las propias

conductas, manifestándose en un sentimiento de inseguridad constante hacia el entorno y hacia su propia persona.

Cuando no hemos podido defendernos o escapar al evento de agresión sexual, la impotencia que se experimenta es muy fuerte, y difícil de eliminar, pareciendo un eco de la sensación de congelación o pérdida de control vivenciada durante el evento traumático.

La sensación de control; sobre el proceso de terapia es esencial para alguien cuyos problemas se enraízan en experiencias de profunda impotencia y pérdida de control. Es importante que la paciente de cuenta que puede tomar decisiones y tener el control por lo que será necesario enfocar los objetivos hacia la seguridad y empoderamiento de la paciente.

Para ello será elemental hacerle ver los avances que va teniendo en el desarrollo del proceso terapéutico y las decisiones que va tomando.

El brindarle confianza y un lugar seguro para expresión, favorecerá la superación de estos sentimientos.

La práctica terapéutica debe devolverles el poder a las pacientes. Empoderar a las mujeres para validar sus percepciones, y reducir sus sentimientos de inadecuación.

Sesión 6: Enojo

Forma de abordaje: Expresión del enojo, conectando con la propia fuerza para contrarrestar la impotencia

En ocasiones la víctima se encuentra culpándose y sintiéndose tan mal consigo misma que no le resulta fácil identificar y expresar los sentimientos hacia el agresor, en estos casos hay que fomentar su expresión.

Cuando el recuerdo de un acontecimiento traumático está vivo, como lo es en los casos de las/os pacientes que verbalizan con rabia el enojo y frustración que

experimentaron y experimentan en ese momento al recordar la agresión de la que fueron objeto, resulta importante que el terapeuta reconozca y valide el enojo, de modo tal que facilite que la paciente asuma al externarlo, una posición de poder. El enojo potencia que la/el paciente conecte con su propia fuerza y contrarrestar la impotencia del miedo. Por tal para mejores resultados terapéuticos es importante al trabajar el enojo y acceder a la estructura del miedo.

El enojo favorece la asertividad así como la posibilidad de valerse por sí misma. Sin embargo hay que distinguir entre el enojo reactivo fuera de control y el enojo saludable, del tipo que facilita establecer límites y afirmarse.

Sesión 7: Culpa

Forma de abordaje: Trabajo con mitos e ideas irracionales, desbalance de poder y responsabilidad plena en el agresor. Trabajando las conceptualizaciones de los mitos para reestructuración cognitiva.

Generalmente aparece en las víctimas de violencia sexual sentimientos de culpabilidad.

Dichos sentimientos son el resultado directo del asalto, durante el cual la víctima fue obligada a participar. En esos momentos, la paciente tiene como prioridad el proteger su integridad física y hasta su vida. Para lograr este objetivo, ella se ve obligada a participar en actividades en contra de su voluntad. Como resultado esto lleva a que la víctima se sienta culpable y responsable de la agresión, con tendencia a pensar o decirse: "No debí haberme vestido así", "No debí haber caminado a altas horas de la noche en ese lugar", etc. Este culparse a sí misma/o es el resultado de la construcción social que tiende a poner toda la responsabilidad de la agresión sexual en la mujer, por lo que deberá trabajarse con todos estos mitos e ideas irracionales.

Es importante trabajar con el sentimiento de culpa para que la víctima de cuenta de que no es responsables del abuso sufrido, ubicando la responsabilidad total en

el ofensor, por medio de ayudar a la víctima a que perciba correctamente la situación de: Desbalance de poder respecto del agresor.

Sesión 8: Baja autoestima y autoconcepto

Forma de abordaje: Se deberá dirigir a la/el paciente para reconocimiento de cualidades y limitaciones, puntualizando las características positivas y enfocarse en el potencial de sí misma y no en la victimización. Puede trabajarse por medio de verbalización o bien ejercicios de escritura.

La imagen que se tiene de sí misma/o también se ve afectada como consecuencia de la agresión sexual. La mayoría de las víctimas dicen sentirse "sucias/os" y suelen bañarse varias veces al día para sentirse limpias y lamentablemente este sentimiento puede persistir durante mucho tiempo posterior al evento traumático, aunado a ello puede traer como consecuencia una desvalorización e incluso rechazo de la propia imagen.

Por tal motivo, será elemental el desarrollo de una adecuada autoestima y autoconcepto, centrándolos en el potencial del sí mismo y no en la victimización.

Sesión 9: Sexualidad y esquema corporal

Forma de abordaje: Puede ser trabajado a partir de ejercicio con el cuerpo enfocados a la aceptación corporal y manejo de límites que brinden seguridad.

En situaciones de abuso sexual o violación resultará básica la concientización corporal, y la integración del cuerpo.

Conceptualización del cuerpo como: Un receptor de sensaciones, un instrumento para el crecimiento personal, un sistema limpio, útil y sano.

Para ello será necesario confrontar a la paciente con su sentir respecto al cuerpo, que en ocasiones aunque no se reconozca la afectación de manera consciente, esta se verá reflejada en problemáticas de inseguridad corporal y problemas en la sexualidad. Para ello será indispensable buscar la aceptación y

reconceptualización corporal a partir de la experiencia traumática, reconstruyendo la imagen corporal y recuperación del cuerpo como un espacio individual, grato y seguro, desarrollando un concepto propio de confianza, respeto y amor.

Esto puede ser trabajado a partir de ejercicio con el cuerpo enfocado a la aceptación corporal y manejo de límites que brinden seguridad.

Sesión 10: Recursos internos y externos

Forma de abordaje: Fomentar que la persona descubra sus fortalezas, identifique sus habilidades para enfrentar el evento traumático. Así mismo identifique las redes de apoyo familiares y sociales con las que cuenta que favorecerán la superación del evento traumático.

Recursos internos: Es importante la conciencia de las fortalezas propias que se tenga, en ocasiones hay que ayudar a que la gente descubra estas fortalezas, identifique sus habilidades para enfrentar el evento traumático. Resignifique la experiencia traumática, que aunque dolorosa esto no le impide buscar alternativas propias para superarla y continuar su vida.

Recursos externos: Respecto a la red social, hay que identificar los puntos y áreas de apoyo para la víctima. Lo que el entorno ofrece a nivel de seguridad potencial, contribuye a nuestro sentido interno de plenitud de recursos y favorece la superación de la experiencia traumática.

Sesión 11: Resignificación de la experiencia traumática

Forma de abordaje: Se favorecerá la reflexión acerca de la relación entre el evento de agresión sexual y la posibilidad de superarla y sobreponerse a esa experiencia.

En el área cognitiva (pensamiento), debe enfocarse el significado de la agresión recibida.

Para ello, es preciso favorecer la reflexión acerca de la relación entre el evento precipitante y la violencia, entre la afectación inmediata y la posibilidad de superarla y sobreponerse a esa experiencia.

Sesión 12: Plan de vida

Forma de abordaje: Favorecer la fijación de metas a corto y mediano plazo, así mismo sugerir la elaboración conjunta de un plan de acción para cumplir con las metas propuestas.

La fijación de metas a corto y mediano plazo, incluyendo todos aquellos aspectos que la víctima ha dejado inconclusos en ocasiones a raíz de la experiencia traumática, pero que se establecen como prioridades para su realización personal. Como por ejemplo, el continuar con el estudio, el trabajo, etc. Es importante, antes de llegar a este punto, el haber trabajado la identificación de las fortalezas y recursos internos de la víctima y externos con los que podrá contar, así mismo se sugiere la elaboración conjunta de un plan de acción para cumplir con las metas propuestas.

Tiene como propósito potenciar la certeza de poder continuar con su vida, de reconocer que a pesar del evento traumático, le es posible tomar decisiones en relación con las metas y planes propuestos y sus necesidades.

Recomendaciones

En el área de implementación de este modelo de abordaje se requiere contar con personal en psicología capacitado y sensibilizado para atender a las víctimas de violencia sexual.

En relación con las cualidades generales necesarias para quienes brinden atención psicoterapéutica en violencia sexual, podemos citar:

1. El haber pasado por un proceso de auto reflexión acerca de las propias creencias y actitudes que justifican, minimizan o toleran la violencia, en

forma específica, aquellas que culpan y denigran a las personas violentadas sexualmente.

2. El haber pasado por un proceso terapéutico o analítico para enfrentar la propia historia de violencia en quienes la hayan experimentado.
3. El mantenerse en un proceso terapéutico que favorezca la contención del trabajo que se realiza, dado que el enfrentar cotidianamente situaciones dolorosas y traumáticas, puede afectar a quien presta ayuda, por lo que es necesario prevenir y atender las necesidades emocionales de quienes prestan apoyo en situaciones de violencia.
4. El entrenamiento especializado en temas, tales como:
 - La violencia sexual, la vinculación entre género y violencia, así como las teorías del aprendizaje social de la agresión.
 - Los factores personales, familiares y sociales que repercuten en la afectación psicológica a causa de la violencia familiar y sexual.
 - La teoría del ciclo de la violencia que explica el patrón cíclico de la agresión.
 - La teoría del trauma que interpreta las consecuencias de la violencia recibida en la conducta, el afêcto y el pensamiento.
 - Los factores de riesgo vinculados a mayor severidad del maltrato y homicidio.
 - Tengan entrenamiento especializado en las dinámicas en que se establece el abuso, la vinculación entre diferentes formas de violencia, las consecuencias y las estrategias de recuperación y empoderamiento.
 - Tengan información y educación acerca de normas éticas para trabajar con violencia.

RESULTADOS OBTENIDOS

Modelos de Intervención Psicoterapéutica a Víctimas de Agresiones Sexuales.

El siguiente cuadro muestra de manera resumida los modelos de las tres instituciones, agrupadas en tres fases para facilitar su comprensión. El objetivo del cuadro es comparar los modelos y así poder realizar un análisis del plan psicoterapéutico del CTA y poder plantear sugerencias en torno a las limitaciones que puedan presentarse.

Modelo de intervención del Programa de Atención Integral a Víctimas y Sobrevivientes de Agresión Sexual (PAIVSAS)	Plan de intervención del Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales (CTA)	Modelo de Abordaje Psicoterapéutico del Instituto Nacional de la Mujer, y el Instituto Estatal de la Mujer de Tlaxcala
EVALUACIÓN		
<ul style="list-style-type: none"> • Exploración Instrumental 	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación • Encuadre • Objetivo 	<ul style="list-style-type: none"> • Encuadre.
<ul style="list-style-type: none"> • Rapport 	<ul style="list-style-type: none"> • Integración 	<ul style="list-style-type: none"> • Empatía
<ul style="list-style-type: none"> • Exploración observacional 	<ul style="list-style-type: none"> • Socialización del evento – consecuencias (signos y síntomas) 	<ul style="list-style-type: none"> • Exploración de la agresión.

PSICOTERAPIA		
<p><u>Abreación</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Culpa • Ira • Miedo 	<ul style="list-style-type: none"> • Enojo • Culpa 	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad y tristeza • Miedo y vergüenza • Impotencia e inseguridad • Enojo • Culpa
<p><u>Reestructuración cognitiva</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Insight • Poder y control 	<ul style="list-style-type: none"> • Mitos y realidades de las agresiones sexuales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Resignificación de la experiencia traumática.
EMPODERAMIENTO		
<ul style="list-style-type: none"> • Autoestima • Cuerpo • Relaciones interpersonales 	<ul style="list-style-type: none"> • Sexualidad • Autoestima 	<ul style="list-style-type: none"> • Autoestima y autoconcepto. • Sexualidad y esquema corporal. • Recursos internos y externos. • Plan de vida.

Como se puede observar existen diferencias y similitudes entre los tres modelos de intervención. Aunque dentro de las similitudes existen particularidades que hacen a cada modelo, único; pues la forma de abordaje es distinta.

OBSERVACIONES

- Observaciones al plan de intervención psicoterapéutico del CTA

El plan de intervención se enfoca en los aspectos más relevantes en cuanto a las secuelas y consecuencias que traen consigo las agresiones sexuales, sin

embargo considero que se queda corto pues no profundiza en los temas tratados en las sesiones. Con esto no quiero decir que no se tengan resultados positivos, pues los pero estos se podrían mejorar.

Desde mi punto de vista considero que los objetivos de la terapia deberían ir más allá de la eliminación de los signos y síntomas generados por la agresión sexual. Por ejemplo hacer mayor énfasis en las emociones, favorecer los procesos resilientes, así como el empoderamiento de las víctimas, es decir, que las víctimas de la agresión salgan más fortalecidas de la experiencia traumática.

- Observaciones al modelo de intervención del PAIVSAS

Me parece importante el énfasis que hace en el tema de poder y control, primero como principales factores en el desarrollo de la violencia. Pero también en un sentido de responsabilidad, de tomar el control de sí mismos/as y de su entorno y las situaciones que en este se presentan, pues el tener el poder y control ayuda a las víctimas a superar más fácilmente los sentimientos de inseguridad y vulnerabilidad.

Por otro lado como la misma Zoraida Meléndez lo menciona en los casos que se ha aplicado el modelo, se ha visto de manera indirecta que el síndrome de estrés postraumático disminuye a corto plazo, pero no existen pruebas empíricas de que los efectos desaparezcan a largo plazo. Sin embargo considero que esta es una situación presente también en los otros modelos.

- Observaciones al Modelo de Abordaje Psicoterapéutico del Inmigrantes y el Instituto de la mujer (Tlaxcala).

Este modelo de abordaje planteado abarca temas que los otros modelos no, y estos temas también son de vital importancia para la recuperación de las víctimas, por ejemplo en el caso de las emociones, pues las emociones planteadas aquí también se ven afectadas por la agresión sexual y es necesario trabajarlas en el proceso terapéutico.

Además aborda puntos que considero importantes en cuanto al empoderamiento de las personas agredidas sexualmente; entendiendo este como un proceso por el cual las personas agredidas transitan de cualquier situación de opresión, desigualdad, discriminación, explotación o exclusión a un estadio de conciencia, autodeterminación y autonomía, el cual se manifiesta en el ejercicio del poder democrático que emana del goce pleno de sus derechos y libertades.

Si bien los otros modelos también recuperan esta parte del empoderamiento, este modelo lo hace de una manera más amplia y completa. Por ejemplo retoma el plan de vida, es decir, que sigue después de la agresión sexual.

En general las diferencias radican en la amplitud y énfasis con que se abordan los temas en cada uno de los modelos.

Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales y el trabajo realizado durante el Servicio Social.

El plan psicoterapéutico del CTA presenta más limitaciones en referencia a los modelos de intervención propuestos por el PAIVSAS de la Facultad de Psicología y por el Inmujeres en conjunto con el Instituto de la Mujer de Tabasco.

Por supuesto esto no quiere decir que no se obtengan resultados positivos, sin embargo los resultados se podrían optimizar si se modifica, profundiza y/o mejora la manera de abordar algunos temas durante el tratamiento psicoterapéutico.

Para concluir el proceso psicoterapéutico (grupal) en el CTA se les entrega un formato de cierre de sesión en el cual además de los datos de identificación hay un cuestionario en el que se les pregunta a los/as pacientes:

- Como se sintieron a lo largo de la terapia grupal,
- Qué cambios notaron.
- Que sesiones les ayudaron y/o agradaron más.
- Que temas creen que hizo falta profundizar y/o agregar etc:

En dichos cuestionarios de cierre las/os pacientes referían: sentirse mejor, con menos carga emocional, su estado de ánimo estaba notablemente más estable, ya no se sentían el enojo que sentían al inicio del grupo respecto al evento de agresión sexual, lo desplazaron al agresor y aprendieron que hay formas de canalizarlo sin agredirse o agredir a alguien más, tampoco sentían culpa o al menos no era tan grande como en las primeras sesiones, pues comprendieron que no la tenían, que no tienen culpa ni y mucho menos son responsables de la conducta del otro o de los otros.

Con lo anterior también empezaron a notar cambios en diferentes aspectos de su vida, en el caso de los adolescentes por ejemplo mostraron más interés en las cuestiones escolares y en general en sus vínculos familiares y sociales (amistad) comenzaron a mejorar, al menos había un acercamiento el cual se había visto afectado y fracturado a raíz de la agresión sexual.

También hubo un notable cambio en su autoestima, reconocieron que lo que les pasó no los hace valer menos que el resto de las personas y por el contrario comprendieron que a pesar del evento traumático, se puede rescatar algo positivo, por ejemplo: el valor con que enfrentaron la situación y la gran fortaleza para buscar ayuda y llevar a cabo un proceso terapéutico, pero sobre todo para salir adelante a pesar de las circunstancias adversas.

Todos los pacientes de grupo tanto de adolescentes como de mujeres refirieron que la terapia grupal contribuyó a dichos cambios y lo más importante que gracias a esto (la terapia) se sienten más fortalecidos que antes (del momento en que llegaron al centro).

En lo que respecta a la pregunta ¿Qué temas crees que hizo falta profundizar y/o agregar? Los/as pacientes refirieron que hizo falta profundizar en temas como autoestima, y agregar otros, por ejemplo: miedo, temor e inseguridad, y relaciones interpersonales, es decir, como perder el miedo a ser agredidos, la inseguridad al relacionarse con los otros, el temor generalizado a la figura masculina etc.

Si bien en lo general el plan de intervención tiene resultados positivos en cada paciente, estos resultados podrían mejorar u optimizarse si se amplían y/o agregan temas al plan de intervención ó se trabaja más a fondo o de diferente manera con los que ya están dentro del plan.

En cuanto a las emociones son varias las que resultan afectadas, sin embargo en el Centro solo se trabaja con enojo y culpa, que son muy importantes., pero también están el miedo y la tristeza etc. Es importante abordarlas pues frecuentemente por debajo de la ira hay miedo y tristeza o viceversa y en ocasiones no se manifiesta hacia afuera sino contra sí. Además considero que más allá de la expresión de las emociones también es necesario canalizarlas darles un cauce enseñar a las/os pacientes a manejarlas y es algo en lo que desde mi punto de vista no se profundiza.

Con la que respecta al tema de la sexualidad y una de las inquietudes que hay sobre todo en las adolescentes es el tema de la virginidad, pues se cree que el valor de la mujer está en la presencia de un himen intacto. En la sesión se aclara que existen diferentes tipos de himen, que incluso hay mujeres que nacen sin este; y que no se deja de ser virgen cuando hay una agresión sexual en este caso violación; se hace la diferencia entre relación sexual y agresión sexual. Pero el concepto de virginidad sigue; por lo tanto es importante eliminarlo y hacer conscientes a las mujeres y a los hombres, de que su valor está en su persona, en quien es.

Uno de los temas que más agradaron y ayudaron a los/as pacientes de grupo fue autoestima, pero también fue en el que refirieron se tenía que profundizar más. Por lo tanto considero que para reforzar la autoestima de las víctimas de agresiones sería importante abordar temas como los que plantean los otros dos modelos de intervención:

- Poder y control: para promover una mayor sensación de poder y control sobre su medio circundante y sobre ellas mismas.

- Recursos internos y externos: para que la persona descubra sus fortalezas, identifique sus habilidades para enfrentar el evento traumático. E identifique las redes de apoyo familiares y sociales con las que cuenta que cuentan.
- Plan de vida: para potenciar la certeza de poder continuar con su vida y construir nuevos significados, sentidos y motivaciones para esta.

Todo esto retomando y enfatizando en el proceso el deseo de estar bien que manifiestan las víctimas empleándolo como un recurso que ayude a su proceso. Y encaminarlo, es decir, hacer consiente que merecen estarlo, esto permitirá que avancen más rápido; y estando en primera instancia bien con ellas/os mismas/os entonces podrán desarrollarse mejor en su entorno y, retomar y/o mejorar sus relaciones interpersonales.

- A nivel profesional

A nivel profesional me brinda mucha satisfacción pues me dejó una grata experiencia, y me dio un gran aprendizaje, así como la oportunidad de aplicar desarrollar y reforzar las habilidades que obtuve a lo largo de ocho semestres en la Facultad y que considero de suma importancia en la práctica clínica como las que menciona Javier Urbina (1989).

- Evaluación y diagnóstico
- Consultoría y psicoterapia individual
- Intervención preventiva

1. El psicólogo es un profesionalista cuyas funciones son:

- Evaluar
- Intervenir para modificar un problema
- Prevenir

2. Las técnicas de diagnóstico empleadas por el psicólogo son:

- Entrevista
- Pruebas Proyectivas
- Escucha activa

- Comunicación asertiva

3. Las técnicas de intervención:

- Dinámica de grupos
- Sensibilización

De igual manera el colaborar para una institución pública donde la demanda, y las exigencias de los pacientes son muchas y que en ocasiones el personal del centro no se da abasto o no es suficiente me ayudo a buscar y crear alternativas para enfrentar los diferentes conflictos que se presentaban diariamente.

- A nivel Personal

A nivel personal de igual manera quede satisfecha y orgullosa de mi misma pues al inicio del servicio social no me creía capaz de enfrentar este tipo de problemáticas, y aunque en algunos momentos ante algunos casos me sentía quebrada logre controlar mis emociones, y separar situaciones, para poder dar el apoyo requerido.

Además una de las preguntas del cuestionario hacía referencia al desempeño de las psicólogas encargadas del grupo. Las respuestas a la pregunta eran variadas, y en general positivas e incluso había agradecimientos por el apoyo brindado, por haber sido escuchadas/os, por las devoluciones e intervenciones que se les hacían así como por el manejo de las sesiones las cuales las hicieron sentir cómodas, en confianza y que sobre todo contribuyeron a su proceso terapéutico.

“El que alguien toque mi vida es un privilegio, tocar la vida de alguien es un honor, pero el ayudar a que otros toque sus propias vidas es un placer indescriptible.”

Anónimo.

RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS

Primero considero que si la institución brinda atención breve y de emergencia sería conveniente tener un Manual de Intervención Psicoterapéutica donde especifique cuantas sesiones deben de ser y qué objetivos se deben cumplir en cada una de ellas, pues aunque en su mayoría los psicólogos mencionan que se deben de dar dos o tres sesiones de valoración antes de derivar a grupo no todos lo hacen y derivan en la primera sesión, y desde mi punto de vista una sesión no basta para sensibilizar y determinar si la persona es apta para iniciar un proceso grupal y en su caso prepararla para dicha terapia. Como lo menciona la Norma Oficial Mexicana- Violencia familiar, sexual y contra las mujeres (2009) se deben establecer procedimientos específicos para la atención médica de las o los usuarios involucrados en violencia familiar o sexual en los servicios de salud mental.

Así mismo considero que sería conveniente replantear y modificar el plan de intervención psicoterapéutica y por supuesto que todos los psicólogos/as lo sigan independientemente de su manera muy personal de trabajar.

Como se observó el plan de intervención está limitado; quizá al tratarse de una institución pública que brinda terapia breve resulte complicado agregar temas o profundizar en estos, por el corto tiempo con el que se dispone; sin embargo considero que es posible si se parte en primer lugar de plantarse un objetivo u objetivos claros de la intervención psicoterapéutica. Y teniéndolos, el tiempo se podría aprovechar mejor si se realiza un encuadre firme y estable, y que este sea respetado por todos tanto psicólogos/as como pacientes.

En mi experiencia en terapia grupal pude observar que muchas veces el encuadre no se respeta, en específico me refiero a la hora, las sesiones de dos horas se convierten en sesiones de una hora y media o en ocasiones menos, que si se piensa a lo largo de las 12 sesiones que se brindan en terapia grupal se pierden

tres horas que podrían ser aprovechadas para abordar otros temas y así optimizar los resultados de la terapia.

Dado que el Centro brinda atención a todo aquel que lo solicite, es decir tanto a niños y niñas así como a hombres y mujeres, considero que sería importante contar con los materiales necesarios para una óptima atención pues en el caso de los niños como se menciona el juego es la principal herramienta para intervenir sin embargo no se cuenta con lo necesario para brindar la atención debida.

Como lo mencionan Sullivan y Everstine (1997). (Citados en Chávez, 2002) debe haber juguetes específicos en el consultorio por ejemplo: juguetes de regresión, material de dibujo, muñecos, juegos de mesa y cartas, juegos para impulsar la plática y la fantasía.

Y aunque el CTA cuenta con algunos de estos, desde mi punto de vista no tiene los más importantes. Si bien la Lic. Luz Chávez (2002) menciona que se cuenta con muñecos anatómicos sexuados (papa, mama, hija, hijo, abuelos, adolescentes). Actualmente no existen y esto limita la intervención con los menores

Sí, hay un par de muñecos anatómicos (hombre, mujer), para ayudar a los niños a identificar más fácilmente las diferentes partes de su cuerpo, y así poder hacer la diferencia de sus zonas íntimas y privadas, es decir, sus genitales. Pero no se utilizan ya que se encuentran en mal estado (sucio y roto) por ser utilizados de manera frecuente, o porque han estado abandonados. Aunque sería interesante utilizarlos y observar de qué manera simboliza el niño el muñeco en ese estado, ya que se puede sentir identificado con él y eso daría más elementos para la evaluación de la afectación que dejó el evento de agresión sexual en los menores.

En cuanto a la terapia grupal, como se mencionó el centro cuenta con diferentes grupos. En el caso de los niños más pequeños que no se les manda a terapia grupal por su nivel de desarrollo, pero que sí se envía a los padres a un grupo orientativo para que adquieran habilidades para afrontar la situación; en ocasiones

los grupos no se llenan, o se va postergando la fecha de inicio y en algunos casos terminan siendo cancelados, lo cual genera que los menores se queden sin recibir la atención adecuada por parte del centro y el manejo de la situación por parte de los padres y por lo tanto las secuelas pueden perdurar o agravarse. Quizá pueda haber un par de sesiones con los padres donde se les dé más información y orientación para poder manejar las situaciones que se puedan presentar más adelante; o bien que se atienda a los menores en terapia individual y para ello es necesario contar con el equipo para una adecuada intervención.

Otra cuestión importante a tratar es el tiempo con el que se dan las citas, en la mayoría de las ocasiones se alargan a tres o cuatro semanas, un poco por la demanda y otro por la falta de coordinación de la agenda que si bien es una cuestión de administración termina afectando a las personas que acuden a ser atendidas.

Considero que si una persona está acudiendo a pedir la ayuda por sí misma es porque realmente la necesita. Como lo marca la Norma Oficial Mexicana (NOM--046-SSA2-2005) (2009), los casos de violencia sexual y violación sexual son urgencias médicas y requieren atención inmediata. Pues al no recibir la atención lo más inmediatamente posible se pueden ver agravados algunos síntomas y/o signos tales como los sentimientos de desvalorización, inferioridad, sobre todo si detrás se trae una historia de rechazo en el ámbito familiar, social etc.

Así mismo considero que los psicólogos deberían recibir capacitaciones en donde se les actualice en algunos temas, e incluso sesiones de revisión de casos. Como lo menciona Luz Chávez (2002) el trabajo que se realiza en el CTA implica una gran responsabilidad dada la magnitud del problema. Es un trabajo en el cual las y los terapeutas requieren habilidades específicas como:

- Gran capacidad de empatía,
- Capacidad para establecer una buena comunicación,
- Capacidad de disfrutar el juego (terapia con niños),
- Tener resueltos conflictos sexuales,

- Tolerancia a la frustración y demora,
- Manejo amplio de información sobre el tema etc.

En cuanto a los pasantes considero que es necesario tener una plática introductoria sobre la manera de trabajar del centro y el enfoque que se maneja, pues nadie lo explica, el conocimiento se va adquiriendo de algunos pasantes o en ocasiones de los psicólogos con quien nos toca estar pero cada uno tiene su diferente punto de vista así como de trabajo, por lo tanto muchas cosas no quedan del todo claras.

Como pasantes también realizamos actividades administrativas por ejemplo canalizaciones a otras instituciones, integración de expedientes etc. Llenado de varios formatos y en su mayoría no se nos explica cómo se realiza o cada quien lo hace como se acomoda o como cree que es adecuado y entonces algunos expedientes son un caos.

Por último más allá de reparar un daño apelo a prevenirlo.

La NOM-046-SSA2-2005 plantea un par de puntos que toda institución dedicada al bienestar biopsicosocial del ser humano debe cumplir.

- Para combatir la violencia y promover la convivencia pacífica, es necesario fomentar relaciones de equidad entre las personas, mediante la construcción de una cultura basada en el reconocimiento y respeto de los derechos humanos.
- Las y los prestadores de servicios del sector público deberán participar en el diseño y ejecución de programas educativos para la prevención y detección temprana de la violencia familiar o sexual, dirigidos a la población en general.

También es necesario:

- Enseñar habilidades de autocuidado.
- Promover el empoderamiento.
- Promover la comunicación en la familia.

- Orientar a los padres para que aprendan a identificar señales de abuso, en muchos casos de adolescentes, habían sufrido la agresión desde niños y los padres no se dieron cuenta.

Es necesaria una reeducación de la sexualidad, empezando por reconocer nuestros derechos sexuales que también forman parte de nuestros derechos como seres humanos. Y que en el caso de las agresiones sexuales son los que se ven principalmente violados.

Hay que fortalecer la educación en derechos sexuales con miras a lograr conocimientos y conciencia de género para el empoderamiento de las niñas, los niños y las/os jóvenes; y el sentido igualitario de género entre estos. Se requiere priorizar una conciencia sexual sin dominación y el fortalecimiento de valores de respeto a la integridad y a la igualdad entre mujeres y hombres. (Lagarde, 2012)

También es importante una educación para la salud, que dote de recursos personales, relacionales y sociales para prevenir el maltrato fomentando las relaciones de buen trato. Hay que empezar a hablar y a poner énfasis en el buen trato, cambiar los valores y los conceptos. Aprender a decir no a lo que no nos guste, a pedir lo que deseemos y a respetar el sí o el no de otras personas. Valorarnos y valorar a los demás en sus diferencias. Respetar nuestro propio cuerpo y nuestra vida, así como respetar a las otras personas. Crear vínculos solidarios, afectivos y equitativos, (Sanz, 2004).

REFERENCIAS

- ACUERDO número A/009/91 del Procurador General de Justicia del Distrito Federal, por el que se creó el Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales como unidad administrativa especializada. Publicado el 27 de marzo de 1991 el Diario Oficial de la Federación.
- American Psychological Association. (2011). El camino de la resiliencia. Washington D.C.
- Bedolla, P. J. (2011). Contra el Hostigamiento Sexual en México. Tesis de Maestría en Psicología Clínica. Facultad de Psicología, UNAM. México.
- Bellak, L. & Small, L. (1980). Psicoterapia Breve y de Emergencia. Ed. Pax. México pág. 9.
- Cardiel, M. del R. & González, M. de los Á. (2008). Mujeres y Hombres: ¿Qué tan diferentes somos? Manual de Sensibilización en Perspectiva de Género. Instituto Jalisciense de las Mujeres.
- Carrillo, M. L. & Illescas, S. V. (2005). Programa Psicoterapéutico para Atención de Mujeres Abusadas en la Infancia Atendidas en la Defensoría de la Mujer de la Procuraduría de los Derechos Humanos. Escuela de Ciencias Psicológicas. Universidad de San Carlos. Guatemala.
- Cartilla por los Derechos Sexuales de las y los Jóvenes. (s/f). Redactada por Organizaciones de la Sociedad Civil y de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, basada en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. (2010). Atención Psicológica a Mujeres en Situación de Violencia Lineamientos y Protocolos. México.

Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales. (2015). Manual Administrativo. Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal.

Centro de Terapia de Apoyo, (s/f), Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal. <http://www.pgjdf.gob.mx/index.php/servicios/atencionvictimas/cta>

Chávez, M. L. (2002). Abuso Sexual Infantil y sus Indicadores Emocionales en el Test de la Figura Humana de Koppitz con fines Psicoterapéuticos. Reporte laboral de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM. México.

Código Penal del Distrito Federal. (18 de diciembre de 2014). Delitos contra la libertad y la seguridad sexuales y el normal desarrollo psicosexual.

- Recuperado de <http://www.aldf.gob.mx/>

Convención Americana Sobre Derechos Humanos. (1969). Conferencia Especializada Interamericana Sobre Derechos Humanos. Costa Rica.

Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer "Convención de Belém do Pará". (1996). República Federativa del Brasil.

Declaración Universal de los Derechos Humanos. (1948).

Del Corral, P. (s/f). Victimización primaria, secundaria y terciaria. Asistencia a las Víctimas de Experiencias Traumáticas. Universidad del País Vasco. España.

Dirección General de Política y Estadística Criminal. (2014). Informe Estadístico Delictivo en el Distrito Federal. Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal. Recuperado de <http://www.pgjdf.gob.mx/>

Dirección General de Política y Estadística Criminal. (2015). Informe Estadístico Delictivo en el Distrito Federal. Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal. Recuperado de <http://www.pgjdf.gob.mx/>

- Echeburúa, E. & Corral, P. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/>.
- Echeburúa, E. & Guerrica, C. (2011). Tratamiento Psicológico de las Víctimas de Abuso Sexual Infantil Intrafamiliar: Un Enfoque Integrador.
- Hernández, L. (25/12/2011). México es el primer lugar en violencia sexual: ONU. *Excelsior*. Recuperado de <http://www.excelsior.com.mx/>
- Incidencia Delictiva Del Fuero Común. (2014). Centro Nacional de Información. México.
- Incidencia Delictiva Del Fuero Común. (2015). Centro Nacional de Información. México.
- Instituto Nacional de las Mujeres. (s/f). El impacto de los estereotipos y los roles de género en México.
- Instituto Nacional de las Mujeres. (2007). Glosario de Genero. México.
- Instituto Nacional de las Mujeres. (2010). Modelo de abordaje psicoterapéutico para mujeres víctimas de violencia sexual. México. Recuperado de <http://cedoc.inmujeres.gob.mx/>
- Instituto Nacional de las Mujeres. (2009). Modelo de Atención a la violencia de género. México. Recuperado de <http://cedoc.inmujeres.gob.mx/>
- Kaufman, M. (1989). Hombres. Placer, Poder y Cambio. República Dominicana: CIPAF, 65-89p.
- Kaufman, M. (1995). Los hombres, el feminismo y las experiencias contradictorias del poder entre los hombres. Recuperado de <http://www.michaelkaufman.com/>
- Lagarde, M. (2012). El feminismo en mi vida: Hitos, claves y topias. Instituto de las Mujeres del Distrito Federal. Gobierno del Distrito Federal.

- Lamas, M. (1998). "Sexualidad y Género": La Voluntad de Saberse Feminista". En Sexualidad en México. Algunas aproximaciones desde la Perspectiva de las Ciencias Sociales. Comp. Ivonn Szasz y Susana Lerner. México: Colegio de México, 46-67p.
- Ley de Ley de Atención y Apoyo a las Víctimas de Delito para el Distrito Federal. (2003). Asamblea Legislativa del Distrito Federal, II legislatura.
- Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. (2013). Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión.
- Ley General de Víctimas. (20013). Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos.
- Maldonado, J. R. (2014). Encuadre Psicológico. Instituto de Salamanca. Colombia.
- Meléndez, Z. (2003). Propuesta de un Modelo de Intervención Psicoterapéutica en abuso sexual a niños y niñas. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología UNAM. México.
- Modelo de Atención Integral a Víctimas u Ofendidos de Delitos. (s/f). Procuraduría Social de Atención a Víctimas de Delitos. México.
- Modelo Integral de Atención a Víctimas. (2015). Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas. México.
- Nacional Sexual Violence Resource Center. (2005). Perspectivas globales de la violencia sexual: Conclusiones del Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Recuperado de <http://nsvrc.org/>
- Norma Oficial Mexicana (NOM). (2009). NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres.

- Navarro, A. (2013). La violencia sexual en México inicia en casa y en su mayoría queda impune. Recuperado de <http://mexico.cnn.com/salud/2013/03/11/>
- ONU Mujeres. (2012). Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Violencia sexual.
- Organización Panamericana de la Salud. (2002). Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Washington, D.C.
- Ortiz, E. & Flores, N. (2014). Violencia contra las mujeres. Boletín estadístico. Programa Universitario de estudios de Género (PUEG). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Pereda, N. (2010). Consecuencias Psicológicas a largo plazo del Abuso Sexual Infantil. Papeles del Psicólogo Vol. 31(2), pp. 191-201. Universidad de Barcelona.
- Pérez, E. A. (s/f). Modelo de Intervención Breve y de Emergencia para Niñas (os) Agredidas (os) Sexualmente. México.
- Pérez, C. (2001). Abuso sexual infantil, una documentación para su tratamiento. Tesina de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM. México.
- Rojas, L. (1996). Las semillas de la violencia. Ed. Espasa. España.
- Romero, M. L. (2006). Terapia Breve Cognitivo Conductual del Estrés Postraumático en Víctimas de Violación. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. UNAM. México.
- Sandoval, M. (2012). Resiliencia, fortaleza interior para superar abusos sexuales. Universidad San Sebastián. Chile.
- Sanmartín, J. (2010). Reflexiones sobre la Violencia. México.

- Sanz, F. (2004), Del Maltrato al Buen Trato, En: Ruiz-Jarobo, C. y Blanco, P. La violencia contra las mujeres. Prevención y detección. Cómo promover desde los Servicios Sanitarios relaciones autónomas, solidarias y gozosas. Madrid: Díaz de Santos pp. 1-14.
- Schongut, N. (2012). La construcción social de la masculinidad: poder, hegemonía y violencia. *Psicología, Conocimiento y Sociedad* 2 (2), 27-65. Universidad Autónoma de Barcelona. España.
- Solís, G. (2015). Modelo de Equidad de Género. Instituto Nacional de las Mujeres. México.
- Trejo, R. P. (2009). Propuesta de Intervención en Crisis bajo un Modelo Cognitivo Conductual para Mujeres que han sufrido Violación Sexual. Tesina de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. UNAM. México
- Urbina, J. (1989). El Psicólogo: formación, ejercicio profesional y perspectiva. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Vallejo, A. R. & Córdoba, M. I. (2012). Abuso sexual: Tratamiento y Atención. *Revista de Psicología* v.30 n.1 Lima. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/>