

243
2 es.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

REVISION DE DOS ENFOQUES TERAPEUTICOS
EMPLEADOS PARA TRATAR LAS SECUELAS DE LA
VICTIMIZACION SEXUAL

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
PRESENTA

CAROLINA ROMERO CIFUENTES

DIRECTORA: MTRA. SELMA GONZALEZ SERRATOS

MEXICO, D.F.

1998

259417

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está 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.

A mi familia con toda mi gratitud y amor

*A la maestra Selma González, cuya dedicación,
conocimiento y calidez me han marcado*

*A todas las personas que han compartido
conmigo su interés profesional y/o personal en el
campo de la violencia sexual*

A mis amigas y amigos con alegría

A mi

A Dios

Indice	
Indice	1
RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPITULO UNO. ASPECTOS GENERALES DE LA VICTIMIZACION SEXUAL	
1.1 Definición de conceptos básicos	4
1.1.1 Definición de violación	5
1.1.2 Definición de abuso sexual infantil	6
1.1.3 Definición de víctima y sobreviviente	7
1.1.4 Énfasis en la violencia o en la sexualidad.	8
1.2 Características de la violencia sexual	9
1.2.1 Características de la violación	10
1.2.2 Características del abuso sexual infantil	12
1.3 Consecuencias psicológicas de la violencia sexual	15
1.3.1 Consecuencias de la violación	16
1.3.2 Consecuencias del abuso sexual infantil	22
1.3.3 Similitudes en las experiencias de sobrevivientes de violación y de abuso sexual infantil	29
1.4 Delimitación del problema	30
CAPITULO DOS. INTERVENCION EN CRISIS	
2.1 Antecedentes de la intervención de crisis	34
2.2 Intervención en crisis por violación	35
2.3 Intervención en crisis por abuso sexual infantil	39
2.4 Efectividad y limitaciones de la intervención en crisis	42

CAPITULO TRES. TERAPIA CONDUCTUAL Y COGNITIVO CONDUCTUAL

3.1 Antecedentes teóricos	44
3.2 Estudios revisados	50
3.3 Metas terapéuticas	52
3.4 Técnicas terapéuticas	53
3.5 Evaluación del enfoque conductual y cognitivo conductual	62

CAPITULO CUATRO. TERAPIA PSICODINAMICA

4.1 Antecedentes teóricos	74
4.2 Estudios revisados	79
4.3 Metas terapéuticas	80
4.4 Técnicas terapéuticas	81
4.5 Evaluación del enfoque psicodinámico	101

CONCLUSIONES

TABLA 1. Visión general de las terapias conductuales y cognitivo- conductuales	112
--	-----

ANEXO 1. Instrumentos de medición utilizados para medir la eficacia de las técnicas terapéuticas en el enfoque cognitivo-conductual	117
---	-----

ANEXO 2. Instituciones y grupos que ofrecen atención psicológica para víctimas y sobrevivientes de agresión sexual en el distrito federal	122
---	-----

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	124
-----------------------------------	-----

RESUMEN

La violación y el abuso sexual infantil tienen secuelas psicológicas profundas y complejas en las y los sobrevivientes. El trastorno por estrés postraumático considera las consecuencias a corto, mediano y largo plazo. La intervención en crisis está indicada siempre que sea posible, sin embargo, en muchas ocasiones las personas no saben a dónde acudir, creen que la sintomatología no es grave o la red social desanima la búsqueda de tratamiento. Aun si contaron con intervención en crisis, muchas personas necesitan participar en un nuevo proceso psicoterapéutico. En ocasiones el motivo de consulta no es la victimización sexual y durante el tratamiento se abre la problemática.

Se presenta una revisión bibliográfica de la utilización del enfoque terapéutico cognitivo-conductual y del enfoque psicodinámico para tratar las secuelas de la victimización sexual en adultas(os). El proceso subyacente (evitación y/o acercamiento a la experiencia traumática) fue considerado al analizar las diferencias de los enfoques respecto a las metas terapéuticas, las técnicas terapéuticas y la efectividad reportada.

Los enfoques revisados representan dos formas de ver al mundo. El enfoque cognitivo-conductual se aproxima a la investigación a la manera de las ciencias naturales; se dirige hacia el cambio sintomático y/o al procesamiento cognoscitivo de la experiencia; utiliza procedimientos precisos, predeterminados y breves, midiendo su efectividad con instrumentos validados y confiabilizados estadísticamente. La técnica de desensibilización con movimientos de ojos y reprocesamiento, ha generado muchos estudios que apoyan su efectividad, a pesar de que sus bases teóricas no han sido explicadas. La exposición prolongada y el entrenamiento en inoculación de estrés también cuentan con apoyo experimental.

Por otro lado, el enfoque psicodinámico se preocupa de la comprensión de la vivencia de victimización en las y los sobrevivientes, así como en el terapeuta. Enfatiza los aspectos transferenciales y contratransferenciales en el proceso terapéutico, considerándolos una herramienta. Advierte sobre el riesgo de que la intervención terapéutica sea interpretada como una nueva victimización. Movilizar las defensas que impiden la resolución del conflicto sobre la agresión y reparar las relaciones objetales, permite una liberación real de la experiencia.

Los enfoques coinciden al señalar que la recuperación de la confianza en sí misma(o) y en el mundo es crucial en el trabajo terapéutico con sobrevivientes de victimización sexual.

Palabras clave: Violación, abuso sexual, sobrevivientes adultas(os), trastorno por estrés postraumático, terapia cognitivo conductual, terapia psicodinámica.

INTRODUCCION

El movimiento de lucha contra la violencia sexual, iniciado en México por grupos feministas desde los años setenta, logró causar impacto en la academia, en la legislación, en la atención a víctimas y sobrevivientes, y en la sociedad civil. Actualmente, se considera que la violencia contra las mujeres - víctimas mayoritarias aunque no exclusivas -, constituye una violación de los Derechos Humanos ante la cual los estados son responsables.

Por su alta incidencia y prevalencia, así como por las graves consecuencias médicas, psicológicas y sociales que genera, la violencia sexual es un problema de salud pública. De acuerdo con la Dra. Ruth González (1989), la atención profesional integral en agresión sexual debe ser un objetivo en la reestructuración de los servicios de salud pública.

En el terreno psicológico, la investigación científica empezó por estudiar las consecuencias a corto, mediano y largo plazo de las agresiones sexuales, así como la relación que éstas guardan con las circunstancias del suceso violento. Recientemente, la aplicación de diversas aproximaciones terapéuticas se ha visto reflejada en investigaciones acerca de su efectividad. La mayoría de estos estudios se han conducido en Estados Unidos de Norteamérica.

El Estado Mexicano proporciona atención psicoterapéutica en caso de denuncia. Algunas instituciones públicas cuentan con terapia para poblaciones especiales (como el programa del Instituto Nacional de Perinatología para mujeres embarazadas producto de abuso sexual). Muchas sobrevivientes, acuden a las organizaciones no gubernamentales o a los centros universitarios (ver anexo 2). Estos servicios por lo general ofrecen intervención en crisis y/o terapia en crisis o breve.

Para ofrecer servicios clínicos efectivos, es necesario contar con conocimientos objetivos acerca de las características de la violación y del abuso sexual infantil; de las consecuencias psicológicas a corto y a largo plazo; y de las técnicas terapéuticas cuya eficacia se ha demostrado. Las habilidades para manejar reacciones contratransferenciales hacia sobrevivientes de ataque sexual son también importantes (Latts y Gelso, 1995).

Los enfoques terapéuticos para tratar las secuelas de victimización sexual, se han generado realizando extrapolaciones de teorías y técnicas preexistentes. En este trabajo se pretendió revisar los dos enfoques que han tenido mayor aplicación en sobrevivientes adultos de violación y abuso sexual: el conductual y el psicodinámico (Dye y Roth, 1991).

El objetivo fue realizar una revisión teórica de la utilización de los enfoques cognitivo-conductual y psicodinámico en el tratamiento de secuelas de victimización sexual (violación o abuso sexual) en adultos, describiendo las metas propuestas, las técnicas terapéuticas y la efectividad reportada.

Su valor documental reside en la posible utilización por los clínicos que regular o circunstancialmente, ofrezcan servicios terapéuticos a esta población.

El capítulo uno contiene aspectos generales de la victimización sexual: definición de los conceptos básicos, descripción de las características de la violencia sexual, consecuencias psicológicas de la violencia sexual y delimitación del problema de investigación.

En el capítulo dos se presentan los antecedentes de la intervención en crisis, consideraciones para la intervención en crisis por violación y por abuso sexual infantil, además de las limitaciones de esta aproximación.

Los capítulos tres y cuatro tienen una estructura común que constituye la parte medular de este trabajo: el análisis de los enfoques terapéuticos cognitivo-conductual y psicodinámico para el tratamiento de las secuelas de la victimización sexual en sobrevivientes adultas de violación o abuso sexual. En el capítulo tres se analiza el enfoque cognitivo-conductual en términos de sus antecedentes teóricos, los estudios revisados, las metas terapéuticas, las técnicas terapéuticas y la evaluación del enfoque a partir de la efectividad reportada. Con esa misma estructura, se analiza en el capítulo cuatro el enfoque psicodinámico.

No se pretendió elegir una aproximación sobre la otra, así que en las conclusiones, se responden las preguntas de investigación, mismas que se centran en las diferencias entre los enfoques en términos de sus metas, técnicas y efectividad reportada.

CAPITULO UNO

ASPECTOS GENERALES DE LA VICTIMIZACION SEXUAL

1.1 DEFINICION DE CONCEPTOS BASICOS

Lo que aquí se denominará victimización sexual abarca una serie de situaciones que de acuerdo a las conductas que implican, la relación previa de la víctima con el agresor, la edad de la víctima y a las diferentes perspectivas profesionales desde las cuales son definidas, han sido llamadas: ataque sexual (Latts y Gelso, 1995), violación, intento de violación (Burgess y Holmstrom, 1974a), abuso sexual de esposas (Finkelhor e Yllo, 1985), violación sexual marital (Francia-Martínez, 1991; Russell, 1982, en Masters, Johnson y Kolodny, 1987), abuso sexual infantil o abuso sexual de niños (Crewdson, 1988; De la Garza, Díaz, Jiménez, Rivera y Morales, 1995; González, Azaola, Duarte y Lemus, s/f; Hall y Lloyd, 1989; Walters, 1975), maltrato sexual infantil (Faller, 1990), ataque sexual infantil (Adams y Fay, 1981), victimización sexual infantil (Finkelhor, 1979), incesto (Izcoa, 1991), agresión sexual (Cazorla, Samperio y Chirino, 1994).

El punto de vista desde el cual se nombra esta problemática depende en gran medida de aspectos históricos. Por ejemplo, los protectores infantiles consideran que la violencia sexual contra menores es una faceta del maltrato infantil, mientras el movimiento feminista lo ve como un subapartado del problema general de la violación (Finkelhor, 1979). Sin embargo, la realidad es más compleja y se resiste a clasificaciones simplistas. Hay que contemplar múltiples niveles para construir modelos explicativos que permitan aproximarse al entendimiento de los fenómenos.

En la investigación y en la práctica psicológicas existe la tendencia a separar en dos grandes rubros a esta problemática; por un lado la violación y por otro el abuso sexual infantil. A medida que los conocimientos relativos a sus causas, secuelas y técnicas terapéuticas aplicables se ha profundizado, esta diferenciación va disminuyendo.

Sin embargo, hay diferencias que no pueden ser pasadas por alto; en específico, el trabajo terapéutico con niños, no se puede comparar con el de las y los adultos. El desarrollo cognoscitivo, emocional y moral-ético de las niñas y los niños impide la utilización de técnicas terapéuticas apropiadas para adultas(os). En el presente trabajo no se abordan las técnicas de tratamiento psicológico con niños abusados sexualmente, únicamente se mencionan algunas recomendaciones para la intervención en crisis.

1.1.1 DEFINICION DE VIOLACION

Violar (del latín violare). 1. Infringir o quebrantar una ley o concepto. 2. Tener acceso carnal con una mujer por fuerza o hallándose privada de sentido, o cuando es menor de doce años. 3. Profanar un lugar sagrado. 4. Ajar o deslucir una cosa (Gran diccionario enciclopédico ilustrado, 1979).

Violación

1. (del latín violatio, -oris) acción y efecto de violar (Gran diccionario enciclopédico ilustrado, 1979).

2. Definición feminista. La violación de mujeres es una manifestación del poder diferencial entre los sexos (Aresti, Erres y Toto, 1982; Gagnon, 1980; Kolodny, 1985; Lagarde, 1989; Metzger, 1976).

3. Definición legal. En el Título decimoquinto: Delitos contra la libertad y el normal desarrollo psicosexual; del Código Penal (1996), dice que es la cópula realizada por medio de violencia física o moral con persona de cualquier sexo. Se entiende por cópula la introducción del miembro viril en el cuerpo de la víctima por vía vaginal, anal u oral. También se sanciona la introducción por vía vaginal o anal de un elemento o instrumento distinto al miembro viril, por medio de la violencia física o moral (Art. 265). Es un delito que se equipara a la violación la cópula con o sin violencia con persona menor de doce años o que no tenga la capacidad de comprender el significado del hecho, o por cualquier causa no pueda resistirlo (Art. 266).

4. Definición en el estudio de Finkelhor e Yllo (1985). Con sobrevivientes de violación marital, identificó cuatro tipos de coerción para tener sexo, todas ellas no placenteras:

1) Coerción social. Es la presión que siente la mujer como resultado de expectativas o convenciones sociales. Esta presión está institucionalizada en la ley, las costumbres y la religión, y es internalizada por las mujeres durante su crecimiento.

2) Coerción interpersonal. Ocurre cuando una mujer tiene sexo bajo amenazas que no son violentas en su naturaleza. Puede ser traumática y devastadora, aunque no haya fuerza física involucrada.

3) Amenaza de coerción física. Va desde una amenaza implícita de heridas si no coopera, hasta una amenaza explícita de asesinato.

4) Coerción física. Dominio físico o ataque por sorpresa.

Para su investigación ellos limitaron el término "violación" para las situaciones que involucraban fuerza física o amenaza de ella, aún reconociendo que los otros tipos de coerción pueden ser atemorizantes y traumáticos.

1.1.2 DEFINICION DE ABUSO SEXUAL INFANTIL

Abusar. 1. Usar mal, excesiva, injusta o indebidamente de algo o de alguien. 2. Aprovecharse de la debilidad o ignorancia de otro. 3. Hacer objeto de trato deshonesto a una persona de menor fuerza, experiencia, etcétera (Gran diccionario enciclopédico ilustrado, 1979).

Abuso sexual infantil.

1. Definición legal. Sin propósito de llegar a la cópula ejecutar actos sexuales en una persona menor de doce años o que no tenga la capacidad de comprender el significado del hecho o que por cualquier causa no pueda resistirlo, u obligar a ejecutarlo. Si se hace uso de violencia física o moral las sanciones aumentan (Art. 261 del Código Penal, 1996). Otro artículo de posible aplicación es el 201, referido a la corrupción de menores; sanciona al que procure o facilite la corrupción de un menor de dieciséis años o que no tenga la capacidad para comprender el significado del hecho, mediante actos de exhibicionismo corporal, lascivos o sexuales, o lo induzca a la prostitución, al homosexualismo y otras conductas. Los artículos 205 y 208 sancionan la explotación sexual por medio de la prostitución de menores con o sin violencia.

2. Las definiciones de abuso sexual infantil abundan en la literatura. Varian de acuerdo a las actividades abusivas que incluyen, la relación de la niña o niño con el abusador y la edad diferencial entre el niño o niña y el abusador.

Una de las definiciones más ampliamente usadas es la de Kempe y Kempe (1984, en Hall y Lloyd, 1989), que dice "El abuso sexual infantil es el involucramiento de niños y adolescentes evolutivamente inmaduros, en actos sexuales, los cuales no comprenden plenamente, y a los que no pueden dar consentimiento informado, y que violan los tabúes de los papeles sociales".

Esta definición ha sido criticada por: 1) no tomar en cuenta la posibilidad de fuerza, o la amenaza de fuerza usada por el abusador y 2) sugerir que algunos actos son abusivos solo porque no son socialmente aceptables (MacLeod y Saraga, 1988; en Hall y Lloyd, 1989).

SgROI (1982; en Hall y Lloyd, 1989) dice que: "El abuso sexual infantil es un acto sexual impuesto a un niño(a) que carece de un desarrollo emocional, maduracional y cognoscitivo. La habilidad para inducir a un(a) niño(a) a entrar en la relación sexual está basada en la posición todo poderosa y dominante del adulto o perpetrador mayor, la cual está en agudo contraste con la edad del niño o niña, su dependencia o su posición subordinada. La autoridad y el poder capacitan al perpetrador, implícita o directamente, a obligar al niño o a la niña al sometimiento sexual".

Sin duda, la búsqueda de una definición perfecta continuará. Cualquiera que sea el resultado, debería incluir los siguientes elementos:

- la traición a la confianza y responsabilidad;
- el abuso del poder;
- la incapacidad del niño o niña para consentir de forma razonada e informada;
- una indicación del amplio rango de actividades sexuales involucradas en el abuso (desde aquellas que no implican contacto físico, como los comentarios sexuales, el exhibicionismo o el voyeurismo, hasta la penetración de objetos o del pene);
- el uso de fuerza y/o amenazas por el agresor;
- la percepción del niño de una amenaza aún cuando el abuso no sea coercitivo, amenazante o violento.

Así, se reconocerá que el abuso sexual no solo cruza los límites físicos entre un(a) adulto(a) y un(a) niño o niña, sino que también constituye un abuso fundamental y una traición cometida al utilizar el poder que un adulto tiene en relación con un niño o niña (Hall y Lloyd, 1989).

Los instrumentos jurídicos que previenen y sancionan la comisión de actos sexualmente abusivos están limitados, no consideran las prácticas sin secuelas físicas observables que, sin embargo, pueden resultar igualmente dañinas (González, G. et al., s/f).

3. Las definiciones operacionales varían de estudio en estudio (Briere, 1992; Browne y Finkelhor, 1986; Fromuth y Burkhart, 1987; en Gold, Hughes y Swingle, 1996). Gold et al. (1996), señalan que tratar al abuso sexual como una variable dicotómica (ausente contra presente) es una gran sobresimplificación. Ellos sugieren usar los hallazgos empíricos acerca de las características del abuso como una guía para desarrollar criterios de categorización del abuso sexual en niveles de severidad.

1.1.3 DEFINICION DE VICTIMA Y SOBREVIVIENTE

Víctima (del latín *victima*). 1. persona o animal sacrificado o destinado al sacrificio. 2. el que padece por culpa ajena o causa fortuita. 3. persona que se expone a un grave riesgo en obsequio de otra (Gran diccionario enciclopédico ilustrado, 1979).

Víctima es una palabra con connotaciones de debilidad, impotencia y falta de control durante un ataque sexual (violación o abuso sexual infantil). Es apropiada para aplicarla a alguien durante el ataque. El uso de esta palabra

durante el proceso de recuperación y después puede tener un impacto en la imagen de sí misma de la persona, así como en la manera en que es tratada por los prestadores de servicios (Hardgrove, 1981/82, McCarthy, 1986).

Sobreviviente (del latín *supervivere*). 1. vivir uno después de la muerte de otro. 2. Vivir después de un determinado suceso, plazo o peligro (Gran diccionario enciclopédico ilustrado, 1979).

Sobreviviente es una palabra fuerte y movilizadora que se aplica a las personas que fueron victimizadas sexualmente (violadas o abusadas sexualmente en la infancia). La persona sobrevivió al ataque a través de sus propios recursos y no necesita verse o ser vista como una víctima para siempre. El proceso de "víctima" a "sobreviviente" puede ser visto como un continuo a lo largo del cual la persona progresa a medida que moviliza sus fortalezas para tratar con la crisis por agresión sexual (Hardgrove, 1981/82). La conceptualización de uno mismo como sobreviviente en vez de víctima, facilita un enfrentamiento más exitoso (McCarthy, 1986).

1.1.4 ENFASIS EN LA VIOLENCIA O EN LA SEXUALIDAD.

La negación cultural y la aceptación de los mitos relativos a la violencia sexual, han dificultado la emergencia de la violencia sexual como un problema de salud pública durante décadas. Estos temas ya han sido tratados (Hall y Lloyd, 1989; Olvera, 1987; Trujano, 1992). Aquí sólo serán discutidos algunos aspectos relacionados con el tratamiento, como la tendencia a culpar a la sobreviviente y a su familia, minimizando la responsabilidad del agresor.

Aunque en general las personas desaprueban un acto de violencia sexual, el rango de desacuerdo oscila entre el franco rechazo de un ataque bajo cualquier circunstancia y la responsabilización de la víctima. La aceptación de la idea preconcebida de que la víctima precipitó su desgracia puede llevar a relacionar este tipo de ataque con el placer. Enfatizar el aspecto violento reduce las atribuciones de culpa, responsabilidad, placer y previsibilidad a la víctima (Trujano, 1992).

Culparse a sí misma tiene efectos debilitantes sobre el funcionamiento y puede impedir el proceso de recuperación; de hecho, está asociado a una mayor sintomatología en sobrevivientes adultas de abuso sexual (Feinauer y Stuart, 1996) y de violación (Frazier, 1990).

1.2 CARACTERISTICAS DE LA VIOLENCIA SEXUAL

Los datos disponibles de violencia contra las mujeres son escasos y limitados, en su mayoría provienen de estudios locales, con poblaciones pequeñas y basados, muchas de las veces, en información cualitativa. Las dificultades para realizar estudios sobre la violencia contra las mujeres obedecen, en buena medida, a la negativa de las sobrevivientes para reconocer el hecho, ya sea por vergüenza o por temor a las represalias. Esto provoca que las denuncias legales sean esporádicas y sólo se presenten en casos extremos (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, *INEGI*, Fondo de Desarrollo de Naciones Unidas para la Mujer, *UNIFEM*, 1995).

En México, según los datos disponibles, la violación ocupa el quinto lugar dentro de la incidencia delictiva (Duarte y González, 1994). Tan sólo en las Agencias Especializadas en Delitos Sexuales del Distrito Federal, se denunciaron un promedio diario de 3.83 violaciones, es decir, 1400 anuales. Respecto al abuso sexual, las denuncias diarias promedio fueron 2.31, es decir, 843 anuales. El promedio total de denuncias por delitos sexuales asciende a 7.83 diarias, lo cual significa 2858 anuales. Dichas cifras corresponden al periodo comprendido de enero de 1995 a junio de 1997 (*La Jornada*, agosto 27, 1997).

Se estima que la cifra negra en delitos sexuales (el número de delitos que no son denunciados), oscila del 80 al 90 por ciento (*La Jornada*, agosto 27, 1997; Ruiz, 1989; en Kort, 1990). La cifra real de incidencia podría ir de 11215 a 22430 víctimas de abuso sexual o violación por año en el Distrito Federal.

El 50.7 por ciento de las víctimas de delitos sexuales (violación, abuso sexual, hostigamiento sexual, estupro) tienen entre 12 y 17 años, en el 60 por ciento de los casos, se trata de agresores conocidos por las víctimas. De los casos denunciados, el 87 por ciento de los agresores son hombres y el 90 por ciento de las víctimas, mujeres (*INEGI*, *UNIFEM*, 1995).

No existen estudios de prevalencia representativos de la población mexicana, sin embargo, la literatura existente sugiere que aproximadamente del 19 al 54 por ciento de las mujeres y del 9 al 19 por ciento de los varones en los Estados Unidos son victimizados sexualmente antes de los 18 años (Priest y Nishimura, 1995). En el caso de la violación, se encontró (Kilpatrick, Saunders, Veronen, Best y Von, 1987, en Kilpatrick y Calhoun, 1988) que el 23.3 por ciento de las mujeres adultas en una muestra comunitaria habían sido víctimas de violación completa durante su vida. Se estima que una de cada tres mujeres en E. U. será violada al menos una vez en su vida (Colao y Hunt, 1983; en Latts y Gelso, 1995). Lo que estos datos indican es que la violencia sexual es un problema significativo en la vida de muchos infantes y adultas(os).

1.2.1 CARACTERISTICAS DE LA VIOLACION

Muchos violadores son adolescentes o jóvenes, Amir (1971, en Salter, 1988) encontró que el 43.9 por ciento tenían menos de 20 años. Mulvihill et al. (1969; en Salter, 1988) reportan 20.9 por ciento de violadores menores de 18 años, con el 48 por ciento entre los 18 y los 25 años. Asimismo, las adolescentes están particularmente en riesgo de ser violadas (Amir, 1971; Katz y Mazur, 1979; Mulvihill, Tumin y Curtis, 1969; Russell, 1984; en Salter, 1988).

La victimización sexual no se puede predecir basándose en actitudes de la víctima, características de personalidad (Koss, 1985) o diagnósticos previos de trastorno de ansiedad generalizada, depresión mayor, fobia, abuso de alcohol o de drogas (Frank y Anderson, 1987). Los violadores buscan objetivos que les parecen vulnerables, más que mujeres vestidas de una manera particular o que tienen un aspecto concreto (Grossman y Sutherland, 1982 y 1983; en Masters et al., 1987).

En el estudio clínico realizado por la Dra. González (1989), se encontró que en México, las características de la violación son similares a las reportadas internacionalmente en cuanto al sexo de la víctima, sexo del victimario, edad de la víctima, lugar de comisión del delito, tipo de violación y violencia física.

Una forma de clasificar a la violación es la tipología propuesta por Burgess y Holmstrom (1980), misma que fue confirmada estadísticamente por Silverman, Kalick, Bowie y Edbril (1988) en poblaciones clínicas (N=1000). Según Bowie, Silverman, Kalick y Edbril (1990), existen dos tipos predominantes de ataque sexual:

1) **La violación súbita** es un ataque repentino y violento por un atacante desconocido, en el cual la víctima es inundada por una combinación de sorpresa y amenaza o uso real de fuerza.

Las víctimas de este tipo de violación es más probable que sean o hayan sido casadas, tengan un nivel educativo mayor, hayan trabajado en posiciones profesionales o en gerencias que sus contrapartes violadas por confianza. El miedo por la propia vida durante la violación es más frecuentemente reportado. El ataque generalmente ocurre en lugares que ella asume son seguros, como su propia casa. La víctima probablemente experimenta una amenaza real a su vida, ve un arma u otra persona implicada por el atacante. La resistencia es menos frecuente que en las contrapartes por confianza, los intentos de escapar de la situación fueron la mitad que en las violaciones por confianza.

2) **La violación por confianza** involucra algún tipo de interacción no violenta entre el violador y la víctima antes de que la intención del atacante para cometer la violación emerja.

Es más probable que las víctimas de violación por confianza hayan consumido alcohol o drogas, que hayan pasado algo de tiempo con el atacante

en un lugar público o privado, o en tránsito con él antes del ataque. La violación más probablemente tuvo lugar en la casa o auto del violador. Las sobrevivientes reportan más ira durante el incidente, y con mayor probabilidad ofrecieron resistencia, especialmente intentos de huir (Bowie et al., 1990). Además, esperaron más tiempo para buscar ayuda en el centro de crisis (Stewart, Hughes, Frank, Anderson, Kendall y West, 1987; Bowie et al., 1990).

Muchas mujeres que han sido atacadas no se conciben a sí mismas como víctimas, por lo cual es improbable que busquen ayuda después del ataque (Koss, Dinero y Seibel, 1988). Además, las mujeres que son violadas en un contexto social, están menos dispuestas a buscar ayuda, recibir atención médica o reportar la violación a la policía, que aquellas violadas por un extraño (Koss et al., 1988; Renner y Wackett, 1987). Los estudios basados en poblaciones clínicas tienen limitaciones de generalización, pues no consideran a éstas mujeres.

En un estudio de prevalencia con 323 mujeres de la población general en Boston, el 10 por ciento de ellas afirmaron que sus esposos usaron fuerza física o amenaza de fuerza física para intentar tener sexo con ellas. El 10 por ciento reportó haber sido asaltada sexualmente por un amigo con quien se citó, y sólo el 3 por ciento por un extraño. El total de mujeres asaltadas sexualmente fue 30 por ciento (Finkelhor e Yllo, 1985). Claramente, los ataques sexuales por un íntimo, incluidos los esposos, son el tipo de violación más común (Renner y Wackett, 1987).

Koss et al. (1988), también realizaron su investigación con una muestra extraída de la población general. Ellos clasificaron a la violación basándose en la relación con el agresor en dos grandes grupos: por desconocido y por conocido. De 489 sobrevivientes localizadas en una muestra de 3187 mujeres, 52 reportaron violación por desconocido y 416 por conocido. Subclasificaron la violación por conocido en: a) sin vínculo romántico (N=122), b) amigo con quien se cita casualmente (N=103), c) amigo con quien se cita constantemente (N=147) y d) esposo u otros miembros familiares (N=44).

Se encontraron diferencias en cuanto a las percepciones de las sobrevivientes acerca del ataque y su impacto; específicamente, los ataques por desconocidos fueron percibidos como más violentos que los de conocidos. Sin embargo, en el caso de los ataques que involucraban esposos o familiares, el grado de violencia fue equivalente a los de desconocidos (Koss et al., 1988).

La menor probabilidad de recibir amenazas de fuerza física o de sufrir heridas en las agresiones por conocidos (Renner y Wackett, 1987), es considerada como fuente de sentimientos de culpa en la sobreviviente, los cuales son reforzados por la gente, que generalmente piensa que la víctima debió arriesgarse a ser herida con tal de resistir el ataque (Harris y Parsons,

1985; Renner y Keith, 1985; Williams y Holmes, 1981; en Renner y Wackett, 1987).

En el estudio de Koss et al. (1988), las violaciones por desconocido tenían más probabilidad de involucrar a más de un agresor, pero generalmente ocurrían una sola vez. En contraste, las violaciones por conocidos eran perpetradas por un individuo, pero frecuentemente involucraban varios ataques del mismo agresor.

Prácticamente no encontraron diferencias en cuanto a la resistencia ofrecida a desconocidos o conocidos. Respecto a gritar y correr, las formas más efectivas de evitar la violación; si hubo diferencias. Aparentemente, las mujeres vacilaron o estaban menos preparadas psicológicamente para usar evitación activa cuando eran asaltadas por un conocido (Koss et al., 1988).

Finkelhor e Yllo (1985), entrevistaron a 50 mujeres violadas por un esposo y encontraron datos que esclarecen aspectos de este tipo de violación. La mitad de ellas fueron golpeadas, la mitad de ellas fueron asaltadas 20 o más veces, en la cuarta parte de los casos la violación ocurrió después de la separación o el divorcio. Un tercio fueron violadas analmente, un quinto de forma oral y un cuarto frente a otros (generalmente sus hijos).

Las violaciones maritales son eventos atemorizantes y brutales que generalmente ocurren en el contexto de una relación de explotación y destrucción. Las mujeres golpeadas tienen un riesgo de ataque sexual mayor; de un tercio a la mitad de ellas son víctimas de ataque sexual marital. Entre los golpeadores, aquellos que violan son los más violentos (Shields y Hanneka, 1981; en Finkelhor e Yllo, 1985).

Sin embargo, no todas las violaciones maritales se combinan con maltrato, muchos agresores utilizan sólo la fuerza necesaria para coaccionar al sexo a su esposa. Otros utilizan la fuerza para realizar actos sexuales extraños y perversos. Estos tres diferentes tipos de violación marital (violación de maltrato, fuerza sólo para violar y violación obsesiva) coincide casi por completo con la realizada por Groth (1979; en Finkelhor e Yllo, 1985), en violadores cuya motivación es la ira, el poder o el sadismo, respectivamente. La única diferencia es que el elemento obsesivo predomina sobre el uso del dolor infligido para generar placer en la tercera categoría.

1.2.2 CARACTERÍSTICAS DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL

Haciendo un resumen de la definición operacional de Faller (1990), se considerarán tres puntos: 1) tipos de conducta sexual, 2) parámetros que diferencian encuentros abusivos de los no abusivos, y 3) patrones de abuso sexual.

1) TIPOS DE CONDUCTA SEXUAL: sin contacto (comentarios sexuales, exhibicionismo, voyeurismo, fetichismo, llamadas telefónicas obscenas); manoseo del agresor a la niña o viceversa, sobre o debajo de la ropa; penetración digital u con objetos (en vagina o ano, del agresor al niño(a) o viceversa); sexo oral (besar, lamer, mordisquear, succionar o poner la lengua en boca, partes del cuerpo, senos, vagina, pene o ano), el agresor puede infligir estos actos en la víctima o requerir que se lo haga y, por último, penetración del pene (coito vaginal, coito anal), donde generalmente la víctima es penetrada por el agresor. Estas conductas no son abusivas si ocurren entre adultos que consienten.

Las conductas están presentadas de la menos a la más grave desde una perspectiva profesional. La víctima puede experimentar una interacción sexual relativamente no tan grave, como muy traumática. El abuso sexual inicial puede ser el punto menos penoso de un continuo, con el tiempo, el agresor puede emplear tipos de abuso más invasivos. Sin embargo, no siempre se encuentra una progresión.

2) PARAMETROS DE UNA RELACION ABUSIVA:

a) Involucra gente en diferentes etapas de desarrollo, generalmente por una edad diferencial significativa (cinco años ha sido la distancia comúnmente empleada). Otros factores son que a') el agresor posee un conocimiento superior sobre el sexo, a'') el acto es para el placer sexual del agresor y a''') existe poder diferencial entre víctima y agresor, el último en una posición de superioridad, este poder se ejerce mediante manipulación, amenazas o uso de fuerza. Esto implica que incluso entre niños(as) de la misma edad puede existir abuso. En algunos casos, la víctima puede ser mayor (Faller, 1990).

En un estudio canadiense, se concluyó que el 60 por ciento de las víctimas de menos de 16 años habían sido forzadas físicamente o amenazadas por el ofensor, el 9 por ciento de los hombres y el 19.9 por ciento de las mujeres reportaron heridas físicas durante el ataque (Salter, 1988).

b) La edad máxima para una víctima es por lo general 18 años. Los investigadores han influenciado, algunos usan 18, otros 16. La edad máxima puede variar de acuerdo al sexo, siendo menor para los varones. Otros toman en cuenta la edad diferencial entre víctima y agresor (Finkelhor, 1979b; Risin y Koss, 1987; en Faller, 1990). En México, la legislación sobre abuso sexual protege especialmente a menores de 12 años, considerando penalidades agravadas en esos casos (González, G. et al., s/f).

c) El consentimiento debe ser informado, es decir, que la niña o niño debe tener una apreciación completa del significado del encuentro sexual. Finkelhor (1979b; en Faller, 1990) arguye que una niña(o) no puede dar ese

consentimiento informado y que no es realmente libre para decir no. Así, las situaciones en las que un niño o niña está de acuerdo en cooperar o participar activamente son abusivas. Lo mismo en situaciones donde niñas(os) previamente victimizados y/o perturbados inician el encuentro sexual con adultos. Respecto a los adolescentes, el juicio es influenciado por la edad de consentimiento legal; es difícil llegar a una respuesta clara del corte.

3) PATRONES DE ABUSO SEXUAL:

a) Sexo en dúo. Es el patrón más común, hay un agresor y una víctima, estos encuentros son característicos en el abuso sexual dentro o fuera de la familia.

b) Sexo grupal. Puede involucrar más de una víctima y/o más de un agresor, como en familias con múltiples incestos o en guarderías.

c) Explotación sexual. Las niñas y los niños son utilizados para producir pornografía y en la prostitución (Burgess et al., 1984; Crewdson, 1988; Campagna y Poffenberger, 1988; Sasson, 1988; en Faller, 1990).

d) Círculos sexuales. Son establecimientos donde niñas(os) descuidados y con carencias, son seducidos con atenciones y regalos; una vez establecida una dependencia material y/o emocional, se les requiere sexo (Burgess et al., 1984; Crewdson, 1988; Faller, 1988a; en Faller, 1990).

e) Rituales de abuso sexual. Los rituales privados incluyen posturas determinadas (a menudo de sometimiento), afirmaciones, cánticos o tipos particulares de vestimenta, y deben ser seguidos estrictamente para gratificación del ofensor. Los rituales grupales a menudo incluyen prácticas ocultas, incluso satánicas. Este patrón de abuso genera controversia, hay quien dice que está muy extendido y quien duda de su existencia.

VARONES ABUSADOS SEXUALMENTE

Existe menos investigación acerca de varones abusados sexualmente en la infancia. Las creencias y suposiciones de los investigadores acerca del abuso; y las expectativas sociales que obstaculizan el reporte del abuso, pueden contribuir a un reporte menor para los varones (Finkelhor 1984 y 1986; en Heath, Bean y Feinauer, 1996). Estas diferencias en la probabilidad de reporte, puede llevar a la presentación de información errónea.

Al parecer, los varones tienen más riesgo fuera de casa que las mujeres, con lo que el abuso sexual incestuoso es menos común en ellos. Hay una gran posibilidad de que en los ataques sexuales a varones haya más de un niño afectado. Mientras más edad tengan parece que la coerción juega un papel más frecuente (Bolton, Morris y MacEachron, 1989).

Las diferencias de género en la socialización sexual puede afectar la percepción de las invitaciones sexuales. Cuando un varón es invitado a tener sexo con "una mujer mayor", puede experimentar esto como un cumplido y una oportunidad para aprender acerca del sexo y el placer (Faller, 1990). Rissin y Koss (1987; en Faller, 1990) encontraron a una gran proporción de estudiantes varones que afirmaron haber participado en encuentros sexuales con mujeres, los cuales en base a criterios de edad, podrían haberse considerado abusivos.

AGRESORAS SEXUALES

Algunos estudios (Brown, Hull y Panesis, 1984; Clark y Grier, 1987; Mathews, 1987; O'Connor, 1987; Wolfe, 1985; en Bolton et al., 1989) sugieren que el número de mujeres involucradas en abuso sexual, puede ser mayor de lo que se creía. Finkelhor (1984a; en Bolton et al., 1989), revisando los datos de la *American Humane Association*, encontró que las mujeres eran agresoras en el 14 por ciento de los casos donde la víctima era hombre, y en el 6 por ciento de los casos donde la víctima era mujer. Esto no significa que el abuso sexual cometido por mujeres se dirija predominantemente hacia varones; hay que recordar que la incidencia de abuso sexual en niñas es mayor que en niños, esto hace que el impacto absoluto sea mayor en niñas.

De acuerdo con Russell y Finkelhor (1984; en Bolton et al., 1989), la predominancia de hombres entre los agresores sexuales, se explica por diferencias culturales. Se enseña a las mujeres a preferir parejas mayores, más grandes y más poderosas; a no iniciar los contactos sexuales y a distinguir entre demostraciones de afecto sexuales y no sexuales. A los hombres se les enseña a ser agresivos y a vencer resistencias; la excitación sexual en los varones tiende a estar divorciada del contexto, además el éxito sexual es parte de la identidad masculina.

1.3 CONSECUENCIAS PSICOLOGICAS DE LA VIOLENCIA SEXUAL

El síndrome de trauma por violación (Burgess y Holmstrom, 1974a), y el trastorno del niño o niña abusado sexualmente (Corwin, 1985; en Finkelhor, 1988), fueron los primeros modelos explicativos de las consecuencias de la violencia sexual. Posteriormente el Trastorno por Estrés Posttraumático (TEPT) facilitó la consideración de los efectos a corto, mediano y largo plazo de la violación (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV, DSM-IV) y del abuso sexual infantil (DSM-IV, 1995; Finkelhor, 1988). Para

una revisión de la evolución del criterio diagnóstico para establecer el TEPT consúltese a Kort (1995).

Kilpatrick, Saunders, Veronen, Best y Von (1987; en Kilpatrick y Calhoun, 1988) encontraron que el 57.1 por ciento de las víctimas de violación desarrollaron TEPT y 17 años en promedio después de la violación, el 16.5 por ciento presentaban TEPT.

Como no todos(as) los y las sobrevivientes de violación o abuso sexual presentan TEPT, esto puede llevar a la suposición de que fueron menos traumatizados(as) (Finkelhor, 1988). Por tal motivo parece preferible delinear síndromes separados del TEPT. Finkelhor y Browne (1985, en Finkelhor, 1988) ya lo han hecho respecto al abuso sexual al presentar el "Modelo de Dinámicas Generadoras de Trauma del Abuso Sexual Infantil".

Respecto a las secuelas en poblaciones mexicanas, los hallazgos permiten concluir que la experiencia de las víctimas y sobrevivientes es similar a la de sus homólogos en otras culturas. Kort (1990) enumera las siguientes secuelas emocionales a largo plazo en mujeres violadas: desajuste sexual, falta de autoestima, depresión, reacciones somáticas, ansiedad, culpa, enojo, resentimiento, fobias y reacciones paranoides. González, A. (1996) en la investigación realizada con sobrevivientes adultas de abuso sexual con violación o sin violación, concluye que la agresión sexual se interrelaciona con el síndrome de estrés postraumático.

1.3.1 CONSECUENCIAS DE LA VIOLACION

SINDROME DE TRAUMA POR VIOLACION

Burgess y Holmstrom (1974a), configuraron este síndrome, que no difiere substancialmente de la reacción a otras experiencias traumáticas (Kolodny, 1985; Nadelson, 1989). Ellas dividen las reacciones a la violación en dos etapas:

1) FASE AGUDA: Se manifiesta en dos estilos emocionales; el estilo expresivo, donde el miedo, la ansiedad e ira se expresan llorando, riendo, con intranquilidad y tensión; y el estilo controlado, donde los sentimientos se enmascaran y hay una apariencia de calma. Los dos estilos son igual de frecuentes. Se presentan reacciones somáticas y psicoemocionales.

2) FASE DE REORGANIZACION: Es un proceso de enfrentamiento y reorganización, se presenta actividad motora mayor, se busca apoyo, aparecen pesadillas, reacciones fóbicas y miedos sexuales.

Este modelo señala dos fases, hay modelos más precisos con tres fases o más, tomando como base el modelo de reacción en situaciones de crisis. La diferencia más importante es que se distingue la fase de ajuste aparente, donde parece que la experiencia ha sido integrada y superada. Esto es para protegerse y proteger a los demás; subyace ira o resentimiento que necesita ser desplazado, pues no se ha dado una resolución al evento traumático ni de los sentimientos que despertó. Esta fase termina cuando algún evento rompe las defensas, precipitando la fase de integración y resolución, donde se da depresión y necesidad de hablar de la violación. La mujer logra reintegrar la imagen de sí misma a través de esclarecer sus pensamientos, aceptar la violación como algo en lo que ella no tuvo culpa o responsabilidad y de permitir la emergencia de la ira hacia el violador (Olvera, 1987).

CONSECUENCIAS A LARGO PLAZO DE LA VIOLACION

La elevación general de síntomas, tiende a disminuir en el cuarto mes después de una violación (Atkeson et al., 1982; Resick et al., 1981; en Bownes, O'Gorman y Sayers, 1991); pero los estudios de seguimiento y retrospectivos de sobrevivientes de violación han mostrado que una proporción de ellas continua sintomática años después del ataque (Kilpatrick et al., 1984; McCahill et al., 1979; Veronen y Kilpatrick, 1983; en Bownes et al., 1991).

En México, Kort (1990) investigó las secuelas emocionales a largo plazo (depresión, baja autoestima y ansiedad) y su relación con las circunstancias bajo las que se da la violación. Realizó su estudio con 49 mujeres violadas y 22 mujeres no violadas como grupo control. Las sobrevivientes de violación presentaron menos secuelas emocionales cuando recibieron apoyo familiar o de otros, si denunciaron al violador, si éste fue encarcelado, cuando hubo amenaza con arma, amenaza verbal o violación tumultuaria, también si había pasado menos de un año. Las secuelas fueron mayores si el violador era conocido o pariente, si fue golpeada, si había sufrido una violación anterior o fue su primera experiencia sexual; también si había pasado más de un año.

Las consecuencias psicológicas en sobrevivientes de violación marital son similares a las de otras sobrevivientes respecto a los recuerdos repentinos e intrusos (*flashbacks*), las pesadillas, las disfunciones sexuales, la culpa y el reproche a sí mismas, la aversión hacia la intimidad y el sexo, el miedo prolongado y agudo de ser asaltada otra vez. Un tercio de ellas reportaron incapacidad para confiar en los hombres (Finkelhor e Yllo, 1985). Russell (1982, en Finkelhor e Yllo, 1985), encontró que las sobrevivientes de violación marital reportaron mayores efectos a largo plazo que las víctimas de cualquier otro tipo de violación. Algunos traumas especiales que sufren son la traición, el sentirse atrapadas y el aislamiento.

La violación marital tiene un efecto especialmente dañino sobre la autoestima y la actitud de la mujer hacia los hombres, efecto que se puede separar del producido por el maltrato físico. Entre más frecuentes hayan sido las violaciones, los efectos a largo plazo son más severos, particularmente en el área de la autoestima, también es más probable que presenten síntomas psicósomáticos e intentos suicidas (Shields y Hanneke, 1981; en Finkelhor e Yllo, 1985).

En el estudio de Finkelhor e Yllo (1985) el 10 por ciento de las mujeres violadas en el matrimonio reportaron excitación sexual durante algunos ataques, especialmente si estos eran repetitivos. Lo que parece ser una adaptación práctica a circunstancias difíciles y dolorosas, ha sido señalada en la literatura sobre ataque sexual (Burgess, 1981; en Finkelhor e Yllo, 1985), a menudo complica las consecuencias pues las sobrevivientes se sienten cómplices y traidoras de sí mismas.

Los síntomas encontrados en sobrevivientes de violación marital se asemejan a aquellos reportados por rehenes y otras víctimas de terrorismo (Hillman, 1981; en Finkelhor e Yllo, 1985).

TRASTORNO POR ESTRES POSTRAUMÁTICO

Esta conceptualización, abarca el reconocimiento de que la exposición a un evento muy estresante puede persistir por muchos años. Notman y Nadelson (1976) incluyeron a la violación entre estos eventos. Este trastorno es un problema a largo plazo para una proporción significativa de sobrevivientes (Bownes et al., 1991).

En el DSM-IV, dice que: "La característica esencial del TEPT (siglas en inglés del trastorno por estrés postraumático) es la aparición de síntomas característicos que sigue a la exposición de un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, y donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física; el individuo es testimonio de un acontecimiento donde se producen muertes, heridos, o existe una amenaza para la vida de otras personas; o bien el individuo conoce a través de un familiar o cualquier otra persona cercana acontecimientos que implican muertes inesperadas o violentas, daño serio o peligro de muerte o heridas graves (Criterio A1). La respuesta del sujeto a este acontecimiento debe incluir temor, desesperanza y horrores intensos (o en las niñas y los niños un comportamiento desestructurado o agitado) (Criterio A2). El cuadro sintomático característico secundario a la exposición al intenso trauma debe incluir la presencia de reexperimentación persistente del acontecimiento traumático (Criterio B), de evitación persistente de los estímulos asociados a él y embotamiento de la capacidad de respuesta

del individuo (Criterio C), y de síntomas persistentes de activación (*arousal*) (Criterio D). El cuadro sintomático completo debe estar presente más de 1 mes (Criterio E) y provoca un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio F)".

El diagnóstico se establece si están presentes los Criterios A1 y A2; por lo menos un síntoma del Criterio B, tres o más síntomas del Criterio C, dos o más síntomas del criterio D, el Criterio E y el F.

En el DSM-IV se enumeran de forma no exhaustiva, acontecimientos que pueden originar TEPT, entre ellos se incluyen, los ataques personales violentos, como la agresión sexual. En las niñas y los niños, entre los acontecimientos traumáticos de carácter sexual pueden incluirse las experiencias sexuales inapropiadas para la edad, aun en ausencia de violencia o daño reales. El trastorno puede llegar a ser especialmente grave o duradero cuando el agente estresante es obra de otros seres humanos. La probabilidad de presentar este trastorno puede verse aumentada cuanto más intenso o más cerca físicamente se encuentre el agente estresante.

La reexperimentación del acontecimiento puede ser por recuerdos recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones; en las(os) niñas(os) esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma (Criterio B1); pesadillas recurrentes, en las(os) niñas(os) sueños terroríficos de contenido irreconocible (Criterio B2); los estados disociativos son muy poco frecuentes, pueden durar de pocos segundos hasta días, la persona se comporta como si en ese momento se encontrara en el suceso (Criterio B3). Si el individuo se expone a estímulos internos o externos que recuerdan o simbolizan un aspecto del acontecimiento traumático, suele experimentar un malestar psicológico intenso (Criterio B4) o respuestas de tipo fisiológico (Criterio B5).

La evitación puede manifestarse haciendo esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso (Criterio C1) y para eludir actividades, situaciones o personas que puedan hacer aflorar recuerdos sobre él (Criterio C2), puede presentarse amnesia sobre aspectos del acontecimiento (Criterio C3). El "embotamiento psíquico" o "anestesia emocional" puede manifestarse en la disminución del interés o participación en actividades que antes le resultaban gratificantes (Criterio C4), una sensación de alejamiento o enajenación de los demás (Criterio C5) o una acusada disminución de la capacidad para sentir emociones (especialmente las que hacen referencia a la intimidad, ternura y sexualidad) (Criterio C6). El individuo puede describir una sensación de futuro desolador (Criterio C7).

El sujeto con este trastorno padece constantemente síntomas de ansiedad o aumento de la activación (*arousal*) que no existían antes del trauma. Entre estos síntomas cabe citar la dificultad para conciliar o mantener el sueño

(Criterio D1), hipervigilancia (Criterio D4) y respuestas exageradas de sobresalto (Criterio D5). Algunos individuos manifiestan irritabilidad o ataques de ira (Criterio D2) o dificultades para concentrarse o ejecutar tareas (Criterio D3).

Entre las especificaciones de inicio y duración se encuentran: Agudo, si dura menos de 3 meses; Crónico, si dura 3 meses o más y De inicio demorado, si entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

En ocasiones las actividades que simulan o simbolizan el trauma original interfieren acusadamente con sus relaciones interpersonales, lo que puede dar lugar a conflictos conyugales, divorcio o pérdida del empleo. Cuando el agente estresante es de carácter interpersonal (como en la violencia sexual), puede aparecer: afectación del equilibrio afectivo; comportamiento impulsivo y autodestructivo; síntomas disociativos; molestias somáticas; sentimientos de inutilidad, vergüenza, desesperación o desesperanza; sensación de prejuicio permanente; pérdida de creencias anteriores; hostilidad, retraimiento social; sensación de peligro constante; deterioro de las relaciones con los demás, y alteración de las características de personalidad previas.

En este trastorno puede haber un mayor riesgo de presentar trastorno de angustia, agorafobia, trastorno obsesivo-compulsivo, fobia social, fobia específica, trastorno depresivo mayor, trastorno de somatización y trastorno relacionado con sustancias (DSM-IV, 1995).

Es importante señalar que la incidencia de violación por desconocidos, el uso de fuerza física, la presencia de armas y de heridas en la víctima, aumentan la probabilidad de presentar TEPT. En sobrevivientes que no presentan TEPT, algunos síntomas del síndrome si están presentes. Estos síntomas son los sueños recurrentes, indiferencia emocional y constricción del afecto (Bownes et al., 1991).

PROBLEMAS SEXUALES

El impacto de la violación en la vida sexual de las sobrevivientes ha sido ampliamente documentado. Burgess y Holmstrom (1979), en un estudio de seguimiento longitudinal, encontraron que dos tercios de las mujeres reportaron una disminución de la actividad sexual. La mitad de las sobrevivientes sexualmente activas mencionan tener recuerdos recurrentes e intrusos (*flashbacks*), la mayoría durante la actividad sexual. Otros síntomas son la aversión sexual, el vaginismo y la disfunción orgásmica. Entre más síntomas sexuales se reportaron, el periodo de recuperación fue más largo.

Feldman-Summers, Gordon y Meagher (1979), encontraron que la frecuencia y tipo de conducta sexual no se modificó. Sin embargo, disminuyó la

satisfacción sexual en conductas asociadas con la violación. En conductas autoeróticas o afectivas la satisfacción no cambió. Al parecer algunos residuos de las asociaciones dolorosas y de miedo adquiridas en la violación interfieren con el placer.

Becker, Skinner, Abel y Treacy (1982) y Becker, Skinner, Abel y Chichon (1986), estudiaron a 83 y a 471 mujeres sobrevivientes de violación y/o ataque incestuoso. Del 56 al 58.6 por ciento experimentaron disfunciones sexuales después del ataque. De ellas del 69.4 al 71 por ciento reportaron que el ataque sexual precipitó la disfunción. Los problemas sexuales más comunes fueron miedo al sexo, disfunciones de la excitación o del deseo (el 88.2 por ciento reportaron problemas de inhibición). La respuesta fisiológica es menos interferida, pero las sobrevivientes perciben el estímulo sexual como provocador de ansiedad o reetiquetan sus sentimientos sexuales como reducidos o inhibidos. Estos problemas son crónicos, ya que el 85 por ciento de ellas fueron vistas al menos un año después del ataque. La principal diferencia entre los problemas sexuales de las sobrevivientes de violación y las de ataque incestuoso, es la mayor incidencia de anorgasmia secundaria y primaria en las últimas. Esto sugiere que la naturaleza temprana de los ataques, y probablemente su cronicidad, inhiben el desarrollo de capacidades orgásmicas.

Nadelson et al. (1982) confirman la frecuencia y cronicidad de los problemas sexuales y señalan que el 25 por ciento de las 41 mujeres que estudiaron, evitaban totalmente cualquier relación sexual desde la violación.

Becker y Skinner (1983; en Gilbert y Cunningham, 1986) afirman que los intentos de identificar características de las sobrevivientes relacionadas con el desarrollo de problemas sexuales, no han sido exitosos.

Las explicaciones ofrecidas para el desarrollo de problemas sexuales después de un trauma sexual, generalmente mencionan el condicionamiento, el encadenamiento y el aprendizaje social (Becker, Skinner, Abel y Chichon, 1984; Becker, Skinner, Abel y Treacy, 1982; Becker, Skinner, Abel, Howell y Bruce, 1982; en Letourneau, Resnick, Kilpatrick, Saunders y Best; 1996); pero no explican el desarrollo de problemas sexuales que han sido reportados después de traumas no sexuales (Kaplan, 1989; Scrignar, 1987; Letourneau, Kilpatrick, Resnick, Schewe y Fruch, 1995; en Letourneau et al., 1996).

Letourneau et al. (1996), encontraron que el TEPT puede actuar como una variable moderadora en el desarrollo de problemas sexuales en mujeres con historias de trauma sexual o no sexual. Aparentemente, la violación y las heridas durante un ataque, predicen problemas sexuales en la medida en que están relacionadas con el desarrollo de TEPT.

1.3.2 CONSECUENCIAS DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL

CONSECUENCIAS A CORTO PLAZO DEL ABUSO SEXUAL

Las consecuencias a corto plazo pueden ser indicadores de la ocurrencia de abuso sexual en niños y niñas. Incluyen, según la descripción de Faller (1990):

1) Síntomas sexuales: las niñas y los niños que demuestran conducta sexual, poseen conocimiento sexual y/o hacen afirmaciones sobre actividades sexuales, necesitan ser evaluados por posible abuso sexual, sobre todo si estas manifestaciones no son atribuibles a información obtenida con compañeros o a la educación. Si presentan agresión sexual, abordaje sexual a mayores, conducta seductora o afirmaciones de abuso, hay que tener especial cuidado.

2) Síntomas no sexuales: trastornos del funcionamiento (problemas de sueño, alimentación, intestino o vejiga); problemas emocionales (depresión, preocupación, hiperactividad, ansiedad, fobias); problemas conductuales (agresión física, robos, crueldad hacia animales, incendios); retrasos en el desarrollo y/o problemas escolares. Como también pueden ser respuestas a otro tipo de trauma, es necesario realizar un interrogatorio sensible.

Es importante tener en cuenta que algunos niños(as) pueden estar experimentando abuso sexual o haber sido victimizados en el pasado y no manifestar signos abiertos del trauma. Según Conte y Berliner (1988; en Faller, 1990), de 369 víctimas, el 21 por ciento no presentaron síntomas. Es probable que los efectos sean sutiles o demorados o que la socialización del agresor (o de la familia), impida la revelación; los síntomas pueden ser interpretados como consecuencia de otras experiencias o como normales del desarrollo. Según Finkelhor (1984a; en Bolton et al., 1989), aun aquellos eventos que no parecen dejar una marca permanente, se recuerdan como un evento negativo y no placentero.

Adams-Tucker (1982; en Bolton et al., 1989) encontró que las niñas y los niños victimizadas(os) a temprana edad parecen recibir diagnósticos menos severos que los abusados sexualmente antes de o durante la adolescencia. Ser mujer, la falta de un adulto que apoye, la agresión por el padre, la agresión por más de un pariente y ser molestado genitualmente correlacionaron con un diagnóstico más severo. La variable más importante para reducir el trauma es la disponibilidad de un sistema de apoyo para el niño o la niña. Otras variables son la percepción del sobreviviente de su papel en el evento, la relación con el agresor y los mecanismos de enfrentamiento del niño o la niña.

Las mujeres que buscan terapia por los efectos traumáticos del abuso sexual en la infancia, reportan haber experimentado formas más extremas de abuso, con un inicio a más temprana edad, de mayor duración y por más agresores, de lo que ha sido encontrado en estudios con poblaciones no clínicas (Gold et al., 1996).

CONSECUENCIAS A LARGO PLAZO DEL ABUSO SEXUAL

Los efectos a largo plazo asociados con el abuso sexual infantil, sin importar el género son, conductas de acting-out, experiencias disociativas, tendencias suicidas, problemas sexuales, dificultades en relaciones hombre-mujer y autodestrucción (Bagley y Ramsay, 1985; Briere y Runtz, 1987; Briere y Zaidi, 1989; Jehu et al., 1984/85; Maltz, 1988; Peters, 1984; Sedney y Brooks, 1984; Wyatt y Mickey, 1987; en Heath et al., 1996).

Las diferencias entre géneros que han sido identificadas, sugieren que las mujeres tienden a internalizar, es decir, reportan más síntomas depresivos y relacionados con la ansiedad; mientras los hombres externalizan, reportando más abuso de sustancias y trastornos antisociales (Bagley y Ramsay, 1985; Briere y Runtz, 1987; Conte, 1986; Friedrich et al., 1987; Gomes-Schwartz et al., 1990; Mullen et al., 1988; Stein et al., 1988; en Heat et al., 1996).

Heath et al. (1996) estudiando a 55 varones y 437 mujeres abusados sexualmente en su infancia, encontraron que el predictor más importante de sintomatología traumática para ambos sexos fue la severidad del abuso. El trauma en las mujeres es influenciado por otros componentes de la experiencia abusiva, como la identidad y número de perpetradores, la duración de la experiencia y la presencia de abuso físico. Una explicación posible para este hallazgo puede encontrarse en el paradigma externalizar-internalizar (Conte, 1986; en Heat et al., 1996).

Feinauer, Mitchell, Harper y Dane (1996), reportaron que las sobrevivientes agredidas por su padre o padrastro, y cuyo abuso tuvo mayor duración y frecuencia, muestran mayores síntomas traumáticos. Buscando factores individuales que expliquen la variabilidad de las respuestas, encontraron que la fortaleza (*hardiness*) es un mecanismo de enfrentamiento exitoso que amortigua eventos estresantes como el abuso sexual infantil, su severidad, frecuencia, duración y la identidad del agresor. La fortaleza es una habilidad aprendida para enfrentarse con situaciones o eventos estresantes, de forma que sean transformados a un punto de vista positivo (Kobasa, 1980; en Feinauer et al., 1996). Incluye tres componentes interactivos: compromiso, reto y control (Maddi y Kobasa, 1991; en Feinauer et al., 1996).

El TEPT (descrito más arriba), ha sido el modelo más usado para explicar los efectos del abuso sexual infantil (Finkelhor, 1988). Su utilización ha permitido describir de forma estructurada los efectos del abuso sexual, estableciendo puentes con otros tipos de trauma (desastres naturales, víctimas de crímenes violentos, testigos de muerte violenta de una persona amada); también ha posibilitado la reducción del estigma de la victimización, al retar la idea de que el trauma es autoinfligido.

Sin embargo, el TEPT no incluye síntomas como el culparse a sí mismo, las tendencias suicidas, el abuso de sustancias y la tendencia a victimización subsecuente. Aunque el miedo, las imágenes intrusas y el adormecimiento de afectos y relaciones sociales coinciden con dicho diagnóstico. El TEPT localiza el trauma en el área afectiva, y en el abuso sexual también se afecta la cognoscitiva con creencias distorsionadas acerca del yo y de otros, culparse a sí mismo, mala información sexual y confusión sexual (Finkelhor, 1988).

Corwin (1985 en Finkelhor, 1988), al definir el “trastorno del niño abusado sexualmente” nota la importancia de la “conciencia inapropiada para la edad” acerca de la sexualidad, conocimientos e intereses prematuramente inculcados en el niño o niña.

González, A. (1996) en un estudio del TEPT en 51 sobrevivientes de abuso sexual, encontró tres componentes, y coincide con González, R. (1990 en González, A., 1996): “en cuanto al Síndrome Postraumático en Sobrevivientes de Agresión Sexual en la infancia, podemos afirmar que la conducta adulta se verá matizada por una necesidad constante de control (perdida en la infancia) a través de conductas extremas en el comportamiento general, y en particular en cuanto a la vida sexual: abstinencia vs. promiscuidad; erotización de las relaciones significativas vs. falta de afectividad de las relaciones eróticas; elección de relaciones de pareja victimizadoras vs. elección de relaciones de pareja igualitarias”.

Por las características únicas de las respuestas al abuso sexual, particularmente algo del trauma sexual, parece preferible delinear un síndrome separado. Este síndrome puede usar algunos de los conceptos y dinámicas descritos en el TEPT, pero mantener puntos específicos del abuso sexual. Esto recomiendan otros investigadores y clínicos (Briere y Runtz, 1988; Corwin, 1985 y Summit, 1983; en Finkelhor, 1988).

MODELO DE DINAMICAS GENERADORAS DE TRAUMA DEL ABUSO SEXUAL

Desarrollado por Finkelhor y Browne (1985; en Finkelhor, 1988), el Modelo de Dinámicas Generadoras de Trauma del Abuso Sexual Infantil, entiende a una dinámica generadora de trauma como una experiencia que altera la orientación

emocional o cognoscitiva de un(a) niño o niña hacia el mundo y causa trauma distorsionando el concepto de sí mismo, la visión del mundo o las capacidades afectivas.

El TEPT se incorpora en la distorsión de las capacidades afectivas. Las suposiciones incorrectas o disfuncionales inducidas por el agresor y los mecanismos de enfrentamiento que el niño desarrolla pueden ser adaptativos y bien integrados a la experiencia del abuso y sus consecuencias, pero pueden ser disfuncionales al enfrentarse con un mundo donde el abuso no es la norma.

Este modelo propone cuatro dinámicas generadoras de trauma que serán descritas a continuación:

A) Sexualización traumática

Esta dinámica se refiere a las condiciones del abuso sexual bajo las cuales la sexualidad del niño o la niña se desarrolla de manera inapropiada, a través de procesos como:

- 1) Ser recompensados por conducta sexual inapropiada a su nivel de desarrollo.
- 2) Aprender a usar la conducta sexual como una estrategia para manipular a otros y cubrir sus necesidades.
- 3) Fetichizar partes del cuerpo por la atención que reciben, dándoles una importancia y significado distorsionado.
- 4) Adquirir conceptos equivocados y confusos acerca de la conducta sexual y la moralidad sexual como resultado de cosas que los agresores les dicen o formas en que los ofensores se conducen.
- 5) Asociar memorias atemorizantes y no placenteras con la actividad sexual.

B) Traición

La niña o el niño descubre que alguien de quién depende le ha causado o desea causarle daño. A veces la traición ocurre en el primer abuso, al darse cuenta que la persona en quien confía lo trata sin importarle sus deseos o bienestar. En otros casos, la niña o el niño experimenta la traición al darse cuenta de que cayó en la trampa de hacer algo malo a través del uso de mentiras o tergiversaciones.

Muchos(as) niños(as) experimentan su mayor sensación de traición cuando hallan que sus madres (u otras personas importantes) no son capaces o no quieren creerles y protegerlos (Herman, 1981; en Finkelhor, 1988). Incluso si los protegen, las niñas y los niños pequeños creen que sus padres son omnipotentes y capaces de resguardarlos del daño, lo cual no siempre es así.

C) Estigmatización

Se refiere a los mensajes negativos acerca del yo (malo, poco valioso, vergonzoso, culpable) que son comunicados al niño o a la niña alrededor de la experiencia. Estos mensajes son comunicados directa o indirectamente por el agresor o por el entorno social antes o durante el reporte. Aun si un(a) niño o niña no es etiquetado o culpado, el hecho de haber sido una víctima, o de la destrucción de sus suposiciones sobre el mundo, es probable que impulse al niño o niña a buscar atribuirse a sí mismo(a) la culpa para explicar “porqué me pasó a mí” o “porqué fui escogido”.

La estigmatización varía con el género, los niños pueden ser más estigmatizados por las connotaciones homosexuales de su abuso mientras las niñas sufren de la atribución de “mercancías dañadas” (Rogers y Terry, 1984; en Finkelhor, 1988).

D) Impotencia

Hay dos componentes principales de esta dinámica generadora de trauma: 1) La voluntad, deseos y sensación de eficacia son repetidamente gobernados y frustrados, y 2) El niño o la niña experimenta la amenaza de daño o aniquilación.

Tal vez la forma más básica de impotencia es la experiencia de la invasión repetida del espacio corporal contra nuestro deseo, ya sea que ocurra a través de la fuerza o del engaño. Otra forma central de impotencia es la experiencia de violencia, coerción y amenaza a la vida y al cuerpo que ocurre en algunos tipos de abuso sexual, especialmente si el niño resiste luchando, corriendo o tratando de escapar y es frustrado(a) en sus esfuerzos por terminar el abuso.

Finalmente, al revelar el abuso, la impotencia se incrementa enormemente, de forma inesperada y devastadora, al encontrarse incapaces de controlar las decisiones del mundo adulto y los eventos no deseados como la separación de la familia y las investigaciones policíacas, además de la terminación del abuso.

EFFECTOS Y SINTOMAS ASOCIADOS A LAS DINAMICAS

A) Sexualización traumática

El impacto de la sexualización traumática se observa en la conducta sintomática de muchos(as) niños(as) pequeños(as): preocupaciones sexuales, masturbación compulsiva, juego sexual, conductas y conocimientos sexuales inapropiados a su grupo de edad (Adams-Tucker, 1981; Corwin, 1985;

Friedrich, Urquiza y Beilke, 1986; Gomes-Schwartz, Horowitz y Sauzier, 1985; en Finkelhor, 1988).

Algunos niños, especialmente varones, llegan a ser sexualmente agresivos y empiezan a victimizar a pares o a niños menores. Otros llegan a ser sexualmente promiscuos (Browning y Boatman, 1977; Weiss et al., 1955; en Finkelhor, 1988). Este tipo de información ha llevado a especular sobre la naturaleza cíclica de la victimización sexual en niños. Según Finkelhor (1984; en Bolton et al., 1989), no es la mayoría de los niños abusados sexualmente quienes llegan a ser perpetradores o parientes de víctimas. Aunque el riesgo parece aumentar, las experiencias de apoyo emocional con padres no agresores y otros adultos, parecen ser críticas para detener la repetición potencial del abuso en la niñez (Kaufman y Zigler, 1987; en Bolton et al., 1989).

Entre adultos se encuentran problemas sexuales, incluyendo aversión al sexo, recuerdos repentinos e intrusos durante el sexo, dificultades con la excitación y el orgasmo (Briere, 1984; Courtois, 1979; Langmade, 1983; Tsai y Wagner, 1978; en Finkelhor, 1988). Otros sexualizan inapropiadamente a sus hijos en formas que llevan a abuso sexual o abuso físico (Gelinas, 1983; Herman y Hirschman, 1977; Justice y Justice, 1979; Steele y Alexander, 1981; Summit y Kryso, 1978; en Finkelhor, 1988).

B) Traición

La depresión, notada en muchos estudios, posiblemente es resultado del desencanto, desilusión y pérdida de una figura confiable (Adams-Tucker, 1981; Benward y Densen-Gerber, 1975; Browning y Boatman, 1977; Herman, 1981; Peters, 1988; en Finkelhor, 1988). Otro síntoma relacionado es la dependencia extrema y conducta de apego en niños y niñas pequeños (as) (Jones y Bentowim, s. f.; Lusting et al., 1966; en Finkelhor, 1988). La misma necesidad puede mostrarse en la adultez en forma de una búsqueda desesperada de una relación redentora (Steele y Alexander, 1981; Summit, 1983; en Finkelhor, 1988) o de juicios deteriorados acerca de la confiabilidad de otra gente (Briere, 1984; Courtois, 1979; Gelinas, 1983; Tsai y Wagner, 1978. En Finkelhor, 1988). Cuando los estudios muestran la vulnerabilidad de sobrevivientes de abuso físico, psicológico y sexual (Briere, 1984; De Young, 1982; Fromuth, 1986; Herman, 1981; Miller et al., 1978; Russell, 1983; en Finkelhor, 1988) y su dificultad para reconocer una pareja que puede llegar a ser sexualmente abusiva de sus hijos, el factor subyacente puede ser la marcada dependencia y el juicio deteriorado.

La hostilidad y enojo (Briere, 1984; Courtois, 1979; Peters, 1976; en Finkelhor, 1988), la desconfianza en los hombres o relaciones íntimas en general, tener una historia de relaciones o matrimonios fallidos (Courtois, 1979;

DeYoung, 1982; Herman, 1981; Meiselman, 1978; en Finkelhor, 1988) pueden ser formas de protegerse de más traiciones o de vengarse.

C) Estigmatización

Otros efectos del abuso sexual se agrupan naturalmente en relación a la dinámica que hemos llamado estigmatización. Los reportes indican que las y los sobrevivientes a menudo se sientan aisladas(os) y gravitan en niveles de la sociedad estigmatizados; por ejemplo entre abusadores de drogas, subculturas criminales o en la prostitución (Benward y Densen-Gerber, 1975; Briere, 1984; Silbert y Pines, 1981; en Finkelhor, 1988). Cuando alcanza formas extremas, la estigmatización aparece en forma de conducta autodestructiva e intentos suicidas (Bagley y Ramsay, 1986; Briere, 1984; DeYoung, 1982; Herman, 1981; en Finkelhor, 1988). Las sobrevivientes de abuso sexual a menudo califican con baja autoestima en pruebas psicológicas (Bagley y Ramsay, 1986; en Finkelhor, 1988). Muchas sobrevivientes creen que son la única persona que ha tenido esta experiencia y que otros las rechazarán si descubren este secreto (Benward y Densen-Gerber, 1975; Courtois, 1979; Herman y Hirschman, 1977; en Finkelhor, 1988).

D) Impotencia

La dinámica de impotencia en abuso sexual parece conectada a tres agrupamientos de efectos algo distintos. El primer agrupamiento incluye miedo y ansiedad, lo cual refleja la experiencia de haber sido incapaz de controlar un evento dañino, y los síntomas del TEPT: pesadillas, fobias, vigilancia excesiva, disociación, quejas somáticas, problemas en el sueño, adormecimiento del afecto. Estos síntomas son notados en niños y niñas, jóvenes y adultos(as) (Adams-Tucker, 1981; Anderson, Bach y Griffith, 1981; Briere, 1984; Browning y Boatman, 1977; Burgess y Holmstrom, 1978; DeFrancis, 1969; Gelinas, 1983; Goodwin, 1982; Justice y Justice, 1979; Kaufman, Peck y Tagiuri, 1954; Peters, 1976; Sloan y Karpinski, 1942; Summit, 1983; Tuft's New England Medical Center, 1984; en Finkelhor, 1988).

El segundo agrupamiento es el deterioro de las habilidades de enfrentamiento de una persona. Habiendo sido frustrada(o) en el intento de protegerse a si misma(o), la/el sobreviviente tiene un bajo sentido de eficacia. Esto se traduce en problemas de aprendizaje y dificultades escolares, problemas laborales, huir de casa, desesperación y depresión (Adams-Tucker, 1981; Anderson, Bach y Griffith, 1981; Browning y Boatman, 1977; Herman, 1981; Kaufman, et al., 1954; Meiselman, 1978; Peters, 1976; en Finkelhor, 1988).

Finalmente, la impotencia puede producir una reacción compensatoria, una necesidad inusual de controlar o dominar, vista particularmente en varones (Groth, 1979; Rogers y Terry, 1984; en Finkelhor, 1988).

EL MODELO DE FINKELHOR Y BROWNE EN ADULTOS

Finkelhor y Browne se refirieron a las dinámicas generadoras de trauma durante el abuso en la infancia. Coffey, Leitenberg, Henning, Turner y Bennet (1996), hipotetizaron que los pensamientos y sentimientos internalizados respecto al abuso, aun podrían estar jugando un papel en el ajuste de sobrevivientes adultas. No estimaron la sexualización traumática, por considerarla poco relacionada con la mediación cognoscitiva; en su lugar, aumentaron la dimensión auto-culpa. En la auto-culpa, el sobreviviente se siente responsable por la ocurrencia del abuso y/o por no finalizarlo más pronto, atribuyéndolo a una falla en su carácter o conducta.

Los resultados sugieren que las percepciones actuales de estigma y auto-culpa, median la relación entre una experiencia de abuso sexual infantil y el ajuste adulto. El nivel de actividad sexual fue la única característica del abuso que explica la varianza de las variables mediadoras. Las dinámicas de impotencia y traición pueden mediar el ajuste durante la infancia, más que en la edad adulta (Coffey et al., 1996).

1.3.3 SIMILITUDES EN LAS EXPERIENCIAS DE SOBREVIVIENTES DE VIOLACION Y DE ABUSO SEXUAL INFANTIL

El abuso sexual comúnmente es visto como un trauma continuo ocurrido en la infancia, donde el perpetrador es un adulto conocido del sobreviviente. En contraste, la violación es vista como un evento único en el cual el perpetrador es desconocido del sobreviviente, y donde el miedo de morir o resultar herido es más importante que la violación de la confianza. Aunque muchos investigadores han intentado estudiar diferentes formas de trauma sexual separadamente, una mirada a la violación y al incesto revelan que estas experiencias existen en un continuo (Dye y Roth, 1991).

Horowitz (1986; en Dye y Roth, 1991), señala que existen importantes similitudes entre las experiencias de sobrevivientes de una amplia variedad de traumas. El trauma representa una ruptura de los esquemas preexistentes acerca del yo y del mundo, tales como que uno es una buena persona y que el mundo es un lugar seguro y justo, donde las cosas malas no le pasan a la gente sin razón.

La alienación y la falta de apoyo social e institucional son compartidos por las sobrevivientes de abuso sexual y violación (así como por los sobrevivientes de la guerra). El ataque por un extraño es un evento poco probable (aproximadamente el 20 por ciento de todos los casos), además, la victimización repetida es frecuente. Los sentimientos de violación por poder de alguien en quien se confía, son compartidos por sobrevivientes de diferentes tipos de ataque sexual. Aún en caso de ataque por un extraño, las sobrevivientes experimentan una pérdida de confianza en la seguridad del mundo, pueden sentirse traicionadas y desconfiar de otros.

Los síntomas experimentados después del trauma son similares para sobrevivientes de ambos tipos de ataque, por lo cual se han incluido como eventos que precipitan el TEPT (DSM-IV, 1995).

1.4 DELIMITACION DEL PROBLEMA

Por las razones expuestas, los psicólogos clínicos necesitan estar preparados para atender sobrevivientes de agresiones sexuales no recientes. En este trabajo de tesis, con el propósito de revisar los enfoques que han tenido mayor aplicación, se planteó un objetivo central y tres preguntas de investigación.

OBJETIVO:

Realizar una revisión teórica de la utilización de los enfoques cognitivo-conductual y psicodinámico en el tratamiento de secuelas de victimización sexual (violación o abuso sexual) en adultos, describiendo las metas propuestas, las técnicas terapéuticas y la efectividad reportada.

PREGUNTAS DE INVESTIGACION:

En el trabajo terapéutico con sobrevivientes adultas de violación o de abuso sexual:

¿Cuáles son las diferencias entre las metas del enfoque cognitivo-conductual (ECC) y las metas del enfoque psicodinámico (EP)?

¿Cuáles son las diferencias entre las técnicas terapéuticas utilizadas por el ECC y el EP?

¿Qué indican las evaluaciones empíricas existentes acerca de la efectividad del ECC y el EP?

METODOLOGIA:

El procedimiento empleado para cubrir el objetivos planteados fue: 1) revisar la base de datos en disco compacto Psyclit, buscando revistas especializadas, reportes de investigación y artículos que incluyeran como palabras clave abuso sexual, violación, y/o trastorno por estrés postraumático, cruzándolas con terapia y/o tratamiento (periodo comprendido entre enero de 1990 y diciembre de 1996); 2) revisar la base de datos en internet Psyclit, buscando la misma información que en el punto 1, hasta 1997; 3) en los artículos localizados con base en los puntos 1 y 2, identificar las referencias “clásicas”, es decir aquellas que aparecen con mayor frecuencia; 4) revisar los bancos de datos de tesis de licenciatura, maestría y doctorado sobre violación y abuso sexual.

Posteriormente, se acudió a los centros de documentación pertinentes para captar los documentos, se reunió la información en fichas de trabajo. Se identificaron las metas, técnicas terapéuticas y efectividad reportada en el tratamiento de sobrevivientes adultos de violación y abuso sexual tanto en el enfoque cognoscitivo conductual como en el enfoque psicodinámico.

Se resumió esta información y se escribieron los capítulos, utilizando el modelo de Dye y Roth (1991) para comprender el proceso de enfrentamiento subyacente a cada enfoque terapéutico descrito. Se hicieron conclusiones para cada enfoque por separado y conclusiones globales del trabajo.

MARCO TEORICO O DE REFERENCIA:

Dye y Roth (1991), afirman que las suposiciones subyacentes acerca del proceso de enfrentamiento al estrés postraumático son aun más importantes que las técnicas utilizadas.

Roth y Cohen (1986, en Dye y Roth, 1991) dividen la actividad cognoscitiva y emocional de un individuo durante el proceso de enfrentarse al estrés en dos categorías: acercamiento y evitación. Ambas estrategias tienen ventajas y desventajas potenciales para el proceso de enfrentamiento.

La evitación es definida por dichos autores como la actividad psicológica dirigida lejos de la amenaza; reduce la ansiedad del individuo y le permite manejar otros aspectos de su vida. Sin embargo, se hipotetiza que la represión del trauma puede llevar a síntomas tales como recuerdos repentinos e intrusos, conductas de evitación disruptivas y embotamiento psíquico. El individuo que evita, no puede percibir o aprender maneras de escapar de o de resolver la experiencia de estrés.

El acercamiento es definido como la actividad psicológica dirigida hacia la amenaza; permite experimentar la emoción asociada con el trauma, entender e integrar la experiencia traumática con suposiciones previas acerca de uno mismo. No obstante, el acercamiento puede incrementar la angustia, sobrecargando emocionalmente al individuo e interfiriendo con su habilidad para funcionar eficazmente.

En la situación ideal, el individuo que ha sufrido un evento traumático dosifica la cantidad de material cargado emocionalmente; alternando el acercamiento y la evitación hasta que es capaz de integrar el trauma. No obstante, en caso de eventos severamente traumáticos, tales como el ataque sexual, muchos individuos son incapaces de completar exitosamente este proceso de integración y se quedan "atorados" en un acercamiento o una evitación sin éxito (Roth y Cohen, 1986, en Dye y Roth, 1991).

Las terapias de acercamiento están basadas en la suposición de que para enfrentarse óptimamente con un evento traumático, el individuo debe trabajar directamente en sentimientos, pensamientos, o miedos relacionados con el trauma. A menudo su meta es ayudar al individuo a entender el trauma y su significado e integrar la experiencia en su personalidad. De acuerdo a este punto de vista, el afecto debe ser descargado durante el proceso de integración. La mayoría de estas terapias ven a los síntomas como señales de que el trauma no ha sido adecuadamente entendido e incorporado.

Por otra parte, las terapias de evitación se basan en la suposición de que el proceso de enfrentarse al trauma puede ser mejorado moviéndose psicológicamente lejos del trauma y dejándolo atrás. Los síntomas son tratados como el problema "real". No se intenta buscar un problema más profundo, el acercamiento al trauma es visto como un incremento innecesario de la ansiedad y la preocupación por el trauma. La suposición es que, aun cuando la integración sería óptima, esta no es posible para muchos individuos severamente traumatizados.

La mayoría de los enfoques terapéuticos que han sido usados con sobrevivientes de agresión sexual ponen énfasis ya sea en el acercamiento o en la evitación. También difieren respecto a la importancia que ponen en la integración de la experiencia traumática. Hay que reconocer que algunas estrategias incluyen elementos tanto de acercamiento como de evitación, y que muchos clínicos combinan diferentes técnicas en su trabajo con sobrevivientes de trauma sexual (Dye y Roth, 1991).

En la terapia del trastorno por estrés postraumático, se recomienda proporcionar atención terapéutica lo más pronto posible después del trauma (Schwarz y Prout, 1991). Por esto, en el capítulo dos se presenta la intervención en crisis, aproximación indicada siempre que sea posible. En el apartado 2.4, al considerar la efectividad y limitaciones de dicho enfoque, se

presentan argumentos adicionales que justifican la necesidad de psicoterapia para sobrevivientes adultos de la victimización sexual, foco del presente trabajo.

En los capítulos tres y cuatro se revisan dos de los enfoques que han tenido mayor aplicación: la terapia cognitivo-conductual y la terapia psicodinámica. La respuesta a las preguntas de investigación es presentada en las conclusiones del trabajo; así como las aportaciones y limitaciones.

CAPITULO DOS INTERVENCION EN CRISIS

2.1 ANTECEDENTES DE LA INTERVENCION EN CRISIS

Los antecedentes de la intervención en crisis se remontan a los trabajos de Lindemann (1944; en Slaikou, 1984) acerca del duelo y a la teoría de crisis desarrollada por Caplan (1964; en Slaikou, 1984). En los años sesenta y setenta se implementaron en Estados Unidos programas de intervención en crisis, surgió literatura acerca del enfoque, se valoró la eficacia en cuanto al costo para proporcionar servicios de salud completos y sobre todo se reconoció su carácter humanista como herramienta útil en la prevención de psicopatología (Slaikou, 1984).

Según Slaikou (1984), “una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente, por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo”. La intervención en crisis es “Un proceso de ayuda dirigida a auxiliar a una persona o familia a soportar un suceso traumático de modo que la probabilidad de debilitar los efectos (estigmas emocionales, daño físico) se aminore y la probabilidad de crecimiento (nuevas habilidades, perspectivas en la vida, más opciones de vida) se incremente”.

Una crisis es el tiempo óptimo para la intervención efectiva, la cual puede facilitar no sólo la resolución del individuo de la crisis específica, sino apoyar el crecimiento personal (Brandon, 1970; Caplan, 1964; Parad, 1965; en Bassuk, 1980).

Hay dos tipos principales de crisis, las crisis internas o de desarrollo del ciclo vital y las crisis externas o circunstanciales. La formulación de Erikson de ocho etapas en el ciclo vital, ha sido usada para analizar el potencial de crisis de las transiciones (Burgess y Holmstrom, 1974b; Slaikou, 1984). Cuando el desempeño de las actividades de la etapa se perturba o dificulta, se acumulan sucesos, hay falta de aceptación o preparación para los sucesos o existe una percepción de si mismo como “fuera de tiempo” respecto a las expectativas sociales, es probable que se presente una crisis de desarrollo.

Las crisis circunstanciales pueden afectar a cualquiera en cualquier momento, son inesperadas, tienen una cualidad urgente y requieren una intervención rápida y apropiada. Los sucesos precipitantes se pueden clasificar en: enfermedad física y lesión, muerte repentina, crimen (víctimas y delincuentes), desastres naturales y provocados por el hombre, crisis de la vida

moderna (experiencia con drogas, divorcio, contrariedades económicas) y guerra (Slaikou, 1984).

La agresión sexual es una crisis impuesta externamente que interactúa con las crisis del desarrollo, por lo cual es importante considerar las tareas de desarrollo de cada etapa del ciclo vital para entender mejor el impacto de la agresión en la víctima (Burgess y Holmstrom, 1974b; Notman y Nadelson, 1980). También es importante considerar la estructura de carácter y la psicopatología preexistente (Bassuk, 1980; Mezey y Taylor, 1988); los trastornos psiquiátricos previos podrían exacerbar las consecuencias del ataque (Frank y Anderson, 1987).

La intervención en crisis por violencia sexual puede considerarse prevención secundaria de trauma sexual. La prevención primaria conlleva una aproximación educativa y de cambio social; mientras en la terciaria se proporciona terapia para las y los sobrevivientes, sus parejas y/o familias. Un nivel de prevención poco utilizado es el tratamiento exitoso de agresores sexuales (McCarthy, 1986).

2.2 INTERVENCION EN CRISIS POR VIOLACION

La respuesta de crisis a la violación, se desencadena ante el rompimiento de la negación existencial de las amenazas ambientales, la pérdida de integridad de los límites corporales y la confrontación con las relaciones de poder entre hombres y mujeres en nuestra sociedad. Durante el proceso de reorganización, la sobreviviente necesita recuperar su sensación de seguridad, el sentido de su propio valor y restablecer relaciones para compartir, altruistas y mutuamente satisfactorias con hombres (Bassuk, 1980).

La intervención en crisis ha sido la principal forma de intervención recibida por las sobrevivientes adultas que buscan ayuda después de una violación (Dye y Roth, 1991). Dichos autores consideran la intervención en crisis no es una forma de psicoterapia. Mancilla (1996) la considera una psicoterapia de apoyo que puede abordarse desde un punto de vista profesional.

La meta principal de la intervención terapéutica es regresar a la sobreviviente a su nivel de funcionamiento anterior a la crisis (Burgess y Holmstrom, 1974b; Notman y Nadelson, 1980; McCombie y Arons, 1980).

El modelo de consejo a corto plazo presentado por McCombie y Arons (1980), divide las metas, tareas y técnicas de intervención en fases que coinciden con las del síndrome de trauma por violación. En la fase inicial, la meta del consejo es ayudar a la sobreviviente a organizarse a sí misma. Las metas de la fase de trabajo directo incluyen incremento de la tolerancia de afectos dolorosos, alivio de síntomas con restauración del funcionamiento

previo, adquisición de nuevas habilidades de adaptación, y una conciencia de como las preocupaciones conscientes estimuladas por la violación pueden tener raíz en conflictos tempranos básicos. En la fase de terminación la meta es hacer explícitas las medidas de enfrentamiento que han sido útiles a la sobreviviente.

A continuación se mencionan las tareas y técnicas principales del modelo de McCombie y Arons (1980), que pueden ser útiles para atravesar las etapas del consejo de crisis por violación.

I. Fase inicial del consejo

A. Tareas

1. Iniciar una relación de apoyo.
2. Identificar las mayores preocupaciones de la sobreviviente y el tipo de ayuda requerida.
3. Dar información acerca del cuidado médico, investigación judicial y procedimientos penales.
4. Motivar el uso de los apoyos sociales disponibles.
5. Anticipar sentimientos, pensamientos y síntomas posibles.
6. Animar la planeación de medidas de seguridad y apoyo en los próximos días.
7. Llegar a un acuerdo acerca del contrato de consejo.
8. Empezar a evaluar el impacto de la violación en términos de la estructura de personalidad, estadio de desarrollo y conflictos preexistentes.

B. Técnicas

1. Centrarse en la experiencia afectiva aquí y ahora.
2. Mantener una actitud calmada, atenta e interesada.
3. Evitar ser controlador, pues esto puede reactivar sus sentimientos de desvalimiento y la necesidad de protegerse de mayor intrusión.
4. Preguntar aspectos generales y posteriormente más específicos.
5. Clarificar, nombrar, generalizar y reflejar para facilitar la comunicación y transmitir entendimiento.
6. Apoyar las defensas adaptativas existentes.
7. Tratar las preocupaciones afectivas cuando sean presentadas por la sobreviviente.
8. Subrayar las opciones que ella ha abierto como una forma de animarla a tomar un papel activo en su recuperación.

II. Fase de trabajo directo

A. Tareas

1. Desarrollo del foco y los temas de las preocupaciones de la sobreviviente.
2. Identificar medidas para enfrentarse a situaciones tensas anteriores y los intentos para manejar la violación.
3. Designar tareas específicas para incrementar autoestima y dominio.
4. Apoyar el uso de la familia y amigos como recursos.

B. Técnicas

1. Expresar abiertamente apoyo e interés.
2. Usar guía anticipada para manejar situaciones que puedan generar ansiedad.
3. Confrontar suavemente las resistencias cuando aparezcan.
4. Trabajar explícitamente con la transferencia cuando amenace impedir el progreso (teniendo cuidado con la contratransferencia).
5. Disminuir la aproximación directiva, reforzando el sentido de autonomía de la sobreviviente.

III. Fase de terminación

A. Tareas

1. Recapitular preocupaciones, síntomas y conductas presentadas originalmente por la sobreviviente.
2. Enfrentar la pérdida del consejero.
3. Animar aplicación futura de las estrategias aprendidas en el consejo.

B. Técnicas

1. Subrayar actividades, insights y aproximaciones que la sobreviviente ha emprendido por su propio beneficio.
2. Manejar aspectos transferenciales y de resistencia ante la terminación (McCombie y Arons, 1980).

Bowie et al. (1990), basándose en el tipo de violación experimentada por la víctima, sugiere diferentes aproximaciones en la intervención en crisis. Ellos consideran que el conocimiento de los diferentes tipos de violación (súbita o

por confianza), puede facilitar una intervención más apropiada, efectiva y precisa.

Para las sobrevivientes de una violación súbita se debe poner atención a la ruptura sufrida por la víctima en su sentido de seguridad en el mundo. Puede tener una sensación continua de amenaza y terror de ser confrontada otra vez con su atacante. Durante la intervención inmediata, la víctima debe ser reasegurada, diciéndole que está en un lugar seguro con gente que la quiere ayudar. Informarle sobre lo difícil que resulta que una violación súbita se repita. Ayudarle a revisar lo que puede hacer para restablecer su sensación de seguridad personal (cambiarse de casa, mejorar las medidas de seguridad, invitar a amigos a quedarse con ella). Necesita reconocer y aceptar que no había nada que ella podría haber hecho para evitar la violación.

En caso de violación por confianza, puesto que ella ha sido traicionada por alguien en quien había puesto su confianza, la confiabilidad puede ser una preocupación principal. Puede suceder que su desconfianza se desplace hacia los profesionales. Hay que anticipar esta actitud reservada y respetarla, no interpretándola equivocadamente como rechazo de la ayuda. Pueden ser necesarias repetidas ofertas de asistencia, reasegurándola con una suave persistencia. Hay que considerar los sentimientos de culpa y vergüenza, mismos que pueden estar relacionados con la tardanza para buscar ayuda. Por su familiaridad con el atacante, algunas de ellas no están seguras de que el encuentro sexual forzado al que fueron sometidas constituya una violación. Criticarse a sí misma puede llevar a sentimientos de valer poco. Ella necesita "perdonarse" por haber sido presa del engaño del violador, y necesita clarificarse la definición de violación. Es importante asegurarle que a pesar de la confusión que pueda sentir acerca de la experiencia, ha sido victimizada y merece todo el apoyo y los recursos que puedan ser movilizados en su beneficio.

Para sobrevivientes de cualquier tipo de violación, es recomendable incluir en el proceso de consejería a las víctimas secundarias de la violación (por ejemplo: familia, pareja, amigos); siempre y cuando estén disponibles y la víctima acepte. Las intervenciones con ellos están dirigidas hacia sus propias preocupaciones, así como a facilitar que ofrezcan a la víctima primaria un apoyo óptimo.

Para realizar el seguimiento de la intervención en crisis, es pertinente recordar que en algunos aspectos, las víctimas de violación súbita pueden tener una experiencia cualitativamente diferente que las víctimas de violación por confianza. Las primeras tienen mayor probabilidad de sufrir síntomas asociados con el trastorno por estrés postraumático (Bowie et al., 1990; Bownes et al., 1990).

Para sobrevivientes de violación súbita, Bowie et al. (1990) sugieren medicamentos ansiolíticos o antidepresivos para trastornos severos del afecto, o tratamientos conductuales específicos para reacciones traumatofóbicas (como la desensibilización sistemática).

En el caso de él/la sobreviviente de violación por confianza, puede existir mayor dificultad para involucrarlo y mantenerlo en la relación terapéutica. La inclinación para abandonar el tratamiento puede ser mayor, por sentir que no merece la ayuda. Puede ser necesario anticipar los conflictos de la víctima y abordar activamente los sentimientos de responsabilidad por la violación (Bowie et al., 1990).

2.3 INTERVENCION EN CRISIS POR ABUSO SEXUAL INFANTIL

Tankenoff (1980) indica que en el trabajo con niños y niñas abusados sexualmente, la familia lo mismo que la víctima, debe ser incluida en cualquier programa de tratamiento y es central para su éxito. Aun en casos donde la negligencia o el abuso no causaron el problema, los padres deben participar entendiendo los resultados, planeando y llevando a cabo el tratamiento. La resolución adecuada de sus sentimientos acerca del incidente es siempre importante para la resolución del niño o la niña.

El primer paso hacia la protección del niño o la niña es la disposición del consejero y de otros adultos responsables, para reconocer la posibilidad del abuso sexual (Tankenoff, 1980). La primera persona a quien generalmente un niño o niña hablará sobre el abuso es su madre, es vital que sea tomada una acción efectiva, de lo contrario el niño o la niña se sentirá impotente, enojado(a) y culpable. Cuando hay un descubrimiento público, el sentimiento de culpa en el niño o la niña es tremendo. Sin intervención terapéutica, puede sufrir daño emocional permanente, convencido de que es una mala persona y que es responsable por el abuso (Sandford y Brooks, 1981/82).

Es esencial cuestionar al niño en una forma relajada y franca, usando lenguaje familiar para el o ella, asegurándole que será creído(a) y no culpado(a). Las niñas y los niños pequeños(os) a menudo pueden demostrar en el juego o en el trabajo artístico lo que no pueden decir verbalmente. Las muñecas, los títeres y materiales de dibujo son herramientas útiles que facilitan la revelación; sin embargo, el nivel de comodidad y la sensibilidad del entrevistador, son factores principales para disminuir la incomodidad del niño o de la niña. Puede ser útil hacer preguntas abiertas y afirmaciones que reconozcan la dificultad que muchas(os) niñas y niños experimentan al discutir el abuso sexual. Esta actitud ayudará a que el niño o la niña se sienta apoyado(a), primer paso del proceso curativo (Sandford y Brooks, 1981/82).

Después de determinar tan claramente como sea posible lo que ocurrió, las necesidades físicas y emocionales de la niña o el niño y de la familia deben ser identificadas. Debido a la posible implicación de los padres en el ataque, esto debe ser un procedimiento delicado. A veces el padre, habiendo llevado a la niña o al niño en busca de atención, realmente está pidiendo ayuda para sí mismo.

El establecimiento de una alianza de confianza es crucial para la continuidad de la intervención terapéutica. Es importante mantener una actitud de comprensión en lugar de culpar. Una aproximación sin juicios dirigida a ayudar a todos los miembros de la familia es la más provechosa.

Es importante que la intervención sea lo menos traumática posible. Las entrevistas clínicas con la niña o el niño y la familia deben preceder al examen físico, a menos que se presente una emergencia física. Si el examen médico es necesario para reunir evidencias o para tratar daños físicos, hay que explicar estas razones a la niña o niño. Si estas necesidades no están presentes, el examen está contraindicado.

Puede ser útil entrevistar a los miembros de la familia en forma separada, y cuando sea posible, corroborar las historias. Es importante permitir al niño o niña comunicar su versión de lo que sucedió. Debe hacerse un intento de valorar el impacto emocional agudo del incidente sobre la niña o el niño, la adaptación previa general y el desarrollo psicosexual.

En caso de que la seguridad y protección del niño o la niña estén en riesgo, puede ser necesario tomar acciones concretas para protegerlo. Antes de terminar la entrevista inicial, es importante resumir los resultados, los intereses y el plan a seguir. Las metas del seguimiento incluyen la comprensión posterior y manejo de la situación, así como planear la intervención a largo plazo cuando esta sea indicada (Tankenoff, 1980).

La conciencia de los profesionistas de los sentimientos experimentados por el niño o la niña y la familia, facilitará el manejo sensible del caso, evitando sentimientos de revictimización, los cuales no sólo aumentan el trauma, sino que frecuentemente producen rechazo para cooperar con las autoridades. Durante la intervención en casos de abuso sexual por un padre, debería mantenerse en mente que, a pesar del incesto, la mayoría de las niñas y los niños aman a sus padres y desean estar con ellos. Si son colocados en hogares sustitutos se sienten completamente abandonados, preocupados por lo que está sucediendo en casa, y a menudo se sienten desleales al compartir sus sentimientos. Si no hay peligro para el niño o la niña, está contraindicado mudarlo(a) de casa.

Ya sea que ocurra en la adolescencia o a una edad más temprana, la traición a la confianza y la coerción de parte de un padre son puntos focales de tratamiento, y de su manejo por miembros de la familia y por profesionales,

depende en gran parte el efecto a largo plazo sobre la sobreviviente (Sandford y Brooks, 1981/82).

De acuerdo con Sandford y Brooks (1981/82), una vez que la crisis inmediata es resuelta, las situaciones de vivienda clarificadas, la ansiedad y estrés iniciales disminuidos, hay que formular las metas terapéuticas a largo plazo, así como las modalidades de tratamiento. Algunas metas terapéuticas, creadas especialmente para casos de abuso sexual incestuoso, pero que pueden adaptarse para abuso fuera de la familia son:

1. La niña o el niño no es responsable por el abuso, a pesar de su propia percepción o de cualquier gratificación recibida. No es un(a) "niño(a) malo(a)".
2. El agresor es completamente responsable por el abuso, a pesar de cualquier conducta provocativa del niño o la niña o descuido de la madre.
3. Es responsabilidad de las y los adultos fijar límites a las niñas y los niños.
4. La madre necesita tomar la responsabilidad de proteger al niño(a) siempre que sea posible. Sin embargo, esto no niega la responsabilidad del agresor por el acto.
5. La niña y el niño necesitan aprender formas apropiadas a su edad, de satisfacer sus necesidades emocionales, para desarrollar relaciones sanas y confiables con adultos y pares.
6. El niño o la niña tiene el derecho de sentir enojo hacia el agresor por el abuso y hacia su madre por no protegerlo.
7. Todos los sentimientos están bien y necesitan ser aceptados, reconocidos y validados.
8. El amor y el odio van mano a mano. Las niñas y los niños generalmente aman a sus padres a pesar del abuso y desean estar con ellos.
9. El papel de hija parental no es sano o apropiado para nadie.
10. Las niñas y los niños no pueden y no deberían satisfacer las necesidades de las y los adultos. Las y los adultos deben de encontrar formas socialmente aceptables de satisfacer sus necesidades.

Ninguna intervención puede deshacer el trauma experimentado por el niño o la niña abusado sexualmente. Sin embargo, la sensibilidad hacia sus necesidades y las de la familia, pueden disminuir el impacto del ataque sexual en si mismo y de la revelación de este. Esto empezará el proceso curativo para todos los miembros de la familia, ya sea que se reúnan o no posteriormente (Sandford y Brooks, 1981/82).

2.4 EFECTIVIDAD Y LIMITACIONES DE LA INTERVENCION EN CRISIS

La intervención en crisis ha sido la principal forma de apoyo terapéutico recibido por las sobrevivientes adultas que buscan ayuda después de una violación (Dye y Roth, 1991). Se considera que es la forma más apropiada de intervención (Decker, 1993; Ochberg, 1991; Resick, 1983).

Sin embargo, en Estados Unidos, país que cuenta con un gran número de Centros de Crisis por Violación, sólo una de cada veinte adultas violadas busca ayuda psicológica durante la crisis inicial (Petretic-Jackson y Jackson, 1990; en Jackson, Long y Skinner, 1991).

Los motivos pueden ser: a) la sintomatología no es especialmente severa en las consecuencias inmediatas de la violación o al menos no rompe el funcionamiento cotidiano como para animarlas a buscar ayuda profesional, b) no sentirse cómodas buscando tratamiento, c) la red social prohíbe o desanima la búsqueda de tratamiento, o d) no saben dónde o cómo buscar tratamiento (Stewart et al., 1987).

Las sobrevivientes que demoran la búsqueda de tratamiento reportan diversas razones para finalmente hacerlo, como un juicio inminente, síntomas persistentes que no disminuyen con el tiempo, primer encuentro sexual después del ataque, ruptura o disputa con una persona significativa o el retiro de apoyo familiar o de amigos (Stewart et al., 1987). Incluso no es raro que mujeres que consultan por dificultades de pareja, insatisfacción sexual y trastornos en el deseo sexual, en realidad sean portadoras de traumas por agresión sexual (Kort, 1990). Los estudios indican que entre el 31 y el 48 por ciento de las sobrevivientes de violación, eventualmente buscarán terapia (Ellis, Atkinson y Calhoun, 1982; en Koss y Burkhart, 1989).

La efectividad de la intervención en crisis no ha sido evaluada sistemáticamente (Dye y Roth, 1991). Las pruebas clínicas no han demostrado de manera convincente la efectividad del tratamiento durante el periodo inmediato después de la violación (Kilpatrick, Veronen y Resick, 1979a; en Koss y Burkhart, 1989). En el estudio de seguimiento de Nadelson et al. (1982), se encontró que muchas mujeres que habían contado con consejo de crisis, continuaban manifestando gran número de síntomas atribuibles a la violación, después de 22 meses como promedio; estos síntomas son consistentes con el diagnóstico de TEPT.

La teoría de crisis está limitada por su especificidad, mientras es potencialmente útil a los consejeros de crisis, para ayudar a los psicoterapeutas la información es insuficiente (Forman, 1980). La cuestión es que la teoría de

crisis ayuda a entender los efectos a corto plazo, pero no es tan útil al analizar los efectos a largo plazo (Nadelson et al., 1982).

Se ha señalado la necesidad de tratamiento psicoterapéutico para sobrevivientes de violación no reciente (Forman, 1980; Rose, 1986; McCarthy, 1986; Aresti, 1988; Koss y Burkhart, 1989; Kort, 1990).

Dado que la atención hacia la violencia sexual y sus consecuencias es reciente, las y los sobrevivientes de abuso sexual en la infancia, por lo general no contaron con intervención en crisis. En muchas ocasiones temen no ser creídas o encontrar actitudes negativas en los profesionales. Algunas sobrevivientes han sido incapaces de buscar ayuda (Hall y Lloyd, 1989).

CAPITULO TRES

TERAPIA CONDUCTUAL Y COGNITIVO CONDUCTUAL

En este capítulo se presentan los antecedentes teóricos de los enfoques conductuales y cognitivo-conductuales, se identifican las metas terapéuticas y se describen las técnicas empleadas. En la evaluación del enfoque se reportan los resultados y se interpretan a través del marco evitación-acercamiento propuesto por Dye y Roth (1991).

En los estudios revisados se encontró que las terapias conductuales y cognitivo-conductuales son los principales tratamientos para sobrevivientes de victimización sexual y que han sido estudiados sistemáticamente (Dye y Roth, 1991). Por lo general cuentan con protocolos de investigación estructurados. Los tratamientos con este enfoque tienen una duración y procedimiento definidos, así como mediciones objetivas para dar cuenta de su efectividad.

2.1 ANTECEDENTES TEORICOS

Bajo el rótulo “Terapia Conductual” o “Terapia de la Conducta” se incluyen una gran cantidad de técnicas específicas que emplean principios psicológicos (especialmente del aprendizaje) para tratar la conducta humana de desadaptación. El término “conducta” se interpreta de manera general, incluyendo tanto una respuesta manifiesta como una respuesta cubierta (emociones y verbalizaciones), siempre y cuando se puedan señalar claramente (Rimm y Masters, 1993).

Según Rimm y Masters (1993), los antecedentes directos de la terapia conductual son los escritos de Pavlov (1927, 1928) acerca del condicionamiento clásico; la obra de Thorndike (1898, 1911, 1913) sobre el aprendizaje de recompensa, precursor del condicionamiento instrumental u operante; y los escritos de Watson y sus colaboradores (Jones, 1924; Watson, 1916; Watson y Rayner, 1920) respecto a la aplicación de estos principios a los trastornos psicológicos en seres humanos.

Para el establecimiento de las bases de esta disciplina, dos libros fueron de suma importancia: *Science and Human Behavior*, de Skinner (1963) y *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*, de Wolpe (1958). Skinner proporcionó una base para creer que gran parte de la conducta humana se puede comprender en términos del condicionamiento operante; Wolpe ofreció conceptos sobre la neurosis humana dentro de los términos pavlovianos y hullianos sobre los principios de aprendizaje (con una dosis considerable de neurofisiología), y lo más importante, delineó técnicas específicas de terapia,

por ejemplo, la Desensibilización Sistemática y el Entrenamiento Asertivo. Estas estaban encaminadas a ocuparse de la conducta neurótica. En las siguientes décadas, el campo de la terapia conductual creció notablemente; se fundaron revistas especializadas, se publicaron numerosos textos, se realizaron conferencias y se formaron asociaciones (Rimm y Masters, 1993).

Las técnicas conductuales y cognoscitivas que se han empleado para tratar las secuelas de la victimización sexual, como la Desensibilización Sistemática, el Entrenamiento Asertivo, la extinción y la modificación de patrones de pensamiento, han sido retomadas de este campo.

Explicaciones conductuales de las secuelas de victimización sexual

Kilpatrick, Veronen y Resick (1979), propusieron un modelo de la teoría del aprendizaje que intenta predecir y explicar las consecuencias a largo plazo en sobrevivientes de ataque. Suponían que las respuestas de miedo y ansiedad se condicionaban clásicamente por la experiencia de violación. La amenaza de fuerza o la fuerza actuaban como estímulo incondicionado que evocaba respuestas incondicionadas de terror y ansiedad extremas. Los estímulos asociados, tales como personas, situaciones o eventos presentes en la violación, adquirían la capacidad de producir respuestas condicionadas de miedo y ansiedad. Los estímulos similares al ataque provocarían una respuesta de evitación, incrementando la probabilidad de generalización de las respuestas condicionadas a otros ambientes.

Bajo esta perspectiva, las sobrevivientes que se retiran de las actividades sociales normales, tendrán menos probabilidad de exponerse a estímulos similares al ataque, reduciendo así las probabilidades de extinguir las contingencias condicionadas. Quienes confrontan regularmente el mundo real tendrán más probabilidades de extinguir las contingencias (Wirtz y Harrel, 1987).

La hipótesis del condicionamiento clásico ha recibido apoyo empírico. Sales, Baum y Shore (1984; en Wirtz y Harrel, 1987) observaron que retomar las relaciones interpersonales y las actividades sociales después de la agresión, frecuentemente se acompaña de un aumento de los síntomas. La elevación de los síntomas puede estar reflejando la respuesta condicionada que ocurre como resultado de los estímulos condicionados en ausencia de los estímulos incondicionados, lo cual es un paso necesario en el proceso de extinción.

Wirtz y Harrel (1987) encontraron que las sobrevivientes con mayores niveles de exposición a estímulos similares sin experimentar un ataque subsecuente, reflejaron menos miedo, ansiedad, estrés y consternación, que aquellas con menores niveles de exposición.

Las primeras investigaciones acerca de la terapia conductual a largo plazo para sobrevivientes de agresión sexual eran estudios de caso con resultados positivos. Blanchard y Abel (1976; en Resick, 1983) usaron retroalimentación biológica, Wolff (1977; en Resick, 1983) usó la desensibilización sistemática y la práctica negativa. Veronen y Kilpatrick (1983; en Foa, Rothbaum, Riggs y Murdock, 1991) desarrollaron el programa de Entrenamiento en Inoculación de Estrés (EIE) para víctimas de violación.

Posteriormente se sugirió que las intervenciones conductuales no son apropiadas para los primeros meses, pues el trauma es demasiado para beneficiarse con el entrenamiento en manejo de ansiedad (Kilpatrick, Veronen y Resick, 1979; Veronen y Kilpatrick, 1982; en Resick, 1983).

La investigación se concentró en el tratamiento de las secuelas a largo plazo (por lo general de la violación), mismo que ocupa la mayor parte de este trabajo de tesis. Se realizaron estudios controlados que comparaban distintas técnicas terapéuticas conductuales: el EIE, el Entrenamiento Asertivo y la Desensibilización con Movimientos de Ojos.

Esta última fue presentada por vez primera por Shapiro (1989) para tratar el TEPT (trastorno por estrés postraumático). Ella señalaba a las víctimas de ataque/abuso sexual y los veteranos de guerra como las poblaciones más susceptibles a este trastorno, en quienes las memorias traumáticas parecían ser centrales. La técnica no fue derivada de una posición teórica (Shapiro, 1989).

Después de su aplicación exitosa, se especuló que los incidentes traumáticos trastornan el balance de excitación/inhibición del cerebro, causando un cambio patológico en los elementos neuronales (Pavlov, 1927; en Shapiro, 1989). Este cambio podría bloquear el progreso normal del procesamiento de información hacia la resolución, el incidente podría ser mantenido en la memoria activa y desatado como pensamientos intrusos, recuerdos recurrentes y pesadillas (Horowitz y Becker, 1972; en Shapiro, 1989). Tal vez, cuando se inducen movimientos de ojos al mismo tiempo que las imágenes y cogniciones asociadas con la memoria traumática ocurre 1) una restauración del balance neuronal y 2) la patología neuronal se revierte. Es posible que los movimientos rítmicos y multisacádicos de los ojos representen el mecanismo inhibitorio (o liberador de la excitación) del cerebro.

Esta técnica despertó un gran interés en la comunidad científica, generando más estudios controlados que apoyaban su eficacia para tratar TEPT, que cualquier otro tratamiento (Shapiro, 1995a; en Shapiro, 1996). Posteriormente, Shapiro (1991; en Vaughan et al., 1994) nombró a su método Desensibilización con Movimientos de Ojos y Reprocesamiento "...para reflejar su amplio rango de aplicación y el procesamiento de información evidente en su efecto total...".

Explicaciones cognoscitivas de las secuelas de victimización sexual

La psicología cognoscitiva se interesa específicamente en los procesos del pensamiento; por ello, un método cognoscitivo tiende a modificar los sentimientos y las acciones a través de una influencia sobre los patrones de pensamiento del cliente. Hay otros métodos que también trabajan con el aspecto cognitivo, sin embargo, este enfoque se caracteriza por: 1) la entrevista terapéutica está más estructurada, 2) el tratamiento tiende a enfocar síntomas abiertos, 3) se dedica poca atención a las experiencias infantiles del cliente, 4) se pone poca atención a constructos tradicionales, como la sexualidad y el inconsciente y 5) no se supone que la introspección en los orígenes de un problema sea necesariamente su alivio (Rimm y Masters, 1993).

En el terreno de la victimización sexual, los investigadores retomaron la teoría de Beck (1972; en Frank et al., 1988), y Lang (1977; en Resick y Schnicke, 1992). La depresión y la ansiedad habían sido tratadas exitosamente con la terapia cognitivo-conductual (Beck et al., 1979; Beck y Emery, 1979; en Frank et al., 1988).

La teoría de procesamiento de información en TEPT de Foa, Steketee y Rothbaum (1989; en Rothbaum y Foa, 1991), propone que el trastorno resulta de eventos aversivos impredecibles e incontrolables que no han sido procesados emocionalmente. Según Foa y Kozak (1986; en Rothbaum y Foa, 1991), el miedo es representado en la memoria como estructuras emocionales que involucran información acerca del estímulo, respuestas y su significado. La red es vista como un programa para estimular la evitación de conducta (Foa et al., 1989; en Resick y Schnicke, 1992). Estas estructuras de miedo, se distinguen de las normales porque incluyen elementos erróneos (por ejemplo "expresar emociones es peligroso"). La estructura de miedo necesita ser activada y se debe proporcionar información incompatible con la información errónea. Este reemplazo de información es el procesamiento emocional.

Sorpresivamente, Rothbaum y Foa incluyen en sus antecedentes teóricos a Freud y lo citan respecto al mutismo en una sobreviviente de violación: "cada síntoma histérico desapareció inmediata y permanentemente cuando tuvimos éxito en traer a la luz de la memoria el evento que lo provocó, despertando su afecto acompañante, y cuando el paciente ha descrito tal evento con el mayor detalle posible, poniendo el afecto en palabras. El recuerdo sin afecto no produce resultado" (Breuer y Freud, 1957, p. 6; en Rothbaum y Foa, 1991). Esto describe sucintamente el tratamiento de exposición ofrecido a quienes padecen TEPT (Foa et al., 1990; en Rothbaum y Foa, 1991).

La teoría de procesamiento de información-emoción sirvió de base al desarrollo de la técnica de Exposición Prolongada, misma que se describe más

adelante. Aunque esta teoría coincide con la información disponible acerca del TEPT como un trastorno de ansiedad, parece que el TEPT es mucho más que memorias de miedo. La indiferencia, la ira, la culpa, la confusión, la humillación, la traición y la ansiedad se correlacionan con el TEPT (Resick, Churchill y Falsetti, 1990; Resick y Gerroll, 1988; en Resick y Schnicke, 1992).

Para fundamentar la Terapia de Procesamiento Cognitivo (TPC), Resick y Schnicke (1992) retoman a varios teóricos; como a Beck y Emery (1985), quienes describieron las reacciones de miedo como derivadas de una apreciación de amenaza. Esta apreciación involucra la activación de un esquema cognoscitivo preexistente (inducido por el trauma) que lleva a la persona a atender a la evidencia que es consistente con el esquema e ignorar la que es inconsistente. Esta activación desencadena respuestas típicas de miedo y evitación.

Chemtob, Roitblat, Hamada, Carlson y Twentyman (1988; en Resick y Schnicke, 1992), desarrollaron una teoría similar, conocida como la teoría de acción cognoscitiva jerárquica. Ellos propusieron que el esquema está arreglado de una forma jerárquica de nodos interconectados. La activación de un nodo que despierta ansiedad, aumenta la expectativa de amenaza, la creencia de que un evento amenazante va a ocurrir. En el TEPT el esquema de amenaza es potenciado al menos una vez por semana.

Hollon y Garber (1988; en Resick y Schnicke, 1992) describieron las atribuciones causales o atributos, y las expectativas como resultado del procesamiento de información. El contenido cognoscitivo (incluyendo creencias esquemáticas, atribuciones causales y expectativas), no ha recibido mucha atención de parte de los teóricos del TEPT. Algunos estudios (Frank y Stewart, 1984; Perloff, 1983; Schepple y Bart, 1983; en Resick y Schnicke, 1992) indican que cuando una experiencia de violación es conflictiva con las creencias previas, la víctima es menos capaz de reconciliar este evento con sus creencias y tiene una recuperación más problemática.

Cuando una persona es expuesta a información discrepante con el esquema (como en una violación), puede realizar una asimilación o una acomodación. La información puede ser alterada para ser asimilada en los esquemas previos ("La violación no pasó," "Tal vez no fue una violación," o "Debo haber hecho algo malo para que esto pasara, porque la gente buena no es violada").

Otra alternativa es que el esquema previo se altera para acomodarse a la información discrepante ("Mi vecindario debe ser un lugar peligroso," o "A veces les pasan cosas malas a gente buena"). Es más común que ocurra la asimilación, pues parece más fácil alterar la propia concepción de un sólo evento, que la visión total del mundo. Sin embargo, cuando ocurre la

acomodación (lo cual es una meta en terapia), sin un buen apoyo social, o guía terapéutica, la acomodación puede ser mala para la adaptación y extrema (“El mundo es un lugar muy peligroso, nunca puedo estar segura” o “No se puede confiar en nadie”) (Hollon y Garber, 1988, en Resick y Schnicke, 1992).

Respecto al contenido cognoscitivo, McCann, Sakheim y Abrahamson (1988, en Resick y Schnicke, 1992) propusieron 5 áreas de funcionamiento o temas que son afectados y rotos por la victimización: seguridad, confianza, poder, estima e intimidad. Cada área es dividida en dos: esquemas relacionados consigo mismo y esquemas relacionados con los otros. Aun cuando no han sido probadas empíricamente, estas áreas de funcionamiento psicológico e interpersonal tienen valor heurístico (Resick y Schnicke, 1992).

Resick y Schnicke (1992) consideraron que la Terapia de Procesamiento Cognoscitivo (TPC), que incluye un componente de exposición, sería más efectiva que la Exposición Prolongada propuesta por Foa et al. (1989). En su aproximación, la activación cognoscitiva podría incluir creencias y significados conflictivos atribuidos al evento, así como expectativas respecto al futuro que no podrían ser descubiertas por otras formas de terapia de exposición. Así, el foco de la TPC es identificar y modificar “puntos atorados”, que causan conflictos entre los esquemas previos y la nueva información (la violación).

Antecedentes teóricos de la Terapia Cognitivo-Conductual del Trastorno Borderline de Personalidad

Arntz (1994) retoma el tratamiento cognitivo de Beck et al. (1990) para el trastorno borderline integrando los hallazgos recientes, que indican que el abuso sexual o físico crónico o la negligencia en la infancia están relacionados específicamente con los problemas borderline. Aun cuando no existen estudios controlados, es interesante revisar su propuesta por la relación que guarda el desarrollo y tratamiento del trastorno con el abuso sexual infantil, tema que es abordado aquí.

El abuso traumático lleva al desarrollo de suposiciones fundamentales casi inamovibles acerca de los otros (peligrosos y malignos), acerca de las propias capacidades (impotente y vulnerable) y sobre el propio valor como persona (malo e inaceptable). El modelo propuesto por Arntz apunta hacia la clarificación de su historia de desarrollo e introduce técnicas específicas para el procesamiento cognoscitivo y emocional de las memorias de los eventos traumáticos que llevaron a dichas suposiciones.

La combinación de experiencias traumáticas y la falta (percibida) de personas seguras en quien confiar, lleva al estancamiento del desarrollo de la identidad y del desarrollo de habilidades para experimentar y entender las emociones. El niño o la niña aprende tempranamente que no hay validación

externa para sus sentimientos respecto a las experiencias traumáticas y por lo tanto no puede integrarlas.

Se asume que el trastorno borderline de personalidad no es sólo un TEPT, pues las experiencias traumáticas tienen efectos más fundamentales en el desarrollo de la personalidad del niño o de la niña. El pensamiento dicotómico, propio de las niñas y los niños, dominará al paciente borderline.

Los síntomas, el estilo de pensamiento y las suposiciones del borderline parecer ser explicables a través de la hipótesis del trauma. La hipersensibilidad emocional no necesariamente está biológicamente determinada. Puede ser resultado de traumas no procesados, tal como vemos en adultos con TEPT u otros TEPT (Rachman, 1980; Van der Kolk, 1987; en Arntz, 1994). No se afirma que los traumas infantiles son la causa del trastorno borderline, pero es posible que la manera en que se procesaron dichos traumas este relacionada causalmente con el trastorno (Arntz, 1994). En el apartado 3.4, se revisa la propuesta terapéutica.

3.2 ESTUDIOS REVISADOS

Los estudios sobre los tratamientos conductuales o cognitivo-conductuales, están considerados en términos de su procedimiento, duración, tipo y tamaño de la muestra empleada. Las muestras se constituyen con personas que buscan tratamiento, es decir, con poblaciones clínicas. Para una visión general, consultar la tabla 1, donde también se mencionan los instrumentos de medición empleados. Hay una lista que describe dichos instrumentos en el Anexo 1.

Los primeros tratamientos investigados fueron la Desensibilización Sistemática y la Terapia Cognitivo-Conductual (Frank, Anderson, Stewart, Dancu, Hughes y West, 1988), aplicados a sobrevivientes de violación recientes ($N=60$) y no recientes ($N=24$), en 14 sesiones.

En ese mismo año, otro grupo de investigadores (Resick, Jordan, Girelli, Hutter y Marhoefer-Dvorak, 1988), compararon la Inoculación de Estrés, el Entrenamiento Asertivo y la Terapia de Apoyo más Información, aplicándolos en formato grupal con grupo control a mujeres sobrevivientes de violación no reciente ($N=37$), que no fueran sobrevivientes de incesto. Los tratamientos duraban 6 sesiones de 2 horas cada una. Posteriormente (Resick y Schnicke; 1992), desarrollaron la Terapia de Procesamiento Cognoscitivo (TPC), aplicándola a 19 mujeres sobrevivientes de violación, diagnosticadas con TEPT y a 20 mujeres como grupo control. El tratamiento duraba 12 sesiones semanales de una y media horas.

El equipo de investigación de Edna Foa, inició sus trabajos en 1991, con mujeres sobrevivientes no recientes de violación o intento de violación con

TEPT (N=45). Compararon el Entrenamiento en Inoculación de Estrés, la Exposición Prolongada (EP), el Consejo de Apoyo y la Lista de Espera. El tratamiento duraba 9 sesiones de 90 minutos cada una, dos veces por semana, en un formato individual. Otro estudio con EP (Foa, Riggs, Massie y Yarczower, 1995), se propuso probar la hipótesis de que la activación del miedo es necesaria para lograr el procesamiento emocional.

Ellos presentaron algunos estudios de caso (Nishith, Hearst, Mueser y Foa, 1995; Rothbaum y Foa, 1991) con sobrevivientes de violación no reciente diagnosticadas con TEPT. Su interés radica en la presencia simultánea de otros trastornos, como el mutismo por conversión (Rothbaum y Foa, 1991) y la depresión mayor e ideación suicida (Nishith, et al., 1995). En los dos casos se aplicó EP, combinando este tratamiento con el Entrenamiento en Inoculación de Estrés y una duración mayor (24 sesiones) en el estudio de 1995, pues la sobreviviente también había sido víctima de abuso sexual infantil y maltrato doméstico.

Ese mismo grupo (Foa, Hearst-Ikeda y Perry, 1995), aplicó un Programa Cognitivo-Conductual Breve a 10 mujeres víctimas recientes de ataque, diagnosticadas con TEPT. 5 de ellas habían sido violadas y 5 sufrieron ataques no sexuales. La intervención duraba 4 sesiones semanales de 2 horas. Contaron con un grupo control (evaluación repetida).

Otro grupo de investigadores que dirigió su atención al tratamiento Cognitivo-Conductual para víctimas recientes fue el de Corral, Echeburúa, Sarasúa y Zubizarreta (1995), quienes aplicaron Reevaluación Cognitiva y Entrenamiento en Habilidades Específicas de Afrontamiento a 10 mujeres víctimas de violación o intento de violación. Fueron diagnosticadas con TEPT agudo. La intervención duraba 4 sesiones, una vez por semana, para sumar una duración total de 5 horas.

Respecto a la Desensibilización con Movimientos de Ojos y Reprocesamiento, se presentará la evaluación realizada recientemente por Shapiro (1996) acerca de su uso para tratar TEPT, ya que incluye artículos publicados, documentos en prensa y documentos presentados en reuniones regionales y nacionales. Permite extraer conclusiones acerca de la efectividad del procedimiento en comparación con otras técnicas utilizadas. El origen del TEPT en las muestras utilizadas no se limitaba a la violencia sexual, sino que incluía diversas experiencias traumáticas.

Finalmente, Arntz (1994) describe un protocolo de Terapia Cognitivo-Conductual para personas con trastorno borderline de personalidad, cuyo origen se relaciona con el abuso traumático en la infancia, como podría ser el abuso sexual crónico. La terapia propuesta dura de 1.5 a 4 años. Reporta un caso.

Como puede observarse, la mayoría de las investigaciones se dirigieron a tratar las secuelas a largo plazo de la violación, en particular el TEPT. Los tratamientos cognitivo-conductuales para secuelas a corto plazo en víctimas de violación y a largo plazo en sobrevivientes de abuso sexual infantil, constituyen una área poco explorada. En los estudios más recientes se nota una tendencia a homogeneizar el tratamiento para TEPT, sin importar cual fue el acontecimiento externo que lo causó.

3.3 METAS TERAPEUTICAS

No todos los investigadores de la Terapia Cognitivo-Conductual y Conductual manifiestan sus metas terapéuticas. Según Dye y Roth (1991), hasta ese año las metas habían sido incrementar el control del individuo sobre sus síntomas y ayudarlo a evitar los pensamientos y sentimientos acerca del trauma, más que trabajar a través de ellos e integrar el trauma. Por ejemplo, la meta de la desensibilización sistemática es reducir o eliminar la ansiedad y sus correlatos conductuales (Frank et al., 1988). Las respuestas asertivas son incompatibles con el miedo, utilizándose el entrenamiento asertivo para contracondicionar reacciones de miedo (Wolpe, 1969; en Frank et al., 1988). En la Inoculación de Estrés se entrena en técnicas de manejo de miedo tales como relajación y estrategias de afrontamiento cognoscitivas (Resick et al., 1988); es decir, en el control de los síntomas.

Las metas posteriores en este enfoque, se relacionan más con el acercamiento, y por lo tanto, facilitan la integración de la experiencia. En la Exposición Prolongada se pretende activar cualquiera de los elementos de las estructuras de miedo (información acerca del estímulo, de las respuestas o de su significado), con el fin de desarmarlas, propiciar la habituación y generar así su procesamiento emocional (Foa et al., 1991).

El propósito de la Terapia de Procesamiento Cognoscitivo (Resick y Scnicke, 1992), fue enseñar a los clientes habilidades que necesitarían para continuar trabajando en sus propios patrones de pensamiento o creencias asimiladas disfuncionales. Se activa la memoria del evento y se confrontan directamente los conflictos y las creencias que no ayudan a la adaptación.

Según Arntz (1994), la meta final de la terapia cognoscitiva es cambiar los esquemas que yacen en la raíz de los problemas mentales. Como un esquema es un constructo teórico, se deben formular hipótesis acerca de su núcleo. Esto ocurre en forma de suposiciones que el paciente tiene acerca de sí mismo, otros y el mundo.

Los estudios que combinan el Entrenamiento en Inoculación de Estrés, y la Exposición Prolongada (Foa, Hearst-Ikeda y Perry, 1995), al incluir

estrategias de evitación y de acercamiento, tal vez promuevan la dosificación del proceso de integración.

3.4 TECNICAS TERAPEUTICAS

Las técnicas terapéuticas utilizadas en los estudios revisados son descritas cronológicamente. Algunas de estas técnicas son similares, sin embargo, se conservó la denominación elegida por los autores y el procedimiento específico de cada investigación.

DESENSIBILIZACION SISTEMATICA

En el estudio de Frank et al. (1988), se utilizó el siguiente procedimiento:

1. Identificar las conductas de miedo o evitación a través de una Estimación de Problemas Blanco.
2. Enseñar la relajación muscular progresiva (Jacobson, 1938, 1970; en Frank et al., 1988), modificando la instrucción de "dejar a los pensamientos divagar"; antes y después de trabajar con un grupo específico de músculos, se les instruía para enfocar una escena específica placentera y feliz.
3. Desarrollar una jerarquía de escenas componentes de cada problema y proceder a la desensibilización sistemática de acuerdo al procedimiento descrito por Wolpe (1969; en Frank et al., 1988).

Aunque no se dio esa instrucción, el 75 por ciento de los sujetos desarrollaron un patrón de exponerse en vivo al estímulo descrito en la sesión. Estos esfuerzos fueron reportados con gran orgullo. En ocasiones, incluso sin planearlo, anticiparon pasos de la jerarquía.

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

El procedimiento usado por Frank et al. (1988) fue como sigue:

1. Estimar tres problemas blanco que hayan sido fuente de trastorno desde el ataque.
2. La/el terapeuta enfoca esos problemas en cada una de las tres fases de la terapia cognoscitivo conductual descritas por Beck (1972; en Frank et al., 1988), enfatizando las tareas, actividades y pensamientos que la persona identifica como particularmente angustiosos.
3. En la primera fase del tratamiento, el terapeuta diseña asignaciones graduales de tareas para incrementar el nivel de actividad o su calidad, y facilitar el involucramiento gradual en situaciones o tareas evitadas desde el ataque.

4. En la segunda fase del tratamiento, el terapeuta y el sujeto trabajan juntos para identificar las distorsiones cognoscitivas que dan origen a los pensamientos negativos automáticos. Construyen respuestas adaptativas y racionales a ellos.
5. Las personas con dificultades previas de depresión o ansiedad, pasan a la tercera fase del tratamiento, donde se exploran las suposiciones básicas acerca del mundo. Sólo el 20 por ciento de los sujetos asignados a esta condición pasaron a esta fase en el estudio de Frank et al. (1988).

ENTRENAMIENTO EN INOCULACION DE ESTRES

En el estudio de Resick et al. (1988), la inoculación de estrés tuvo un procedimiento similar al de Kilpatrick et al. (1988). En la primera sesión se dio información, específicamente, una explicación cognitivo-conductual del desarrollo del miedo y la ansiedad después de la violación. La explicación incluía condicionamiento clásico, evitación operante, factores cognitivos y sociales.

Después de esta fase educativa, se enseñó el entrenamiento en relajación progresiva y reflexión calmante (Stroebel, 1982; en Resick et al., 1988). Se introdujeron técnicas cognoscitivas, incluyendo detención del pensamiento, diálogo auto-guiado y ensayo encubierto. Durante la fase de aplicación, las participantes practicaron estas técnicas de manejo de miedo en situaciones productoras de miedo, pero no peligrosas. Se les enseñaron técnicas de solución de problemas y métodos para desarrollar una jerarquía para práctica en vivo. Se usó media hora de cada sesión para discutir tópicos relacionados con la violación.

En la investigación de Foa et al. (1991), la primera sesión se dedicó a reunir información; la sesión terminó con ejercicios de respiración para disminuir la ansiedad que podría haber sido generada por la entrevista. En la segunda sesión, el método de tratamiento fue descrito al paciente, explicándole el origen del miedo y la ansiedad. Las próximas siete sesiones se dedicaron a instrucción en habilidades de enfrentamiento, en la tercera y cuarta se enseñó relajación muscular profunda y respiración controlada. En la quinta se enseñó detención del pensamiento contra pensamiento obsesivo (Wolpe, 1958; en Foa et al. 1991). La sexta se dedicó a reestructuración cognoscitiva (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979; Ellis, 1977), la séptima a diálogo auto-guiado (Meichenbaum, 1977; en Foa et al., 1991), la octava a ensayo encubierto, y la novena a juego de papeles. No se incluyeron instrucciones para exposición.

ENTRENAMIENTO ASERTIVO

En el estudio de Resick et al. (1988), a la fase educativa descrita en la técnica "Inoculación de estrés," se le aumentó una explicación acerca de como las respuestas asertivas pueden ser usadas contra el miedo y para reducir la evitación. Se discutieron los problemas con el apoyo social después de la violación en el contexto de asertividad/no asertividad. Las técnicas y ejercicios usados en este tipo de terapia se adaptaron del libro de entrenamiento en asertividad de Lange y Jakubowski (1976; en Resick et al., 1988). Se discutieron los principios de la Terapia Racional Emotiva aplicados a la asertividad.

Se introdujo el uso de lenguaje "Yo" en las interacciones, así como práctica en el cambio de cogniciones no asertivas y patrones de pensamiento equivocados. Varias sesiones se enfocaron en ensayos encubiertos y conductuales de respuestas asertivas, usando juego de papeles y retroalimentación. Se dio media hora de cada sesión para discutir aspectos relacionados con la violación.

EXPOSICION PROLONGADA

Según el procedimiento descrito por Rothbaum y Foa (1991) y Foa et al. (1991), se presenta una explicación del tratamiento por exposición para TEPT y se construye una jerarquía de situaciones evitadas. Después se conduce la exposición imaginaria en la sesión y exposición en vivo como tarea.

La exposición imaginaria consiste en contar los detalles del ataque por 60 minutos. La instrucción es imaginar la escena del ataque "como si estuviera pasando ahora" y describirla en voz alta en tiempo presente. En las primeras dos sesiones de imaginación, se permite que la persona determine el nivel de detalle incorporado en la descripción. A partir de la tercera sesión, se les anima a describir en gran detalle la violación y su reacción fisiológica y cognoscitiva. De esta forma, el ataque se revisa aproximadamente cuatro veces por sesión.

La exposición imaginaria se graba en cassettes para ser revisada diariamente como tarea. Se dan instrucciones para confrontar situaciones seguras y temidas en vivo.

CONSEJO DE APOYO O PSICOTERAPIA DE APOYO MAS INFORMACION

El consejo o psicoterapia de apoyo no es un enfoque cognitivo-conductual, sin embargo, debido a que ha sido usado en algunos estudios como tratamiento de control, es importante describir las técnicas utilizadas en los estudios revisados.

En la investigación de Resick et al. (1988), se comparó el Entrenamiento en Inoculación de Estrés (EIEs) con entrenamiento asertivo y psicoterapia de apoyo mas información (PAI). En la PAI, después de la fase educativa común a los tres tratamientos, los participantes seleccionaron los tópicos de discusión. Se discutieron un amplio rango de tópicos, además del miedo y la ansiedad. Algunos tópicos sobresalientes fueron a quien dijeron sobre la violación y las reacciones y apoyo o falta de apoyo de los demás. No se proporcionó entrenamiento en técnicas conductuales.

En la investigación de Foa et al. (1991), el Consejo de Apoyo fue comparado con EIEs, Exposición Prolongada y Lista de Espera. Siguió el formato de 9 sesiones, reunión de información en la primera sesión y presentación de la razón del tratamiento en la segunda. En las siguientes sesiones se enseñó a los pacientes una técnica general de resolución de problemas. Los terapeutas tuvieron un papel de apoyo indirecto e incondicional. La tarea consistió en que el paciente llevara un diario de problemas y sus intentos de solución. Si ocurría discusión sobre el ataque, las pacientes eran dirigidas nuevamente a enfocarse en problemas actuales. No se incluyeron instrucciones de exposición o manejo de ansiedad.

TERAPIA DE PROCESAMIENTO COGNOSCITIVO

En el protocolo de Resick y Schnicke (1992), el procedimiento utilizado fue el siguiente: En la primera sesión se presentó una explicación del procesamiento de información en el TEPT; como tarea, se les pidió a las participantes que escribieran acerca del significado del evento para ellas.

En la segunda sesión, se enseñó a identificar y diferenciar los sentimientos de los pensamientos y se les dio las hojas A-B-C como tarea, para que pudieran ver la conexión entre sus propias afirmaciones y sus emociones.

En las siguientes dos sesiones, escribieron acerca de la violación permitiéndose experimentar completamente sus emociones mientras escribían y leían el relato. En esto consistió el componente de exposición en la Terapia de Procesamiento Cognoscitivo. Estas tareas de casa también fueron usadas para identificar "puntos atorados," áreas de procesamiento incompleto o conflicto.

A partir de la quinta sesión, se enseñó a identificar y desafiar creencias que no ayudan a la adaptación, también se les dio una lista de preguntas adaptadas de Beck y Emery (1985; en Resick y Schnicke, 1992). El foco inicial por lo general fue la auto-culpa y la aceptación del evento. En la sexta se introdujo el concepto de patrones de pensamiento fallidos.

En la séptima se les dio una hoja de "desafiar creencias," la cual es una versión más elaborada de la hoja A-B-C. También se introdujeron cinco áreas de creencias que según McCann et al. (1988; en Resick y Schnicke, 1992) es

probable que se vean afectadas por la violación: seguridad, confianza, poder, estima e intimidad. Se les dieron módulos que describían como las creencias positivas previas podrían haberse roto, o las creencias negativas previas podrían haberse confirmado por la violación.

Cada tema se consideró respecto a las creencias de la persona respecto a sí misma y otros. Se incluyeron sugerencias para posibles resoluciones (afirmaciones acerca de sí misma más adaptativas). Los temas se presentaron en secuencia y se analizaron uno por semana (Sesiones 7 a 11). Los miembros del grupo y los terapeutas ayudaban a confrontar "puntos atorados" particularmente difíciles.

En la sesión 11 se les pidió que escribieran acerca del evento sin referirse a su primera tarea. La sesión 12 se usó para concluir el análisis de creencias respecto a la intimidad y para discutir los escritos de las participantes y sus metas para el futuro.

LISTA DE ESPERA

Usada como procedimiento de control, la Lista de Espera consiste en informar a los sujetos que recibirán tratamiento posteriormente, evaluándolos antes y después del periodo de tratamiento de los sujetos experimentales. Esto permite descartar que el paso del tiempo explique los cambios, y afirmar que se deben a los procedimientos terapéuticos.

En el estudio de Foa et al. (1991), el periodo de espera fue de 5 semanas, durante las cuales las participantes fueron contactadas por un terapeuta entre evaluaciones para determinar si se requerían servicios de emergencia. Después de la evaluación realizada al final del periodo de espera, los pacientes se asignaron a Exposición Prolongada o Entrenamiento en Inoculación de Estrés.

Resick y Schnicke (1992) ponían a las mujeres en Lista de Espera hasta que hubiera suficientes participantes para formar un grupo. El grupo control se conformó con las que habían esperado al menos 12 semanas.

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL DEL TRASTORNO BORDERLINE DE PERSONALIDAD

Arntz (1994) propone 5 etapas sobrepuestas para el tratamiento de este trastorno, mismas que se mencionan brevemente a continuación:

1. Construcción de una relación de trabajo. La desconfianza típica del borderline impide su tratamiento antes de que cierta relación de confianza se haya establecido. Dicha relación no se puede forzar, lo mejor es disponer de tiempo, reconocer el problema con la confianza y reaccionar con empatía. Es importante la consistencia y congruencia del terapeuta. La intimidad, la

proximidad física, la confrontación y la falta de claridad (largos silencios o regresar las preguntas), incrementan el nivel de miedo y no están indicados. Tampoco la actitud autoritaria ayuda. Es necesario dar al paciente tanto control como sea posible.

2. Manejo de síntomas. El objetivo es hacer la vida más llevadera y con eso, abrir el camino hacia las siguientes fases de la terapia. Las crisis, la conducta de auto-mutilación o auto-destructiva debería ser tomada seriamente y no ser minimizada. Es mejor identificar el común denominador de los problemas, evitando tocar el trasfondo histórico. La mayoría de las veces el motivo se relaciona con alguna forma de desesperación, con sentimientos severos de miedo o agresión. Después se buscan conductas alternativas menos dañinas (poner las manos en hielo, bailar, duchas frías). La idea es incrementar la libertad de elección relativa a la expresión emocional. El paciente escoge la alternativa, el terapeuta no la prescribe. Gradualmente el foco se traslada de la conducta problema al motivo.
3. Modificación de errores de pensamiento. En esta etapa, se introducen los diarios cognoscitivos, con esto se pueden detectar las malas interpretaciones que subyacen en la raíz de los síntomas. El paciente aprende a corregir su pensamiento dicotómico con métodos estructurados, como en la terapia cognoscitiva para la depresión (Beck, 1990; en Arntz, 1994). Hay otros errores de pensamiento, como la personalización (culpase de lo que va mal en el ambiente), el doble estándar (rígido para si mismo pero no para los demás), el pensamiento egocéntrico (incapacidad de distinguir entre sus propias interpretaciones y deseos de los de otros) y la tendencia a temer grandes catástrofes si no cumple lo que el percibe como demandas de los otros (aunque podrían ser sólo deseos). Estos patrones cognoscitivos también se pueden aproximar con la ayuda de técnicas cognoscitivas estándar (Beck et al., 1980; en Arntz, 1994).
4. Procesamiento del trauma y cambio de esquema. No hay que ser demasiado cauteloso en este sentido, aun si el paciente manifiesta mucha resistencia y/o disocia en la discusión de ello. Este proceso debe ocurrir en tal forma que concurrentemente ocurra cierta extinción del miedo hacia esas memorias. La exposición a las memorias traumáticas y a las emociones que generan debe ocurrir de forma lenta, graduada y predecible, y debe ser controlada por el paciente. Es importante reconstruir las interpretaciones infantiles, que yacen a la raíz de la suposición problemática. Esto aclara que las suposiciones que eran razonables entonces, no necesariamente se aplican a la situación presente. El cambio necesita tomar lugar al nivel del niño(a), por decirlo así; por tanto, se pueden usar técnicas de imaginación (Edwards, 1990; en Arntz, 1994), o de psicodrama. Después del procesamiento emocional y de la reinterpretación del trauma, se necesitan modificar las suposiciones

fundamentales (Otros son peligrosos y malignos, Yo soy impotente y vulnerable, Soy inherentemente malo e inaceptable) con desafíos o experimentos conductuales. También es importante marcar repetidamente la relación entre experiencias traumáticas previas y expectativas presentes, y permitir al paciente que examine hasta que grado sus expectativas están bien fundadas. El progreso concerniente a los esquemas fundamentales da más oportunidad de manejar directamente los síntomas.

5. Terminación del tratamiento. Esta fase se puede considerar cuando los síntomas hayan disminuido, exista un mejor control sobre las emociones, una confianza mayor y más realista hacia el terapeuta y otros, y la capacidad de aplicar independientemente las habilidades aprendidas en la terapia. La terminación del tratamiento debe ser discutida de forma anticipada, si el paciente está de acuerdo se realiza un plan para la última fase, incluyendo lo que falta por hacer. El terapeuta enfatiza que la meta no es convertirse en una persona completamente diferente, sino aprender habilidades para corregir las reacciones automáticas. Puede ser importante ofrecer la oportunidad de regresar en cualquier momento.

ENTRENAMIENTO EN INOCULACION DE ESTRES COMBINADO CON EXPOSICION PROLONGADA

El equipo de Edna Foa, después de encontrar efectivas estas técnicas, decidieron utilizarlas de forma combinada. Las aplicaron a víctimas recientes de ataque (Foa et al., 1995a); y a casos graves (Nishith, Hearst, Mueser y Foa, 1995).

Con víctimas recientes (Foa et al., 1995a), el Programa Cognitivo-Conductual Breve no fue presentado como un tratamiento. Incluyó: a) educación acerca de las reacciones comunes a un ataque, b) entrenamiento en respiración y relajación, c) revivir el ataque (exposición imaginaria), d) confrontar situaciones temidas, pero seguras (exposición en vivo), y e) reestructuración cognoscitiva. El grupo control fue con evaluaciones repetidas.

Nishith et al. (1995) realizaron un estudio de caso con una mujer violada por su esposo y un amigo. Por la gravedad del caso, así como por las aportaciones metodológicas de dicho estudio, se describirá en detalle la historia previa de la mujer, el ataque y las consecuencias. Esto permitirá apreciar las decisiones clínicas tomadas, sus resultados, e incluso el papel de los traumas múltiples en el TEPT.

La mujer, de 37 años, había sido víctima de abuso sexual infantil, el cual consistió en el manoseo de sus genitales por su hermano mayor, de los 10 a los 11 años. Se casó con un alcohólico que la maltrató física y emocionalmente durante los 16 años que duró su matrimonio. Después de una golpiza

particularmente severa, ella lo dejó y obtuvo una orden de protección. Cuando dicha orden expiró, él la amenazó de muerte.

Una tarde ella estaba usando un cajero automático, cuando su esposo y un amigo de él la secuestraron a punta de pistola. La llevaron a un parque industrial, la forzaron a realizar felación, la violaron vaginalmente y la sodomizaron con un martillo, amenazando su vida con la pistola. El ataque duró aproximadamente tres horas. Ella reportó el ataque a la policía. En los próximos cuatro meses, el continuó hostigándola por teléfono. El primer día del juicio, él se suicidó.

Jane se presentó a la clínica un año después de la violación. Durante ese año, había recibido Consejo de Apoyo y tratamiento farmacológico para la depresión, la ansiedad y para los intensos dolores de cabeza producto de una lesión en el cuello sufrida durante el ataque. Fue diagnosticada con TEPT crónico y con depresión mayor, en base a la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-III-R (ECED). Sus dificultades específicas eran insomnio, sueño intermitente con pesadillas, imágenes recurrentes del trauma, evitación fóbica de situaciones relacionadas con el ataque, adormecimiento del afecto, hipervigilancia y respuestas de sobresalto exageradas. Reportaba dificultad para levantarse, lloraba constantemente y se sentía apática, con lo cual descuidaba a sus hijos y a sus responsabilidades domésticas. También reportaba fatiga, incapacidad de disfrutar, incapacidad para tomar decisiones, desesperanza, sensación de no valer e ideación suicida alternando con periodos de labilidad emocional extrema. Los síntomas no habían disminuido desde el ataque.

Dado que la depresión extrema es un criterio de exclusión del protocolo habitual (consistente en 9 sesiones de 90 minutos cada una, dos veces por semana con Entrenamiento en Inoculación de Estrés -EIEs-, Exposición Prolongada -EP- o su combinación), se decidió tomar otro curso de acción. Primero se trató su depresión y activación autónoma, enseñándole EIEs y después EP. El tratamiento duró 24 sesiones de 90 minutos, una vez por semana y se describe a continuación.

En las primeras sesiones el foco fue el análisis funcional de los síntomas, educación acerca de las reacciones a ataques con el fin de normalizar sus síntomas, una explicación de la razón del tratamiento cognitivo-conductual, y la construcción de una lista de situaciones seguras que había evitado desde el ataque (por ejemplo cajeros automáticos o herramientas). Después se le enseñaron técnicas de respiración, relajación y reestructuración cognoscitiva; la cual se dirigía a creencias acerca de no valer, la peligrosidad del mundo y la desesperanza acerca del futuro, incluyendo los traumas que precedieron a la violación. Se asignaban como tareas en casa componentes que se habían enseñado previamente.

Después de la reestructuración cognoscitiva, se introdujo la exposición imaginaria (ya descrita arriba), acompañada de exposiciones en vivo. En la sesión 18 (evaluación 2) ella aun llenaba los criterios de TEPT y depresión mayor. Como ella había revivido el trauma sólo dos veces en cada sesión (comparada con lo común que es de 4 a 8 veces por sesión), se hipotetizó que no había recibido bastante exposición a los estímulos relacionados con el ataque como para habituarse. Se decidió continuar con las exposiciones imaginarias y en vivo por 6 sesiones más (Nishith et al., 1995). Los resultados son reportados en el apartado 3.5.

REEVALUACION COGNITIVA Y ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO

La reevaluación cognitiva está enfocada, en primer lugar, a la explicación de las reacciones normales ante una agresión sexual y del proceso de adquisición y mantenimiento de los miedos (Foa, Steketee y Rothbaum, 1989; en Corral et al., 1995). Se trata, en segundo lugar, de modificar los pensamientos negativos asociados a la violación, así como el posible sentimiento de culpa en relación con lo que la víctima pudo haber hecho y no hizo, y de sustituirlos por pensamientos más adaptativos. Se resitúa el acontecimiento traumático en sus justas dimensiones y se señalan los aspectos positivos existentes en la nueva situación.

El entrenamiento en habilidades específicas de afrontamiento implica la relajación muscular progresiva (Bernstein y Borkovec, 1973; en Corral et al., 1995), la parada de pensamiento y la distracción cognitiva (como técnicas reductoras de pensamientos intrusivos) y, por último, instrucciones de exposición gradual a los estímulos temidos para recuperar las actividades habituales de la paciente.

DESENSIBILIZACION CON MOVIMIENTOS DE OJOS Y REPROCESAMIENTO

Para aplicar esta técnica se requiere, no menos que para otras, un entrenamiento supervisado. La revisión de Shapiro (1996) incluye únicamente los estudios cuyos investigadores recibieron entrenamiento en el uso de la Desensibilización con Movimientos de Ojos y Reprocesamiento.

Es una aproximación de ocho fases diseñada para integrarse en un plan más amplio de tratamiento de traumas (Shapiro, 1995a; en Shapiro, 1996). Un componente central del método es dirigir la atención del cliente hacia un estímulo externo mientras él o ella se concentra en una fuente identificada de trastorno emocional. Los estímulos externos que han sido más útiles

clínicamente incluyen movimientos de ojos, tonos auditivos y palmadas alternadas. Aunque la utilización de estímulos externos ha llamado la mayoría de la atención, el método incorpora varios componentes conductuales, tales como exposición en secuencia, desensibilización, reestructuración cognoscitiva, ensayo y condicionamiento clásico (Shapiro, 1996).

Según la descripción inicial de Shapiro (1989) para la Desensibilización con Movimientos de Ojos, la técnica consiste en tratar a la memoria traumática pidiendo al cliente que mantenga su conciencia en uno o más de los siguientes elementos: 1) una imagen de la memoria (de preferencia el punto más traumático del incidente); 2) la afirmación negativa o la estimación del trauma; y 3) la respuesta física de ansiedad. Simultáneamente, el terapeuta induce movimientos de ojos multisacádicos, al pedir al cliente que siga el movimiento repetido de su dedo lado-a-lado.

De manera paralela, el cliente asigna unidades subjetivas de trastorno (UST) a la imagen traumática y a la afirmación. Después se le pide que sustituya la afirmación negativa (por ejemplo "Estoy desvalido," "Debería haber hecho algo" o "no tengo control") por una que refleje el sentimiento deseado (por ejemplo "Tengo control," "Soy valioso" o "Hice lo mejor que pude"); y que juzgue por medio de la Escala de Validez de Cognición, que tan cierta *siente* la nueva afirmación. Los cambios en estas medidas permiten monitorear los cambios inducidos por el procedimiento durante la sesión.

Después de cada set de movimientos de ojos (12 a 24 cada uno), se "vacía" la imagen y se toma una respiración profunda. Luego se vuelve a traer la imagen y la afirmación, para ponerse en contacto con los sentimientos generados, y asignar USTs de 0 a 10. Si surgen nuevas memorias, se desensibilizan antes de retomar la memoria original. Cuando el nivel de USTs alcanza "0" o "1" (generalmente después de 3-15 sets), se prueba la validez de la cognición deseada. Independientemente del resultado, se visualiza nuevamente la imagen original junto con la cognición deseada, y se genera otro set de movimientos de ojos).

3.5 EVALUACION DEL ENFOQUE CONDUCTUAL Y COGNITIVO CONDUCTUAL

Desensibilización Sistemática comparada con Terapia Cognitivo-Conductual

Frank et al., (1988) reportaron mejoría clínica significativa al final del tratamiento tanto en el grupo de víctimas recientes como en el de no recientes. Kilpatrick y Calhoun (1988) están de acuerdo con ellos respecto a la eficacia de la desensibilización sistemática y de la terapia cognitivo-conductual en

víctimas que demoran la búsqueda de tratamiento. Sin embargo, consideran que la falta de un grupo control para víctimas recientes, impide demostrar que la mejoría se debió al tratamiento y no al paso del tiempo en el estudio de Frank et al. (1988).

Inoculación de Estrés, Entrenamiento Asertivo y Terapia de Apoyo

Resick et al. (1988), encontraron que las tres modalidades (IE, Entrenamiento Asertivo, TA más Información) produjeron una mejoría similar, particularmente en el miedo y la ansiedad. Se redujeron los problemas con la autoestima, el concepto de sí mismo y la depresión en un grado menor. Aumentó la asertividad.

Estos cambios fueron producidos por la terapia, y no por el paso del tiempo, pues las clientes en Lista de Espera no tuvieron cambios en el periodo de espera, además del largo tiempo que ya había pasado desde que la mayoría de las mujeres habían sido asaltadas.

Al intentar explicar la falta de diferencias entre grupos, ellos señalan que los grupos compartían tres cosas: el formato grupal, un componente educativo, y la presencia de coterapeutas hombre y mujer.

Dos teorías del desarrollo y tratamiento del miedo pueden ayudar a explicar porque no emergieron diferencias entre los grupos. La teoría de la expectación (Reiss, 1980; Reiss y McNally, 1985; en Resick et al. 1988), propone que dos factores importantes en el miedo y la evitación del miedo son los niveles de expectación de peligro y expectación de ansiedad. Tales expectativas pueden ayudar a mantener la evitación de estímulos condicionados por periodos extendidos de tiempo. La educación acerca del miedo como resultado del condicionamiento y de su discusión en grupo, pudieron haber disminuido la expectación de peligro y ansiedad, aun en ausencia de entrenamiento formal en técnicas de reducción de ansiedad.

Exposición Prolongada

Este tratamiento fue efectivo contra el TEPT y el mutismo por conversión en una sobreviviente de violación. Los síntomas de TEPT, la depresión y la ansiedad general disminuyeron después del tratamiento, disminuyendo aun más un año después. Aparentemente, el TEPT y el mutismo por conversión comparten factores etiológicos por lo cual responden a tratamientos similares (Rothbaum y Foa, 1991). Conviene mencionar que a partir de la cuarta sesión, Jane lloró abundantemente.

En la investigación de Foa et al. (1991), se compararon cuatro condiciones: Entrenamiento en Inoculación de Estrés (EIEs), Exposición

Prolongada (EP), CA y Lista de Espera (LE). Todas las condiciones produjeron mejoría en todas las medidas postratamiento y en el seguimiento. El grupo con EIEs mostró mayor reducción de síntomas de TEPT que los grupos con Consejo de Apoyo (CA) y LE inmediatamente después del tratamiento. En el seguimiento, la EP mostró una tendencia hacia la mejoría en los síntomas de TEPT. Las características del ataque y la sujeción al tratamiento no se correlacionaron con los resultados del mismo.

Respecto a los efectos clínicos de los tratamientos, el 50 por ciento de los pacientes en EIEs y el 40 por ciento de los pacientes en EP, no cubrían los criterios diagnósticos de TEPT al terminar el tratamiento. En contraste, el 90 por ciento de los pacientes en CA y todos los de LE conservaban el diagnóstico de TEPT. Sin embargo, los tres grupos con tratamiento (EIEs, EP y CA) no difirieron en el porcentaje de pacientes con TEPT en el seguimiento.

Según las autoras, los procedimientos incluidos en EIEs producen alivio inmediato pues están dirigidos al manejo de ansiedad. Se puede suponer que después del término de tratamiento, algunos pacientes no continuaron usando las técnicas, lo cual sería necesario para una mejoría mayor. Siguiendo a Dye y Roth (1991), se puede decir que el proceso subyacente al EIEs es la evitación.

Los procedimientos empleados en la Exposición Prolongada (EP), del otro lado, se espera que produzcan de forma temporal altos niveles de ansiedad, pues los pacientes confrontan repetidamente la memoria de la violación. Estos procedimientos, sin embargo, llevan a un cambio permanente en la memoria de la violación y por consiguiente a ganancias duraderas.

Aparentemente, se realiza un procesamiento emocional, que incluye habituación al estímulo temido, reevaluación de la probabilidad de amenaza en situaciones temidas y cambios en la valencia negativa asociada con las respuestas de miedo (Foa, Steketee y Rothbaum, 1989; Rachman, 1980; en Foa et al., 1991). El proceso subyacente, según el modelo de Dye y Roth (1991) es el acercamiento, con el cual se promueve la integración del evento.

Otros hallazgos interesantes son que el recuento del trauma de forma imaginaria sin relajación y la exposición en vivo en la EP, aparentemente disminuyen los síntomas de evitación del TEPT. En un estudio donde no se presentaban estos procedimientos (Keane et al., 1989; en Foa et al., 1991), no hubo mejoría en los síntomas de evitación. Ellas sugieren que un programa óptimo para sobrevivientes de violación debería combinar al Entrenamiento en Inoculación de Estrés (EIEs) con la EP. También consideran que sería conveniente investigar la eficacia relativa de los procedimientos de EIEs, con el fin de eliminar los que no producen cambios (Foa et al., 1991).

Para evaluar los procesos subyacentes a la eficacia de la EP para patología postraumática, Foa, Riggs, Massie y Yarczower (1995) utilizaron la expresión facial y el reporte de angustia para medir el miedo activado durante

la primera sesión. Intentaban verificar la hipótesis de que la activación del miedo durante el tratamiento mediaría la asociación entre los síntomas iniciales y los resultados obtenidos. También supusieron que la presencia de ira podría inhibir la experiencia de miedo durante la exposición y consecuentemente, reducir la eficacia del tratamiento.

Los resultados indican que las personas que evidenciaban TEPT más severo antes del tratamiento, manifestaron expresiones faciales de miedo más intensas durante la primera sesión de exposición, y se beneficiaron más del tratamiento que aquellas que tenían TEPT menos severo y manifestaron menos miedo. Además, quienes reportaban más ira antes del tratamiento tendían a manifestar menos miedo al revivir el trauma y se beneficiaron menos del tratamiento que quienes estaban menos iracundas. No es claro el mecanismo por el cual la ira bloquea la activación del miedo. Tal vez la ira refleja un estilo de evitación para enfrentarse con el dolor emocional.

Estos hallazgos son consistentes con la proposición de Foa y Kozak (1986; en Foa et al., 1995) de que la activación del miedo durante el tratamiento de exposición es una condición necesaria para el éxito del mismo. No hay que olvidar que la habituación es el otro factor indispensable para concluir que la estructura cognoscitiva subyacente al trastorno ha sido corregida.

Terapia de Procesamiento Cognoscitivo

Cuando se aplicó la Terapia de Procesamiento Cognoscitivo (TPC) (Resick y Schnicke, 1992) a 19 mujeres sobrevivientes de violación, diagnosticadas con TEPT, hubo cambios significativos en todas las medidas del pre al post tratamiento. No hubo cambios en el seguimiento a 3 y 6 meses; excepto para el Inventario de Depresión de Beck, donde hubo mejoría a los tres meses. No hubo diferencias en el grupo Lista de Espera entre las dos sesiones de evaluación.

Respecto a la significación clínica de los resultados hay tres indicadores. Antes del tratamiento, 17 de las 19 mujeres satisfacían los criterios del DSM-III-R para TEPT, y 12 de ellas (63%), los criterios de depresión mayor. Después del tratamiento, ninguna mujer satisfizo los criterios de TEPT. 5 mujeres (42%) aun llenaban los criterios de depresión mayor. En el seguimiento a 3 y 6 meses, la depresión mayor siguió disminuyendo.

Usando las calificaciones *t* de la escala TEPT de la Lista de Verificación de Síntomas (LVS-90-R), se encontró que antes del tratamiento, el 61 por ciento de los sujetos se ubicaron al menos dos desviaciones estándar arriba de la media normativa. Después del tratamiento, sólo el 16 por ciento continuaron recibiendo una calificación de 70 o más. En el seguimiento a 3 meses, el 12 por

ciento estaban elevadas, y el 11 por ciento a los 6 meses. Es decir, el 52 por ciento mejoraron al menos una desviación estándar del pre al postratamiento. Hasta el seguimiento a 6 meses, el 68 por ciento mejoraron al menos una desviación estándar, y el 81 por ciento de la muestra mejoró al menos media desviación estándar.

En el Inventario de Depresión de Beck antes del tratamiento, 3 personas (15%) estaban en el rango bajo de depresión, 5 (26%) en el rango medio-moderado, 4 (21%) en el rango severo-moderado y 7 (37%) puntuaron como severamente deprimidas. Después del tratamiento, el 47 por ciento estaban en el rango no depresivo, y 32% en el rango moderado-severo. Ninguna de ellas puntuó en el rango severo después del tratamiento. En el seguimiento a 6 meses, sólo 3 personas (18%) aun estaban en el rango severo-moderado. Las restantes estaban en el rango no deprimido (47%) o en el medio-moderado (35%).

En resumen, los resultados de este estudio indican que la TPC, desarrollada a partir de una teoría de procesamiento de información-emoción del TEPT, es efectiva en la mejora de síntomas en la gran mayoría de las participantes. La TPC generó una mejoría significativa en síntomas de TEPT y depresión al implementarse en un formato grupal de 12 sesiones. El grupo de comparación no mejoró en el mismo periodo de tiempo. Las mejorías notadas en los síntomas y en el funcionamiento social se mantuvieron en los siguientes 6 meses.

Resick y Schnicke (1992) señalan algunas direcciones de investigación que su estudio no cubrió, por ejemplo, la necesidad de comparar TPC con otros tratamientos, evaluar la importancia relativa de las técnicas de procesamiento cognoscitivo respecto a la pura exposición, comparar la exposición imaginaria con la escrita, comparar el formato grupal con el individual y, finalmente examinar los contenidos de las cogniciones antes y después de diferentes formas de terapia.

Terapia Cognitivo-Conductual del Trastorno Borderline de Personalidad

Arntz (1994) reporta que después de la terapia Cognitivo-Conductual en un caso de trastorno borderline de personalidad, la mejoría clínica en todas las medidas (Total del LVS-90, depresión, neuroticismo y autoestima) fue notable a partir de la cuarta fase del tratamiento. Al final del tratamiento, las calificaciones estaban en el rango normal. Es necesario conducir investigaciones controladas de este tratamiento.

Una pregunta a contestar es si el tratamiento de las memorias traumáticas puede ser restringida al procesamiento emocional, o si es necesario reinterpretar cognoscitivamente las experiencias.

Exposición Prolongada y Entrenamiento en Inoculación de Estrés

En el estudio de caso de Nishith et al. (1995), con el fin de evaluar la eficacia del tratamiento combinado Entrenamiento en Inoculación de Estrés + Exposición Prolongada, se utilizó un método estadístico para el análisis de diseños de un sólo caso (Mueser et al., 1991; Yarnold, 1988; en Nishith et al., 1995). Su esencia es determinar el cambio mínimo necesario en un instrumento para considerarlo estadísticamente significativo. Toma en cuenta la confiabilidad del instrumento, permitiendo calcular una "calificación diferencial crítica".

Los análisis estadísticos de los síntomas de TEPT, indicaron pocos cambios hasta la sesión 18; había cambios sólo en el Inventario de Depresión de Beck (IDB) y en la Escala de Experiencias Disociativas (EED). Las 6 sesiones adicionales de exposición imaginaria y en vivo, produjeron una mejoría dramática en los síntomas de TEPT (Escala de Síntomas de Trastorno por Estrés Postraumático-total, EST-activación, Escala de Impacto del Evento -EIE-, EIE-total, EIE-intrusión, EIE-evitación, Prueba de Síntomas Consecuencia de Violación, Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado -IDARE-, IDARE-rasgo). Estas ganancias se mantuvieron en el seguimiento a 1 y 3 meses.

Respecto al funcionamiento clínico, en el seguimiento a tres meses, Jane no llenaba los criterios de TEPT o depresión mayor. Aunque aun reportaba niveles medios de reexperimentación y activación autónoma, ya no evitaba los estímulos que le recordaban el trauma. Su calificación en IDB era 0, indicando una eliminación de la desesperanza e ideación suicida. Sus calificaciones en la EED y en el IDARE estaban marcadamente por debajo de la media, y reportó un regreso a su nivel de funcionamiento diario. Dejó de usar psicotrópicos casi por completo. Finalmente, reportó haber regresado al trabajo con medio tiempo y estar recibiendo una beca para atender un programa vocacional en un colegio comunitario (Nishith et al., 1995).

Según los autores, el incremento de la habituación resultante de la Exposición Prolongada (EP) en las sesiones 18 a 24 explica la mayor parte del cambio clínico en los síntomas de TEPT. Especulan que los cambios en la depresión fueron secundarios a los cambios en los síntomas de TEPT. Sugieren que tal vez la combinación del Entrenamiento en Inoculación de Estrés (EIEs) antes de la EP no fue el tratamiento más eficiente en este caso.

Proponen contrabalancear el orden de los componentes del tratamiento (EIEs y EP) en otros diseños de investigación de caso único. Consideran que la aproximación más pragmática para conducir investigación sobre la eficacia de tratamientos es la utilización de diseños rigurosos de un sólo caso, con análisis

estadísticos en una serie de casos antes de conducir estudios controlados de grupo más definitivos (y caros).

Otro aspecto pertinente de mencionar, es que en este caso, el tratamiento se enfocó en el trauma más reciente, aun cuando Jane tenía una historia de abuso sexual en la infancia y abuso físico. Parte del EIEs implica que los individuos se den cuenta de sus pensamientos automáticos relacionados con situaciones "peligrosas" encontradas entre sesiones. En el caso de Jane, algunos pensamientos automáticos estaban relacionados con los traumas previos. Estos pensamientos fueron tratados de forma similar a los relacionados con el trauma más reciente. La EP, por otro lado, se enfocó solamente en la violación.

La mejoría lograda en las sesiones de EP plantea la pregunta de si las personas con traumas múltiples pueden beneficiarse con tratamientos enfocados en el más reciente. Partiendo de la teoría del procesamiento emocional del miedo, el trauma actual es una exposición repetida a información consistente con una memoria de miedo. Las sobrevivientes con traumas múltiples pueden tener estructuras de miedo más grandes. Esto incrementa la probabilidad de tener acceso y activar la estructura del miedo durante las sesiones de exposición prolongada. Se propone que se pueden requerir periodos más prolongados de exposición dentro de las sesiones para conseguir la habituación con redes más intensas y extendidas, y lograr el consecuente cambio en la estructura de miedo (Nishith et al., 1995).

Con un TEPT más severo en el pretratamiento, Jane mejoró en 18 sesiones la misma proporción que otras sobrevivientes en 9 sesiones (Foa et al., 1991; en Nishith et al., 1995), la mayor duración puede ser necesaria para trastornos combinados. Después de 6 sesiones más de Exposición Prolongada (EP), los síntomas mejoraron más que el promedio, ya que no llenaba los criterios del TEPT, mientras que el 55 por ciento de las participantes en el estudio de Foa et al., no llenaban los criterios en el seguimiento. Cuando las personas sin trastornos asociados continúen sintomáticas al final del tratamiento, pueden ser necesarias sesiones adicionales. Esta hipótesis requeriría ser verificada.

Resultado de intervenciones cognitivo-conductuales en víctimas recientes

Según Corral et al. (1995) las dos investigaciones publicadas hasta ese año son insatisfactorias, en un caso (Kilpatrick y Veronen, 1983) por el seguimiento breve y los resultados inconcluyentes; en el otro (Frank et al., 1988), porque plantea algunos problemas metodológicos. Además, no se evaluaba TEPT.

Reportan que después del tratamiento que ellas aplicaron, sólo el 20 por ciento de las participantes cumplían el diagnóstico de TEPT. En el seguimiento

a 1, 3, 6 y 12 meses, ninguna participante tenía TEPT. En la gravedad global del TEPT, ansiedad, depresión e inadaptación; hay una mejoría del pre al postratamiento, una lenta mejoría hasta los 6 meses y estabilización posterior. El miedo mejoró incluso hasta los 12 meses (Corral et al., 1995).

Ellos consideran que la reevaluación cognitiva y el entrenamiento en habilidades específicas de afrontamiento parecen ser eficaces para hacer frente a los síntomas de reexperimentación y de evitación; la relajación, para hacer frente a los síntomas de activación. Sin embargo, este estudio tampoco contó con grupo control, por lo que no supera las limitaciones metodológicas del estudio de Frank et al. (1988).

Foa, Hearst-Ikeda y Perry (1995), al aplicar un Programa Cognitivo-Conductual Breve (PCCB) a 10 mujeres víctimas recientes de ataque, con 10 mujeres en el grupo control de evaluaciones repetidas (ER); obtuvieron los siguientes resultados: Dos meses después del ataque, las víctimas que recibieron PCCB tenían síntomas menos severos de TEPT que las de ER. El 10 por ciento del primer grupo llenaba los criterios de TEPT, contra el 70 por ciento del segundo grupo. A los 5 meses y medio, las víctimas en el grupo PCCB estaban menos deprimidas que las de ER y tenían menos síntomas de reexperimentación.

Al comparar sus resultados con los obtenidos por Kilpatrick y Veronen (1984; en Foa et al., 1995a), quienes no encontraron diferencias inducidas por la intervención terapéutica, destacan la importancia de la exposición, componente no incluido en dicho estudio. De acuerdo con la teoría de procesamiento emocional, no es posible integrar la experiencia a menos que la estructura de miedo sea activada y se realice la habituación.

Además, las discusiones en el programa de Kilpatrick y Veronen se enfocaban en disminuir la culpa asociada con la culpabilización social de las víctimas de violación, más que en corregir la percepción de la víctima de que el mundo es completamente peligroso. Aunque tales discusiones pueden promover percepciones positivas de sí misma, también pueden implicar que el mundo social es hostil y peligroso, reforzando la tendencia de las víctimas de trauma a sobregeneralizar el peligro.

Estos resultados requerirían ser confirmados con una muestra mayor de sobrevivientes y con asignaciones al azar a las condiciones experimentales (Foa et al., 1995a).

Desensibilización con Movimientos de Ojos y Reprocesamiento

En los primeros reportes de los resultados de esta técnica, el panorama se mostraba alentador. Shapiro (1989a; en Shapiro, 1989b) afirmaba que 22 personas con TEPT sobrevivientes de violación/abuso sexual o veteranos de

guerra, pudieron desensibilizar por completo memorias traumáticas, alterando dramáticamente las afirmaciones cognoscitivas relacionadas con ellas. Sin embargo, el resultado positivo no estaba basado en evaluaciones estandarizadas. Además, la investigadora y la terapeuta eran la misma persona, por lo que los resultados debían ser tomados con precaución (Shapiro, 1996). En un estudio de caso con una mujer violada (Shapiro, 1989b), los padecimientos psicológicos desaparecieron después de la sesión inicial, manteniéndose en el seguimiento a tres meses.

Hasta la revisión de Shapiro (1996), estos resultados se habían replicado en cuatro estudios controlados, los cuales demostraban la superioridad de la Desensibilización con Movimientos de Ojos y Reprocesamiento (DMOR) sobre uno o más tratamientos alternativos (Boudewyns y Hyer, en prensa; Carlson, Chemtob, Rusnak, Hedlund y Muraoka, 1995; Levin, Grainger, Allen-Byrd y Fulcher, 1994; Vaughan et al., 1994). Además, dos estudios controlados habían encontrado a la DMOR superior a la Lista de Espera (Rothbaum, 1995; Wilson, Becker y Tinker, 1995a). También se había documentado un alivio sustancial de los síntomas del TEPT en dos estudios controlados de análisis de componentes (Renfrey y Spates, 1994; Wilson, Silver, Covi y Foster, 1996).

En cuatro estudios (Rothbaum, 1995; Shapiro, 1989a; D. Wilson, et al., 1996; S. Wilson et al., 1995a), DMOR produjo efectos clínicos más grandes que aquellos encontrados para los grupos control. Además la mejoría clínica se obtuvo en solo 1 a 3 sesiones.

INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS REPORTADOS

Según Dye y Roth (1991), las técnicas de control cognitivo, tales como parar el pensamiento y la reestructuración cognoscitiva promueven la evitación de pensamientos negativos acerca del trauma. En contraste, técnicas como la Desensibilización Sistemática (DS) o Exposición Prolongada (EP), pueden facilitar el pensar sobre las reacciones positivas y negativas al trauma, eliminando afectos intensos asociados con el trauma. Es posible que las técnicas de control cognitivo interfieran con mayor probabilidad en el proceso de integración que las técnicas conductuales como la DS o la inundación de imágenes (Dye y Roth, 1991). Esta interferencia con el proceso de integración es debida al énfasis en las estrategias de evitación, dejando sin considerar a las estrategias de acercamiento, necesarias para realizar una integración dosificada (Horowitz, 1986; en Dye y Roth, 1991).

En la revisión realizada aquí con investigaciones controladas posteriores al escrito de Dye y Roth, los resultados se mostraron consistentes con su propuesta. La Exposición Prolongada lleva a una confrontación repetida con la memoria de la violación, promoviendo un cambio permanente en ella; mientras

el Entrenamiento en Inoculación de Estrés disminuye la ansiedad de inmediato; para que los efectos del Entrenamiento en Inoculación de Estrés fueran duraderos, sería necesario mantener la utilización de las técnicas de manejo de ansiedad (Foa et al., 1991). Además, se ha encontrado que el miedo activado durante el tratamiento de EP (es decir, el grado de acercamiento alcanzado) media la asociación entre los síntomas iniciales y los resultados obtenidos (Foa et al., 1995). Aparentemente, en caso de traumas múltiples o trastornos combinados, puede estar indicado aumentar el número de sesiones de EP (Nishith et al., 1995).

Un aspecto en el que no se ha puesto atención, es la expresión o descarga emocional (particularmente el llanto) que la técnica de EP facilita. Si bien el equipo de investigación lo menciona (Foa et al., 1991), no se retoma su efecto en el resultado del tratamiento. Esta podría ser una línea de investigación.

Resick y Schnicke (1992) al aplicar la Terapia de Procesamiento Cognoscitivo, reportaron una mejoría del 100 por ciento respecto al TEPT. Dado que esta técnica también incluía un componente de exposición (escribir sobre el evento), es probable que su éxito se deba al acercamiento a la experiencia, así como al manejo de las creencias conflictivas atribuidas al evento, permitiendo la integración de la nueva información (la agresión sexual) a los esquemas previos. Es posible que esto ocurra sin generar la evitación que Dye y Roth asumen interfiere con la integración.

Otra propuesta terapéutica que emplea las técnicas cognitivo-conductuales para tratar el trastorno borderline de personalidad, aunque no cuenta con estudios controlados (Arntz, 1994), sugiere que el acercamiento dosificado a la(s) experiencia(s) traumática(s) está indicado cuando las consecuencias son graves.

La evaluación de la efectividad de un procedimiento terapéutico no debería ser realizada basándose solamente en si se obtiene o no una reducción de síntomas estadísticamente significativa (Kazdin, 1992; en Shapiro, 1996). Otros factores importantes, a menudo pasados por alto en revisiones de literatura en TEPT, incluyen (1) la magnitud de los efectos del tratamiento, (2) el número de sujetos que alcanzan la meta terapéutica, (3) el número de sesiones requeridas para obtener tal meta, (4) el número total de sujetos evaluados, y (5) la tasa de deserción.

Por ejemplo, mientras hubo 49 participantes examinadas en *flooding* (Exposición Prolongada (EP)), y 9 participantes en Entrenamiento en Inoculación de Estrés (EIEs) en todos los estudios de TEPT combinados, aproximadamente 250 participantes de Desensibilización con Movimientos de Ojos y Reprocesamiento (DMOR) han sido evaluados bajo condiciones similares (Shapiro, 1996).

La deserción en los grupos tratados con DMOR es menor que para otros grupos tratados con otras formas de terapia. De 66 participantes que empezaron el estudio de Foa et al. (1991; en Shapiro, 1996), sólo 27 permanecieron en el análisis estadístico. En contraste, los estudios de Rothbaum (1995; en Shapiro, 1996) y Wilson et al. (1995a; en Shapiro, 1996) tuvieron una tasa de deserción de 10%, además de mayores resultados terapéuticos, los cuales fueron obtenidos en menos de la mitad de las sesiones requeridas en el estudio de Foa et al. (1991; en Shapiro, 1996).

En el estudio de Foa et al. (1991) donde se comparó la EP (*flooding*), el EIEs y el Consejo de Apoyo (CA) en el tratamiento de sobrevivientes de violación, las diferencias encontradas en el seguimiento fueron pequeñas (por ejemplo una diferencia de 10% entre aquellas aun diagnosticadas con TEPT). En contraste, Rothbaum (1995; en Shapiro, 1996) encontró que después de 3 sesiones de desensibilización con movimientos de ojos y reprocesamiento, el 90 por ciento ($n=9$) de los participantes ya no llenaban los criterios de TEPT. En el estudio de Wilson et al. (1995a, 1995b), se encontró que el 83 por ciento de los participantes diagnosticados inicialmente con TEPT no llenaban los criterios del trastorno en el seguimiento a 15 meses.

Respecto a las intervenciones cognitivo-conductuales tempranas, estas pueden afectar el proceso de enfrentamiento en una de tres formas según Dye y Roth (1991):

- 1) Enseñando a las sobrevivientes formas eficaces de controlar recuerdos postraumáticos intrusos o afectos dolorosos lo más pronto posible después del trauma.
- 2) Puede interrumpir el proceso de integración del trauma, comunicando a las sobrevivientes que pensar sobre el trauma es peligroso y retirándolas del trauma antes de que hayan tenido una oportunidad para integrar la experiencia.
- 3) Proporcionando técnicas de evitación, estos tratamientos pueden mejorar la integración exitosa, facilitando que las sobrevivientes integren gradualmente la experiencia traumática sin temor de perder el control.

Señalan que desde su punto de vista, la última opción es la mejor; permitir que las sobrevivientes dosifiquen el proceso de integración.

De acuerdo con los resultados obtenidos en el estudio de Foa et al. (1995a), esta hipótesis parece ser adecuada, ya que al aplicar una combinación de técnicas de acercamiento y evitación, fue posible prevenir el desarrollo del TEPT. Este estudio requiere ser replicado, pues no coincide con los hallazgos de Corral et al. (1995), quien obtuvo resultados positivos sin haber incluido un componente de exposición. Hay que recordar que en el estudio de Corral et al. no se incluyó grupo control.

CONCLUSIONES

De acuerdo con la APA Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, actualmente ningún método se considera "tratamiento bien establecido" para el TEPT. Dos métodos, la exposición (*flooding*) y la terapia de inoculación de estrés son "probablemente eficaces" (Chambless et al., 1996; en Shapiro, 1996).

La Desensibilización con Movimientos de Ojos y Reprocesamiento, que ha generado una gran cantidad de estudios controlados cuenta con mayor evidencia de su eficacia que la Exposición Prolongada y el Entrenamiento en Inoculación de Estrés (Shapiro, 1996). Es necesario desarrollar la explicación teórica de esta eficacia, misma que aparentemente se relaciona en mayor medida con el acercamiento que con la evitación; permitiendo la integración de la experiencia.

El campo terapéutico cognitivo-conductual se ha enfocado principalmente en los tratamientos adecuados para sobrevivientes de violación. Los tratamientos para secuelas de abuso sexual infantil o de traumas múltiples, ha sido poco abordados. Seguramente en los próximos años se verán aparecer estudios controlados similares a los ya existentes para el tratamiento de las secuelas de la violación.

CAPITULO CUATRO

TERAPIA PSICODINAMICA

En este capítulo se presentan los antecedentes teóricos del enfoque psicodinámico, se identifican las metas terapéuticas y se describen las técnicas empleadas. En la evaluación del enfoque se reportan los resultados y se interpretan a través del marco evitación-acercamiento propuesto por Dye y Roth (1991).

En los estudios revisados se encontró que la terapia psicodinámica, después de haberse considerado contraindicada para tratar sobrevivientes de victimización sexual, actualmente se utiliza con esta población. La información disponible es de carácter cualitativo, basada en la experiencia clínica de los autores. La duración del tratamiento está determinada por el proceso terapéutico, considerándose necesaria la intervención a largo plazo en la mayoría de los casos. La riqueza de sus aportaciones es innegable, sin embargo, no existen evaluaciones empíricas.

4.1 ANTECEDENTES TEÓRICOS

El psicoanálisis tuvo sus orígenes en el estudio del trauma psicológico (Brett, 1988; en Kort, 1995). Ha habido mucha discusión y especulación acerca del papel que el trauma sexual ocupó en el pensamiento de Freud sobre la psicopatología. Mientras algunos autores (Brett, 1988; en Kort, 1995; Herman, 1992; Masson, 1984; en Piers, 1996) sugieren que él no hizo caso o que suprimió los reportes de trauma sexual de sus pacientes cuando pasó de la teoría de la "seducción" a la teoría de la "fantasía", otros sugieren que esa revisión fue una extensión, más que un retroceso.

En 1896, Freud (en Piers, 1996) dijo que "en el fondo de cada caso de histeria se encontrará una o más experiencias sexuales prematuras, pertenecientes a los primeros años de la infancia". Esto es lo que se ha conocido como la teoría de la "seducción". Según Piers (1996) hay un consenso general acerca de que al plantear la teoría de la "fantasía", Freud se apartó de la importancia *central* del abuso sexual real en el desarrollo de la neurosis. Sin embargo, esto no significa que ya no considerara al abuso sexual como traumático y potencialmente patogénico. En vez de basar su teoría de la psicopatología en una experiencia azarosa, aunque prevaleciente, él desarrolló la teoría de la fantasía para dar a su pensamiento una base más universal (Schimek, 1975b, 1987; en Piers, 1996). El énfasis se movió a la represión de

un conflicto sexual fantaseado y derivado de los instintos, más que del trauma sexual real.

Según Brett (1993; en Kort, 1995), Freud abandonó su teoría de la seducción a favor de la postura de que lo que los histéricos excluyen de la conciencia no es el trauma sexual real en sí, sino un deseo sexual infantil. Este cambio de atención de la experiencia traumática real a la memoria de fantasías, imágenes, pensamientos y a los deseos e impulsos reprimidos, marcó la creación del psicoanálisis.

Una consecuencia del cambio del paradigma postraumático de la neurosis al modelo edípico de fantasías psíquicas, fue señalar como origen del trastorno mental el funcionamiento psíquico pre-mórbido (Wilson, 1994; en Kort, 1995). Con esto, se pensó que los impactos traumáticos son agudos y pasajeros, y que las reacciones prolongadas no serían causadas directamente por la realidad material de los eventos traumáticos, sino por las características pre-mórbidas y la psicodinamia del individuo.

A principios de los años 70, los estudiosos de las secuelas de la agresión sexual (Burgess y Holmstrom, 1974a, Sutherland y Scherl, 1970; en Rose, 1986), a pesar de oponerse a la exploración e interpretación de conflictos inconscientes, coincidían con la conceptualización psicoanalítica, al considerar que la víctima podría integrar la experiencia en semanas, a menos que tuviera dificultades psicopatológicas previas. La interpretación psicodinámica tradicional fue vista como un apoyo a "el concepto de la víctima culpable" (Burgess y Holmstrom, 1979; Abarbanel, 1979; Bassuk, 1980; Foreman, 1980; Sutherland y Scherl, 1972; Hilberman, 1976; McCombie, Bassuk y Savitz, 1976; McCombie y Arons, 1980; Schuker, 1979; en Rose, 1986).

En 1975, Bart (en Dye y Roth, 1991) reportaba que la mayoría de las sobrevivientes de violación tratadas con técnicas psicoanalíticas se sentían peor después de la psicoterapia. Esta autora sugirió que esto podría deberse a la insistencia de muchos psicoanalistas en que las fantasías de sometimiento sexual apuntaban a que las sobrevivientes eran, por lo menos, parcialmente responsables de la violación.

Posteriormente, algunos autores, como Notman y Nadelson (1976) escribieron acerca de la psicodinámica de las víctimas de violación, abordando algunos aspectos de la teoría psicoanalítica que podrían prestarse a confusión. Ellas apoyaron los puntos de vista del movimiento de crisis, y criticaron a los profesionales que hacían mal uso de los conceptos psicoanalíticos, compartiendo las creencias erróneas acerca de la violencia sexual. Por ejemplo, explican que la culpa y la vergüenza son resultado de la represión de la ira; que la tendencia social a culpar a la víctima, fomenta la culpa y evita un trabajo adecuado a través de la crisis, que la universalidad de las fantasías de violación no hacen de cada mujer una víctima voluntaria - o de cada hombre un violador.

Según Aresti (1988) "Resulta absurdo, además de trágico, que se la culpabilice (a la víctima de violación) en la realidad material de algo que tiene que ver con el mundo subjetivo de sus fantasías: mundo compartido por todos los seres humanos".

Más adelante Nadelson y Notman (1979), expusieron algunas recomendaciones para la intervención terapéutica en crisis con una orientación psicodinámica. Sin embargo su posición ante la necesidad de psicoterapia era ambigua. Por un lado decían que estaba indicada cuando existieran problemas previos, por otro, reconocían que los efectos a largo plazo no siempre eran superficiales.

En México, Aresti (1988, P. 19) escribe que "La víctima de cualquier situación traumática requiere de un proceso catártico, que le permita una descarga adecuada de los afectos, sentimientos y sensaciones patógenas. Es necesario que evoque o incluso que reviva los acontecimientos traumáticos a los que se hallan asociados los afectos".

Rose (1986) señaló que el trauma psicológico de la violación incluye amenaza de muerte, asalto ambiental masivo, violación de los límites corporales, daño narcisista, inundación de la función usual del yo, pérdida de control, regresión profunda, activación de conflictos inconscientes y fantasías a muchos niveles; también afecta a las relaciones importantes. Esta autora sugiere que es necesario ofrecer psicoterapia basada en la psicodinámica del trauma psíquico. La psicología del yo y la teoría de las relaciones objetales sirven para iluminar los mecanismos mentales primitivos y las respuestas al trauma psíquico masivo activado en la víctima de un asalto sexual. La autora considera que las similitudes psicodinámicas y psicoterapéuticas pesan más que las diferencias, sin importar el tiempo transcurrido desde la violación.

Con estas aportaciones, se retomó la posibilidad de emplear los recursos terapéuticos provenientes del enfoque psicodinámico para el tratamiento de víctimas y sobrevivientes de agresión sexual. Posteriormente, Rose (1991) desarrolla un modelo para la psicoterapia psicodinámica* con víctimas de violación, mismo que es presentado en este trabajo. Recomienda tener cuidado con el manejo de la transferencia y la contratransferencia, herramientas fundamentales en la identificación e interpretación de las defensas.

Respecto a la terapia para sobrevivientes de abuso sexual infantil, las aproximaciones desarrolladas durante los años 80 pusieron énfasis en la importancia central de técnicas abreactivas, trabajo de recuperación de memoria, apoyo para validar y normalizar los sentimientos, conductas y síntomas del cliente (Courtois, 1988; Gil, 1988; Herman y Schatzow, 1987; Miller, 1985; en Wells, Glickauf-Hughes y Beaudoin, 1995). Esta aproximación no consideraba el nivel de desarrollo del yo o la organización del carácter del cliente; recientemente, el desarrollo yoico ha recibido mayor

atención en la conceptualización y tratamiento del abuso sexual, con un cambio en el foco del tratamiento, de la catarsis a la integración (Courtois, 1991; Herman, 1992; McCann y Pearlman, 1990; en Wells et al., 1995).

El abuso sexual repetido o severo tiene un efecto descarrilante en la organización del carácter y en el desarrollo de las relaciones Yo/objeto. De acuerdo con la teoría de las relaciones objetales (por ejemplo: Fairbairn, 1946; Kernberg, 1966, 1983; Mahler, Pine y Bergman, 1975; Glickauf-Hughes y Wells, 1995; Wells y Glickauf-Hughes, 1993) la patología de los padres que hiere repetidamente el desarrollo de un niño o niña (por ejemplo: integridad física, seguridad interna, luchas por la autonomía, constancia objetal) se puede internalizar defensivamente en la estructura de las relaciones objetales y el desarrollo del carácter del niño o de la niña (Young y Gerson, 1991). La completa dependencia del niño y de la niña en los padres para sobrevivir hace a esta adaptación probable. Sin embargo, factores tales como la edad del niño o de la niña durante la iniciación del abuso sexual, la severidad del abuso, la relación con el agresor, el acceso a otras relaciones y la constitución genética del niño o de la niña, influirán el grado en que el abuso sexual dañará o comprometerá el desarrollo del yo del niño o de la niña, el sentido de sí y las relaciones objetales internalizadas.

Respecto a la contratransferencia, Kort (1995) revisa los antecedentes del concepto, que se sitúan en 1910, cuando S. Freud la entendía como un obstáculo técnico que resulta de la incapacidad del analista para abordar ciertos aspectos de las comunicaciones o de la conducta de su paciente debido a que inciden en su problemática personal. Freud (1912; en Kort, 1995) recalcó que si el analista no lograba llevar a cabo su propio análisis, no tendría la capacidad para tratar pacientes analíticamente. Este es el concepto restringido de la contratransferencia.

En el concepto amplio de contratransferencia, manejado por Paula Heiman en 1950, los pensamientos y sentimientos contratransferenciales de los analistas podrían resultar positivos; de ser considerada un obstáculo para la labor analítica, la contratransferencia se empezó a apreciar y aprovechar como "...instrumento para investigar el inconsciente del paciente..." (Kort, 1995).

Heiman (1950; en Kort, 1995) sostiene que "el inconsciente del analista comprende al inconsciente del paciente. Este rapport en el plano profundo sale a la superficie en forma de sentimientos que el analista advierte en él como reacción ante el paciente, en su contratransferencia. Afirma que el analista debe apelar a esta reacción emocional como clave para la comprensión del paciente. De este modo, el percatarse de sus propias reacciones le abre un camino adicional de intelección sobre los procesos psíquicos, inconscientes, del paciente".

El concepto amplio de contratransferencia es manejado por los seguidores de Melanie Klein, como Heiman (1950), Little (1951), Racker (1955), Tower (1956) y Gitelson (1952). Racker liga la contratransferencia con el concepto Kleiniano de identificación proyectiva y postula que la contratransferencia del analista es una respuesta frente a las identificaciones proyectivas del paciente. Entonces, él diferencia dos patrones de contratransferencia, la identificación concordante y la complementaria en el analista, a resultas de las proyecciones del paciente. La contratransferencia concordante sucede cuando el terapeuta se identifica con el principal estado afectivo del paciente y con la representación fantaseada que el paciente tiene de sí mismo en ese momento. La complementaria se da cuando el terapeuta se identifica con la persona significativa del paciente o con la representación del objeto en la fantasía transferencial del paciente (Sandler, 1993; en Kort, 1995).

Fromm (1966; en Grey, 1994; en Kort, 1995) utiliza la “emancipación de la intuición del analista para fines terapéuticos”. “...en tanto el analista sea capaz de reseñar internamente sus experiencias ante el comunicado del paciente, explícita o implícitamente se forma un eco dentro de sí mismo y esto le permitirá saber de que está hablando el paciente y podrá regresarle lo que realmente está diciendo”.

En cuanto a los antecedentes teóricos del manejo de la contratransferencia en el trabajo con pacientes con TEPT, Kort (1995) señala las aportaciones de Winnicott (1949), Kohut (1971, 1977, 1984) y Kernberg (1979, 1984, 1989) sobre pacientes psicóticos, individuos con trastornos narcisísticos severos o de personalidad límite, respectivamente.

Winnicott (1949; en Etchegoyen, 1986; en Kort, 1995) indica que sentimientos reales, como el odio, pueden aparecer en el terapeuta. En la primera presentación del concepto amplio de contratransferencia, señala tres fenómenos 1) la contratransferencia anormal, que necesita ser analizada, 2) sentimientos contratransferenciales que se relacionan con la experiencia y el desarrollo personal del analista y 3) la reacción objetiva y racional que se da en forma de amor y odio del analista como respuesta a la personalidad y al comportamiento del paciente.

En la técnica analítica de la psicología del sí mismo de Kohut (1971; en Kort, 1995), tiene un cometido esencial la empatía del analista, entendida como la manera de comprender el estado interno del paciente. Los peligros contratransferenciales surgen por una disminución en la capacidad empática del terapeuta, debido a la tensión que produce el trabajo con personas severamente traumatizadas.

Kernberg (1989; en Kort, 1995) plantea que “...la contratransferencia se transforma en un importante instrumento diagnóstico, que informa acerca del grado de regresión del paciente, de la actitud emocional de éste respecto del

terapeuta y de las modificaciones de esta actitud. Cuanto más intensa y precoz es la respuesta emocional del analista ante el paciente, mayor es el peligro que representa para su neutralidad; cuanto más fluctuante, caótica y rápidamente cambiante es aquella reacción, más motivos hay para pensar que el terapeuta está en presencia de un paciente gravemente regresivo...”.

El enfoque que da Kernberg (1989) a la contratransferencia, como herramienta terapéutica en el trabajo con pacientes limítrofes, es básicamente el mismo que se utiliza para conceptualizar la contratransferencia con pacientes con estrés postraumático. La comprensión del analista acerca del significado de su reacción contratransferencial no es en si misma una ayuda para el paciente. Esta se hace efectiva cuando el analista utiliza en sus interpretaciones transferenciales la información que aquella le proporciona (Kort, 1995).

4.2 ESTUDIOS REVISADOS

En 1988, Aresti presenta tres opciones terapéuticas para víctimas de violación derivadas de su trabajo con dicha población: apoyo en la crisis, psicoterapia individual y psicodrama. Aquí se reporta la segunda opción. Su punto de vista es psicodinámico y feminista.

Otro modelo derivado de la práctica de la terapia psicodinámica individual, enseñanza y consultas a terapeutas y personal de centros de crisis por violación es el que presenta Rose en 1991 para la psicoterapia psicodinámica con víctimas de violación. Respecto a la duración del tratamiento, comenta que a menudo se requiere que este sea a largo plazo.

Davenport (1991) escribe acerca del manejo de la ira en pacientes que han sido victimizados; presentando guías para un posible perdón de la víctima, y poniendo a la ira-perdón en el contexto de un modelo de estado del yo.

Para el tratamiento de sobrevivientes de abuso sexual infantil, Wells, Glickauf-Hughes y Beaudoin (1995) ofrecen un modelo que considera los diferentes niveles de desarrollo del yo y de sus relaciones yo/objeto. Los clientes con un desarrollo borderline tienen necesidades distintas de aquellos que alcanzaron un desarrollo neurótico. Entre más joven haya sido el cliente cuando ocurrió el abuso sexual y entre más intenso o extenso haya sido, es más probable que haya afectado el desarrollo de la identidad del cliente, e interferido con el desarrollo de la constancia objetal

Finalmente, se revisó un estudio acerca de la importancia de la contratransferencia como herramienta terapéutica en la terapia postraumática, realizado por la Dra. Elke Kort en 1995. Ella presentó un modelo de conceptualización de la contratransferencia elaborado para la práctica de la psicoterapia psicoanalítica y el psicoanálisis de pacientes con trastorno

postraumático. Se basó en lo publicado por Wilson y Lyndy en 1994, ilustrando los conceptos con vivencias contratransferenciales de su trabajo clínico con pacientes violadas.

4.3 METAS TERAPÉUTICAS

Para Aresti (1988) “El objetivo del proceso psicoterapéutico sería el ayudar a las víctimas a recuperar el control de sus vidas, facilitándoles toda la información necesaria, además de posibilitarles el recoger y unir las piezas del rompecabezas vital que fue roto por el acto de violencia”. “En un nivel más profundo el proceso terapéutico tendría como principal objetivo el facilitar la elaboración de la angustia, de la sensación de impotencia y de la rabia contenida, ya que uno de los resultados de la violencia sufrida es que se torna en contra de la propia persona bajo la forma de sentimientos de culpa y de autoevaluación”. La meta de la psicoterapia breve es reducir o quitar, si es posible, síntomas determinados provocados por un suceso traumático específico.

Rose (1991) no especifica el objetivo terapéutico del modelo que presenta; sin embargo, se puede inferir que la meta es integrar la experiencia mediante la recuperación de la confianza y la autonomía, la reparación de las relaciones objetales y la resolución del conflicto sobre la agresión.

Davenport (1991) afirma que una importante tarea terapéutica es ayudar a las víctimas a que reconozcan, experimenten y se beneficien de la ira. Establece como meta terapéutica ir de la vergüenza y el desvalimiento a la autoafirmación y el empoderamiento.

Para Wells et al. (1995), la integración de traumas infantiles y el establecimiento de la continuidad psíquica es una meta total para las y los sobrevivientes de abuso que han usado disociación, división o represión para manejar los efectos intolerables generados por el abuso sexual infantil.

En un ejemplo clínico, las metas terapéuticas incluyen el desarrollo del yo y la constancia de objeto, mejorar la habilidad del cliente para empatizar consigo mismo y darse alivio. El recuerdo completo de las experiencias tempranas de abuso se puso al servicio de la integración y la continuidad psíquica, así como del fortalecimiento de la auténtica sensación del yo, basada en la experiencia.

Wells et al. (1995) recomiendan que el cliente sea tratado como una persona completa que puede ayudar a guiar la terapia en términos de que contenido es más importante para él/ella. Para algunos clientes el trauma por abuso sexual será el foco de la terapia, mientras otros tendrán como prioridad el abuso emocional, el descuido o las circunstancias actuales de la vida, por lo

menos en una parte de la experiencia terapéutica. El terapeuta debería balancear este respeto por las metas y ritmo del cliente, con el entendimiento de que la evitación extrema y la falsa autodefensa que algunos sobrevivientes desarrollan para mantener un vínculo interno con el agresor (especialmente si este fue un padre) y así evitar la “impensable ansiedad” de no tener objeto (Winnicott, 1965; Grand y Alpert, 1993).

Trabajar con individuos traumatizados significa que se han quebrantado los supuestos sobre predicción-dominio-seguridad. Esto inflige una herida narcisística en el ser humano. Reconocer esto nos obliga a tratar, como dice Kolk (1994; en Kort, 1995) con los dos aspectos fundamentales y gemelos, que son el control y la seguridad, en la vida de los pacientes. Así el espacio terapéutico se vuelve el campo de batalla para recuperar el control y el sentido de seguridad.

La finalidad del manejo de los procesos contratransferenciales, es descubrir su naturaleza y dinámica, pero no para eliminarlos como meta terapéutica, sino poder trabajar mediante la supervisión con los insights contratransferenciales para integrarlos de manera positiva al proceso (Kort, 1995).

4.4 TÉCNICAS TERAPÉUTICAS

Las aportaciones técnicas del enfoque psicodinámico se describen cronológicamente. Algunos estudios consideran el proceso terapéutico total (Aresti, 1988; Rose, 1991); otros se limitan a aspectos específicos del tratamiento.

APOYO TERAPEUTICO PROFESIONAL

Aresti (1988) sugiere utilizar la psicoterapia breve, que es un método de tratamiento para síntomas, inhibiciones y desadaptaciones que demanden un pronto alivio por la naturaleza disruptiva e inesperada de los mismos. Se requiere que la intervención produzca algún grado de alivio en la vivencia de angustia y confusión que invade a la víctima.

Las formas de apoyo terapéutico que pueden ayudar a las víctimas de la violación estarían dentro de las derivaciones de la teoría psicoanalítica, pero con modificaciones técnicas en cuanto a formas de encuadre, duración, manejo de la transferencia, etcétera.

El proceso se lleva a cabo en una relación cara a cara entre el paciente y el psicoterapeuta. Los señalamientos e interpretaciones del terapeuta estarán orientados fundamentalmente al aquí y el ahora de la problemática que ha sido

provocada por la experiencia traumática; intentando relacionar lo acontecido con situaciones del pasado que presenten alguna semejanza. La relación transferencial se mantiene como parte esencial del proceso terapéutico pero enfatizando la transferencia positiva (Aresti, 1988). Sin embargo, no menciona la forma en que esto se consigue.

Se debe enfocar a la elaboración de las sensaciones de miedo, terror y/o pánico que suelen presentar las víctimas como secuela de la violencia sufrida, acto que recrea, a partir de condiciones externas y respuestas internas, la sensación de desvalimiento y desamparo característico de la infancia humana. Dicha sensación se presenta como un elemento desorganizador del psiquismo de la víctima. Frente a la vivencia de pánico posterior a la violación es importante posibilitar:

1. La expresión catártica de la vivencia que permita un recuerdo de lo acontecido, acompañado de la descarga emocional correspondiente. Esta descarga evita que el recuerdo de la vivencia traumática conserve magnitudes de afecto que a la larga llegaran a ser patógenos.
2. Brindar apoyo y seguridad a partir de la relación con la/el terapeuta. Esta relación debe estar basada en la transferencia positiva, en donde la/el terapeuta debe ser percibida(o) como una persona bondadosa, interesada en lo que le ha acontecido a la víctima, en sus angustias y pánicos.
3. Mejorar la autoestima de la víctima ayudando a que la misma pueda elaborar sus sentimientos de minusvalía y culpabilidad ante lo ocurrido.
4. Apuntalar la prueba de realidad con la víctima para que ésta pueda desarrollar formas de protección adecuadas y necesarias frente a la presencia de la violencia sexual, sin que esto implique situaciones de inhibición y parálisis.
5. El contenido del pánico debe ser relacionado a las circunstancias exógenas que lo provocaron, con la dinámica específica de la víctima y sus antecedentes biográficos.
6. Enseñar a la víctima formas específicas de respuesta para enfrentar los ataques de pánico recurrente.

El proceso de psicoterapia breve puede abarcar de 5 a 15 sesiones al final de las cuales la víctima debe quedar con la seguridad de que podrá recurrir a buscar nuevamente su apoyo si es necesario. Se le pueden pedir informes periódicos, durante algún tiempo, en relación a su estado de ánimo y a la recuperación de confianza y seguridad en la vida cotidiana.

Para Aresti (1988), esta aproximación terapéutica es deseable y necesaria ya que sería materialmente imposible brindar psicoterapia prolongada a todas las víctimas de violación. Su utilización no puede ni debe suplir

procesos más prolongados y profundos de psicoterapia cuando éstos sean necesarios y posibles. En otros casos (salvo indicaciones en contra), lo adecuado será el contar con el encuadre y apoyo que puede brindar un proceso de psicoterapia de grupo.

Esta autora insiste en que los terapeutas tengan por lo menos una mínima orientación feminista, pues si su visión de la realidad esta conformada por la ideología machista dominante, puede producir una especie de 'sordera' o una tergiversación en cuanto a las denuncias, quejas, demandas o intentos de las mujeres por cambiar el orden imperante. Incluso pueden utilizar las interpretaciones psicoanalíticas de manera sexista.

PSICOTERAPIA PSICODINAMICA CON VICTIMAS DE VIOLACION

Entre los problemas técnicos que ocurren en la psicoterapia psicodinámica de víctimas de violación están: la formación de la alianza terapéutica, identificación e interpretación de defensas, el conflicto de la víctima sobre la agresión, psicodinámica preexistente, reacciones contratransferenciales, y contacto con instituciones sociales. Las fallas para manejar eficazmente cualquiera de estas áreas, generalmente produce retraumatización de la víctima y ruptura de la alianza terapéutica (Blum, 1986; Pynoos y Eth, 1986a, b; Spiegel, 1986; Titchener, 1986; en Rose, 1991).

FORMACIÓN DE LA ALIANZA TERAPÉUTICA

La desconfianza y la pérdida de autonomía son conflictos que se manejarán a lo largo de todo el tratamiento, la víctima puede estar profundamente trastornada. El uso de técnicas específicas, como la universalización, puede ayudar al desarrollo de la alianza terapéutica y facilitar el tratamiento; otras, como el silencio, pueden romper la terapia (Rose, 1991).

Naturaleza del daño psicológico

Las personas con TEPT, por definición, se enfrentaron a una situación para la cual no estaban preparadas. Experimentan una ruptura de sus relaciones objetales internalizadas (Rose, 1986; Titchener, 1986; en Rose, 1991), se encolerizan con el introyecto maternal y con el ambiente de apoyo (*holding environment*), por lo que ella percibe como una falla, un abandono y una traición durante la violación (Krystal, 1978b; 1984; Steele, 1986; en Rose, 1991). Comúnmente las víctimas afirman que no pueden imaginarse diciendo a sus madres acerca de haber sido violadas, y rápidamente interpretan las acciones de las instituciones sociales y de las autoridades como traiciones y

falta intencional de cuidado. La víctima se rodea con una “membrana del trauma” para reemplazar al introyecto y al ambiente dañado (Lindy et al., 1986; en Rose, 1991). Admite sólo a aquellos que han tenido la misma experiencia o una similar, creyendo que esto garantizará la empatía. La etiología de ésta creencia es su conflicto inconsciente sobre la agresión hacia el introyecto maternal y hacia el asaltante. A menudo proyecta la rabia, temiendo ser atacada por las figuras maternas de quienes desea empatía. Teme que descubran su rabia. En respuesta a esta psicodinámica, la víctima puede ser muy precavida en lo que verbaliza al terapeuta y a otros, incrementando la probabilidad de no obtener empatía.

Disociación de la víctima

La disociación protege funciones vitales durante y después del asalto, sirve para liberarse ilusoriamente del asaltante, al disociar la parte de sí misma que fue la víctima. Esta disociación, produce regresiones en las técnicas de adaptación, las defensas de alto nivel, el funcionamiento cognoscitivo, la prueba de realidad, el proceso secundario y la verbalización de pensamientos y sentimientos. Posteriormente, la disociación sirve como una defensa contra la rabia conflictiva hacia el asaltante, hacia sí misma y hacia sus introyectos (Rose, 1991).

Postura terapéutica inicial

La psicodinámica que por lo general produce el asalto, hace difícil la búsqueda de terapia. Dirigirse hacia esas dinámicas durante el primer contacto, aumenta la probabilidad de que la víctima entre a terapia. Ya sea por teléfono o en persona, la declaración de apertura debería contener cuatro elementos: los rudimentos de un ambiente de apoyo y de un introyecto maternal terapéutico, que represente esperanza y experiencia; la etiología y diagnóstico del trastorno de la víctima, confrontando sus defensas contra la experiencia; verbalización de su estado afectivo actual, clarificando que es un sentimiento más que una realidad; y finalmente, apoyo para la acción auto-protectora y asertiva de buscar terapia (Rose, 1991).

Desconfianza

Las víctimas por lo general tienen una profunda desconfianza de otros y de sí mismas como resultado de una violación. Esta desconfianza impide la formación de una alianza terapéutica y comúnmente se actúa. Esto produce la retención de material crucial y la ruptura de la alianza en formación. Cualquier referencia a ello necesita ser explorada, particularmente si la desconfianza se manifiesta en la transferencia (Lindy et al., 1986; Rose, 1986; Spiegel, 1984; en Rose, 1991). Rose (1991) comenta el caso de una mujer que relata de forma

distante y agitada sus experiencias. Después de la violación experimentó sentimientos de fracaso y traición de parte de los expertos que se suponía debían ayudar. El terapeuta reconoció lo difícil que debía ser confiar en la situación actual después de eso. Esta intervención, relajó a la víctima, quien miró al terapeuta por primera vez.

Autonomía

Todas las manifestaciones de autonomía y asertividad de la víctima necesitan ser apoyadas. La violación es, en parte, una usurpación de la autonomía. El conflicto resultante sobre la rabia en general, y sobre la autonomía en particular, limita las habilidades de la víctima para estar separada, ser autónoma y asertiva. Cuando puede ser así, se experimenta a sí misma actuando (*acting-out*) sus impulsos vengativos inconscientes; así, se siente destructiva, sádica, y merecedora de rechazo y castigo (Pynoos y Eth, 1986a; Titchener, 1986; en Rose, 1991). Este conflicto también distorsiona su habilidad para percibir el uso apropiado de la rabia en forma de auto-protección y asertividad durante la violación. Estas distorsiones necesitan ser identificadas.

El uso de la universalización

La víctima se ha llegado a experimentar a sí misma como un asaltante; teme llegar a ser consciente de esos sentimientos y siente mucha vergüenza, culpa y pánico. Verbalizar estos sentimientos y explicar que son respuestas comunes al evento traumático, puede proporcionar alivio a la víctima, disminuir la desconfianza, y facilitar la verbalización de sus experiencias. Una declaración representativa podría ser “Estaría sorprendida si tu no lucharas contra la autculpabilización; nunca he visto una víctima de violación que no se sienta culpable y piense en todas las formas en que pudo equivocarse. En realidad ninguna víctima es culpable de ser violada; necesitamos encontrar porque te sientes así para poder ayudarte con eso” (Rose, 1991).

Silencio en el terapeuta

El silencio en el terapeuta raramente es apropiado al principio del tratamiento (Marmor y Freeman, 1988; en Rose, 1991). El paciente está traumatizado y regresivo, con daño en su organización psíquica fundamental, lo cual resulta en desconfianza y en el uso extensivo de defensas primitivas (Krystal, 1978a; Pynoos y Eth, 1986a; Rose, 1986; Titchener, 1986; en Rose, 1991). Mucha de la transferencia es negativa; el terapeuta puede ser experimentado como incapaz de proteger, traicionero, abandonador y agresivo. El silencio en el terapeuta intensifica esta transferencia y a menudo genera estancamientos o terminación prematura.

IDENTIFICACIÓN E INTERPRETACIÓN DE DEFENSAS

Principales defensas

Las principales defensas, es decir, las defensas disociativas, la evitación y la reactuación (*reenactment*), necesitan ser confrontadas, exploradas, y ligadas activamente con la violación desde el inicio de la terapia. El/la terapeuta puede comunicar que entiende el deseo de la víctima de evitar pensar sobre la violación, como un intento de crear la ilusión de que ha sido capaz de controlar al violador y escapar de él. Se puede señalar que esta ilusión está destinada a fallar y que, hablando acerca de sus experiencias, la víctima puede llegar a liberarse verdaderamente del violador (Rose, 1991).

La realidad confirmando lo intrapsíquico

Un problema siempre presente en el tratamiento, es cuando la realidad confirma aspectos intrapsíquicos, sean síntomas, sentimientos, fantasías o conflictos. Generalmente la víctima reporta respuestas de ruptura y no empáticas; a menudo los reportes son acertados. Pero estos reportes también son proyecciones y necesitan ser manejados como cualquier proyección lo sería, esto es, explorando los sentimientos de la víctima (Rose, 1991).

Reactuación

Las reactuaciones caen en dos categorías. En la primera, la víctima se conduce como si la violación fuera a reiniciar en cualquier momento. Se siente en peligro inminente. Sus estados afectivos, como la suspicacia, la excitabilidad y el amortiguamiento, representan esta forma de reactuación. Esta forma de reactuación proviene de dos fuentes: la falta de entendimiento de la víctima acerca de la naturaleza de los fenómenos intrusivos que experimenta, y de su conflicto con la agresión, la llevan a sentir que el violador regresará en cualquier momento para vengarse. Proporcionar a la víctima una explicación de los orígenes biológicos y psicológicos de los fenómenos intrusivos, ayuda a disminuir algo de esta forma de reactuación. En la segunda categoría están las reactuaciones simbólicas de la violación. En estas, la víctima experimenta repetidamente las interacciones subsecuentes con otros como violaciones o reactúa la violación siendo, en realidad, revictimizada (Cooper, 1986; Gillman, 1986; Kilpatrick et al., 1985; Notman y Nadelson, 1980; en Rose, 1991). Una consecuencia del uso de esta defensa es que las víctimas tienen más oportunidades de llegar a ser una víctima otra vez que las no víctimas (Miller et al., 1978; en Rose, 1991).

EL CONFLICTO SOBRE LA AGRESIÓN

Para la víctima de violación, el conflicto sobre la agresión, es decir, la rabia, el odio, la ira, es central (Blum, 1986; Krystal, 1978; McCombie y Arons, 1980; Nadelson et al., 1982; Notman y Nadelson, 1976; Rieker y Carmen, 1986; Rose, 1986; Steeler, 1986; Titchener, 1986; en Rose, 1991). Estos sentimientos son, por lo general, inconscientes. El conflicto es severo porque la víctima lucha no sólo contra fantasías y deseos de venganza, sino contra impulsos y acciones. Manifestaciones claves del conflicto con la agresión incluyen: la ausencia de ira consciente contra el agresor (Burgess y Holmstrom, 1979; Krystal, 1984; Notman y Nadelson, 1976; Notman y Nadelson, 1980; Rose, 1986; en Rose, 1991), culpa masiva (Blum, 1986; Gillman, 1986; Jucovy, 1986; Kliman, 1986; Notman y Nadelson, 1976; Rose, 1986; Sandler y Freud, 1985; Steele, 1986; en Rose, 1991), incapacidad para denunciar y seguir el proceso, y reactuaciones de aspectos de la violación.

La culpa genera depresión y acciones destructivas dirigidas contra si misma y los otros. Son frecuentes las reactuaciones de la violación, pérdida de trabajo y casa, terminación de relaciones, abuso de alcohol, cigarros o drogas y suicidio. No es poco común involucrarse en prostitución o relaciones abusivas (Burgess y Holmstrom, 1979; en Rose, 1991). El fracaso en la búsqueda de terapia es otra forma de conducta autodestructiva. Generalmente la víctima se identifica con el agresor asaltándose a si misma física y emocionalmente. Con otros, se vuelve sádicamente controladora de aquellos que tratan de ayudarla, ejerciendo coerción sobre ellos, tal como ella fue coercionada por el violador.

Las víctimas se sienten horrorizadas, avergonzadas y culpables acerca de la pérdida real de control sobre sus impulsos rabiosos y sus intensas fantasías de venganza. Se defienden de estos proyectándolos y externalizándolos. Por ejemplo, una víctima recordó con horror cuando el detective le dijo, con placer, que los violadores tienen que ser protegidos en la prisión por la animadversión que los otros prisioneros sienten hacia ellos (Rose, 1991).

La resolución del conflicto sobre la agresión es central. Antes de enfocar dicho conflicto, la alianza terapéutica tiene que ser sólida; y las defensas básicas deben haber sido analizadas. Los conflictos sobre la confianza, omnipotencia y autonomía necesitan haber sido parcialmente resueltos. El conflicto de la víctima sobre la ira con gente distinta del violador, a menudo expresada por reactuaciones y proyecciones, generalmente proporciona acceso a este conflicto altamente cargado. El terapeuta puede disminuir la resistencia diciéndole a la víctima que las fantasías e impulsos de venganza son

consecuencias esperadas del asalto. Otras defensas utilizadas en el conflicto son la formación reactiva y la proyección.

Cuando el conflicto sobre la agresión está siendo resuelto, ocurren cambios rápidos y dramáticos en la víctima. Empieza a ser capaz de protegerse a sí misma y ser asertiva. Experimenta un alivio dramático y ocurren cambios en su estructura de carácter postraumática. Este alivio se manifiesta no sólo en el cese de la depresión y en el incremento de la autoestima, sino también en acciones más dramáticas que representan el fin de las reactuaciones de la violación y una sana movilización de ira, con mejoras concomitantes en asertividad, auto-protección, autonomía y confianza (Rose, 1991).

PSICODINÁMICAS PREEXISTENTES

Las psicodinámicas preexistentes son factores en la psicoterapia con la víctima, el estilo caracterológico y las defensas se intensifican por la violación. El significado de los conflictos preexistentes debería ser explorado para resolver los conflictos relacionados de la violación. La víctima puede reactivar traumas previos y tener un deterioro en su capacidad para experimentar el miedo como una señal, así, se expone a situaciones peligrosas (Rose, 1991).

REACCIONES CONTRATRANSFERENCIALES

En este modelo se categoriza la contratransferencia en dos series de identificaciones: el terapeuta como el violador y el terapeuta como la víctima. Cuando en la contratransferencia el terapeuta se vive como el violador, comúnmente intenta defenderse contra esto, particularmente respecto a la agresividad y la excitación sexual que puede ocurrir. Así, puede volverse pasivo y vacilante para explorar la experiencia de la violación y sus secuelas, especialmente los aspectos agresivos y sexuales. En su forma extrema, la violación no se discute nunca o puede ser considerada sin importancia en la terapia del paciente. Por otro lado, la/el terapeuta, al experimentar el uso de la víctima de la disociación, la evitación y la reactuación, puede sentirse envuelto en una lucha con una víctima "no cooperativa y sin voluntad". Puede sentir frustración o ira, e intentar forzar a la víctima o ser intrusivo, estas acciones se experimentan por la víctima como una repetición de la violación.

La/el terapeuta puede experimentar muchos aspectos de la experiencia de la víctima: desvalimiento, degradación, sentirse sucia(o), sentirse mercancía dañada, temer que las fantasías e impulsos agresivos salgan de su control, y culpa acerca de la sexualidad. Esto puede ser sentido a través de la identificación con la víctima o por el uso de la víctima de la identificación proyectiva y la reactuación. Cuando la/el terapeuta se defiende contra

identificarse con el desvalimiento y daño de la víctima, las consecuencias comunes son culpar a la víctima, minimizar el impacto de la violación, y retirarse del tratamiento de la víctima. También puede defenderse presionando a la víctima, quien tiene un conflicto con la agresión, a actuar sus impulsos agresivos. Aunque la denuncia es una acción apropiada y sancionada socialmente, también representa la actuación de los impulsos agresivos y deseos de revancha de la víctima; así, la víctima puede sentir conflicto acerca de hacerla. La respuesta contratransferencial al conflicto de la víctima con la agresión, puede causar que la/el terapeuta se sienta desvalida(o) ante la rabia de la víctima y la vea como peligrosa, fuera de control y con necesidad de ser hospitalizada.

Cuando la/el terapeuta se defiende contra identificarse con la vergüenza de la víctima acerca de su sexualidad y de la experiencia sexual de la violación, puede tratar a la violación como un acto agresivo, sin componentes o significados sexuales. Si el terapeuta se identifica con la vergüenza de la víctima, puede ser vacilante para explorar las preocupaciones sexuales de la víctima, incluyendo la posibilidad de la excitación sexual. En lugar de eso, la/el terapeuta puede experimentar su propio interés como excitación y temer que esto sea inapropiado (Rose, 1991).

CONTACTO CON INSTITUCIONES SOCIALES.

Es esencial que la/el terapeuta tenga algún conocimiento acerca del sistema de justicia criminal. Por lo general la gente no tiene familiaridad con todo eso, y el contacto de la víctima con dicho sistema frecuentemente es una fuente adicional de trauma (Bard y Sangrey, 1986; Burgess y Holmstrom, 1979; en Rose, 1991). Puede ser muy útil trabajar con un centro de crisis por violación; el centro puede proporcionar apoyo e información a la víctima y a las personas cercanas, misma que no puede dar el terapeuta en el contexto de la psicoterapia psicodinámica (Rose, 1991).

MANEJO DE LA IRA Y EL PERDON

Davenport (1991) afirma que para describir la experiencia emocional subjetiva de muchas víctimas, odio puede ser una palabra mejor que ira. Idealmente, la ira es una llamada hacia una acción correctiva, una señal de que se ha hecho un daño y que algo necesita ser rectificado, ya sea en el mundo exterior o dentro del yo (Oliver H. Bown, comunicación personal, 1978; en Davenport, 1991). Cuando hay una carencia de ira, puede ser señal de depresión y resignación.

La esencia de la victimización, sin embargo, es que uno no era libre de actuar, que uno fue violado sin escape, y que parece no haber método para deshacer el daño. En tales situaciones, puede parecer que la ira es el único recurso disponible que le permite a la víctima mantener un grado de identidad; la petición de renunciar a ella puede sentirse como otra violación.

En situaciones que involucran abuso familiar, la ira o el odio sirven a otra función. Son mecanismos mediante los cuales la víctima intenta disipar el vínculo con una persona en la cual quiere confiar, pero por la cual se siente traicionada. Bowlby (1969; en Davenport, 1991) y otros han subrayado la profunda necesidad de apego que tanto las niñas y los niños como las y los adultos tienen, y la desolación que sienten cuando el apego es violentado. Cuando el mantenimiento del apego se siente como muy peligroso, pero la sobrevivencia personal parece depender de ese apego, las opciones son limitadas. A menudo, la solución parcial es una especie de compromiso, la víctima intenta distanciarse para ganar seguridad, pero aún mantiene la semblanza de una relación. Diluir el apego con odio permite esa distancia. De acuerdo a esto, renunciar al odio se siente que equivale a caer en el viejo y precario patrón de confianza y vulnerabilidad sin protección.

Para algunas víctimas, la ira puede ser una forma de “castigar” al agresor cuando no existen otras alternativas. Así, la víctima gana una sensación ilusoria de control. En tales casos, renunciar a la ira castigadora, puede sentirse como dar al abusador permiso de abusar otra vez, ya sea a uno mismo o a alguien más.

El perdón prematuro que toma lugar antes de que la persona se autoafirme y se empodere, puede ser dañino. Davenport (1991) sugiere que para que el perdón sea psicológicamente saludable para las víctimas, debe incluir todos o la mayoría de los siguientes ingredientes:

1. La realidad del daño -a uno mismo y a los otros- se reconoce por completo.
2. La autoculpabilización es mínima y ha sido grandemente reemplazada por la autocompasión.
3. La ira contra el abusador ha sido completamente experimentada con un mínimo de defensas.
4. Un mayor sentido de empoderamiento y autoafirmación.
5. El perdón se experimenta en el contexto de un incremento de vitalidad y esperanza apropiada.
6. De ser posible, el abusador es visto como un ser humano tridimensional y complejo, más que como un estereotipo. La deshumanización fue lo que permitió que ocurriera la victimización. Si la víctima puede evitar caer en la trampa de la deshumanización, se habrá obtenido una victoria psicológica.

Consideraciones terapéuticas

Una defensa común para tratar con el trauma es a través de la disociación (Price, 1987; Saheim, Hess y Chivas, 1988; en Davenport, 1991). En su estado extremo, esto puede tomar la forma de un trastorno de personalidad múltiple, diagnóstico relacionado con abuso infantil extremo y prolongado (Braun, 1984; en Davenport, 1991). Davenport (1991) cita a algunos autores (Beahrs, 1983; Price, 1987; Watkins y Watkins, 1970) que han sugerido la existencia de grados de disociación, un continuo que corre desde divisiones normales de papeles y estados del yo, hasta la personalidad múltiple. Teóricos tan diversos como Berne (1964), Perls (1969), Ellis (1975) y Kernberg (1984), todos citados por (Davenport, 1991), han sugerido que la personalidad se puede conceptualizar como partes separadas que sirven a diferentes funciones y que de alguna forma se comunican entre sí. El interés actual del público lego en el "Niño interior" (Whitfield, 1987; en Davenport, 1991) da fe del entendimiento intuitivo de que el dolor de la infancia está guardado en una parte del yo que a menudo está en conflicto con otras partes. Los psicólogos pueden debatir acerca de si hay verdaderas divisiones en el yo, pero las víctimas no tienen problemas respecto a la idea de que una parte de ellos parece haberse enfrentado al trauma, mientras otra parte está profundamente herida y desvalida.

Para animar la integración, los psicoterapeutas podrían proporcionar un ambiente de apoyo (Winnicott, 1965) para explorar esas partes separadas. Proporcionar ese clima de compasión y validación para el Niño Herido, no es difícil para la mayoría de los terapeutas, pueden identificarse con el dolor de ser rechazada(o) o privada(o), aunque pueden resistirse a empatizar con su profundo y penetrante dolor. Pero atender cálidamente sólo a este estado del yo no es suficiente.

La autora sugiere que otros estados del yo -especialmente aquellos donde reside la ira- merecen una consideración cuidadosa. Llama "El Guardián" a ese estado del yo cuya función es proteger al niño asustado de más abuso; se caracteriza por su ira, defensividad y desconfianza. Identificarse con ese estado puede ser egodistónico para la mayoría de los terapeutas, pero no es imposible. La contratransferencia puede dificultar la aproximación a la ira y rabia, si el terapeuta teme que se genere contra-ira (tal vez contra el paciente) o sentirse sobrecargado y desvalido. Aproximarse al Guardián permite explorar, entender y validar la ira y el odio para poder integrarlos.

Watkins y Watkins (1981, 1982; en Davenport, 1991) proporcionan un modelo para tal integración, la cual es aplicable tanto si los límites de los estados del yo son relativamente permeables, como si son tan rígidos para formar personalidades múltiples. En la primera parte del proceso, se establece

el rapport y se aprende sobre el estado del yo y su función (por ejemplo: cuando aparece, la función que jugaba en el pasado y que continua jugando hoy), la segunda parte es validar sus contribuciones y empatizar con sus dificultades, la tercera parte de la interacción involucra una resolución de conflictos preliminar.

Las técnicas sugeridas por Davenport (hipnosis, gúestalt, psicodrama, imaginación guiada o completar oraciones) no coinciden con el marco teórico y técnico del presente capítulo, sin embargo, su trabajo puede ser útil para adaptar estas ideas a las técnicas psicodinámicas.

APROXIMACION AL TRATAMIENTO CON LA TEORIA DE LAS RELACIONES YO/OBJETO.

Wells et al (1995) consideran que se necesita evaluar en los sobrevivientes de abuso sexual, la historia del trauma, fortaleza y debilidad yoica, desarrollo del carácter y relaciones interpersonales. Es necesario tomar en cuenta a la persona completa para formular el tratamiento más efectivo.

Basándose en el artículo de Haaken y Schlaps (1991) acerca del abuso sexual incestuoso, las autoras recomiendan explorar y entender el impacto de los patrones de relación familiar positivos y negativos, así como el impacto de la experiencia de abuso sexual. La investigación indica que las características del ambiente familiar de las y los sobrevivientes de abuso sexual incestuoso, son similares a las de los clientes con trastorno borderline de personalidad (American Psychiatric Association, 1994; en Wells et al., 1995). Se caracterizan por la cosificación del niño o de la niña y por un descuido extremo de sus necesidades (Bagley y Ramsey, 1986; Briere, 1988, 1989; Briere y Runtz, 1987; Goldstein, 1985; Kernberg, 1983; en Wells et al., 1995). Por esto, la/el terapeuta debe ser muy sensible a la posibilidad de cosificar el abuso sexual, convirtiéndolo en el evento unificador alrededor del cual se organizan las dificultades y síntomas del paciente. En general, entre más extendida esté la patología familiar, la conceptualización de neurosis traumática explicará menos de la sintomatología y la dinámica de un cliente; y más relevancia tendrá un modelo estructural para expandir el foco del tratamiento de manera apropiada.

El modelo médico algunas veces ha atribuido demasiada responsabilidad de la sintomatología de un cliente y de sus problemas caracterológicos a variables intrapsíquicas y genéticas, subestimando las influencias ambientales. La teoría del trauma algunas veces ha atribuido demasiada responsabilidad al ambiente interpersonal, subestimando las variables intrapsíquicas y genéticas. Ellas proponen que moderar e integrar estas dos perspectivas, parece ser benéfico en la conceptualización de los clientes y en el desarrollo de estrategias de tratamiento (Wells et al., 1995).

Los clientes neuróticos (particularmente los que internalizan la culpa), a menudo necesitan que el terapeuta normalice sus sentimientos negativos y le ayude a empatizar con sus propias experiencias para suavizar su rígido Superyo. En contraste, los clientes borderline generalmente necesitan que el terapeuta les ayude a manejar sus impulsos de *acting-out*, a mediar sus abrumadores estados afectivos, a mantener límites adecuados y a evitar la inducción a su defensa disociativa. Kernberg (1983; en Wells et al., 1995) ha sugerido que primero se les ayude a construir identificaciones positivas y reales con el terapeuta y con otros, antes de dedicarse a sus sentimientos intensamente negativos (especialmente a su rabia).

Es sumamente importante que la/el sobreviviente adulta(o) escuche y entienda que un(a) niña(o) nunca es responsable por la actividad sexual con un(a) adulto(a), pero también es importante que se sienta lo suficientemente segura(o) como para declarar sus sentimientos, impulsos y acciones. Por ejemplo, la curación puede provenir de entender verdaderamente los *acting-outs* destructivos (por ejemplo: una compulsión a reaccionar el trauma), de normalizar y aceptar sus esfuerzos más adaptativos, así como de entender los componentes fisiológicos de un trauma repetido y de asumir la responsabilidad de crear un estilo de vida más satisfactorio y saludable.

Algunas preocupaciones especiales con clientes neuróticos

Cuando clientes neuróticos han escondido de sí mismos el abuso a través de la represión o la disociación, la situación terapéutica se vuelve más complicada. Byrd (1994; en Wells et al., 1995) señaló que “cuando, basándose en criterios objetivos, se sospecha fuertemente la existencia de un trauma escondido y el sufrimiento del paciente es severo, se justifica el uso de métodos que ayuden a quitar la represión”. La asociación libre puede ser muy eficaz con clientes neuróticos que reprimen u olvidan de forma defensiva. Con clientes que usan la disociación, las técnicas catárticas pueden ayudar a que el cliente reexperimente el estado emocional en el cual tomó lugar la experiencia disociada, esto puede permitir la recuperación de claves.

Los terapeutas que utilizan técnicas regresivas deberían tener cuidado de mantener la neutralidad, con el fin de que el cliente no reciba la impresión de que el terapeuta está sugiriendo o esperando algo en particular. Con cualquier memoria descubierta, los clientes podrían ser informados de la dificultad de averiguar de forma clínica la precisión histórica de las memorias (Byrd, 1994; en Wells et al., 1995). Con las técnicas de descubrimiento, puede ocurrir una regresión temporal. Si el cliente ha sido capaz de desarrollar relaciones yo/objeto a un nivel neurótico, cualquier regresión que ocurra será temporal y al servicio del ego (Herman, 1992; en Wells et al., 1995). Para los clientes borderline estas técnicas están contraindicadas hasta que la fortaleza yoica y las

relaciones objetales se hayan desarrollado, de forma que puedan mantener un yo observador e internalizar el apoyo externo cuando no se lo puedan dar a sí mismos.

Uno de los errores terapéuticos más frecuentes al trabajar con clientes abusados que tienen un nivel de desarrollo neurótico, es coludirse con la evitación de las consecuencias relacionadas con el trauma y con los recuerdos. En el otro extremo, se puede poner demasiada atención a este material.

Algunas preocupaciones especiales con clientes borderline

La investigación indica que existe una alta prevalencia de abuso sexual y físico en clientes diagnosticados con trastorno borderline de personalidad (APA, 1994; Zanarini, Gunderson, Marino, Schwartz y Frankenburg, 1989; en Wells et al., 1995). Wells et al. (1995) consideran que el abuso extenso y/o severo en la infancia es lo que a menudo causa los descarrilamientos más dañinos en el proceso normal de separación-individuación, lo cual lleva a la organización de personalidad borderline (Kernberg, 1983), o al trastorno borderline de personalidad (APA, 1994). También se ha documentado que en individuos diagnosticados como pacientes con Trastorno de Disociación de la Identidad (APA, 1994), en su historia personal existe abuso sexual severo como factor predisponente (Braun, 1988a, b). Por esto, las consecuencias estructurales son de importancia particular en el tratamiento de sobrevivientes de abuso sexual infantil.

No hay evidencia experimental disponible respecto a la confiabilidad de las memorias recobradas de abuso sexual; sin embargo, se ha documentado clínicamente que el recuerdo a menudo es estimulado por la fantasía en pacientes borderline severos (Kernberg, 1966, 1983; Masterson, 1972, 1976; Perry y Klerman, 1980; en Wells, et al., 1995). Kernberg recomendó que en esos casos, el terapeuta se enfoque en las relaciones actuales del paciente, en lugar de hacer exploraciones o conexiones genéticas. Briere y Runtz (1987; en Wells, et al., 1995) recomendaron una aproximación postraumática aún con pacientes borderline. Sin embargo, Wells et al. (1995) han observado que las aproximaciones catárticas pueden inducir experiencias abrumadoras y revictimizadoras en clientes borderline que no tienen la fortaleza yoica para tolerar el incremento de ansiedad y tensión. Cuando los clientes con un desarrollo borderline de las relaciones objetales reexperimentan traumas pasados en un estado completamente regresivo sin un yo observador disponible para proporcionar una perspectiva más adulta, también son vulnerables a sufrir descompensaciones temporales o breves episodios psicóticos. Por ejemplo, una cliente borderline experimentó espontáneamente un recuerdo intruso (*flashback*) de abuso sexual infantil, mientras hablaba de sentirse atrapada en una relación romántica conflictiva. Con la llegada de esta memoria, la cliente

tuvo una regresión y se descompensó temporalmente en un estado alucinógeno (veía arañas que la atacaban de todos lados). Aun cuando las memorias traumáticas sean intrusivas, enfocarse en ellas es secundario a la construcción del yo y, en particular, al desarrollo de estrategias de contención y constancia objetal (McCann y Pearlman, 1990; Wells y Glickauf-Hughes, 1986; en Wells et al., 1995). Si se utilizan técnicas de regresión de edad y abreactivas, hay que hacerlo con cuidado y de preferencia en lugares controlados (hospitalización) (Hammond, 1990; en Wells et al., 1995). Aun así, como los periodos de hospitalización son breves, puede no haber suficiente tiempo para desarrollar fuerza yoica o habilidades para el manejo del afecto. Así, el regreso a condiciones no controladas puede ser más dañino, especialmente si el agresor original aun tiene acceso a la casa del cliente.

Precauciones acerca del diagnóstico prematuro

Las afirmaciones asertivas que hacen énfasis en la conexión de los síntomas y el abuso sexual, se pueden experimentar como muy sugestivas para algunas(os) pacientes, especialmente si son propensas(os) a estados disociativos auto-hipnóticos, son altamente sugestionables o están deseosas(os) de complacer al terapeuta. Hay que apoyarse en la empatía y la clarificación en lugar de dar validación inmediata al escuchar por primera vez acerca de abuso sexual. Mientras que el dolor de la/el cliente es real, sin corroboración, las y los terapeutas y las y los clientes no pueden saber cuales de las memorias recuperadas son precisas históricamente.

Secuencia del tratamiento

Algunos autores (Brown y Fromm, 1986; Courtois, 1991; Herman, 1992; Horowitz, 1992; en Wells et al., 1995) han recomendado una secuencia de tratamiento orientada a las fases para sobrevivientes de trauma. Sin embargo, Wells et al. afirman que el paso en que la/el cliente atraviesa las distintas fases del tratamiento, también está determinado por el nivel de estructura y desarrollo de las relaciones objetales manifestado por un(a) sobreviviente particular. Sugieren que el trabajo con la estructura de las relaciones objetales preceda al trabajo con el trauma, con el entendimiento de que en el tratamiento orientado a las fases, a menudo se alternan estas (Van der Hart et al., 1993; en Wells et al., 1995).

En términos de precondiciones para el tratamiento exitoso de una historia de abuso sexual sin resolver, una persona necesita por lo menos una relación segura y que proporcione apoyo, validación, interés y entendimiento de las respuestas emocionales y de las reacciones reportadas. Esta relación puede ser más importante para la recuperación individual, que la recuperación de cada recuerdo. Si la/el cliente manifiesta déficits estructurales, el foco del

tratamiento debe ser el de establecer un lugar de pertenencia (*holding environment*), proporcionar funciones auxiliares del yo, mantener límites consistentes, y resolver defensas primitivas tales como dividirse, actuar (*acting-out*) e identificarse proyectivamente. El trabajo activo con los recuerdos necesita esperar hasta que la/el cliente haya desarrollado una estructura psíquica suficientemente estable como para tolerar la ansiedad sin perder las funciones observadoras del yo o la conexión emocional con el terapeuta.

Una suposición de este modelo de tratamiento es que, cuando se hayan removido las barricadas del desarrollo psíquico, el potencial de crecimiento innato del yo revivirá, impulsando al individuo a un desarrollo psicológico continuo y a una mejoría mayor en las relaciones (Jordan, 1993). La/el cliente recordará los incidentes de abuso sexual una vez que tenga a su disposición suficiente estructura y relación, que le ayuden a tolerar el trauma que una vez fue intolerable sin disociar o descompensarse.

Consecuencias caracterológicas del tratamiento

Para construir y mantener la alianza terapéutica de forma más efectiva, se necesita considerar la particular organización de carácter de cada cliente. Puesto que el abuso sexual generalmente produce una intensa vergüenza, la coraza caracterológica desarrollada para protegerse a menudo involucra a la vergüenza. Los estilos de carácter propensos a la culpa incluyen organizaciones narcisísticas, obsesivo-compulsivas, paranoides y autoderrotistas (Glickauf-Hughes y Wells, 1995; en Wells et al., 1995).

El conocimiento e insight del terapeuta de los diferentes estilos de carácter, puede ser usado para facilitar el entendimiento de la/el cliente de como internalizó o se adaptó al abuso y a la patología de sus padres durante la infancia, y el impacto que estos patrones tienen en las relaciones actuales consigo misma(o) y con los otros.

Wells et al. (1995) creen que es útil que las y los terapeutas entiendan como las y los clientes con estilos defensivos distintos intentan evitar el riesgo de ser vulnerables en las relaciones. Algunas(os) tienden a escoger la ilusión compensatoria de seguridad en el poder y la externalización (estilo paranoide), o controlando y siendo correcto (estilo obsesivo), o con afirmaciones de grandiosidad (estilo narcisista), o haciéndose necesario a través del excesivo autosacrificio y cuidado unilateral (estilo masoquista). Las y los terapeutas pueden ser más efectivos al proporcionar oportunidades de relación correctivas, si entienden los motivos inconscientes que hay detrás de la coraza de la/el cliente y lo que puede necesitar para sentirse segura(o) y profundamente entendida(o).

Para finalizar, es imperativo que las y los terapeutas que trabajan con clientes abusadas(os) sexualmente, así como con otras(os) sobrevivientes de

trauma, se mantengan actualizadas(os) en los avances que continuamente se ofrecen en esta área.

LA CONTRATRANSFERENCIA COMO HERRAMIENTA TERAPEUTICA

En el trabajo con víctimas o sobrevivientes de algún trauma, conocer y manejar la contratransferencia, es la manera de protegerse y poder confrontar con las/los pacientes y dentro de una(o) misma(o), estas experiencias humanas extraordinarias. Las/los pacientes con TEPT manifiestan su sufrimiento de diferente manera. Van desde un distanciamiento, extrañamiento y la evitación de revelarse ante las y los demás, hasta sentirse emocionalmente sobrecargadas(os) e incapaces de modular los afectos dolorosos. El trabajo terapéutico va por un camino generalmente predecible. En la fase inicial del tratamiento se explora la historia del trauma y la/el terapeuta trata de establecer el rapport en un clima de confianza. Se escucha el relato y la interpretación de lo que pasó con una actitud empática y sin juzgar (Kort, 1995).

Para lograr eso, un lugar de pertenencia seguro, *safe-holding environment*, como lo nombra Winnicott (1949; en Kort, 1995), la confianza mutua es crucial. El trauma confronta a ambas(os), paciente y terapeuta, con la futilidad de poder detener o influir en el resultado de un evento externo fuera del marco habitual de las experiencias humanas.

Como señala Kohut (1984; en Kort, 1995), la idealización de una guía o un auxiliar es necesaria mientras la persona no sea capaz de restablecer el equilibrio interno trastornado. La vivencia traumática destruye en el ser humano su sentido de autonomía y control sobre su mundo interno y externo, desarrollado en el proceso de maduración desde la infancia. A mayor sentido de dominio, un avalúo más realista de las y los adultas(os) (auxiliadores) que da la posibilidad del desarrollo de la ambivalencia. Como el trauma destruye ese dominio o poder, la persona vuelve a necesitar de una fuente externa para regular los estados emocionales internos.

Cuando el trauma no es infligido por un evento catastrófico, sino por la acción de un ser humano, y además este resulta ser un pariente o una persona cercana a la víctima, el conflicto entre la necesidad de seguridad externa y el miedo a la revictimización se vuelve el tema central en la transferencia. El paciente reacciona en función de sus necesidades emocionales, las atribuciones reales de la/el terapeuta apenas son percibidas (Kort, 1995).

Wilson y Lindy (1994; en Kort, 1995) describen los determinantes de la reacción contratransferencial y la forma en que esos factores pueden causar el rompimiento de la empatía.

Determinantes de la reacción contratransferencial

Hay cuatro factores básicos que determinan las respuestas contratransferenciales:

- 1) Tensión que surge al escuchar el relato de una situación traumática. Por ejemplo, víctimas de violación relatan en su historia de la experiencia traumática, circunstancias como amenaza verbal y con arma, daño físico, humillaciones, degradación, amenaza de muerte, de destrucción, de caos. Como terapeuta se sienten reacciones afectivas fuertes ante el relato.
- 2) Factores personales de la/el terapeuta, tales como el estilo defensivo, creencias, visión del mundo, historia traumática propia. En el trabajo con personas que sufren TEPT, el grado de especialización y formación para trabajar en el campo puede influir significativamente sobre la disposición hacia los diferentes tipos de contratransferencia. es importante la supervisión para evitar rupturas empáticas. También es importante revisar críticamente la motivación de la/el terapeuta para trabajar con sobrevivientes de trauma. Una historia personal de trauma o abuso en la infancia pueden tener efectos sobre la experiencia contratransferencial. La lucha de la/el paciente por integrar su experiencia traumática puede estimular, consciente o inconscientemente en la/el terapeuta, el revivir de la propia experiencia.
- 3) Factores institucionales que importan a la/el terapeuta e incluyen lugar donde se trabaja, recursos, actitud hacia la población que se atiende. Esto ha sido poco estudiado, sin embargo, se sabe que existen actitudes o respuestas poco adecuadas, insensibles, estereotipadas en los ambientes institucionales que influyen a la/el terapeuta y en el proceso de recuperación de la/el que busca ayuda. Cuando la institución no logra que las y los profesionales sientan que pertenecen a un lugar y a un equipo terapéutico que comparte valores y compromisos, el ambiente se vuelve negativo y crea contratransferencias duales, una hacia la institución y otra hacia la/el paciente que busca ayuda en ella.
- 4) Características específicas de las y los pacientes, como edad, sexo, condiciones generales de vida, factores sociales, culturales, económicos.

Cada factor puede causar el rompimiento de la empatía. El quebrantamiento empático puede provocar resultados patológicos como, cese del proceso de recuperación, atrapamiento en una de las fases del proceso terapéutico, regresión, intensificación de la transferencia, diferentes conductas de acting-out.

Tipo de reacción contratransferencial

Los determinantes arriba enumerados generan dos tipos de reacción contratransferencial:

1. **Reacción normativa.** Son reacciones afectivas y cognitivas naturales, universales y objetivas que se presentan en cualquier persona que escuche y responda a una persona traumatizada.

2. **Reacción personalizada.** Son reacciones subjetivas que se originan por los conflictos personales de la/el terapeuta, su idiosincrasia o aspectos no resueltos del curso de su vida.

En la terapia con estrés postraumático existe un potencial significativo para desarrollar, tanto contratransferencias objetivas como subjetivas, debido a lo intenso del proceso transferencial. Los miembros de la Sociedad Internacional para el Estudio del Estrés Traumático (Wilson y Lindy, 1994; en Kort, 1995) reportaron cuatro categorías de reacciones:

I Reacciones fisiológicas y físicas. Síntomas de alteración en el sistema nervioso autónomo, reacciones somáticas a la historia del trauma o a la terapia, trastornos en el sueño, agitación, falta de atención, somnolencia o reacciones de evitación, manifestación no controlada o no intencionada de las emociones.

II Reacciones emocionales. Irritabilidad, enojo o esquizofrenia, ansiedad y miedo, depresión y tristeza, enojo, rabia, hostilidad, negación, evitación, reacciones sadomasoquistas, reacciones voyeristas y sexualizadas.

III Reacciones psicológicas. Evitación debido a los mecanismos defensivos de intelectualización, racionalización, aislamiento, negación y minimización. Sobreidentificación basado en las defensas de proyección, introyección y negación.

IV Señales y síntomas conductuales de contratransferencias. Pueden ser conscientes o inconscientes. Olvidos, lapsus, distorsión de la atención y del lenguaje; abandono de la empatía terapéutica; hostilidad y enojo hacia el paciente; sentir descanso cuando la/el paciente no llega a una cita o desear que no venga; negación de los sentimientos y/o negación de la necesidad de supervisión o consultación; actitud narcisista como especialista dotada(o) para trabajar con TEPT; excesiva preocupación/identificación con la/el paciente; torpeza o constricción emocional; automedicación, uso de alcohol o drogas por sentirse estresada(o) o fatigada(o); pérdida de límites en la terapia; reacciones concordantes y complementarias.

La necesidad de tener el apoyo y la supervisión/consulta con otras(os) colegas es obvia. Solo así la/el terapeuta podrá manejar su desequilibrio en beneficio del tratamiento y de sí misma(o).

Polos en el continuo de reacción contratransferencial

El Proceso Tipo I se refiere a las reacciones de evitación, contraphobia, alejamiento y separación. En el Proceso Tipo II, se presentan reacciones de sobreidentificación, sobreidealización, entrampe empático y excesiva intercesión.

Cuando se observan los procesos contratransferenciales Tipo I y Tipo II en unión con reacciones objetivas o con reacciones subjetivas, se reconocen cuatro maneras distintas de tensión sobre la empatía, mismas que se describen a continuación.

Modos de tensión empática

1. **RETIRO DE LA EMPATIA.** Reacción normativa combinada con la respuesta de Tipo I, de evitación o distanciamiento. Se produce una ruptura y la pérdida de la empatía. En base a sus supuestos previos, la/el terapeuta es llevada(o) a mal percibir o mal interpretar la conducta y la psicodinamia de su paciente. Sus reacciones obstruyen la posibilidad de integrar la experiencia traumática dolorosa.
2. **REPRESION DE LA EMPATIA.** Producida por una reacción subjetiva, combinada con la disposición hacia la contratransferencia Tipo I. Afocando sus conflictos personales, se produce inconscientemente un distanciamiento del rol terapéutico, y una negación del significado total del material clínico.
3. **ENTRAMPE EMPATICO.** Tendencia a reaccionar con la respuesta contratransferencial Tipo II, sobreidentificación, en combinación con reacciones subjetivas. Vivir esta tensión empática, significa que la/el clínica(o) se aparta de su papel terapéutico, está sobreinvolucrada(o) y sobreidentificada(o) con el paciente; puede perder los límites en el rol como terapeuta. Las y los terapeutas con historia de victimización son especialmente vulnerables a esta tensión empática. Inconscientemente, pueden intentar rescatar a sus pacientes traumatizadas(os), como una manera indirecta de manejar sus propios conflictos no integrados. Esto puede llevar a la actuación de los problemas personales de la/el terapeuta, generando incluso una victimización secundaria o una intensificación de los aspectos transferenciales en la/el paciente.
4. **DESEQUILIBRIO EMPATICO.** Es una reacción objetiva combinada con la respuesta contratransferencial Tipo II, sobreidentificación. El estrés en la/el terapeuta se caracteriza por sensaciones de alteraciones fisiológicas o físicas displacenteras, sentimientos de inseguridad y vulnerabilidad, incertidumbre acerca de como tratar a la/el paciente. Pueden darse respuestas afectivas como ansiedad, tensión y procesos cognitivos (imágenes de brutalidad, de desamparo extremo, de tortura, etc.) que

continúan más allá de las sesiones terapéuticas, que preocupan y se asocian con dudas, sentimientos de vulnerabilidad y una necesidad de desfogar el estado de hipersensibilidad e incluso excitación.

4.5 EVALUACIÓN DEL ENFOQUE PSICODINÁMICO

La evaluación cuantitativa está ausente en el enfoque psicodinámico, la mayoría de los estudios están basados en la experiencia de las y los autores con víctimas y sobrevivientes de agresión sexual; es decir, se trata de datos cualitativos. En ocasiones, apoyan sus propuestas con casos clínicos.

En su propuesta, Aresti (1988) no hace comentario alguno acerca de los resultados que se obtienen al aplicar su modelo o de la efectividad del mismo para la recuperación de las sobrevivientes.

Rose (1991), después de presentar su modelo de psicoterapia psicodinámica para víctimas de violación, afirma que no existen datos acerca de los resultados del tratamiento, comenta que queda mucho por estudiar acerca de la psicoterapia y de los factores que juegan un papel en la determinación de su efectividad. Sin embargo, en base a su experiencia clínica, reporta que es un trabajo gratificante y que con las intervenciones apropiadas, es posible ver una respuesta rápida, con remisión dramática de los síntomas, disminución de la regresión y movimientos hacia el funcionamiento normal. La crisis también ofrece la oportunidad de resolver conflictos preexistentes descubiertos por el trauma, puesto que éste debilita las defensas caracterológicas y exacerba los conflictos subyacentes. Además, considera que mucha de la formulación psicodinámica y psicoterapéutica es aplicable a la experiencia de otras(os) pacientes con TEPT, incluyendo a poblaciones difíciles de tratar como las víctimas de abuso físico y sexual (Blum, 1986; Spiegel, 1984; en Rose, 1991), y abusadores.

Wells et al. (1995), más que resaltar las bondades de su propuesta, ilustran los riesgos y las consecuencias negativas, que conlleva la aplicación de métodos regresivos y catárticos que no consideren el nivel de desarrollo del yo de la/el cliente. También advierten que cosificar el abuso sexual, reduciendo el foco del tratamiento, es cambiar una visión de la realidad impuesta por los padres, por otra impuesta por el terapeuta.

Apoyándose en el modelo presentado, la Dra. Kort ilustra con material clínico de un caso las ventajas de contar con una conceptualización acerca de la contratransferencia. Afirma que el modelo permite estar alerta, captar señales de que algo no va bien, escucharse a sí misma(o) para buscar y descubrir los aspectos contratransferenciales. Admitir los propios afectos, reacciones y mecanismos defensivos para realmente hacer lo difícil, lo casi imposible, es

decir, manejar la contratransferencia como herramienta en el proceso terapéutico.

Considera que las contratransferencias no sólo son procesos intrínsecos al trabajo con pacientes con estrés postraumático, sino que son una expresión totalmente humana porque permiten vivir y sentir con empatía el dolor de un(a) sobreviviente de trauma. Cita a Abend (1989) que dice "...la contratransferencia ha salido del rincón oscuro, cargado de connotaciones de pecado y vergüenza a la luz clara de la revelación". El reconocimiento de su impacto caracteriza una actitud analítica profesional.

El cómo transformar la contratransferencia en empatía y comprensión, o cómo distinguir reacciones útiles de las obstaculizadoras, esto sigue siendo la habilidad quintaesencial o incluso quizás la prueba decisiva para la clínica analítica. Reconocer la inevitabilidad de la contratransferencia y tener como rutina de trabajo su incorporación de manera útil en el proceso terapéutico, parece haber tenido un efecto benéfico en general, ya que fomenta mayor honestidad, aceptación y posiblemente un incremento en las habilidades clínicas (Kort, 1995).

INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS REPORTADOS

De acuerdo con el marco teórico que sirve de referencia a este trabajo (Dye y Roth, 1991), la terapia psicodinámica es una terapia de acercamiento, pues está basada en la suposición de que para enfrentarse óptimamente con un evento traumático, el individuo debe trabajar directamente en sentimientos, pensamientos, o miedos relacionados con el trauma. Otra característica que permite clasificar al enfoque en las terapias de acercamiento, es que por lo general "su meta es ayudar al individuo a entender el trauma y su significado e integrar la experiencia en su personalidad," además se orienta a la descarga del afecto durante el proceso de integración.

Sin embargo, el acercamiento no es determinado por la/el terapeuta, sino por la/el sobreviviente. Se parte del desarrollo de una alianza terapéutica, del establecimiento de un "lugar de pertenencia seguro", tarea básica si se considera que la agresión sexual rompe o reactiva el proceso de separación-individuación.

El desarrollo de esta relación con la/el terapeuta (que forma parte de la reconstrucción de las relaciones objetales), debe ser previo al acercamiento al evento traumático. Esto evitará que el proceso terapéutico sea vivido como una nueva victimización. Es decir, permitirá una dosificación gradual del material emocional, que con el tiempo lleve a una reducción de los síntomas y a una integración exitosa de la experiencia traumática (Dye y Roth, 1991).

Otra ventaja que presenta el enfoque psicodinámico es que considera la dificultad que las(os) sobrevivientes tienen para buscar psicoterapia y las dinámicas que complejizan su permanencia en la misma. También toma en cuenta la contratransferencia. En los dos casos se presentan indicaciones claras para posibilitar un mejor manejo del proceso terapéutico.

CONCLUSIONES

Se necesita conducir más investigación acerca de psicoterapias orientadas al acercamiento y la integración de la victimización sexual. La psicoterapia psicodinámica, puede ser una excelente opción siempre y cuando se evite la utilización de interpretaciones ortodoxas que culpabilicen a la víctima y sean un obstáculo para el proceso de integración.

CONCLUSIONES

Los enfoques revisados, parten de una concepción del ser humano, del mundo y, por lo tanto, de la investigación científica distintos, lo cual dificulta su comparación. La metodología cuantitativa y la cualitativa pueden ser propuestas complementarias más que antagónicas.

PREGUNTAS DE INVESTIGACION

Para finalizar este trabajo, se sintetiza lo encontrado, respondiendo a partir de la revisión bibliográfica, las preguntas de investigación planteadas en relación con el tratamiento de sobrevivientes adultas de violación y/o de abuso sexual infantil. Estas preguntas se dirigen hacia las diferencias existentes entre los enfoques cognitivo-conductual y psicodinámico respecto a: 1) metas terapéuticas, 2) técnicas terapéuticas y 3) evaluaciones de efectividad reportadas. Asimismo, se comentan las aportaciones y limitaciones de la presente investigación documental.

METAS TERAPEUTICAS

Después de una etapa en que las metas terapéuticas eran el control y disminución de síntomas como el miedo y la ansiedad, el énfasis del enfoque cognitivo-conductual se amplió, dirigiéndose hacia el procesamiento cognoscitivo de las creencias y significados conflictivos atribuidos a la victimización sexual. Del énfasis en estrategias cognoscitivas y emocionales de evitación, se pasó al acercamiento y, a través de la combinación de técnicas, a la dosificación entre las estrategias de evitación y acercamiento, lo cual según Dye y Roth (1991) promueve la integración de la experiencia.

En el enfoque psicodinámico, las metas se dirigen inicialmente a la recuperación del control y la seguridad perdidas durante la victimización. Posteriormente, se le dio atención a la reparación de las relaciones objetales y el consecuente establecimiento de una continuidad psíquica, así como al reconocimiento de afectos como la ira contra el agresor. Esos procesos son necesarios para lograr la integración de la experiencia. La culpa y la autodevaluación se consideran consecuencia de las defensas que impiden reconocer y resolver el conflicto sobre la agresión. Se toma en cuenta la edad en que ocurrió el suceso traumático, el impacto que pudo tener sobre el desarrollo yoico, así como la integración de los insights contratransferenciales al proceso.

TECNICAS TERAPEUTICAS

Las técnicas terapéuticas empleadas en el enfoque cognitivo-conductual se caracterizan por tener procedimientos precisos, predeterminados y breves; además, por lo general contemplan un periodo educativo acerca de las consecuencias de la agresión sexual. En dos de estas técnicas, la Desensibilización Sistemática y la Exposición Prolongada, el componente conductual es el principal, así como las respuestas de miedo y ansiedad. En la desensibilización sistemática, la sobreviviente recuerda la experiencia traumática mientras su estado fisiológico es incompatible con la ansiedad y el miedo. En la exposición prolongada, la experiencia se revive con la reacción fisiológica y cognoscitiva hasta que se da la habituación al estímulo.

Otras técnicas, como su nombre lo indica, ponen mayor énfasis en el aspecto cognoscitivo. Por ejemplo, la Terapia Cognitivo-Conductual o la Terapia de Procesamiento Cognoscitivo (TPC) identifican las distorsiones cognoscitivas y su relación con las emociones; modificando las cogniciones se espera realizar el procesamiento del trauma. Estas técnicas incluyen una gama más amplia de efectos, como la culpa, la desconfianza y la depresión. La TPC aborda cinco áreas que probablemente se vieron afectadas por la victimización: seguridad, confianza, poder, estima e intimidad. Se trata de pasar de la conducta problema (por lo general la evitación) al motivo, reconstruyendo interpretaciones que eran aplicables al momento de la victimización pero que ya no lo son.

En el enfoque psicodinámico, las técnicas terapéuticas parten de la comprensión del impacto que la victimización sexual tiene en la psicodinámica de las y los sobrevivientes. La búsqueda de terapia y la formación de la alianza terapéutica se dificultan por la pérdida de confianza y autonomía, que necesitan ser reconocidas y exploradas. Se identifican e interpretan las principales defensas: disociación, evitación y reactuaciones. La interpretación de estas defensas permite elaborar el miedo, la minusvalía y la culpabilidad, bajo las cuales subyace un gran monto de ira y agresividad contra el perpetrador.

Para el enfoque psicodinámico, la resolución del conflicto sobre la agresión es central. Su presencia es resultado de la ruptura de las relaciones objetales introyectadas, dirigiéndose también hacia el agresor. Las proyecciones y externalizaciones pueden ser la vía de acceso hacia el conflicto. Si no se resuelve el conflicto, seguirá manifestándose como culpa, depresión y actos autodestructivos. Una sana movilización de la ira mejora la asertividad, la autoprotección, la autonomía y la confianza. Este enfoque también aporta indicaciones para el tratamiento en casos donde se sospecha que la ocurrencia de abuso sexual infantil se ha reprimido.

Así pues, una diferencia notable entre las técnicas terapéuticas del enfoque cognitivo-conductual y del enfoque psicodinámico, es que sustentan puntos de vista antagónicos respecto a la ira. Mientras el enfoque psicodinámico considera a la movilización de la ira como crucial para la integración del evento (Rose, 1991); el enfoque cognitivo-conductual supone que la ira puede bloquear la activación del miedo, reflejando un estilo de evitación para enfrentarse con el dolor emocional (Foa et al., 1995). Otra diferencia es que el enfoque cognitivo-conductual no toma en cuenta el papel de la subjetividad del terapeuta en sus intervenciones, mientras para el enfoque psicodinámico, la contratransferencia es considerada una herramienta terapéutica valiosa.

Los enfoques coinciden al señalar que la recuperación de la confianza en sí misma(o) y en el mundo es crucial en el trabajo terapéutico con sobrevivientes de victimización sexual.

EVALUACION

Respecto a los resultados reportados, en el enfoque cognitivo-conductual, la Desensibilización con Movimientos de Ojos y Reprocesamiento se muestra como el tratamiento más eficaz para tratar las secuelas de la victimización sexual. Además, las mejorías clínicas se obtienen en muy pocas sesiones, observándose tasas bajas de deserción del tratamiento (Shapiro, 1996). En términos de costo y accesibilidad, esta técnica muestra ventajas; sin embargo, aun no se sabe cual es el fundamento teórico de tal eficacia.

Los investigadores del enfoque cognitivo-conductual, afirman que la combinación de la Exposición Prolongada (basada en la activación de estructuras de miedo y la habituación a estas) y del Entrenamiento en Inoculación de Estrés, podría ser un programa óptimo para las sobrevivientes de agresión sexual, especialmente para aquellas con traumas múltiples o trastornos combinados. La investigación indica que esto es cierto incluso para las víctimas recientes. El componente de exposición parece ser determinante en la mejoría de las sobrevivientes. Este punto de vista coincide con lo propuesto por Dye y Roth (1991), acerca de la necesidad de contar con una estrategia de acercamiento a la experiencia de victimización sexual para promover su integración.

Los datos cualitativos indican que en el enfoque psicodinámico, las intervenciones apropiadas permiten ver una remisión de los síntomas, disminución de la regresión e incluso el resolver conflictos preexistentes descubiertos por el trauma. La alianza terapéutica permite que el acercamiento a la experiencia traumática sea dosificado por la sobreviviente y que ella realice una integración exitosa de la misma. La identificación e interpretación de las

defensas facilita el reconocimiento y descarga de los afectos dolorosos generados por la victimización (especialmente la ira), posibilitando una liberación real de la experiencia y sus consecuencias. De acuerdo con los autores del enfoque psicodinámico, cuando se ha resuelto el conflicto sobre la agresión, aumenta la asertividad, cesa la depresión y se incrementa la autoestima, las reacciones de la violación ceden su lugar a una mayor auto-protección, autonomía y confianza.

Esta aproximación toma en cuenta los riesgos que implica aplicar métodos regresivos y catárticos que no consideren el nivel de desarrollo del cliente, y la posibilidad de que la intervención terapéutica sea interpretada como una nueva victimización en virtud de los aspectos transferenciales y contratransferenciales. El manejo de la contratransferencia como herramienta en el proceso psicoterapéutico es benéfico tanto para la sobreviviente como para el terapeuta, cuya salud mental y calidad de vida también están en juego.

En resumen, en el enfoque cognitivo-conductual existe una tradición de evaluación cuantitativa, se utilizan instrumentos de medición validados y confiabilizados estadísticamente, muestras grandes y grupos de control. En el enfoque psicodinámico, la evaluación es cualitativa, basada en la experiencia clínica y en estudios de caso. Se puede decir que estamos ante dos visiones del mundo, ante dos formas de investigación científica, donde la perspectiva epistemológica (relación entre científico y realidad) determina las decisiones metodológicas (Guba y Lincoln, 1994; Tesch, 1990; Patton, 1990; Bertaux, 1981; en Martínez, 1996) y a su vez es determinada por la cuestión ontológica (la definición de la naturaleza de la realidad y lo que se puede conocer de ella) (Castro, 1996).

La investigación cuantitativa, como dice Bryman (1994; en Martínez, 1996), se aproxima a la investigación social a la manera de las ciencias naturales. Sus preocupaciones giran en torno a las definiciones operativas, la objetividad, la confiabilidad, la generalización, la replicabilidad y el establecimiento de relaciones de causalidad a través de la estadística. En la investigación cualitativa, la preocupación es la comprensión del mundo desde el punto de vista del actor. Esto supone que el investigador se involucra muy cercanamente con los sujetos de investigación. Hay un interés por conocer el contexto, posibilitando que el comportamiento se entienda dentro del sistema de significados empleado por un grupo social particular. Castro (1996) afirma la necesidad de entender a los métodos cuantitativos y cualitativos como formas *complementarias*, más que antagónicas, de investigar la realidad (en cursivas en el original).

Siguiendo esta línea de pensamiento, sería interesante realizar investigación cuantitativa para el enfoque psicodinámico, posiblemente utilizando algunos de los instrumentos que se han empleado para la evaluación

de eficacia en el enfoque cognitivo-conductual. Por otro lado, se podría investigar desde un punto de vista cualitativo, cuales son las experiencias y percepciones de las y los sobrevivientes que participan en tratamientos cognitivo-conductuales.

APORTACIONES

La definición legal de abuso sexual y violación, difiere de la definición desde el punto de vista psicológico. Para fines terapéuticos está indicado considerar los niveles de severidad; no obstante, la perspectiva de la sobreviviente debería tener prioridad. Habría que validar su experiencia de la victimización aun si no coincide con los criterios jurídicos.

La terminología utilizada para denominar a la persona que ha sido violentada sexualmente puede parecer un asunto de formas; sin embargo, llamarle víctima conlleva actitudes que pueden deteriorar la autoimagen de la persona. Sobreviviente es una denominación orientada a la recuperación del control y a la valoración de los recursos de enfrentamiento.

La experiencia de victimización sexual, genera consecuencias profundas que afectan la visión de si mismo, de los demás y del mundo; la manera ordinaria de percibir la realidad ya no basta. Como dice Ochberg (1991) las personas traumatizadas están por definición, reaccionando a eventos fuera de lo común y pueden confundir la anormalidad del trauma con la anormalidad de si mismas. La sociedad pide a las sobrevivientes que intenten "olvidar" las experiencias traumáticas, restringiendo sus posibilidades de discutir lo sucedido y construir nuevos significados (Decker, 1993).

Contar con un marco conceptual que de cuenta de la complejidad del fenómeno de la violencia sexual y sus secuelas, permitirá a los profesionales de la salud mental proporcionar servicios terapéuticos de calidad. Una intervención en crisis sensible y oportuna, puede prevenir el desarrollo del trastorno por estrés posttraumático y debería proporcionarse siempre que sea posible. Pero, más allá de la intervención en crisis, el arsenal terapéutico puede verse grandemente enriquecido si también se cuenta con las herramientas que provienen de enfoques como el cognitivo-conductual y el psicodinámico. Ambos enfoques, pueden ser útiles para el tratamiento de las secuelas de la violación y del abuso sexual infantil.

En ese sentido, la aportación más importante de este trabajo es la de presentar las metas terapéuticas, las técnicas utilizadas para alcanzar dichas metas y la efectividad reportada en las investigaciones realizadas. A partir de esta información los clínicos que regular o circunstancialmente atiendan sobrevivientes de agresión sexual, podrán enriquecer sus perspectivas. La elección del enfoque a utilizar, depende por lo general del entrenamiento del

clínico; sin embargo, el beneficio para las y los sobrevivientes debería estar en primer lugar. Independientemente del enfoque terapéutico al que se adhiera el terapeuta, es importante que considere el proceso subyacente. La dosificación del acercamiento y la evitación promueven la integración y resolución de las secuelas de la victimización sexual.

Algunos principios que pueden guiar la intervención terapéutica en casos de TEPT (producido o no por agresión sexual), fueron planteados por Ochberg (1988; en Ochberg, 1991). El primero es el principio de normalización: “Hay un patrón general de ajuste postraumático, y los pensamientos y sentimientos que comprenden este patrón son normales, aunque pueden ser dolorosos y desconcertantes”. El proceso de curación emocional a menudo incluye reexperimentación, evitación, sensibilidad y autculpabilización. Compartir información sobre este proceso lleva al segundo principio: “La relación terapéutica debe ser de colaboración, llevando al empoderamiento de quien ha sido disminuido en su dignidad y seguridad”. Este principio es particularmente importante con víctimas de crimen violento, pues la exposición a la crueldad humana y la experiencia de desvalimiento crea una sensación disminuida del *self*. El tercer principio es: “Cada individuo tiene un camino único para recuperarse del estrés traumático”. Este autor describe poéticamente la terminación de un proceso terapéutico en el *Salmo del Sobreviviente*:

He sido victimizada.
 Estuve en una pelea que no fue justa.
 No pedí la pelea. Perdí.
 No es vergonzoso perder tales peleas, sólo ganarlas.
 He alcanzado el estadio de sobreviviente y
 ya no soy esclava del estatus de víctima.
 Miro atrás con tristeza más que con odio.
 Miro adelante con esperanza más que con desesperación.
 Puede que nunca olvide, pero no necesito recordar constantemente.
 Fui una víctima.
 Soy una sobreviviente.

Es importante que los profesionales ayuden a las y los sobrevivientes en sus intentos de dejar atrás la vivencia traumática, evitando la tendencia a convertir la victimización en una experiencia que defina su presente y su futuro. Más allá de la sobrevivencia como definición autolimitadora, está la vivencia plena de la propia existencia. Como dice Decker (1993) “El desafío de un trauma es descubrir no sólo nuestra capacidad para un mayor cuidado, perdón y compasión, sino también, paradójicamente, nuestra propia capacidad de odiar, temer y desconfiar... () Si somos capaces de trascender el *self* existencial, la

barreras podrían desaparecer y las sombras serían reemplazadas por identidades expandidas”.

LIMITACIONES

La necesidad de centrar la investigación realizada condujo, inevitablemente, a dejar de lado aspectos sumamente importantes que merecen por lo menos, una mención. Estos temas pueden constituir líneas de investigación posterior.

Destaca la ausencia de la intervención terapéutica para las secuelas en niñas(os) abusadas(os) sexualmente. No se tocó el tratamiento diferencial por género; aún cuando las consecuencias son similares tanto en mujeres como en hombres, la influencia de la socialización de acuerdo al sexo, presenta dificultades particulares, especialmente al tratarse de un sobreviviente varón. Otros enfoques terapéuticos, como la terapia familiar o las terapia humanistas, pueden enriquecer el campo de la terapia postraumática.

La psicoterapia puede ser vista como parte de un tratamiento integral posterior a un evento traumático. Ochberg (1991) recomienda una aproximación interdisciplinaria que incluya aspectos educativos, promoción de la salud integral e integración social. Estos aspectos exceden el objetivo de esta tesis.

Las principales limitaciones de este trabajo son por un lado, su naturaleza teórica, y por otro la procedencia extranjera de la mayoría de los artículos revisados. Aun cuando las secuelas de victimización sexual en poblaciones mexicanas son similares a las reportadas en otras culturas, es necesario realizar investigación cuantitativa y/o cualitativa acerca de la aplicación de distintas aproximaciones terapéuticas en sobrevivientes de esta cultura.

La terapia puede ser considerada una acción correctiva después de sufrido el acto violento, es decir, está ubicada en el tercer nivel de prevención. Puede verse como prevención primaria al disminuir el riesgo de revictimización y romper el ciclo víctima-agresor. Esto último es especialmente cierto para varones, sin olvidar que, ocasionalmente, las mujeres también pueden ser agresoras sexuales. Otro esfuerzo que puede ayudar a reducir la incidencia de la victimización sexual, es el tratamiento integral de agresores sexuales hayan o no sido victimizados sexualmente.

Hay avances en el reconocimiento social de la responsabilidad de los agresores sexuales en los actos violentos cometidos. Con esto la culpabilización a la víctima ha disminuido, enfatizándose el aspecto violento más que el sexual. Falta mucho por conocer acerca de las causas de la violencia sexual.

Las denuncias por delitos sexuales son un pálido reflejo de la incidencia y prevalencia del fenómeno. Innumerables niñas y mujeres viven en silencio las secuelas de la victimización, la cual está en gran medida determinada por su existencia como seres humanos femeninos. Romper con los estereotipos culturales que definen a la pasividad y a la sumisión como características femeninas, permitirá la coexistencia de seres humanos completos.

En ese sentido, toda labor que promueva la igualdad de derechos entre los sexos, la eliminación de la discriminación por género, el respeto y valoración de las diferencias individuales y culturales, la eliminación del autoritarismo intergeneracional y la construcción de una cultura de la no violencia, contribuirá a disminuir la violencia sexual. Es necesario apoyar y promover esfuerzos educativos, especialmente en la educación de la sexualidad, sensibilización y concientización social, manejo adecuado del tema en medios de comunicación masiva, entrenamiento para niños y niñas en prevención del abuso sexual, cursos de autodefensa, formación de hombres y mujeres autónomos y respetuosos de los derechos de los demás, personas que aprendan a ser amadas y a amar.

La construcción de una sociedad no violenta, basada en el respeto mutuo es una utopía. Sin embargo, promover la prevención primaria de la violencia sexual es una tarea que compete a la sociedad como un todo. Si se quiere construir un entorno libre de violencia, es necesario planear y llevar a cabo acciones desde todos los ámbitos humanos. Solo así será posible que las personas puedan crecer y desarrollar plenamente sus capacidades, que puedan llegar a ser lo que son.

TABLA I: VISION GENERAL DE LAS TERAPIAS CONDUCTUALES Y COGNITIVO CONDUCTUALES

AUTORES/AÑO	POBLACION	INSTRUMENTOS	TECNICAS	RESULTADOS
Stewart, B., Hughes, C., Frank, E., Anderson, B., Kendall, K. y West, D. (1987)	118 mujeres sobrevivientes de violación (SR) (1 mes, mediana 14 días) 40 sobrevivientes no recientes (SNR) (más de 2 meses, mediana 7.5 meses) Buscaban tratamiento en dos centros de crisis por violación en E.U.A.	Entrevista estructurada IDB EHD IDARE PEMM ESIF EAS-II	DS TCC Sin grupo control	Ambos tratamientos se asocian con cambios significativos pre a post tratamiento en todas las medidas para las víctimas recientes; y en casi todas las medidas de las no recientes. Sin diferencias entre DS y TCC. En las evaluaciones a 3 meses, 6 meses y 1 año no hubo diferencias entre SR y SNR. Concluyen que los tratamientos conductuales estructurados se asocian con reducción de síntomas en SR y SNR. Sin diferencias entre DS y TCC
Frank, E.; Anderson, B.; Stewart, B.; Dancu, C.; Hughes, C. y West, D. (1988)	84 mujeres sobrevivientes de violación 60 víctimas recientes (SR) 24 no recientes (SNR) Buscaban tratamiento en dos centros de crisis por violación en E.U.A.	PEDAH IDB IDARE PEMM ESIF EAS-II EQB	DS TCC 14 sesiones. Sin grupo control	Mejoras significativas en todas las medidas, sin diferencias entre los tres tratamientos. El grupo control no presentó mejoras.
Resick, P.; Jordan, C.; Girelli, S.; Hutter, C. y Marhoefer-Dvorak, S. (1988)	37 mujeres sobrevivientes no recientes de violación (media 5.2 años desde el ataque), no sobrevivientes de incesto. Cuando esperaron al menos seis semanas para entrar al grupo, se les aplicó nuevamente el pretest y fueron el grupo control.	LVS-90-R PEMM ETAC EAEA TE EIE Entrevista estructurada	EIEs EAs PAI LE (Grupo control) Formato Grupal. 1 terapeuta mujer y 1 hombre. 6 sesiones de 2 hrs.	

Nota: TEPT=Trastorno por Estrés Post Traumático.

INSTRUMENTOS: EAEA=Escala de Auto-Expresión Adulta. EAS-II=Escala de Ajuste Social II. EHD=Escala Hamilton para la Depresión. EIE=Escala de Impacto del Evento. EQB=Estimación de Quejas Blanco. ESIF=Escala de Sentimientos de Inadecuación de Janis. ETAC=Escala Tennessee de Auto-Concepto. IDARE=Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado. IDB=Inventario de Depresión de Beck. LVS-90-R=Lista de Verificación de Síntomas. PEDAH=Plan de Entrevista Demográfica del Ataque e Historia Psiquiátrica. PEMM=Plan para Estudio de Miedo Modificada. TE=Termómetro Emocional.

TECNICAS TERAPEUTICAS Y DE CONTROL: DS=Desensibilización Sistemática. EAs=Entrenamiento Asertivo. EIEs=Entrenamiento en Inoculación de Estrés. LE=Lista de Espera. PAI=Psicoterapia de Apoyo más Información. TCC=Terapia Cognitivo-Conductual.

CONTINUA TABLA I: VISION GENERAL

AUTORES/AÑO	POBLACION	INSTRUMENTOS	TECNICAS	RESULTADOS
Shapiro, F. (1989a; en Shapiro, F., 1989b)	22 personas con TEPT sobrevivientes de violación/abuso sexual o veteranos de guerra. Tiempo medio de persistencia de las memorias traumáticas=23 años	UST	DMO Grupo placebo (atención del terapeuta y exposición a la imagen) 1 sesión	Una sesión es suficiente para desensibilizar por completo memorias traumáticas y alterar dramáticamente las afirmaciones cognoscitivas
Shapiro, F. (1989b)	1 mujer violada 15 meses antes	UST EVC	DMO 1 sesión	En el seguimiento a tres meses ella reportó que las quejas habían desaparecido después de la sesión inicial. La imagen puntuó 0 en UST, EVC permaneció en 7.
Foa, E.; Rothbaum, B.; Riggs, D. y Murdock, T. (1991)	45 mujeres sobrevivientes no recientes (media de 6.2 años) de violación o intento de violación con TEPT.	EST EIE PSCV ID/ARE IDB ERT EMCC	EP EIEs CA LE (Grupo Control) Formato individual. 9 sesiones de 90 minutos cada una, dos veces por semana.	Todas las condiciones produjeron mejoría en todas las medidas posttratamiento y en el seguimiento. El grupo con EIEs mostró mayor reducción de síntomas de TEPT que los grupos CA y LE inmediatamente después del tratamiento. En el seguimiento, EP produjo resultados superiores en síntomas de TEPT. Las características del ataque y la sujeción al tratamiento no se correlacionaron con los resultados del tratamiento.

Nota: TEPT=Trastorno por Estrés Post Traumático.

INSTRUMENTOS: EIE=Escala de Impacto del Evento. EMCC=Escala de Motivación para Cambio Conductual. ERT. Expectativa de Resultado del Tratamiento EST=Escala de Síntomas de Trastorno por Estrés Postraumático. EVC=Escala de Validez de la Cognición. IDARE=Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado. IDB=Inventario de Depresión de Beck. PSCV=Prueba de Síntomas Consecuencia de Violación. UST=Unidades Subjetivas de Trastorno.

TECNICAS TERAPEUTICAS Y DE CONTROL: CA=Consejo de Apoyo. DMO=Desensibilización con Movimientos de Ojos. EIEs=Entrenamiento en Inoculación de Estrés. EP=Exposición Prolongada. LE=Lista de Espera.

CONTINUA TABLA 1: VISION GENERAL

AUTORES/AÑO	POBLACION	INSTRUMENTOS	TECNICAS	RESULTADOS
Rothbaum, B. y Foa, E. (1991)	1 mujer sobreviviente de violación ocurrida 8 años antes. Diagnosticada con TEPT y mutismo por conversión.	EST EIE PSCV IDARE IDB EQ PEC	EP 9 sesiones de 90 minutos cada una, dos veces por semana.	El tratamiento fue efectivo contra el TEPT y el mutismo por conversión. Los síntomas de TEPT, la depresión y la ansiedad general disminuyeron después del tratamiento. Disminuyeron aun más un año después
Resick, P. y Schnicke, M. (1992)	19 mujeres sobrevivientes de violación, no sobrevivientes de incesto con TEPT. 20 mujeres que cumplan los mismos criterios y que estuvieron en lista de espera al menos 12 semanas. Media desde la violación más reciente fue 6.4 años. Buscaban tratamiento.	LVS-90-R: escalas TEPT y Depresión (Única medida común para pre y post TPC y LE) EIE EST-EE IDB EAS ECED	TPC LE 12 sesiones 1 y media hrs. Una vez por semana	Hubo cambios significativos en todas las medidas del pre al post tratamiento. No hubo cambios en el seguimiento a 3 y 6 meses; excepto para el IDB, donde hubo mejoría a los tres meses. No hubo diferencias en el grupo LE entre las dos sesiones de evaluación.
Amritz, A. (1994)	1 mujer con múltiples traumas, que incluyeron abuso sexual crónico. Diagnosticada con trastorno borderline de personalidad	LVS-90: Escala de depresión y Total IPA: escala de Neuroticismo y Autoestima Frecuencia de atracones de comida	TCC	La mejoría clínica en todas las medidas fue notable a partir del la cuarta fase del tratamiento. Al final del tratamiento, las calificaciones estaban en el rango normal

Nota: TEPT=Trastorno por Estrés Post Traumático.

INSTRUMENTOS: EAS=Escala de Ajuste Social. ECED=Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-III-R. EIE=Escala de Impacto del Evento. EST=Escala de Síntomas de Trastorno por Estrés Posttraumático. EST-EE=Escala de Síntomas de Trastorno por Estrés Posttraumático Escala Evitación EQ=Estimación de Quejas. IDARE=Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado. IDB=Inventario de Depresión de Beck. IPA=Inventario de Personalidad Alemán. LVS-90-R=Lista de Verificación de Síntomas. PEC=Prueba de Evitación Conductual. PSCV=Prueba de Síntomas Consecuencia de Violación.
TECNICAS TERAPEUTICAS Y DE CONTROL: CA=Consejo de Apoyo. EP=Exposición Prolongada. LE=Lista de Espera. TCC=Terapia Cognitivo-Conductual. TPC=Terapia de Procesamiento Cognoscitivo

CONTINUA TABLA 1: VISION GENERAL

AUTORES/AÑO	POBLACION	INSTRUMENTOS	TECNICAS	RESULTADOS
Nishith, P.; Hearst, D.; Mueser, K. y Foa, E. (1995)	1 mujer violada un año antes, víctima de abuso sexual infantil y maltrato doméstico. Diagnosticada con TEPT, depresión mayor e ideación suicida	ECED EST EIE PSCV EED IDARE IDB	EIEs Reestructuración cognoscitiva EP 24 sesiones de 90 min. Una vez por semana	En la sesión 18 había cambios sólo en IDB y EED. 6 sesiones más de EP produjeron gran mejoría en TEPT. Esta se mantuvo en el seguimiento a 1 y 3 meses. A los 3 meses no conservaba ninguno de los 3 diagnósticos iniciales.
Corral, Echeburúa, Sarasua, B. Zubizarreta, (1995)	10 mujeres sobrevivientes de violación o intento de violación reciente (de 1 a 3 meses, media 5.5 semanas) Diagnosticadas con TEPT agudo Para 40 % la violación fue su primera experiencia sexual	EGTEPT PEMM IDARE IDB EA	Reevaluación Cognitiva y EHEA 4 sesiones. Una vez por semana. Duración total 5 hrs. Sin grupo control	Después del tratamiento sólo 20 % continuaban diagnosticadas con TEPT. En el seguimiento a 1, 3, 6 y 12 meses, ninguna participante tenía TEPT. En la gravedad global del TEPT, ansiedad, depresión e inadaptación; hay una mejoría del pre al postratamiento, una lenta mejoría hasta los 6 meses y estabilización posterior. El miedo mejoró incluso hasta los 12 meses.

Nota: TEPT=Trastorno por Estrés Post Traumático.

INSTRUMENTOS: EA= Escala de Adaptación. ECED=Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-III-R. EED=Escala de Experiencias Disociativas. EGTEPT=Escala de Gravedad de síntomas del TEPT. EIE=Escala de Impacto del Evento. EST=Escala de Síntomas de Trastorno por Estrés Posttraumático. IDARE=Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado. IDB=Inventario de Depresión de Beck. PEMM=Plan para Estudio de Miedo Modificada. PSCV=Prueba de Síntomas Consecuencia de Violación.
TECNICAS TERAPEUTICAS Y DE CONTROL: EHEA=Entrenamiento en Habilidades Específicas de Afrontamiento. EIEs=Entrenamiento en Inoculación de Estrés. EP=Exposición Prolongada.

TERMINA TABLA 1: VISION GENERAL

AUTORES/AÑO	POBLACION	INSTRUMENTOS	TECNICAS	RESULTADOS
Foa, E., Hearst-Ikeda, D y Perry, K. (1995)	20 mujeres víctimas recientes de ataque sexual y no sexual. 10 a cada condición. Diagnosticadas con TEPT	EST EEA IDB	PCCB EC 4 sesiones semanales de 2 horas.	Dos meses después del ataque, las víctimas que recibieron PCCB tenían síntomas menos severos de TEPT que las de EC. A los 5 y medio meses, las víctimas en el grupo PCCB estaban menos deprimidas que las de EC y tenían menos síntomas de reexperimentación.
Foa, E.; Riggs, D.; Massie, E. y Yarczower, M. (1995)	12 mujeres sobrevivientes de ataque: 7 violación y 5 ataque no sexual. Media desde el ataque 3.2 años Diagnosticadas con TEPT	ECED IDARE EST IRA PSCV USA SCAF	EP 9 sesiones de 90 minutos cada una, dos veces por semana.	Después del tratamiento, EST, PSCV y IDARE disminuyeron. A mayor sintomatología de TEPT en el pretratamiento y mayor puntaje SCAF y USA, mayor reducción de medidas postratamiento.

Nota: TEPT=Trastorno por Estrés Post Traumático

INSTRUMENTOS: ECED=Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-III-R. EEA=Entrevista Estandarizada de Ataque. EST=Escala de Síntomas de Trastorno por Estrés Posttraumático. IDARE=Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado. IDB=Inventario de Depresión de Beck. IRA=Inventario de Ira Rasgo-Estado. PSCV=Prueba de Síntomas Consecuencia de Violación. SCAF= Sistema de Codificación Acción Facial. USA=Unidades Subjetivas de Angustia.

TECNICAS TERAPEUTICAS Y DE CONTROL: PCCB=Programa Cognitivo-Conductual Breve. EC=Evaluación de Control. EP=Exposición Prolongada

ANEXO 1

INSTRUMENTOS DE MEDICION UTILIZADOS PARA MEDIR LA EFICACIA DE LAS TECNICAS TERAPEUTICAS

En el enfoque cognitivo-conductual, por lo general se utilizan instrumentos de medición para evaluar la efectividad de las intervenciones terapéuticas. A continuación se mencionan los que fueron usados en las investigaciones revisadas. Debido a que muchos de ellos no están traducidos ni estandarizados para poblaciones mexicanas, se mencionan sus nombres en inglés, aun cuando en el texto se tradujeron. En la tabla 1 se especifica cuales se usaron en cada estudio:

EA: Escala de Adaptación. Refleja el grado en que la agresión sexual afecta a diferentes áreas de la vida cotidiana: trabajo, vida social, tiempo libre, relación de pareja y relación familiar. También refleja la inadaptación global (Echeburúa y Corral, 1987; en Corral et al., 1995).

EAEA: Escala de Auto-Expresión Adulta (Adult Self-Expression Scale). Es una medida de asertividad de 48 ítems (Gay, Hollandsworth y Galassi, 1975; Veronen y Kilpatrick, 1980; en Resick et al., 1988).

EAS-II: Escala de Ajuste Social II (Social Adjustment Scale-II). Entrevista estructurada diseñada para evaluar el funcionamiento en cuatro áreas específicas: trabajo, familia, familia externa y social/ocio, así como funcionamiento social general (Schooler et al., 1980; en Stewart et al., 1987).

ECED: Entrevista Clínica Estructurada para DSM-III-R, versión para no pacientes (Structured Clinical Interview for DSM-III-R- Nonpatient version). Entrevista diagnóstica desarrollada de los criterios del DSM-III-R (Spitzer et al., 1987; en Resick y Schnicke, 1992). El módulo de TEPT fue desarrollado por el Estudio Nacional para el Reajuste de los Veteranos de Vietnam (Kulka et al., 1988; en Resick y Schnicke, 1992). Se usaron los módulos para TEPT y Trastornos Depresivos (Resick y Schnicke, 1992).

EEA: Entrevista Estandarizada de Ataque (Standardized Assault Interview). Contiene 126 preguntas sobre datos demográficos, red social, funcionamiento sexual, experiencias de violación, uso de sustancias, historia de traumas, detalles acerca del ataque y salud física (Foa y Rothbaum, 1985; en Foa et al. 1995a).

EED: Escala de Experiencias Disociativas (Dissociative Experiences Scale). Es una escala de autoreporte de 28 ítems que cuantifica un rango de experiencias comúnmente reportadas por individuos que disocian. Es un índice de la frecuencia promedio de experiencias disociativas (Bernstein y Putnam, 1986; en Nishith et al., 1995).

EGTEPT: Escala de Gravedad de síntomas del TEPT. Similar a la EST (más adelante), es una entrevista estructurada que evalúa síntomas e intensidad del trastorno según los criterios diagnósticos del DSM-III-R (Echeburúa, Corral, Sarasúa, Zubizarreta y Sauca, 1994; en Corral et al., 1995).

EHD: Escala Hamilton para la Depresión (Hamilton Rating Scale for Depression). Medida de ayuda al entrevistador (Hamilton, 1960; en Stewart et al., 1987).

EIE: Escala de Impacto del Evento (Impact of Event Scale). Impacto cognitivo de eventos traumáticos. Mide dos dimensiones del TEPT: intrusión y evitación (Horowitz, Wilner y Alvarez, 1979; en Resick et al., 1988). Ha mostrado tener buena consistencia interna, validez y sensibilidad a la recuperación (Zilberg, Weiss y Horowitz, 1982; en Resick et al., 1988; Foa et al., 1991).

EMCC: Escala de Motivación para Cambio Conductual (Motivation for Behavior Change Scale) (Cautela, 1977). Escala de 8 ítems completada por el terapeuta para estimar el grado de motivación y sumisión exhibida por el paciente durante el tratamiento (Foa, Rothbaum, Riggs y Murdock, 1991).

Entrevistas estructuradas.

221 preguntas cerradas divididas en: datos demográficos, información sobre el ataque sexual, estatus legal del caso, apoyo social, historia de victimización, historia de terapia, síntomas (depresión, miedos, abuso de sustancias), y suicidio (Resick et al., 1988).

EQB: Estimación de Quejas Blanco (Target Complaints Assessment). Empleada como medida final de la eficacia del tratamiento. Se les pedía listar los problemas más molestos relacionados con la violación, que habían tenido desde el ataque (Battle, Imber, Hoehn-Saric, Stone, Nash y Frank, 1966).

ERT: Expectativa de Resultado del Tratamiento (Expectancy of Therapeutic Outcome). Credibilidad percibida de cada tratamiento activo, estimada en una escala tipo Likert 1-9 (Foa, Rothbaum, Riggs y Murdock, 1991).

ESIF: Escala de Sentimientos de Inadecuación de Janis Field (Janis-Field Feelings of Inadequacy Scale). Instrumento de auto-reporte de 23 ítems, mide autoestima (Janis y Field, 1959; en Frank et al., 1988).

EST: Escala de Síntomas de Trastorno por Estrés Postraumático (PTSD Symptom Scale). Mide presencia y severidad de TEPT (Rothbaum, Dancu, Riggs y Foa, 1990; en Rothbaum y Foa, 1991). Escala con 17 ítems, tiene tres subescalas que representan todos los criterios del DSM-III-R (3ª. ed. rev. DSM-III-R; American Psychiatric Association, 1987) para TEPT, incluyendo reexperimentación, evitación y embotamiento, y alta activación (Resick y Schnicke, 1992).

ETAC: Escala Tennessee de Auto-Concepto (Tennessee Self-Concept Scale). Es una escala de 100 ítems. Proporciona una calificación total de autoestima y un perfil complejo de autoconcepto (Fits, 1965; en Resick et al., 1988).

EVC: Escala de Validez de la Cognición (Validity Cognition Scale). Es una escala de siete puntos (1= completamente falso; 7= completamente verdadero) de diferencial semántico que permite una estimación rápida de las creencias relevantes (Shapiro, 1989).

IDARE: Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (State-Trait Anxiety Inventory). Instrumento de auto-reporte de 40 ítems (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970; en Stewart et al., 1987). Mide ansiedad rasgo y ansiedad estado (Spielberger et al., 1970; en Rothbaum y Foa, 1991).

IDB: Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory). Medida de auto-reporte de 21 ítems (Beck et al., 1960; en Stewart et al., 1987). Mide estado de ánimo depresivo y síntomas vegetativos de depresión (Beck y Beamesderfer, 1974; en Rothbaum y Foa, 1991).

IRA: Inventario de Ira Rasgo-Estado (State-Trait Anger Inventory). Cuestionario de 20 ítems que evalúa sentimientos de ira. Comprende una escala de estado de ira, la cual evalúa la intensidad de la ira en el momento en que es completada, y una escala de ira como rasgo, la cual evalúa sentimientos

generales de ira (Spielberg, 1988; en Foa et al., 1995). En el estudio de Foa et al., se utilizó sólo la escala de estado de ira.

LVS-90-R: Lista de Verificación de Síntomas (Derogatis Symptom Check List). Inventario de 90 ítems diseñado para reflejar patrones de síntomas psicológicos. Es un instrumento altamente confiable y válido (Derogatis, 1977; en Resick et al. 1988). Es una medida sensible en la recuperación de sobrevivientes de violación (Kilpatrick, 1981; en Resick et al. 1988). Tiene tres escalas globales y nueve escalas de síntomas: Somatización, Obsesivo-Compulsivo, Sensibilidad Interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad Fóbica, Ideación Paranoide y Psicoticismo. (Resick y Schnicke, 1992). Saunders, Arata y Kilpatrick (1990; en Resick y Schnicke, 1992), desarrollaron una escala de 28 ítems para TEPT derivada de los ítems del LVS-90-R, la cual clasificó correctamente a 89 por ciento de los que respondieron a ella.

PEC: Prueba de Evitación Conductual (Behavioral Avoidance Test). Estima el grado en que se evitan situaciones relacionadas con la violación y que, desde un punto de vista realista, son seguras (McGlynn, 1988; en Rothbaum y Foa, 1991).

PEDAHP: Plan de Entrevista Demográfica del Ataque e Historia Psiquiátrica (Demographic, Assault and Psychiatric History Interview Schedule). Guía de entrevista estructurada (Frank et al., 1988).

PEMM: Plan para Estudio de Miedo Modificada (Modified Fear Survey Schedule). Se desarrolló para medir miedo en sobrevivientes de violación (Veronen y Kilpatrick, 1980; en Resick et al., 1988). Un análisis factorial produjo ocho factores, seis de los cuales discriminan entre víctimas y no víctimas (Resick, Veronen, Calhoun, Kilpatrick y Atkeson, 1986; en Resick et al., 1988).

PSCV: Prueba de Síntomas Consecuencia de Violación (Rape Aftermath Symptom Test). Incluye ítems del LVS-90-R y del PEMM, que discriminan entre víctimas y no víctimas de violación (Kilpatrick, 1988; en Rothbaum y Foa, 1991).

SCAF: Sistema de Codificación Acción Facial (Facial Action Coding System). Es un sistema basado en la anatomía que distingue todos los movimientos

visibles del rostro. La magnitud de la emoción se calcula como el producto de la intensidad (1, 2, 3) y la duración de una patrón dado de unidades de acción (máximo 15 segundos), dando un rango de 0 a 45. Se graban en video las expresiones faciales y se codifican los 15 segundos previos al reporte más alto de angustia. Aplicar este sistema requiere un entrenamiento estricto (Ekman y Friesen, 1978; en Foa et al., 1995).

TC: Quejas Blanco (Target Complaints). Los síntomas predominantes de TEPT se califican independientemente por el asesor y el paciente en una escala de 8 puntos (Rothbaum y Foa, 1991).

TE: Termómetro Emocional (Emotion Thermometer). Instrumento de automonitoreo, permite que los participantes controlen tres miedos blanco de su elección (Obanion and Veronen, 1978; en Resick et al. 1988).

USA: Unidades Subjetivas de Angustia (Subjective Units of Distress). Usadas para calificar el rango de angustia de 0 a 100, fueron obtenidas del cliente cada 10 minutos al revivir el ataque. Esta medida se ha usado previamente para estimar la habituación al miedo durante las sesiones de exposición (Foa y Chambless, 1978; Foa, Grayson y Steketee, 1982; en Foa et al., 1995).

UST: Unidades Subjetivas de Trastorno (Subjective Units of Disturbance). Mide el nivel de ansiedad asociado con las memorias traumáticas en una escala de 11 puntos (0=sin ansiedad;-10=máxima ansiedad posible) (Wolpe, 1982; en Shapiro, 1989b) Correlaciona con indicadores fisiológicos de stress (Thyer, Papsdorf, Davis y Vallecorsa, 1984; en Shapiro, 1989b).

ANEXO 2
INSTITUCIONES Y GRUPOS QUE OFRECEN ATENCION
PSICOLOGICA PARA VICTIMAS Y SOBREVIVIENTES DE AGRESION
SEXUAL EN EL DISTRITO FEDERAL

ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES

ADIVAC: Asociación para el Desarrollo Integral de personas Violadas, A. C.
General Cano 141-2, Col. San Miguel Chapultepec. C.P. 11850
Teléfono: 516-1510. Fax: 277-5592
Lunes a viernes de 10:00 a 20:00 horas.

AVISE: Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar y Sexual. Andrea del Sarto No. 2. Col. Nonoalco Mixcoac.
Teléfonos: 598-0786 y 598-0701

COVAC: Asociación Mexicana contra la Violencia hacia las Mujeres, A. C.
Mitla 145, Col. Narvarte C.P. 03020
Teléfono: 519-3145. Fax: 538-9801

PREVIO: Instituto de Cultura para la Prevención de la Violencia en la Familia A.C.
Ingenio San Gabriel No. 146, Col. Rinconada Coapa C.P. 14330
Lunes a viernes de 9 a 14 horas y de 16 a 20 horas. Sábados de 9 a 13 horas.

INSTANCIAS UNIVERSITARIAS (UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO).

Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología (CPS).
Av. Universidad 3004, Edificio "C", sótano. Col. Copilco Universidad. C.P. 04510.

Programa de Atención Integral a Víctimas y Sobrevivientes de Agresión Sexual de la Facultad de Psicología (PAIVSAS).
Av. Universidad 3004, Edificio "A", cubículo anexo al salón 10. Col. Copilco Universidad. C.P. 04510.
Teléfono: 622-2254. Fax: 550-2560

INSTITUCIONES GUBERNAMENTALES

Centro de Atención a Víctimas de Violencia Intrafamiliar (CAVI).

Para agresión sexual dentro de la familia.

Carmona y Valle No. 54, 1er. Piso Col. Doctores. C.P. 04700

Teléfonos 625-7120. Fax: 625-7360.

Lunes a viernes de 9:00 a 21:00 horas

Centro de Terapia de Apoyo de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal (CTA-PGJDF).

Pestalozzi No. 1115, Col del Valle. C.P. 03100.

Teléfonos: 559-9771 y 575-0542. Fax: 575-5003.

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).

Emiliano Zapata esq. con Xochicalco s/n. C.P. 03310

Teléfono: 601-2222 Ext. 2300. Fax: 601-2222 Ext. 2056 y 629-2350.

Instituto Nacional de Perinatología (INPer).

Para mujeres embarazadas como producto de abuso sexual.

Montes Urales 800, Col. Lomas Virreyes. C.P. 11000

Trabajo Social, Consulta Externa.

Teléfono: 520-9900 Ext. 127

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Adams, C. y Fay, J. (1991) (1ª. En 1981). No más secretos: cómo proteger a su hijo de un ataque sexual. México: Origen.

Aresti, L. (1988). Estrategias de apoyo a las víctimas de la violencia sexual. Manuscrito inédito, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

Aresti, L.; Erres, S. y Toto, M. (1984). La violación, delito contra la libertad. FEM, 8 (32), 29-31.

Arntz, A. (1994). Treatment of borderline personality disorder: a challenge for cognitive behavioral therapy. Behaviour Research and Therapy. 32 (4), 419-430.

Bassuk, E. (1980). A crisis theory perspective on rape. En S. L. McCombie, (Ed.). The rape crisis intervention handbook: a guide for victim care. (pp. 121-129). Nueva York: Plenum.

Becker, J.; Skinner, L.; Abel, G. y Chichon, J. (1986). Level os postassault sexual functioning in rape and incest victims. Archives of Sexual Behavior. 15 (1), 37-49.

Becker, J.; Skinner, L.; Abel, G. y Treacy, E. (1982). Incidence and types of sexual dysfunctions in rape and incest victims. Journal of Sex and Marital Therapy. 8 (1), 65-74.

Bolton, F.; Morris, L. y MacEachron, A. (1989). Males at risk: The other side of child sexual abuse. Inglaterra: Sage.

Bowie, S.; Silverman, D.; Kalick, M. y Edbril, S. (1990). Blitz rape and confidence rape: Implications for clinical intervention. American Journal of Psychotherapy. 44, 180-188.

Bownes, I.; O'Gorman, E. y Sayers, A. (1991). Assault characteristics and posttraumatic stress disorder in rape victims. Acta Psychiatr Scand. 83, 27-30.

Burgess, A. y Holmstrom, I. (1980). Rape typology and the coping behavior of rape victims. En S. L. McCombie (Ed.). The rape crisis intervention handbook: a guide for victim care (pp. 27-40). Nueva York: Plenum.

Burgess, A. y Holmstrom, I. (1974a). Rape trauma syndrome. American Journal of Psychiatry. 131 (9), 981-986.

Burgess, A. y Holmstrom, I. (1979). Rape: sexual disruption and recovery. American Journal of Orthopsychiatry. 49 (4), 648-657.

Castro, R. (1996). En busca del significado: supuestos, alcances y limitaciones del análisis cualitativo. En I. Szasz y S. Lerner. (Comps.). Para comprender la subjetividad: Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad. México: Colegio de México.

Cazorla, G., Samperio, R. y Chirino, I. (1994). Alto a la agresión sexual: consecuencias conductuales en los niños. México: Diana.

Código penal: para el Distrito Federal en materia de fuero común, y para toda la República en materia de fuero federal (1996). México: McGraw Hill.

Coffey, P., Leitenberg, H., Henning, K., Turner, T. y Bennet, R. (1996). Mediators of the long-term impact of child sexual abuse: perceived stigma, betrayal, powerlessness, and self-blame. Child Abuse and Neglect. 20 (5), 447-455.

Corral, P.; Echeburúa, E.; Sarasúa, B. y Zubizarreta, I. (1995). Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno por estrés postraumático agudo en víctimas de agresiones sexuales: un estudio piloto. Psicología conductual. 3 (2), 195-210.

Crewdson, J. (1988). By silence betrayed: Sexual abuse of children in America. U.S.A.: Little brown.

Davenport, D. (1991). The functions of anger and forgiveness: guidelines for psychotherapy with victims. Psychotherapy. 28 (1), 140-144.

Decker, L. (1993). Beliefs, post-traumatic stress disorder, and mysticism. Journal of Humanistic Psychology. 33 (4), 15-32.

De la Garza, J.; Díaz, E.; Jiménez, R.; Rivera, R. y Morales, S. (1995). La violencia infantil: el abuso sexual y sus repercusiones en la salud pública. Higiene. 3, 203-215.

Duarte, P. y González, G. (1994). La lucha contra la violencia hacia las mujeres. México: COVAC. P. 48.

Dye, E. y Roth, S. (1991). Psychotherapy with Vietnam veterans and rape and incest survivors. Psychotherapy, 28 (1), 103-120.

Faller, K. (1990). Understanding child sexual maltreatment. U. S. A.: Sage.

Feinauer, L. ; Mitchell, J.; Harper, J. y Dane, S. (1996). The impact of hardness and severity of childhood sexual abuse on adult adjustment. The American Journal of Family Therapy. 24 (3), 206-214.

Feinauer, L. y Stuart, D. (1996). Blame and resilience in women sexually abused as children. The American Journal of Family Therapy. 24 (1), 31-40.

Feldman-Summers, S.; Gordon, P.; y Meagher, J. (1979). The impact of rape on sexual satisfaction. Journal of Abnormal Psychology. 88 (1), 101-105.

Finkelhor, D. (1987) (1ª. En inglés 1979). Abuso sexual al menor: causas, consecuencias y tratamiento psicosexual. México: Pax-Mex.

Finkelhor, D. (1988). The trauma of child sexual abuse: Two models. En G. Wyatt y G. Powell. Lasting effects of child sexual abuse. USA: Sage.

Finkelhor, D. e Yllo, K. (1985). License to rape: sexual abuse of wives. U.S.A.: Holt, Rinehart y Winston.

Foa, E., Hearst-Ikeda, D y Perry, K. (1995). Evaluation of a brief cognitive-behavioral program for the prevention of chronic PTSD in recent assault victims. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 63 (6), 948-955.

Foa, E.; Riggs, D.; Massie, E. y Yarczower, M. (1995). The impact of fear activation and anger on the efficacy of exposure treatment for posttraumatic stress disorder. Behavior Therapy, 26, 487-499.

Foa, E.; Rothbaum, B.; Riggs, D. y Murdock, T. (1991). Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: a comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59 (5), 715-723.

Forman, B. (1980). Psychotherapy with rape victims. Psychotherapy, Research and Practice, 17 (3), 304-311.

Francia-Martínez, M. (1991). Violación sexual marital: hacia una revisión de sus principales controversias y conceptualizaciones. Revista Intercontinental de Psicología y Educación, 4 (1), 121-148.

Frank, E. y Anderson, B. (1987). Psychiatric disorders in rape victims: past history and current symptomatology. Comprehensive Psychiatry, 28 (1), 77-82.

Frank, E.; Anderson, B.; Stewart, B.; Dancu, C.; Hughes, C., y West, D. (1988). Efficacy of cognitive behavior therapy and systematic desensitization in the treatment of rape trauma. Behavior Therapy, 19, 403-420.

Frazier, P. (1990). Victim attributions and post-rape trauma. Journal of Personality and Social Psychology, 59 (2), 298-304.

Gagnon, J. (1980). Sexualidad y conducta social. México: Pax.

Gilbert, B. y Cunningham, J. (1986). Women's postrape sexual functioning: review and implications for counseling. Journal of Counseling and development, 65, 71-73.

Gold, S.; Hughes, D. y Swingle, J. (1996). Characteristics of childhood sexual abuse among female survivors in therapy. Child Abuse and Neglect, 20 (4), 323-335.

González, A. (1996). Estudio comparativo del síndrome post-traumático en sobrevivientes de abuso sexual el cual haya culminado o no en violación. Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México.

González, G.; Azaola, E.; Duarte, M. y Lemus, J. (s/f). El maltrato y el abuso sexual a menores: una aproximación de estos fenómenos en México. México: UAM, UNICEF, COVAC.

González, R. (1989). Revisión estadística de 50 casos de violación. México: Facultad de Psicología.

Hall, L. y Lloyd, S. (1989). Surviving child sexual abuse: A handbook for helping women challenge their past. New York: Palmer.

Hardgrove, G. (1981/82) (Ed.). Los Angeles County protocol for the treatment of rape and other sexual assaults. Los Angeles: Commission on assaults against women.

Heath, V.; Bean, R. y Feinauer, L. (1996). Severity of childhood sexual abuse: symptom differences between men and women. The American Journal of Family Therapy. 24 (4), 305-314.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), Fondo de Desarrollo de Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM). (1995). La mujer mexicana: un balance estadístico al final del siglo XX. México.

Izcoa, A. (1991). El incesto: un tabú que urge atención. Revista Intercontinental de Psicología y Educación. 4 (1), 13-28.

Jackson, T. ; Long, B. y Skinner, L. (1991). Sexual assault training prevalence in clinical psychology doctoral programs. Professional Psychology: Research and Practice. 22 (4), 333-335.

Kilpatrick, D. y Calhoun, K. (1988). Early behavioral treatment for the rape trauma: efficacy or artifact?. Behavior Therapy. 19, 421-427.

Kolodny, R.; Masters, W. y Johnson, V. (1985). Tratado de Medicina Sexual. México: Salvat. Pp. 319-335.

Kort, E. (1990). Secuelas emocionales a largo plazo en el síndrome de trauma por violación. Tesis doctoral, Universidad Iberoamericana, México.

Kort, E. (1995). La contratransferencia en el trabajo psicoterapéutico con pacientes con trastorno por estrés postraumático. Tesina de posgrado en psicoanálisis. Universidad Nacional Autónoma de México.

Koss, M. (1985). The hidden rape victim: personality, attitudinal and situational characteristics. Psychology of Women Quarterly. 9, 193-212.

Koss, M. y Burkhart, B. (1989). A conceptual analysis of rape victimization. Psychology of Women Quarterly. 13, 27-40.

Koss, M., Dinero, T, y Seibel, C. (1988). Stranger and acquaintance rape: are there differences in the victim's experience? Psychology of Women Quarterly. 12, 1-24.

Lagarde, M. (1989, Marzo 6). Ejercicio del poder, el gran problema: Causas generadoras de los delitos sexuales. DobleJornada, 3 (25), 4-7.

Latts, M. y Gelso, Ch. (1995). Countertransference behavior and management with survivors of sexual assault. Psychotherapy. 32 (3), 405-415.

Letourneau, E.; Resnick, H.; Kilpatrick, D.; Saunders, B. y Best, C. (1996). Comorbidity of sexual problems and posttraumatic stress disorder in female crime victims. Behavior Therapy. 27, 321-336.

Mancilla, B. (1996). Historia y diferentes tipos de psicoterapia. Material de apoyo para la materia Introducción a la Psicoterapia. México: Facultad de Psicología, UNAM.

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV (1995). España: Mason. Pp. 434-440.

Martínez, C. (1996). Introducción al trabajo cualitativo de investigación. En I. Szasz y S. Lerner. (Comps.). Para comprender la subjetividad: Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad. México: Colegio de México.

Masters, W.; Johnson, V. y Kolodny, R. (1987). La sexualidad humana. Tomo 2. México: Grijalbo.

McCarthy, B. (1986). A cognitive-behavioral approach to understanding and treating sexual trauma. Journal of Sex and Marital Therapy. 12, 322-329.

McCombie, S. y Arons, J. (1980). Counseling rape victims. En S. L. McCombie. (Ed.). The rape crisis intervention handbook: a guide for victim care (pp. 145-171). Nueva York: Plenum.

Metzger, D. (1976). It is always the woman who is raped. American Journal of Psychiatry. 133 (4), 405-408.

Mezey, G. y Taylor, P. (1988). Psychological reactions of women who have been raped. British Journal of Psychiatry. 152, 330-339.

Nadelson, C. y Notman, M. (1979). Psychoanalytic considerations of the response to rape. International Review of Psycho-Analysis. 6, 97-103.

Nadelson, C.; Notman, M.; Zackson, H. y Gornick, J. (1982). A follow up study of rape victims. American Journal of Psychiatry. 139 (10), 1266-1270.

Nishith, P.; Hearst, D.; Mueser, K. y Foa, E. (1995). PTSD and major depression: methodological and treatment considerations in a single case design. Behavior Therapy. 26, 319-335.

Notman, M. y Nadelson, C. (1976). The rape victim: psychodynamic considerations. American Journal of Psychiatry. 133 (4), 408-413.

Notman, M. y Nadelson, C. (1980). Psychodynamic and life-stage considerations in the response to rape. En S. L. McCombie. (Ed.). The rape crisis intervention handbook: a guide for victim care (pp. 131-142). New York: Plenum.

Ochberg, F. (1991). Post-traumatic therapy. Psychotherapy. 28 (1), 5-15.

Olvera, M. (1987). La violación: una expresión de poder con consecuencias biopsicosociales. Tesina de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México.

Piers, C. (1996). A return to the source: rereading Freud in the midst of contemporary trauma theory. Psychotherapy. 33 (4), 539-548.

Priest, R. y Nishimura, N. (1995). Child sexual victimization: an examination of course offerings in graduate-level counseling programs. Family Therapy. 22 (1), 9-16.

Propondrán al nuevo gobierno una fiscalía para víctimas de delitos sexuales y negligencia médica. (1997, agosto 27). La Jornada, p. 51.

Reichert, E. (1994). Expressive group therapy with adult survivors of sexual abuse. Family therapy. 21 (2), 99-105.

Renner, K. E. y Wackett, C. (1987). Sexual assault: social and stranger rape. Canadian Journal of Community Mental Health. 6 (1), 49-56.

Resick, P. (1983). The rape reaction: research findings and implications for intervention. The Behavior Therapist. 6, 129-132.

Resick, P. (1983). The rape reaction: research findings and implications for intervention. The Behavior Therapist. 6, 129-132.

Resick, P. y Schnike, M. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 60 (5), 748-756.

Resick, P.; Jordan, C.; Girelli, S.; Hutter, C. y Marhoefer-Dvorak, S. (1988). A comparative outcome study of behavioral group therapy for sexual assault victims. Behavior Therapy. 19, 385-401.

Rimm, D. y Masters, J. (1993; 2ª. ed.). Terapia de la conducta. México: Trillas.

Rosales, L. (Dir.) (1979). Gran diccionario enciclopédico ilustrado. Tomos 1, 11 y 12. México: Selecciones.

Rose, D. (1986). Worse than death: Psychodynamics of rape victims and the need for psychotherapy. American Journal of Psychiatry. 143, 817-824.

Rose, D. (1991). A model for psychodynamic psychotherapy with the rape victim. Psychotherapy. 28 (1), 85-95.

Rothbaum, B. y Foa, E. (1991). Exposure treatment of PTSD concomitant with conversion mutism: a case study. Behavior Therapy. 22, 449-456.

Salter (1988). Treating child sex offenders and victims. U.S.A.: Sage.

Sandford, F. y Brooks, S. (1981/82). Helping the sexually abused child and her family. En G. Hardgrove (Ed.). Los Angeles County protocol for the treatment of rape and other sexual assaults (119-127). Los Angeles: Commission on assaults against women.

Shapiro, F. (1989). Eye movement desensitization: A new treatment for post-traumatic stress disorder. Journal-of-Behavior-Therapy-and-Experimental-Psychiatry; 20 (3) 211-217.

Shapiro, F. (1996). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): evaluation of controlled PTSD research. J. Behav. Ther & Exp. Psychiat. 27 (3) 209-218.

Silverman, Kalick, Bowie y Edbril (1988). Blitz rape and confidence rape: a typology applied to 1,000 consecutive cases. American Journal of Psychiatry. 145, 1438-41.

Slaikeu, K. (1984, 1ª. En inglés). (1988). Intervención en crisis. México: Manual Moderno.

Stewart, B., Hughes, C., Frank, E., Anderson, B., Kendall, K. y West, D. (1987). Profiles of immediate and delayed treatment seekers. Journal of Nervous and Mental Disease. 175 (2), 90-94.

Tankenoff, R. (1980). The child victim. En S. L. McCombie (Ed.). The rape crisis intervention handbook: a guide for victim care (pp. 185-192). Nueva York: Plenum.

Trujano, R. (1992). Violación y atribución de culpa. Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona.

Vaughan, K.; Armstrong, M.; Gold, R.; O'Connor, N.; Janneke, W. Y Terrier, N. (1994). A trial of eye movement desensitization compared to image habituation training and applied muscle relaxation in posttraumatic stress disorder. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. 25 (4), 283- 291.

Walters, D. (1975). Physical and sexual abuse of children: Causes and treatment. U. S. A. : Indiana.

Wells, M., Glickauf-Hughes, C. y Beaudoni, P. (1995). An ego/object relations approach to treating childhood sexual abuse survivors. Psychotherapy. 32 (3), 416-429.

Wirtz, P. y Harrel, A. (1987). Effects of postassault exposure to attack-similar stimuli on long-term recovery of victims. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 55 (1), 10-16.