

Modelo de abordaje psicoterapéutico para mujeres víctimas de violencia sexual



Octubre 2010.



ÍNDICE:

INTRODUCCIÓN

CAPITULO PRIMERO

MARCO TEÓRICO:

1. Antecedentes “La violencia sexual hacia las mujeres”
2. Definición de conceptos
3. Formas y contextos de la violencia sexual

CAPITULO SEGUNDO

IMPACTO DE LA VIOLENCIA SEXUAL

1. Consecuencias en la salud física y reproductiva
2. Consecuencias psicológicas de la violencia sexual

CAPITULO TERCERO

MARCO DE INTERVENCIÓN:

1. Modalidad terapéutica
2. Intervención focalizada
3. Evaluación de la sintomatología emocional
4. Plan terapéutico

RECOMENDACIONES FINALES

BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

La violencia sexual es una de las modalidades de mayor impacto de la violencia de género, aunque no solo encontramos víctimas mujeres de esta, sino menores de edad, niños y niñas, y en algunos casos hombres, que son agredidos, en este contexto como una forma de feminizarlos, de ahí que sea considerada como violencia de género.

Es necesario hacer una reflexión y análisis de lo que significa la violencia sexual, en cuanto a su etiología, que paradójicamente tiene poco de sexual y que se relaciona con la necesidad de someter a otro, usando los genitales, para que el ejercicio del poder sea efectivo, por ello la violencia sexual es un delito de poder y por otra parte evaluar el impacto que puede tener en las víctimas directas e indirectas de esta conducta, en quienes se puede presentar una serie de síntomas y alteraciones de carácter social, cultural y laboral, además del familiar.

Por supuesto que la revisión del agresor sexual, nos aporta elementos interesantes para conocer este fenómeno, sin embargo la atención a la y a las víctimas de esta conducta ha venido ocupando tanto al sistema de procuración y administración de justicia, como a la psicología y en particular a la psicoterapia victimal, de tal suerte que en el presente modelo solo se harán las referencias que sean necesarias al agresor para determinar los síntomas.

Hoy sabemos mucho más sobre el impacto, en diferentes ámbitos de la vida de la víctima, que constituye en no pocos casos un auténtico síndrome, el cual tiende a extenderse a los familiares y a la pareja de la persona que ha sufrido de manera directa la conducta delictiva de carácter sexual. Existiendo coincidencia en la necesidad de hacer una intervención profesional, interdisciplinaria y metodológica, a través de la elaboración y determinación de un modelo psicoterapéutico, a fin de que se acote la improvisación.

Por ello La realización de este Modelo de Abordaje psicoterapéutico para mujeres víctimas de violencia sexual, conlleva varios propósitos, el primero de ellos es brindar un panorama sobre las diversas concepciones existentes en torno a la violencia sexual y el impacto en la vida y en la salud de las mujeres, y en segundo lugar hacer una propuesta que tienda a disminuir los síntomas generados a partir de un tratamiento psicológico que facilite a la víctima el restablecimiento de la estabilidad emocional, alterada con el o los sucesos traumáticos.

En un tercer momento se debe definir cuál será el mejor modelo de abordaje a este tipo de eventos, que permita dicha reestructuración emocional de la víctima y su entorno, y por supuesto también la determinación de la modalidad que dicho modelo habrá de proponer.

Esta definición es crucial en el diseño, determinación y consecuente elaboración del presente modelo y es parte de la metodología con la que se estructurara, considerando el impacto en las diversas esferas tanto física, psicológica, sexual y reproductiva de las mujeres, las posibles consecuencias de la violencia, especialmente de la violencia sexual, las cuales además podríamos dividir las en el tiempo, de acuerdo a la secuencia cronológica en que se presentan, y así tendremos que además de ser fatales, van a producir efectos a corto, mediano y largo plazo en las diferentes esferas de la salud, que van desde lesiones, infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH/ SIDA, problemas ginecológicos, embarazos forzados, aborto en condiciones de riesgo, así como problemas sexuales.

Las consecuencias en la salud mental de las mujeres víctimas de violencia sexual son de igual importancia y sus efectos pueden permanecer por mucho tiempo, y presentarse también a corto, mediano y largo plazo y combinarse también con efectos en la sexualidad, teniendo manifestaciones diversas como ansiedad, depresión, tristeza, miedo, baja autoestima, sentimiento de culpa y un incremento en el abuso de sustancias nocivas, hasta llegar incluso en diversas ocasiones a manifestaciones de autoagresión como puede ser el suicidio.

Es claro que las consecuencias directas e indirectas, a corto, a mediano y largo plazo de la violencia sexual, denotan la importancia de la atención psicológica., teniendo una gran gama de especialización, a partir de las variables victimologías que se pueden presentar, como es el hecho de que el agresor pertenezca a la familia de la propia víctima o bien se trate de una persona conocida, pero ajena al núcleo familiar, o bien sea alguien francamente desconocido.

Todo ello conlleva a la necesidad de contar con un modelo de abordaje que nos permita tener una guía de tratamiento posterior a la intervención en crisis que se brinda a la víctima, justamente después de haberse presentado el evento o bien los síntomas.

El modelo de abordaje psicoterapéutico para mujeres víctimas de violencia sexual nos permitirá trabajar con la principal sintomatología que deviene del ser víctima de violencia sexual, para disminuirla e idealmente erradicarla, tendiendo al restablecimiento de la estabilidad emocional, logrando que la víctima se recupere del evento traumático. Sin olvidar que la sintomatología traumática, será tanto psicológica como fisiológica.

Ahora bien para arribar a un adecuado y eficiente modelo abordaje psicoterapéutico de intervención con mujeres víctimas de violencia sexual, será necesario además de conocer los síntomas, entender las emociones, conductas y cogniciones, así como el papel importante que tiene el componente social en la construcción subjetiva, comprendiendo entonces la experiencia personal y la forma en que detona la afectación emocional.

Es claro que el enfoque del modelo será psicosocial, ya que si bien existen diversos síntomas como resultado del impacto del evento, la sociedad, la familia y por supuesto la pareja le añaden una carga ideológica peculiar, donde la víctima parece resultar siempre la responsable y consecuente culpable de la agresión, justamente por el conjunto de mitos u componentes ideológicos que rodean este tipo de eventos. Culpa que será uno de los síntomas a combatir de manera prioritaria.

Esta contingencia social no debemos soslayarla, ya que influye definitivamente en víctimas directas e indirectas, y requiere en este modelo un análisis y consideración terapéutica, de ahí que la primera propuesta obligada en el modelo es considerar que tendrá por lo menos en sus primeras sesiones terapéuticas que concretarse en una modalidad individual, que le permita contactar con todos estos elementos, y quizás con posterioridad algunas sesiones grupales para los efectos de revisar como lo han resuelto otras mujeres.

Dentro de esta contingencia se tiene que considerar que no necesariamente habrá una coincidencia entre la visión de la psicología, y los síntomas detectados, y el consecuente tratamiento con la clasificación jurídica de la conducta sexual desplegada. Desde la mirada legal la violación, el abuso sexual y el hostigamiento son conductas que no tienen la misma pena, por considerar que la gravedad de las estas no es la misma.

Sin embargo esta clasificación de los delitos, no siempre se va a relacionar con los síntomas, a pesar de que si hay coincidencia con la visión social de los diferentes tipos de violencia sexual, para la psicología y para el tratamiento terapéutico se debe revisar cuales son los síntomas presentes en cada persona, que se presentan generalmente no por una decisión jurídica sino por las características del evento violento, por la historia personal de la víctima y de sus recursos personales para enfrentar la conducta delictiva. Así tendremos personas que presentan síntomas de un síndrome pos-violatorio, aunque no se haya concretado una penetración por ninguna vía y su clasificación legal sea de abuso sexual.

Consecuentemente, este modelo se centra sobre la importancia del trabajo con las emociones, las sensaciones y su integración con las cogniciones en terapia, para formar un nuevo significado, siendo un modelo de focalización continua en el acceso y reorganización de la experiencia traumática.

El presente modelo es además un abordaje flexible que reconoce la decisión clínica que la o el terapeuta deberá tomar para elegir aquel aspecto del proceso momento a momento sobre el que conviene focalizarse para el logro de los objetivos terapéuticos, que deberán estar perfectamente determinados en el plan terapéutico, que este modelo propone.

1. Antecedentes “La violencia sexual hacia las mujeres”

La violencia sexual al igual que otras formas de violencia contra las mujeres ha sido reconocida como un grave problema social y de salud pública, tanto en la disciplina psicológica, como por los instrumentos internacionales que nuestro país ha suscrito y ratificado, así como una clara violación de los derechos humanos y constituye una manifestación común de la violencia basada en género que evidencia el lugar desigual que las mujeres ocupan en nuestra sociedad.

La aparición de esta conducta se pierde en el tiempo, aunque hay aseveraciones que se aprecia desde el año 3000 A.C cuando aparece el patriarcado, y ha estado asociada siempre al control de las mujeres, y al ejercicio del poder sobre estas, también existen muchos antecedentes de esta conducta en los conflictos armados de manera sistemática, y por supuesto en la sociedad e incluso en las familias.

La violencia sexual se registra en todos los países. Aunque en la mayoría de ellos el tema ha sido poco investigado, los datos disponibles indican que, en algunos, casi una de cada cuatro mujeres puede ser víctima de violencia sexual por parte de su pareja, y hasta la tercera parte de las adolescentes informa que su primera experiencia sexual fue forzada.¹

La violencia sexual tiene efectos muy profundos en la salud física y mental. Además de las lesiones físicas, se asocia con un mayor riesgo de experimentar diversos problemas de salud sexual y reproductiva, cuyas consecuencias pueden ser inmediatas o de largo plazo. Las secuelas sobre la salud mental pueden ser tan graves como los efectos físicos, y también muy prolongadas. Las muertes consecutivas a actos de violencia sexual pueden deberse al suicidio, la infección por el VIH o el asesinato (que ocurre como parte de la agresión sexual, o con posterioridad a ella, como los asesinatos por cuestiones de “honor”).

La violencia sexual también puede afectar profundamente al bienestar social de las víctimas, ya que pueden ser estigmatizadas y aisladas por su familia y otras personas por esa causa.

El coito forzado puede gratificar sexualmente al agresor, aunque es importante entender que el objetivo subyacente es una expresión de poder y dominio sobre la persona agredida y que la agresión sexual hacia las mujeres también no solo se da por desconocidos, sino que en muchos casos son sus propios familiares y gente cercana. A menudo, los hombres que

¹ Informe mundial sobre la violencia y la salud, Organización Panamericana de la Salud, Washington, E.U.A. 2003

obligan a su cónyuge a tener relaciones sexuales con ellos creen que este acto es legítimo porque se trata de su esposa.

Aunque la violencia sexual puede ejercerse tanto contra los hombres como contra las mujeres, este modelo se centrará en la atención hacia la mujer, que siguen siendo quienes principalmente la sufren.

2. Definición de conceptos

La violencia sexual se define como: “todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo”.²

La Norma Oficial Mexicana 190/SSA1 la define como: “Acción u omisión mediante la cual se induce o se impone la realización de prácticas sexuales no deseadas o respecto de las cuales se tiene incapacidad para consentir”³

En la gran mayoría de los países del área, se incorporan diferentes formas de violencia sexual en los códigos penales. Sin embargo cabe señalar que no todo lo que es violencia sexual constituye un delito, y que en todos los casos la violencia será el ejercicio de poder, mediante el uso de la fuerza para producir un daño, que en el caso de la violencia sexual será un daño a la sexualidad de quien la sufre, exista o no el contacto físico o la penetración; como lo es el caso del acoso, el hostigamiento sexual, las críticas al comportamiento sexual, o el obligar a observar revistas o películas pornográficas en contra del consentimiento.

La coacción puede abarcar una amplia gama de grados de uso de la fuerza. Además de la fuerza física, puede entrañar la intimidación psíquica, la extorsión u otras amenazas, como la de daño físico, la de despedir a la víctima del trabajo o de impedirle obtener el trabajo que busca. También puede ocurrir cuando la persona agredida no está en condiciones de dar su consentimiento, por ejemplo, porque está ebria, bajo los efectos de un estupefaciente o dormida o es mentalmente incapaz de comprender la situación.

La violencia sexual incluye la *violación*, definida como la penetración forzada físicamente o empleando otros medios de coacción, por más leves que sean, de la vulva o el ano, usando un pene, otras partes corporales o un objeto. El intento de realizar algunas de las acciones

² Informe sobre violencia de la Organización Mundial de la Salud. 2003

³ . Norma Oficial Mexicana 190/SSA1, publicada en 1999.

mencionadas se conoce como *intento de violación*. La violación de una persona llevada a cabo por dos o más agresores se denomina *violación múltiple*.

La violencia sexual puede incluir otras formas de agresión que afecten a un órgano sexual, con inclusión del contacto forzado entre la boca y el pene, la vulva o el ano.

3. Formas y contextos de la violencia sexual

Es importante señalar que la mayoría de las formas de violencia sexual hacia las mujeres, constituye un ilícito penal, previsto y sancionado en la legislación penal de Tlaxcala, incluyendo por supuesto el delito de violación, que es la forma que mayor sanción tiene, sin embargo desde la mirada terapéutica y del impacto que se genera en las víctimas de la violencia sexual, el impacto no se mide necesariamente por los hechos delictivos, sino por los síntomas que se generaran en las víctimas de este tipo de violencia.

Así la atención terapéutica se focalizará en los síntomas, que se presentaran en las víctimas no sólo por las formas específicas de violencia, sino por el contexto social en que se dé el evento, al darse diversos mitos en torno a la violencia, y por supuesto considerando:

- las características personales de la víctima
- la duración del evento,
- la intensidad,
- la cercanía o parentesco
- El tipo de violencia sexual

Los actos de violencia sexual pueden ser muy variados y producirse en circunstancias y ámbitos muy distintos. Entre ellos, cabe señalar:

- la violación en el matrimonio, por parte de la pareja o bien en las citas amorosas;
- la violación por parte de desconocidos;
- la violación sistemática durante los conflictos armados;
- las insinuaciones o el acoso no deseados de carácter sexual, con inclusión de la exigencia de mantener relaciones sexuales a cambio de favores;
- el abuso sexual de personas física o mentalmente discapacitadas;
- el abuso sexual de menores;
- el matrimonio o la cohabitación forzados, incluido el matrimonio de menores;

- la negación del derecho a hacer uso de la anticoncepción o a adoptar otras medidas de protección contra las enfermedades de transmisión sexual, como el uso del condón.
- el aborto forzado;
- los actos de violencia que afecten a la integridad sexual de las mujeres, incluida la mutilación genital femenina y las inspecciones obligatorias para comprobar la virginidad;
- la prostitución forzada y la trata de personas con fines de explotación sexual.

El término de trata con fines de explotación sexual abarca el movimiento organizado de personas, por lo general mujeres, entre países y en los países, para obligarlas a ejercer la prostitución, incluyendo el acto de obligar a un inmigrante a realizar un acto sexual como condición para permitir o tramitar su inmigración.

Para el tráfico sexual se emplea la coacción física, el engaño y el sometimiento logrado mediante una deuda forzada. Puede ocurrir que se los golpee o encierre, y se les prometa la libertad solo después de que ganen, mediante la prostitución, el precio pagado por su compra, así como los costos de viaje y de visado.

En la legislación de Tlaxcala se establecen cuatro modalidades de violencia de género, y cinco tipos de violencia de tal suerte, que la violencia sexual está ubicada como tipo, pero para los efectos terapéuticos de los modelos de abordaje podemos decir que existen cuatro grandes formas de violencia sexual, en donde las conductas aquí descritas se pueden establecer ya sea por acción o por omisión:

- Violencia sexual en la familia
- Violencia sexual en la comunidad
- Violencia sexual en el trabajo y en la escuela
- Violencia sexual en las instituciones

CAPITULO SEGUNDO

IMPACTO DE LA VIOLENCIA SEXUAL

1. Consecuencias en la salud física y reproductiva

En el caso de la Violencia Sexual, una de las formas más agresivas y de mayor repercusión en la salud lo será el caso de la violación.

En las violaciones en ocasiones se utiliza la fuerza física para someter a la víctima, o bien se utilizan objetos punzo cortantes provocándole lesiones severas en el cuerpo y en los genitales, aunque no siempre se emplea la fuerza física, y las lesiones corporales no son una consecuencia inevitable. Se sabe que suelen producirse defunciones asociadas con la violación, aunque su prevalencia varía considerablemente de un lugar a otro.

Entre las consecuencias más comunes de la violencia sexual cabe mencionar las relacionadas con la salud reproductiva y mental y el bienestar social.

La violación puede resultar en un embarazo y en complicaciones ginecológicas, aunque según el informe sobre violencia que la Organización Mundial de la Salud pública en el 2003, la tasa varía según los contextos y depende especialmente de la medida en que esté difundido el uso de anticonceptivos que no sean de barrera.

En un estudio sobre las adolescentes realizado en Etiopía, se comprobó que 17% de las que habían denunciado haber sido violadas quedaron embarazadas. Esta cifra es similar a la de 15% a 18% obtenida en los centros de crisis para casos de violación de México. En un estudio longitudinal llevado a cabo en los Estados Unidos, en el que participaron más de 4 000 mujeres a las que se les realizó un seguimiento de tres años, se comprobó que para las víctimas de 12 a 45 años de edad, la tasa nacional de embarazos asociados con una violación era de 5% por cada violación, lo que significa que todos los años más de 32 000 mujeres quedan embarazadas como resultado de una violación en todo el país.⁴

Una experiencia de relaciones sexuales forzadas a temprana edad reduce la capacidad de la mujer para considerar que puede ejercer control sobre su sexualidad. Así, es menos probable que una adolescente que se ha visto obligada a tener relaciones sexuales use condones u otras formas de anticoncepción, y esto aumentará sus probabilidades de quedar embarazada.

Se ha determinado que existe una relación sistemática entre las complicaciones ginecológicas y el coito forzado. Estas comprenden las hemorragias o infecciones vaginales, los fibromas, la disminución del deseo sexual, la irritación de la zona genital, el dolor durante el coito, los dolores crónicos de la pelvis y las infecciones de las vías urinarias, afectaciones que también traerán como consecuencia trastornos emocionales.

1.1 Enfermedades de transmisión sexual

⁴ Claramunt María Cecilia "Abuso sexual en mujeres adolescentes". San José, Costa Rica: Organización Panamericana de la Salud, Programa Mujer, Salud y Desarrollo; 2000. (Serie Género y Salud Pública No. 9).

La infección por el VIH, Virus del Papiloma humano y otras enfermedades de transmisión sexual son algunas de las consecuencias reconocidas en el caso de la violación. Las investigaciones sobre mujeres que llegan a los refugios indican que las que fueron víctimas de abuso tanto sexual como físico por parte de su pareja tienen una probabilidad significativamente mayor de haber contraído enfermedades de transmisión sexual, considerando que en muchos casos son obligadas por su pareja a no utilizar ningún método de planificación familiar o bien de protección.

En el caso de las mujeres víctimas de trata y obligadas a prostituirse, es muy probable que los riesgos de contraer la infección por el VIH, papiloma humano y otras enfermedades de transmisión sexual sean especialmente elevados.

1.2 Ostracismo social

En muchos ámbitos culturales se sostiene que los hombres no pueden controlar sus impulsos sexuales y que las mujeres son las responsables de provocar esos deseos. La forma en que las familias y las comunidades reaccionan ante los actos de violación en esos ámbitos se rige por las ideas predominantes sobre la sexualidad y la situación jurídica de las mujeres.

En algunas sociedades, la “solución” cultural a la violación es que la mujer debe casarse con el violador, preservando así la virtud de la mujer y su familia al legitimar la unión. Dicha “solución” está reflejada en las leyes de algunos países, que permiten perdonar el delito a un violador si se casa con la víctima. Además de obligarla a casarse, la familia puede presionar a la mujer para que no haga la denuncia o inicie juicio, o bien para que se concentre en lograr que la familia del violador pague una “indemnización”. Los hombres pueden rechazar a sus esposas si han sido violadas y, como se ha señalado, en algunos países la mujer puede ser expulsada de la comunidad o, en casos extremos, asesinada, a fin de recobrar el honor perdido.

2. Consecuencias psicológicas de la violencia sexual

El impacto de la violencia sexual en la salud mental de las mujeres es múltiple; existe, por ejemplo, mucha ansiedad que habitualmente es desplazada al cuerpo desembocando en diversos trastornos somáticos y alteraciones emocionales.

La violencia sexual se ha asociado con diversos problemas de salud mental y de conducta en la adolescencia y la edad adulta. En un estudio basado en la población, la prevalencia de síntomas o signos que hacen pensar en trastornos psiquiátricos fue de 33% para las mujeres con antecedentes de abuso sexual durante la edad adulta, 15% para las que tenían antecedentes de violencia física por parte de su pareja y 6% para las que no habían sufrido

malos tratos. La violencia sexual perpetrada por la pareja agrava los efectos de la violencia física sobre la salud mental.

Las mujeres víctimas de maltrato que informan de experiencias de coito forzado corren un riesgo significativamente mayor de sufrir depresión y trastorno por estrés postraumático que las mujeres no maltratadas. El trastorno postraumático por estrés posterior a la violación es más probable si en el transcurso de esta se producen lesiones, o se percibió una amenaza para la integridad física o incluso estuvo en riesgo de muerte.

En un estudio realizado con adolescentes en Francia también se comprobó que existe una relación entre haber sido víctima de una violación y las dificultades actuales para dormir, síntomas de depresión, afecciones somáticas, consumo de tabaco y problemas conductuales (como las conductas agresivas, el robo y el ausentismo escolar). Si la víctima no recibe atención postraumática, se ha observado que los efectos psíquicos negativos pueden persistir por lo menos un año después de la violación e incluso mucho más tiempo, aunque los problemas de salud y los síntomas físicos suelen disminuir durante ese período.⁵

2.1 Algunas de las principales alteraciones emocionales que presentan las víctimas son las siguientes:

- Culpa
- Ansiedad
- Angustia
- Miedo
- Inseguridad
- Enojo
- Tristeza, que puede convertirse en depresión
- Irritabilidad
- Baja autoestima

Principales alteraciones en las diversas esferas:

Somáticas:

Alteraciones del dormir: insomnio, hipersomnia, pesadillas

⁵ Claramunt María Cecilia “Abuso sexual en mujeres adolescentes”. San José, Costa Rica: Organización Panamericana de la Salud, Programa Mujer, Salud y Desarrollo; 2000. (Serie Género y Salud Pública No. 9).

Alteraciones de la alimentación: aumento y en algunos casos disminución

Alteraciones somáticas diversas: entre las más frecuentes cefaleas, dolor muscular, fatiga

Cognitivas:

Alteraciones en la atención y la concentración

Alteraciones en el contenido del pensamiento: Ideas circulares y recurrentes respecto al evento traumático.

Conductuales:

Hipervigilancia

Desinterés en actividades significativas

Aislamiento

Fobias

Hipoactividad

Hiperactividad

2.2 Conductas suicidas

Las mujeres víctimas de agresiones sexuales durante la niñez o la edad adulta tienen mayores probabilidades de suicidarse o de intentar suicidarse que otras mujeres. La correlación se mantiene aun después de efectuar ajustes por edad, nivel de instrucción, síntomas de trastorno postraumático por estrés y presencia de alteraciones psiquiátricas. La experiencia de la violación o de la agresión sexual puede derivar en conductas suicidas incluso en la adolescencia. “En Etiopía, 6% de las alumnas violadas declararon haber intentado suicidarse. En un estudio realizado con adolescentes en el Brasil se comprobó que el abuso sexual previo era uno de los principales factores que permitían predecir varias conductas de riesgo para la salud, con inclusión de las ideas suicidas y los intentos de suicidio”⁶.

Las experiencias de acoso sexual grave también pueden provocar trastornos emocionales y conductas suicidas. En un estudio de adolescentes mujeres llevado a cabo en el Canadá, se encontró que 15% de las jóvenes que tenían contactos sexuales frecuentes y no deseados

⁶. Informe sobre violencia de la Organización Mundial de la Salud. 2003

habían exhibido conductas suicidas en los seis meses anteriores, en comparación con 2% de las que no habían vivido ese tipo de situaciones.

Lo anteriormente mencionado deja en claro la importancia de que las víctimas de agresión sexual acudan a un proceso de atención psicológica que les ayude a elaborar la experiencia traumática.

Es posible que quien aplique el modelo establezca la necesidad de combinar el proceso psicoterapéutico, con una posible terapia de fármacos, es que la conducta suicida se relacione con depresión o bien no se posible a través de la psicoterapia eliminar la causa de dicha conducta, sin embargo es una decisión que requiere una valoración terapéutica seria e incluso con alguna batería de pruebas, ya que la farmacoterapia aun otorgada por psiquiatras no se considera adecuada para la violencia sexual.

CAPITULO TERCERO

MARCO DE INTERVENCIÓN:

Las consecuencias traumáticas son un suceso común en eventos de violencia sexual, sin embargo la buena noticia es que todos tenemos posibilidades de curar el trauma, incluso cuando la sintomatología que se presenta es severa. Por el hecho de ser seres instintivos con capacidad para sentir, responder y reflexionar, poseemos el potencial de curar incluso las heridas traumáticas más debilitadoras.

Nos ayudará a comprender los procesos del trauma y su cura, el reconocimiento de las relaciones que existen entre emoción, sensación y cognición. Debemos entender al cuerpo y la mente como una unidad para poder lograr la cura del acontecimiento traumático que implica una agresión sexual.

Así mismo para trabajar con violencia sexual es elemental considerar que el componente social, los mitos y adjudicaciones a la víctima sobre la responsabilidad de la agresión sexual constituyen elementos que obstaculizan la elaboración de la experiencia traumática.

Ante un acontecimiento de agresión sexual como lo puede ser una violación, las víctimas se enfrentan a lo que se percibe como ineludible o como una amenaza abrumadora a su integridad física e incluso a perder la vida, ante lo cual la respuesta del cuerpo puede ser quedarse inmóvil y derrumbarse ante la sensación de terror o bien defenderse y luchar. Una cuestión importante de entender es que esta reacción es involuntaria, el mecanismo fisiológico que gobierna esta reacción es instintivo, no se encuentra bajo un control conciente. Sin embargo diversa literatura nos muestra que cuando permanecemos inmoviles es de esperarse que sobrevenga la sintomatología traumática, o bien cuando a pesar de nuestros esfuerzos no fue posible librar la agresión.

Es por ello que en terapia será importante tender a la movilización, no solo desde lo corporal para funcionar plenamente. La angustia experimentada y la sensación de impotencia que deviene del no haber podido librarnos de la agresión sexual, trae como consecuencia habitualmente el desplazamiento de la angustia al cuerpo y el desarrollo de sintomatología somática, así mismo es el punto de partida para el desarrollo de síntomas y trastornos emocionales y del comportamiento.

La curación del trauma dependerá en mucho del reconocimiento de los síntomas emocionales, cognitivos y conductuales que nos indiquen cual debe ser nuestro plan terapéutico.

Las emociones están íntimamente ligadas con el significado, de hecho no se produce ningún cambio emocional sin que se produzca un cambio cognitivo. Se originan a través de muchas fuentes: neuroquímicas, fisiológicas, biopsicológicas y cognitivas (Izard, 1991), siendo el resultado de una valoración automática. La inmediatez de la respuesta parece variar con la intensidad de la respuesta que se está produciendo y con las experiencias asociadas del pasado. Si en el pasado se ha tendido experiencias severas de humillación o abandono, o bien si en el pasado se ha vivenciado alguna experiencia de agresión sexual, se vuelve sensible o hipersensible a las claves que enuncian que algo así puede suceder, lo que produce como resultado el sentimiento de vulnerabilidad.

La intervención terapéutica deberá tomar en cuenta que una misma experiencia emocional y la expresión de esta, puede enraizarse en estados mentales diferentes, 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, luego entonces la intervención terapéutica deberá ser distinta. Así mismo se deberá tomar en cuenta que en diversas ocasiones una emoción puede encubrir a otras que devienen de una **vivencia anterior**. Es así como en ocasiones el enojo encubre tristeza.

Las diversas emociones tienen sus propias características y existen diferentes modos de trabajar con cada una de ellas. Por ello resultará elemental identificar las emociones que presente la paciente para elaborar el plan terapéutico y el abordaje indicado para la sintomatología.

Los sentimientos y las emociones han ejercido una influencia poderosa sobre la razón y pueden mejorar o empeorar el razonamiento y la toma de decisiones, por ello aun en los abordajes psicológicos que parten de la realización de un análisis intelectual (como lo es el psicoanálisis) es importante el contacto con la emoción (que en ocasiones deviene de una experiencia pasada) para lograr la toma de decisiones, o bien para externar y resignificar una experiencia negativa y superarla.

Los problemas emocionales pueden curarse a través del acceso de la emoción y del significado. Sin embargo la simple expresión de la emoción no corregirá la situación. Necesitamos leer el mensaje que la experiencia emocional aporta y utilizarlo para guiar de este modo una acción constructiva.

En terapia cierto tipo de emociones se consideran curativas en si mismas. Por ejemplo solo cuando una mujer reconoce su enojo por haber sido agredida sexualmente, comienza a poder movilizarse asertivamente para protegerse a si misma

Será importante integrar la voluntad, el intelecto, el deseo y la emoción. El darnos cuenta nos ayuda a manejar nuestros sentimientos la ansiedad, el enojo y la tristeza de manera que no nos arrollen y nos ayuda a cuidar de nosotros mismos, siendo capaces de controlar nuestros impulsos y motivarnos.

1. Modalidad terapéutica

La modalidad terapéutica que se propone en este modelo de abordaje psicoterapéutico es la terapia individual, dado que cada víctima vive la agresión de manera diferente. Se trabaja a nivel personal con sus pensamientos, sus afectos, sus emociones, así como con el reconocimiento de recursos internos y externos que le ayuden a superar el evento traumático, por lo que idealmente requiere un espacio propio para trabajarlo. Aunado a que hay gente que no es adecuada para el trabajo grupal.

Esto es de suma importancia si consideramos que los síntomas se deben relacionar directamente en un primer momento con los objetivos terapéuticos a desahogar, de tal suerte que en cada sesión se puedan ir eliminando los síntomas, al ritmo propio de la victima, ya que la duración del evento, el tipo de evento y sobretodo la relación existente con el agresor podría amplificar y profundizar los síntomas.

Sin embargo posterior a la terapia individual es recomendable que pase a un proceso de terapia grupal, dado que el trabajo a nivel grupal es un trabajo terapéutico que facilita a la víctima compartir su experiencia con otras víctimas, aprendiendo de la experiencia del otro, en la escucha se descubren nuevas formas de superar los obstáculos y limitaciones, aunado a ello el grupo terapéutico fomenta la creación de redes de apoyo, en su interacción y participación las mujeres se sienten útiles al brindar ayuda, porque deciden e interactúan reafirmando sus propias estrategias y poder frente a su historia de violencia.

2. Intervención focalizada

La afectación emocional en que una mujer víctima de agresión sexual se encuentra, no solo se relaciona con la magnitud y la severidad del evento precipitante, sino también, con los recursos personales y las redes de apoyo con las que se cuente. Se debe estar conscientes no solo del objetivo y la dirección de nuestras acciones en una situación de violencia sexual, sino también de las características personales que debemos potenciar y desarrollar para poder realizar un trabajo humanista, eficaz y tendiente al logro de metas específicas.

Dado el momento de alto riesgo físico y psicológico que se presentan durante la agresión sexual podemos decir que la intervención psicológica tendrá como propósito fundamental, trabajar con la principal sintomatología que deviene al ser víctima de violencia sexual, para disminuirla e idealmente erradicarla, tendiendo al restablecimiento de la estabilidad emocional, logrando que la víctima se recupere del evento traumático.

Cuando trabajamos con las emociones, necesitamos distinguir la naturaleza concreta de las emociones evocadas. Esto requiere evaluar los diferentes estados y procesos emocionales. Necesitamos identificar en ocasiones si esta emoción tiene que ver con el entorno, el contexto social o con la persona. A las reacciones frente al contexto social, se ha de acceder por su información, las emociones que se refieren a la persona, hay que explorarlas por su significado y la naturaleza de las relaciones internas que las están generando.

Algunas pacientes podrían controlar en exceso o presentar una baja regulación de sus emociones, la meta es ayudarles a lograr una regulación del afecto adecuado. Algunas pacientes niegan la experiencia de sentimientos, tales como el enojo, la tristeza, o el miedo, evitan la emoción cuando lo que requieren es poder reconocerla “estar en contacto con sus sentimientos” y expresarlos. Porque de mantenerse al margen del dolor, enojo y sufrimiento normal ante una agresión sexual será difícil su recuperación.

Existe un acuerdo creciente entre l@s clínic@s acerca de que al bloquear una experiencia emocional importante, interfiere con un funcionamiento saludable, al mismo tiempo que prolonga el sufrimiento en lugar de aliviarlo.

Como persona que sirve de guía, la o el terapeuta debe tener en cuenta, de entre todos los factores, aquel que es más significativo, por ser el más vivo emocionalmente de todo el material que está emergiendo. Aquellos estados mentales en los cuales la emoción se expresa de un modo especialmente vivo y conmovedor son los que están más fuertemente relacionados con el bienestar del paciente. Necesitamos focalizar en terapia la tendencia de acción, así como el proceso de evaluación momento a momento, que se produce cuando la paciente da cuenta de lo que es bueno para ella. Esto se hace atendiendo los sentimientos que guían nuestra acción.

Cuando exploramos las emociones, estas nos darán acceso a las valorizaciones acerca de la situación o la experiencia traumática, así como de las necesidades y metas que están operando en ese momento. La identificación de nuestras necesidades y valoración ideosincrásica constituye un foco prioritario del trabajo terapéutico. Cuando iniciamos el proceso de curación utilizamos lo que se denomina el sentido de la percepción o de las sensaciones corporales internas,. Estas actúan como un portal a través del cual descubrimos los síntomas.

3. Evaluación de la sintomatología emocional

Para explorar a través del evento traumático es necesario un ambiente de tranquilidad, seguridad y protección. Y como ya comentábamos que hay sintomatología esperada ante una agresión sexual, esta podrá variar de una persona a otra y es justo ahí donde la o el terapeuta tendrá que focalizar su atención para el logro de nuestra meta 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 psicósomáticos y comportamientos destructivos. En general existe un sentimiento de no valía, vergüenza y culpa.

Es importante dar cuenta que difícilmente aparecerá un síntoma aislado en una mujer víctima de agresión sexual, normalmente aparecerá un conjunto de síntomas. De una persona a otra se manifestarán los síntomas traumáticos de un modo diferente según la naturaleza y la gravedad del trauma, la situación en la que sucedió y los recursos personales tanto internos como externos con los que cuenta la víctima.

En el caso de la violación puede evaluarse por medio del desorden de Estrés Post Traumático, o bien, a través del Síndrome del trauma Post Violación.

4. Plan terapéutico

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

importante a trabajar en violencia sexual, Las necesidades de la mujer, el énfasis en las fortalezas o recursos internos y externos, así como la clarificación de mitos e ideas irracionales.

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

El presente modelo reconoce la decisión clínica que la o el terapeuta deberá tomar para elegir aquel aspecto del proceso sobre el que conviene focalizarse dependiendo de las necesidades de su paciente, para el logro de los objetivos, por lo que se recomienda favorecer la expresión de sentimientos, pensamientos y sensaciones corporales, que le permita a la psicoterapeuta dar cuenta de lo que debe focalizar en las sesiones.

Guía de planeación terapéutica

La presente secuencia constituye una guía que a criterio clínico podrá cambiar de orden o requerir más de una sesión para su trabajo por objetivo terapéutico.

| Número de sesión: | Objetivo terapéutico: | Forma de abordaje-estrategia: enfocado a la expresión de emociones en conjunto con la integración de las cogniciones y sensaciones corporales. |
|--------------------------|---------------------------------|--|
| 1 | Empatía y encuadre | Planteamiento de encuadre y de los objetivos terapéuticos, promoviendo la empatía. |
| 2 | Exploración de la agresión | Verbalización del significado del evento y descarga emocional La psicóloga deberá observar las prioridades a trabajar, dependiendo la sintomatología identificada en estas primeras sesiones psicoterapéuticas, por lo que el orden de las sesiones siguientes podrá cambiar. |
| 3 | Identificación de las emociones | Facilitar la expresión de emociones |

| | | |
|----|--------------------------------|---|
| | Ansiedad y Tristeza | tales como la tristeza por medio de la narrativa, lo que permitirá disminuir la ansiedad. |
| 4 | Miedo y vergüenza | Por medio de la narrativa, visualizaciones e incluso por medio del dibujo. |
| 5 | Impotencia e Inseguridad | Expresión de emociones, puntualización en el control y empoderamiento |
| 6 | Enojo | Expresión del enojo, conectando con la propia fuerza para contrarrestar la impotencia |
| 7 | Culpa | Trabajo con mitos e ideas irracionales, desbalance de poder y responsabilidad plena en el agresor. Trabajando las conceptualizaciones de los mitos para reestructuración cognitiva. |
| 8 | Baja autoestima y autoconcepto | Se deberá dirigir a la paciente para reconocimiento de cualidades y limitaciones, puntualizando las características positivas y enfocarse en el potencial de sí misma y no en la victimización. Puede trabajarse por medio de verbalización o bien ejercicios de escritura. |
| 9 | Sexualidad y esquema corporal | Puede ser trabajado a partir de ejercicio con el cuerpo enfocados a la aceptación corporal y manejo de límites que brinden seguridad. |
| 10 | Recursos internos y externos | Fomentar que la persona descubra sus fortalezas, identifique sus habilidades para enfrentar el evento traumático. Así mismo identifique las redes de apoyo familiares y sociales con las que cuenta que favorecerán la superación del evento traumático. |

| | | |
|----|--|---|
| 11 | Resignificación de la experiencia traumática | Se favorecerá la reflexión acerca de la relación entre el evento de agresión sexual y la posibilidad de superarla y sobreponerse a esa experiencia. |
| 12 | Plan de vida | Favorecer la fijación de metas a corto y mediano plazo, así mismo sugerir la elaboración conjunta de un plan de acción para cumplir con las metas propuestas. |

Apoyo emocional, empatía y encuadre:

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

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

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

Exploración de la agresión:

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

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

La simbolización de los sentimientos y las emociones proporciona una distancia segura, que protege a la persona de sentirse desbordada, o del acting out o pasaje al acto⁷, y establece las condiciones para el comienzo del fortalecimiento personal.

Tristeza:

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

Otra reacción bastante común es el sentirse triste o deprimido. Se tienen sentimientos de desesperanza, como si todo en la vida se diera por perdido. En ocasiones la desesperanza lleva al desconsuelo total, la cual puede conducir a la víctima al suicidio.

Asociado al sentimiento de depresión se experimenta la pérdida del interés en cosas o actividades que antes solían disfrutarse. Nada suele llamar la atención como antes. Cuando se trabaja con las emociones el dolor necesita ser permitido, mirado de frente y completado.

Miedo y la vergüenza:

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

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

La víctima por consiguiente tiende a evitar cualquier cosa o circunstancia que le recuerde el momento en que fue abusada (no volver al sitio de los acontecimientos, no vestirse de cierta

⁷ Término psicoanalítico con significado que designa acciones casi siempre impulsivas, reactivas, ante una situación inconciente no elaborada.

manera, o salir de su casa a ciertas horas del día, etc.). En algunos casos, el miedo es tal, que las víctimas limitan sus actividades al mínimo. Algunas mujeres no salen de sus casas o evitan toda oportunidad de estar solas.

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

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

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

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

Impotencia e inseguridad:

Otra de las consecuencias de la violencia es el desarrollo de la desesperanza, impotencia o pérdida de la habilidad para predecir el resultado de las propias conductas, manifestándose en un sentimiento de inseguridad constante hacia el entorno y hacia su propia persona.

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

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

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

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

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

Enojo:

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

Cuando el recuerdo de un acontecimiento traumático está vivo, como lo es en los casos de las pacientes que verbalizan con rabia el enojo y frustración que experimentaron y experimentan en ese momento al recordar la agresión de la que fueron objeto, resulta importante que el terapeuta reconozca y valide el enojo, de modo tal que facilite que la paciente asuma al externarlo, una posición de poder. El enojo potencia que la paciente conecte con su propia fuerza y contrarresta la impotencia del miedo. Por tal para mejores resultados terapéuticos es importante al trabajar el enojo, acceder a la estructura del miedo.

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

Culpa:

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

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

de ayudar a la víctima a que perciba correctamente la situación de: Desbalance de poder respecto del agresor.

Baja autoestima y auto concepto.

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

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

Sexualidad y esquema corporal:

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

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

Para ello será necesario confrontar a la paciente con su sentir respecto al cuerpo, que en ocasiones aunque no se reconozca la afectación de manera conciente, esta se verá reflejada en problemáticas de inseguridad corporal y problemas en la sexualidad. Para ello será indispensable buscar la aceptación y reconceptualización corporal a partir de la experiencia traumática, reconstruyendo la imagen corporal y recuperación del cuerpo como un espacio individual, grato y seguro, desarrollando un concepto propio de confianza, respeto y amor.

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

Recursos internos

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

Recursos externos

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

Revisión del significado de la experiencia de traumática.

En el área cognitiva (pensamiento), debe enfocarse el significado de la agresión recibida. Para ello, es preciso favorecer la reflexión acerca de la relación entre el evento precipitante y la violencia, entre la afectación inmediata y la posibilidad de superarla y sobreponerse a esa experiencia.

Plan de vida

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

Tiene como propósito potenciar la certeza de poder continuar con su vida, de reconocer que a pesar del evento traumático, le es posible tomar decisiones en relación con las metas y planes propuestos y sus necesidades. A partir de ello, podrá continuar en terapia individual o bien acudir a un grupo de apoyo en donde pueda socializar el evento y fortalecerse aun más.

Se debe también incluir en dicho plan como resolver la parte que tiene que ver con el enfrentamiento social y a la comunidad incluyendo por supuesto la familia y la pareja si existiera.

La medicación (abordaje con interconsulta psiquiátrica)

Es posible que la medicación resulte útil para ayudar a la paciente que ha sufrido un evento traumático a estabilizarse más rápidamente. Sin embargo cuando es utilizada por periodos más prolongados de tiempo a fin de suprimir la sintomatología, interfiere en la cura imposibilitando el trabajo psicoterapéutico.

RECOMENDACIONES FINALES

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

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

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

Bibliografía

1. Cyrulnik Boris, “La maravilla del dolor” El sentido de la resiliencia, Editorial Granica, Argentinz 2006.
2. Greenberg Leslie S., Sandra C. Paivio “Trabajar con las emociones en psicoterapia”, Editorial Paidós Ibérica S.A, Barcelona, 2002.
3. Claramunt María Cecilia, “Mujeres Maltratadas: guía de trabajo para la intervención en crisis” Programa Mujer, Salud y Desarrollo, Serie Género y Salud Pública. Organización Panamericana de la Salud. San José, Costa Rica, Mayo 1999.



4. Claramunt María Cecilia “Abuso sexual en mujeres adolescentes”. San José, Costa Rica: Organización Panamericana de la Salud, Programa Mujer, Salud y Desarrollo; 2000. (Serie Género y Salud Pública No. 9).
5. Peter A. Levine, Ann Frederick “Curar el trauma”, Editorial Urano, Barcelona 1997
6. Slaikeu, Karl (1988) Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación. México : Editorial El Manual Moderno, S. A. de C.V.
7. Walker, Lenore (1995) Abused Women and Survivor Therapy. American Psychological Association. Washington, DC.
8. Informe mundial sobre la violencia y la salud, Organización Panamericana de la Salud, Washington, E.U.A. 2003
9. La violencia contra las mujeres: responde el sector de la salud Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington, D.C.,OPS, 2003.
10. Norma Oficial Mexicana 190/SSA1, Publicada en 1999
11. Violencia Sexual e intrafamiliar, Modelos de atención, Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, México, 1997