



Universidad Nacional Autónoma De México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

“Intervención en Crisis en un caso de Violación”

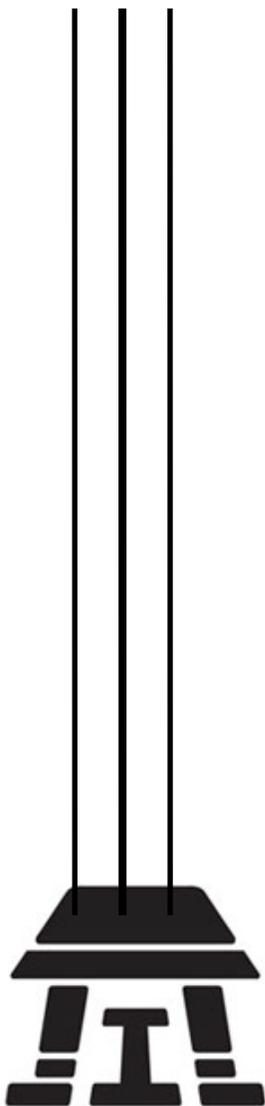
T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

Brenda Sharenni García Jaramillo



Directora: Lic. María del Rosario Guzmán Rodríguez
Dictaminadores: Lic. María Salomé Ángeles Escamilla
Lic. Christopher Tamayo Herrera

Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

*A mis asesores:
Por brindarme su tiempo, conocimiento y apoyo
para la realización de este trabajo.*

*A la UNAM, específicamente a la FES Iztacala:
Por enseñarme tanto de la vida,
por hacerme parte de una comunidad comprometida
con el conocimiento.*

*A mi familia:
Padres, gracias por ayudarme a conocer mis limitaciones,
y aprender de ello para volverlas fortalezas,
a mis hermanos por ser motivo de impulso en cada uno de mis pasos.*

*AI PIAV.
Por haberme enseñado que no lo sé todo y eso no está mal,
sino que es motivo para seguir aprendiendo.
Por enseñarme que no importa lo que suceda,
las cosas siempre pueden mejorar.*

*A ti.
Por enseñarme que siempre hay tiempo,
que cualquier momento es el indicado para iniciar o concluir con algo,
que solo es cuestión de convicción para realizar lo que te propongas.
Gracias por confiar.*

| | |
|---|----|
| Resumen..... | 4 |
| Introducción..... | 5 |
| Capítulo 1. Violencia Sexual..... | 8 |
| 1.1 Tipos de violencia sexual..... | 11 |
| 1.2 Definición de Violación..... | 13 |
| 1.3 Perfil de la víctima..... | 14 |
| 1.4 Consecuencias en la víctima de un acto de violación..... | 17 |
| Capítulo 2. Tratamientos psicológicos en casos de Violación..... | 21 |
| 2.1 Técnicas desde el enfoque Cognitivo Conductual..... | 24 |
| 2.2 Centros de atención a víctimas de violación y abuso sexual..... | 27 |
| Capítulo 3. ¿Qué es la intervención Crisis? | 29 |
| 3.1 Definición y tipos de crisis..... | 29 |
| 3.2 Primeros Auxilios Psicológicos (PAP)..... | 33 |
| 3.3 Situaciones donde se utilizan los PAP | 35 |
| Capítulo 4. Intervención en Crisis en Caso de Violación..... | 37 |
| 4.1 Presentación de caso..... | 37 |
| 4.2 Evaluación..... | 37 |
| 4.3 Tratamiento..... | 48 |
| 4.4 Seguimiento..... | 58 |
| Capítulo 5. Conclusiones..... | 60 |
| Referencias..... | 64 |
| Anexos. | |

RESUMEN.

En la actualidad una persona puede sufrir violencia en distintas formas, éstas pueden ser físicas, psicológicas, simbólicas, económicas, patrimoniales y sexuales, considerando incluso ésta última un problema de alto riesgo para la salud por distintas instituciones como la ONU, OMS, entre otras. Éste tipo de violencia obstaculiza el libre ejercicio sexual de cualquier persona sin importar sexo, edad, religión, posición económica, incluso su condición física, siendo distintos factores familiares y personales los más comunes que propician que una persona sea más propensa a convertirse en víctima de un acto de violencia sexual. Hay consecuencias que se presentan a corto, mediano y largo, obstaculizando el pleno desarrollo de cualquier persona que haya sido víctima de éste abuso. El presente trabajo tuvo un doble propósito, por un lado realizar una revisión teórica para después diseñar y presentar una propuesta de intervención en crisis en un caso concreto de violación. Los resultados encontrados muestran que las consecuencias de un evento de violencia sexual son distintas y dependen tanto del nivel de la agresión como de los recursos internos y externos con los que cuente la persona. Así pues, después de intervenir en la crisis y seguir con el tratamiento psicológico, la usuaria logró integrar la vivencia traumática a su vida de forma funcional, aumentó la seguridad en sí misma y se sobrepuso al evento.

INTRODUCCIÓN.

Hoy en día las formas en las que se expresa la violencia son cada vez más impetuosas, las personas están expuestas a muchas situaciones que ponen en riesgo su integridad, física, psíquica y moral, pero sin duda, la violencia sexual es una de las expresiones que dañan la vida de las personas.

Cualquier persona puede ser víctima de un acto de violencia sexual, incluyendo: niños, adolescentes, adultos y personas mayores. Aquellos que abusan sexualmente pueden ser personas conocidas, miembros de la familia, personas de confianza o desconocidos.

La violación es una modalidad de la violencia sexual que abarca otras conductas consideradas como delitos tales como el estupro, hostigamiento, abuso sexual, incesto, trata por explotación sexual, prostitución obligada y exposición indeseada a la pornografía por mencionar algunas de las formas que atentan contra la voluntad de la víctima. No obstante, en el campo victimológico la violación constituye “un delito violento, antes que un delito sexual, en tanto se activa por un radical impulso hostil y destructivo más que por una originaria pulsión sexual (PGJEM, s/f).

La violencia sexual no es exclusiva de género, sexo, edad o condición socioeconómica. No obstante en nuestro país la violencia de pareja y la dirigida hacia las mujeres, es un factor preponderante que determina la violencia sexual entendiendo como tal a las situaciones de violencia emocional, económica, física y sexual vividas por las mujeres a lo largo de su relación de pareja. En México, el Sistema Nacional de Atención a Víctimas establece que la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos reconoce a las víctimas u ofendidos de delitos y violaciones a derechos humanos, entre otros, los derechos a recibir protección, así como otras medidas de atención para garantizar su integridad física y psicológica, y a la reparación integral del daño.

La violencia contra las mujeres se refiere al daño o sufrimiento físico, psicológico, sexual, patrimonial o económico ocasionado a cualquier mujer, ya sea en el trabajo, en la escuela, el hogar o en cualquier otro lugar. Por ello la Fiscalía Especial para Delitos de Violencia Contra las Mujeres y Trata de Personas (FEVIMTRA), reconoce el maltrato a la mujer mediante tres tipos de violencia principalmente: física, psicológica y sexual.

Al respecto la Secretaría de Seguridad Pública (SSP, 2009) señala que esta forma de violencia ocurre en diferentes ámbitos, incluso, en aquellos en los que las mujeres esperan estar protegidas, como la familia, la escuela, el lugar de trabajo, la iglesia, la guardería. Los agresores en su mayoría son los padres, abuelos, tíos, primos, maestros, novios, amigos, compañeros de trabajo, de escuela o conocidos, ministros religiosos en los que confían, y personas a las que quieren o aprecian, de quienes nunca esperarían una agresión de esta naturaleza.

Para las víctimas, relatar la vivencia de lo ocurrido a un extraño es traumatizante, pues implica la angustia de recordar los hechos humillantes que la colocaron en la sumisión, en la trágica desventaja de la vulnerabilidad e indefensión; cuando su cuerpo no le pertenecía y que estuvo en manos de otra u otras personas; donde no existían la voluntad y la decisión.

Por su parte la Procuraduría General del Estado de México (PGJEM) reconoce la violencia sexual como una forma de dominio y poder sobre otra persona, a quien el agresor percibe como inferior u objeto sexual, es una forma de violencia que se ejerce principalmente contra las mujeres, las niñas y los niños. Por ello, la violencia sexual vulnera la libertad y el derecho a decidir de las personas sobre el ejercicio de su sexualidad, provocando daños graves a la salud física y mental de quienes son objeto de tales actos.

Son múltiples las razones por las cuales ocurren los actos de violencia sexual, creencias religiosas, diversas costumbres en las sociedades, ideologías antiguas que aún predominan en algunas comunidades son con frecuencia variables que propician su ocurrencia. Pese a ello, existen organizaciones civiles y gubernamentales que buscan prevenir y asistir a las personas que resultan afectadas. Dichas instituciones, en la mayoría de los casos, se componen de equipos de trabajo multidisciplinario, lo cual resulta beneficioso y efectivo al momento de prestar la atención que se requiere.

La psicología como estudio encargado del entendimiento y bienestar psíquico de los individuos, resulta ser una disciplina necesaria para asistir a las personas que son víctimas de estos casos. Mediante el uso de sus múltiples técnicas, herramientas e instrumentos desde sus diferentes enfoques, da pie al diseño de tratamientos de intervención especializados que cubren con las demandas de la urgencia de manera

profesional, dando un trato digno a las personas y siempre priorizando su bienestar psíquico.

Al respecto, Manzano-Arrondo (2010) comenta que la psicología es algo más que una consulta a la que van las personas que tienen “problemas psicológicos”. Tradicionalmente este campo del saber teórico y práctico se ha encargado del comportamiento humano en torno a emociones, pensamientos, acciones, aprendizajes, que se establecen en la vida cotidiana de individuos y grupos.

Actualmente existen asociaciones y programas que se especializan en la asistencia psicológica en casos de violencia sexual, sin embargo, en la mayoría de los casos los organismos responsables de asistir a las personas que han sido víctimas de un abuso sexual, cuentan con personal poco especializado que desconoce las magnitudes de la problemática y en muchas ocasiones revictimizan a la persona causando un daño mayor.

Por tal motivo, esta investigación tiene un doble propósito, por un lado realizar una revisión teórica para después diseñar y presentar una propuesta de intervención en crisis en un caso concreto de violación, que sirvan como referencia a otros profesionales para atender de la mejor manera estos casos. Además de ser una propuesta de intervención para que los psicólogos profesionales pongan en práctica, puede utilizarse como referencia para las nuevas generaciones de psicólogos clínicos en formación y también es un aporte a favor de la salud pública, ya que puede usarse como protocolo de intervención psicológica en casos de violencia sexual en las instituciones encargadas de atender este tipo de demandas.

1. VIOLENCIA SEXUAL

Organismos como la Organización Mundial de la Salud define la violencia como el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. De tal modo, ésta definición comprende desde la violencia interpersonal hasta el comportamiento suicida y los conflictos armados.

Por su parte, en Latinoamérica el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la ciudad de Buenos Aires define las siguientes categorías en las cuales se ejerce la violencia:

Tabla 1. Clasificación de Violencia del MJDH de la ciudad de Buenos Aires.

| Tipo de Violencia | Descripción |
|--------------------------|---|
| Física | La que se emplea contra el cuerpo de una persona produciendo dolor, daño o riesgo de producirlo y cualquier otra forma de maltrato o agresión que afecte su integridad física. |
| Psicológica | La que causa daño emocional y disminución de la autoestima o perjudica y perturba el pleno desarrollo personal o que busca degradar o controlar sus acciones, comportamientos, creencias y decisiones, mediante amenaza, acoso, hostigamiento, restricción, humillación, deshonra, descrédito, manipulación o aislamiento. |
| Sexual | Cualquier acción que implique la vulneración en todas sus formas, con o sin acceso genital, del derecho de la mujer de decidir voluntariamente acerca de su vida sexual o reproductiva a través de amenazas, coerción, uso de la fuerza o intimidación, incluyendo la violación dentro del matrimonio o de otras relaciones vinculares o de parentesco, exista o no convivencia, así como la prostitución forzada, explotación, esclavitud, acoso, abuso sexual y trata de mujeres. |
| Económica y patrimonial | La que se dirige a ocasionar un menoscabo en los recursos económicos o patrimoniales de la mujer, a través de la perturbación de la posesión, tenencia o propiedad de sus bienes, pérdida, sustracción, destrucción, retención o distracción indebida de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores y derechos patrimoniales. |
| Simbólica | La que a través de patrones estereotipados, mensajes, valores, íconos o signos transmita y reproduzca dominación, desigualdad y discriminación en las relaciones sociales, naturalizando la subordinación de la mujer en la sociedad. |

Una vez definido el concepto de violencia, se puede abordar el tema de la **violencia sexual**, el cual se considera un problema de salud, por ello es importante revisar las diversas definiciones y categorías que las autoridades de salud y organizaciones políticas tienen al respecto.

La *violencia sexual* según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013), abarca todos aquellos actos cometidos a cualquier persona (hombres, mujeres, niños, niñas) que van desde el acoso verbal a la penetración forzada, desde la presión social y la intimidación a la fuerza física. Así mismo, agrega: todo acto sexual, la tentativa de consumir un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo. La coacción puede abarcar: uso de grados variables de fuerza, intimidación psicológica, extorsión, amenazas, por ejemplo, de daño físico o de no obtener un trabajo o una calificación, dañar algún familiar o conocido entre otros.

Otra definición, según el Centro Nacional de Recursos contra la Violencia Sexual en Estados Unidos (NSVRC por sus siglas en inglés 2012), señala que la violencia sexual ocurre cuando alguien fuerza o manipula a otra persona a realizar una actividad sexual no deseada sin su consentimiento. Las razones por las cuales no hay consentimiento pueden ser el miedo, la edad, una enfermedad, una discapacidad y/o la influencia del alcohol u otras drogas.

Por otro lado, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) define la violencia contra la mujer como *"todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada"*.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) se refiere a ésta como "un problema de salud pública y una violación a sus derechos".

Al respecto en el *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud* (2003), se señalan que los factores de riesgo que con frecuencia propician la ocurrencia de un acto de violencia sexual, estos pueden ser individuales y relacionales como: pertenencia a una pandilla, consumo perjudicial o ilícito de alcohol o drogas,

personalidad antisocial , exposición en la niñez a la violencia entre los padres, antecedentes de abuso físico o sexual en la niñez , escasa educación aceptación de la violencia (por ejemplo, creer que sea aceptable golpear a la esposa o la novia), múltiples parejas o infidelidad, opiniones favorables a la inequidad de género.

Por su parte, los factores de riesgo más frecuentes de índole comunitario o social son: normas tradicionales y sociales favorables a la superioridad masculina (por ejemplo, considerar que las relaciones sexuales sean un derecho del hombre en el matrimonio, que las mujeres y las niñas sean responsables de mantener bajo control los deseos sexuales de los hombres o que la violación sea un signo de masculinidad), sanciones jurídicas y comunitarias poco rigurosas contra la violencia. (Ibid).

En la República Mexicana, una nota informativa sobre *Estadísticas de violencia contra las mujeres en México* publicada por el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) (2014) señaló datos de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH, 2003, 2006 y 2011) que permiten un acercamiento a los distintos tipos de violencia contra las mujeres mayores de 15 años de edad, las estadísticas son las siguientes:

Violencia de pareja.

La encuesta señala que 47% de las mujeres de 15 años y más, sufrió algún incidente de violencia por parte de su pareja (esposo o pareja, ex-esposo o ex-pareja, o novio) durante su última relación:

- La entidad federativa con mayor prevalencia de violencia de pareja a lo largo de la relación es el Estado de México, con 57.6%.
- Nayarit (54.5%), Sonora (54.0%), el Distrito Federal (52.3%) y Colima (51.0%).
- Chiapas es la entidad federativa con menor prevalencia de violencia de pareja, con 31.6%.

Violencia sexual.

Debido a las diversas formas de violencia, es importante mencionar que cada persona que ha presenciado o ha sido víctima de un algún acto de violencia sexual reacciona de manera única. Dichas reacciones pueden ocasionar distintos daños a nivel personal, algunas personas expresan sus emociones, mientras que otras prefieren mantenerlas en secreto, puede ocurrir que algunas personas contarán lo que

pasó inmediatamente, y otras esperarán semanas, meses o inclusive años para poder hablar sobre la agresión que recibieron.

Con respecto a la violencia sexual, se señala que a 7 de cada 100 mujeres en México (7.3%) les han exigido o las han obligado a tener relaciones sexuales sus propias parejas, o han sido obligadas a hacer cosas que no les gustan.

Violencia emocional.

Según muestran las cifras 4 de cada 10 mujeres (43.1%) han sido humilladas, menospreciadas, encerradas, vigiladas, les han destruido sus pertenencias o las de su hogar, han sido amenazadas con correrlas de la casa o quitarle a sus hijos, con algún arma o con matarlas.

Violencia económica.

Las cifras señalan que 2 de cada 10 mujeres en México (24.5%) han recibido reclamos por parte de su pareja por la forma en que gastan el dinero, les han prohibido trabajar o estudiar, o les han quitado dinero o bienes (terrenos, propiedades, etc.).

Violencia física.

En cuanto a este tipo de violencia, a 14 de cada 100 mujeres mexicanas (14.0%) su pareja la ha golpeado, amarrado, pateado, tratado de ahorcar o asfixiar, o agredido con un arma.

Las cifras muestran datos alarmantes, podría hablarse de la existencia de una ideología machista en la mayor parte de población mexicana, siendo los estados con menos urbanización aquellos donde los actos de violencia contra la mujer ocurren con mayor frecuencia.

Pese a los esfuerzos de las autoridades de salud y seguridad pública, a las campañas de concientización y prevención de la violencia, los cambios y avances logrados siguen siendo superados por esta problemática, por ello es de suma importancia atender de manera pronta y eficaz a las personas que deciden romper con estos patrones de comportamiento social.

1.1 Tipos de violencia sexual.

La Procuraduría General de la República (PGR, 2014) define la violencia sexual como “cualquier acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual u otro

acto dirigido contra la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de su relación con la víctima, en cualquier ámbito. Comprende la violación, que se define como la penetración, mediante coerción física o de otra índole, de la vagina o el ano con el pene, otra parte del cuerpo o un objeto.”

En específico, de acuerdo con la Asociación de Ayuda a Víctimas de Agresiones Sexuales y Violencia Doméstica (ADAVAS s-f), las formas en las que se presenta la violencia sexual son las siguientes:

Violencia de pareja: se refiere al comportamiento de la pareja o ex pareja que causa daño físico, sexual o psicológico, incluidas la agresión física, la coacción sexual, el maltrato psicológico y las conductas de control.

Agresiones sexuales: las que conllevan introducción del pene por vía anal, bucal o vaginal o de objetos o miembros corporales, y las que consisten en tocamientos de naturaleza sexual, exigiéndose la ausencia de consentimiento de la víctima y, además, la existencia de violencia o intimidación por parte del agresor.

Abusos sexuales: es un atentado contra la libertad sexual de otra persona, no consentido o con abuso de superioridad manifiesta, que obstaculice la libertad de la persona. No hay consentimiento cuando la víctima es menor de 13 años, se halla privada de sentido o se abusa de su trastorno mental.

Si la conducta delictiva consiste en acceso carnal (coito) por vía vaginal, anal o bucal o se introducen objetos o miembros corporales por vía vaginal o anal, la pena es mayor que si se realizan tocamientos de naturaleza sexual sobre el cuerpo de la víctima.

Acoso sexual: refiere a los abusos de naturaleza sexual para sí o para un tercero, en el ámbito de una relación laboral, docente o de prestación de servicios, siempre que con tal comportamiento provoque en la víctima una situación objetiva y gravemente intimidatoria, hostil o humillante.

La pena será superior si, para cometer el delito, el culpable se aprovecha de una situación de superioridad laboral, docente o jerárquica o lo hace con el anuncio expreso o tácito de causar a la víctima un mal relacionado con las legítimas expectativas que ésta puede tener en el ámbito de esta relación. Igualmente la pena se incrementa si la víctima es una persona especialmente vulnerable por razón de su edad, enfermedad o situación.

Exhibicionismo y provocación sexual: se castiga la conducta de exhibición obscena ante menores de edad e incapaces, así como la difusión, venta o exhibición de material pornográfico entre dichos menores o incapaces.

Prostitución y corrupción de menores, se castigan las conductas de quienes induzcan, promuevan, favorezcan o faciliten la prostitución de menores de edad o incapaces y de quienes los utilicen con fines o en espectáculos exhibicionistas o pornográficos o produzcan, vendan, distribuyan o exhiban material pornográfico en cuya elaboración hayan sido utilizados/as menores de edad o incapaces.

Así pues, se entiende entonces que la violencia sexual refiere a todo acto que atente la libertad y el ejercicio de la sexualidad de una persona, independientemente de su condición física su lugar de nacimiento, practica cultural, posición socioeconómica, religión, inclinación política, edad o sexo.

Es importante mencionar que cualquier persona está expuesta a recibir una agresión de este tipo, pero de igual forma, cualquier persona puede ser autora de un acto ilícito como éste. Sin embargo, las poblaciones de niños, niñas y mujeres son las más vulnerables a estos hechos.

1.2 Definición de violación.

El concepto de violación según la Real Academia de la Lengua Española (2017) se entiende como: Der. Delito consistente en violar, tener acceso carnal con alguien en contra de su voluntad. El término *violación* puede ser empleado también como sinónimo de *romper* cuando se hace referencia a romper las normas o reglas establecidas.

Con respecto a una violación sexual, en México, según el Código Penal Federal, en el libro segundo capítulo I su artículo 273, se define el delito de violación como al que por medio de la violencia física o moral tenga cópula con una persona sin la voluntad de ésta, se le impondrán de cinco a quince años de prisión, y de doscientos a dos mil días multa.

Además, también se señala que el delito de violación se sancionará como tal, cuando se introduzca por vía vaginal o anal cualquier parte del cuerpo, objeto o instrumento diferente al miembro viril, por medio de la violencia física o moral, sea cual fuere el sexo ofendido.

Del mismo modo, se menciona que equipara a la violación la cópula o introducción por vía vaginal o anal cualquier parte del cuerpo, objeto o instrumento diferente al miembro viril, con persona privada de razón, de sentido o cuando por cualquier enfermedad o cualquier otra causa no pudiese resistir o cuando la víctima fuera menor de quince años.

Cuando el ofendido sea menor de quince años y mayor de trece, haya dado su consentimiento para la cópula y no concurra modificativa, exista una relación afectiva con el inculpado y la diferencia de edad no sea mayor a cinco años entre ellos, se extinguirá la acción penal o la pena en su caso.

Para los efectos de este artículo, se entiende por cópula la introducción del miembro viril en el cuerpo de la víctima por vía vaginal, anal u oral, independientemente de su sexo, exista eyaculación o no.

1.3 Perfil de la víctima.

Antes de conocer las características más típicas de una persona que ha sido receptora de un evento de agresión sexual, es preciso entender el concepto de “víctima”. Por ejemplo, en la Declaración sobre los Principios Fundamentales de Justicia para las Víctimas de Delito y del Abuso de Poder (1985) se definen a las víctimas como las personas que, individual o colectivamente, hayan sufrido daños, inclusive lesiones físicas o mentales, sufrimiento emocional, pérdida financiera, o menoscabo sustancial de los derechos fundamentales, incluida la que proscribe el abuso de poder.

Del mismo modo, dentro de la declaración se establece que las disposiciones también se aplican a todas las personas sin distinción alguna ya sea de raza, color, sexo, edad, idioma, religión, nacionalidad, opinión política o de otra índole, creencias o prácticas culturales, situación económica, nacimiento o situación familiar, origen étnico o social o impedimento físico.

Para algunos autores como Araos (2011) el término *víctima* no tiene un significado en específico, ya que se le atribuyen diferentes significados dependiendo del contexto en el que se emplea, de modo que ocasionalmente se usa cómo sinónimo de “agraviado” u “ofendido” por algún delito, y en otras ocasiones ésta

palabra se presenta con un significado distinto y se considera a cualquier persona que sufre por causas naturales o humanas.

Para lograr un mejor entendimiento y asistir de la manera más adecuada a las personas receptoras de algún evento de violencia, ya sea por cuestiones políticas, religiosas o de género o personas sobrevivientes de algún desastre natural, a continuación se muestra una clasificación de los tipos de víctimas que existen:

Tabla 2. Clasificación y tipos de víctimas por el Instituto Superior de Delitología Forense.

| Tipo | Descripción. |
|------------------------------|---|
| No participantes o fungibles | Su intervención no desencadena el acto criminal ; la relación entre el infractor y la víctima es irrelevante. Accidentales Al azar, se topan en el camino del delincuente o agresor. Indiscriminadas No sustentan en ningún momento, vínculo alguno con el autor de un crimen. (Víctimas de terrorismo entre otras). |
| Participantes o infungibles | Desempeñan cierto papel en el origen del delito , interviniendo voluntariamente o no, en la dinámica criminal. (Caminar solo por la noche en calles peligrosas, dejar el auto abierto, dejar objetos de valor a la vista, eutanasia, homicidio, suicidio.). |
| Familiares | Pertencen al núcleo familiar del infractor, y se encuentran en una situación de especial vulnerabilidad por su relación directa. Los malos tratos y las agresiones sexuales en el hogar tienen principalmente como objeto pasivo a los miembros más débiles: las mujeres y los niños. |
| Colectivas | En delitos que lesionan o ponen en peligro determinados bienes cuya titularidad no corresponde a una persona natural , sino a una persona jurídica , a la comunidad o al estado: delitos financieros, fraudes al consumidor, delitos informáticos, y otras defraudaciones de lo que suele denominarse delincuencia de cuello blanco. |
| Especialmente Vulnerables | Aquellos sujetos que por diversos motivos ofrecen una predisposición victimógena específica, entre esas circunstancias se encuentra la edad, ya que a los niños y ancianos les suele resultar más difícil ofrecer una resistencia eficaz, el estado físico o psíquico del sujeto, |

| | |
|-----------------|--|
| | debido a la mayor debilidad provocada por ciertas enfermedades y minusvalías; la raza, que motiva victimización de algunas minorías; y el sexo, siendo generalmente mujer la víctima de ciertos delitos producidos en el entorno familiar, laboral entre otras. |
| Simbólicas | Algunas personas sufren actos dirigidos a menoscabar un determinado sistema de valores, partido político, ideología, secta o familia, a los que pertenece el agraviado, siendo un elemento representativo de los mismos. |
| Falsas Víctimas | Aquellas personas que denuncian un delito que en realidad no ha existido, ofreciendo una doble modalidad: simuladoras, que actúan conscientemente poniendo en marcha el proceso con el fin de provocar un error judicial; e, imaginarias, que creen erróneamente (por causas psicológicas, o por inmadurez psíquica) haber sufrido un acto criminal. |

Una vez expuesta la clasificación de los tipos de víctimas, es importante señalar la existencia de factores familiares y personales que propician que algunas personas sean más propensas a convertirse en víctimas de un acto de violencia sexual.

Perrone y Nannini (en Acosta y cols. 2007) el perfil familiar de una persona víctima de algún delito sexual muestra las siguientes características; una alta incidencia en familias monoparentales, frecuentemente durante las visitas semanales al seno familiar, ausencia de la madre ya sea por cuestiones laborales, de enfermedad, abandono o relaciones extraconyugales, en familias bajo el dominio de la figura paterna, falta de convivencia y comunicación dentro de la dinámica familiar, relaciones de poder marcadas por una jerarquía donde la imagen ya sea materna o paterna sea la autoridad absoluta, donde impone un estilo de vida basado en la ley del silencio, la cual debe ser respetada por todos los miembros, el secreto familiar es celosamente guardado y se refuerza con amenazas verbales y/o violencia física.

Por su parte las características personales que favorecen la incidencia de un acto de violencia sexual son: niños de 5 a 8 años, son propensos a recibir caricias y tocamientos de índole sexual, adolescentes (10 a 13 años), son vulnerables a un abuso sexual, mientras que entre los 13 y 17 años, se consuma una violación, además son portadores del secreto y quedan privados de su infancia, aceptan lo ocurrido debido a un sentimiento de culpa con la familia y crecen con una madurez forzada, tienden a aislarse de sus iguales y por lo general tienen una red social poco

desarrollada. En la mayoría de los casos, es la hija (o) mayor quien sufre el abuso y existe la posibilidad de que el resto de los hermanos pasen por lo mismo.

Para Acosta y colaboradores (2007) es importante identificar el perfil de los agresores, ya que una vez que se logran identificar las características y los comportamientos típicos de estos sujetos, se puede prevenir en algunas ocasiones el abuso sexual. El perfil del agresor se divide principalmente en dos puntos: en el primer punto se encuentra el agresor reservado, inocuo, suave, poco viril, no expansivo, de apariencia de fragilidad asexuada, se caracteriza también por fingir dulzura e inocencia practican la seducción de forma lúdica, en segundo punto se encuentra el agresor violento, con tendencias a la expansión, el desinterés hacia el entorno social, practican la violencia verbal, física y psicológica, humillan a sus víctimas, hace alarde de su virilidad y fuerza física.

Una vez que se conocen los comportamientos más frecuentes que tienen los agresores, se debe prestar especial atención y ser muy cuidadoso al momento de relacionarnos con otras personas, no se sugiere un comportamiento paranoico o de hipervigilancia, sino, precaución al momento de establecer relaciones interpersonales, sobre todo en el caso de los niños, ya que como se mencionó con anterioridad, existen algunos agresores que engañan a los niños con actitudes de dulzura, inocencia y amabilidad. Cabe señalar, que tanto hombres como mujeres pueden cometer un acto de violencia sexual, sin embargo, son los hombres quienes con mayor frecuencia cometen el abuso.

Es de suma relevancia conocer y saber identificar estas características en las personas que deciden hablar sobre lo sucedido, una vez que la persona decide hablar debe procurarse la escucha atenta, la empatía y el respeto absoluto, ya que ser receptor o receptora de un acto de violencia sexual deja una huella difícil de afrontar.

1.4 Consecuencias en la víctima de un acto de violación.

Como se mencionó, tener la experiencia de un abuso, deja una huella en la vida de las personas que muchas veces dificulta y obstaculiza su pleno desarrollo, causando problemas en diferentes aspectos. De acuerdo con Pernoll y Benson (1991 citados en acosta y cols. 2007) las consecuencias psicológicas y físicas en menores

de edad, adolescentes y personas adultas víctimas de abuso sexual y violación son las siguientes:

MENORES DE EDAD.

Físicas.

El daño depende de la zona atacada, cuando se trata de los órganos externos y el área anorectal, existen contusiones o desgarres de la vulva, horquilla y fosa navicular, las lesiones van desde excoriaciones hasta desgarres en el himen, contusiones o desgarres en la vagina, el saco uterino y equimosis himenales.

Cuando el daño se trata en la zona paragenital que abarca del área abdominal, infraumbilical, monte de venus, raíz de muslos y área de glúteos, las lesiones más notables son contusiones o desgarres perineales y vesiculares, hematomas pubianos y en la cara interna de los muslos, lesiones en los glúteos, hematomas en el nivel de la pared abdominal, muslos, rodillas y/o piernas. De igual manera, es frecuente que la víctima presente infecciones vaginales y en el peor de los casos enfermedades como papiloma humano o sida.

Psicológicas.

Las repercusiones son mayores cuando el agresor es un miembro directo o un familiar cercano, sobre todo cuando se trata de la figura paterna. El niño se encuentra dominado por el miedo, la incapacidad de confiar en otras personas, es colérico y percibe el ambiente como hostil, presenta conductas sexuales inapropiadas a su edad, depresión sentimiento de culpa y vergüenza, bajo rendimiento académico, trastornos del sueño, trastornos alimenticios y conductas autodestructivas.

ADOLESCENCIA.

Físicas

Comparten las mismas lesiones físicas que en el caso de los menores de edad, con la gran diferencia de que los órganos genitales se encuentran en un grado mayor de madurez, por lo que como resultado de la penetración en la mujer adolescente se consolide un embarazo. Lo cual, puede orillar a la adolescente a practicar un legado poniendo riesgo su vida.

También pueden presentarse alteraciones como trastornos menstruales, hipersensibilidad sobretodo en el área genital, taquicardias, pérdida o aumento de

peso, cambios frecuentes en la frecuencia cardiaca, dolores de cabeza y trastornos gastrointestinales. Tampoco están exentas de enfermedades e infecciones de transmisión sexual, tales como gonorrea, sífilis, herpes genital, condilomas, sarna, vaginitis, clamidia entre otras.

Psicológicas.

Las consecuencias más significativas son la desvalorización, depresión aguda, tendencias hacia el abuso de sustancias tóxicas, ansiedad, trastornos del sueño y la alimentación, crisis de ansiedad, crisis de pánico, ideación e intentos suicidas, asilamiento, agresividad, aversión, culpa, vergüenza, frustración, sentimientos de inferioridad, miedo extremo y un constante estado de hipervigilancia,

PERSONAS ADULTAS.

Las repercusiones en el caso de las personas adultas, varias dependiendo las condiciones en las que se suscitó el acto, Silva (2003) menciona que en la mayoría de los casos se presenta el *Síndrome del Trauma de la Violación*, el cual se describe de la siguiente manera;

Fase aguda. Reacción de impacto, estado de shock, sentimientos de incertidumbre, incredulidad, expresiones de miedo, angustia y tensión, alteraciones genitourinarias, desconcierto y deseos de venganza.

Fase de reorganización. Incremento en la actividad motora principalmente dirigida a conductas de autoprotección, cambio de número telefónico, estrechar lazos con familiares y amigos, pesadillas sobre escenas de la violación de dos tipos; a) aquel en el que la víctima desea hacer algo para evitarla, pero despierta antes de lograrlo, y b) aquel en el que la víctima domina al atacante e impide la violación. También existen probabilidades a desarrollar fobias a espacios abiertos (agorafobia), o a lugares cerrados (claustrofobia), miedos sexuales, algunas mujeres no toleran caricias de ningún hombre, incluyendo sus parejas.

Repercusiones psicológicas. Susto, temor, indefensión, vergüenza, llanto incontrolado, evitación de las situaciones temidas, retrospecciones, baja autoestima, pensamiento, preocupación excesiva, confusión, rabia, humillación, aislamiento, sentimientos de culpa, ansiedad y depresión.

De acuerdo con Acosta y colaboradores (2007) las consecuencias en personas adultas, sobre todo mujeres, puede sintetizarse en el siguiente cuadro:

Tabla 3. Esquema de las consecuencias más frecuentes en víctimas adultas de abuso sexual.

| | |
|---|--|
| <p>De los 6 a los 30 días después del ataque.</p> <p>Angustia Fase de Desorganización</p> | <p>Síntomas a largo plazo</p> <p>Depresión Ansiedad</p> |
| <p>A los tres meses y medio.</p> <p>Disminución de angustia Presencia de ansiedad y miedo</p> | <p>Decremento de satisfacción sexual Disfunciones sexuales Pérdida de autoestima</p> |
| <p>De los seis meses al año</p> <p>Altos niveles de ansiedad y miedo</p> | <p>Sentimiento de culpa Dificultad para expresar sentimientos Desorden en todas las áreas de ajuste social durante los primeros cuatro meses después del evento Aumento en el consumo de café, alcohol y tabaco Ideación suicida Intentos suicidas</p> |
| <p>En cuanto a la alteración de la conducta sexual</p> <p>Frigidez Vaginismo Anorgasmia secundaria Déficit en la excitación sexual Miedo a participar en actividades sexuales.</p> | |

Una vez expuesto el amplio panorama sobre violencia sexual, su definición y sus consecuencias, es preciso señalar que existen también diversos tratamientos médicos y psicológicos para enfrentar el suceso traumático. Cabe resaltar, que las secuelas psicológicas son en gran parte, profundas y de difícil acceso por lo cual es necesario emplear las técnicas y estrategias psicológicas pertinentes que estimulen la integración del evento traumático de una forma productiva y positiva en la vida de la persona

2. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS EN CASO DE VIOLACIÓN.

Dentro del marco de intervención terapéutica para la atención a personas violadas o víctimas de algún tipo de violencia sexual, se encuentran diversas técnicas y procedimientos de abordaje psicológico, pues como ya se mencionó, las consecuencias resultan ser un evento traumático, sin embargo, el aspecto positivo de todo esto, es que cualquier persona tiene las mismas posibilidades de tratar y superar dicho trauma.

Debido a ello, en el tratamiento no solo es importante atender el aspecto físico para su correcto funcionamiento, también, deben tomarse en cuenta el aspecto emocional y los pensamientos tales como la angustia, la sensación de impotencia y frustración derivadas de no haber logrado evitar recibir la agresión sexual, y el aspecto social, la imagen que tiene la familia y amigos de la víctima, de no atender estos aspectos de la manera correcta, podrían traer como consecuencia el desarrollo de síntomas y trastornos emocionales y del comportamiento a mediano y largo plazo.

Al respecto, el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES, 2010) establece que para explorar el evento traumático es necesario un ambiente de tranquilidad, seguridad y protección. Las consecuencias de un ataque sexual pueden variar de una persona a otra y es justo ahí donde la o el terapeuta tendrá que focalizar su atención para el lograr el objetivo que será la elaboración de la experiencia traumática. Algunas de las emociones más comunes en mujeres víctimas de violencia sexual, son las siguientes: son personas que no superan la ansiedad de la experiencia, permanecen abrumadas, vencidas y aterrorizadas por el incidente, con presencia de mucho miedo, inseguridad e impotencia, presentan enojo, les resulta difícil reengancharse a su vida, pueden presentar ataques de pánico, insomnio, depresión, problemas psicosomáticos y comportamientos destructivos. En general existe un sentimiento de no valía, vergüenza y culpa.

También es importante señalar que difícilmente puede aparecer un síntoma aislado en una víctima de agresión sexual, en la mayoría de los casos se presenta un conjunto de síntomas. Los síntomas derivados del evento traumático se manifiestan de un modo diferente según la naturaleza y la gravedad del evento, la situación en la

que sucedió y los recursos personales tanto internos como externos con los que cuente la víctima.

Por ello en la intervención terapéutica se debe tomar en cuenta que una misma experiencia emocional, puede relacionarse con estados mentales distintos, por ejemplo, la tristeza debida a un duelo es diferente a la ocasionada por un evento traumático como el caso de un abuso sexual o violación. Debido a esto, la intervención terapéutica que se requiere en estos casos, debe ser especializada.

Al respecto, Vallejo y Córdoba (2012) mencionan dos tipos de asistencia psicológica en casos de violencia sexual. El primero hace referencia al enfoque psicoanalítico en específico las psicoterapias dinámicas derivadas del psicoanálisis y señalan que es fundamental cuidar la alianza terapéutica con la persona afectada a través de un buen encuadre y la interpretación de las resistencias y la transferencia. Las etapas del tratamiento psicoterapéutico psicodinámico individual con sobrevivientes de abuso sexual deben estar focalizadas en el alivio de los síntomas y el dolor o sufrimiento personal generado. La flexibilidad terapéutica debe permitir al terapeuta moverse hacia focos de trabajo distintos al del trauma de abuso sexual, optando por un acercamiento más indirecto al mismo que le brinde tiempo al consultante de reelaborar el trauma de acuerdo con su propio proceso. La exploración del trauma debe facilitar la construcción de un relato que permita describir lo ocurrido y contextualizarlo, conectando lo actual con lo ocurrido.

El segundo tipo de asistencia refiere a la terapia farmacológica la cual ha demostrado que después de un trauma significativo se dan cambios en la neurobiología del cerebro que justifican las intervenciones psicofarmacológicas. Las medicaciones farmacológicas han permitido la regulación de las respuestas al estrés, la resolución de la respuesta traumática en combinación con la psicoterapia y el control de síntomas de ansiedad generalizada, entre otras ventajas. Diversos autores coinciden en que siempre que se utilice la farmacoterapia, se debe hacer un acompañamiento complementario psicosocial (Bernik, 2003 en Vallejo y Córdoba 2012).

Para el tratamiento farmacológico con personas con trastorno de estrés postraumático se encontraron recomendaciones de los siguientes medicamentos:

antidepresivos tricíclicos (ADT) o inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAOS) y ADT para los síntomas de reexperimentación después de 8 semanas de tratamiento; amitriptilina y ISRS para los síntomas de embotamiento, evitación, hostilidad, impulsividad, ideas suicidas, conductas adictivas, ansiedad y depresión; litio para los síntomas de hiperactivización fisiológica; benzodicepinas, durante un tiempo corto, para los síntomas de ansiedad, insomnio y pesadillas; imipramina y fenelzina para las intrusiones; y, buspirona, fluvoxamina, trazodona, nefazodona, zolpidem y alprozolan para las alteraciones del sueño. Se aclara que el efecto limitado de los distintos tratamientos se asocia positivamente con la duración del trastorno (Mingote, 2001) (ibíd.).

Cabe señalar que los tratamientos citados anteriormente, se inclinan hacia la resolución del evento traumático, centrándose en los síntomas y dirigido a superar el evento en el presente, dejando de lado el pasado y las expectativas a futuro de la persona, lo cual, resulta deficiente ya que no se cubren todos los aspectos de la vida del individuo y no garantizan una recuperación total además de que existe una alta probabilidad de la aparición de recaídas.

Por su parte la corriente humanista propone un tratamiento centrado en la persona, que se basa en concepciones filosófico-existencialistas. En ella, el terapeuta es un asesor, un consejero, que acompaña al paciente, en la toma de decisiones y le ayuda a madurar afectivamente, con la aceptación y la comprensión de lo que le ocurre; sin interpretar, como lo hace el psicoanálisis. Es una mirada hacia la toma de conciencia y consciencia, el saber y conocerse a sí mismo (Eupsike, 2009).

En el caso específico de violencia sexual el humanismo propone trabajar en el desarrollo personal evitando el posible sentimiento de culpa, ayudando a racionalizar lo sucedido, intentando canalizar las emociones negativas, connotando los sentimientos y motivaciones para reconducir los miedos, la inseguridad, el “asco” o rechazo a la sexualidad, mitigando la ansiedad anticipatoria y posibles fobias, analizar su interpretación personal en relación a su imagen corporal., evitar distorsiones e interpretaciones cognitivas erróneas, facilitar la resiliencia o puesta en marcha de mecanismos conductuales racionales-emotivos que faciliten la superación y eviten la fijación en el acontecimiento traumático. Es un asunto muy espinoso y muy difícil que

necesitará acompañamiento personal, apoyo familiar y una guía y tutela para reafirmar la seguridad y autoconfianza (ibíd.).

Una vez explicado algunos de los tratamientos de intervención en casos de violencia sexual, con respecto a la disciplina psicológica, cabe señalar que si bien, desde sus diversos enfoques teóricos existe una gran diversidad de tratamientos, la mayoría de ellos se basan en las técnicas y el tratamiento propuesto por el enfoque cognitivo conductual. Ya que ha sido éste, el enfoque teórico con mayor trascendencia en estos casos.

2.1 Técnicas desde el Enfoque Cognitivo Conductual (CC).

Desde del enfoque cognitivo-conductual (CC) se pretende que el tratamiento favorezca los procesos de cambio en el sistema de creencias de la persona y del repertorio conductual, ya que estos deben garantizar la prevención de trastornos, pero por otro lado, se busca promover estilos de vida más saludables, tendientes a desarrollar una visión de sí mismo más dirigida hacia la realización y el bienestar.

Al respecto la Universidad Pontificia Bolivariana (s/f) señala que los desarrollos de la psicología cognitivo-conductual, han tenido múltiples aplicaciones en el campo de la psicología, la educación, la lingüística, la medicina y la psicología de la salud, entre otros. A partir de los intereses y desarrollos propios del grupo de investigación que sostiene este énfasis de trabajo, se hará especial mención de las aplicaciones en términos de la salud mental y la salud física. Al acercarse al campo aplicado de la salud mental, el modelo cognitivo conductual, además de avanzar en cuanto a las intervenciones clínicas empíricamente validadas, ha incursionado de manera relevante en asuntos como la epidemiología clínica, ocupándose del establecimiento de perfiles psicológicos y psicopatológicos de diferentes grupos poblacionales.

En este aspecto, las condiciones contextuales, los problemas sociales, las creencias y los conflictos sociales, entre otros, han mostrado un importante influjo sobre la causación de diferentes problemáticas que afectan la salud mental de las comunidades y que han sido objeto de trabajo en el grupo de investigación. De acuerdo con lo anterior, bajo la denominación de salud mental pueden agruparse investigaciones e intervenciones cuyo impacto se refleje en el desarrollo de guías y protocolos de actuación, levantamiento de perfiles epidemiológicos, aproximaciones

comprendivas y explicativas de fenómenos como la violencia intrafamiliar, las conductas de riesgo, el suicidio, las consecuencias emocionales de los fenómenos de violencia derivados del conflicto armado, entre otros. *Ibíd.*

Tenemos entonces una visión de la psicología más positiva y menos centrada en la psicopatología, cuyo objetivo más importante, es realizar un cambio significativo en las políticas de salud pública a través de desarrollos teóricos y aplicados que respondan a las necesidades de salud que la sociedad requiere.

Centrándose en las técnicas y estrategias que enfoque CC tiene para intervenir en la diversidad de problemáticas psicológicas que se presentan en la población, de acuerdo con Castillero (2017) a continuación se presentan algunas de las técnicas y estrategias más empleadas por los terapeutas cognitivos conductuales durante la terapia:

Tabla 4. Tabla de técnicas cognitivo conductuales (Creación propia).

| TÉCNICA O ESTRATEGIA | DESCRIPCIÓN |
|--------------------------------------|---|
| Técnica de Exposición | <p>Es empleada en los casos de fobias y trastornos de ansiedad y control de los impulsos. Se basan en confrontar al paciente al estímulo temido o generador de ansiedad hasta que ésta se reduzca, de manera que pueda aprender a gestionar su conducta ante él a la vez que a nivel cognitivo reestructura los procesos de pensamiento que le hacen sentir malestar ante dicho estímulo o situación.</p> <p>Se busca reducir la ansiedad y la evitación de situaciones y estímulos mediante la realización de conductas que eviten que esta aparezca, y con el tiempo provocar un contracondicionamiento que se termine generalizando.</p> |
| Desensibilización Sistemática | <p>Diferentes variantes de esta técnica son las escenificaciones emotivas (aplicada especialmente con niños y empleando un contexto agradable en que poco a poco se introducen los estímulos), la imaginación emotiva (en que se usan imágenes mentales positivas que eviten en lo posible la ansiedad) o la desensibilización por contacto (en que el terapeuta ejercería de modelo para enseñar cómo actuar).</p> |
| Reestructuración Cognitiva | <p>Esta técnica resulta básica en el tratamiento de la mayor parte de trastornos psíquicos, formando parte de casi todas las técnicas cognitivo-conductuales. Se basa en la modificación de los esquemas de pensamiento del paciente a través de diversos métodos, identificando los propios patrones de pensamiento y su influencia sobre la vida del paciente y generando junto al paciente alternativas cognitivas más adaptativas y funcionales. Se modifican creencias, actitudes y puntos de vista.</p> |
| Técnicas de Modelado | <p>Es un tipo de técnica en la que un individuo realiza una conducta o interactúa en una situación con el objetivo de que el paciente observe y aprenda una manera de actuar concreta de manera que sea capaz de imitarlo. Se busca que el observador</p> |

| | |
|--|--|
| Inoculación del Estrés | <p>modifique su conducta y/o pensamiento y dotarle de herramientas para afrontar determinadas situaciones.</p> <p>Se basa en la preparación del sujeto de cara a hacer frente a posibles situaciones de estrés. En ella se pretende en primer lugar ayudar al paciente a entender cómo le puede afectar el estrés y cómo puede hacerle frente, para posteriormente enseñarle diferentes técnicas cognitivas y conductuales como las otras aquí reflejadas y finalmente hacer que las practique en situaciones controladas que permitan su generalización a la vida cotidiana.</p> <p>Se basa en el papel de éstas sobre la conducta. Se trata de las instrucciones que con las que guiamos nuestra propia conducta indicando qué y cómo vamos a hacer algo, las cuales están teñidas por las expectativas hacia los resultados a obtener o a la propia eficacia.</p> |
| Entrenamiento en Autoinstrucciones | <p>Determinadas problemáticas tales como una baja autoestima o percepción de autoeficacia pueden producir que la conducta se vea perjudicada y no pueda realizarse con éxito e incluso evitarse. Con esta técnica se pretende ayudar al individuo a que sea capaz de generar autoverbalizaciones internas correctas, realistas y que le permitan llevar a cabo las acciones que desea realizar.</p> |
| Entrenamiento en resolución de problemas | <p>Es un tipo de tratamiento cognitivo-conductual a través del cual se pretende ayudar a los sujetos a hacer frente a determinadas situaciones que por sí mismos no son capaces de solucionar. En este tipo de técnica se trabajan aspectos como la orientación hacia el problema en cuestión, la formulación del problema, la generación de posibles alternativas para solucionarlo, la toma de una decisión respecto a la más apropiada y la verificación de sus resultados.</p> <p>Se trata fundamentalmente de provocar una modificación en la conducta a través de la estimulación.</p> |
| Técnicas operantes para modificación de conductas | <p>Permiten tanto motivar y contribuir a aprender nuevas conductas como a reducirlas o modificarlas mediante la aplicación de refuerzos o castigos. Dentro de las técnicas operantes podemos encontrar el moldeamiento y el encadenamiento para potenciar conductas adaptativas, el reforzamiento diferencial para reducir conductas o cambiarlas por otras y el tiempo fuera o la sobrecorrección como manera de modificar o extinguir las conductas.</p> |
| Técnicas de autocontrol | <p>La habilidad de autogestión es un elemento fundamental que nos permite ser autónomos y adaptarnos al medio que nos rodea, mantener nuestra conducta y pensamientos estables a pesar de las circunstancias y/o ser capaz de modificarlas cuando es necesario. Sin embargo muchas personas tienen dificultades en adecuar su conducta, expectativas o forma de pensar a la realidad de una forma adaptativa, con lo que pueden producirse diferentes trastornos. Realizar un entrenamiento que fortalezca las habilidades de autocontrol, tal como se consigue con la terapia de autocontrol de Rehm, puede servir para controlar problemas de diversa índole como los producidos en procesos depresivos y ansiosos</p> |
| Técnicas de relajación y respiración. | <p>La activación física y psíquica es un elemento de gran importancia a la hora de explicar problemas tales como la ansiedad y el estrés. El sufrimiento que provoca la presencia de problemas y dificultades puede en parte ser reducida por técnicas de relajación,</p> |

aprendiendo a partir de ellas a gestionar las sensaciones corporales de manera que también pueda ayudarse a gestionar la mente.

Dentro de este grupo encontramos la relajación progresiva de Jacobson, el entrenamiento autógeno de Schultz o las técnicas de respiración

Cabe mencionar que las técnicas cognitivo conductuales han mostrado un alto nivel de eficacia en el tratamiento de diversos problemas y trastornos psicológicos. A través de ellas es posible modificar la conducta de las personas y contribuir a la adquisición de hábitos de vida y comportamiento más adaptativos a la vida cotidiana de las personas. Con este tipo de técnicas se estimulan los pensamientos y la conducta, produciendo así una mejoría.

Su nivel de eficacia es tal que hoy en día es considerada la terapia de elección para la mayoría de trastornos mentales. Con respecto a la intervención en casos de violencia sexual, este enfoque es líder en técnicas, tratamientos de intervención, programas de prevención e investigación relacionada con sexualidad y violencia sexual, la mayoría de los protocolos de intervención y asistencia psicológica que las instituciones de salud y seguridad pública utilizan, tienen como base las técnicas y tratamientos del enfoque cognitivo conductual.

2.2 Centros de atención a víctimas de violación y abuso sexual.

Debido a que las consecuencias de un ataque sexual pueden interrumpir y dañar de manera significativa la vida de las personas en muchos aspectos, los equipos de trabajo que se requieren deben ser interdisciplinarios para lograr cubrir todos los aspectos y así garantizar una intervención eficaz que estimule la mejora y el bienestar de las víctimas.

Es de suma importancia que los psicólogos que se especialicen en la atención a víctimas de violencia sexual tengan conocimientos de los centros y las asociaciones de atención que existen en México para tener una red de apoyo y referencia, y de esta manera realizar una intervención completa. A continuación se presentan algunas instituciones de atención a víctimas en estado de México:

Tabla 5. Instituciones de Atención a Víctimas de Violencia (Creación propia).

| INSTITUCIÓN | DIRECCIÓN | CONTACTO |
|--|---|---|
| Consejo Estatal de la Mujer y Bienestar Social | Av. José María Morelos y Pavón 809 Poniente Col. La Merced, 50080. Toluca de Lerdo. | 01 800 1084 053 |
| Centro de Desarrollo Integral para la Mujer | Av. Irrigación 123 Col. Irrigación. 11500. Miguel Hidalgo. | 5318 1631 |
| Prevención del Delito | Boulevard Solidaridad las Torres 466. San Carlos. 52159. Metepec. | 5366 3800 ext. 3726 |
| Agencias Especializadas en Violencia Familiar, Sexual y de Género. | Barrios: Estación de Policía, Av. Del Trabajo s/n, Edificio de Servicios a la Comunidad, 3er piso. Tlalnepantla de Baz. | 5317 5058 |
| Instituto Municipal para la Igualdad y Desarrollo de las Mujeres | Av. Acambay No. 102, 1er piso, Col. La Romana, Tlalnepantla de Baz. | 5565 1753, 5565 3556 exts. 3188 y 3189. |

En los centros de atención a víctimas se brinda la asistencia psicológica necesaria según se requiera, siendo el protocolo de intervención en crisis el que se emplea de manera recurrente, ya que es efectivo y se requiere de poco tiempo para aplicarlo, lo cual tiene como resultado efectos positivos a nivel físico y psicológico y es útil para ayudar a la víctima en la toma de decisiones para seguir con el proceso legal y psicológico correspondiente en caso de abuso sexual o violación.

3. ¿QUÉ ES LA INTERVENCIÓN EN CRISIS?

3.1 Definición y tipos de crisis

Para entender mejor el concepto de *crisis* es preciso saber que dicha palabra posee una diversidad de definiciones dependiendo el contexto donde se utilice. En el diccionario de la Real Academia Española la palabra *crisis* se define como: “*del lat. Crisis. f. Cambio profundo y de consecuencias importantes en un proceso o una situación, o en la manera en que estos son apreciados*”. Así pues, pueden existir *crisis* económicas, en la salud, políticas etc, cada una con una propia definición pero todas concordando en que es un estado de cambio.

Desde una perspectiva psicológica Slaikeu (2000) plantea que una “crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, está limitada en tiempo, manifestado por un suceso que lo precipita y lo más llamativo es que puede conducir a un crecimiento personal”. Esto sugiere que una crisis puede entenderse cómo un estado de cambio que puede generar un retroceso, una pausa o un avance de manera significativa en la vida de las personas.

Al respecto García (s-f) comenta que la crisis puede entenderse como un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad del sujeto para manejar (emocional y cognitivamente) situaciones particulares, utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y obtener un resultado radicalmente positivo o negativo.

Otros autores para referirse a una crisis comentan que "...Se produce un estado de crisis cuando la persona se enfrenta a una situación de tensión que reta su capacidad adaptativa. No puede hacer frente a la situación con sus mecanismos habituales de ajuste y defensa " (Noriega, 1971 citado en Salas, S-F).

Se puede deducir entonces que, dentro del estudio psicológico la crisis puede entenderse cómo el desajuste conductual y cognitivo de una persona debido a la carencia de recursos adaptativos, donde las variables precipitantes que pueden ocasionar que una persona esté en crisis van desde la apreciación de una pelea en la calle, hasta recibir una agresión física, psíquica o sexual.

Las crisis entonces, por su magnitud de imposibilitar a una persona para afrontar las situaciones que se le presentan, resultan ser un foco de atención y acción especializada ante la ocurrencia de un acto de violencia sexual.

Cómo lo menciona Rabelo (s-f) "... las "lesiones psicológicas" producidas por la multitud de situaciones de crisis a las que deben hacer frente las personas en la cotidianidad de su vida (enfermedades, accidentes, divorcios, desahucios judiciales, pérdida de seres queridos, depresión, soledad, pérdida de autonomía personal, siniestros, vivencia de situaciones traumáticas o de violencia, pérdidas materiales, de estatus económico, etc.) suceden con frecuencia en la población; afectando emocionalmente a las familias y paralizándolas en su acción". Y agrega "la dilución de los sistemas tradicionales de apoyo, que están perdiendo su efectividad, unido a los rápidos procesos de cambio social resultantes de la globalización, la competencia y desarrollo económico, la fuerte industrialización y urbanización; están generando situaciones de vulnerabilidad social predisponentes para padecer una situación de crisis o emergencia." Pp (122).

Al respecto, Slaikeu (2000) hace la siguiente clasificación para poder diferenciar de una forma más específica, las diferentes maneras por las que una crisis puede hacerse presente en la vida de una persona:

Tabla 6. Variables precipitantes de una crisis. (Slaikeu, 2000).

| ASPECTOS A CONSIDERAR: VARIABLES DE LOS SISTEMAS. | |
|---|--|
| Sistema | Definición-VARIABLES |
| Persona | Cambios en los aspectos conductuales, afectivos, somáticos, interpersonales y cognoscitivos en el funcionamiento de un individuo. |
| Familia/Grupo Social | La manera en que los grupos de familia, amigos y vecinos se relacionan con la persona en crisis, incluye: patrones de comunicación, papeles y responsabilidades, cohesión y el conjunto de valores (honestidad, respeto etc). |
| Comunidad | Las características de la comunidad de un individuo incluyen: geografía; recursos económicos y materiales, estructuras políticas y gubernamentales; ejecutiva, legislativa y judicial, el lugar de empleo del individuo más otros negocios e industrias: iglesias escuelas, etc. |
| Cultura | Valores predominantes, tradiciones, normas y costumbres. |

Del mismo modo es de suma importancia conocer los tipos de crisis que existen, para poder identificarlas y así saber cuál es la mejor manera de hacerle frente y comenzar a intervenir. Algunos autores como Pittman (1990) comentan que las crisis pueden clasificarse de la siguiente manera:

- *Crisis Circunstanciales*, hacen referencia a los accidentes, desgracias inesperadas, apoyadas en un factor ambiental. Presentan un estrés manifiesto, imprevisible y surge de fuerzas externas, ajenas al individuo y a la familia.
- *Crisis de Desarrollo*, abarcan el matrimonio, el nacimiento de hijos, el comienzo de la edad escolar, la pubertad, la independencia de los hijos y su posterior abandono del hogar, el envejecimiento, la jubilación, la decadencia y la muerte de los padres.
- *Crisis Estructurales*, son aquellas crisis concurrentes en las que se exacerbaban de manera regular determinadas fuerzas dentro de la familia. Estas crisis son recurrentes, producto de la exacerbación de pautas disfuncionales de interacción de la familia, brotan de las tensiones ocultas que no se han resuelto y que están subyacentes en la propia estructura familiar.
- *Crisis de Desvalimiento*, que aparecen cuando los niños, los ancianos, los enfermos crónicos y los inválidos son miembros funcionalmente dependientes, y mantienen la familia atada con sus exigencias de cuidado y atención. La crisis de desvalimiento más típica y obvia se origina en el trato con personas cuya incapacidad física o mental es reciente y aún no ha sido del todo aceptada. Tratar con miembros seniles de la familia puede resultar particularmente traumático.

De acuerdo con Moreno (2003) las crisis se manifiestan de diversas maneras, dichas manifestaciones pueden agruparse en función de la modalidad de respuesta que tiene la persona, se agrupan de la siguiente manera:

- *Manifestaciones emocionales*: Es característico la presencia de dos tipos de comportamiento emocional, lo cuales pueden presentarse en una misma persona de manera simultánea y sin que prevalezca el uno sobre el otro durante un tiempo prolongado. Por un lado, se presentan

comportamientos, como: embotamiento, depresión, aislamiento, indefensión y culpa por el hecho de haber sobrevivido. Por el otro lado, se presentan manifestaciones emocionales, en los que se aprecia la ira, desesperación, sensación de “encontrarse fuera de control”, la ansiedad, la agitación y la hiperactividad.

- *Manifestaciones cognitivas:* Es posible encontrar manifestaciones cognitivas focalizadas en un deterioro del funcionamiento atencional normal (estrechamiento del foco atencional y dificultad para desarrollar una actividad atencional mantenida), como la presencia de síntomas e desorientación y problemas en la toma de decisiones. Es habitual la ocurrencia de fenómenos de flashback sobre la situación vivida y en algunos casos, puede presentarse una amnesia completa o parcial del episodio.
- *Manifestaciones fisiológicas:* Suelen presentarse manifestaciones características de los ataques de pánico, como taquicardia y sudoración; además, se observa la fatiga como otro síntoma común en una situación de crisis.
- *Manifestaciones Conductuales:* están determinadas por el estado emocional y fisiológico en el que se encuentran las personas que están en un estado de crisis, por lo que es muy frecuente la presencia de llanto, gritos, explosiones de ira, colapsos nerviosos, ansiedad excesiva entre otro. Además, debido a la incapacidad manifiesta para afrontar las dificultades de la vida, la persona puede asumir estrategias de afrontamiento poco favorables como el consumo de drogas, cometer actos antisociales e incluso perder la sensibilidad y empatía hacia los problemas de otros.

Otros autores como Darquea (2011) mencionan que las fases de las crisis son:

- *Explosión o expresión*: Refleja la carga de estrés que tiene la persona, después de la ocurrencia de un hecho traumático, puede presentarse: gritos, llanto, angustia y desmayos.
- *Negación*: Enmarcada en los mecanismos de defensa, implica la no aceptación de lo vivido.
- *Intrusión*: Son comunes las pesadillas, alucinaciones, entre otros, que hacen que el individuo reviva el episodio.
- *Traslaboración (Expresión de lo vivido)*: Es la elaboración y expresión voluntaria del hecho traumático. En esta fase, la persona puede necesitar apoyo.
- *Consumación*: Es la etapa final, la cual involucra la integración del hecho vivido y la adaptación por parte de la persona a la crisis.

En resumen, las crisis son constantes y forman parte de la vida emocional no existen momentos puntuales que confrontan al individuo con su realidad y constituyen momentos de aparente detención pero que son necesarios y fundamentales para poder continuar adelante en el desarrollo personal. Las crisis personales tienen lugar cuando se produce un choque las expectativas de vida y lo que constituyen los verdaderos logros, es decir, entre lo que se pretende alcanzar y lo que verdaderamente alcanza.

3.2 Primeros Auxilios Psicológicos (PAP).

Los desastres naturales y las emergencias pueden traer como consecuencia daños físicos, económicos, morales y psicológicos, ya sea de manera individual o colectiva, al respecto Erikson (1976 citado en Hernández y Gutiérrez 2014) señala que un trauma individual es “un golpe a la psique que rompe las defensas de la persona de forma repentina y fuerte”; y se refiere a trauma colectivo como “un golpe al trama de la vida social que lesiona los vínculos que unen a la gente y daña el sentido prevaleciente de comunidad”.

Como una forma de responder a tales situaciones, surge la psicología de la emergencia definida como “el estudio del comportamiento humano antes, durante y después de situaciones de emergencia, es decir, ante situaciones que ocurren inesperadamente”. Las principales funciones del psicólogo en situación de emergencias y desastres son; prevenir, planificar, intervenir y rehabilitar. (Valero, 2001, *Ibíd*).

Por ello, la disciplina psicológica ha aportado en estos casos el implemento los llamados *Primeros Auxilios Psicológicos (PAP)*, según la Red Nacional para el Estrés Traumático Infantil y el Centro Nacional de Trastorno de Estrés Postraumático (Op Cit) mencionan que los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) están diseñados para reducir a corto y largo plazo la angustia inicial producida por eventos traumáticos y para promover el funcionamiento adaptativo y las habilidades de afrontamiento.

Así pues, como lo señalan Gómez-Mascaraque y Corral Torres (2009 citado en Rabalo s-f) los objetivos que persiguen los PAP son los siguientes:

- *Proporcionar apoyo*: facilitando que la persona se sienta escuchada y comprendida, facilitando la expresión de sentimientos y la ventilación de emociones negativas como el miedo, la tristeza, la angustia o el enfado.
- *Reducir la mortalidad*: al entender que el suceso estresor puede generar situaciones violentas como agresiones a otras personas o a sí mismo; actuando en consecuencia para evitarlo (desarrollar su red de apoyo informal, favorecer su ingreso hospitalario, etc.)
- *Ser el nexo de unión con recursos de ayuda*: proporcionándole información sobre los recursos necesario y brindándole orientación sobre qué hacer y cómo hacerlo.

Existen en la actualidad algunas líneas de acción para abordar el tema de la violencia sexual en sus diferentes vertientes, es de suma importancia respetar las decisiones de cada persona y las formas con las que deciden afrontar estos tipos de eventos que pueden resultar traumáticos. En los casos de atención a víctimas de violencia sexual, la atención psicológica tiene como objetivo “ayudar a la persona a aceptar lo sucedido, expresar sentimientos, facilitar que busque soluciones y apoyo social, ayudar a que recupere el nivel de funcionamiento que tenía antes del incidente y prevenir la aparición de consecuencias negativas para su salud mental” (*Ibid*.p. 124).

Sin embargo, pese a sus avances resulta ser todavía ignorada por las autoridades e inclusive desconocida por las víctimas.

3.3 Situaciones donde se utilizan los PAP.

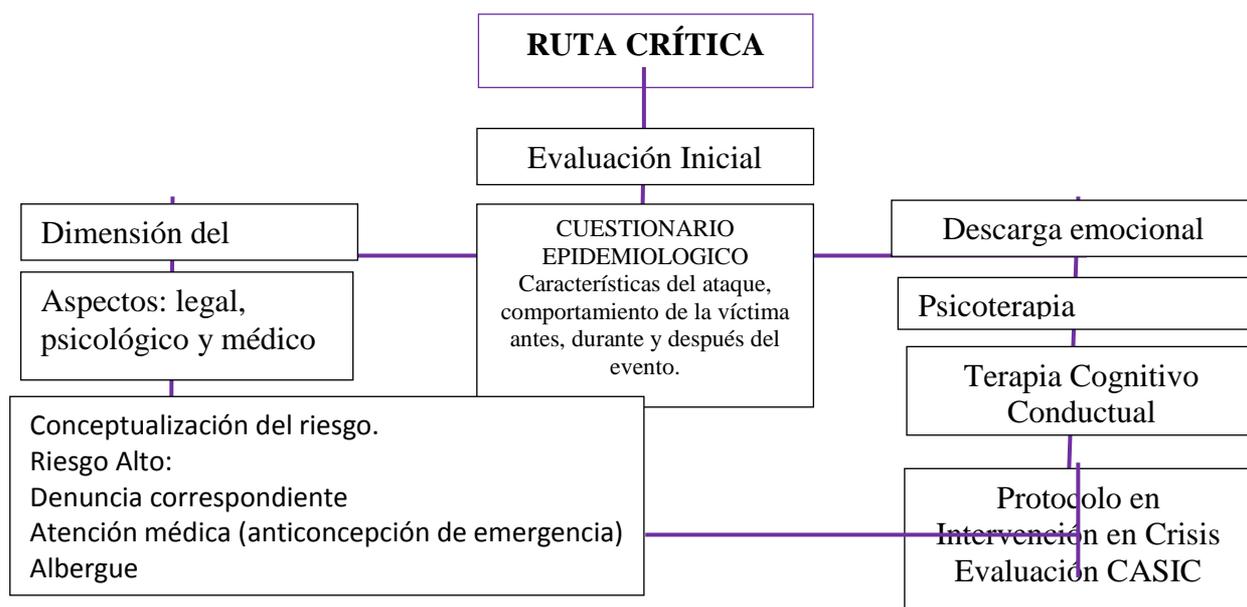
Así pues, se puede decir que la Psicología en casos de emergencia abarca situaciones de caos, accidentes, desequilibrio emocional derivado por un evento traumático o un trastorno y desastres naturales que puede sufrir una persona o población. Estos acontecimientos son de origen estresante y traumático, tanto para la población como para los profesionistas que intervienen en estas situaciones. Ya que ponen en juego necesidades humanas básicas, y algunas personas reaccionan con dolor, sensaciones de conmoción a largo plazo y desamparo.

De acuerdo a esto, el Centro de Psicología y Psiquiatría Manuel Escudero (2017) en el individuo, los efectos de una crisis postraumática en la vida cotidiana, se manifiestan en cuatro momentos: 1) hay un momento de shock y la persona tiene una sensación de “fin de mundo”. 2) la negación, cuando la persona percibe la pérdida pero intenta negarlo. 3) Sobreviene en la persona una búsqueda inquieta, ansiosa de un modelo de respuesta para la situación angustiante. 4) Momento del duelo, llanto, rabia, esperanza intermitente de recuperar lo perdido, seres o cosas.

El rol del psicólogo en situaciones de emergencia y desastre, es activo y empático. Mantendrá un rol de acompañante, de contención. Es promotor de catarsis. Es pedagogo, orientador, coordinador y organizador, mediador y negociador. No es suficiente la voluntad de ayudar, pues una ayuda equivocada, sin preparación o la ayuda del profesional equivocado, será más dañina que la falta total de ayuda. El psicólogo que interviene en estas situaciones de urgencias psicológicas por lo tanto, deberá estar altamente capacitado y especializado en esta actividad. (Ibíd.)

Con respecto a los casos de violencia sexual, es importante que el especialista que brinde los primeros auxilios psicológicos conozca a la perfección la ruta de los pasos a seguir cuando se presente dicha emergencia, por lo cual, a continuación se presenta la ruta crítica de atención a víctimas de violencia sexual:

Figura 1. Protocolo de Atención a Víctimas de Violencia. (PIAV)



4. Intervención en Crisis en un Caso de Violación.

En este capítulo se expondrá el caso una mujer joven la cuál fue receptora de una violación, del mismo modo, se describirá el proceso de intervención psicológica que se le brindo con el fin de integrar la agresión de una forma productiva para que la joven pueda seguir con su vida de una manera funcional y satisfactoria.

Para exponer el caso, se han cambiado algunos datos con el fin de proteger la confidencialidad, la integridad física y moral de la joven.

4.1 Presentación de caso

Ficha de Identificación.

“Sonia”, mujer de 19 años de edad, soltera, estudiante de preparatoria, vive en un departamento en la ciudad de México con su madre “Claudia” de 39 años de edad y su hermana mayor “Susana” de 21 años.

Entrevista de Remisión.

La usuaria llego en compañía de su madre y su mejor amigo, paso al consultorio sola y comentó que se encontraba ahí porque su madre la había llevado, se le preguntó si quería relatar porque había solicitado el servicio, la paciente comenzó a llorar y dijo que le *“había pasado algo horrible”*.

Comentó que hace una semana, al salir de la escuela, ella en compañía de cinco amigos entraron a un bar para celebrar su cumpleaños número 19. Luego de ordenar, la usuaria se levantó para ir al baño (sola), entró a los sanitarios del lugar, y se dio cuenta que la puerta no cerraba bien, emparejo la puerta, cuando ella apenas iba a vestirse nuevamente, un sujeto desconocido entró al baño donde ella se encontraba desnuda y le dijo que *“algo iba a suceder”*, el individuo la sujetó de las muñecas y la empujó con fuerza hacía una pared y la agredió sexualmente. Una vez sola en el baño, la joven se limpió y vistió nuevamente, se lavó las manos y se reunió de nuevo con sus amigos sin hacer ningún comentario.

4.2 Evaluación.

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN EN CRISIS (Slaikeu, 2000).

Objetivo: Brindar los primeros auxilios psicológicos a la usuaria con el fin de reestablecer un equilibrio emocional y salvaguardar la integridad física de Sonia.

1. *Contacto Psicológico.*

Sonia se mostraba rechazo hacia el tratamiento, ya que en ese momento no estaba interesada en recibir el apoyo psicológico que requería y había asistido a la terapia obligada por su madre quién la llevo al consultorio, así que la terapeuta expuso la forma de trabajo en la terapia y los beneficios que podría obtener si ella decidía abrirse al tratamiento psicológico. Después Sonia accedió a narrar como se suscitó la violación y a recibir ayuda psicológica.

La terapeuta mostró solidaridad, empatía, comprensión y flexibilidad durante toda la sesión con el fin de lograr que Sonia narrará lo acontecido de la forma que quisiera para que se suscitara la descarga emocional. En repetidas ocasiones, se invitaba a Sonia al dialogo, ya que ella no mantenía la plática y guardaba silencio.

Se procuró no interrumpir a la usuaria durante su discurso y se le incitaba a expresarse de la manera que se sintiera más cómoda, esto para liberar la angustia, el enojo y la impotencia que se resistía a liberar mientras hablaba. En todo momento se le brindó apoyo psicológico y se respetó las formas en las cuales se expresaba.

2. *Dimensiones del Problema (Evaluación CASIC):*

- a. **Conductual:** los cambios más significativos a nivel conductual son que la paciente no duerme las horas suficientes, ha dejado de comer de manera normal, ya no asiste a plazas ni a fiestas con sus amigos, procura no relacionarse con hombres, usa ropa holgada, descuida su aspecto físico, se aísla.
- b. **Afectivo:** en este ámbito Sonia comenta sentirse humillada, perdida, “*sin ganas de nada*”, con miedo, impotencia y frustración.
- c. **Somático:** en ésta área la usuaria comenta sentirse cansada, con dolores frecuentes de cabeza, dolor y ardor en el área genital, sensación de fatiga y cansancio.
- d. **Interpersonal:** con respecto a sus relaciones familiares y amigos, Sonia comenta que recibe más atención por parte de sus familiares, pero solo para hablar del abuso, comenta que el único apoyo real que ella percibe es el de su mejor amigo. La relación con su hermana no es satisfactoria y comenta que es mala, porque no la apoya.

e. **Cognitivo:** los pensamientos más frecuentes que tiene la usuaria son: “*fue mi culpa por haber ido al bar*”, “*yo no debí de haberle dicho nada a nadie*”, “*fue mi culpa por no defenderme*”, “*soy una inútil, no me pude defender*”, “*fue mi culpa, yo sabía que esas cosas pasan, y fui al bar de todas formas*”.

Por otro lado, Sonia se siente humillada, perdida, confundida con mucha impotencia y con miedo.

3. *Riesgos de mortalidad, suicidio y homicidio.*

Pesé al evento del cual fue receptora, Sonia no presenta ideación ni conducta suicida, tampoco sentimientos de venganza, lo que ella quiere es estar tranquila y que se haga justicia.

4. *Soluciones Posibles.*

Junto con la usuaria se realizó un listado de todas las alternativas posibles que propiciaran la resolución de la situación de forma eficiente y que tuviera efectos positivos para la mejora y el bienestar emocional de Sonia. La terapeuta inició proponiendo una solución (acceder al tratamiento psicológico), después, se motivó a la usuaria para que fuera ella quién generara el resto de las soluciones.

5. *Toma de decisión y seguimiento.*

Una vez que la usuaria reconoció las posibilidades que tenía para proceder, se acordó continuar con el tratamiento farmacológico para evitar el contagio de enfermedades e infecciones de transmisión sexual y seguir con el proceso de la denuncia en el ministerio público, así mismo, Sonia accedió asistir a una sesión posterior, para establecer las condiciones que ella creía pertinentes y así poder iniciar con un tratamiento psicológico que la ayudara afrontar el evento.

ENTREVISTA INICIAL SOBRE VIOLENCIA SEXUAL (PIAV, 1992). VER ANEXO.

Objetivo: Obtener información relevante que permitan entender el contexto en el cual se desarrolla la vida cotidiana de la usuaria, además de indagar e identificar los datos del ataque sexual.

Datos Demográficos.

La usuaria vive en un departamento de la ciudad de México con su madre y hermana, actualmente estudia la preparatoria y asiste a una escuela especial para

aprender idiomas. Debido a que sus padres están divorciados, solo tiene contacto con su padre una vez al mes ocasionalmente. Actualmente no sostiene ninguna relación de pareja, y no practica ninguna religión.

Datos Físicos.

La usuaria mide 1.60 cm aproximadamente, es de complexión delgada y tez morena clara, cabello largo negro y ondulado, ojos grandes de color café, nariz pequeña y boca mediana con labios delgados. Sus manos son grandes, tiene las uñas largas y limpias, sin embargo, su apariencia es de descuido, viste con colores oscuros y no usa maquillaje.

Datos Económicos.

El ingreso de la familia asciende a \$15,000.00 mensuales siendo la madre de la usuaria la única que contribuye al sostén económico de la familia.

Datos de la Agresión.

El evento se suscitó el día viernes 2 de septiembre 2016 a las 18:00 hrs en un bar concurrido de la ciudad de México, Sonia llegó ahí con cinco de sus amigos para celebrar su cumpleaños, esperaron que les dieran una mesa y ordenaron unos tragos. Mientras esperan que les dieran sus bebidas, la usuaria se levantó para ir al baño (sola), al entrar se dio cuenta que la puerta no cerraba bien. Posteriormente, cuando Sonia se estaba vistiendo, un sujeto desconocido entró al mismo baño donde se encontraba la usuaria, él la vio y le dijo "Aquí va a pasar algo" con un tono amenazante, a lo que la usuaria respondió que nada iba a suceder, ella intentaba vestirse rápidamente, pero el individuo la sujetó de las manos con mucha fuerza y la empujó contra una de las paredes, se desabrochó su cinturón, bajó su pantalón y penetró a Sonia vía vaginal.

La agresión tuvo una duración de entre 10 a 20 minutos, el sujeto se burlaba de Sonia al verla llorando y agazapada en una esquina del baño, el individuo se vistió y salió rápido del cuarto sin decirle nada. Posteriormente, Sonia se vistió, se lavó la cara y manos, salió del baño y se reunió con sus amigos sin hacer ningún comentario.

Datos del Agresor.

Se trata de un sujeto desconocido con una edad aproximada de 20-22 años de complexión robusta, alto (1.70 cm aproximadamente), con boca y nariz grandes, ojos

medianos de color café oscuro, cabello corto de color negro y tez blanca. Vestía playera amarilla con franjas blancas, pantalón de mezclilla azul y tenis blancos.

La usuaria no recuerda a ver observado alguna seña en particular, sin embargo, Sonia señala que pese a que su aspecto físico era normal, “*como el de cualquier tipo*”, el sujeto tenía un olor muy fuerte a alcohol. Debido a que durante el ataque la usuaria cerró los ojos, comenta que difícilmente lograría reconocerlo y situarlo.

Datos de la Víctima.

La usuaria vestía un pantalón palazzo (tipo overol) de colores y escotado en la espalda, usaba sandalias y tenía el cabello suelto. Durante el ataque la usuaria intentó defenderse pero se paralizó y no pudo hacer nada. Se sentía con mucha impotencia, los pensamientos que tuvo al momento que el sujeto la penetra vía vaginal fueron: “*¿Por qué no te defiendes?, ¿Por qué no haces nada?, ¿por qué tuvo que pasarme a mí?*”

Datos posteriores a la Agresión.

Debido a que Sonia se encontraba menstruando, después del ataque, se dirigió al lavabo y se limpió con agua las ingles y los muslos. Posteriormente, se lavó las manos y la cara, se vistió y salió para reunirse con sus amigos en la mesa, no hizo ningún comentario, trato de “*aparentar que estaba feliz por su cumpleaños*”, estuvo en el lugar aproximadamente una hora y media.

Se retiró del lugar a las 19:30 hrs, se despidió de sus amigos y abordó un autobús que la llevaría unas calles cerca de su domicilio. Cuando bajó del autobús, llamó por teléfono a su mejor amigo, en ese momento lloró de manera incontrolable y le dijo que lo esperaba en el estacionamiento del edificio, colgó pues no pudo seguir hablando. Alrededor de las 20:30 hrs se encontró con su amigo, le contó lo sucedido, éste reaccionó abrazándola.

Después, él llamó por teléfono a la madre de Sonia para explicarle lo sucedido, posteriormente, se reunieron en casa de la usuaria, la madre de Sonia llamo al LOCATEL para informarse sobre que tenía que hacer, alrededor de las 21:30 hrs salieron todos juntos en dirección a la Procuraduría General de Justicia del Ciudad de México (PGJCDMX) para levantar la denuncia.

Aspecto Legal.

La usuaria en compañía de su madre levantaron una denuncia el mismo día del ataque, Sonia fue sometida a interrogatorios, exámenes médicos y psicológicos, durante su declaración, la usuaria comenta haberse sentido humillada y expuesta ante el personal de la PGJCDMX.

Actualmente ella asiste a terapias psicológicas de grupo en las mismas inmediaciones de la Procuraduría, en palabras de la usuaria: *“para que mi línea de investigación no se pierda, me dijeron que era un requisito”*.

Aspecto Médico.

No hubo ninguna anomalía en el examen médico, Sonia ingirió anticonceptivos de emergencia para evitar una concepción después del ataque, además, fue sometida a un tratamiento farmacológico estricto para evitar enfermedades e infecciones de transmisión sexual.

Aspecto Psicológico.

Previo al ataque la usuaria pensaba que estas agresiones ocurrían en las primeras horas del día o a altas horas de la noche, que todos podían ser víctimas ya que *“cualquiera puede cometer estos ataques”*. Ella creía que por lo general, las mujeres *“guapas”* o *“atractivas”* eran las que más posibilidades tenían para que les ocurriera una agresión sexual, nunca pensó que a ella también le podía ocurrir debido a que siempre prefiere *“pasar desapercibida”*.

Historia Victimológica.

Éste fue el primero y el único ataque para la usuaria, lo cual generó en Sonia enojo, frustración, vergüenza e impotencia. La usuaria también expreso sentirse *“humillada, sin ganas de vivir”*, pese a ello, no ha presentado ideación ni intentos suicidas, tampoco sentimientos de venganza.

Consecuencias.

A continuación se muestran las consecuencias posteriores al ataque que presento la usuaria, los ámbitos emocional, cognitivo, afectivo y conductual se clasifican señalando su frecuencia y ocurrencia.

Emocional, cognitivo y afectivo.

Tabla 7. Frecuencia y ocurrencia de los cambios emocionales, cognitivos y afectivos evaluados en la Entrevista Inicial sobre Violencia Sexual.

| Consecuencias | NO | A veces (1xsem) | Regular (3xsem) | General (5xsem) | Siempre (diario) | Observaciones |
|--------------------------------|----|--------------------|--------------------|--------------------|---------------------|---|
| Enojo | | X | | | | Por períodos medios durante el día. |
| Asco | | | | X | | Sensación de estar sucia. |
| Pesadillas | | | | | X | Imágenes relacionadas con el evento. Miedo a que el resto de sus familiares se enteren. |
| Vergüenza | | | | X | | |
| Inseguridad | | | | | X | Aumenta cuando está sola. |
| Baja Autoestima | | | | | X | |
| Obsesión respecto al ataque | | | X | | | |
| Frustración | | | | | X | |
| Impotencia | | | | | X | |
| Autoconcepto negativo | | | | | X | Insatisfacción con la persona que es ahora. |
| Pánico | X | | | | | |
| Autodestrucción | X | | | | | |
| Deseos de morir | X | | | | | |
| Desamparo | X | | | | | |
| Hostilidad hacia los hombres | | | X | | | Sobre todo si son desconocidos. |
| Sentimiento de enojo u odio | | | X | | | |
| Sentimiento de venganza | X | | | | | Mencionó que cosas así no deberían de ocurrirle a nadie. |
| Desconfianza hacia los hombres | | | | X | | |
| Preocupación por opinión | | | | X | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|-------------------------------|
| de otros | | | | | | |
| Expectativas negativas | | X | | | | |
| Tristeza | | X | | | | |
| Rebeldía | X | | | | | |
| Aislamiento | | | | X | | |
| Agresión | | | X | | | |
| Explosiones repentinas | | | | X | | |
| Sobregeneralización | | | | X | | |
| Catastrofizar | | | | X | | |
| Miedo a estar sola | | | | X | | |
| Miedo a salir de noche | | | X | | | |
| Miedo a los lugares cerrados | | X | | | | |
| Miedo a los lugares abiertos | | X | | | | |
| Miedo a sentir que la siguen | | | | | X | |
| Miedo a ser nuevamente violada | | | | | X | |
| Miedo a los hombres extraños | | | | | X | No se puede confiar en nadie. |
| Miedo a personas con autoridad | X | | | | | |
| Miedo a quedarse sola en el autobús | X | | | | | |
| Miedo a caminar sola de día | | X | | | | |
| Miedo a caminar sola de noche | | | | X | | |
| Otro: Miedo a que no se haga justicia | | | | | X | |
| Cuando pienso en lo que sucedió, me doy cuenta de que yo debería: <i>“ya no debería de existir”</i> | | | | | | |
| Ahora que esto (ataque) pasó: <i>“Voy a superar esto, porque no es justo estar así, voy a salir a delante”</i> | | | | | | |

Conductuales.

Tabla 8. Cambios conductuales evaluados en la Entrevista Inicial sobre Violencia Sexual.

| Consecuencias Cambios en las siguientes actividades: | No | Sí, menos | Sí, más | Sin cambios | Observaciones |
|---|---|-----------|---------|-------------|--|
| Hábitos de aseo | | X | | | |
| Hábitos de sueño | | | X | | |
| Hábitos de alimentación | | X | | | |
| Consumo de tabaco | X | | | | |
| Consumo de Alcohol | | X | | | Mencionó que jamás volverá a beber alcohol. |
| Consumo de drogas | X | | | | |
| Abuso de medicamentos | X | | | | |
| Dependencia hacia alguien | X | | | | |
| Dependencia de TV o radio | | | | X | |
| Cambio de número telefónico | | | | X | |
| Aumento de trabajo | | | X | | Prefiere hacer tareas y trabajos académicos para no pensar en lo ocurrido. |
| Actividades de esparcimiento | X | | | | |
| Cambio de domicilio | X | | | | |
| Otro: | | | | | |
| NO | Ahora que sucedió el ataque estoy: | | | | SÍ |
| | Muy satisfecha (o) con mi vida | | | | |
| | Moderadamente satisfecha (o) | | | | |
| | Bastante satisfecha (o) | | | | X |
| | Poco satisfecha (o) | | | | |
| | Insatisfecha (o) | | | | |
| Cuáles eran sus actividades preferidas: | Ir al teatro, leer. | | | | |
| | Salir a plazas o al cine con mis amigos. | | | | |
| | Salir a fiestas familiares o con amigos. | | | | |

Familiares.

Con respecto a la dinámica familiar, Sonia comenta que no ha tenido ningún cambio, ya que su madre trabaja todo el día y casi no habla con ella, la relación que tiene con su hermana no es satisfactoria debido a que no conviven y ambas se muestran indiferentes, lo cual genera múltiples discusiones. Respecto a la relación con su padre, comenta que es mala, ya que no la apoya y pone pretextos para no asistir con ella cuando la citan en la Procuraduría.

Sexuales y de Pareja.

Sonia tenía casi un año sin ninguna relación amorosa, por tal motivo no existen cambios después de recibir la agresión, inicio su vida sexual a los 18 años con su entonces novio con quien mantuvo una relación de dos años, dijo que en una sola ocasión llegó a tener relaciones sexuales coitales, lo cual resultó placentero en ese momento.

Actualmente, la usuaria no está interesada en establecer una relación de noviazgo ni tampoco tener relaciones sexuales. Cuando se le pregunto porque tenía esa postura, la usuaria respondió: *“simple, no quiero. Me siento muy lastimada, no quiero*

Económicas.

Los gastos médicos y legales que generaron el ataque a Sonia, no repercuten de manera directa en la economía de la familia, ya que la usuaria dijo que su madre tiene un trabajo *“bien remunerado”*, además, el padre ocasionalmente brinda apoyos económicos a Sonia para sus gastos personales.

Laborales y Escolares.

Sonia no trabaja, es estudiante de bachillerato y se encuentra recursando materias debido a que se ausento durante un año de la escuela para vivir con su padre, durante ese periodo abandono sus estudios debido a la mala relación que sostenía con su padre, sin embargo, prefirió regresar a vivir con su madre y hermana y retomar su preparación académica.

La usuaria comenta que tiene buenas notas y le agrada asistir a clases, le causa problemas participar de forma oral, pero intenta cumplir con todos los criterios que los profesores le solicitan, pese a que se siente atemorizada e insegura cuando sale a la calle para dirigirse a sus clases, comentó que no piensa abandonar sus

estudios, ya que le parece una injusticia desistir de sus metas después de vivir un abuso sexual.

Dentro de la literatura se ha encontrado que el uso de pruebas proyectivas en la evaluación psicológica permiten al psicólogo tener un entendimiento completo del ámbito cognitivo y conductual del individuo, es por medio de estas pruebas que se logra conocer parte de la propia perspectiva de la persona, lo cual es de gran utilidad ya que permiten al terapeuta entender e identificar aspectos relevantes que la persona con dificultad podría expresar de forma verbal.

TEST DE LA FIGURA HUMANA DE KAREN MACHOVER. (Portuondo, 2007).

Objetivo: Identificar mediante la proyección aspectos como el autoconcepto, la satisfacción corporal y los rasgos de personalidad que posee la usuaria.

Los resultados del test muestran, por la figura en sí, sentimientos de inadaptación y de inferioridad, una sobrevaloración del entorno, ya que lo percibe como abrumador, una carencia de estabilidad emocional y actitudes de sumisión. Por el trazo, se muestran índices de evasión de responsabilidades, de poca motivación para terminar las actividades iniciadas. En cuanto a la posición, se encontraron indicadores de timidez, alto nivel de frustración, introversión, y sentimiento de fracaso.

También se hallaron rasgos de ansiedad elevada, necesidad de dar una apariencia optimista y positiva ante el medio, tensión interna, represión, agresividad a nivel verbal, compulsividad, necesidad de contener la influencia del medio y percibe al sexo opuesto como hostil y agresivo.

TEST PERSONA BAJO LA LLUVIA (Querol y Chávez, 2005).

Objetivo: Conocer los rasgos de personalidad las habilidades sociales y las habilidades de afrontamiento que se presentan en la usuaria, además de conocer la percepción que tiene con respecto al medio que la rodea.

En esta prueba, se encontraron rasgos de personalidad como; agresividad, introversión, tendencia a la depresión, timidez, ansiedad y angustia. También se encontró que las habilidades para relacionarse con el medio son escasas al igual que las habilidades de afrontamiento.

Por el trazo y la cantidad de lluvia, los indicadores señalan que percibe el entorno como hostil y abrumado, agobiante y agresivo, donde las figuras de autoridad

exigen altas expectativas generando inseguridad y sentimientos de fracaso, desprotección y abandono.

TEST DE LA FAMILIA (s/f).

Objetivo: Identificar el tipo de dinámica familiar, las dificultades de adaptación y la percepción de inclusión que tiene la usuaria con respecto su núcleo familiar.

En esta prueba se encontraron indicadores de ansiedad y angustia latente, evasión, ocultamiento de algún tema en específico temor a ser descubierto, desvalorización, sentimiento de olvido y descuido.

Sentimiento de poca aceptación e inclusión en la familia, no existen rasgos de una comunicación efectiva y asertiva en la dinámica familiar, además de que no se encontraron vínculos afectivos significativos para la usuaria. El dibujo en sí no corresponde con la realidad, muestra rasgos de infantilismo no correspondientes con la edad de la usuaria, no hay satisfacción con la dinámica familiar.

4.3 Tratamiento.

Técnicas de Relajación. (Payé, 2002).

Al hablar de relajación en la mayoría de los casos el término se usa para referirse a la relajación de los músculos, significa contraposición al acortamiento que acompaña a la tensión o contracción muscular. No obstante, puesto que la relajación tiene una dimensión tanto mental como física, esta definición está limitada al ámbito físico únicamente.

Debido al nivel elevado de ansiedad que presentaba la usuaria, fue necesario apoyarla a relajarse, por lo cual se le enseñó el proceso de relajación mediante el control de la respiración.

Control de la Respiración.

La respiración es un proceso automático gobernado por centros en el tronco cerebral (puente y médula). Estos activan el diafragma y los músculos costales para abrir la caja torácica que se expande en tres direcciones: verticalmente, lateralmente y posteriormente. La presión negativa en la cavidad pleural arrastra los pulmones hacia fuera, provocando que el aire sea succionado hacia dentro.

La relajación de los mismos músculos provoca el retroceso de las estructuras torácicas y la expulsión del aire. (Payné, 2002).

Los ejercicios de respiración que práctico la usuaria en las sesiones fueron los siguientes:

- Inspiración abdominal: dirigir el aire inspirado a la parte baja de los pulmones, para ello se debe colocar una mano en el vientre y otra encima del estómago. Esto permitirá percibir el movimiento al respirar en la mano situada sobre el vientre, no así en la mano situada sobre el estómago. Al principio puede parecer difícil, pero es una técnica que se controla entre 15 o 20 minutos.
- Inspiración abdominal y ventral: se debe dirigir el aire inspirado a la zona inferior y media de los pulmones. Es similar al ejercicio anterior, con la diferencia que una vez llena la parte inferior se debe llenar la zona media de los pulmones. Se notar movimiento primero en la mano que esta sobre el abdomen y después en la mano que se encuentra sobre el vientre.
- Exhalación: en este ejercicio se repiten los pasos de los ejercicios anteriores, hasta llenar por completo los pulmones, es decir, se inicia inspirando y llenando la zona baja (abdomen), después la zona media (estómago, y finalmente la zona alta (el pecho). Después para exhalar el aire contenido, deben cerrarse los labios de tal forma que al expulsar el aire se produzca un breve resoplido. La exhalación debe ser pausada y controlada.
- Generalización: este es el ejercicio crucial, se le explico y se practicó varias veces con la usuaria, se le dijo que debía intentar hacer los tres ejercicios descritos anteriormente de manera continua y repetir las veces que fueran necesarias para lograr controlar la ansiedad y el estrés que se hicieran presentes. Se realizó el conjunto de ejercicios de manera continua en diferentes posiciones (acostada, sentada, de pie), y se le indico que debía practicar en situaciones diversas tales como ambientes ruidosos, con poca luz, con mucha gente alrededor, sola entre otras.

Estrategia de Indagación “Yo soy” (PIAV, 2002-2004).

Con el fin de identificar los pensamientos recurrentes que tenía Sonia sobre sí misma, se empleó la estrategia de indagación denominada YO SOY, la cual consiste en preguntar de manera indirecta a la usuaria, algunos puntos de referencia que permitan identificar posibles rasgos de personalidad. Se le hicieron cinco preguntas. Se le pidió

que utilizara la creatividad y respondiera cada pregunta explicando las razones de la respuesta que daba. Las respuestas de la usuaria fueron las siguientes:

1. Si fueras un planeta, ¿Cuál serías?

R: *Marte, porque es cálido y es rojo, y a mí me gusta el rojo.*

2. ¿Qué automóvil se parece a ti?

R: *Yo creo que un Cadillac, sería un Cadillac blanco, porque son autos elegantes y amplios y puede viajar toda la familia junta.*

3. Si formarás parte de la naturaleza, ¿Qué paisaje serías?

R: *Sería un riachuelo, bueno un río, más bien un riachuelo que va creciendo y forma un río, porque va tomando fuerza y se lleva todo.*

4. ¿Qué tipo de casa serías?

R: *Una cabaña en el bosque, con muchas ventanas para que el Sol entre en mí cada que amanezca, siempre me han gustado los lugares aislados, estar tranquila sin tanta gente.*

5. ¿Qué tipo de árbol consideras que te describe?

R: *Yo creo que un cerezo, porque son escasos y solitarios, además se requiere de mucho tiempo para que florezcan y cuando lo hacen son únicos.*

Una vez que la usuaria respondió las preguntas se le determino que es una persona introvertida, con inseguridades sobre sus habilidades y cualidades, con estilos de afrontamiento poco claros y deficientes, con tendencia al aislamiento, añoranza por la estabilidad en la dinámica familiar y con metas personales obstaculizadas por las figuras de autoridad y falta de confianza en sí misma.

Después de dialogar con Sonia sobre los rasgos de personalidad encontrados, se le explico que había formas de cambiar algunos pensamientos que no le eran funcionales y ocasionaban un freno en su desarrollo personal, así que se acordó seguir avanzando en el tratamiento.

Terapia Racional Emotivo Conductual. (Ellis, 1988).

Albert Ellis, afirmó que somos seres racionales e irracionales al mismo tiempo, descubrió una serie de pensamientos o creencias irracionales que se encuentran en la base de la mayoría de nuestros problemas. Consideraba que, cambiando estos pensamientos por otros más adecuados y racionales, las dificultades podían

superarse (Roca s/f). Aunque nuestra vida no va a cambiar con sólo conocer estas ideas irracionales, puede sernos muy útiles para descubrir que se encuentra en la base de nuestro comportamiento y empezar a ver con ojos muy distintos nuestra vida, incluidos los problemas y las preocupaciones.

Cuando los individuos intentan conseguir sus metas se van encontrando con acontecimientos activadores (A) que les permiten o dificultan la consecución de sus metas en función de la valoración que realicen. Ellis propone el modelo A-B-C para analizar relaciones entre acontecimientos, cogniciones y consecuencias. Los acontecimientos activadores (A) por si mismos no provocan consecuencias emocionales, conductuales o cognitivas (C); estas dependerán de cómo se perciba o interprete (B) dicho acontecimiento activador. Las creencias B sobre A explican la respuesta C, siendo B el mediador entre A y C. También se reconoce influencia de A sobre B y C, y de C sobre A y B. Un elemento activador A (enfermedad) puede producir consecuencias emocionales, conductuales y cognitivas (C) y generar, al mismo tiempo, una serie de creencias (B).

Los seres humanos no pueden tener experiencias (A) sin hacer inferencias sobre ella (B) que siempre tendrán consecuencias (C). Difícilmente se percibe, interpreta o valora (B) y se actúa, se siente o se piensa (C) si no hay ningún elemento activador (A). LA TREC se ha centrado en resaltar la repercusión de las creencias racionales e irracionales (B) en las consecuencias emocionales y en la consecución de las metas y propósitos

Figura 2. Proceso A B C de Albert Ellis. (Gioteca, 2017).



Debate Socrático (Guerra, s/f).

Se debe entender que el debate es la técnica preferencial de trabajo de la Terapia Racional Emotiva, y que es indispensable realizarlo de una manera adecuada, para obtener algún resultado beneficioso para el usuario. Esto implica que el terapeuta, posea una serie de características para detectar el pensamiento irracional del usuario y comunicárselo de forma asertiva y así iniciar con el dialogo, siempre teniendo en cuenta el objetivo establecido durante la sesión.

Existen diversos estilos de debate, en el caso de Sonia, se empleó el debate socrático es un método de preguntas dirigidas de parte del terapeuta y que tienen por meta lograr que el consultante descubra los verdaderos orígenes de su comportamiento y sentimientos. La finalidad es facilitar el autodescubrimiento por parte de la usuaria, para detectar, debatir y modificar los pensamientos irracionales que presenta.

Detección de Pensamientos Irracionales.

Los pensamientos irracionales detectados durante el debate socrático, en su mayoría eran similares y se repetían con frecuencia durante el discurso de Sonia, a continuación se muestra una comparación entre los pensamientos irracionales propuestos por Ellis y los que presentaba la usuaria y el pensamiento pensamientos funcionales por los que fueron remplazados.

Tabla 9. Comparación de los pensamientos irracionales. (Creación propia).

| Pensamiento Irracional Propuesto Por Ellis | Pensamiento Disfuncional De Sonia | Pensamiento Funcional. |
|---|--|--|
| Sólo se es valioso cuando se es muy competente, autosuficiente y capaz de conseguir cualquier cosa | <i>Nunca voy a poder superar esto.</i> | <i>Aunque las cosas sean difíciles, creo que si trabajo en el resolverlo puedo lograrlo.</i> |
| Si algo terrible va a suceder o puede ocurrir debemos inquietarnos y no dejar de pensar en ello. | <i>Es mi culpa que mi madre se sienta mal por lo que sucedió.</i> | <i>Entiendo que mi madre se haya sentido mal por lo que me pasó, pero creo que si a ella le pasará algo igual, yo reaccionaría como ella.</i> |
| Es inevitable que lo que nos ocurrió en el pasado siga afectándonos | <i>Ese tipo me quito la vida, ya nada tiene sentido.</i> | <i>Hay personas que hacen cosas malas sin pensar en las consecuencias de sus acciones, en mi caso si me dolió mucho, pero puedo superarlo y ser mejor que antes.</i> |
| Si las cosas no van por el camino que deseamos, debemos sentirnos tristes y apenados. | <i>Cuando el resto de mi familia se enteré van hablar mal de mí.</i> | <i>No puedo controlar lo que el resto de la personas digan de mí, pero si puedo decidir cómo interpretarlas.</i> |
| Las personas no actúan como deberían, son malvadas y deberían ser castigadas por su maldad. | <i>Yo sé que no todos los hombres son iguales, pero si son malos.</i> | <i>Yo creo que tanto los hombres como las mujeres decidimos si somos buenos o malos.</i> |
| Cada persona tiene lo que merece. | <i>Siempre me pasan las peores cosas, y es por mi culpa.</i> | <i>Es difícil controlar todo para que las cosas salgan como yo quiero, y a veces puedo equivocarme sin darme cuenta, pero eso no está mal, puedo corregirlo.</i> |
| Uno debe preocuparse por los problemas y perturbaciones de los demás. | <i>Es mi culpa que mis padres se hayan separado, yo siempre se lo reproche a mi madre.</i> | <i>No puedo decidir sobre la vida de los demás, tengo respetar sus decisiones por mucho que no me gusten, así ellos también van a respetar las mías.</i> |
| La persona adulta necesita ser amada y aprobada por todo el que le rodea. | <i>No puedo confiar en nadie, nunca.</i> | <i>Seré más cuidadosa al momento de elegir amistades, creo que aunque existen tipos malos, no todos son iguales.</i> |
| La desgracia humana viene del exterior y las personas tienen poca o ninguna capacidad para controlarla o superarla. | <i>Esto que me pasó fue culpa mía, por mentirle a mi madre.</i> | <i>Le pudo haber sucedido a cualquiera, no le dije que me agrediera ni hice nada, así que no soy responsable de las cosas que hace ese tipo.</i> |

Estrategia de motivación “El barco” (PIAV, 2002-2004).

Una vez que detectados y modificados los pensamientos disfuncionales de la usuaria, se estableció trabajar para mejorar el autoconcepto y aumentar la autoestima de Sonia, con el fin de evitar regresiones en las formas de pensar y verse a sí misma. Para ello, se empleó la estrategia de motivación denominada *El Barco*, las instrucciones fueron las siguientes:

“Aquí tienes varios materiales (hojas blancas, marcadores, lápices de colores, crayolas, gises.) debes hacer un barco de papel, y una vez que esté terminado, debes usar la creatividad y decorarlo”.

Una vez que estuvo terminado el barco de papel se hizo una analogía, de forma hipotética el barco estaba navegando en un mar lleno adversidades (en este punto cada adversidad se nombraba con experiencias dolorosas del pasado de Sonia), al final, se concluyó que sin importar que tan *“adverso sea el océano”*, el barco puede salir a flote convirtiéndolo en un salvavidas.

Cuando se formó un salvavidas con el mismo papel con el que se había hecho el barco, se le pidió a la usuaria que escribiera en él todas sus virtudes, características y habilidades, una vez hecho esto, debía guardarlo, llevarlo con ella a todos lados y leerlo cuando sintiera que tristeza, melancolía o se sintiera insegura.

Entrenamiento en Habilidades Sociales. (Caballo, 1993).

La habilidad social es la capacidad compleja para emitir conductas o patrones de respuesta que optimicen la influencia interpersonal y la resistencia a la influencia interpersonal no deseada (eficacia en los objetivos), mientras que al mismo tiempo optimiza las ganancias y minimiza las pérdidas en la relación con la otra persona (eficacia en la relación), y mantiene la integridad y sensación de dominio (eficacia en el respeto a uno mismo).

En ese sentido, el entrenamiento en habilidades sociales (EHS) diseñado para Sonia estuvo basado en dos puntos: 1) *Autocontrol* y 2) *Conducta Asertiva*

Las fases del EHS fueron las siguientes:

- **Psicoeducación:** consistió en explicar a la usuaria cuales eran los componentes del EHS, los conceptos de conducta pasiva, agresiva y asertiva, identificar situaciones donde se pudieran presentar dichas conductas.
- **Definición e instrucciones de las técnicas a emplear:** una vez que se detectaron las situaciones conflictivas para la usuaria, se instruyó el procedimiento de diversas técnicas a emplear (modelado, ensayo conductual, role playing), también se le informo a la usuaria cual sería la forma asertiva en la resolución del conflicto, del mismo modo se incitó a Sonia para que propusiera alternativas y formas de respuestas asertivas para solucionar la situación hipotética de forma asertiva.
- **Practica de en situaciones reales en la vida de Sonia:** en este punto del entrenamiento se simularon situaciones que acontecen en la vida de la usuaria y ella resolvió de forma asertiva las problemáticas, se le cuestionó su sentir después de cada ensayo y se brindó una retroalimentación reconociendo las conductas asertivas y de autocontrol y corrigiendo los puntos débiles.
- **Generalización:** después de avanzar en el entrenamiento, se le indico a Sonia que practicará utilizar lo aprendido en las fases anteriores llevándolo a diversos escenarios por ejemplo, en la escuela, con sus amigos y el resto de sus familiares.

Después de concluir con las fases del EHS, Sonia reconoció tener una conducta pasiva la mayor parte del tiempo, lo cual, generaba en ella inseguridad para opinar o hacer algunas actividades, ahora la usuaria sabe expresarse de forma asertiva y efectiva con las personas que la rodean y se reconoce como una persona valiosa y única que merece respeto.

Plan de Vida. (Velázquez s/f).

En esta parte del tratamiento, se realizó un plan de vida a corto, mediano y largo plazo, tomando en cuenta el ámbito personal, familiar, académico, sexual y de

pareja. En todo momento se motivó a la usuaria para que fuera ella quien propusiera y estableciera las tareas a realizar y las metas por alcanzar.

De tal forma que el plan de vida de Sonia quedó organizado como se muestra en las siguientes tablas:

Ámbito Personal

| | Plazo | | |
|--------------------|--|---|---|
| | Corto | Mediano | Largo |
| Aspecto Individual | Reconocer que es una persona valiosa, única e irrepetible con grandes virtudes. Motivarse a cumplir sus metas, reconocer sus logros y habilidades. Evitar en lo posible autosabotaje y los comentarios despectivos hacia su persona. | Hacer uso del EHS con mayor frecuencia para tener mejor comunicación con otros. Iniciar con una actividad de interés ya sea de recreación o entretenimiento que fomente el desarrollo personal | Cambiar el autoconcepto actual, por uno donde resalten sus habilidades, virtudes y características personales de forma positiva que le recuerden que es una persona, valiosa y única. |

Ámbito Familiar

| | Plazo | | |
|-----------------------------|---|---|---|
| | Corto | Mediano | Largo |
| En relación con su entorno. | Poner límites claros con familiares y amigos. Evitar gritar y discutir. Expresar lo que siente y piensa para que los demás la conozcan. | Proponer reglas de comunicación y repartición de las labores domésticas. Procurar resolver los desacuerdos que se presenten en lugar de evadirlos. | Involucrarse en la dinámica familiar, proponer soluciones a los conflictos que se presenten, fomentar la comunicación asertiva y efectiva para una mejor convivencia. |

Ámbito Académico

| | Plazo | | |
|--|---|---|--|
| | Corto | Mediano | Largo |
| En relación su formación académica y profesional | <p>Terminar el semestre sin adeudar materias.</p> <p>Realizar los trámites pertinentes para ingresar a la universidad.</p> <p>Iniciar con el curso de preparación para los exámenes de admisión en las universidades.</p> <p>Concluir con los estudios del idioma inglés.</p> | <p>Iniciar una carrera profesional y concluirla en tiempo y forma.</p> <p>Procurar expandir los alcances académicos y buscar un intercambio.</p> <p>Aprender otro idioma.</p> | <p>Ejercer la profesión, buscar expandir los alcances de la misma, actualizar sus conocimientos para poder apoyar en sus posibilidades a personas que lo requieran</p> |

Ámbito sexual y de pareja.

| | Plazo | | |
|--|---|--|---|
| | Corto | Mediano | Largo |
| En relación con la satisfacción personal y los vínculos afectivos. | <p>Ampliar la visión que la sexualidad no se reduce a las relaciones sexuales.</p> <p>Conocer cuáles son las zonas erógenas, autoexplorarse, erotizarse y reconocer lo que es placentero y lo que no.</p> | <p>Dar, recibir y disfrutar de las expresiones verbales y físicas de afecto.</p> <p>Intentar establecer vínculos de compañerismo y amistad con mujeres y hombres que sean de su confianza.</p> | <p>Conocer una persona, establecer una amistad, un noviazgo y formalizar un matrimonio y una familia.</p> |

4.4 Seguimiento.

Al finalizar el tratamiento, se realizaron tres sesiones de monitoreo con un intervalo de 15 días cada una, dos de ellas de manera presencial con una duración de una hora, y una última vía telefónica donde se consideró la eficacia de la intervención, se señalaron los cambios, mejorías y logros alcanzados en los siguientes ámbitos:

Familia y Amigos.

Los cambios más notorios en la dinámica familiar son que ahora Sonia es capaz de comunicarse de manera asertiva y efectiva con su hermana y evitar peleas y discusiones, además, la usuaria ahora cuenta con habilidades suficientes para negociar con su madre sobre las decisiones que toma. También es capaz de marcar límites y proponer soluciones ante una discusión, y tiene ahora la confianza suficiente para salir nuevamente a plazas con sus amigos.

Escolar.

Actualmente la usuaria está próxima a concluir sus estudios de preparatoria de manera satisfactoria, los cambios que se hallaron fueron que se sentía más segura y participaba sin pena en sus clases. Piensa ingresar a la universidad y prepararse de manera profesional.

Sexualidad y Pareja.

Con respecto a una relación de pareja, Sonia ya no muestra indicios de indiferencia ni desinterés. Quiere conocer a alguien que comparta sus intereses, sin embargo, es cautelosa y muy selectiva con el tipo de hombres con los que se relaciona, menciona “yo sé que no todos son iguales, pero una nunca sabe. Quiero ir despacio”.

Otro cambio encontrado fue la disminución en la aversión hacia las relaciones sexuales, menciona que aún no tiene deseos de practicarlas, pero que es una experiencia que le gustaría repetir en algún momento.

Autoconcepto.

Actualmente Sonia se percibe como una persona única y valiosa, interesante e inteligente, que merece respeto y que cuenta con habilidades suficientes para responder de manera funcional al medio que la rodea. Se siente “bonita” con

seguridad y confianza de la persona que es después de haber sido receptora de una agresión sexual.

Expectativas a Futuro

A corto plazo la usuaria pretende ingresar a la universidad y dedicarse de lleno a su carrera, también desea que en su próximo cumpleaños el hecho de recordar el evento de la agresión no sea motivo de una recaída y piensa realizar una exclusiva reunión familiar, a mediano plazo desea trabajar en algo que le apasione y viajar a todos los lugares donde sea posible, a largo plazo piensa casarse y formar una familia.

5 CONCLUSIONES.

Sin duda alguna, el solo hecho de pensar en un evento violento genera desconcierto, impotencia y frustración tanto en la persona que lo recibe como en la sociedad en donde acontece, ahora, pensar en un evento de violencia sexual genera de forma inevitable repulsión rechazo, irá, melancolía y un sinfín de emociones y pensamientos, no solo para quien lo recibe sino para las personas que se dedican a tratar de prevenir y frenar el acontecer de estos hechos.

Por tal motivo, las conclusiones de este trabajo, no se enfocaran en el problema de la violencia sexual, sino en lo que hay detrás de ella, en las cosas que todo mundo sabe pero que con mucho temor algunas personas expresan y otras prefieren callar.

En una sociedad como la mexicana, es difícil y peligroso ser mujer, pareciera que son vistas como cosas, es sabido que existen algunos avances sobre el respeto de a los derechos de la mujer, pero están enfocados en el plano laboral, las oportunidades de estudio, la crianza de los hijos, el derecho a los servicios de salud, dejando fuera el libre ejercicio a la sexualidad y el respeto a la figura femenina en su totalidad.

La familia mexicana tiene todo que ver con las formas en las que se transmiten las ideologías del deber ser y el deber actuar de cada persona, se castiga al que piensa y actúa diferente, sin mayor explicación que un “*eso no se hace*”, se limita la creatividad y la forma de expresar las emociones y lo que se piensa, las mujercitas y los hombrecitos juegan a ser adultos con amplio criterio y cuando “*los accidentes*” pasan, lejos de reflexionar porque ocurrieron y hacer algo para que no se repita el hecho, todo mundo pierde la cabeza buscando al “*responsable*”, lo que se busca es castigar al autor del hecho y tratar de recompensar en la medida de lo posible, a la o las persona que resultaron afectadas, pero nunca o muy pocas veces se piensa en resolver el problema.

Es fácil deducir porque en términos de violencia sexual, no se pretende solucionar y poner un alto a los femenicidios, acosos y violaciones diarias, resulta que todavía hablar sobre sexualidad es visto como un sinónimo de vulgaridad y falta de respeto, sería bueno preguntarse, ¿ a quién se le falta el respeto?.

La influencia de la región, sobretodo la religión católica, los monopolios imponiendo estereotipos de vida y de belleza, las influencias políticas y algunas tradiciones culturales empapan la forma de pensar y actuar de las personas, hay quienes desean con fervor "*ser alguien en la vida*", pero no se cuestionan en la vida de quien valdría la pena ser reconocido. Otros buscan la estética física a como dé lugar, sin importar costos, pero casi nunca se enseña como conocerse, como hacerse respetar, como valorarse y valorar al resto de las personas que se encuentran alrededor. ¿Por qué sería bueno aprender esto?

En estos tiempos donde todo tiene un valor de uso, y las personas valen por lo que tienen, se establece por alguna razón desconocida una regla de convivencia y trato, un gran ejemplo de ello, es la mujer y los niños, que durante mucho tiempo han sido y siguen siendo las poblaciones más vulnerables, siguiendo con el ejemplo, según la perspectiva masculina de la mayoría de los hombres mexicanos, la mujer tiene por alguna razón el defecto de estar incompleta, (aún no se sabe que le hace falta, o quien dijo que estaba incompleta, pero esa idea sigue viva en muchas cabezas varoniles hoy en día), y como está incompleta, algunos varones piensan que son ellos lo que hacen falta en la vida de las mujeres, y algunas madres apoyan esta idea transmitiéndola a sus hijas e hijos.

Esta idea de estar incompleta y necesitar al otro para poder tener valía y ser reconocida como una mujer, pero no como cualquier mujer, sino como una mujer valiosa, limita a muchas mujeres y son capaces de tolerar una infinidad de comentarios despectivos hacia su persona dando lugar a la violencia doméstica.

Esta "*virtud*" auto-otorgada por los hombres de ser quien hace ser y valer a la mujer es aceptada sin reproche por todos y todas, ya sea de forma directa o indirecta, pero ese mismo poder que tiene el hombre (en la mayoría de los casos, las estadísticas tienen nombre) sobre el cuerpo y la figura de la mujer el que debería ser puesto en tela juicio cuando una violación se suscita, y no la dignidad ni la valía de la mujer como persona.

Pese a los esfuerzos de las asociaciones y centros de atención a mujeres maltratadas o víctimas de violencia sexual, para que no solo sea la mujer quien volteé con ojos críticos a pensar sobre la valía como persona y el derecho a ser reconocidos, sino que también sea la familia y la sociedad quienes reconozcan y modifiquen las

formas de conducirse con las poblaciones vulnerables, los logros se ven frenados por las personas influyentes en la política, que extrañamente en su mayoría son hombres.

Este discurso no es un manifiesto feminista en defensa de los derechos de la mujer, no, nada de eso, se trata de una opinión crítica sobre el actuar de los seres humanos en estos tiempos. Pareciera que ser violado (independientemente de si se es mujer o si se es hombre), no es delito para el que viola, sino para el que recibe la agresión, pues no hizo nada, se ve como una persona débil, sin valía, pareciera que fue su culpa, ¿dónde está la lógica en esto?, ¿por qué tiene que ser la víctima receptora de todo tipo de comentarios y tratos despectivos hacía su persona?

Y no es porque el agresor tenga que ser lapidado, quemado en la hoguera o crucificado, lo lógico sería tenerlo bajo observación y asilado, pues representa un peligro para el resto de las personas, lo justo sería que a la víctima se le compensara el daño, pero, ¿cómo se compensa un ultraje de este tipo?, ¿cómo se compensa una violación no solamente al cuerpo de otra persona, sino a sus metas, a sus deseos, a sus propósitos? ¿Cómo se repara una dignidad y una imagen social?, ¿cómo se compensa?, ¿con qué se repara?

No es únicamente reparar el daño físico, sanar las lesiones y las heridas ocasionadas, resignarse a ver las cicatrices internas y externas que deja una vivencia de este tipo, no es solamente sobreponerse al evento, es aprender a vivir con ello y después demostrarse a sí mismo y al resto de las personas (aunque no sea agradable) que la capacidad de un humano aun es desconocida, pues reponerse a estos hechos y seguir actuando en pro de la vida y el bienestar social no es del todo reconocido, sin embargo es un tarea sumamente difícil.

Los esfuerzos de los profesionales de la salud y del comportamiento humano, los políticos realmente comprometidos con el cambio de normas establecidas en un código penal, los que trabajan para el respeto de los derechos humanos y el pleno desarrollo pueden ser muchos en conjunto, sin embargo debe reconocerse que comparados con la ocurrencia de los eventos de violencia y sobretodo de violencia sexual, no compensan el daño generado en una sociedad rota y corrompida por un pensamiento anticuado y temeroso de todos los aspectos que conforman al ser humano, incluyendo la sexualidad, la erotización de los cuerpos y de los corazones.

Por tal motivo, los primeros auxilios psicológicos y el protocolo de intervención en crisis son de suma relevancia al momento de asistir de manera inmediata en estos casos, de lo contrario, si una persona receptora de algún evento de violencia, en específico de violencia sexual, no recibe dicha asistencia, difícilmente se logrará un entendimiento y una integración positiva del evento traumático, trayendo como consecuencia una magnificación de los síntomas físicos y psicológicos y una tendencia hacia comportamientos suicidas o incluso delictivos.

Para finalizar, es relevante llamar a la reflexión y la autocrítica antes de permitirse juzgar a alguien por cualquier motivo. Las víctimas de violación o de algún evento de violencia son víctimas porque la mayoría los nombra así, pero son personas como cualquier otra, no están marcadas más que por el peso, el morbo y el reproche social. No hay que olvidar nunca que son personas como cualquier otra, así como cualquiera no está exento de convertirse en receptor de un evento similar, el llamado es hacia el respeto y la comprensión de lo que realmente implica esta problemática, y en la medida de lo posible, a la participación activa para frenar este tipo de hechos y formas de pensar.

REFERENCIAS.

- Acosta., M., Ávila., R., Bueno., C., Díaz., M. y Fernández., S. (2007). “*Prevención de la Violencia Sexual*”. Procuraduría General de Justicia del Estado de México. Gobierno del Estado de México.
- Asociación de Ayuda a Víctimas de Agresiones Sexuales y Violencia Doméstica (1991). León, España.
- Araos., C. (2011). “*Victimología, tipos de víctimas y delincuencia*”. Instituto Superior de Delitología Forense. Santiago, Chile.
- Caballo., V. (1993). “*Manual de Evaluación y Entrenamiento de las Habilidades Sociales*”. Siglo XXI España Editores. España: Madrid.
- García, B. (2017). Tesis. UNAM-FES IZTACALA.
- Castillero., O. (2017). “*Técnicas Cognitivo Conductuales más utilizadas*”. Psicología y Mente Recuperado de: <https://psicologiaymente.net/clinica/tecnicas-cognitivo-conductuales#>
- Código Penal Federal. Libro Segundo. Capítulo 1-Hostigamientos sexual, abuso sexual, estupro y violación. Recuperado de: <http://mexico.justia.com/federales/codigos/codigo-penal-federal/libro-segundo/titulo-decimoquinto/capitulo-i/>
- Guerra., G. (s/f). “El Debate Racional Emotivo Terapéutico”. Academia de Ciencias de New York. Recuperado de: <http://www.incocr.org/biblioteca/0005.PDF>
- Darquea, E., Jaramillo, A., Luna, M. y Malacatos, A. (2011). Intervención en crisis. Recuperado de: <http://www.slideshare.net/majitoluna12/intervencion-en-crisis-10043476>
- Diccionario de la Real Academia Española. *Definiciones. Definición de violación.* Recuperado de: <http://dle.rae.es/srv/search?m=30&w=violaci%C3%B3n>
- Diccionario de la Real Academia Española. *Definiciones. Definición de crisis.* Recuperado de: <http://dle.rae.es/srv/search?m=30&w=crisis>

- Declaración sobre los Principios Fundamentales de Justicia para las Víctimas de Delito y del Abuso de Poder. (1985). Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas.
- Ellis., A. (1988). *“Razón y Emoción en psicoterapia”*. Editorial Siglo XXI, México, D.F.
- EUPSIKE Weblog. *Terapia Humanista*. Marzo (2009). Recuperado de:
<https://grupoeupsike.wordpress.com/2009/03/10/psicoterapia-humanista/>
- García., J. (2010). *“Primeros Auxilios Psicológicos Modelo para Intervenir en Crisis Enfoque Terapéutico de Urgencia y Breve”*. Facultad de Psicología, AUQ. Querétaro.
- Hernández., E. & Gutiérrez., P. (2014). *“Manual de Primeros Auxilios Psicológicos”*. Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara. México.
- Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. (2003). Publicación científica y técnica No. 588. Washington, D. C., EUA; Organización Panamericana de la Salud.
- Instituto Nacional de las Mujeres. (2010). *Protocolo de Investigación de los Delitos de Violencia Sexual hacia Mujeres*. México.
- Instituto Nacional de las Mujeres (2014). *Estadísticas de violencia contra las mujeres en México*. Recuperado de:
<http://estadistica.inmujeres.gob.mx/formas/convenciones/Nota.pdf>
- Entrevista Inicial sobre Violencia Sexual (1992). Programa Interdisciplinario de Atención a la Violencia Sexual y Estudios de Género.
- Manzano-Arrondo., V. (2010). *Aspectos Psicológicos de la Crisis*. Recuperado de:
<http://institucional.us.es/compromiso/libreconf/docs/Sesion2.pdf>
- Moreno, R. (2003). Intervención psicológica en situaciones de crisis y emergencias. Recuperado de:
<http://books.google.com.pe/books?id=h4wWAMql7WkC&printsec=frontcover&dq=crisis+en+emergencias+y+desastres&hl=es-419&sa=X&ei=mJRZUvvLNomG9gSAsoHQCw&ved=0CC4Q6AEwAA#v=onepage&q=crisis%20en%20emergencias%20y%20desastres&f=false>
- National Sexual Violence Resource Center (2012). *“¿Qué es la Violencia Sexual?”*. Recuperado de: <http://www.europapress.es/sociedad/salud/noticia-consumo-antidepressivos-crece-10-espana-inicio-crisisestudio->

20100419134346.html

http://www.nsvrc.org/sites/default/files/Publications_NSVRC_Overview_Quees-la-Violencia-Sexual.pdf

Organización de las Naciones Unidas. “*Temas de Salud Violencia contra la Mujer*”.

(2016). Recuperado de: http://www.who.int/topics/gender_based_violence/es/

Organización Mundial de la Salud. “*Campaña Mundial de Prevención de la Violencia*”.

(2012-2020). Recuperado de: <http://www.who.int/topics/violence/es/>.

Organización Mundial de la Salud. “*Comprender y abordar la violencia contra las mujeres*”.

(2013).

Recuperado

de:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98821/1/WHO_RHR_12.37_spa.pdf

Pittman., F. (1990). “*Momentos decisivos, tratamiento de familias en situaciones de crisis*”. Buenos Aires: Paidós Editorial.

Portuondo., J. (2007). “*La figura Humana: Test Proyectivo de Karen Machover*”.

Biblioteca Nueva.

Procuraduría General de Justicia del Estado de México (s/f). *PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN DE LOS DELITOS DE VIOLENCIA SEXUAL HACIA LAS MUJERES, DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO*. PGJEM. Recuperado

de: <http://cedoc.inmujeres.gob.mx/ftpg/EdoMex/edomexmeta7.pdf>

Procuraduría General de la Republica. Fiscalía Especial Para los Delitos de Violencia Contra las Mujeres y Trata de Personas. Recuperado

de: <http://www.pgr.gob.mx/Fiscalias/fevimtra/Paginas/default.aspx#estadistica>

Procuraduría General de la Republica. Sistema Nacional de Atención a Víctimas.

Recuperado de: <http://www.pgr.gob.mx/Victimas/Paginas/default.aspx>

Programa Interdisciplinario de Atención a la Violencia Sexual y los Estudios de Género. “*Ruta Crítica de Evaluación*” PIAV. UNAM-FES IZTACALA.

Querol., S. y Chávez., M. (2005). *Test de la persona bajo la lluvia; adaptación y aplicación*. Lugar Editorial. Buenos Aires.

Rabelo., J. (s-f). *Primeros Auxilios Psicológicos e Intervención en Crisis desde el Trabajo Social*. Documentos de Trabajo Social No. 47. Recuperado de:

<file:///C:/Users/Maquina%2016/Downloads/Dialnet/PrimerosAuxiliosPsicologicosEIntervencionEnCrisis-3655753.pdf>

[Roca., E. \(s/f\). "La Terapia Racional Emotiva \(TRE\)". Recuperado de: http://www.cop.es/colegiados/pv00520/TRE7.pdf](http://www.cop.es/colegiados/pv00520/TRE7.pdf)

Salas., L. (2000). *Intervención en Crisis en el Abuso Sexual*. Clínica Dr. Marcial Farías. Puerto Rico.

Secretaría de Seguridad Pública. (2009). *Protocolo de Atención para Personas que han sufrido el Delito de Violación*. Secretaria de Seguridad Pública. Gobierno del Estado de México.

Silva., A. (2003). *Conducta antisocial: un enfoque psicológico*. Prax. México.

Slaikeu., K. (2000). *INTERVENCIÓN EN CRISIS Manual para práctica e investigación*. Manual Moderno. México.

Universidad Pontificia Bolivariana. *Enfoque Cognitivo Conductual: definición, objetivo y alcances*. UPB Colombia.

Vallejo., A., y Córdoba., M. (2012). *Abuso Sexual: tratamientos y atención*. Revista de Psicología. SciELO Perú. V ol. (30). No. (1).

Velázquez., S. (s/f). *"Actividades de Educación para una vida Saludable."*. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Recuperado de: https://www.uaeh.edu.mx/docencia/VI_Lectura/licenciatura/documentos/LECT1

05.pd

ANEXO



**PROGRAMA INTERDISCIPLINARIO DE ATENCIÓN A LA
VIOLENCIA SEXUAL Y ESTUDIOS DE GÉNERO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA UNAM
ENREVISTA INICIAL SOBRE VIOLENCIA SEXUAL**



| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---------------------|---------------|--------------------------|--------------|----------------------|----------------|---------------|---------------|------------------|---------|------------------|--------------|-------|
| DATOS DEMOGRÁFICOS | | | | | | | | | | Fecha: | | | | |
| Nombre del usuario: | | | | | Terapeuta: | | | | | | | | | |
| Dirección: | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono particular: | | | | Teléfono para localizar: | | | | | | | | | | |
| Edad: | | Sexo: | | F M | | Lugar de nacimiento: | | | | | | | | |
| Fecha de nacimiento: | | | | Creencia religiosa: | | | | | | | | | | |
| Escolaridad: | | Analfabeta | Primaria inc. | | Primaria | | Secundaria inc | | Secundaria | | Técnica | Preparatoria inc | Preparatoria | |
| | | Superior inc | Superior | | Otra: | | | | | | | | | |
| Estado civil: | | Soltera(o) | | Casada (o) | | Unión libre | | Viuda(o) | | Separada(o) | | | | |
| Ocupación: | | Desempleado | | Estudiante | | Comerciante | | Hogar | | Obrera | | Empleada | Otra: | |
| Dejo de estudiar por causas: | | Económicas | | Familiares | | Desinterés | | Trabajo | | Enfermedad | | Otra: | | |
| Dejó de trabajar por causas: | | Económicas | | Familiares | | Desinterés | | Enfermedad | | Otra: | | | | |
| Horario escolar o laboral: | | Matutino | | Vespertino | | Nocturno | | Mixto | | Variable | | Otra: | | |
| Con quien vive: | | Padres | | Hermanos | | Conyuge | | Hijos | | Familia extensa | | Amistades | Sola | Otra: |
| Personas con las que vive | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre | | | Parentesco | | | Edad | | Ocupación | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| Miembro de alguna agrupación: | | No | Si | Iglesia | | Club deportivo | | Asociación | | Otra: | | | | |
| Tiene amigos cercanos: | | No | Si | Específique: | | | | | | | | | | |
| DATOS FÍSICOS DEL USUARIO | | | | | | | | | | | | | | |
| Estatura: | | Peso: | | Compleción: | | Robusta | | Medio robusta | | Media | | Delgada | | |
| Señas particulares: | | | | Delgada | | Muy delgada | | Usa anteojos: | | Si | No | Si | No | |
| Cabello: | | Tes: | | Ojos: | | Nariz: | | Boca: | | | | | | |
| Lunares: | | Incapacidad física: | | Si | No | Especificar: | | | | | | | | |
| Retardo en el desarrollo: | | No | Si | Especificar: | | | | | | | | | | |
| Aspecto físico: | | Muy agradable | | Agradable | | Normal | | Desagradable | | Muy desagradable | | | | |
| Arreglo: | | Adecuado | Descuidado | Sucio | Despeinado | Maquillaje excesivo | | Desmaquillada | Sin afeitarse | | Otro: | | | |
| Vestimenta: | | Escotada | Normal | | Recatada | Otro: | | | | | | | | |
| DATOS ECONÓMICOS | | | | | | | | | | | | | | |
| Ingreso familiar en salarios mínimos | | | | Menos de 1 | 1 a 2 | 2 a 4 | 4 a 6 | 6 a 8 | Más de 8 | | | | | |
| Quiénes contribuyen al ingreso familiar | | Padre | Madre | Hermanos | | Conyuge | | Usaria | Hijos | | Otro: | | | |
| Ocupación del padre: | | Desempleado | Estudiante | Hogar | Obrero | Empleado | | Comerciante | Otro: | | | | | |
| Ocupación de la madre: | | Desempleado | Estudiante | Hogar | Obrero | Empleado | | Comerciante | Otro: | | | | | |
| Ocupación del cónyuge: | | Desempleado | Estudiante | Hogar | Obrero | Empleado | | Comerciante | Otro: | | | | | |
| Ocupación de los hijos: | | Desempleados | Estudiantes | Hogar | Obreros | Empleados | | Comerciantes | Otro: | | | | | |
| REMISIÓN AL PIAV | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Quién la trajo? | | Familiar | Amistad | Vecino | Sola | Otro: | | | | | | | | |
| ¿Cómo se enteró del servicio: | | Propaganda externa | | | Procuraduría | | CUSI | Estudiante | | Otra: | | | | |
| Algún familiar al que se pueda solicitar apoyo: | | | | Padre | | Madre | | Hermanos | | Cónyuge | | Otro: | | |
| DATOS DEL ATAQUE | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------|-------------------------|----------------------|---------------------------|------------------------|------------------|------------------|--------------|---------|--|
| Fecha: | | Día: | Lunes | Martes | Miercoles | Jueves | Viernes | Sabado | Domíngo | |
| Mes: | E F M A M J J A S O N D | Año: | | | | | | | | |
| Lugar: | Escuela | Valdío | Casa de la víctima | Casa del atacante | Coche | Calle | Baño | | | |
| | Otro: | Municipio o delegación: | | | | | | | | |
| No. De atacantes: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Mas de 5 | | | | |
| Tiempo transcurrido desde el ataque: | 1-7 días | | 1-4 semanas | | 1-6 meses | | | | | |
| | 6 meses-1 año | | | 1-2 años | | Mas de 2 años | | | | |
| Durante cuánto tiempo duró el ataque: | Minutos | Horas | Días | Semanas | Meses | Años | | | | |
| Motivo: | Miedo | Desconfianza | Falta de información | | Negación de la familia | | | | | |
| | Estado emocional o de salud | | Otro: | | | | | | | |
| Tipo de ataque: | Abuso de menores | | Incesto | Estupro | Tentativa de violación | Violación | Lesiones | | | |
| | Hostigamiento sexual | | Maltrato doméstico | | Actos libidinosos | | Otro: | | | |
| Tipo de relación sexual: | Genital | | Oral-genital | | Oral | Anal | Uso de objetos | | | |
| | Masturbación | | | Caricias sin penetración | | | Otro: | | | |
| Uso de violencia física: | No | Si leve | Si moderada | | Si grave | | | | | |
| Uso de violencia moral: | No | Si leve | Si moderada | | Si grave | | | | | |
| Uso de amenazas: | No | Si leve | Si moderada | | Si grave | | | | | |
| Uso de armas: | No | Si | Punzocortante | | Arma de fuego | | Objetos | | | |
| | | | Herramientas | | Lazo | Otro: | | | | |
| Uso de intimidación: | No | Si leve | Si moderada | | Si grave | | | | | |
| Uso de engaño: | No | Si | Abuso de confianza: | | No | Si | | | | |
| Uso de seducción: | No | Si | Violencia verbal: | | No | Si | | | | |
| Uso de alcohol y drogas: | No | Si leve | Si moderada | | Si grave | | | | | |
| Uso de presión moral: | No | Si leve | Si moderada | | Si grave | | | | | |
| Uso de pornografía: | No | Si | Otro: | | | | | | | |
| DATOS DEL ATACANTE | | | | | | | | | | |
| Conocía al atacante(s) | No | Si | Tipo de relacion | | Amigo | Novio | Vecino | Familiar | | |
| Resultó dañado el atacante: | No | | | | Autoridad | Desconocido | Otro: | | | |
| | Si | Tiempo de conocerlo | | Días | Semanas | Meses | Años | | | |
| Especifique: | | | | | Nunca | Otro: | | | | |
| Ropa del atacante: | De vestir | Mezclilla | Pants | Uniforme | Casual | Vaquera | Traje | | | |
| | Sucia | Limpia | Otro: | | | | | | | |
| Compleción: | Muy robusto | | Robusto | Medio | Delgado | Muy delgado | | | | |
| Estatura: | Muy alto | Alto | Medio | Bajo | Muy bajo | Apodo: | | | | |
| Vehículo: | Marca | | | Modelo | | | Color | | | |
| Aspecto físico: | Muy agradable | | Agradable | Normal | Desagradable | | Muy desagradable | | | |
| Aseo: | Muy limpio | Limpio | Normal | Sucio | Muy sucio | Edad aproximada: | | | | |
| Olor: | Alcohol | Loción | Thiner | Tabaco | Mal aliento | Otro: | | | | |
| Podría identificarlo: | No | Si | Podría situarlo: | | No | Si | | | | |
| Escolaridad aproximada: | Analfabeta | Primaria inc. | Primaria | Secundaria inc. | Secundaria | Técnica | Preparatoria inc | Preparatoria | | |
| | Superior inc | Superior | Otra: | | | | | | | |
| Ocupación aprox. | Desempleado | Obrero | Comerciante | Estudiante | Técnico | Autoridad | Otro: | | | |
| Señas particulares: | Nariz: | Chata | Afilada | Recta | Aguileña | Pequeña | Grande | | | |
| Cabello: | Chino | Lacio | Quebrado | Negro | Café | Güero | Largo | Medio | Corto | |
| Boca: | Grande | Chica | Color piel: | Blanco | Güero | Moreno | Muy moreno | Otro: | | |
| Ojos: | Grandes | Pequeños | Saltones | Rojos | Labios: | Gruesos | Delgados | | | |
| Lunares: | Cara | Brazos | Manos | Cuello | Cuerpo | Piernas | Otro: | | | |
| Bigote: | No | Si | Barba: | No | Si | Otro: | | | | |
| Qué hizo el atacante para | La tiró | | La correteó | Le apuntó con una pistola | | | La abrazó | La golpeó | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---------------------------|------------------|-------------------|------------------|----------------------|-------------------------|---------|-------|---------------------|
| atacarla: | La amenazó con cuchillo | | Le tapó la boca | | Otro: | | | | |
| Qué le dijo el atacante: | Amenazó | Gritó | Insultó | Explicó | Conversó | Otro: | | | |
| Lenguaje del atacante: | Vulgar | Educado | Acento típico | | Groserías | Otro: | | | |
| Qué modales utilizó: | Bruscos | Normales | Caballerosos | | Agresivos | Otro: | | | |
| Qué expresión tenía: | Tranquilo | Agresivo | Nervioso | Asustado | Sádico | Otro | | | |
| DATOS DE LA VÍCTIMA | | | | | | | | | |
| Cómo vestía el día del ataque: | Muy recatada | | Recatada | Normal | Provocativa | Muy provocativa | | | |
| | Arreglada | Sucia | Limpia | Peinada | | | | | |
| Iba en algún vehículo: | No | Si | Marca: | Modelo: | Color: | Ruta: | | | |
| Objetos que cargaba: | Libros | Bolsas | Paragüas | Abrigo | Monedero | Otras: | | | |
| Traía joyas: | No | Si | De oro | De fantasía fina | De fantasía barata | Otras: | | | |
| Que hizo usted ante el ataque: | Corrió | Se paralizó | Obedeció | Peleó al inicio | | Peleó todo el tiempo | | | |
| | Otra: | | | | | | | | |
| Que dijo usted ante el ataque: | Grito | Convenció | Suplicó | Rogó | Insultó | Agredió verbalmente | | | |
| | Lloró | Otra: | | | | | | | |
| Qué sintió o pensó en el momento de la violación: | | | | | | | | | |
| DATOS POSTERIORES AL ATAQUE | | | | | | | | | |
| Qué hizo después : | Se vistió | Se fue a su casa | A la policía | Con otra persona | Se bañó | Se durmió | | | |
| | Se lo contó a alguien más | | Otra: | | | | | | |
| Qué le dijeron o qué hicieron al saberlo: | Apoyarla | Comprenderla | Llorar | Ir a la policía | Ir al doctor | Culparla | | | |
| | Preguntarle más | | Regañarla | Pedir ayuda | Otra: | | | | |
| Quién mas lo sabe: | Padre | Madre | Hermanos | Conyuge | Vecinos | Amigos | Hijos | Otra: | |
| Quién más estuvo implicado en el ataque: | | | | | | | | | |
| ASPECTO LEGAL | | | | | | | | | |
| Hizo denuncia legal: | No | Si | Cuándo: | Inmediato | Después | Durante la terapia | Lo hará | | |
| Por qué: | Miedo | Desconfianza | No se lo permiten | Desinterés | Falta de información | No quieren que lo sepan | | | |
| Averiguación previa: | Municipio o delegación: | | | Hay detenido: No | | | Si | | |
| En que parte del proceso va: | Denuncia | Detención | identificación | Audiencias | Careo | Sentencia | Juzgado | | |
| Juzgado: | Reclusorio: | | | | | | | | |
| Cómo te hizo sentir el hecho de haber levantado la denuncia | Enojada | Avergonzada | | Culpable | Dolor | Ansiedad | | | |
| | Resistencia | | Otro | Especifique: | | | | | |
| ASPECTO MÉDICO | | | | | | | | | |
| Lesiones: | No | Si | Leves | Moderadas | Graves | Embarazo: | No | Si | Tiempo de embarazo: |
| Infecciones genitourinarias: | No | Si | Leves | Moderadas | Graves | Días | Semanas | Meses | |
| Dolor de cabeza u otra parte: | No | Si | Leves | Moderadas | Graves | Especifique: | | | |
| Alergias: | No | Si | Leves | Moderadas | Graves | | | | |
| Tics: | No | Si | Leves | Moderadas | Graves | | | | |
| Dolores aparato genital: | No | Si | Leves | Moderadas | Graves | | | | |
| Trastornos intestinales: | No | Si | Leves | Moderadas | Graves | | | | |
| Pérdida de peso: | No | Si | Leves | Moderadas | Graves | | | | |
| Aumento de peso: | No | Si | Leves | Moderadas | Graves | | | | |
| Cansancio: | No | Si | Leves | Moderadas | Graves | | | | |
| Tensión física | No | Si | Leves | Moderadas | Graves | | | | |
| Cicatrices: | No | Si | Leves | Moderadas | Graves | En qué parte: | | | |
| Otra: | | | | | | | | | |
| Relaciones sexogenitales anteriores al ataque: | No | Si | Pareja estable | Ocasionales | Otro: | | | | |
| Fecha de la última menstruación: | Control natal: | | No | Si | Cuál: | | | | |
| ASPECTO PSICOLÓGICO | | | | | | | | | |
| Pensamientos anteriores a por qué ocurría el ataque: | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|--|------------|-------------------|-------------------|-------------------|------------------|---------------------|-----------|-----------|-------|
| Tipo de atacantes: | | | | | | | | | |
| A qué personas atacaban: | | | | | | | | | |
| En dónde: | | | | | | | | | |
| A qué hora: | | | | | | | | | |
| Había considerado la posibilidad de ser atacada: | | No | Si | Por qué: | | | | | |
| HISTORIA VICTIMOLÓGICA | | | | | | | | | |
| No. de ataques: | 1er ataque | 2do ataque | 3er ataque | 4to ataque | Mas de 4 ataques | | | | |
| Cómo la hace sentir el hecho de haber sido atacada: | | | Triste | Sola | Insegura | Devaluada | Frustrada | Deprimida | |
| | | | Rechazada | Con miedo | Ansiosa | Culpable | Otra: | | |
| Ha tenido intentos suicidas: | | Nunca | Algunas veces | Muy a menudo | Siempre | Lo ha pensado bien: | | No | Si |
| Tienes los medios para hacerlo: | | No | Si | Especifique: | | | | | |
| Cómo lo haría: | | | | | | | | | |
| Estarías dispuesta a recibir ayuda de amigos o familiares: | | | | No | Si | Todos | Padre | Madre | Novio |
| | | | | Conyuge | Amigos | Vecinos | Otro: | | |
| CONSECUENCIAS | | | | | | | | | |
| Emocionales, cognitivas y afectivas | No | A veces (1 x sem) | Regular (3 x sem) | General (5 x sem) | Siempre (diario) | | | | |
| Enojo | | | | | | | | | |
| Asco | | | | | | | | | |
| Pesadillas | | | | | | | | | |
| Vergüenza | | | | | | | | | |
| Inseguridad | | | | | | | | | |
| Baja autoestima | | | | | | | | | |
| Obsesión respecto al ataque | | | | | | | | | |
| Frustración | | | | | | | | | |
| Impotencia | | | | | | | | | |
| Autoconcepto negativo | | | | | | | | | |
| Pánico | | | | | | | | | |
| Autodestrucción | | | | | | | | | |
| Deseos de morir | | | | | | | | | |
| Desamparo | | | | | | | | | |
| Hostilidad hacia hombres | | | | | | | | | |
| Sentimientos de enojo u odio | | | | | | | | | |
| Sentimientos de venganza | | | | | | | | | |
| Desconfianza hacia los hombres | | | | | | | | | |
| Preocupación por opinión de otros | | | | | | | | | |
| Espectativas negativas | | | | | | | | | |
| Tristeza | | | | | | | | | |
| Rebeldía | | | | | | | | | |
| Aislamiento | | | | | | | | | |
| Agresión | | | | | | | | | |
| Explosiones repentinas | | | | | | | | | |
| Sobregeneralización | | | | | | | | | |
| Catastrofizar | | | | | | | | | |
| Miedo a estar sola | | | | | | | | | |
| Miedo a salir de noche | | | | | | | | | |
| Miedo a lugares cerrados | | | | | | | | | |
| Miedo a lugares abiertos | | | | | | | | | |
| Miedo a sentir que la siguen | | | | | | | | | |

| | | | | | |
|------------------------------------|--|--|--|--|--|
| Miedo a ser nuevamente violada | | | | | |
| Miedo a los hombres o extraños | | | | | |
| Miedo a personas con autoridad | | | | | |
| Miedo a quedarse sola en autobus | | | | | |
| Miedo a caminar sola de día | | | | | |
| Miedo a caminar sola de noche | | | | | |
| Miedo a viajar sola de día o noche | | | | | |
| Otro | | | | | |

Complete las frases: Cuando ahora pienso en lo que sucedió, me doy cuenta de que yo debería:

Ahora que esto (ataque) pasó:

FAMILIARES

Describa su relación interpersonal a partir del ataque:

| Persona | Satisfactoria | Aceptable | Conflictiva | Indiferente | Sin cambios | Con cambios |
|-----------------------|---------------|-----------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Padre | | | | | | |
| Madre | | | | | | |
| Hermanos | | | | | | |
| Conyuge | | | | | | |
| Hijos | | | | | | |
| Amigos | | | | | | |
| Compañeros de trabajo | | | | | | |
| Vecinos | | | | | | |

Se siente cerca de su familia: Muy cerca Moderadamente cerca Neutral Distante Muy distante Otro

Siente que le hace daño a:

| | | | | | |
|-----------------------------------|-----------------|-----------------|--------------------|-----------------|-------------|
| Que obtuvo de familiares y amigos | Desintegración | Rechazo | Peleas | Unión | Comprensión |
| | Apoyo | Desinterés | Regaños | Insultos | Le creyeron |
| | Golpes | Abandono físico | Abandono emocional | Culpabilización | |
| | Sobreprotección | Ira | Contra quién: | | |

Lo obtuvo: No Si De quién: Familia Amistades Terapeuta Legal Otra:

Que respuesta obtuvo de:

| | | | | | |
|------------|--|------------|--|-----------|--|
| Padre: | | Madre: | | Hermanos: | |
| Conyuge: | | Amigos: | | Hijos: | |
| Parientes: | | Conocidos: | | Otros: | |

Tiene problemas con amigos por el ataque: No Si Con quien:

Tiene problemas con familiares por el ataque: No Si Con quien:

SEXUALES

| Cambios en la relación sexual | No | Si | Sin cambios | Disminución | Aumento | Buenas | Regulares | Malas | Otras |
|-------------------------------|----|----|-------------|-------------|---------|--------|-----------|-------|-------|
| Frecuencia | | | | | | | | | |
| Satisfacción | | | | | | | | | |
| Dolor | | | | | | | | | |
| Vergüenza | | | | | | | | | |
| Asco | | | | | | | | | |
| Miedo | | | | | | | | | |
| Interés | | | | | | | | | |
| Escenas retrospectivas | | | | | | | | | |
| Obtención de orgasmo | | | | | | | | | |

PAREJA

Qué obtuvo de su pareja: Comprensión Rechazo Peleas Unión Desintegración Desinterés Abandono

| a partir del ataque | Apoyo | Desinterés | Ira | Culpabilización | Alejamiento | Incomprensión | Otra |
|---|-------|------------|-------------|------------------------------------|-------------|---------------|------|
| ECONÓMICAS | | | | | | | |
| Gastos médicos | No | Si | Leves | Moderados | Muchos | Otros: | |
| Gastos legales | No | Si | Leves | Moderados | Muchos | Otros: | |
| Gastos de transporte | No | Si | Leves | Moderados | Muchos | Otros: | |
| Robo | No | Si | Leves | Moderados | Muchos | Otros: | |
| Necesidades de préstamos | No | Si | Leves | Moderados | Muchos | Otros: | |
| LABORES | | | | | | | |
| Pérdida del trabajo | No | Si | Sin cambios | Otro: | | | |
| Cambio de horario | No | Si | Sin cambios | Otro: | | | |
| Necesidades de faltar | No | Si | Sin cambios | Otro: | | | |
| Incapacidad | No | Si | Sin cambios | Otro: | | | |
| Aumento de trabajo | No | Si | Sin cambios | Otro: | | | |
| Problemas con compañeros | No | Si | Sin cambios | Otro: | | | |
| Problemas con jefes | No | Si | Sin cambios | Otro: | | | |
| Otro: | No | Si | Sin cambios | Otro: | | | |
| ESCOLARES | | | | | | | |
| Dejó de asistir | No | Si | Sin cambios | Otro: | | | |
| Bajó de calificaciones | No | Si | Sin cambios | Otro: | | | |
| Reprobación | No | Si | Sin cambios | Otro: | | | |
| Problemas con compañeros | No | Si | Sin cambios | Otro: | | | |
| Falta de atención | No | Si | Sin cambios | Otro: | | | |
| Problemas de concentración | No | Si | Sin cambios | Otro: | | | |
| Conductas agresivas | No | Si | Sin cambios | Otro: | | | |
| Descuido | No | Si | Sin cambios | Otro: | | | |
| CONDUCTUALES | | | | | | | |
| Cambios en lo siguiente | No | Si menos | Si mas | Sin cambios | Otro: | | |
| Hábitos de aseo | No | Si menos | Si mas | Sin cambios | Otro: | | |
| Hábitos de sueño | No | Si menos | Si mas | Sin cambios | Otro: | | |
| Hábitos de alimentación | No | Si menos | Si mas | Sin cambios | Otro: | | |
| Consumo de tabaco | No | Si menos | Si mas | Sin cambios | Otro: | | |
| Consumo de alcohol | No | Si menos | Si mas | Sin cambios | Otro: | | |
| Consumo de drogas | No | Si menos | Si mas | Sin cambios | Otro: | | |
| Abuso de medicamentos | No | Si menos | Si mas | Sin cambios | Otro: | | |
| Dependencia hacia alguien | No | Si menos | Si mas | Sin cambios | Otro: | | |
| Dependencia de t.v o radio | No | Si menos | Si mas | Sin cambios | Otro: | | |
| Cambio de número telefónico | No | Si menos | Si mas | Sin cambios | Otro: | | |
| Aumento de trabajo | No | Si menos | Si mas | Sin cambios | Otro: | | |
| Actividades de esparcimiento | No | Si menos | Si mas | Sin cambios | Otro: | | |
| Cambio de domicilio | No | Si menos | Si mas | Sin cambios | Otro: | | |
| Otra: | No | Si menos | Si mas | Sin cambios | Otro: | | |
| Antes de suceder el ataque estaba: | | | | Ahora que sucedió el ataque estoy: | | | |
| | | | | Muy satisfecha con mi vida | | | |
| | | | | Moderadamente satisfecha | | | |
| | | | | Bastante satisfecha | | | |
| | | | | Poco satisfecha | | | |
| | | | | Insatisfecha | | | |
| Cuáles eran sus actividades preferidas: | | | 1.- | | 2.- | | |
| 3.- | | 4.- | | 5.- | | | |