

10



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

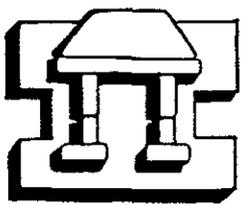
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA

"REPERCUSIONES PSICOLOGICAS EN ADULTOS
QUE SUFRIERON UNA AGRESION SEXUAL
EN SU NIÑEZ"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N :
ADRIANA EDMEE ALEMAN VAZQUEZ
MARTHA PATRICIA TELLEZ GONZALEZ

ASESOR: LIC. JOSE ESTEBAN VACUERO CAZARES
DICTAMINADORES: MTA. PATRICIA VALLADARES DE LA CRUZ
LIC. MARCO VINICIO VELASCO DEL VALLE



IZTACALA MEXICO

2001

2001



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A José Vaquero:

Por tu confianza y apoyo en todo momento, por facilitarnos la elaboración de nuestro trabajo con tus consejos e impulsarnos a la *conclusión del mismo*. Gracias.

A Patricia:

Por enriquecer nuestra tesis con tus conocimientos, por respetar nuestras ideas.

A Vinicio:

Por tu apoyo incondicional.

A mi mejor amiga Grass:

Primero le doy gracias a Dios por haberme permitido ser tú hermana y después tú amiga. Te agradezco tu amor, tu cariño, por ser por momentos mi guía; por respetarme, por escucharme, y por permitirme compartir el amor de tus dos hijos. No importa las distancias, porque existe entre las dos un lazo invisible que nos une y que se fortalece cada vez más con el tiempo.

A Norma:

Por tu cariño, por enseñarme que se puede luchar contra las adversidades y salir victorioso. Y porque ante todo somos hermanas y formamos una Gran Familia.

A Gaby, Ely, Martha y Toño:

Por todos los momentos vividos juntos y su gran amistad incondicional. Porque su amistad siempre ha sido para mí un consuelo.

A mis tíos, primos y sobrinos:

A todos nos gusta pertenecer, saber que formamos parte de algo; y yo, estoy orgullosa de tener la familia que tengo.

A Paty:

Por compartir conmigo éste gran logro.

ADRIANA

AGRADECIMIENTOS

A Dios:

Por darme la oportunidad de vivir;
por acompañarme en cada momento
de mi vida; por iluminar mi camino;
por alimentar mi fe con cada
bendición suya.

A mis hermanos:

Rico, Toño, Rafa y Gerard por su
cariño; por ser un modelo a seguir
por su vida de lucha continua.

A Claudia por ser mi mejor amiga;
por escucharme, aconsejarme y
corregirme; por crecer con mis logros
y ayudarme a superar mis fracasos;
por alentarme a conseguir mis
metas.

A Gerardo:

Por darme un giro total a mi vida con tu
amor; por impulsarme a seguir
adelante; por compartir mis ilusiones
de continuar mi crecimiento personal.

TE AMO.

A mis padres:

Por su amor, comprensión y
compañía; por creer en mí y apoyar
siempre mis decisiones. Por guiarme
con el ejemplo; por su honestidad;
porque gracias a su sacrificio, logre
metas importantes en mi vida. Los
quiero mucho.

A mis familiares y amigos:

Por formar parte de mi vida y
enriquecerla con bellos detalles y
muestras de afecto; por su apoyo
constante; por su sonrisa, que hace
más satisfactorios mis días.

A Adriana:

Por compartir el entusiasmo en la
realización y culminación de éste
trabajo.

PATY

INDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCION	2
CAPITULO 1. VIOLENCIA SEXUAL	6
CAPITULO 2. ABUSO SEXUAL INFANTIL	13
2.1 DEFINICIONES DEL ABUSO SEXUAL A MENORES	14
2.2 CARACTERISTICAS DEL ABUSO SEXUAL A MENORES	17
2.2.1 Características de la víctima	17
2.2.2 Características del agresor	18
2.2.3 Formas de abuso sexual infantil	19
2.2.4 Fases de la interacción sexual	23
2.2.5 Condiciones que favorecen el abuso sexual infantil	24
2.3 REPERCUSIONES DEL ABUSO SEXUAL IFANTIL	26
2.3.1 Repercusiones a corto plazo	27
CAPITULO 3. VIOLACIÓN	32
3.1 DEFINICIONES DE LA VIOLACIÓN	33
3.2 CARACTERISTICAS DE LA VIOLACIÓN	34
3.2.1 Tipos de violación	34
3.2.2 Características del agresor	38
3.2.3 Etapas de la violación	40
3.2.4 Mitos culturales sobre la violación	42
CAPITULO 4. CONSECUENCIAS DE LA AGRESIÓN SEXUAL	47
4.1 ESTUDIOS SOBRE LAS REPERCUSIONES EMOCIONALES A CORTO PLAZO	47
4.2 ESTUDIOS SOBRE LAS REPERCUSIONES EMOCIONALES A LARGO PLAZO.	51
4.2.1 Repercusiones a largo plazo	56
CAPITULO 5. EVALUACION DE VÍCTIMAS DE AGRESIÓN SEXUAL	60

CAPITULO 6. PROGRAMAS INSTITUCIONALES Y SERVICIOS DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE AGRESIÓN SEXUAL	68
CONCLUSIONES	76
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	80
ANEXOS	

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo es examinar los efectos psicológicos en el desarrollo de la etapa adulta en personas que sufrieron agresión sexual en edad temprana. En resumen este trabajo hace referencia al fenómeno de la violencia, resaltando la violencia sexual como un tipo específico de la misma, describiendo sus manifestaciones más comunes. Asimismo se retoman diferentes definiciones acerca del abuso sexual infantil y sus características; analizando cuáles son las repercusiones a corto plazo de este tipo de abuso. Igualmente se describe las características generales de la violación, su definición y mitos que se han generado en torno a la misma. Se hace una revisión bibliográfica y análisis de estudios de casos, mostrando las consecuencias que existen a corto y largo plazo en víctimas que sufrieron una agresión sexual en su niñez. También se presentan algunos de los instrumentos de evaluación que pueden ser utilizados para diagnosticar las repercusiones de la agresión sexual en las víctimas. Por último se ofrece a los lectores una lista de los diferentes Programas e Instituciones de Ayuda para brindar orientación (médica y/o legal) e intervención psicológica a las víctimas de Agresión Sexual. Para concluir, se ofrecen algunas consideraciones acerca de la prevención de la agresión sexual.

INTRODUCCION

En los últimos años se ha observado una mayor frecuencia de casos de abuso sexual infantil y se ha tomado conciencia del impacto de esas experiencias en las vidas de muchas personas que acuden en busca de ayuda terapéutica. Después de que la bibliografía terapéutica lo ignorara durante varios años, el abuso sexual en niños es hoy una cuestión que deben afrontar los terapeutas que trabajan en una variedad de ambientes.

Debido a la complejidad que lo caracteriza, si consideramos a la agresión sexual como uno de los atentados más graves en contra de los Derechos Humanos básicos de las personas; la gravedad de sus efectos, ya que provoca un sin número de secuelas psicológicas, familiares y sociales; el ambiente de reserva que con frecuencia le acompaña (el secreto); las implicaciones legales en comparación con otros delitos y el contexto sociopolítico en el que se da (los mitos); el abuso sexual se considera frecuentemente como un tipo de problema diferente de los que se presentan en otros casos.

La experiencia de agresión sexual lleva inicialmente al niño a experimentar una serie de sentimientos confusos que influyen profundamente en la percepción de sí mismo; por ejemplo el niño puede comenzar a considerarse malo y sucio; y a creer que debe avergonzarse por haber sido víctima de abuso sexual. Este último sentimiento con frecuencia es alentado por el agresor, que apela a toda clase de recursos para estar seguro de que el acto ha de permanecer en secreto.

Basado en estas experiencias y en los sentimientos y convicciones que comienza a experimentar respecto al abuso, el niño desarrolla sus propios mecanismos para afrontar la vida: el secreto; se avergüenza cuando le va mal y esto fortalece sus sentimientos y su opinión negativa de sí mismo. El contexto familiar y la oportuna intervención de apoyo psicológico puede convertirse o no en un sistema de apoyo vital para estas interacciones y opiniones que continúan teniendo un efecto negativo en su autoimagen y en su experiencia de las relaciones interpersonales.

Las creencias sobre sí mismos de adultos que han sufrido abuso sexual en su infancia, restringen sus posibilidades de cobrar conciencia de sus propias capacidades. Están cegados a aquellos aspectos de su experiencia que se oponen a la imagen dominante de sí mismos: una imagen desvalida, impotente e incompetente.

Cuando se forma una autoimagen negativa, repercute en una baja autoestima la cual interfiere en el desarrollo de las aptitudes sociales durante la infancia y la adolescencia y, por lo tanto en el desarrollo de las relaciones gratificantes con los demás en su vida adulta.

Una tesis dominante en la bibliografía sobre los efectos de la agresión sexual infantil es la idea del daño psicológico, daño que el niño padece como resultado de haber sido agredido sexualmente y que le deja secuelas y deficiencias en su personalidad. Estas deficiencias ponen el acento en el "proceso de disociación" o "represión de la emoción" que se observan en los adultos que sufrieron agresión sexual en la infancia; donde el Yo de estas personas se quebranta después de una experiencia de este tipo y necesita reconstruirse (Durrant y White , 1993).

La finalidad del presente trabajo es examinar los efectos psicológicos en el desarrollo de la etapa adulta en personas que sufrieron agresión sexual en edad temprana.

En el capítulo 1, se hace referencia al fenómeno de la violencia, resaltando la violencia sexual como un tipo específico de la misma, describiendo sus manifestaciones más comunes que son: agresión sexual, hostigamiento sexual, maltrato doméstico, abuso sexual infantil, violación de menores, incesto y violación.

El capítulo 2, retoma diferentes definiciones acerca del abuso sexual infantil, las características de las víctimas y de los agresores, las fases de la interacción sexual, las condiciones que favorecen el abuso, analizando finalmente cuáles son las repercusiones a corto plazo que este tipo de abuso deja en sus víctimas.

En el Capítulo 3, se describen las características generales de la violación, su definición, tipos, características del agresor, las etapas del ataque y los mitos que se han generado en torno a la misma.

En el Capítulo 4, se realiza una revisión bibliográfica y análisis de estudios de casos, mostrando las consecuencias que existen a corto y largo plazo en víctimas que sufrieron una agresión sexual en su niñez.

El Capítulo 5, expone algunos de los instrumentos de evaluación que pueden ser utilizados para diagnosticar las repercusiones de la agresión sexual en las víctimas.

En el capítulo 6, se muestra a los lectores una lista de los diferentes Programas e Instituciones de Ayuda para brindar orientación (médica y/o legal) e intervención psicológica a las víctimas de Agresión Sexual.

Finalmente, en las conclusiones se ofrecen algunas consideraciones acerca de la prevención de la agresión sexual.

CAPITULO 1

VIOLENCIA SEXUAL

La violencia es un fenómeno social que ha estado presente en la historia de la humanidad; es una muestra de poder, donde la finalidad es el dominar a otros. Es un aspecto común y extremadamente destructivo en la vida de muchas naciones, grupos, familias e individuos. Puede ser de características diferentes, tomando en cuenta tres aspectos:

- la persona que la ejerce (agresor)
- la persona que es sometida (víctima)
- las circunstancias en las que se produce la agresión (situación)

Los factores multicausales que influyen en la presencia de la violencia, son expuestos por Stith y Rosen (1992). Dichas autoras exponen un modelo interactivo basado en la idea de que “los valores socioculturales relacionados a la violencia y los roles sexuales, inciden en las vulnerabilidades, estreses situacionales y recursos de afrontamiento de las personas. Además, sugiere una tendencia a la violencia una vez que ha sido empleada para satisfacer necesidades, y para exacerbar vulnerabilidades y estreses ya existentes, contribuyendo así a su mantenimiento” (pág. 31).

Examinaremos a continuación los elementos involucrados en el modelo interactivo que hacen referencia Stith y Rosen (1992).

⇒ Valores socioculturales.- hace referencia a los valores relacionados con la aceptación de la violencia; así como del rol masculino y femenino en la sociedad, que influyen sobre el nivel de violencia. Ha prevalecido un uso equivocado del poder por parte del hombre, que se guía con la idea de dominar a través de cualquier medio incluyendo la violencia.

En este sentido, los medios de comunicación tienen un papel fundamental, ya que presentan una doble función: por un lado, reflejan el nivel de agresión existente; y por otro, muestran formas en cómo puede perpetuarse el modelo.

⇒ Vulnerabilidades individuales.- la experiencia de violencia en una generación, incrementa considerablemente la posibilidad de que aparezca en la segunda generación. La violencia como un medio de resolver situaciones conflictivas, se convierte en una forma de vida intergeneracional. El sistema de creencias de cada persona, tomando en cuenta los conceptos que tienen sobre sí mismos, sobre los demás y sus roles en la vida influyen en la violencia.

Las personas que son violentas, con baja autoestima, que carecen de mecanismos de afrontamiento o que presentan problemas de adicción, son más vulnerables a ejercer la violencia.

⇒ Estrés situacional.- Hace referencia a todos los acontecimientos en el ciclo de vida de una persona (e. g. embarazos, nacimiento de los hijos); a las situaciones inesperadas o impredecibles (e. g. Desempleo, enfermedades de tipo crónico, muertes) y a los factores precipitadores inmediatos (e. g. Mala conducta de un hijo, problemas con la pareja).

Las personas que son vulnerables a la violencia y que se encuentran bajo condiciones de estrés elevadas, puede correr el riesgo de un comportamiento violento.

⇒ Recursos de afrontamiento.- se refiere a la capacidad del individuo para satisfacer las demandas que día con día se le presentan, superando las

dificultades que vayan surgiendo. Pueden dividirse en tres tipos: personales, que son los recursos económicos, educativos, de salud y psicológicos; el sistema familiar, retomando la cohesión y grado de adaptabilidad; y el apoyo social.

Podemos concluir mencionando que la violencia es cualquier tipo de agresión verbal, física y/o sexual, que se ejerce sobre los individuos. La agresión, definida como “la conducta o acción que tiene la intención de dañar física y/o psicológicamente a otros” es la manera más común en cómo se manifiesta la violencia (Valladares, Hernández y Contreras, s/a, pág. 2). Para los fines de este trabajo nos centraremos en la **violencia sexual**.

La violencia sexual es definida como las agresiones físicas o verbales de contenido sexual, que presenta varias modalidades, desde la forma verbal hasta la acción física que una persona ejerce sobre otra. La intención del agresor es el dominar a su víctima y para ello hace uso de la sexualidad.

Es un ataque que implica el abuso y/o sometimiento por parte de la víctima, privación de su libertad y humillación. Tal conducta se presenta en varios países; puede afectar a cualquier persona sin considerar edad, sexo, estado civil o posición social.

Dentro de la violencia sexual se pueden mencionar varias formas o modalidades, de acuerdo a las características particulares que presentan:

- **Agresión sexual**, es una actividad forzada que incluye las conductas de manoseo, tocamientos, y agresiones verbales. Su propósito es dañar la integridad de las personas haciendo uso de comentarios, gestos, miradas lascivas, cercanía corporal innecesaria, masturbación, entre otros (García y Aguilar , 1990).

- **Hostigamiento sexual**, es una relación de contenido sexual a nivel de jerarquías presentándose en el ámbito laboral y escolar con la intención de conseguir un beneficio. También se considera el hostigamiento como la presión psíquica, moral o económica que se ejerce sobre algunas personas para obtener de ellas una relación sexual (Gómez, 1992).
- **Maltrato doméstico**, es un fenómeno histórico caracterizado por el sometimiento de los sectores débiles: mujeres, ancianos y niños. Es un acto de poder que implica la agresión física, agresión verbal, control de actos y menosprecio. El maltrato puede ser físico, emocional y/o sexual (Yllan, 1991).
- **Abuso sexual infantil**, acto dañino para el desarrollo sano del menor; involucra conductas tales como el manoseo, la masturbación, el exhibicionismo, el frotamiento por parte de un adulto a un infante, o de un adolescente a un infante (este tipo de conductas pueden presentarse separadas o combinadas); ocurre por medio de amenaza física, moral, engaño, chantaje o soborno. Esto se refiere a víctimas menores de 18 años. Representa una relación desigual de poder donde el agresor tiene la posición de autoridad. No es un hecho aislado, se va desarrollando paulatinamente durando, desde meses hasta años (FEM, 1986).
- **Violación de menores**, se considera como la penetración en cualquiera de los orificios naturales por parte de un adulto a un infante o de un adolescente a un infante. Se puede utilizar cualquier instrumento u objeto, no únicamente el miembro viril. Este tipo de agresión sexual puede ser cometido por un desconocido, por un conocido (amigo o vecino) o un familiar (padre, padrastro, tutor, abuelo, tío, primo, hermano) (Maher, 1990).
- **Incesto**, es el contacto o interacción sexual que involucra a cualquier miembro de la familia (ya sea ascendente o descendente) que no sea la pareja marital.

Puesto que es una experiencia intrafamiliar se crea un ambiente de reserva, como resultado de los sentimientos de vergüenza y culpa que experimentan los integrantes de la familia. No en todas partes es un tabú, por ejemplo en Japón, los matrimonios se llevan a cabo entre primos hermanos. Sin embargo, muchas culturas consideran que la familia, debe expandirse hacia afuera, para supervivencia de la propia cultura (Mc Cary, 1983).

- **Violación**, es el acto sexual (con coito) que una persona ejerce sobre otra, sin el consentimiento de una de las partes, utilizando la fuerza física, la intimidación, el chantaje o el engaño. Se realiza por cualquier orificio natural, utilizando ya sea el miembro viril y/o cualquier objeto o instrumento. Es un ejercicio de poder de un individuo sobre otro; es un acto agresivo, que responde a los roles e ideología social que lo fomenta (Veronen y Kilpatrick; citados en: Kilpatrick, s/a).

La historia de la violencia sexual se entrelaza con el desarrollo de la humanidad, siendo difícil identificar de manera precisa cuándo empezó a presentarse este fenómeno; sin embargo, es posible ubicarlo dentro del Patriarcado, el cual como *sistema de dominación implica el uso de la fuerza y del poder como instrumento de intimidación*. Cuando hacemos referencia a una sociedad patriarcal queremos señalar una sociedad caracterizada por el hecho de que las instancias de poder se encuentran en manos de los hombres, siendo la esencia de las mismas la dominación de los hombres sobre las mujeres. La conceptualización hecha por la sociedad patriarcal sobre la mujer y la represión de la sexualidad forman la base sobre la que se instala la tolerancia de la violencia sexual (Gargallo, 1990).

En una sociedad patriarcal, las relaciones entre hombres y mujeres son jerárquicas, en tanto a los hombres se les socializa la creencia de que son superiores a las mujeres. Las relaciones entre ambos sexos son también

complementarias en tanto a los hombres se les ha asignado durante siglos las tareas públicas y a las mujeres les han tocado las tareas del hogar. Estas formas de socialización de tipo jerárquico van generando entre los dos sexos relaciones *marcadas por la desigualdad, la dominación y la violencia*. Desde pequeños los hombres son educados para considerar a la mujer como un objeto sexual hasta sentirse con el derecho de tomar, penetrar, usar y disponer de ella en el momento que él lo desee (Vericat, s/a).

La mayoría de las investigaciones referentes a la violencia sexual, identifican como víctima a la mujer, lo que puede llevar a pensar que sólo ellas son las agredidas, pero la realidad es otra. El agresor no respeta sexo, edad, ni estrato social, lo que significa que las víctimas pueden ser niños y niñas, hombres y ancianos.

En la violencia sexual el delincuente viola el cuerpo de otro ser humano con absoluta impunidad e indiferencia en relación a los sentimientos, autonomía y derechos de la otra persona. A parte del daño físico que puede sufrir la víctima, esta puede y suele quedar emocionalmente dañada de por vida; esto se debe a que en la violencia sexual, la sexualidad no tiene que ver ni con el deseo, ni con el placer, ni con la vida, ya que la violencia y agresión que implica está más ligada a la destrucción y a la pulsión de muerte (Aresti, 1989).

El daño emocional y psicológico no fue tomado en cuenta hasta que los movimientos feministas lo pusieron en evidencia. Este daño siempre es grave ya que su relación con el mundo, consigo mismo, con su cuerpo, con su sexualidad y con los demás quedará desde ahora marcada. La diversidad de reacciones está determinada por la historia previa de la víctima, su historia infantil, sus relaciones familiares, sus procesos identificados y su historia sexual previa a la agresión.

En resumen, la violencia sexual tiene la finalidad de causar daño a los demás, tomando para ello el terreno sexual, lo más íntimo del ser humano. Dentro de las formas más comunes y frecuentes de la violencia sexual se encuentran el hostigamiento sexual, el abuso sexual a menores y la violación. La violencia se ejerce tanto a mujeres como a hombres, de cualquier edad y condición social. La agresión sexual trae consigo muchas repercusiones en la persona que es sometida, a nivel personal, familiar y social, lo que desequilibra de manera general su forma de actuar anterior al ataque. La magnitud de este problema ha crecido considerablemente en nuestra sociedad, razón por la cual es necesario crear mayor conciencia entre la población, para implementar medidas adecuadas para afrontarlo y evitarlo.

CAPITULO 2

ABUSO SEXUAL INFANTIL

El abuso sexual infantil fue tardíamente reconocido como un problema social, ya que tratándose de lo sexual se remite a uno de los aspectos ante los cuales el hombre es más sensible y vulnerable, que revela su intimidad y que, por lo mismo, siempre había preferido ocultar, negar o desconocer, antes que afrontar.

Dadas las circunstancias, esto ha dificultado su estudio y limitado el material empírico que se dispone. No fue hasta la década de los setenta que médicos estadounidenses comenzaron a llamar la atención acerca del abuso sexual a menores y ha identificarlo como un problema que merecía ser atendido. A partir de entonces y ante la gran diversidad de conductas sexualmente abusivas que se han podido detectar y caracterizar, algunos especialistas han hecho notar el atraso para prevenir y sancionar este tipo de conducta.

A lo largo de las investigaciones que se han realizado respecto a la problemática que involucra a menores en actividades de tipo sexual con adultos, no se ha podido llegar a un acuerdo respecto a la forma de cómo denominar esta clase de experiencias, y por ello se ha buscado un término que haga despertar la conciencia pública, y es por eso que en los últimos años se han propuesto algunos términos tales como: "perturbación infantil", "victimización sexual", "acoso sexual", "violación infantil", "mal uso sexual" y "abuso sexual". El término que más

comúnmente se ha empleado es el de "abuso sexual" por lo que será el utilizado en este trabajo.

2.1 DEFINICIONES DEL ABUSO SEXUAL A MENORES.

EL ABUSO SEXUAL "es la explotación de un niño por parte de un adulto, es el intento de un adulto de satisfacer sus necesidades emocionales y físicas a través de un niño." (CAMVAC II, 1986, Pág. 36 y 37).

EL ABUSO SEXUAL "es la situación en la cual un adulto o bien, un adolescente mayor, tiene contacto físico con un niño para buscar la estimulación y gratificación sexual." (FEM, 1986, pág. 3).

EL ABUSO SEXUAL "es descrito como la forma en que los niños son tocados, mirados o se les habla, y que ellos sienten como una invasión a su privacidad. Involucra desde caricias hasta la penetración, incluyendo la prostitución y la pornografía infantil." (Rosenzweig, 1984, pág. 1).

EL ABUSO SEXUAL "es la situación en la cual un adulto o adolescente de cualquier sexo, intenta o tiene contacto físico con un niño, para la gratificación sexual del adulto. Se da de diferentes formas: violación, exhibición, manoseo, tocamiento de órganos genitales, acto sexual sin coito, entre otras." (La casa de la mujer, 1985, pág. 2).

EL ABUSO SEXUAL "es todo acto ejecutado por un adulto o adolescente en donde involucran a un menor para buscar su gratificación o estimulación sexual." (González; Azaola; Duarte y Lemus, 1994, pág. 47).

EL ABUSO SEXUAL “es el contacto e interacción que se da entre un niño y un adulto cuando se emplea al primero para la estimulación sexual del segundo. Es una actividad en la que están involucrados niños y/o adolescentes que no entienden las bases biológicas y psicológicas de un acto sexual, y por ello no pueden otorgar un consentimiento racional al adulto”. (Loredo, Reynés y Muñoz, 1994, pág. 41).

EL ABUSO SEXUAL “es un acto sexual impuesto a un niño que carece de desarrollo emocional, madurativo y cognoscitivo.” (Brenner, 1987, pág. 180).

EL ABUSO SEXUAL “se define como el involucramiento de niños inmaduros en su desarrollo, en actividades sexuales que no comprenden completamente, siendo consecuentemente incapaces de dar un consentimiento válido e informado, violando estas actividades los tabúes de la sociedad. Este incluye la paidofilia (la preferencia o adicción de un adulto por el contacto sexual con niños), y todas formas de incesto y violación.” (Krugman y Jones; citado en: Teran, 1990, pág. 13).

EL ABUSO SEXUAL “es un acto que se le impone a un niño que carece del desarrollo en madurez y cognoscitivo. La habilidad de atraer a un niño a una relación sexual se basa en la posición poderosa y dominante de un instigador adulto o de un adolescente mayor, que está en agudo contraste a la edad del niño, su dependencia y posición subordinada, la autoridad y el poder permiten al instigador implícitamente o directamente coercer al niño a la conformidad sexual.” (Sgroi; citado en: Teran, 1990, pág.13).

EL ABUSO SEXUAL “es el involucramiento de niños y adolescentes menores de edad e inmaduros en su desarrollo, en actividades sexuales que no comprenden cabalmente, y en las cuales son incapaces de consentir de forma

consciente, o que violan los tabúes sociales de los roles familiares". (Kempe y Kempe, 1985, pág. 23) .

De todas estas definiciones, se pueden retomar los siguientes elementos para fundamentar una definición completa. Así, se encuentra que el abuso sexual infantil involucra:

1. Niños o niñas menores de 18 años, no aptos psicológicamente, para participar en actividades sexuales de manera consciente.
2. El agresor es un adulto o adolescente que le lleva una edad considerable al menor.
3. Actividades sexuales sin tocar y/o actos físicos realizados sobre el cuerpo de la víctima, o que a éste se le hacen ejecutar sobre el cuerpo del agresor.
4. Dada la inmadurez cognitiva del menor, son muy vulnerables a ser sometidos a actividades sexuales utilizando medios tales como engaño, soborno o amenazas.
5. Una relación desigual de poder entre víctima y victimario.
6. El móvil del agresor es generalmente obtener una satisfacción sexual o la necesidad de sentirse poderoso ante esa situación.

La definición que las autoras utilizaremos en este trabajo es la siguiente:

El Abuso Sexual de un niño ocurre cuando una persona, ya sea un adulto o adolescente mayor, fuerza, engaña, o amenaza a un niño para tener contacto sexual con él o ella. Este contacto puede incluir comportamientos sin tocar tales como el exhibicionismo, o pidiéndole a un niño que vea material pornográfico; o bien, comportamientos como caricias sexuales, el contacto genital y la penetración. En todos los casos de abuso sexual de niños, el niño está siendo usado como un objeto para satisfacer las necesidades o deseos sexuales del adulto.

2.2 CARACTERÍSTICAS DEL ABUSO SEXUAL A MENORES.

2.2.1 Características de la víctima.

Generalmente se piensa que las víctimas de abuso sexual son únicamente niñas, sin embargo, en la práctica se observa que esto no es así, ya que los varones también son sujetos a abusos sexuales a temprana edad

El hecho de que no se tengan muchos datos acerca de la victimización de los varones, según Duarte (1992) puede tener sus bases en que denunciar un abuso sexual es más vergonzoso cuando se trata de un niño que de una niña, justamente por los roles socialmente asignados.

COVAC (citado en: FEM, 1986) menciona algunas condiciones que pueden favorecer el que un niño o niña, sea víctima de abuso sexual, entre ellas se pueden mencionar:

- Comunicación deficiente con los padres.
- No reciben suficiente afecto.
- Estén educados para obedecer y callarse siempre ante los adultos.
- No considerar su cuerpo como privado.
- Tengan una autoestima pobre.
- Tengan poco contacto con otros niños de su edad.
- No tengan en quién confiar.

2.2.2 Características del agresor

Considerando los roles que juegan los hombres dentro de la sociedad, se puede llegar a pensar que éstos son los únicos victimarios sexuales, sin embargo, las instituciones tales como La Asociación Mexicana contra la Violencia hacia las Mujeres A.C. (COVAC); El Centro de Atención al Maltrato Intrafamiliar y Sexual (CAMIS); La Asociación para el Desarrollo Integral de Personas Violadas A.C. (ADIVAC), reportan que las mujeres también agreden a los menores.

Pertencen a cualquier clase social, religión, profesión y estado civil. La mayoría de ellos fueron víctimas de abuso y tuvieron carencia de afecto y de contacto físico natural. Kempe y Kempe (1985) encontraron que el agresor generalmente conoce a su víctima; se vuelven expertos en esconder su conducta inapropiada ante su familia, vecinos, amigos y colegas. Los agresores por lo general son personas que saben ganarse la confianza e incluso gozan del respeto de mucha gente. No suelen utilizar la fuerza física para someter a su víctima, sino se vale de la intimidación, la amenaza, la persuasión y del soborno.

Además hace uso de su posición de autoridad y poder, para involucrar al niño en la actividad sexual. Investigaciones diversas indican que entre el 75% y el 80% de los abusos sexuales a niños son cometidos por conocidos, ya sean familiares o amigos, y en muy pocas ocasiones por desconocidos (Finkelhor, 1980; FEM, 1986).

Anteriormente se pensaba que el agresor sexual era un psicópata o un débil mental, y que podía ser detectado a simple vista; este mito fue derrumbado gracias a las investigaciones realizadas de forma directa con los agresores y que nos muestran que son personas que pueden manejarse de manera funcional en la vida cotidiana y que gozan de la aceptación social.

Finkelhor (1980) hace mención de que el interés sexual del agresor hacia los niños, particularmente cuando tiene bases durables, parece estar conectado con un miedo hacia los adultos o hacia la sexualidad adulta. Los niños resultan atractivos a estas personas porque son inocentes, no exigentes, y no poseen características físicas adultas.

La motivación del agresor para involucrarse con niños, depende en gran medida de la edad del mismo, la edad de la víctima y la actividad involucrada. Los adolescentes mayores perturban a los niños por motivos diferentes a los de los adultos. Los adolescentes están experimentando con el sexo, con frecuencia se encuentran confundidos con respecto a los valores sexuales y tienden a ser impulsivos.

Los adultos jóvenes, tienden a ser más activos sexualmente en cualquier relación, incluyendo la violación y la homosexualidad. Por otro lado, los adultos pueden estar experimentando la ansiedad del envejecimiento y el conflicto de los años medios del matrimonio, que pueden motivarlo a involucrarse sexualmente con los niños.

2.2.3 Formas de abuso sexual infantil

González, Azaola, Duarte y Lemus (1994); FEM (1986) y Brenner (1987), coinciden en que existen diferentes formas de comportamiento, que pueden considerarse como sexualmente abusivas hacia los menores; dichos comportamientos pueden ser desde los más sutiles y por ello difíciles de percibir, hasta aquellos actos que involucran diversas formas de contacto sexual.

Así, se pueden dividir en tres grandes grupos:

- 1) Los que no involucran contacto físico entre el menor y el adulto.
- 2) Los que involucran contacto físico, ya sea activo o pasivo por parte del menor.

- 3) Las actitudes que propician el abuso sexual tales como la venta de pornografía y prostitución infantil, entre otras.

La actitud sexual involucrada puede dar inicio con un simple juego o demostración que con el paso del tiempo, tiende a evolucionar hacia otras manifestaciones, como las antes mencionadas.

No obstante las diferencias de forma y de grado, todos estos actos son potencialmente dañinos para el desarrollo del menor y dejan en él huellas profundas que le imponen serios obstáculos para asumirse posteriormente, como hombre y mujer. Es decir, que por tratarse de actos que lo colocan en una situación diferente a la de cualquier niño, generarían en él una gran confusión y una predisposición permanente a los roles sexuales o familiares.

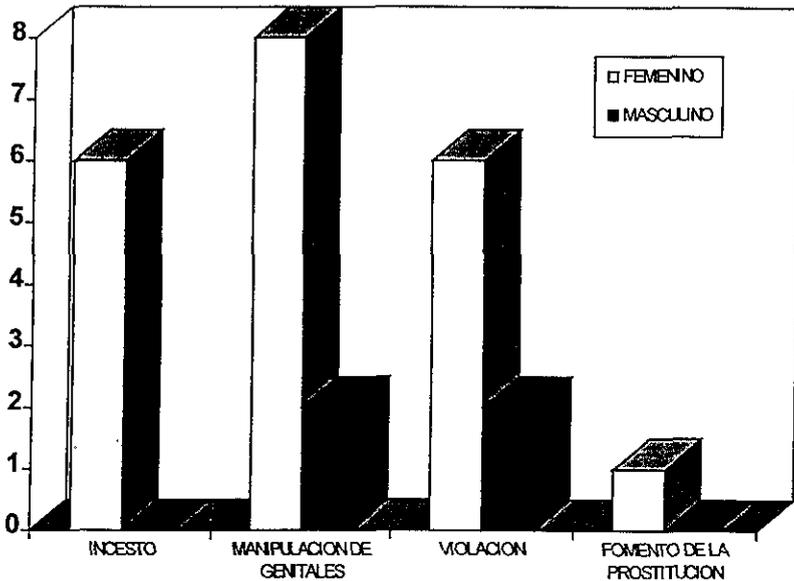
Sgroi (citada en FEM, 1986) propone la siguiente descripción de las diferentes formas de abuso sexual infantil:

- 1) El adulto se pasea "inocentemente" desnudo ante el niño.
- 2) El adulto se quita la ropa delante del menor, generalmente cuando están solos.
- 3) El adulto expone sus genitales para que el menor los vea y llama su atención hacia ellos. Puede pedir al niño que los toque.
- 4) El adulto vigila al menor cuando éste se desviste, se baña, orina o defeca.
- 5) El adulto muestra al menor material pornográfico.
- 6) El adulto besa al menor en forma prolongada e íntima, propia de manifestaciones entre adultos.
- 7) El adulto puede acariciar al menor en: abdomen, muslos o zona genital, entre otras, puede pedirle que lo acaricie.
- 8) El adulto se masturba frente al menor; observa al menor masturbarse; masturba al menor; pide al menor que lo masturbe; o bien, adulto y menor se observan masturbándose de manera simultánea; o adulto y menor se masturban entre sí.

- 9) El adulto hace que el menor tome sus genitales con la boca o el adulto toma los del menor con la suya, o ambas cosas.
- 10) El adulto coloca su boca y lengua en los genitales del menor; el menor es obligado a poner boca y lengua en los genitales del adulto.
- 11) El adulto introduce dedo(s) u objetos en el ano del menor.
- 12) El adulto introduce su pene en el ano del menor.
- 13) El adulto introduce dedo(s) en la vagina de la menor, también suele introducirle otros objetos.
- 14) El adulto introduce el pene en la vagina de la menor.
- 15) El adulto tiene sexo seco con el menor, es decir, frotamiento de genitales contra el menor.

Es importante señalar que por muy simples que parezcan algunos de estos comportamientos, la prevalencia más frecuente se da entre las formas más veladas de contacto sexual. No obstante, por muy simples que parezcan algunos de estos comportamientos, cuando son realizados con niños, que no tienen la capacidad de asimilar lo que sucede, se atenta de manera plena contra su integridad. Para ejemplificar lo antes mencionado se muestra la figura 1, que ilustra los resultados obtenidos en una investigación sobre las más frecuentes formas de abuso sexual encontradas por Loredo (1994), en el Instituto Nacional de Pediatría (INP).

FIGURA 1. DISTRIBUCION POR SEXOS DE CUATRO TIPOS DE ABUSO SEXUAL EN UN ESTUDIO REALIZADO EN EL INP.



Aunque es común que entre los niños exista un juego a nivel sexual, ya sea tocando o mostrando sus genitales, no se trata de comportamientos que puedan denominarse como sexualmente abusivos, sino de procesos normales de descubrimiento del propio cuerpo y el del otro, que se realizan desde un mismo nivel. En cambio, cuando un adulto invade esta forma de comportamiento, lo hace siempre desde otra posición, dándose una relación desigual de poder. Por esta misma razón, el menor se encuentra en desventaja, ya que no tiene la capacidad para aceptar o rechazar con plenitud estos actos.

2.2.4 Fases de la interacción sexual.

De acuerdo con Nicholas Groth (citado en González, Azaola, Duarte y Lemus; 1994) y FEM (1986), existen cinco fases dentro del abuso sexual:

Fase de seducción: el ofensor le hace creer al menor que lo que le propone es divertido y aceptado socialmente, ofreciéndole a cambio premios. Cuando el menor se llega a rehusar, el adulto se vale de la amenaza o la fuerza.

Fase de interacción sexual: se va desarrollando paulatinamente, desde la exposición semidesnuda hasta llegar al coito, ya sea vaginal, oral y/o anal.

Fase del secreto: el ofensor necesita que la situación de abuso continúe, y para ello utiliza la amenaza con la finalidad de que el menor guarde el secreto.

Fase del descubrimiento: se puede dar de manera accidental, o bien, que el niño esté dispuesto a revelarlo. En el primer caso, crea una crisis simultánea tanto en el menor, la familia y el agresor. Cuando la víctima revela voluntariamente el hecho, está mejor preparada para enfrentar las consecuencias tales como: conflicto familiar, intervención de las autoridades, rechazo en la comunidad.

Fase de negación: En el forcejeo por salir de la crisis la reacción más común de la familia es la de negar la importancia de los hechos y los efectos del abuso en la víctima. Realizan entonces actos que tienden a minimizar su credibilidad. Asustado, confundido, con sentimientos de culpa e indefenso ante la presión, el menor niega los hechos en un intento por aliviar su situación y satisfacer a los adultos, restableciendo el equilibrio de la familia (Duarte, 1992).

Cabe mencionar que estas fases no siempre se presentan de manera consecutiva en un corto periodo, sino que puede pasar meses o inclusive años para que el niño decida dar a conocer públicamente la situación.

2.2.5 Condiciones que favorecen el abuso sexual infantil.

Ante la gran diversidad de conductas sexualmente abusivas que se han podido detectar y caracterizar, algunos investigadores interesados por la problemática, ofrecen una gama de teorías que pretenden explicar las condiciones que podrían favorecer la presencia del abuso sexual infantil.

Algunas de las explicaciones en las que varios investigadores (Finkelhor, 1980; FEM, 1986; Flores, Sánchez y Vera, 1990) han coincidido, con respecto a los factores que favorecen la incidencia del abuso sexual infantil, son las siguientes:

Problemas intrafamiliares

Parece ser que la familia juega un papel crucial en cuanto a la vulnerabilidad hacia el abuso sexual infantil, principalmente cuando dentro de la familia existen conflictos maritales.

Cuando los niños crecen dentro de familias en donde los padres tienen conflictos de manera constante, éstos reciben mensajes contradictorios, especialmente con respecto al sexo. Tales contradicciones lo confunden y le dan poca claridad en cuanto a los valores sexuales apropiados, por lo que no tienen las habilidades necesarias para manejar un abuso sexual en potencia.

De modo similar en las familias en donde existen muchos conflictos, el niño tiene una menor supervisión, y dado el trato negligente de los padres está más

expuesto a ser victimizado sexualmente. Cuando el menor se siente desprotegido, hay tendencia a involucrarse en un abuso sexual con un adulto.

Si la familia se ha desintegrado, puede producir en el niño ansiedad de perder a sus seres amados, por lo que termina aceptando la situación de abuso, en un intento de recuperar al ser querido.

La influencia de la madre

Una serie de teorías se centran en cómo la madre contribuye en varias formas, ya sea directa o indirectamente, a la victimización sexual en el niño, (FEM, 1986). Tales teorías hacen referencia a: si la madre está ausente ya sea de manera física o afectiva; si la madre es sumisa y carece de poder dentro de la familia; si la madre es maltratada por el esposo; si la madre atribuye su papel de esposa a la hija; cuando la madre sabe que está ocurriendo el abuso y no hace nada al respecto, generalmente por la dependencia económica hacia la pareja; si la madre no es asertiva; si considera la sexualidad como un tema tabú, y no dan información a sus hijos; si exagera y es imprecisa al describir situaciones de peligro. Por lo anterior, es difícil que la madre le trasmita a sus hijos habilidades que les ayuden a protegerse.

La influencia del padre

La frustración de un padre respecto a su pareja, por considerarla fría o sexualmente rechazante lo puede llevar a buscar su gratificación sexual en otro lado, incluyendo a sus hijos, al considerarlos de su propiedad. Si el padre no ha aprendido a distinguir entre caricias sexuales y no sexuales. Si pone en duda lo que el menor le dice, minimizando su seguridad personal (Cazorla, Samperio y Chirino; 1992).

Roles culturales

La falta de educación en general y en particular de una educación sexual orientada en el respeto de los derechos individuales y al ejercicio de una sexualidad sana, son factores que pueden ser condicionantes para que se dé el abuso sexual infantil.

El machismo fuertemente arraigado en nuestra cultura mexicana, también influye en la victimización, ya que desde la edad temprana se van preparando a los niños como seductores y a las niñas para ser seducidas, creándose una división de valores en donde se le asignan uno inferior a la mujer y los hijos, y al hombre, uno superior.

Finkelhord (1980) y Quintana y Cajina (1993) argumentan que puede resultar más fácil la explotación sexual de mujeres y niños dentro de una sociedad "dominada" por los hombres.

2.3 REPERCUSIONES DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL.

Debido a la gran diversidad de conductas sexualmente abusivas que pueden existir, así como a las historias personales de vida del menor, resulta imposible e inadecuado generalizar acerca de las consecuencias que pueden tener sobre el desarrollo sano e integral del menor. Aún tratándose de una misma conducta, ésta podría tener consecuencias distintas dependiendo de los siguientes aspectos:

- ◊ La edad del niño.
- ◊ La frecuencia con que se cometió el abuso.
- ◊ La relación existente entre el niño y el agresor.
- ◊ Del entorno afectivo en que se desenvuelve el niño.
- ◊ La capacidad de cada quien para procesar sus experiencias.

◊ De las consecuencias legales, si se le creyó al niño, y si hubo denuncia legal.

Las consecuencias pueden ser de tipo y magnitud diversas pero, en todos los casos, habrá huellas imborrables ya que se trata de conductas que interrumpen el desarrollo pleno del menor.

Cuando un niño ha sido víctima de abuso sexual, no es posible precisar en ese momento la magnitud del daño ocasionado, pues éste se manifiesta con posterioridad, cuando se ha completado el desarrollo (González, Azaola, Duarte y Lemus, 1994).

Aunque no se puede generalizar en cuanto a las repercusiones que presentan las víctimas de abuso sexual infantil, existen ciertas pautas que se han encontrado en las investigaciones realizadas en ese campo, las cuales la mayoría de las víctimas pueden presentar en mayor o menor grado.

A continuación haremos referencia a las repercusiones que pueden presentarse a corto plazo en la víctima.

2.3.1 Repercusiones a corto plazo.

Los niños y niñas que ha sido agredidos sexualmente presentan entre sí comportamientos comunes, nos referimos a comportamientos externos manifestados por períodos de duración relativamente largos. La presencia aislada de alguna de estas manifestaciones no significa, necesariamente, que el niño o la niña haya sido agredido sexualmente.

Presentaremos los indicadores físicos, psicosomáticos, psicológicos, sexuales, familiares y sociales, que con mayor frecuencia aparecen después de una experiencia de agresión sexual, de acuerdo con Rosenzweig (1984); FEM

(1986); Brenner (1987); Teran (1990); Flores, Sánchez y Vera (1990); Maher (1990) y Quintana y Cajina (1993).

Indicadores físicos del abuso sexual a corto plazo

- Infecciones en el tracto urinario (Maher, 1990; Teran, 1990; Quintana y Cajina, 1993)
- Ropa interior manchada (Maher, 1990; Teran, 1990; Quintana y Cajina, 1993)
- Sangrado alrededor de la boca, ano o vagina (Maher, 1990; Teran, 1990; Quintana y Cajina, 1993)
- Vómito (Quintana y Cajina, 1993)
- Dolor en la vagina, pene o ano (Maher, 1990; Teran, 1990; Quintana y Cajina, 1993)
- Orinarse en la cama o en la ropa (Brenner, 1987; Teran, 1990; Quintana y Cajina, 1993)
- Defecarse en la ropa o cama (Brenner, 1987; Teran, 1990; Quintana y Cajina, 1993)
- Olor extraño en el área genital (Teran, 1990; Quintana y Cajina, 1993)
- Dificultad para caminar o sentarse (Teran, 1990; Quintana y Cajina, 1993)
- Tono de voz o lenguaje propio de un niño más pequeño (Teran, 1990; Quintana y Cajina, 1993)
- Brotes o rasguños inexplicables (Quintana y Cajina, 1993)
- Hallazgo de objetos pequeños en el ano o la vagina del menor (Quintana y Cajina, 1993)
- Embarazos no deseados (Maher, 1990; Teran, 1990; Quintana y Cajina, 1993)
- Enfermedades de transmisión sexual (Maher, 1990; Teran, 1990; Quintana y Cajina, 1993)

Indicadores psicossomáticos del abuso sexual a corto plazo

- Dolor de cabeza (Teran, 1990; Flores, Sánchez y Vera, 1990; Quintana y Cajina, 1993)
- Dolor de estómago (Teran, 1990; Quintana y Cajina, 1993)
- Trastornos en los patrones de sueño (FEM, 1986; Brenner, 1987; Flores, Sánchez y Vera, 1990; Maher, 1990; Teran, 1990; Quintana y Cajina, 1993)
- Trastorno en los patrones de alimentación (Brenner, 1987; Flores, Sánchez y Vera, 1990; Teran, 1990; Quintana y Cajina, 1993)
- Dolor en diversas partes del cuerpo (Teran, 1990)
- Tensión muscular (Maher, 1990)
- Tics nerviosos (Maher, 1990)
- Trastornos gastrointestinales (Flores, Sánchez y Vera, 1990)
- Molestias genitourinarias (Teran, 1990)

Indicadores sexuales del abuso sexual a corto plazo

- Masturbación o exposición de genitales (Brenner, 1987; Teran, 1990)
- Excesivo interés por el sexo (Rosenzweig, 1984; Brenner, 1987; Maher, 1990)
- Actividad sexual precoz (Brenner, 1987; Teran, 1990; Quintana y Cajina, 1993)
- Juegos sexuales persistentes y/o inapropiados para su edad (FEM, 1986; Brenner, 1987; Flores, Sánchez y Vera, 1990)
- Entendimiento del comportamiento sexual, mayor al de su edad (Rosenzweig, 1984; FEM, 1986; Brenner, 1987; Flores, Sánchez y Vera, 1990; Maher, 1990)
- Conversaciones relativas al sexo (Brenner, 1987; Flores, Sánchez y Vera, 1990; Quintana y Cajina, 1993)

Indicadores psicológicos del abuso sexual a corto plazo

- Sentimiento de culpa ante cualquier situación (Brenner, 1987; Maher, 1990, Teran, 1990)
- Vergüenza (Teran, 1990; Flores, Sánchez y Vera, 1990; Maher, 1990; Quintana y Cajina, 1993)
- Confusión (Brenner, 1987; Teran, 1990; Flores, Sánchez y Vera, 1990)
- Ansiedad (Rosenzweig, 1984; Brenner, 1987; Maher, 1990; Teran, 1990)
- Miedo a la oscuridad (FEM, 1986; Brenner, 1987; Quintana y Cajina, 1993)
- Miedo a los desconocidos o a algún miembro de la familia (FEM, 1986; Brenner, 1987; Maher, 1990; Quintana y Cajina, 1993)
- Miedo a estar solo, o dormir solo (Brenner, 1987; Maher, 1990)
- Conductas autodestructivas (Rosenzweig, 1984; FEM, 1986; Flores, Sánchez y Vera, 1990)
- Baja autoestima (Rosenzweig, 1984; Brenner, 1987; Maher, 1990; Teran, 1990)
- Pesadillas frecuentes (FEM, 1986; Teran, 1990; Quintana y Cajina, 1993)
- Cambio en el comportamiento: timidez y/o agresividad (Rosenzweig, 1984; FEM, 1986; Brenner, 1987; Quintana y Cajina, 1993)
- Depresión (FEM, 1986; Brenner, 1987; Flores, Sánchez y Vera, 1990; Maher, 1990; Teran, 1990)
- Sentimiento suicida (Rosenzweig, 1984; FEM, 1986; Brenner, 1987; Flores, Sánchez y Vera, 1990; Teran, 1990)
- Hiperactividad e incapacidad de concentrar la atención de algo por mucho tiempo (FEM, 1986; Brenner, 1987; Flores, Sánchez y Vera, 1990; Quintana y Cajina, 1993)

Indicadores familiares y sociales del abuso sexual a corto plazo

- Mayor dependencia hacia los padres (Brenner, 1987; Quintana y Cajina, 1993)
- Tendencia a desaparecer de la casa (FEM, 1986; Brenner, 1987; Flores, Sánchez y Vera, 1990; Maher, 1990)
- Dejar de confiar en los adultos, especialmente en sus más allegados (FEM, 1986; Brenner, 1987; Flores, Sánchez y Vera, 1990; Maher, 1990)
- Incapacidad para relacionarse bien con otros niños de su edad (FEM, 1986; Flores, Sánchez y Vera, 1990; Maher, 1990; Quintana y Cajina, 1993)
- Alteraciones en el rendimiento académico (FEM, 1986; Brenner, 1987; Flores, Sánchez y Vera, 1990; Maher, 1990; Quintana y Cajina, 1993)
- Desgano de participar en actividades que antes le gustaban (Brenner, 1987)
- Prefiere la escuela al hogar (FEM, 1986; Flores, Sánchez y Vera, 1990; Maher, 1990)
- Falta de participación en actividades deportivas (FEM, 1986; Brenner, 1987; Flores, Sánchez y Vera, 1990; Maher, 1990)

En resumen, el abuso sexual ha tenido lugar en todas las épocas, pero empezó a preocupar de forma importante a partir de los años setenta. Podemos definir el Abuso Sexual como una serie de contactos entre un niño y un adolescente mayor o adulto, en donde el primero es utilizado para la estimulación sexual del segundo. Las víctimas son de ambos sexos. Los agresores son *personas que se desenvuelven de manera funcional en la sociedad; utilizan su posición de poder para engañar, persuadir o presionar al menor para conseguir sus fines.* Los actos o conductas abusivas pueden implicar o no contacto físico; no obstante, aunque no conlleven violencia física alguna, las consecuencias psicológicas pueden afectar toda la vida.

CAPITULO 3

VIOLACIÓN

Hasta finales de los 60's es cuando comienza a cobrar importancia la violencia sexual, por ser esta época cuando diversos grupos (especialmente conformados por mujeres) intentan hacer respetar sus derechos y dignidad como seres humanos. Esto nos remite a hacer un análisis para entender por qué el hombre viola, por qué ataca a la mujer, qué leyes implícitas lo permiten, y por qué el papel de las figuras jurídicas se invierten; es decir, por qué el hombre se convierte en víctima y la mujer en culpable.

Entre los problemas de la violencia sexual, la violación es uno de los delitos sexuales más frecuentes que atenta contra la libertad e integridad de las personas. Ha sido difícil poder determinar una misma conceptualización, ya que algunos autores le dan más peso a ciertos factores que a otros (agresor, víctima y circunstancias).

Consideramos que la violación es una conducta aprendida culturalmente que debe enmarcarse en el aprendizaje social de los roles sexuales que han remarcado el comportamiento agresivo en el hombre y pasivo en la mujer, empeorando la perspectiva, como son la doble moral como son educadas las mujeres y los hombres en el terreno sexual: los dobles mensajes, lenguaje cubierto y el guardar las apariencias que no hacen sino obstaculizar las

relaciones, dificultarlas , dejando de lado lo que sería una deseable y mucho más sana expresión directa y sincera de sentimientos.

Para iniciar este capítulo se presentan algunas definiciones utilizadas por investigadores del tema.

3.1 DEFINICIONES DE LA VIOLACIÓN

LA VIOLACION “es un acto de poder y el miedo a la violación es un medio a través del cual el hombre controla a la mujer a través de los sexos” (Brownmiller, 1981, pág. 116).

LA VIOLACION “es cualquier actividad sexual no consentida que se obtiene mediante la coacción, la fuerza o la amenaza de fuerza” (Kilpatrick, s/a, pág. 149).

LA VIOLACION “no es un delito sexual, sino un atentado contra la vida misma de la mujer. Y no la vida en el sentido de muerte física, sino de la vida toda: autoestima, integridad personal, trabajo, ilusiones y respeto” (CAMVAC, 1986, pág. 59).

LA VIOLACION “es una agresión a la integridad de la persona que ataca la esencia misma del ser humano y atenta contra este derecho humano fundamental” (Anthony, 1990, pag. 15).

LA VIOLACION “es un acto sexual forzado que debe incluir tres aspectos fundamentales: penetración, fuerza o amenaza de fuerza y no consentimiento de la víctima” (Francia-Martínez, 1991, pág. 125).

LA VIOLACION “es el ejercicio de poder de un individuo sobre otro. El primero suele ser un hombre; el segundo una mujer” (Döring, 1989, pág. 33).

LA VIOLACION “es el tener relaciones sexuales por la fuerza y sin el consentimiento de la otra persona” (Sarason, 1990, pág. 241).

LA VIOLACION “es cualquier actividad sexual no consentida llevada a cabo mediante amenazas o el uso de fuerza” (De Corral, Echeburúa y Sarasua, s/a, pág. 124).

LA VIOLACION “consiste en cualquier acto o contacto sexual no deseado. La violación puede ocurrir entre marido y mujer, amantes, amigos o extraños” (Fallco, 1984, pág. 2).

Las autoras consideran a **la violación** como: la penetración del miembro viril o de cualquier objeto, ya sea por vía vaginal, anal u oral mediante el uso del poder; la víctima o el agresor puede ser un hombre o una mujer (ya sea un adulto, un joven o un menor de edad). El agresor puede ser un conocido (familiar, vecino, amigo), desconocido e inclusive se presenta dentro del matrimonio.

3.2 CARACTERÍSTICAS DE LA VIOLACIÓN.

3.2.1 Tipos de violación

En términos legales, existen dos tipos de violación: la coercitiva y la no coercitiva. La violación coercitiva ocurre cuando el agresor utiliza la fuerza física o un arma para lograr su objetivo. La violación no coercitiva ocurre cuando el agresor utiliza la intimidación verbal, las amenazas o cualquier otro método no físico para llegar a su objetivo.

La imagen que la mayoría de las personas tienen cuando se habla acerca de la violación, es la de un hombre extraño atacando a una víctima del sexo femenino. Sin embargo, existe una gran variedad de situaciones en las cuales ocurre la violación. La mayoría de las víctimas están relacionadas de alguna manera con sus agresores.

Lena y Howard (1991) consideran que la violación no se limita a un agresor masculino y a una víctima femenina. A continuación se mencionarán los diferentes tipos de violación que pueden suceder.

Hombre a Mujer

Este tipo de violación es uno de los que sucede más a menudo, aunque existen muchas situaciones diferentes en las que puede ocurrir. Tales como:

+ **La violación por conocidos** ocurre cuando un hombre, que la víctima conoce o se ha encontrado previamente, la fuerza sexualmente. Puede tratarse de un ex novio, de un amigo de la familia, un vecino, un compañero de trabajo, el cartero, etc. En muchos casos dado que la víctima conoce a la persona deja de lado sus defensas naturales y se hace vulnerable al ataque.

+ **La violación en una cita** sucede cuando un novio o alguien con el que una mujer hace una cita la fuerza sexualmente. La fuerza física puede o no usarse; es posible que el agresor utilice la intimidación verbal, la culpa, engaños, el alcohol o las drogas para lograr su cometido.

+ **La violación familiar o incesto** ocurre cuando un miembro de la familia fuerza sexualmente a otro miembro de la misma. Muchos casos comienzan cuando la víctima es muy joven y no puede diferenciar entre afecto y abuso. Se puede

comenzar tocando o acariciando sus genitales y después provocar la relación sexual. Puede utilizar el engaño o la intimidación para forzar la relación.

La violación familiar es quizás el tipo de violación más traumatizante, emocionalmente hablando, y no es fácil encontrar una salida. La víctima es expuesta constantemente a un ambiente de abuso. Crece confundida sobre su propia sexualidad y llega a ser incapaz de manejar relaciones con otros. Muchas de las víctimas son conducidas a drásticos medios de escape, como el alcohol, las drogas, la prostitución e incluso el suicidio.

+ **La violación marital** ocurre cuando el marido viola a su mujer. A menudo la violación marital está asociada con el síndrome de la esposa golpeada; en esta relación la mujer es dominada en cada faceta de su vida por el hombre y por lo regular ella tiene un gran problema de autoestima y él le refuerza esa noción. Esta situación no se limita a las familias de bajos ingresos o con poca educación; ya existe en muchas familias consideradas como económicamente estables, bien educadas y formadas por profesionales (Francia-Martínez, 1991).

También se puede observar que se ve alterada la integridad de la persona, lo que a su vez afecta las actividades que solía realizar cotidianamente, como el cuidado de sus hijos, por ello, es indispensable que reciba ayuda especializada.

Aunque este tipo de violación es común, son muy pocas las denuncias que se hacen al respecto, ya que se observa mucha resistencia por parte de la mujer ha admitirla, quizás como una defensa para poder sobrellevar la relación y cumplir con la expectativa social de ser buena esposa y madre, y en algunos casos por su dependencia económica.

+ **La violación tumultuaria** ocurre cuando dos o más hombres violan a una mujer. Puede tratarse de extraños o de personas con las que ella está

familiarizada. Posiblemente es el ataque más brutal, ya que todos los participantes esperan el turno para violar a la mujer, y los hombres estando juntos, suelen ser más agresivos al estar en una situación así, y es común que traten de superar lo que hizo el otro.

+ La violación por un extraño ocurre cuando el agresor es un desconocido para la víctima. El violador extraño escoge a su víctima en razón a su accesibilidad, disponibilidad y vulnerabilidad. El atacante puede sorprender a su víctima a través del estudio de su rutina diaria o siguiéndola. Refuerza los mitos que mucha gente tiene sobre los violadores, ya que dicha violación es representada frecuentemente en la televisión y en el cine. Recibe una amplia cobertura por parte de los periódicos, que otros tipos de violación más comunes no reciben.

Hombre a Hombre

Los hombres violan a otros hombres por las mismas razones que violan mujeres: poder, control, dominación y humillación. Algunas personas se refieren a esta agresión hombre-hombre, como “violación homosexual”. En algunos casos, el violador masculino puede escoger como víctima a otro hombre porque se trata de la única persona disponible en ese momento, por ejemplo, en el ambiente de las cárceles. Es más común que un hombre escoja a otro hombre con la intención de llevar a cabo la forma última de control sobre otra persona: la humillación.

Mujer a Mujer

Anteriormente la violación era definida como la penetración del órgano sexual femenino, por un órgano sexual masculino; dicha concepción ha sido modificada, ya que puede introducirse cualquier objeto por vía vaginal, anal y/u oral. Al igual que en los casos anteriores, la violación ocurre teniendo por motivos principales, imponer control, infligir humillación y dominación.

Mujer a Hombre

En este caso nos referiremos a una mujer mayor que asalta sexualmente a un menor o adolescente, aprovechándose de su mayor desarrollo intelectual, emocional y sexual, forzando a la víctima a hacer actos sexuales que atenten contra su integridad personal.

3.2.2 Características del agresor.

La mayoría de las violaciones son cometidas por un hombre contra una mujer. Aunque se tiene conocimiento de que la violación puede ocurrir en diversas configuraciones, aquí se retomará la situación más común: cuando un hombre viola a una mujer.

Los violadores no son fácilmente reconocibles ni poseen alguna característica especial. Cuando se pide que se haga una descripción del violador típico, puede tratarse de un hombre de cualquier estatura, raza, clase social o edad; por lo que resulta imposible tipificar su apariencia física. Puede cometerla a cualquier hora y en cualquier lugar. No tienen una preferencia específica al escoger a su víctima.

Se ha llegado a la conclusión de que el violador ha sido, por lo regular, víctima de abuso sexual infantil. Puede haber experimentado relaciones sexuales tempranas con una mujer mayor en su niñez, por lo que probablemente quedó confundido y resentido. Se ha encontrado (Lena y Howard, 1991), que la mayoría de los violadores fueron hijos de mujeres que les demostraban poco o ningún afecto.

Existen tres categorías a las que casi todos los violadores se ajustan (Sarason, 1990):

a.- El violador por poder: puede ser llamado también como violador sexualmente inadecuado. Estas personas necesitan reafirmar su masculinidad; tratan de probarse que son hombres, controlando a una mujer. El violador por poder es muy raro que utilice la brutalidad física, pero tratará de someter psicológicamente a la víctima o de intimidarla verbalmente. El violador se niega a creer que está cometiendo una violación, intentando que la víctima disfrute del acto sexual. Cree que si ella parece recibir placer sexual, no se tratará en realidad de una violación.

El violador piensa que los “verdaderos” violadores son gente enferma, hombres pervertidos que asechan víctimas inocentes en los callejones oscuros. El considera que nunca caería en esta categoría ya que se tiene a sí mismo como un tipo común.

b.- El violador por cólera: también se le conoce como el violador de asalto. Por lo regular actúa después de haber bebido en demasía o tras de haber consumido drogas. El violador culpa a las mujeres de su frustración y de sus malas rachas. Cuando se siente desafortunado, busca desahogar su ira con una mujer.

Este tipo de violador suele acercarse a su víctima golpeándola o amenazándola físicamente; rasga la ropa de la víctima y se apodera inmediatamente de sus partes íntimas; utiliza lenguaje ofensivo; puede tener antecedentes criminales que incluyan embriaguez y actos de asalto; y actúa de un modo que aterroriza a la víctima.

c.- El violador sádico: disfruta infligiendo dolor físico y mental. Sus crímenes llegan a tener gran publicidad ya que implican actos salvajes. Con frecuencia estos actos culminan con el homicidio o la mutilación. Este violador intimida y domina totalmente a la víctima; amarra a la víctima para poder torturarla y causarle sufrimiento; la obliga a realizar actos sexuales degradantes como penetración oral y/o anal; utiliza objetos para violar a la víctima; actúa de manera

hostil; mantiene una actitud de superioridad; en algunas ocasiones rapta a la víctima y puede llegar a matarla.

Al observar detenidamente a estas tres clases de violadores, uno puede darse cuenta de que todos ellos son guiados por una necesidad de dominar, no por una necesidad de liberar su tensión sexual. El violador no busca una mujer porque tenga deseos de tener una relación sexual. El acto sexual es simplemente el medio por el cual controla a su víctima.

3.2.3 Etapas de la violación.

De acuerdo a las investigaciones realizadas por Lena y Howard (1991) existen cinco etapas en las que ocurre una violación. Algunas de estas etapas pueden pasar inadvertidas para la víctima, muchas violaciones podrían evitarse si más mujeres comprendieran la manera de cómo ocurre una violación y fueran capaces de identificar una situación como violación potencial, antes que ésta llegara a su etapa final.

a) Primera etapa: el ataque visual

El ataque visual ocurre cuando la mujer está siendo observada de manera sugerente o altiva. Se trata de una especie de guiño que se pasa de lo normal. Muchas mujeres lo describen diciendo “me estaba desvistiendo con los ojos”. Se usa para intentar intimidar a la mujer. En lugar de sentir que se trata de un cumplido, ella se siente degradada o asustada. En algunos casos la mujer parece no estar al tanto del ataque visual, o puede parecer que ella lo pasa por alto o lo tolera.

b) Segunda etapa: el ataque verbal

Es un comentario insultante o altivo, que sigue al ataque visual; este comentario puede ser francamente ofensivo, o puede tratarse de un comentario de doble sentido; el ataque verbal no puede confundirse con un cumplido. No deja a la mujer sintiéndose halagada, sino más bien hastiada.

c) Tercera etapa: el ataque físico

Se considera como cualquier movimiento que se hace en dirección a la mujer, desde un paso o menos de distancia. Podría tratarse de un simple roce o un choque "accidental" contra la mujer. Podría ser más obvio, como aferrarla, empujarla o golpearla (Lena y Howard, 1991).

El intento de usar la fuerza para lastimar a la otra persona es un "asalto"; y el uso de la fuerza es "agresión". La agresión incluye al asalto.

Tratándose del delito de violación, el ataque físico, así como el asalto verbal, puede ser obvio o sutil; es fácil darse cuenta de lo que sucede cuando el agresor abofetea y comienza a presionar a la víctima; por otro lado, el ataque puede ser más difícil de percibir. A veces, los ataques físicos sutiles preceden al asalto sexual. En cualquier ocasión en la que un hombre invade el espacio de una mujer haciéndola sentir amenazada o invadida, ella debería reconocer la situación como un ataque físico potencial.

d) Cuarta etapa: el asalto sexual

Este seguirá inmediatamente después del ataque físico. Si la víctima ha sido severamente golpeada, el asalto sexual pondrá fin a los golpes. El asalto sexual puede variar de una relación sexual normal, al coito anal, al sexo oral o a

actos sexuales pervertidos. El acto sexual puede ser traumático para la víctima, pero por lo regular es la parte menos importante para el violador. En algunos casos, el violador no podrá mantener una erección o no eyaculará. El no recibe placer del acto sexual en sí mismo, sino de la humillación que le causa a la víctima.

e) Quinta etapa: intimidación verbal o física

Después de que el asalto sexual tiene lugar, el violador usará de nuevo la intimidación física o verbal para dominar aún más a la víctima. No contento de haberla forzado a realizar actos sexuales, el violador comúnmente vuelve a forzarla, o la obliga a realizar otras tareas humillantes (Lena y Howard, 1991).

La intimidación física o verbal que ocurre después del ataque sexual, tiene el objeto de asegurarse de que la víctima no se atreva a testificar en contra del violador. En otras ocasiones, parece funcionar como una continuación del placer que el atacante recibe de la dominación total, y puede no terminar sino hasta que la víctima muere o cae inconsciente.

3.2.4 Mitos culturales sobre la violación.

En la actualidad, algunas investigaciones se plantean la búsqueda del origen de la violación, donde éste radica en la dominación y la sumisión de las mujeres, y sobre todo con la formación patriarcal. No se tiene la fecha exacta en que la violación, como práctica de dominación a través del miedo, se inició.

El miedo que sentimos hacia los hombres, es fruto de una educación en la que la violencia está siempre presente. Dicha educación sirve para que las mujeres se autoconsideren inferiores y cobardes, ya que está siempre acompañada de la valoración positiva de la valentía masculina, "son más fuertes".

En cambio las mujeres son consideradas como miedosas, inferiores al hombre; por tal situación, no se desarrollan habilidades para poder defenderse en caso de ser atacadas (Gargallo, 1990).

Parece ser que además de la educación que reciben tanto hombres como mujeres, se han creado una serie de ideas erróneas llamadas mitos, relacionados con la violación. Por desgracia existen personas, entre ellas los violadores, que piensan que dichas ideas son verdaderas y así pueden llegar a justificar su conducta.

Burt (1980) menciona que “los mitos de la violación aparecen en los sistemas de creencias de la gente y de profesionales incompetentes que interactúan con personas violadas y violadores” (pág. 217).

Independientemente del origen de tales mitos, cabe mencionar que su difusión ha aumentado, lo que trae severas repercusiones en la víctima, dado que se le cataloga como la culpable de su agresión, o bien, se desconoce o reduce el daño sufrido por ella.

Por otro lado, Muehlenhard y Hollabaugh (1988) sostienen que los hombres en muchas ocasiones no toman en cuenta las respuestas negativas de las mujeres, cuando ellos desean tener relaciones. Así, esta creencia puede llevarlos a la violación, ya que: “el problema para el hombre es cómo diferenciar entre los rechazos sinceros, por un lado, y aquellos que son ambivalentes o meramente encubiertos, por otro lado. Dada la dificultad de la tarea y los riesgos de desistir cuando la mujer desea que prosiga, muchos hombres simplemente optan por hacer caso omiso de los rechazos de la mujer” (pág. 878).

A continuación, se mencionarán de algunos de los mitos o ideas erróneas que se han suscitado acerca del fenómeno de la violación, en torno a la víctima y al agresor.

VÍCTIMA

*** La mujer provoca y desea que la violen.**

La violación es un hecho que toda mujer teme y por consiguiente ni lo provoca ni lo desea. Además hay que considerar que existen personas que contemplan como provocación hasta el más mínimo gesto.

*** Goza del acto cuando se produce.**

La violación es un acto brutal y degradante en donde la mujer es maltratada e incluso en ocasiones llega a perder la vida.

*** La mujer se viste provocativamente para excitar al hombre.**

Cualquier mujer "accesible al violador" puede ser una víctima sin tomar en cuenta su manera de vestirse o su arreglo personal.

*** La mujer que se resiste no puede ser violada.**

La mujer ante dicho ataque suele paralizarse y no le es posible reaccionar para defenderse; además de que en la mayoría de los casos no sabe como hacerlo. Por otro lado, la fuerza ejercida por parte del violador es superior a la resistencia que pueda poner la víctima.

*** Las mujeres bonitas y delgadas son las que más sufren agresiones sexuales.**

Cualquier mujer puede resultar víctima de una violación, independientemente de sus atributos físicos.

* Las mujeres que andan solas y en la noche en la calle, son violadas.

La violación es un peligro constante que corren las mujeres tanto en la calle, en el trabajo, en la casa, como en cualquier lugar. Se han encontrado víctimas que han sido agredidas en el día y en la noche.

* Todas las mujeres se creen a salvo de una violación.

Cualquier mujer es víctima potencial de una violación, sea cual sea su edad, color, raza, religión, clase social, nivel socioeconómico y educativo.

AGRESOR

* El agresor actúa por un deseo sexual incontrolable.

En la mayoría de los violaciones, el agresor planea parcial o totalmente su ataque.

* El agresor es un ser trastornado mentalmente, enfermo y feo.

Un alto índice de casos muestran que el agresor lleva una vida normal, considerado como una persona socialmente respetable. En su mayoría son familiares o conocidos de la víctima. Pueden ser jóvenes, viejos, pobres o ricos.

* Las mujeres sólo son violadas por extraños.

En la mayoría de los casos el agresor es conocido de la víctima pudiendo ser un pariente, novio, amigo, vecino, etc.

* La violación es primordialmente un acto de índole sexual.

La violación es un acto de violencia, humillación y dominación a la víctima, donde lo sexual es solo el instrumento de dicha agresión.

Consideramos que la poca difusión que se hace respecto a este tema, pudo haber contribuido al hecho de que se promovieran tales mitos como verdaderos, sin embargo, dichas ideas están muy fuera de la realidad.

Es necesario desmentir tales ideas, para procurar un mejor entendimiento del problema y con ello brindarle una especie de apoyo a las víctimas de violación, a fin de no tacharlas como culpables, y reconocer que cuando una persona vive una situación así, lo menos que requieren es que se les juzgue. Para ello se debe cambiar la conceptualización del rol de género que coloca a las mujeres en una situación de vulnerabilidad frente a las agresiones sexuales.

En resumen, la violación es un acto de violencia física o psicológica que coarta la libertad de una persona, obligándole a realizar conductas sexuales que no desea. Es común que se considere que se ejerce solamente contra las mujeres, dado que la frecuencia de ataques hacia ellas es muy alta; no obstante, también se presenta en niños, hombres y ancianos. La mayor parte de las violaciones son premeditadas; no son resultado de las necesidades sexuales del agresor; se busca satisfacer la necesidad de imponer poder a otros. En torno a la violación se han generado una serie de falsas creencias, que favorecen que la misma sea cometida y que se deposite la culpa en la víctima, por lo que es importante crear un cambio de conciencia.

CAPITULO 4

CONSECUENCIAS DE LA AGRESION SEXUAL

4.1 ESTUDIOS SOBRE LAS REPERCUSIONES EMOCIONALES A CORTO PLAZO.

En la década de los 70's la mayoría de los estudios que se realizaron acerca de la agresión sexual, se concentraron en los agresores en lugar de en las víctimas. Sin embargo, en esa época se presentaron diversos movimientos, encabezados principalmente por mujeres, los cuales tenían la finalidad de intentar hacer respetar sus derechos como seres humanos. De dichos movimientos se logró que se comenzara a estudiar las repercusiones de la agresión sexual y las secuelas de la misma en las víctimas.

Existe una gran cantidad de investigaciones las cuales se han centrado en evaluar la naturaleza y duración de los impactos de la agresión sexual a corto plazo. Entre ellas se destaca la realizada por Sutherland y Scherl (1970) quienes trabajaron en un Centro de Intervención en Crisis con un grupo de 13 víctimas, pudiendo identificar tres fases en las reacciones ante una agresión sexual:

Fase uno: se presentan reacciones agudas de choque, incredulidad y negación, así como reacciones de miedo y ansiedad intensa.

Fase dos: se caracteriza por presentar maniobras que pretenden el regreso a las actividades normales haciendo pseudoajustes que no logran la resolución del evento traumático, sino que la víctima utiliza como mecanismos de racionalización tendientes a disfrazar, y a desvirtuar el hecho, en un intento de recuperar equilibrio.

Fase tres: Aquí la depresión se considera normal, la víctima es invadida por una sensación interna de abatimiento y siente la necesidad de hablar. Esta fase se puede desencadenar por impactos emocionales posteriores o por derrumbamiento general de las defensas. Los autores afirman que durante esta fase la víctima puede resolver su problemática si se le ayuda a enfrentar sus sentimientos de culpa y sus sentimientos acerca del asaltante y señalan que el miedo, la ansiedad y la depresión se encuentran dentro de los límites normales siempre y cuando sean reactivos, limitados en tiempo y no psicóticos.

Por otro lado, Burgess y Holmstrom (1974) trabajaron con una muestra de 146 pacientes atendidas en el servicio de emergencia por haber sido víctimas de una agresión sexual, cuyo objetivo de estudio es determinar los efectos de la agresión sexual y desarrollar un programa de apoyo que pudiera ayudar ampliamente a prevenir los problemas emocionales de la violencia sexual. Logran el seguimiento en el 86 % de las víctimas durante tres a seis meses; integrando entonces el concepto de "Síndrome de Trauma por Violación" y lo consideran como la reacción aguda ante una situación que amenaza la vida, manifestando síntomas somáticos, cognitivos, psicológicos y conductuales. Reportando que en la reacción postraumática se reconocen dos fases, primero la fase aguda de desorganización y, segundo la fase de reorganización.

La fase aguda de desorganización se inicia de inmediato y puede durar desde algunas horas hasta prolongarse días después del ataque. Aquí las víctimas experimentan una desorganización de la conducta considerable y una

ruptura en su estilo de vida. Las reacciones físicas, emocionales y los pensamientos perturbadores que tienen lugar durante la fase, podría estar creando un estado de crisis.

Su gama de respuestas emotivas es muy amplia; integrándose en dos modalidades de respuesta: la expresiva y la controlada. En la expresiva, la víctima presenta llanto desolador e inquietud generalizada, mientras que en la controlada, la persona disfraza sus sentimientos, aparentando serenidad. Pero las más frecuentes en esta fase son depresión, aislamiento, soledad y/o sentimientos de culpa. Por otro lado las vivencias más intensas, las que lo dominan todo, son el miedo a la violencia física, y sobre todo, a la muerte, al grado de decir que más que a la violación, les afecta el miedo a ser asesinadas después de la agresión.

Entre los trastornos somáticos, se encuentran dolores de diversas partes del cuerpo, tensión muscular, inestabilidad gastrointestinal y molestias genitourinarias, dependiendo de las circunstancias en que ocurre la violación.

Aunque Burgess y Holmstrom no señalan una división clara entre cuándo termina esta primera fase y cuando inicia la segunda: **la fase de reorganización**, esta, se observa que frecuentemente aparece de tres a cuatro semanas después del asalto. Es un intento de regresar a la antigua forma de vida, o ensayar un nuevo estilo de vida. Se caracteriza por sentimientos contradictorios, reacciones fóbicas, miedo a quedarse solas, miedo a los espacios al aire libre, miedo a la noche, miedo a la muchedumbre, miedos sexuales.

En ese tiempo se va gestando el proceso de recuperación en el sentido de que poco a poco se alternan el dolor de la experiencia traumática con sentimientos menos agobiantes, se entrelazan sentimientos de miedo y enojo con bienestar; auto-compasión con sentimientos de culpa; los sueños y las pesadillas son cada vez menos atormentantes. Los niveles de actividad recuperan el

equilibrio, la vida cotidiana e incluso la relación con los demás vuelve a tener sentido (Dowdeswell, 1987).

La mayor parte de las víctimas fue capaz de reorganizar sus vidas después de la fase aguda, de mantenerse alertas evitando situaciones críticas y cuidarse a sí mismas de otros posibles ataques todo mediante un programa de intervención en crisis. Sin embargo, también concluyen que las víctimas requerían atención psicológica por algún tiempo.

Otro estudio que ofrece una amplia y variada información sobre los efectos de la agresión sexual en la víctima a corto plazo, es el realizado por McCombie, Bassuk, Savitz y Pell (1976), con 70 víctimas. Sus objetivos fueron: delinear un perfil descriptivo de las víctimas; definir sus maneras de responder conductual y emocionalmente, inmediatamente antes, durante y después de ataque; identificar factores de riesgo para una desorganización aguda que podrían propiciar desajustes a largo plazo y plantear hipótesis específicas para investigaciones futuras.

Sus resultados más relevantes se enfocan a las reacciones emocionales y la conducta de las víctimas después del ataque. La reacción emocional más reportada durante el ataque fue el miedo, e inmediatamente después la mayoría se sentían aterradas. Alternativamente aparecían entumecimiento e incredulidad y surgía el sentimiento de vergüenza. Solamente 14 de las 70 mujeres expresaron enojo consecutivo al asalto. La respuesta conductual inmediata más frecuente fue ir en busca de amigos o parientes. Sin embargo, el impacto emocional por el asalto fue lo más importante; para el 47% de las mujeres recordar el asalto fue de lo más difícil. El 17% reportaron temer los efectos del ataque sobre su autoimagen y su ajuste posterior.

4.2 ESTUDIOS SOBRE LAS REPERCUSIONES EMOCIONALES A LARGO PLAZO.

A pesar de que Fenichel (1986) señala la posible desorganización de la personalidad, como efecto a largo plazo de la agresión sexual, la literatura en general enfoca como preferencia los efectos psicológicos inmediatos, es decir, la reacción aguda; acentúa que son contados los reportes de seguimiento a más de un año del suceso.

Silverman (1978) plantea la necesidad de trabajar y estudiar el impacto a largo plazo y su relación con la ayuda que requiere la víctima, haciendo énfasis sobre el rol de terapeutas y familiares masculinos para apoyar a las mujeres agredidas.

Nadelson, Notman, Zackson y Gornick (1982) señalan la escasa literatura empírica sobre los efectos de la agresión sexual a largo plazo, pero además encuentra que un gran número de mujeres en busca de tratamiento por disfunciones sexuales, tienen antecedentes de trauma sexual y, sobre todo, que de dos y medio años después de la agresión persiste la depresión y el miedo.

Otros grupos de investigadores (Kilpatrick, Veronen y Resick, 1979; y Santiago, McCall, Gorcey y Beigel, 1985) resaltan así mismo que la depresión, ansiedad, miedo y baja autoestima, son los efectos emocionales más notorios a largo plazo.

Cohen (1995) realizó una investigación en Jerusalén sobre el funcionamiento materno de mujeres que fueron víctimas de abuso sexual en la infancia.

Una posible consecuencia a largo plazo del abuso sexual infantil es su efecto en las futuras ideas de las víctimas acerca de la maternidad, así como su funcionamiento en este papel. Se trabajó con un grupo de estudio de 26 madres víctimas de abuso sexual en la infancia, fueron comparadas con un grupo control de 28 madres sin tal abuso sexual en su historia personal. Se investigaron siete áreas de sus habilidades parentales: autoimagen del propio rol, objetividad, expectativas, compenetración, comunicación, establecimiento de límites y apoyo en el rol materno.

Se hallaron diferencias significativas en las siete habilidades, caracterizadas por una tendencia de las madres del grupo de estudio a ser menos hábiles que las del grupo control en el funcionamiento materno. Particularmente, las diferencias más altas se encontraron en las escalas de apoyo en el rol materno y en la comunicación. El secreto, la vergüenza y la autoinculpación tan a menudo asociadas con este tipo de maltrato, son ofrecidas como explicación parcial de la falta de desarrollo general de las habilidades sociales en el grupo de estudio.

Sin embargo, otros factores, como la edad de aparición y terminación del abuso sexual, su severidad, así como la dinámica y las relaciones familiares, pueden contribuir a estos resultados. Por lo que, se necesita investigación adicional en este ámbito. Entre tanto, los terapeutas deben asignar más atención al funcionamiento materno de las víctimas de abuso sexual infantil que se encuentren bajo su atención.

Zlotnick, Ryan, Miller, y Keitner (1995) realizaron una investigación en Estados Unidos, con el objeto de observar la relación de pacientes con depresión mayor asociado con abuso sexual en la niñez. En el estudio participaron 38 pacientes femeninas que fueron internadas con depresión mayor que presentaban conductas suicidas y fueron evaluadas sobre sus experiencias de abuso sexual en la niñez. La historia de abuso sexual fue estudiada a la recuperación de un

episodio de 12 meses de seguimiento. El 46% de las mujeres tenían una historia de abuso sexual en la niñez. Las mujeres sin historia de abuso sexual presentaron 3.7 más probabilidades de recuperarse en 12 meses que las demás.

Bendixen, Muus y Schei (1993) interesados en el impacto a largo plazo del abuso sexual en la infancia realizaron un estudio en una Universidad de Medicina en Noruega para examinar la relación entre el abuso sexual en la infancia y las quejas autoreportadas que incluyen tanto problemas psicológicos como psicosomáticos.

Trabajaron con una muestra al azar de estudiantes, 510 mujeres y 486 hombres, completaron un cuestionario que incluía preguntas acerca del abuso sexual infantil. Se construyó una escala de síntomas pidiéndole a los participantes que se evaluaran en una escala de tres categorías en trece ítems relacionados con problemas psicológicos (ansiedad, depresión, desórdenes en el dormir, sentimientos de vergüenza y culpa, miedo a personas del sexo opuesto, problemas sexuales, pensamientos suicidas, conductas suicidas, uso de píldoras para dormir y/o sedantes) y problemas somáticos de salud (infecciones y/o dolor genital, dolor de cabeza, dolor abdominal, dolor muscular y desórdenes en la alimentación). 116 estudiantes reportaron abuso sexual en su infancia de los cuales 99 eran mujeres y 17 hombres. El abuso sexual infantil estuvo asociado con una amplia gama de problemas de salud, así como desórdenes psicológicos como consecuencias a largo plazo.

El estudio confirma los hallazgos de otras partes del mundo, indica que los efectos dañinos de abuso sexual en la niñez, no sólo incluyen problemas psicológicos, sino también un rango alto de quejas de enfermedades psicosomáticas. Este resultado enfatiza la importancia de incluir una historia de abuso sexual en la investigación clínica de desórdenes somáticos y psicosomáticos.

Peters y Range (1994) en Mississippi, Estados Unidos, hicieron una investigación acerca de conductas suicidas en 266 estudiantes de universidad. Tanto hombres como mujeres abusados sexualmente en la infancia por adultos o conocidos tuvieron más conductas suicidas que mujeres y hombres sin esta historia. Las implicaciones son que los adultos que tienen la experiencia del abuso sexual en su niñez tienen más conductas suicidas y se sentían menos preparados para enfrentar a la vida; además tenían menos inhibidores al suicidio. Esto sin importar que sean hombres o mujeres o si fueron abusados por adultos o conocidos.

Jacobson (1989) realizó una investigación en una clínica psiquiátrica en Nueva York, porque estaba interesada en la relevancia de preguntas de ataque en una entrevista tradicional, con pacientes psiquiátricos. Se trabajó únicamente con pacientes nuevos y se excluyeron a los pacientes con esquizofrenia crónica.

Participaron 31 pacientes en la investigación. Se utilizó una entrevista semiestructurada para obtener el historial de 4 categorías de asalto: asalto físico en la infancia, asalto físico en la adultez, asalto sexual en la infancia y asalto sexual en la adultez. Se estableció la etapa de niñez antes de los 16 años. Así mismo, se les pidió que identificaran rasgos de sus asaltantes como: si tenían aliento alcohólico, o uso de drogas, si eran conocidos y si habían recibido algún tipo de terapia después del asalto.

Historias de abuso sexual o físico fueron reportados hasta por un 68% de los pacientes (N=21). De los 21 pacientes, 11 han experimentado una o dos categorías de asalto, y 10 han experimentado las tres o cuatro categorías. En combinación, 18 personas sufrieron abuso sexual y/o físico en la niñez; 15 abuso sexual y/o físico en la adultez. Además el 48% de los pacientes no le habían revelado a nadie el abuso y el 71% no lo habían revelado a su terapeuta. La importancia acerca de los efectos psicológicos, depende de las perspectivas de

cada paciente de cómo vivió el asalto y del entorno que lo rodea. He aquí la importancia de la entrevista clínica rutinaria sobre la historia del ataque. Los datos disponibles continúan sugiriendo que las historias del ataque sexual y/o físico son más comunes entre los pacientes psiquiátricos que en la población en general.

Herman, Russell y Trocki (1986) realizaron un estudio como un primer intento de determinar los efectos a largo plazo en abuso incestuoso a menores. Trabajaron con dos grupos de mujeres adultas, miembros de ambos grupos reportaron haber sido víctimas de abuso sexual en la niñez. El primer grupo estaba integrado por 152 mujeres identificadas como víctimas de incesto tomadas de una comunidad de San Francisco. El segundo grupo fue formado por 53 mujeres con historial de incesto, que participaron en terapias en una clínica de Boston.

Las siguientes características de historia de abuso sexual fueron estudiadas: la edad que tenían cuando fueron agredidas, la diferencia de edad entre víctima y agresor, la duración y frecuencia del abuso, uso de violencia y relación familiar entre víctima y agresor. Los resultados de la investigación muestran una diferencia significativa entre el grupo de pacientes de la clínica y el grupo de la comunidad. Una más alta proporción de la muestra de pacientes reportaron experiencias incestuosas con el padre o el padrastro (75% vs. 28%), uso de violencia (21% vs. 3%) y, duración de la agresión (más de dos años) 51% vs. 19%.

La gran mayoría reportaron haber estado disgustadas por sus experiencias de incesto. La mayoría de las mujeres que habían sufrido abuso por su padre o padrastro, reportaron un efecto negativo a largo plazo, entre los que podemos considerar: sentimientos negativos hacia los hombres, hacia el sexo y hacia ellas mismas; sentimientos de ansiedad; dificultad para relacionarse o mantener relaciones íntimas; y, problemas sexuales.

4.2.1 Repercusiones a largo plazo.

Tomando en cuenta que existen muchos factores que intervienen antes, durante y después del ataque, no es de sorprender que la víctima pueda tener dificultades conductuales y psicológicas tanto a corto como a largo plazo. De ninguna manera una víctima vivirá la agresión en la misma forma ni con igual intensidad que otra. Muchas suelen alterarse seriamente y los factores determinantes de sus afecciones son múltiples, como pueden serlo también los efectos y persistencia de los trastornos.

Finkelhor (1980) afirma que la mayor parte de lo que está escrito tanto en la literatura profesional como en otros campos (médicos, legales, etc.) sobre los supervivientes adultos de agresión sexual, hace referencia a mujeres con edades comprendidas entre los 20 y 30 años que solicitan ayuda para un problema de salud diferente: alcoholismo, trastorno de la alimentación, agorafobia, depresión, aversión sexual, o deseo sexual inhibido. Existen personas que alcanzan la edad adulta sin que en apariencia se sientan afectados por el abuso sexual del que fueron víctimas en su infancia, pero se ignora cuáles son los factores en sus vidas que han permitido una adaptación feliz, en comparación con otros adultos que recurren a la terapia en busca de ayuda, los cuales suelen presentar las siguientes características:

Consecuencias físicas

- Úlceras (FEM, 1986)
- Colitis (FEM, 1986)
- Migrañas (FEM, 1986; Stith, Williams y Rosen, 1992)
- Anorexia (FEM, 1986; Stith, Williams y Rosen, 1992)

Consecuencias psicológicas

- Ansiedad (Burgess y Holstrom, 1974; FEM, 1986; Flores, Sánchez y Vera, 1990; Kilpatrick, s/a; De Corral, Echeburúa y Sarasua, s/a)
- Depresiones muy intensas (Burgess y Holmstrom, 1974; Nadelson, Notman, Zackson y Gornick, 1982; FEM, 1986; Teran, 1990; Kilpatrick, s/a)
- Baja autoestima (Burgess y Holmstrom, 1974; Rosenzweig, 1984; FEM, 1986; Brenner, 1987; Stith, Williams y Rosen, 1992; Kilpatrick, s/a)
- Sentimientos de culpa (FEM, 1986; Flores, Sánchez y Vera, 1990; Teran, 1990)
- Esquizofrenia (Stith, Williams y Rosen, 1992)
- Fobias (Nadelson, Notman, Zackson y Gornick, 1982, Kempe y Kempe, 1985; Flores, Sánchez y Vera, 1990; Teran, 1990; Kilpatrick, s/a)
- Comportamientos autodestructivos (FEM, 1986; Brenner, 1987; Stith, Williams y Rosen, 1992)
- Intentos de suicidio (Kempe y Kempe, 1985; FEM, 1986; Brenner, 1987; Teran, 1990; Stith, Williams y Rosen, 1992)
- Neurosis histérica y depresiva (Fenichel, 1986; Stith, Williams y Rosen, 1992)
- Personalidad múltiple (Nadelson, Notman, Zackson y Gornick, 1982; Stith, Williams y Rosen, 1992)
- Procesos psicóticos (Burgess y Holmstrom, 1974; Kempe y Kempe, 1985)
- Sensación de desprotección absoluta (FEM, 1986; Stith, Williams y Rosen, 1992; De Corral, Echeburúa y Sarasua, s/a)

Consecuencias Interpersonales

- Dificultad para iniciar y mantener relaciones cercanas (Garrido, 1989; Flores, Sánchez y Vera, 1990; Stith, Williams y Rosen, 1992)
- Incapacidad para confiar en los demás (FEM, 1986; Brenner, 1987; Stith, Williams y Rosen, 1992)

- Problemas para relacionarse con hombres y mujeres (FEM, 1986; Garrido, 1989; Flores, Sánchez y Vera, 1990)
- Tendencia a la revictimización (FEM, 1986; Flores, Sánchez y Vera, 1990; Stith, Williams y Rosen, 1992)
- Miedo hacia la pareja (Stith, Williams y Rosen, 1992)
- Posibilidad de volverse agresor sexual (FEM, 1986)

Consecuencias sexuales en la mujer

- Anorgasmia primaria (Kilpatrick, s/a)
- Anorgasmia secundaria (Kilpatrick, s/a; De Corral, Echeburúa y Sarasua, s/a)
- Dispareunia (Valladares, 1993)
- Frigidez (Kempe y Kempe, 1985; Brenner, 1987; Garrido, 1989)
- Homosexualidad (Finkelhord, 1980; Brenner, 1987; Garrido, 1989; Teran, 1990)
- Miedo y repulsión hacia las relaciones sexuales (FEM, 1986; Brenner, 1987; Stith, Williams y Rosen, 1992; De Corral, Echeburúa y Sarasua, s/a)
- Ninfomanía (Valladares, 1993)
- Vaginismo (De Corral, Echeburúa y Sarasua, s/a)
- Promiscuidad (Finkelhord, 1980; Garrido, 1989; Teran, 1990; Stith, Williams y Rosen, 1992)

Consecuencias sexuales en el hombre

- Eyacuación Precoz (Valladares, 1993)
- Exhibicionismo (Valladares, 1993)
- Pedofilia (FEM; 1986; Brenner, 1987)
- Impotencia (Valladares, 1993)
- Homosexualidad (Garrido, 1989; Teran, 1990)

Consecuencias sociales

- Prostitución (Finkelhord, 1980; Brenner, 1987; Teran, 1990; Stith, Williams y Rosen, 1992)
- Alcoholismo (Finkelhord, 1980; FEM, 1986; Teran, 1990; Stith, Williams y Rosen, 1992)
- Drogadicción (Finkelhord, 1980; FEM, 1986; Flores, Sánchez y Vera, 1990; Teran, 1990; Stith, Williams y Rosen, 1992)
- Escasas aptitudes sociales (Brenner, 1987)

Forman (1980) plantea la necesidad de psicoterapia a largo plazo; Rose (1986) lo enfatiza ya que sus estudios de seguimiento confirman que las víctimas siguen sintomáticas y sólo reorganizan sus personalidades alrededor de síntomas, conflictos y defensas activadas por el trauma. Tal reorganización se determina por la historia pasada de la víctima; la naturaleza particular de la agresión; la respuesta de la víctima durante el ataque; así como de las condiciones del ambiente.

En resumen, en base a los estudios realizados sobre agresión sexual, respecto a las repercusiones a corto y largo plazo, se ha encontrado que produce cambios muy drásticos en la integridad y bienestar personal. Se afecta la salud física y emocional, así como también repercute en las relaciones interpersonales. Del acto de agresión sexual se derivan muchas consecuencias a diversos niveles, por lo que es necesario que la persona reciba un tratamiento especializado, para que pueda enfrentar el problema y lograr una óptima recuperación.

CAPITULO 5

EVALUACION DE VICTIMAS DE AGRESION SEXUAL.

La agresión sexual repercute enormemente en la víctima, consecuencias que van a variar de acuerdo a la individualidad de cada una de las personas que han sufrido tal agresión, ya que las víctimas presentan en sus experiencias características biográficas y demográficas diferentes.

Algunos de los trastornos de conducta mas frecuente a mediano y largo plazo, productos de la agresión, son: ansiedad, conductas fóbicas, depresión, disminución de la autoestima, alteraciones de la conducta sexual y desajuste sexual.

Existen una serie de instrumentos (entrevista, autorregistros y cuestionarios) que sirven para recopilar información acerca de las víctimas, como son los datos personales, su historia previa y las repercusiones producto del ataque. Dichos instrumentos son básicos para valorar la técnica terapéutica más adecuada para cada caso en particular.

1. Entrevista

Constituyen los instrumentos de evaluación más utilizados. Abarcan un conjunto amplio de conductas significativas, son fáciles de aplicar y se han empleado en varias investigaciones. Dado que están basadas en el autoinforme

de la víctima, se prestan a un grado de distorsión de información. (Echeburúa, s/a).

Para conocer a fondo las características de la víctima, se llevan a cabo entrevistas estructuradas que tienen por objetivo conocer los aspectos globales de la víctima, así como los aspectos específicos de la agresión (Ver anexo 1). Algunos de los rubros (de la víctima y la situación) que deben ser considerados en las entrevistas son:

- * Datos biográficos y demográficos.
- * Acontecimientos de vida importantes.
- * Apoyo social y familiar.
- * Ocupación del tiempo libre.
- * Relaciones de pareja y satisfacción sexual.
- * Estado de ánimo y estilo cognitivo habituales.
- * Historial previo de la víctima en relación con los siguientes puntos:
 - Vida laboral.
 - Relaciones previas con el sistema judicial.
 - Consumo de alcohol y sustancias adictivas.
 - Agresiones sexuales previas.
 - Problemas y tratamientos psicológicos y psiquiátricos anteriores.
- * Número de agresores.
- * Relación de la víctima con el agresor.
- * Uso de fuerza física por parte del agresor.
- * Alcance de las heridas físicas recibidas.
- * Uso de armas.
- * Lugar y circunstancias de la agresión.
- * Tipos de actividad sexual implicada en la agresión.
- * Atribuciones y evaluación cognitiva de lo ocurrido.

2. Autoregistros

Pueden referirse a las conductas observables de la víctima después de la agresión o a las conductas cognitivas y/o psicofisiológicas implicadas. El interés de los autorregistros se deriva de que las conductas a las que hace referencia son individualizadas y funcionan como indicadores del grado de reajuste de las víctimas después de la agresión. El inconveniente, es que no se aplican de manera sistemática en los distintos estudios y que no es fácil compararlos de unas víctimas a otras.

Dentro de los aspectos que pueden retomarse en los autorregistros se encuentran los siguientes: cantidad de días de baja en el trabajo, tiempo total de estancia en la calle, número de respuestas de evitación, número de pensamientos recurrentes a la agresión, intensidad de miedos, frecuencia de las pesadillas, ataques de pánico, etcétera.

3. Cuestionarios, Escalas e Inventarios

Los cuestionarios utilizados en los estudios de evaluación de víctimas, son muy variados y exploran áreas de conducta muy diversas, pero en general, tienen por objetivo valorar la ansiedad, las conductas fóbicas, la depresión y la autoestima, considerados como los trastornos de conducta más frecuentes a mediano y largo plazo.

Algunos de los cuestionarios utilizados para tal fin son:

*** Cuestionario de la Historia Previa**

Es una entrevista estructurada, utilizada para medir el funcionamiento anterior a la agresión; consta de 100 ítems, que abarcan las siguientes áreas:

historia de trabajo, mide la historia de problemas relacionados con el empleo; historia legal, mide la historia de problemas con el sistema de justicia; historia de uso de drogas; historia de agresiones, mide historia de robo con violencia e intimidación, abuso físico, abuso deshonestos, intento de violación y/o violación; y, problemas psicológicos e historia de tratamiento (Kilpatrick, s/a).

*** Listado de las características de la agresión**

Recaba información sobre algunas características de la agresión; por ejemplo: número de agresores; relación anterior entre víctima y agresor (si es que la hay); uso de fuerza física; alcance de las heridas recibidas; uso de armas; lugar y circunstancias de la agresión; y tipo de actividad sexual. (Ver anexo 2).

*** Cuestionario de ansiedad Estado/Rasgo (STAI) (Spielbergger, Gorsuch y Lushene, 1970)**

Esta formado por dos escalas de autoevaluación separadas, utilizadas para medir dimensiones distintas de ansiedad: la llamada Ansiedad-Estado (A-Estado) y la llamada Ansiedad-Rasgo (A-Rasgo). A-Estado se refiere a un estado emocional transitorio, caracterizada por sentimientos de tensión que pueden variar en intensidad y ondear a través del tiempo. A-Rasgo, hace mención a las diferencias individuales relativamente estables, que le permiten a la persona responder a situaciones percibidas como amenazantes (Echeburúa, s/a). La escala A-Estado consta de 20 ítems, y en ella se le pide a las personas que describan como se sienten en el momento de contestar el cuestionario. En la escala A-Rasgo, formada también por 20 ítems, la instrucción dada a las personas es describir como se sienten generalmente. Discrimina entre víctimas y no víctimas durante al menos un año después de la agresión sexual. (Ver anexo 3).

* **Cuestionario General de Salud (Goldberg)**

Este cuestionario es útil para conocer como se sienten los sujetos en el momento de la evaluación, independientemente del tiempo transcurrido desde la agresión sexual. Este revela dos fenómenos: la incapacidad para realizar las funciones normales sanamente, y la aparición de un suceso de naturaleza tensionante. Es utilizado como un instrumento para detectar presuntos casos y así localizar a las personas que tienen, en potencia, trastornos psiquiátricos. Consta de 60 reactivos, los cuales se distribuyen en cuatro áreas: depresión; ansiedad y malestares psicológicos; comportamiento observado objetivamente, que incluye deterioro social o inadecuación social; y síntomas somáticos. (Ver anexo 4).

* **Escala Tennessee de Autoconcepto (Fitts)**

Esta escala se considera útil, para conocer cómo las personas víctimas de agresión sexual valoran aspectos importantes de su persona, ya sea en relación a ellas mismas, a su familia y al mundo social que las rodea. Consta de 100 ítems autodescriptivos, es autoaplicable y, no solo en personas bien ajustadas, sino también en pacientes psiquiátricos. Esta dividida en subescalas que evalúan las categorías del autoconcepto en cuanto a puntaje total positivo, identidad, autosatisfacción, conducta, self físico, self moral-ético, self personal, self familiar y self social. (Ver anexo 5).

* **Inventario de Depresión (Beck)**

Siendo la depresión una de las secuelas emocionales más frecuentemente observadas en éste tipo de víctimas, se utiliza el Inventario de Depresión en su forma abreviada para valorar el estado depresivo en las víctimas. Consta de trece reactivos y evalúa las siguientes categorías sintomático-conductuales: tristeza, pesimismo, sensación de fracaso, insatisfacción, sentimientos de culpabilidad,

descontento consigo mismo, deseos autopunitivos, retracción social, indecisión, cambio de la autoimagen, improductividad, cansancio y falta de apetito. Es autoaplicable; se le pide a los sujetos que seleccionen los enunciados que describan su condición en el momento de la evaluación. (Ver anexo 6).

*** Escala de Estados de Animo (POMS)(McNair, Lorr y Droppleman, 1971)**

Es una escala formada por 65 ítems. Las personas tienen que reflejar en los ítems propuestos el estado de ánimo experimentado en la última semana. Mide seis dimensiones del estado de ánimo, estas son: tensión-ansiedad; depresión-abatimiento; ira-hostilidad; energía-actividad; cansancio-apatía; y confusión-perplejidad. Util para discriminar entre víctimas y no víctimas en un periodo de un año después de la agresión, sobre todo en lo relacionado con la depresión (Kilpatrick,s/a).

*** Inventario de Auto-informe (SRI)(Brown, 1961)**

Consta de 48 ítems, que tiene como objetivo medir la autoestima. Incluye ítems relacionados con la estima de un número de situaciones. Toma en cuenta ocho subescalas: el yo, directamente vinculado con la autoestima; las otras personas; los niños; la autoridad; el trabajo; los padres; la esperanza y la realidad. Es útil para discriminar a las víctimas durante al menos un año después de la agresión.

*** Listado de Síntomas de Derogatis (SCL-90-R)(Derogatis, 1977)**

Consta de 90 ítems que tienen la finalidad de detectar las conductas psicopatológicas, por medio de nueve dimensiones: somatización, trastornos obsesivo-compulsivo, desconfianza interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, paranoidismo y psicotismo; además de tres índices globales de

estrés. Discrimina entre víctimas y no víctimas, durante un periodo de hasta tres años después de la agresión (Kilpatrick, *s/a*).

*** Cuestionario de Miedos Modificados de Veronen y Kilpatrick (VK-MFS) (Veronen Y Kilpatrick, 1980)**

Esta formado por 120 ítems referidos a sucesos, objetos y situaciones relacionados con el miedo. Es el único disponible para medir reacciones específicas de miedo en relación con la agresión. Distingue entre víctimas y no víctimas al menos tres años después de la agresión sexual.

*** Escala de Adaptación (Echeburúa y Corral, 1988)**

Tiene por objetivo la evaluación del reajuste de la víctima. Está constituido por una escala global y subescalas referidas al trabajo, vida social, tiempo libre, relación de pareja y vida familiar.

*** Test de Síntomas resultantes de la Agresión Sexual (RAST) (Kilpatrick, Best, Veronen, Ruff y Allison, 1985)**

Es el resultado de la revisión de dos instrumentos: El listado de Síntomas de Derogatis y El Cuestionario de Miedos modificado de Veronen y Kilpatrick. Los ítems que lo forman se refieren a síntomas de ansiedad, ansiedad fóbica, desconfianza y depresión. Distingue en mayor medida a las víctimas de agresión de las no víctimas.

*** Escala sobre El Impacto de Acontecimientos de Vida (IES) (Itoromits, Winer y Alvarez, 1979)**

Consta de 15 ítems y se utiliza para cuantificar la intensidad del trastorno por estrés postraumático. Mide dos dimensiones del estrés: la obsesividad y la evitación de situaciones relacionadas con el acontecimiento traumático. Es fácil de administrar y puede emplearse como una medición del progreso a lo largo de la terapia (Echeburúa, s/a).

En resumen, la creación de instrumentos de evaluación favorece el obtener un panorama más amplio respecto al estado emocional en que se encuentra la víctima de agresión sexual; de acuerdo a cada caso en particular, se deben administrar los instrumentos, y de igual forma crear un plan de trabajo a seguir en el tratamiento.

CAPITULO 6

PROGRAMAS INSTITUCIONALES Y SERVICIOS DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE AGRESIÓN SEXUAL.

De acuerdo a la revisión teórica se pone de manifiesto que, el efecto que trae consigo la agresión sexual, involucra todos los ámbitos de la persona, por lo que es necesario que reciban un tratamiento especializado, tanto a nivel individual, así como también a nivel familiar, a fin de obtener la ayuda necesaria para que puedan reintegrarse a las ocupaciones que habitualmente realizaban .

Para tal efecto han comenzado a formarse varias instituciones especializadas para brindar atención a las personas que han sido víctimas de una agresión sexual, algunas de ellas son:

Centro de Atención Psicológica y Legal para la Mujer y el Menor (CAPYLMAC)

Tiene por objetivos:

- I. Elaborar programas para enfrentar desde una perspectiva de género, la violencia intrafamiliar y sexual, a través de atención terapéutica, asesorías y grupos de autoayuda, para fortalecer los procesos de comunicación de las relaciones humanas dentro del círculo familiar.
- II. Elaborar proyectos de investigación y financiamiento utilizando la información obtenida a través de redes de trabajo, que contribuyan a la mejor comprensión

de la problemática de violencia intrafamiliar y sexual, en los procesos de comunicación que en ella se presentan.

III. Brindar información especializada en materia de violencia intrafamiliar y sexual en los procesos de comunicación en el interior de la familia a toda persona interesada, a través de pláticas, talleres o programas de radio.

Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar (CAVI)

Este centro fue creado como estrategia para reforzar la preservación del vínculo familiar y a su vez, el desarrollo individual de sus integrantes.

Proporciona atención integral a los miembros de familias, a través de servicio médico, psicológico, social y legal, a fin de prevenir y ayudar en la problemática de violencia intrafamiliar. Brinda asesoría las 24 hrs. del día, los 365 días del año. Su atención es gratuita.

Colectivo de lucha Contra la Violencia hacia las Mujeres (COVAC)

COVAC es una agrupación feminista encargada de atender a víctimas de violencia sexual, maltrato doméstico y abuso sexual a menores. Esta integrado por personal femenino y masculino, cuya función es dar atención directa o telefónica, ofreciendo apoyo emocional, orientación y ayuda legal especializada a las personas agredidas, y/o realizar actividades en el área de capacitación-investigación. Los objetivos de ayuda del COVAC son básicamente los siguientes:

1. Que la mujer adquiera control sobre su miedo y se sienta más fortalecida, con derecho a decidir sobre el disfrute de su propio cuerpo.
2. Que la mujer pueda entender que la violencia sexual de que fue objeto forma parte de su vulnerabilidad como persona y que no esta en razón de su historia, ni de sus condiciones psicológicas o físicas, y lo considere

como un acto agresivo, con cierto contenido sexual, como un accidente en su vida del que puede recuperarse.

3. Que la mujer tenga un proyecto o propuesta de vida independiente después del hecho violento y se integre a su vida familiar y social con la mayor naturaleza.

En lo que respecta a la Orientación Legal especializada, consiste en informar a la mujer sobre los pasos del proceso jurídico al que se enfrenta ella cuando decide denunciar legalmente la violación y preparar sus intervenciones ante el Ministerio Público o el Juez para cada competencia. En algunas ocasiones, dependiendo de la disponibilidad del personal, se ofrece Atención Legal, pero en todas las ocasiones que lo requiera, la víctima puede ser acompañada por algún miembro del COVAC, durante cualquier etapa del proceso legal.

Agencias Especializadas en Delitos Sexuales (AEDS)

Dichas agencias se ubican en los cuatros puntos cardinales del Distrito Federal (Delegaciones V. Carranza, M. Hidalgo, Coyoacán y G.A. Madero). Cada una de ellas esta integrada exclusivamente por personal femenino, es decir, abogadas del área de Averiguaciones Previas, Psicólogas, Trabajadoras Sociales y Doctoras. El personal masculino que colabora en las agencias (agentes de la Policía Judicial y choferes), solo se encarga del traslado de las víctimas en situaciones de extrema urgencia y de la investigación y aprehensión de los agresores.

El objetivo principal de las Agencias es que bajo la dirección del Ministerio Público, por su carácter de representación social, consolide un ambiente de confianza a las víctimas y procure el establecimiento de medidas que protejan a su núcleo familiar, poniendo a la disposición de las personas que han sido objeto

de algún ataque sexual, un equipo multidisciplinario que le proporcione apoyo psicológico, médico y legal (Diario Oficial, 1989).

Cuando las personas usuarias son atendidas en el área de Psicología, se les brinda apoyo emocional y se les acompaña, si lo requiere, durante su declaración ante el Ministerio Público o la revisión médica. Además, como una continuidad del trabajo realizado por las psicólogas en las Agencias, existe el Centro de Terapia de Apoyo, donde se proporciona a las víctimas atención psicoterapéutica basada en un modelo de asistencia breve.

También, se cuenta con un servicio de orientación y apoyo telefónico llamado CETATEL que funciona las 24 horas del día, los 365 días del año, mediante el cual se proporciona toda clase de información a víctimas de agresión sexual, familiares y conocidos, indicándoles: que hacer en caso de haber sido agredida; la agencia especializada donde puede denunciar; domicilio de hospitales; y, si la persona se encuentra en crisis, la psicóloga que contesta el teléfono brindará terapia de emergencia.

El trabajo de las abogadas consiste básicamente en tomar la declaración de la víctima, integrar la Averiguación Previa del delito y dar instrucciones, tanto a la médica para que realice la revisión y preservación de evidencias determinadas, como a los agentes de la policía judicial para la investigación y detención del presunto responsable, es decir, del agresor sexual.

Es importante señalar que la médica solo puede asistir a la víctima previa orden de Ministerio Público; por lo tanto no se hace una exploración médica a aquellas personas que no hacen una denuncia legal; solo se les presta primeros auxilios.

Programa de Atención a la Violencia Intrafamiliar Y Sexual (AVISE)

Su servicio consta de cuatro áreas de funcionamiento: Trabajo Social, Psicología, Jurídica e Investigación académica.

La trabajadora social es quien recibe a los usuarios, y los canaliza a las otras áreas de acuerdo a las necesidades de cada persona.

El área de psicología tiene por objetivo la recuperación psicosocial y familiar de la víctima mediante un modelo terapéutico breve con estrategias de intervención en crisis. También se encargan de la preparación emocional de las víctimas cuando deciden presentar una denuncia legal y acompañarlas, si así lo desean, durante sus comparecencias ante Ministerio Público.

El Jurídico proporciona asesoría, acompañamiento y seguimiento de procesos legales hasta su conclusión, cuando las personas usuarias deciden realizar la denuncia penal.

En el área de Investigación se atiende a estudiantes, docentes y demás interesados en la violencia intrafamiliar y sexual; se informa sobre bibliografía, se realizan préstamos de los materiales existentes y se ofrecen charlas pedagógicas sobre las funciones de AVISE.

Centro de Atención al Maltrato Intrafamiliar y Sexual (CAMIS)

Anteriormente conocido como Programa Interdisciplinario de Atención a Personas Violadas (PIAV), forma parte del proyecto de investigación sobre violencia sexual de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales (ENEP) Campus Iztacala de la UNAM, tiene por objetivo brindar atención integral a las

ADIVAC ofrece los siguientes servicios a la población:

1. Organiza talleres para apoyar el desarrollo de las personas agredidas sexualmente.
2. Cuenta con albergues que permiten el curso del proceso integral de rehabilitación de las personas que reciben atención.
3. Imparte cursos de entrenamiento para voluntarias en el trabajo de ayuda para personas violadas.
4. Investiga y recolecta datos referentes a la violación, las diferencias genéricas y los derechos humanos, para su posterior publicación por todos los medios conocidos.

Fundación para la Atención a Víctimas del Delito y Abuso del Poder (FAVI)

Las acciones de esta fundación han sido encaminadas hacia la atención psicológica y reintegración social de las víctimas, el mejoramiento de la atención a víctimas en diversos organismos y al trabajo para la defensa y ejercicio de los derechos de las víctimas en el contexto de los órganos de justicia.

Los miembros de FAVI en coordinación con otros organismos han promovido la defensa de los derechos de las víctimas en tres periodos: precrisis, acto víctimal y postcrisis. De este modo, esta institución cuenta con personal especializado que brinda *orientación y apoyo a las personas que pasen por cualquiera de estas fases de victimización.*

Tal personal es:

- Grupo de abogados que orienten y apoyen a las víctimas antes y durante el proceso legal.
- Grupo de psicoterapeutas que proporcionen atención emocional en crisis.
- Grupo de trabajadores sociales que gestionen procedimientos y enlacen a las víctimas con servicios de apoyo que les permiten su reintegración social.

El movimiento feminista ha jugado el papel más relevante en la creación de redes de apoyo a personas violadas y de manera concreta en el impulso para la instrumentación de Centros de Atención a Víctimas de la Violencia Sexual.

En cada uno de los centros se ha priorizado el acompañamiento psicológico a la víctima durante consecuentes ataques, como son el daño físico, el temor al embarazo y la infección de enfermedades sexualmente transmisibles, incluyendo el VIH-SIDA; así como el procedimiento legal en el que se ve involucrada una vez que se coloca ante la decisión de denunciar la violación.

Las estrategias de apoyo psicológico utilizadas en dichos centros han sido poco sistematizadas, aunque en la medida de lo posible han tratado de incorporar la información que da contexto a la violación desde la perspectiva feminista; así como los estudios de casos y abordajes del Síndrome Postviolación.

En resumen, el incremento de la agresión sexual ha generado la estructuración y creación de algunas instituciones que tienen la finalidad de brindar atención a cualquier víctima. En tales asociaciones, se le da a la persona la atención que merece, basada en el respeto. La asesoría se realiza a nivel médico, psicológico y legal; su objetivo primordial es que la víctima recupera la confianza en sí misma, para que se reincorpore nuevamente a la sociedad de la que forma parte y continúe con su crecimiento personal.

CONCLUSIONES

Existen muchos estudios e investigaciones relacionados con la agresión sexual, que hacen referencia a las consecuencias que conlleva tal acto violento; sin embargo, en su mayoría se centran en los efectos inmediatos a la victimización, es decir, a los efectos a corto plazo. Entre las repercusiones en este rubro podemos mencionar las más frecuentes: baja autoestima, reacciones somáticas, ansiedad, culpa, resentimiento y miedos.

Es poca la literatura disponible dedicado a las secuelas que genera una agresión sexual a largo plazo, los datos obtenidos al respecto se derivan de su totalidad de estudios con personas que estaban sujetas a un proceso psicoterapéutico y en especial a pacientes psiquiátricos. En tales intervenciones se identifica la persistencia de secuelas emocionales y conductuales en la edad adulta, como son: desórdenes de personalidad, drogadicción, alcoholismo, intentos de suicidio, depresión y desórdenes sexuales entre otros. En lo que la literatura sí coincide es que se ha hallado que algunas de las personas que sobreviven a una agresión sexual en su infancia, frecuentemente continúan culpándose por no haberse defendido, por haber guardado el secreto, por haber confiado en el agresor, dando todo esto como resultado una autoevaluación negativa, reflejándose en comportamientos autodestructivos (tales como alcoholismo, drogadicción o prostitución).

Además, es importante señalar que las consecuencias de abuso sexual en la infancia no se generan únicamente por el ataque en sí mismo, sino que interviene también otro factor primordial: el modelo de la interacción al que la

víctima fue sujeta en la agresión y al que se ha sometido a lo largo de su desarrollo personal, tanto en el ámbito familiar, como en los demás ambientes en los que se desenvuelva. De las interacciones mantenidas con el agresor y el ambiente, se derivan muchas implicaciones del abuso, así encontramos las siguientes:

1. El agresor refuerza en la víctima una autoevaluación negativa sobre sí mismo, transmitiéndole abierta o encubiertamente mensajes que ocasionan en el menor sentimientos de vergüenza por haber sido objeto de abuso. Esta idea es reforzada al recibir del medio social comentarios tales como: "tú lo provocaste", "nadie toca a una niña buena", "si te agredieron fue porque lo provocaste", "sólo sirves para eso"; con ello, se establecen sentimientos de vergüenza y desprecio personal, que perduran a lo largo de su desarrollo.
2. Al crearse un ambiente de secreto y el estar expuesto a frases como: "todos los padres lo hacen", "lo hago porque te quiero", "lo hago por tu bien", generan en el niño un sentimiento de confusión y aislamiento como resultado de no haberse creado una versión personal sobre la agresión, sino que se asumió la presentada por el agresor.
3. El agresor pudo haber estimulado en el niño sentimientos de enorme responsabilidad hacia los demás al recibir comentarios como estos: "si cuentas lo nuestro, me echarán de la casa", "si lo dices nadie te creerá", "tú eres el único que me comprende", "si te niegas, lo haré con tu hermana". Así, las necesidades personales se dejan a un lado, jerarquizando en primer lugar las necesidades de los demás.
4. Los medios que se emplearon durante la agresión como forma de control, puedan desarrollar en la víctima respuestas habituales de miedo ante las

situaciones inesperadas o novedosas a las cuales se enfrenta, así como dentro de sus relaciones íntimas.

Tales interacciones opresivas, pueden marcar en el niño el inicio de su comportamiento a seguir en su vida adulta, si no cuenta con la ayuda necesaria para afrontar su situación.

En contraparte existen personas que sufrieron abuso sexual, y que en su vida adulta se perciben como relativamente bien adaptadas, están concientes del trauma que les produjo la agresión, pero a pesar de ello han podido superar la angustia y reincorporarse a su vida cotidiana, también se menciona como aspecto significativo en su proceso de recuperación, la intervención de otras personas de las cuales han recibido apoyo y confianza.

El abuso sexual siempre es un hecho estresante, pero hay factores que pueden mediar en la gravedad de sus efectos a largo plazo, especialmente la aceptación y el apoyo por parte de adultos comprensivos y cariñosos, creando en el niño seguridad y confianza en sí mismo. El mayor factor de aminoramiento parece ser que el niño pueda contar con alguien que le crea y le ayude. Muchas personas que sobreviven sin daños recuerdan a adultos que les ayudaron a integrar y a sobreponerse al trauma.

Algo que resulta importante señalar es que necesitamos como medida preventiva; sensibilizar a la población (profesores y padres de familia) y educar a los niños acerca del tema de abuso sexual, pero sólo lo podemos lograr a través de 2 importantes instituciones: *la casa y la escuela*. En ambas su principal objetivo sería desarrollar conductas preventivas como:

- Información sobre sexualidad (propiedad y exclusividad del cuerpo)
- Autoestima
- Firmeza
- Aprender a decir NO
- Medidas de seguridad
- Aprender a no guardar secretos si lastiman
- Propiciar cambios en las actitudes culturales hacia las mujeres, la violencia, relaciones interpersonales, etc.

A nivel terapéutico, también es muy importante que cuando el menor acaba de sufrir la agresión hacerle sentir al niño seguridad, atención y protección; y demostrarle mucha comprensión y sinceridad en el trato. Así, de igual manera cuando el abuso sucedió tiempo atrás, se requiere por parte de los demás mostrar un interés sincero en la recuperación del adulto que ha sido agredido en su niñez, con el fin de facilitarle su desarrollo personal actual.

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA
SECRETARÍA DE SALUD HUMANAS
SECRETARÍA DE ECONOMÍA

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Anthony, C. (1990). Mujer y victimización. Estudio penal criminológico sobre algunos delitos sexuales. Tesis de licenciatura, Universidad de Panamá, Instituto de criminología, Panamá.
- Aresti, L. (1989, Abril). La violación. Trabajo presentado en el Segundo Coloquio sobre la sexualidad en México. México.
- Bendixen, M., Muus, K. M., y Schei, B. (1993, July, 3). The impact of child sexual abuse a study of a random sample of Norwegian students. Child Abuse & Neglect, 835-847.
- Brenner, A. (1987). Los traumas infantiles. Cómo ayudar a vencerlos. España: Planeta. Nueva Pareda. España. 1987.
- Brownmiller, S. (1981). Contra nuestra voluntad. Hombres, mujeres y violación. Barcelona: Planeta.
- Burgess, A. y Holmstrom, L. (1974). Rape Trauma Syndrome. The American Journal of Psychiatry, 9, 981-986.
- Burgess, A y Holstrom, L. (1979). Adaptive Strategies and Recovery from Rape. The American Journal of Psychiatry, 10, 1278-1282.

- Burt, M. (1980). Cultural myths and supports for rape. Journal of personality and social psychology, 38 (2), 217-230.
- CAMVAC. Centro de Apoyo a Mujeres Violadas. A.C. (1986). Violencia sexual. Carpeta de información básica. México. Manuscrito inédito.
- Cazorla, G., Samperio, R. y Chirino, I. (1992). Alto a la agresión sexual. México: Diana.
- Cohen, T. (1995, June,1). Motherhood among incest survivors. Child Abuse & Neglect, 1423-1429.
- De Corral, P., Echeburúa, E. y Sarasua, B. (s/a). Estrés postraumático en víctimas de violación. España: Universidad del país Vasco.
- Diario Oficial. (1989, Abril,17). Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal.
- Döring, M. T. (1989, Abril). El perfil del violador. Trabajo presentado en el Segundo coloquio sobre la sexualidad en México. México.
- Dowdeswell, J. (1987). La violación: hablan las mujeres. México: Grijalbo.
- Duarte, P. (1992, Noviembre, 2). Abuso de menores. Motivos, (67), 24-25.
- Durrant, M. y White, Ch. (1993). Terapia del Abuso Sexual (1a. de.). España: Gedisa.
- Echeburúa, E. (s/a). Evaluación y tratamiento del estrés postraumático en víctimas de violación. España: Universidad del país Vasco.

- Fallico, E. (1984, Abril). Marcha para detener la violencia contra las mujeres: Principios fundamentales. Trabajo presentado en la Alianza feminista del área del D.C. Washington.
- FEM. (1986, Agosto-Septiembre). Qué es y cómo se da el abuso sexual a menores (algo para reflexionar). FEM. Año 10, (47). 31-32.
- FEM. (1986, Agosto-Septiembre). Los molestadores. FEM. Año 10, (47), 33-34.
- FEM. (1986, Agosto-Septiembre). Mucho ojo... esto puede hacer a las niñas más vulnerables. FEM. Año 10, (47). 35-36.
- Fenichel, O. (1986). Teoría Psicoanalítica de la Neurosis. Buenos Aires: Paidós.
- Finkelhor, D. (1980). Abuso sexual al menor. México: Pax-México. México.
- Flores, A. D., Sánchez, G. y Vera, J. C. (1990). Abuso sexual de menores, dentro de una institución de asistencia social. Tesis de licenciatura, Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, México.
- Forman, B. (1980). Psychotherapy with rape victims. Psychotherapy: theory, 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). 121-145.
- García, M. y Aguilar, G. (1990). Estudio epidemiológico de la agresión sexual. Tesis de licenciatura, UNAM, ENEP Iztacala, México.

- Gargallo, F. (1990, Abril). En busca de un origen de la violencia sexual contra las mujeres. FEM, Año 14 (88), 4-10.
- Garrido, V. (1989). Psicología de la violación. Estudios de Psicología, (38), 91-110.
- Gómez, S. (1992). Hostigamiento sexual hacia la mujer dentro del área laboral. Tesina de licenciatura. UNAM, ENEP Iztacala, México.
- González, G., Azaola, E., Duarte, M. P. y Lemus, J. R.(1994). El maltrato y el abuso sexual a menores: una aproximación a estos fenómenos en México. México: UAM-UNICEF-COVAC.
- Herman, J.; Russell, D. y Trocki, K. (1986, October). Long-term effects of incestuous abuse in childhood. The American Journal of Psychiatry, 10, 1293-1296.
- Jacobson, A. (1989, June). Physical and Sexual Assault Histories Among Psychiatric Outpatients. The American Journal of Psychiatry, 6, 755-758.
- Kempe, R.S. y Kempe, C. H. (1985). Niños Maltratados. Madrid: Morata.
- Kilpatrick, D. G. (s/a). Eficacia de la intervención psicológica en víctimas recientes de agresiones sexuales. Estados Unidos: Universidad de Carolina del Sur.
- Kilpatrick, D. G. (s/a). Etiología y factores predictivos de estrés postraumático en víctimas de agresiones sexuales. Estados Unidos: Universidad de Carolina del Sur.

- Kilpatrick, D. G. (s/a). Tratamiento psicológico de las agresiones sexuales. Estados Unidos: Universidad de Carolina del Sur.
- Kilpatrick, D., Veronen, L.J. y Resick, P. (1979). The aftermath of rape: recent empirical findings. The American Journal of Orthopsychiatry, 4, 658-669.
- La Casa de la Mujer. (1985, Octubre). Evitemos el abuso sexual a menores de edad. Chile. Manuscrito inédito.
- Lena, D. y Howard, M. (1991). Asalto sexual. México: Selector.
- Loredó, A., Reynés, J. y Muñoz, J. C. (1994). Abuso Sexual. En A. Loredó (Ed.) Maltrato al menor. México: Interamericana.
- Maher, P. (1990). El abuso contra los niños. México: Grijalbo. México.
- Mc Cary, J. y Mc Cary, S. (1983). Sexualidad humana. México: Manual moderno.
- Mc Combie, S., Bassuki, E., Savitz, R. y Pell, S. (1976). Development of a Medical Center Rape Crisis Intervention Program. The American Journal of Psychiatry, 4, 418-421.
- Muehlenhard, Ch. y Hollabaugh, L. (1988). Do women sometimes say no when they mean yes?. The prevalence and correlates of women's token resistance to sex. Journal of personality and social psychology, 5, 872-879.
- Nadelson, C., Notman, M., Zackson, H. y Gornick, J. (1982). A follow-up study of rape victims. The American Journal of Psychiatry, 10, 1266-1270.

- Peters, D. K. y Range, L. M. (1994, January, 20). Childhood sexual abuse and current suicidality in collage women and men. Child Abuse & Neglect, 335-341.
- Quintana, M. y Cajina, R. (1993, Marzo). Taller: la agresión sexual contra menores. Nicaragua. Manuscrito inédito.
- Rose, D. (1986). Worse than Death: Psychodynamics of rape Victims and Need for Psychotherapy. The American Journal of Psychiatry, 7, 817-824.
- Rosenzweig, J. (1994, Abril). Usted puede ayudar a un niño AGREDIDO SEXUALMENTE. Manuscrito inédito.
- Santiago, J., Mc Call, F., Gorcey, M., y Beigel, A. (1985). Long-term psychological effects of rape in 35 rape victims. The American Journal of Psychiatry, 11, 1338-1340.
- Sarason, I. (1990). Psicología anormal. México: Trillas.
- Silverman, D. (1978) Sharing the crisis of rape: counselling the mates and families of victims. American Journal of Orthopsychiatry, 1, 166-173.
- Stith, S. y Rosen, K. (1992). En: Stith, S.; Williams, M., y Rosen, K. Psicología de la violencia en el hogar. Estudio, consecuencias y tratamiento. Descleé de Brouwer. España. 27-47.
- Sutherland, S. y Scherl, D. (1970) Patterns of response among victims of rape. American Journal of Orthopsychiatry, 3, 503-511.
- Teran, M. M. (1990). La problemática del abuso sexual al menor en Baja California y la intervención de nuestro sistema legal y asistencial. Un enfoque

- victimológico. Tesis de licenciatura. Universidad Autónoma de Baja California, México.
- Valladares, P. (1993). Estudio Epidemiológico de la violencia sexual. Tesis de Maestría, UNAM, ENEP Iztalaca, México.
- Valladares, P.; Hernández, G. y Contreras, N. (s/a). Programa interdisciplinario para la atención de la violencia sexual y los estudios de género. México. Manuscrito inédito.
- Vericat, I. (s/a). De que hablamos cuando hablamos de violación. Trabajo presentado en el Segundo coloquio sobre la sexualidad en México. México.
- Yllan, B. (1991). Una alternativa institucional hacia el problema de la violencia intrafamiliar. Trabajo presentado en el Congreso Mundial de Salud Mental. Area de estrés victimológico. México.
- Zlotnick, C., Ryan, Ch., Miller, I. y Keitner, G. (1995, April, 5). Childhood abuse and recovery from major depression. Child Abuse & Neglect, 1513-1516.

ANEXOS

ANEXO 1

CENTRO DE ATENCION AL MALTRATO INTRAFAMILIAR Y SEXUAL CAMIS. ENEP IZTACALA

Entrevista Inicial (Valladares, 1988)

Fecha _____ Terapeuta _____

1. DATOS DEMOGRAFICOS

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono part. _____ Teléfono p/loc _____

Edad _____ Sexo _____

Fecha de nacimiento _____ Lugar de nacimiento _____

Escolaridad: analfabeta - primaria iniciada - primaria - secundaria iniciada -
secundaria - técnica - preparatoria iniciada - preparatoria - superior iniciada -
superior - otra _____

Estado Civil: soltera - casada - unión libre

Ocupación: desempleado - estudiante - hogar - obrera - empleada - comerciante

Dejo de estudiar por motivos: económicos - familiares - trabajo

Horario escolar o laboral: matutino - vespertino - nocturno - mixto - variable

Con quién vive: padres - hermanos - cónyuge - hijos - familia extensa - amigos -
solo

Personas con las que vive:

Nombre	Parentesco	Edad	Ocupación
--------	------------	------	-----------

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

2. DATOS FISICOS DEL USUARIO

Estatura _____ Peso _____

Compleción: robusta - medio robusta - media delgada - muy delgada

Uso de anteojos: si - no

Señas particulares: cabello _____

tez _____

ojos _____

nariz _____

boca _____

lunares _____

Incapacidad física: especificar

Retardo en el desarrollo

3. DATOS ECONOMICOS

Ingreso familiar en salarios mínimos

Ocupación del padre: desempleado - estudiante - hogar - obrero - empleado -
comerciante - otro

Ocupación de la madre: desempleado - estudiante - hogar - obrera - empleada -
comerciante - otro

Cómo se enteró del servicio : propaganda externa - procuraduría - CUSI -
estudiantes-
otro _____

Quién la trajo: familiar - amigo - vecino - sola - otro _____

Algún familiar al que pueda solicitar apoyo: padre - madre - hermanos - cónyuge -
otro

4. DATOS DEL ATAQUE

Fecha: Día _____ Mes _____
 Hora _____

Lugar: escuela - lote baldío - casa de la víctima - casa del violador - coche - calle -
baño - otro

Municipio o Delegación:

Tiempo transcurrido desde el ataque

Durante cuanto tiempo ocurrió el ataque: horas - días - semanas - meses - años -
otro

Tipo del ataque: abuso sexual a menores - incesto - estupro - tentativa de
violación - violación - lesiones - hostigamiento sexual - maltrato doméstico - actos

libidinosos - otros

Tipo de relación sexual: genital - oral genital - anal - oral - uso de objetos - masturbación - caricias sin penetración - otra

Uso de violencia física: no - leve - moderada - grave

Uso de violencia moral: no - leve - moderada - grave

Uso de amenazas: no - leve - moderada - grave

Uso de armas: no - sí - punzocortante - fuego - objetos - herramientas - lazo - otra

Uso de intimidación: no - leve - moderada - grave

Uso del engaño: no - sí - leve - moderada - leve

Uso de seducción: no - sí

Violencia verbal: no - sí

Uso de alcohol/drogas: no - sí - leve - moderada - grave

Uso de pornografía: no - sí Cual:

5. DATOS DEL ATACANTE

Conocía al atacante: no - sí

Tipo de relación: amigo - novio - vecino - familiar - autoridad - otro

Especifique:

Tiempo de conocerse

Resultó dañado el atacante: no - sí

Ropa del atacante

6. DATOS DE LA VICTIMA DURANTE EL ATAQUE

Cómo vestía el día del ataque

Qué hizo usted ante el ataque: corrió - se paralizó - obedeció - pelea al inicio -
pelea continua- mente - otra

Qué dijo usted ante el ataque

Qué sintió y que pensó durante el ataque

7. DATOS POSTERIORES AL ATAQUE

Qué hizo después del ataque: se fue a casa - fue a la policía - fue con amigos - se
baño - se durmió - se lo contó a alguien - otra

Qué le dijeron o que hicieron al saberlo: apoyar - comprender - regañar - llorar -
denunciar - ir al Doctor - preguntar más - culparla - otra

Quién más sabe del ataque

8. ASPECTO LEGAL

Hizo la denuncia legal: si - no

Cuándo: de inmediato - durante la terapia - lo hará después

Porqué: miedo - desconfianza - presión familiar - desinterés - falta de información - temor al escándalo. Explicar

No. de averiguación: _____

Municipio o Delegación _____ Hay detenido: si - no

Cómo se sintió al levantar la denuncia

Hay alguna otra cosa importante acerca del ataque que quiera mencionar

9. EXPECTATIVAS ACERCA DE LA VIOLACION

Qué pensaba antes del ataque con respecto a la violación:

Causa

Tipo de atacantes

Tipo de víctimas

Otra

Había considerado antes la posibilidad de ser violada: si - no

Porqué

Cómo la hace sentir el hecho de haber sido violada: triste - insegura - deprimida - devaluada - frustrada - miedosa - ansiosa - culpable - rechazada - sucia - otra

Explique

Ha hecho algún intento para solucionar el problema

Qué resultados obtuvo

Qué espera de la relación terapéutica

Cuáles son sus metas a corto y a largo plazo

Desea agregar algo importante

*** Esta entrevista semiestructurada esta elaborada para ser aplicada con personal entrenado en la atención a personas que sufrieron una violación.**

ANEXO 2

CUESTIONARIO DE VARIABLES SITUACIONALES

Nombre: _____ Fecha: _____

Este es un cuestionario con una serie de preguntas sobre las situaciones que se pueden dar en una violación.

Marque con una **X** las respuestas que son adecuadas para usted. Por favor, conteste todas las preguntas sin detenerse y con espontaneidad.

- | | | | |
|----------------------------------------------|--------------------------------|-----------|-----------|
| 1. La violación ocurrió hace | () menos de un año | | |
| | () entre uno y tres años | | |
| | () entre tres y seis años | | |
| | () más de seis años | | |
| 2. Cuando usted fue violado(a) tenía | () menos de 12 años de edad | | |
| | () entre 12 y 17 años de edad | | |
| | () más de 17 años de edad | | |
| | | SI | NO |
| 3. Usted recibió apoyo de la familia..... | () | () | |
| 4. Usted recibió apoyo de otros..... | () | () | |
| 5. Usted denunció la violación..... | () | () | |
| 6. El violador fue encarcelado..... | () | () | |
| 7. El violador era un conocido..... | () | () | |
| 8. El violador era un pariente..... | () | () | |
| 9. Fue amenazado(a) con un arma..... | () | () | |
| 10. Usted fue amenazado(a) verbalmente | () | () | |

- | | SI | NO |
|---------------------------------------------------------|-----------|-----------|
| 11. Usted fue golpeado(a)..... | () | () |
| 12. Usted había sido violado(a) anteriormente..... | () | () |
| 13. La violación fue su primera experiencia sexual..... | () | () |
| 14. Fue atacado(a) por más de una persona..... | () | () |

ANEXO 3

INVENTARIO DE AUTOEVALUACION

POR

Spielberger, Martínez-Urrutia, González-Reigosa, Natalicio y Díaz-Guerrero

Nombre: _____ Fecha: _____

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

	EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado	1	2	3	4
2. Me siento seguro	1	2	3	4
3. Estoy tenso	1	2	3	4
4. Estoy contraído	1	2	3	4
5. Estoy a gusto	1	2	3	4
6. Me siento alterado	1	2	3	4
7. Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo	1	2	3	4
8. Me siento descansado	1	2	3	4
9. Me siento ansioso	1	2	3	4
10. Me siento cómodo	1	2	3	4
11. Me siento con confianza en mí mismo	1	2	3	4
12. Me siento nervioso	1	2	3	4
13. Me siento angustiado	1	2	3	4
14. Me siento "a punto de explotar"	1	2	3	4
15. Me siento reposado	1	2	3	4
16. Me siento satisfecho	1	2	3	4
17. Estoy preocupado	1	2	3	4
18. Me siento muy excitado y aturdido	1	2	3	4
19. Me siento alegre	1	2	3	4
20. Me siento bien	1	2	3	4

INVENTARIO DE AUTOEVALUACION

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

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

ANEXO 4

CUESTIONARIO GENERAL DE SALUD

(Goldberg, D.P.)

Nombre: _____ Fecha: _____

Este es un cuestionario que pretende evaluar su **estado general de salud**. Para ello han formulado una serie de preguntas o afirmaciones que tienen que ver con los padecimientos más comunes.

Es importante que lo conteste de manera individual.

Por favor, lea con cuidado y conteste todas las preguntas. Ponga una "x" en la respuesta, de acuerdo con lo que considere más adecuado para usted. Las preguntas se refieren exclusivamente a las dos últimas semanas.

Por favor si usted padeció estas molestias antes de este tiempo no las tome en cuenta.

1. ¿Se ha sentido bien y con buena salud?	Mejor que antes	Igual que antes	Peor que antes	Mucho peor que antes
2. ¿Ha sentido la necesidad de tomar vitaminas?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?	No	Como antes	Más que antes	Mucho más que antes
4. ¿Ha tenido la sensación de estar enfermo?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
5. ¿Ha tenido dolores de cabeza?	No	Como siempre	Más que siempre	Mucho más que siempre
6. ¿Ha tenido pesadez en la cabeza o la sensación de que la cabeza le va a estallar?	No	Igual que antes	Más que antes	Mucho más que siempre

7. ¿Siente que puede concentrarse en todo lo que hace?	Mejor que antes	Igual que antes	Menos que antes	Mucho más que antes
8. ¿Ha tenido la sensación de desmayarse en algún lugar público?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
9. ¿Ha tenido escalofríos o bochornos?	No	Igual que antes	Más que antes	Mucho más que antes
10. ¿Ha estado sudando mucho?	No	Como siempre	Más que siempre	Mucho más que siempre
11. ¿Se despierta demasiado temprano y ya no puede volver a dormir?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
12. ¿Al despertar se siente cansado?	No	Como siempre	Más que siempre	Mucho más que siempre
13. ¿Se ha sentido demasiado cansado y agotado aún para comer?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
14. ¿Ha dormido menos por tener preocupaciones?	No	Igual que antes	Menos que antes	Mucho menos que antes
15. ¿Se ha sentido alerta y bien despierto?	No	Igual que antes	Menos que antes	Mucho menos que antes
16. ¿Se ha sentido lleno de vida y energía?	Más que antes	Igual que antes	Menos que antes	Mucho menos que antes
17. ¿Ha tenido dificultad para dormirse o conciliar el sueño?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes

18.¿Ha tenido dificultad para dormirse de un jalón toda la noche?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
19.¿Ha tenido pesadillas o sueños desagradables?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
20.¿Ha pasado noches inquietas o intranquias?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
21.¿Se las ha ingeniado para mantenerse ocupado?	Más que antes	Igual que antes	Menos que antes	Mucho menos que antes
22.¿Se tarda más tiempo en hacer las cosas?	Mejor que antes	Igual que antes	Menos que antes	Mucho menos que antes
23.¿Ha perdido interés en sus actividades diarias?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
24.¿Ha perdido interés en su arreglo personal?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
25.¿Se ha preocupado menos en su forma de vestir?	Más que antes	Igual que antes	Menos que antes	Mucho menos que antes
26.¿Ha salido de casa tanto como acostumbra?	Más que antes	Igual que antes	Menos que antes	Mucho menos que antes
27.¿Se desenvuelve tan bien como lo haría la mayoría de la gente en su caso?	Mejor que la mayoría	Igual que la mayoría	Peor que la mayoría	Mucho peor que la mayoría
28.¿Ha sentido que por lo general, hace las cosas bien?	Mejor que antes	Igual que antes	Peor que antes	Mucho peor que antes

29. ¿Ha estado llegando tarde a trabajar o esta empezando tarde sus quehaceres de la casa?	No, para nada	No más tarde que siempre	Más tarde que siempre	Mucho más tarde que siempre
30. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?	Más antes	Igual antes	Menos que antes	Mucho menos que antes
31. ¿Siente afecto y cariño por los que le rodean?	Más antes	Como antes	Menos que antes	Mucho menos que antes
32. ¿Se lleva bien con los demás?	Mejor antes	Como antes	Peor que antes	Mucho peor que antes
33. ¿Ha pasado mucho tiempo platicando con los demás?	Más antes	Igual antes	Menos que antes	Mucho menos que antes
34. ¿Ha tenido miedo de decir ciertas cosas a la gente porque tiene la impresión que va a hacer el ridículo?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
35. ¿Ha sentido que esta jugando un papel útil en la vida?	Más antes	Igual antes	Menos útil que antes	Mucho menos útil que antes
36. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	Más antes	Igual antes	Menos que antes	Mucho menos que antes
37. ¿Encuentra difícil iniciar alguna actividad?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
38. ¿Siente miedo ante todo lo que tiene que hacer?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
39. ¿Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes

40. ¿Se siente incapaz de resolver sus problemas?	No, para nada	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
41. ¿Siente que la vida es una lucha constante?	No	No más que siempre	Más que siempre	Mucho más que siempre
42. ¿Disfruta sus actividades diarias?	Más que antes	Igual que antes	Menos que antes	Mucho menos que antes
43. ¿Le parece todo más difícil?	No	No más difícil que antes	Más difícil que antes	Mucho más difícil que antes
44. ¿Se ha sentido irritado y de mal humor?	No, para nada	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
45. ¿Se ha sentido asustado y con mucho miedo sin que haya una buena razón?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
46. ¿Se ha sentido capaz de enfrentar sus problemas adecuadamente?	Más capaz que antes	Igual que antes	Menos capaz que antes	Mucho menos capaz que antes
47. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?	No, para nada	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
48. ¿Ha tenido la sensación de que la gente se le queda viendo?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
49. ¿Se ha sentido triste y deprimido?	No, para nada	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
50. ¿Ha perdido confianza y fe en sí mismo?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
51. ¿Ha pensado que usted vale nada?	No, para nada	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes

52.¿Siente que no se puede esperar nada de la vida?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
53.¿Ve su futuro con esperanza?	Más que antes	Igual que antes	Menos que antes	Mucho más que antes
54.Se siente razonablemente feliz, considerando todas las circunstancias?	Más feliz que antes	Igual que antes	Menos feliz que antes	Mucho menos feliz que antes
55.¿Se ha sentido nervioso y a punto de estallar constantemente?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
56.¿Ha sentido que no vale la pena vivir?	No, para nada	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
57.Ha pensado la posibilidad de quitarse la vida?	No, para nada	No creo	Alguna vez	Sí
58.¿Ha notado que a veces no puede hacer nada a causa de sus nervios?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
59.¿Ha deseado estar muerto y lejos de todo?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
60.¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repetidamente a la cabeza?	No, para nada	No creo	Alguna vez	Sí

ANEXO 5

ESCALA TENNESSEE DE AUTOCONCEPTO

(Fitts, W.H.)

INSTRUCCIONES

En este folleto usted encontrara una serie de afirmaciones en las cuales la persona se describe a si mismo, tal como se ve. Lea cada afirmación cuidadosamente y luego escoja una de las 5 opciones, la que más indique como usted se ve a usted mismo.

En la hoja de respuesta, encierre en un círculo el número de la respuesta que usted escogió. No es necesario que escriba su nombre, puede dejarlo anónimo si así lo desea.

Es importante para la validez de este estudio su franqueza y sinceridad al contestar las afirmaciones.

Las respuestas indican:

Completamente

Casi totalmente

Parte Falso y

Falso

Falso

Parte Verdadero

1

2

3

Casi Totalmente

Totalmente

Verdadero

Verdadero

4

5

Esta escala se ha reproducido al pie de cada página a fin de ayudarle a recordar.

Página 1

Pregunta no.

Gozo de buen salud .	1
Soy una persona atractiva	3
Me considero muy arreglada	5
Soy una persona decente	19
Soy una persona honrada	21
Soy una persona mala	23
Soy una persona alegre	37
Soy una persona calmada y tranquila	39
Soy un "don nadie"	41
Mi familia siempre me ayudaría en cualquier problema	55
Pertenezco a una familia feliz	57
Mis amigos no confían en mí	59
Soy una persona amigable	73
Soy popular con personas del sexo masculino	75
Lo que hacen otras gentes no me interesa	77
Algunas veces digo falsedades	91
En ocasiones me enojo	93

Completamente
Falso
1

Casi totalmente
Falso
2

Parte Falso y
Parte Verdadero
3

Casi Totalmente
Verdadero
4

Totalmente
Verdadero
5

Página 2

Pregunta no.

Me agrada estar siempre arreglado (a) y pulcro (a)	2
Estoy lleno (a) de achaques	4
Soy una persona enferma	6
Soy una persona muy religiosa	20
Soy un fracaso en mi conducta moral	22
Soy una persona moralmente débil	24
Tengo mucho dominio sobre mi mismo (a)	38
Soy una persona detestable	40
Me estoy volviendo loco (a)	42
Soy importante para mis amigos y para mi familia	56
Mi familia no me quiere	58
Siento que mis familiares me tienen desconfianza	60
Soy popular con personas del sexo femenino	74
Estoy disgustado (a) con todo el mundo	76
Es difícil entablar amistad conmigo	78
De vez en cuando pienso en cosas tan malas que no pueden mencionarse	92
Algunas veces, cuando no me siento bien, estoy de mal humor	94

Completamente

Falso

1

Casi totalmente

Falso

2

Parte Falso y

Parte Verdadero

3

Casi Totalmente

Verdadero

4

Totalmente

Verdadero

5

Página 3

Pregunta no.

No soy ni muy gordo (a) ni muy flaco (a)	7
Me agrada mi apariencia física	9
Hay partes de mi cuerpo que no me agradan	11
Estoy satisfecho con mi conducta moral	25
Estoy satisfecho (a) de mis relaciones con Dios	27
Debería asistir más a menudo a la Iglesia	29
Estoy satisfecho (a) de lo que soy	43
Mi comportamiento hacia otras personas es precisamente como debería de ser	45
Me desprecio a mi mismo (a)	47
Estoy satisfecho (a) con mis relaciones familiares	61
Muestro tanta comprensión a mis familiares como debería	63
Debería depositar mayor confianza en mi familia	65
Soy tan sociable como quiero ser	79
Trato de agradar a los demás pero no me excedo	81
Soy un fracaso en mis relaciones sociales	83
Algunas de las personas que conozco me caen mal	95
De vez en cuando me dan risa los chistes colorados	97

Completamente

Falso

1

Casi totalmente

Falso

2

Parte Falso y

Parte Verdadero

3

Casi Totalmente

Verdadero

4

Totalmente

Verdadero

5

Pregunta no.

No soy ni muy alto (a) ni muy bajo (a)	8
No me siento tan bien como debiera	10
Debería ser más atractivo (a) para con personas del sexo opuesto	12
Estoy satisfecho con mi vida religiosa	26
Quisiera ser más digno (a) de confianza	28
Debería mentir menos	30
Estoy satisfecho (a) con mi inteligencia	44
Me gustaría ser una persona distinta	46
Quisiera no darme por vencido (a) tan fácilmente	48
Trato a mis padres tan bien como debiera (Use tiempo pasado si los padres no viven)	62
Me afecta mucho lo que dice mi familia	64
Debería amar más a mis familiares	66
Estoy satisfecho (a) con mi manera de tratar a la gente	80
Debería ser más cortés con los demás	82
Debería llevarme mejor con otras personas	84
Algunas veces me gusta el chisme	96
Algunas veces me dan ganas de decir malas palabras	98

Completamente
Falso

1

Casi totalmente
Falso

2

Parte Falso y
Parte Verdadero

3

Casi Totalmente
Verdadero

4

Totalmente
Verdadero

5

Página 5

Pregunta no.

Me cuido bien fisicamente	13
Trato de ser cuidadoso (a) con mi apariencia	15
Con frecuencia soy muy torpe	17
Mi religión es parte de mi vida diaria	31
Trato de cambiar cuando se que estoy haciendo algo que no debo	33
En algunas ocasiones hago cosas muy malas	35
Puedo cuidarme siempre en cualquier situación	49
Acepto mis faltas sin enojarme	51
Hago cosas sin haberlas pensado bien	53
Trato de ser justo (a) con mis amigos y familiares	67
Me intereso sinceramente por mi familia	69
Siempre cedo a las exigencias de mi padre	71
Trato de comprender el punto de vista de los demás	85
Me llevo bien con los demás	87
Me es difícil perdonar	89
Prefiero ganar en los juegos	99

Completamente
Falso

1

Casi totalmente
Falso

2

Parte Falso y
Parte Verdadero

3

Casi Totalmente
Verdadero

4

Totalmente
Verdadero

5

Pregunta no.

Me siento bien la mayor parte del tiempo	14
Soy malo (a) para el deporte y para los juegos	16
Duermo mal	18
La mayoría de las veces hago lo que es debido	32
A veces me valgo de medios injustos para salir adelante	34
Resuelvo mis problemas con facilidad	50
Con frecuencia cambio de opinión	52
Trato de no enfrentar mis problemas	54
Hago el trabajo que me corresponde en casa	68
Riño con mis familiares	70
No me comporto en la forma que desea mi familia	72
Encuentro buenas cualidades en toda la gente que conozco	86
Me siento incomodo (a) cuando estoy con otras personas	88
Me cuesta trabajo entablar conversación con extraños	90
En ocasiones dejo para mañana lo que debería hacer hoy	100

Completamente
Falso

1

Casi totalmente
Falso

2

Parte Falso y
Parte Verdadero

3

Casi Totalmente
Verdadero

4

Totalmente
Verdadero

5

HOJA DE RESPUESTAS

Escala de Autoconcepto Tennessee
Nombre: _____
Fecha: _____

Pregunta	Página 1	Pregunta	Página 2	Pregunta	Página 3
1	1 2 3 4 5	2	1 2 3 4 5	7	1 2 3 4 5
3	1 2 3 4 5	4	1 2 3 4 5	9	1 2 3 4 5
5	1 2 3 4 5	6	1 2 3 4 5	11	1 2 3 4 5
19	1 2 3 4 5	20	1 2 3 4 5	25	1 2 3 4 5
21	1 2 3 4 5	22	1 2 3 4 5	27	1 2 3 4 5
23	1 2 3 4 5	24	1 2 3 4 5	29	1 2 3 4 5
37	1 2 3 4 5	38	1 2 3 4 5	43	1 2 3 4 5
39	1 2 3 4 5	40	1 2 3 4 5	45	1 2 3 4 5
41	1 2 3 4 5	42	1 2 3 4 5	47	1 2 3 4 5
55	1 2 3 4 5	56	1 2 3 4 5	61	1 2 3 4 5
57	1 2 3 4 5	58	1 2 3 4 5	63	1 2 3 4 5
59	1 2 3 4 5	60	1 2 3 4 5	65	1 2 3 4 5
73	1 2 3 4 5	74	1 2 3 4 5	79	1 2 3 4 5
75	1 2 3 4 5	76	1 2 3 4 5	81	1 2 3 4 5
77	1 2 3 4 5	78	1 2 3 4 5	83	1 2 3 4 5
91	1 2 3 4 5	92	1 2 3 4 5	95	1 2 3 4 5
93	1 2 3 4 5	94	1 2 3 4 5	97	1 2 3 4 5

Pregunta	Página 4	Pregunta	Página 5	Pregunta	Página 6
8	1 2 3 4 5	13	1 2 3 4 5	14	1 2 3 4 5
10	1 2 3 4 5	15	1 2 3 4 5	16	1 2 3 4 5
12	1 2 3 4 5	17	1 2 3 4 5	18	1 2 3 4 5
26	1 2 3 4 5	31	1 2 3 4 5	32	1 2 3 4 5
28	1 2 3 4 5	33	1 2 3 4 5	34	1 2 3 4 5
30	1 2 3 4 5	35	1 2 3 4 5	36	1 2 3 4 5
44	1 2 3 4 5	49	1 2 3 4 5	50	1 2 3 4 5
46	1 2 3 4 5	51	1 2 3 4 5	52	1 2 3 4 5
48	1 2 3 4 5	53	1 2 3 4 5	54	1 2 3 4 5
62	1 2 3 4 5	67	1 2 3 4 5	68	1 2 3 4 5
64	1 2 3 4 5	69	1 2 3 4 5	70	1 2 3 4 5
66	1 2 3 4 5	71	1 2 3 4 5	72	1 2 3 4 5
80	1 2 3 4 5	85	1 2 3 4 5	86	1 2 3 4 5
82	1 2 3 4 5	87	1 2 3 4 5	88	1 2 3 4 5
84	1 2 3 4 5	89	1 2 3 4 5	90	1 2 3 4 5
96	1 2 3 4 5	99	1 2 3 4 5	100	1 2 3 4 5
98	1 2 3 4 5				

ANEXO 6

INVENTARIO DE DEPRESION

(Beck, A.T.)

INSTRUCCIONES: Este es un cuestionario en el que se incluyen aseveraciones por grupos. Por favor, lea cada grupo y escoja la que mejor describa la forma en que usted se siente en éste momento. Dibuje un círculo alrededor del número que corresponda a la descripción que haya escogido. Si varias de estas descripciones se ajustan a lo que usted siente, ponga un círculo en cada una de ellas.

ASEGURESE DE LEER TODAS LAS DESCRIPCIONES EN CADA GRUPO ANTES DE ESCOGER.

- A. 3 No aguanto lo triste o infeliz que estoy
 2 Estoy triste todo el tiempo y no puedo evitarlo
 1 Estoy triste
 0 No estoy triste
- B. 3 No tengo ninguna esperanza para el futuro y siento que las cosas no
 mejorarán
 2 No tengo ninguna ilusión para el futuro
 1 Siento desánimo por mi futuro
 0 No siento pesimismo ni desánimo por mi futuro

- C. 3 Siento que he fracasado totalmente como persona
2 Al revisar mi vida solo veo fracasos
1 Siento que he fracasado mas que la mayoría de los personas
0 No siento que he fracasado como persona
- D. 3 Estoy insatisfecho (a) con todo
2 Ya nada me produce satisfacción
1 No disfruto las cosa como antes
0 No estoy particularmente insatisfecho
- E. 3 Siento como si fuera una persona mala y que no vale para nada
2 Me siento muy culpable
1 Me siento malo (a) y poco valioso (a)
0 No me siento particularmente culpable
- F. 3 Me odio a mí mismo (a)
2 Estoy disgustado conmigo mismo (a)
1 Estoy decepcionado (a) de mí mismo (a)
0 No estoy decepcionado (a) de mí mismo (a)
- G. 3 Me suicidaré en cuanto tenga la oportunidad
2 Tengo planes definidos para suicidarme
1 Preferiría estar muerta
0 Nunca pienso en hacerme daño
- H. 3 He perdido todo interés en los demás y no me importa nada
2 He perdido casi todo interés por lo demás y me importan muy poco
1 Me intereso menos en los demás que antes
0 No he perdido interés en los demás

- I. 3 Ya no puedo tomar ninguna decisión
2 Me cuesta mucho trabajo tomar decisiones
1 Trato de posponer mis decisiones
0 Tomo decisiones tan bien como antes
- J. 3 Siento que soy feo (a) y repulsivo (a)
2 Siento que he sufrido cambios permanentes en mi apariencia que me hacen poco atractivo (a)
1 Me preocupa verme viejo (a) y poco atractivo (a)
0 No siento que mi apariencia sea peor que antes
- K. 3 No puedo trabajar en nada
2 Tengo que esforzarme mucho para hacer las cosas
1 Me cuesta esfuerzo comenzar a hacer algo
0 Puedo trabajar tan bien como antes
- L. 3 Estoy demasiado cansado (a) para hacer las cosas
2 Me canso cuando hago algo
1 Ahora me canso mas fácilmente que antes
0 No me canso mas fácilmente que de costumbre
- M. 3 No tengo nada de apetito
2 He perdido mucho apetito
1 No tengo tan buen apetito como antes
0 Tengo el apetito de antes