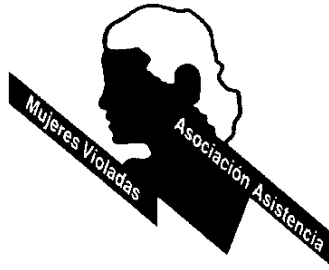
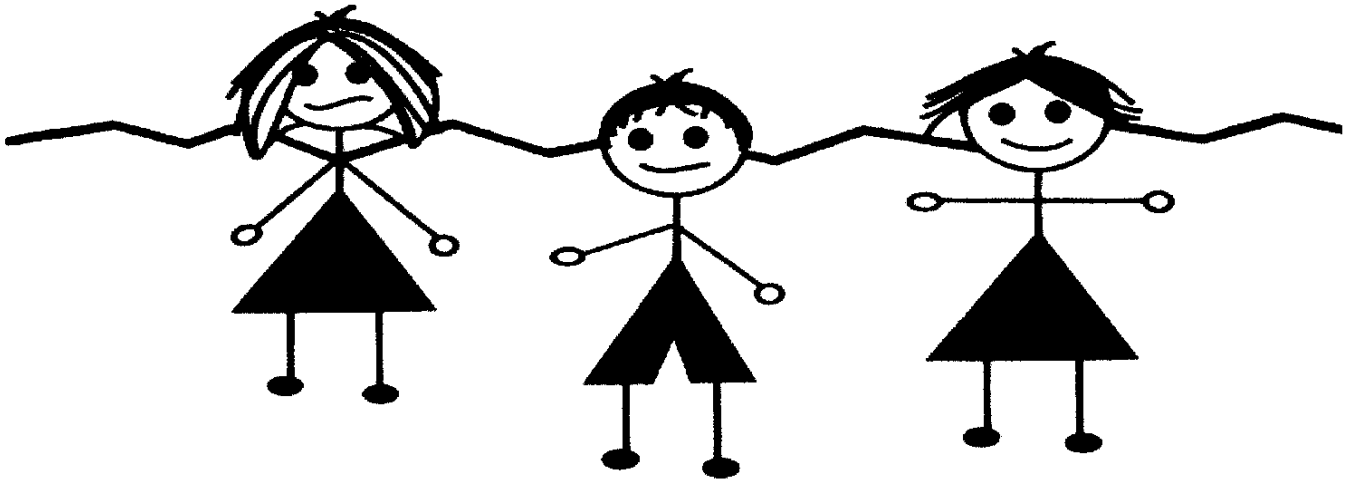




II AULA DE FORMACIÓN SOBRE INTERVENCIÓN PRIMARIA CON VÍCTIMAS DE AGRESIONES SEXUALES (MUJERES Y MENORES)



**ASOCIACIÓN DE ASISTENCIA A MUJERES VIOLADAS
CENTRO DE ASISTENCIA A VÍCTIMAS
DE AGRESIONES SEXUALES
CAVAS
C/ O'DONNELL, 42 28009 MADRID
TLF. 91 574 01 10**



Los

Menores

son las **Víctimas**

SILENCIOSAS del

Abuso sexual

VARIABLES IMPLICADAS EN EL ABUSO SEXUAL INFANTIL (ASI):

Los efectos psicológicos del abuso sexual infantil a corto, medio y largo plazo vienen determinados por la presencia o ausencia de variables que condicionan tanto el tipo de trastornos que produce en las víctimas como la gravedad de los mismos. Así pues, a la hora de abordar el estudio de las consecuencias psicológicas del ASI comenzaremos por el análisis de dichas variables. Obviamente, estas variables actúan relacionadas entre sí y no como factores aislados e independientes.

Edad: En líneas generales, cuanto menor es la edad de la víctima, menor es la gravedad del daño psíquico sufrido.

Tiempo que dura la agresión: El impacto aumenta a medida que lo hace el tiempo en que se prolonga la situación de abuso, resultando significativamente dañinas aquéllas que superan los tres años. También tiene influencia el tiempo que dura cada episodio aislado de abuso, siendo particularmente perjudiciales los más prolongados.

Ubicación física del abusador: Cuando abusador y víctima no conviven, sino que los abusos sólo se presentan en determinadas circunstancias, el ASI produce un impacto sensiblemente menor. Por el contrario, cuando el menor está ubicado en el mismo espacio que su abusador, los períodos de tranquilización entre un episodio de abuso y otro son muy reducidos y no llegan a tener un efecto verdaderamente relajante, lo que origina un estado permanente de ansiedad en la víctima. Incluso cuando no hay relación de convivencia, tienen influencia significativa la frecuencia y duración de las exposiciones a la situación

de abuso, siendo mayor el impacto cuanto más frecuentes y prolongadas sean éstas.

Relación con el abusador: El nivel de afectación sube a medida que el vínculo entre abusador y víctima se estrecha. Es significativa también la diferencia si existe consanguinidad o no en una misma relación de parentesco pues cuando no la hay permite a la víctima defenderse considerando a esa persona como extraña.

Tipo de prácticas abusivas: Los abusos sin contacto físico (seducción verbal, exposición de los órganos sexuales, forzamiento a la visualización de pornografía, realización de actos sexuales en presencia del menor) resultan menos lesivos que los que sí requieren contacto físico y dentro de éstos, los tocamientos resultan generalmente menos aversivos que cualquier tipo de penetración, siendo las más dañinas las prácticas sexuales que producen dolor físico.

Tipo de estrategia utilizado por el abusador para conseguir la aceptación y el silencio del/la menor: Básicamente se presentan tres tipos:

- Pacto de silencio basado en una relación de complicidad con el menor establecida en base a supuestas cualidades que el abusador le atribuye: es especialmente atractivo/a, es su elegido/a, está muy capacitado/a para recibir esa iniciación sexual, etc.
- Ofrecimiento de gratificaciones que pueden ser conceder bienes materiales, otorgar privilegios o eximir de obligaciones y/o responsabilidades.

- Violencia verbal (amenazas contra su integridad física o contra la de otras personas del grupo familiar, o consecuencias negativas que su falta de colaboración tendrá sobre él y/o los demás) y/o física.

Estas tres estrategias pueden presentarse asiladas o combinadas entre sí y pueden llevar añadida una actitud de hipercontrol destinada a lograr el aislamiento social del menor impidiéndole contactos con sus iguales no sólo por un deseo de posesión absoluta sino también por impedir que las relaciones sociales establecidas posibiliten una confianza que lo deje en descubierto.

Esta variable actúa a dos niveles, uno cuantitativo, aumentando el daño psíquico producido en el caso de empleo de violencia y otro cualitativo, determinando distintos tipos de trastornos a medio y largo plazo.

Características del/la menor: No todos los niños tienen la misma capacidad de resistencia a la adversidad, grado de dureza psíquica y equilibrio emocional cuando comienza el ASI y algunos pueden soportar prolongadas experiencias dolorosas sin resultar gravemente dañados por ellas, mientras que otros pueden sufrir un fuerte impacto por agresiones menores. Confluyen para ello factores constitucionales junto a factores ambientales tales como si el medio y la metodología con que han sido socializados han sido especialmente protectores o por el contrario estimuladores de autosuficiencia y confianza en sí mismos. Evidentemente, los sujetos más débiles psicológicamente sufrirán un impacto mayor que los que tengan mayores recursos.

Reacción del entorno familiar: Esta variable entra en funcionamiento una vez descubierta la situación de abuso. Los efectos psicológicos del ASI se agravan en la medida en que la reacción familiar presente:

- Interrogatorios exhaustivos y recurrentes incluidos en presencia del abusador.
- Mensajes de incredulidad o culpabilización directa o indirecta.
- Desestructuración familiar con enfrentamientos entre quienes creen al menor y lo apoyan y quienes no lo creen o lo consideran responsable, con ruptura de relaciones entre parientes que antes mantenían una relación armónica.
- Temor ante las amenazas o posibles represalias del abusador.
- Permitir contactos posteriores entre abusador y víctima.
- Reprimir manifestaciones afectivas de los menores hacia otros adultos.
- Distorsiones atribucionales sobredimensionando las consecuencias del ASI atribuyéndole efectos que no le son propios.

Proceso judicial: El afrontamiento del proceso judicial supone para casi la totalidad de los/as menores víctimas de ASI una fuente de victimización secundaria muy importante. En este apartado cabe destacar algunas situaciones que aumentan significativamente este daño psíquico:

- Los sujetos especialmente tímidos y vulnerable sufren una elevada ansiedad sólo por el hecho de tener que verbalizar públicamente, en escenarios percibidos como hostiles y ante personas desconocidas sus experiencias y así, tanto la denuncia como la ratificación y sobre todo la testificación en la vista oral se convierten para ellos en nuevas experiencias traumáticas.
- También resultan lesivos los sucesivos interrogatorios y la diversidad de personas ante las que tienen que verbalizar los episodios de ASI, hecho que viene a agravarse aún más cuando se admiten peritaciones múltiples.

- La presencia del abusador en la sala durante la testificación del/la menor supone otra experiencia fuertemente ansiógena. Incluso cuando éste es ocultado a su vista por alguna mampara o biombo, el/la menor es consciente de su presencia y muy sensible a los sonidos que pueda realizar, como toses o carraspeos de cuya audición informan con mucha frecuencia.
- Cuando la estrategia de la defensa del abusador se centra en supuestas deficiencias del/la propio/a menor, como su incapacidad para distinguir unos contactos de otros, su habitual tendencia a mentir o fabular, su falta de habilidad para manejar la situación de ASI o informar de ella, etc., el daño psicológico es mucho mayor.
- La larga duración del intervalo de tiempo entre el momento en que el/la menor verbaliza los hechos y se inicia el proceso judicial hasta que se celebra la vista oral significa una dificultad añadida que obstaculiza el proceso de recuperación. Impide al/la menor dar por concluida la experiencia, facilita la aparición de nuevas rumiaciones obsesivas sobre los episodios y prolonga el tiempo que permanece expuesto/a a una situación ansiógena.

Educación sexual que recibe el /la menor: El impacto del ASI es mucho mayor en sujetos que reciben una educación sexual distorsionada que los lleva a integrarla como algo negativo o en aquellos que no reciben formación sexual alguna y han de conformarse con la que obtienen de su entorno, más aún si ese entorno es a su vez deprimido.

Tiempo transcurrido entre el ASI y la intervención terapéutica: Sin que sea una variable del ASI propiamente dicha, hemos de considerarla aquí pues tiene una importancia muy elevada, tanto en el tipo de secuelas como en la gravedad de las mismas y en su pronóstico de superación.

Difieren sensiblemente los efectos psicológicos encontrados en población adulta que sufrió ASI pero no recibió en su momento la asistencia terapéutica oportuna pues los trastornos están cronificados y sobredimensionados por la suma de las sucesivas distorsiones atribucionales, de los que encontramos en la población infantil o adolescente en el momento mismo en que el ASI es descubierto.

CREENCIAS IRRACIONALES MÁS COMUNES REFERIDAS AL ASI:

Todo menor que sufre ASI presenta necesariamente alteraciones psíquicas: En casi la mitad de los casos el menor víctima de ASI se encuentra asintomático, sobre todo cuando las variables implicadas se dan en su modalidad más leve. Posteriormente, en la adolescencia sí pueden aparecer bloqueos y disfunciones en el comportamiento afectivo-sexual.

Un comportamiento hipersexualizado es siempre indicio de ASI: En ocasiones este comportamiento se da porque el menor presencia con frecuencia y facilidad escenas sexuales protagonizadas por sus adultos referenciales, padres y hermanos mayores. También se presenta como forma de demanda de atención o como compensación de carencias afectivas que llevan a comportamientos autoestimulantes compulsivos.

Los/as menores nunca inventan situaciones de abuso: Pueden autogenerarlas como forma de apartar una figura sustituta no deseada (el nuevo compañero sentimental de la madre), o como forma de justificar fracasos escolares o absentismo académico.

Existen indicadores claros de que un/a menor está sufriendo abusos: Si exceptuamos los síntomas físicos que pueden detectarse mediante actos médicos y que sólo se presentan en un 10% de los

casos, todas las alteraciones psíquicas que puede producir el ASI aparecen también en situaciones de maltrato o abandono.

La madre es a menudo concedora y consentidora del ASI: Ésto sólo es así en un porcentaje muy reducido de casos, inferior al 10%, y va unido a situaciones de fuerte dependencia económica y/o emocional.

El ASI intrafamiliar se da sólo en ambientes familiares deprimidos: Aunque efectivamente se detecta más frecuentemente en estos ambientes, se presenta en todos los grupos sociales.

El abusador de menores es frecuentemente una persona ajena al entorno habitual del menor: El agresor es un miembro de la propia familia en el 70% de las veces, un conocido cercano en un 20% y sólo en el 10% restante es alguien totalmente desconocido.

El abusador de menores es una persona conflictiva, extraña o ha sufrido a su vez abuso en su infancia: Casi la totalidad de agresores de menores son personas que presentan un comportamiento totalmente normalizado en el cual es imposible detectar tendencia desviada alguna.

MOTIVOS QUE PUEDEN LLEVAR AL ADULTO A PRÁCTICAS SEXUALES ABUSIVAS:

Dudas sobre la propia capacidad sexual: adolescencia, decadencia sexual, homosexualidad, etc.

Búsqueda de variabilidad en los comportamientos sexuales.

Fracaso temporal o permanente en el control de los impulsos sexuales.

Alteraciones en el desarrollo psico-sexual.

Satisfacción de la necesidad de vivir situaciones de control y sometimiento del otro como forma de resolver las propias frustraciones o de solucionar conflictos con la propia autoestima.

MOTIVACIONES PARA INFORMAR EN FALSO:

Por parte de los adultos:

- Parejas con una fuerte problemática, convivientes o ya rotas.
- Conflictos en general con la tutela de los/as menores.

En muchos de estos casos no se trata de una autogeneración total e intencionada por parte del progenitor acusador, sino de una distorsión de alguna verbalización espontánea del/la menor que no era realmente indicativa de abuso.

Por parte de los/as menores:

- Rechazo de nuevas figuras parentales impuestas.
- Justificación del fracaso académico o del absentismo escolar.
- Resolución de los conflictos propios de la iniciación a la sexualidad que en ocasiones han podido llevar a los propios menores a prácticas que a su vez pueden considerarse abusivas.

EVALUACIÓN BÁSICA DEL ASI:

Toda entrevista de evaluación de un posible caso de ASI se efectuará siempre por separado, no escuchando nunca el testimonio de los adultos en presencia de los menores ni viceversa, aun cuando haya habido verbalización previa. En el caso de que los progenitores

acudan acompañados del/la menor y no se disponga de un espacio adecuado para que espere, se los conminará a volver en otro momento. Habrá que cuidar este detalle cuando se funcione con citas previas.

La evaluación se comenzará siempre que sea posible entrevistando en primer lugar a los progenitores, otros adultos referenciales o cualquier otra persona que haya recibido la primera verbalización del/la menor o haya concebido la sospecha de que el abuso se está produciendo. Esta primera entrevista se realizará en fecha diferente a la entrevista del/la menor con el fin de evitarle esperas tediosas que puedan condicionarle a ofrecer una información ligera y superficial en un intento de acabar cuanto antes.

Si por algún motivo se considerara pertinente entrevistar al presunto abusador, se procurará que el/la profesional que lleve a cabo esta entrevista sea distinto/a de quien realice la evaluación del/la menor, y si esto no fuera posible se evitará en todo momento que el/la menor sea conocedor de esta circunstancia. En cualquier caso, la intervención con el presunto abusador se realizará siempre cuando haya concluido el proceso de evaluación del/la menor.

Técnicas y estrategias para obtener información:

Obtener en primer lugar un Testimonio Espontáneo (TE) de la primera verbalización recibida del/la menor o de la sospecha de abuso ofreciendo únicamente la consigna de: *Cuéntemelo de la manera más extensa posible, con todos los detalles que sea capaz de recordar y utilizando si puede las palabras textuales que utilizaron el/la menor y usted.*

Durante la recepción del TE ofrecer sólo consignas que estimulen a seguir hablando: *“Qué más puede recordar?, ¿piensa que hay algún*

otro dato que pueda ser importante?, ¿hay alguna cosa más que desee añadir?”.

Obtener a continuación un Testimonio Dirigido (TD) con preguntas concretas pero abiertas, de respuesta múltiple, mediante las cuales conseguir la información no facilitada en el TE, con preguntas como:

¿Dónde se encontraban?

¿Qué actividad estaba realizando?

¿Qué momento del día era?

¿Qué fue exactamente lo primero que dijo el/la menor?

¿Qué tipo de comportamiento no verbal tuvo el/la menor durante la verbalización?

¿Cuál fue su primera reacción no verbal que tuvo ante esta revelación?

¿Qué fue lo primero que dijo tras la primera revelación?

¿Qué fue lo primero que pensó o sintió tras la revelación del/la menor?

Para la obtención del TD en los casos en que no haya habido verbalización del/la menor sino sólo sospecha por parte del adulto, las preguntas serán:

¿Por qué razones considera que esos episodios son indicativos de ASI?

¿Dónde sucedieron cada uno de los episodios que le llevaron a la sospecha?

¿Qué actividades estaba realizando cuando sucedieron cada uno de estos episodios?

¿En qué momento del día sucedieron cada uno de esos episodios?

¿Cuál fue la primera reacción que tuvo ante cada uno de los episodios?

¿Qué fue lo primero que pensó o sintió tras cada uno de los episodios?

Obtener un TE de los hechos sucesivos a la primera revelación o a la historia de sospecha, con especial atención a información sobre reacciones de otros miembros de la familia y posibles interrogatorios

efectuados al/la menor por éstos, con preguntas del tipo: *Cuénteme todo lo que ha sucedido después y que esté relacionado con estos hechos; procure recordar todo lo que de alguna forma tenga algo que ver con ello; exponga todo lo que hizo y los pasos que dio a partir de esta primera verbalización o de que creyó tener certeza de lo que sucedía.*

Obtener el TD de los hechos subsiguientes a la primera verbalización o a la confirmación de la sospecha que no hayan sido ya aclarados en el TE, con preguntas como:

¿Con qué otras personas ha comentados los hechos?

¿Se han efectuado o no estos comentarios en presencia del/la menor?

¿Cuáles han sido las reacciones de cada una de estas personas, tanto a nivel verbal como comportamental?

¿Qué motivaciones tuvo para hablarlo con estas personas?

¿Alguna de estas personas ha interrogado directamente al/la menor?

¿Cuál ha sido el diálogo en estos casos?

¿Se han efectuado diligencias policiales y judiciales? ¿Cuáles y cómo han sido?

Respuesta inicial básica ante una verbalización espontánea de ASI:

Estas estrategias están indicadas para aquellos casos en que el objetivo inicial de la intervención no era un supuesto abuso o sospecha del mismo, sino cualquier otra circunstancia a lo largo de la cual aparece una manifestación por parte del/la menor de estar siendo a haber sido víctima de un abuso sexual.

- Prestar atención y escuchar activamente en el momento mismo en que se produzca sin enviar ningún mensaje de demora. Buscar, eso sí, privacidad y ausencia de interrupciones para todo el tiempo que dure la conversación sobre el tema.

- No interrogar ni plantear ninguna pregunta directa y mucho menos sugerir posibles prácticas abusivas para que el niño o niña responda si las ha sufrido o no. Limitarse a animar al/la menor a continuar con la verbalización con mensajes de estímulo tales como “puedes contarme todo lo que quieras”, “puedes confiar en mí”, “tal vez yo pueda ayudarte si sé lo que sucede”, “si quieres, puedes decirme que más pasó”, etc.
- No hacer ningún otro comentario sobre lo que el niño o la niña cuente ni sobre si su exposición de los hechos o sus sentimientos resultan adecuados, aceptando los que exprese, cualesquiera que sean y transmitiendo mensajes de “entiendo que te sientas así”.
- No expresar en ningún momento incredulidad ni directa ni indirectamente.
- Tranquilizarlo/a respecto a su falta de responsabilidad en ese suceso, haciendo que le quede claro que él o ella no tuvo culpa ninguna en que pasara ni pudo hacer que dejara de ocurrir.
- Reforzarlo positivamente por su valor para contarlo y su buena capacidad para hacerlo.
- Asegurarle de que haremos inmediatamente todo lo necesario para que no vuelva a suceder.
- Tranquilizarlo/a respecto del abusador, convenciéndolo/a de que no debe temer que le haga daño por haberlo contado.
- Asegurarle que superará lo sucedido, aunque necesite apoyo para ello. Brindarle en primer lugar el propio y el que le ayudaremos a encontrar.

EFFECTOS PSICOLÓGICOS DEL ABUSO SEXUAL EN LA INFANCIA:

Ausencia de efectos: Menores asintomáticos: Cuando las variables anteriormente expuestas se presentan en su extremo más leve, una vez que el ASI se interrumpe y la intervención terapéutica es inmediata, es frecuente encontrar menores asintomáticos, aunque hayan podido presentar durante el tiempo que ha durado el ASI ligeros trastornos comportamentales, tales como irritabilidad y agresividad, demandas de atención, conductas regresivas, etc.

Alteraciones asociadas a estados mantenidos de estrés: Trastornos por estrés postraumático especialmente frecuentes y graves cuando está presente la variable de convivencia entre abusador y víctima, cuando la reactividad familiar es particularmente ansiógena y cuando la influencia del procesamiento judicial es muy incisiva. Se manifiestan a tres niveles:

- **Cognitivas:** Falta de estímulo por conocer y de curiosidad para explorar, apatía mental, desinterés. También dificultades en la atención y en la capacidad de concentración. Por tanto, disminución de la productividad intelectual y ralentización del proceso evolutivo y del aprendizaje.
- **Comportamentales:** Conductas de irritabilidad y agresivas, en ocasiones autolesivas; conductas regresivas; abundancia de comportamientos de demandas de atención; conductas de evitación y de rechazo del contacto con la figura del abusador.
- **Fisiológicas:** Somatizaciones diversas.

Estructuración deficiente de la autoestima: Pueden encontrarse sujetos con niveles de autoestima muy bajos, motivados por:

- Los frecuentes mensajes de crítica y censura proferidos por el abusador.
- La socialización en un medio hostil, violento y estresante.
- Sentimientos de culpa por su coparticipación en el ASI: autoinculpación o inculpación del entorno.

Alteraciones en el comportamiento social: También a largo plazo el ASI puede desencadenar una actitud aislacionista y una asertividad deficiente, enmarcada en un cuadro general de falta de habilidades sociales, con rechazo y evitación de los contactos sociales, explicada por:

- Carencias en el aprendizaje social producidas por los mecanismos de control del abusador.
- Una actitud de autoexclusión por pensamientos y sentimientos de estigmatización, inferioridad y carencia de derechos.

Disfunciones en el comportamiento sexual:

- Conflictos asociados a la iniciación sexual: Presentes incluso en sujetos asintomáticos al interrumpirse el ASI y que recibieron intervención terapéutica inmediata al mismo. Los conflictos vienen motivados por un proceso de elevada ansiedad anticipatoria y por el estilo atribucional interno de los primeros fracasos.
- Comportamiento hipersexualizado: Potenciado por el condicionamiento de la utilización de la sexualidad como forma de obtener resonancia y privilegios, que cuando son eminentemente materiales puede llevar a una iniciación temprana en la prostitución. Todo ello con las consiguientes consecuencias negativas añadidas: embarazos tempranos, encasillamiento en el rol de objeto sexual, etc.

- Fobia sexual: Rechazo de todo contacto sexual junto con una interiorización distorsionada y negativa de la sexualidad. Aparecen fundamentalmente en sujetos que han sufrido prácticas sexuales dolorosas y/o que han sido socializados en una idea negativa de la sexualidad.
- Alteraciones sexuales propias del varón víctima de ASI: Encontramos como características específicas la necesidad de una sexualidad agresiva cuando durante un tiempo mantenido se han utilizado estrategias violentas de convicción. También surgen trastornos de la identidad sexual, así como frecuentes distorsiones cognitivas relacionadas con una supuesta tendencia homosexual y pensamientos obsesivos referidos al temor a presentar dicha homosexualidad e hiperatención a síntomas que confirmen o descarten esta tendencia. Ambas alteraciones se dan cuando también durante cierto tiempo han sido empleadas estrategias de elogio y/o privilegios y gratificaciones.

Trastornos de la personalidad: Aparecen cuando la variable tiempo que dura el ASI es significativa. En estos casos el ASI trunca el normal proceso evolutivo y dificulta una adecuada estructuración de la personalidad. Dependiendo de la influencia de otras variables, los trastornos más frecuente son:

- Paranoides (creencia irracional de que los demás pretenden aprovecharse de ellos o dañarlos, desconfianza) y esquizoides (distanciamiento afectivo y restricción de las manifestaciones emocionales): Aparecen en los casos de ASI más graves, es decir, violentos, por una persona allegada y muy próxima que ejerce un fuerte control en el proceso de socialización.
- Narcisistas (necesidad de admiración constante, creencia de ser "especial" y superior) e histriónicos (búsqueda excesiva de atención y comportamiento sexual seductor): Los encontramos asociados a la

- variable del empleo de la estrategia de aceptación del ASI por ser alguien particularmente escogido por sus especiales características.
- Antisociales (rechazo de las normas, impulsividad, agresividad): Son mucho más frecuentes en el varón víctima de ASI.
- Límites (relaciones interpersonales inestables que alternan la admiración con la desvalorización, necesidad excesiva de evitar el abandono y comportamientos autolesivos): Se encuentran sobre todo en casos en que la actitud del abusador ha sido muy cambiante, oscilando entre la amenaza y la violencia y el afecto y los cuidados, ahora no como estrategia para conseguir la aceptación del menor sino como forma de resolver sus propios conflictos de culpabilidad.
- Por evitación (evitación del contacto interpersonal por temor a las críticas, necesidad de agradar y ser aceptado, autopercepción de ineptitud e inferioridad) y por dependencia (incapacidad para tomar decisiones, expresar desacuerdos e iniciar proyectos): Se manifiestan en los casos de ASI integrados en una situación general de maltrato, físico o psíquico, en los que los/as menores reciben frecuentes mensajes de crítica y desvalorización.

Trastornos del estado de ánimo:

Surgen principalmente trastornos depresivos, bien de carácter reactivo, sincrónicos con el ASI, bien cronificado y recidivos, ya en la edad adulta.

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA CON MENORES VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL

Abordaremos el abuso sexual infantil (ASI) en los cuatro niveles en que debe efectuarse: familiar, individual, social y judicial. Haremos referencia a la **intervención inicial**, realizada tras el momento de la primera verbalización y cuando ésta no es muy lejana a los episodios de abuso, distinta de aquella a efectuarse cuando el ASI tenga años de antigüedad y haya producido diversos deterioros en la normal evolución personal, cognitiva, social o afectivo-sexual.

INTERVENCIÓN INDIVIDUAL

Aunque la intervención en víctimas menores se realiza fundamentalmente a través de su entorno familiar, hay una serie de temas a trabajar directamente con ellas a partir del momento en que sus capacidades lo permitan.

- Explicarle lo sucedido y las causas por las que ha ocurrido de forma tranquila y sin dramatismo, presentándole siempre al abusador como alguien con conflictos personales y emocionales, necesitado de una ayuda que gracias a sus manifestaciones va a poder recibir.

- Liberarlo/a de todo sentimiento de culpa, destruyendo la dinámica que sostiene que en los conflictos niño/adulto siempre el niño es el responsable. En muchos casos el sentimiento de culpa aparece por comentarios o interpretaciones que los adultos conocedores de los hechos hacen al menor. Los niños y niñas pueden entender que sus mayores en su necesidad de justificar o explicarse la conducta del abusador llegan a considerar que ellos o ellas pudieron tener comportamientos provocadores del abuso o que al menos pudieron haber controlado antes que dejara de producirse y por ello le hacen saber que si hubiera reaccionado de forma más enérgica y temprana, nada habría sucedido o se habría detenido más pronto.

• Utilizar la técnica de **Escucha Activa** como método para llegar al conocimiento de los pensamientos y sentimientos del menor respecto del abuso sexual, pensamientos que después habrán de ser sometidos a un proceso de reestructuración cognitiva, tanto los referidos al abuso en sí como los referidos a la ruptura familiar y al impacto en los demás miembros de la familia.

• Quitarle el temor a las amenazas y posibles represalias, tanto por parte del abusador como de otros miembros de su familia, que suelen ser sus consanguíneos: tíos, abuelos, etc.

• En familias con escasos recursos intelectuales y culturales habrá que suplir el papel de los progenitores en lo concerniente a determinadas situaciones previas o posteriores a la intervención terapéutica que deberían explicarle o evitar sus padres. Es precisamente su carencia de recursos lo que los incapacita para ello. Aclararemos entonces al menor hechos como:

Mensajes inculpatorios recibidos por parte de los adultos.

Contactos y conversaciones explicativas mantenidas con el abusador.

Mensajes o comportamientos agresivos hacia la figura del abusador.

Enfrentamiento y división familiar entre quienes creen que ha sucedido el abuso y quienes no.

• Fomentar su confianza en los adultos, haciéndole ver el suceso como un episodio aislado e infrecuente: sólo unos pocos adultos presentan esta desviación comportamental; la mayoría son positivos y protectores con la infancia.

• Enseñarles a distinguir entre contactos corporales positivos y negativos con los adultos y sus iguales. Mediante la utilización de material especializado al respecto, se trata de lograr que el/la menor aprenda qué comportamientos de contacto corporal son saludables y por tanto debe potenciar su utilización y cuáles son nocivos y debe

evitarlos, informando de su existencia en cuanto aparezcan. Para esta intervención podemos utilizar como soporte gráfico el material "Digo Sí, digo NO" trabajando los siguientes contenidos (este material es indicado para sujetos menores de siete años y puede trabajarse en grupo):

- Los mayores, al igual que los niños y las niñas, no son todos iguales ni las cosas que hacen tampoco. Muchas son buenas, pero algunas no. Realizar ejercicios prácticos en los que los niños y niñas tengan que identificar acciones que les gustan de los compañeros y compañeras y de los adultos y acciones de ambos que no les gustan.
- Los mayores que hacen cosas que no están bien suelen ser personas con problemas que necesitan ayuda, no personas malas que merecen castigo, al igual que los niños y niñas que no se comportan adecuadamente.
- Si cuando una persona hace algo que no está bien no se entera nadie, no podemos ayudarla. Es importante que sepamos lo que hace para poder ofrecerle los medios para que deje de hacerlo.
- Las personas mayores que están mal a veces hacen cosas malas a otras personas mayores y a veces hacen cosas malas a los niños y las niñas. Complementar con ejercicios prácticos de identificación de cosas malas que los mayores en conflicto hacen a otros mayores y a los niños y niñas.
- Diferenciación de los secretos: Hay secretos buenos, regalos, sorpresas; cuando se sepan, todos estaremos contentos. Esos no hay que contarlos. Pero hay secretos malos; si se descubren, los demás estarán tristes, se enfadarán o hasta nos pegarán. Esos no valen y hay que contarlos. Incluir un ejercicio práctico consistente en identificar secretos buenos y malos de los niños y niñas entre sí y de los menores con los adultos.

- Identificación de las personas a las que acudir a contar secretos malos.
- Identificación de sentimientos positivos: alegría, diversión, ayuda, cariño, consuelo, seguridad, etc. Realizar ejercicios prácticos en los cuales se enumeren vivencias con personas en edad infantil y adulta que nos hagan experimentar estos sentimientos.
- Identificación de sentimientos negativos: miedo, vergüenza, inseguridad (no sabemos qué hacer ni qué decir), tristeza, etc. Añadir también un ejercicio práctico de enumeración de vivencias con personas en edad infantil y adulta que nos hagan experimentar estos sentimientos.
- Identificación definitiva y global del hecho de que podemos estar a gusto o no con otra persona en función de lo que nos dice o hace.
- Iniciación al comportamiento asertivo desmontando el condicionamiento de que los niños y niñas siempre han de ser receptivos/as a las demandas afectivas de los mayores. Los menores deben aprender que tienen derecho a decir no ante un requerimiento afectivo de un adulto, beso, caricia, abrazo, aun cuando éste no lleve una intención abusiva, simplemente porque en ese momento no sienten deseos de responder a esa manifestación afectiva. Mediante un ejercicio práctico, identificar situaciones en que los menores se ven forzados a manifestaciones afectivas y ensayar cuál debería ser su comportamiento ante las mismas.
- Identificación de la ayuda que hemos pedido a los adultos de la que éstos nos ofrecen sin que la hayamos solicitado, adiestrando en el derecho a decir no a las personas que nos brindan ayuda que no necesitamos, con especial referencia a cuestiones de autonomía personal de los menores en el baño y el vestirse. En el ejercicio práctico se identificarán situaciones de ofertas de ayuda no solicitada y se ensayará comportamiento eficaz para rechazarlas.

- Identificación del contacto personal agradable: Nos gusta, sabemos lo que es, casi todas las personas que conocemos establecen ese tipo de contacto con nosotros/as y lo hacen del mismo modo cuando estamos solos/as con ellos que cuando hay más gente delante. Se terminará con un ejercicio práctico de enumeración de situaciones que impliquen contacto físico agradable con adultos.
- Identificación del contacto personal desagradable: No nos gusta, no sabemos muy bien lo que hace esa persona con nosotros/as, no es igual que el de la mayoría de la gente que tratamos y siempre sucede cuando estamos solos/as con esa persona y nunca cuando hay alguien más. De igual modo se finalizará con un ejercicio práctico de enumeración de situaciones que impliquen contacto físico no agradable con una persona adulta.
 - Elaborar **programas de exposición** para la extinción de los comportamientos de evitación más frecuentes: la presencia del abusador, el contacto con familiares defensores del abusador, las diligencias policiales y judiciales y el contacto con otros adultos.

Un caso particular que dificulta sensiblemente la superación del ASI es cuando el abusador es un vecino o amigo de la familia que vive próximo a la víctima. Tras la denuncia y la correspondiente detención y declaración del abusador, éste es dejado en libertad a la espera del juicio. La proximidad física hacen que sean numerosos los encuentros con él, pues además el abusador los potencia como elemento intimidatorio. Resulta muy difícil adiestrar a un menor en técnicas de afrontamiento cuando la situación no se puede jerarquizar pues desde el primer momento no puede controlarse la exposición al estímulo estresor final, ya que éste surge espontáneamente. El temor, potenciado en muchas ocasiones por la propia familia del/la menor, llega en ocasiones a impedir sus obligaciones y actividades sociales.

• Enseñar al/la menor a controlar sus propios comportamientos de demanda de atención, explicándole además cómo los refuerza el medio familiar y social. Racionalizarle por qué presenta él o ella estos comportamientos, por qué los refuerza el medio y la necesidad de evitarlos, entrenándolo en la obtención de atención mediante comportamientos positivos.

• Hacerles conscientes de cómo pueden aprender de esta experiencia, hacerse más fuertes, más seguros de sí mismos, más capacitados para manejar situaciones difíciles y estimularles a ello.

• Potenciar otras áreas personales deprimidas por el efecto del ASI: Autoestima, asertividad y habilidades sociales, principalmente.

• Diseñar programas específicos de modificación de alteraciones comportamentales que puedan ser consecuencia del ASI como hipersexualización o agresividad, fundamentalmente **programas de extinción** con la colaboración del entorno familiar y escolar.

• Prevenir que no atribuya al abuso sexual posibles desajustes futuros, especialmente disfunciones en el comportamientos sexual. Explicaremos que no necesariamente ha de encontrar dificultades en este terreno para que no acceda a la sexualidad con un componente de ansiedad sensiblemente más elevado que la media y le enseñaremos a fundamentar los tropiezos iniciales en la inexperiencia, propia y del compañero, y no en el abuso sexual sufrido.

Evitaremos así que esta mayor carga de ansiedad aumente el grado de insatisfacción de los primeros contactos, que a su vez aumentaría la tensión con que se enfrentará a los siguientes, ya que irá confirmando su temor sobre la aparición de disfunciones y después de una serie de experiencias altamente ansiógenas e insatisfactorias, desarrollaría una verdadera fobia sexual.

Esta intervención ha de hacerse con sujetos que tengan al menos 13 años. Cuando el ASI ocurra en edades más tempranas, pospondremos esta parte del trabajo hasta que el/la menor tengan la edad apropiada para ello.

- Preparar a los/las menores para posibles contactos futuros con su abusador, que éste podrá solicitar una vez que termine su condena o durante la misma cuando expire el plazo de pérdida de la patria potestad.

En los casos de niños y niñas muy pequeños que cuando llegara ese momento no guardarían recuerdo de los episodios de abuso, habrá que irles gradualmente informando del por qué de su falta de contacto con la figura paterna biológica. En todos los casos se trata de evitar que la figura del abusador reaparezca irruptivamente en la vida del menor sin que éste se encuentre siquiera informado

INTERVENCIÓN FAMILIAR

Los objetivos fundamentales de la intervención en el medio familiar son dos.

- Impedir que los integrantes de la familia transmitan a la víctima sus propios sentimientos y emociones de ansiedad, frustración, temor, desconcierto, necesidad de comprender, impotencia, etc., respecto al ASI.
- Lograr una colaboración activa y eficaz en el proceso terapéutico a seguir con el/la menor.

En víctimas de muy corta edad (menores de 6 años) la intervención se hace de forma prácticamente exclusiva a través de la familia. Las niñas y niños muy pequeños no perciben el abuso sexual

como algo grave, a menos que sea muy violento, sino sólo como un suceso inhabitual que les produce extrañeza. Si la reacción familiar es correcta y racional, no sufren cambios en su comportamiento ni presentan desajuste psicológico alguno una vez cesado su contacto con el agresor.

Las sesiones con la familia se realizan en principio sin la presencia de la víctima. Posteriormente puede efectuarse alguna sesión conjunta para la aplicación práctica de las pautas establecidas o su control.

Los objetivos de la intervención familiar son:

- Evitar los interrogatorios al/la menor, iniciándolos en los principios de la **escucha activa**. Los interrogatorios exhaustivos y recurrentes aumentan los niveles de ansiedad y es fundamental evitarlos. Hay además que hacer conscientes a los familiares de que estos interrogatorios suelen ir acompañados de una fuerte carga emocional, con múltiples mensajes no verbales y preguntas sobre si determinadas situaciones se han producido o no.

Deben conocer que los menores, altamente intuitivos a estos contenidos no verbales, pueden ser inducidos a aceptar sucesos que no han ocurrido o por el contrario, a negar otros que sí han tenido lugar en un intento de rebajar los niveles de ansiedad de quienes los interrogan.

Por otro lado, muchos menores asocian interrogatorios recurrentes a episodios en los que se duda de su testimonio o en los que se los quiere inculpar. Por todo esto, los adultos deben saber escuchar y limitarse a ello, sin interrogar.

- Evitar los mensajes culpabilizadores directos o indirectos y crear la necesidad de explicar y justificar los que ya se hayan proferido. Para esto habrá que adiestrar a los adultos en técnicas de emisión de mensajes que expongan los propios sentimientos y necesidades: Los **mensajes yo**.

• Evitar cualquier mensaje de incredulidad y crear también aquí la necesidad de explicar y justificar por el mismo procedimiento los que ya hayan aparecido. Estos mensajes surgen principalmente cuando el abusador es el padre biológico o el nuevo compañero sentimental de la madre a la cual le resulta inaceptable la idea de haber elegido libremente, haber amado y estar satisfactoriamente conviviendo con una persona que, de dar crédito a la información recibida, resultaría ser tan anómala y depravada. Considera además que ella tendría que haber percibido algo, tanto en el comportamiento de su pareja, que en su criterio, necesariamente habría de ser extraño, como de los episodios que le son descritos. La evitación cognitiva es así la forma de no sentirse inadecuada valorando y eligiendo a las personas y no considerarse culpable por haber dado "semejante padre a sus hijos" o por la nueva relación establecida.

Conflicto similar aparece cuando el abusador es cualquier otro familiar allegado o un amigo de la familia en quien se confía y a quien se estima. Habrá que llegar a una racionalización de estos conflictos siguiendo las pautas de la discusión racional hasta lograr su desaparición.

• Impedir conversaciones aclaratorias con el abusador cuando éste sea conocido. Explicar a los padres que si van a hablar con él, aumentarán los sentimientos de temor de la víctima y su idea de que en el fondo nadie la cree, consciente de que los adultos poseen mejores recursos para convencer, y percibirá el hecho de que ellos consideran que puede haber otra versión del suceso y además están dispuestos a escucharla. Si tal encuentro ya se ha producido, dar las pautas para ofrecer al menor una explicación del mismo basada en las propias necesidades y dificultades de los padres, reconociendo que fue un error y tranquilizándolo respecto a si es creído o no.

• Evitar enfrentamientos familiares y análisis de los hechos en presencia del/la menor y cualquier otra referencia a los mismos. Los padres habrán de ser adiestrados en técnicas asertivas para no

responder a los intentos de otros miembros de la familia de obtener explicaciones o aclaraciones de la situación.

- En los casos de agresiones intrafamiliares, evitar comentarios agresivos o desvalorizadores hacia aquellos miembros de la familia que no crean o responsabilicen a la víctima. Los familiares consanguíneos del abusador tienden con más frecuencia a considerar los hechos como una invención o como algo que pudo ser controlado y detenido apenas en sus inicios, cuando no provocado.

Cuando la familia se divide entre quienes creen y apoyan a la víctima y quienes no, ésta se siente culpable de esta división. Piensa que de haber continuado silenciando el abuso, habría evitado esa ruptura entre parientes que hasta entonces tenían una relación armónica. Es necesario adiestrar a los familiares con los que intervengamos a explicarle al menor desde la aceptación y la calma los motivos de esta situación y planteársela como algo que podrá ser resuelto en el futuro aun en el caso de que las posibilidades sean muy escasas.

- Capacitar también a los padres para explicar al/la menor la actitud del abusador, el por qué de su comportamiento, presentándoselo como una persona conflictiva y necesitada de ayuda, pero que sin embargo es la única responsable de que el abuso haya sucedido.

- Conseguir que la familia no manifieste temor ante las amenazas proferidas por el abusador o a posibles represalias ni fomente o aumente este temor en el/la menor. Para ello habrá que seguir un proceso racionalizador que los convenza de lo improbable de que tales amenazas o represalias se lleven a efecto.

- Impedir el aleccionamiento del/la menor ante cualquier intervención en la dinámica terapéutica y en el proceso judicial y la posterior revisión de su testimonio una vez que éste se haya producido, muy especialmente si se ha procedido a un sobreseimiento del caso o si

tras la vista oral ha habido una sentencia absolutoria. La familia habrá de tomar consciencia de que estos aleccionamientos sólo servirán para elevar los niveles de ansiedad de la víctima y restarle espontaneidad, lo que incluso puede ser contrario a sus objetivos de lograr un elevado castigo para el agresor, objetivo además que nunca debe ser presentado a los menores como deseable.

Los análisis sobre la declaración efectuada por la víctima con posterioridad a la misma, son, además de nocivos, totalmente inoperantes y pueden generar sentimientos de impotencia, frustración e inadecuación, con la consiguiente bajada de autoestima. Sólo mensajes de estímulo, animosos y de refuerzo positivo a su capacidad de afrontamiento y al aprendizaje a realizar serán indicados, tanto antes como después de cualquier declaración.

- Efectuar una **reestructuración cognitiva** de los pensamientos de los padres y otros familiares respecto de la situación de abuso. Los pensamientos más frecuentes hacen referencia a culpa por no haber sabido preservar a los hijos de esta situación o no haberla detectado antes o los que se refieren a la propia incapacidad para calibrar las desviaciones sexuales del compañero o cualquier otro indicio en el comportamiento del agresor que hubiera puesto sobre aviso de su patología.

También racionalizar las reacciones de los demás componentes de la familia para lograr su entendimiento e integración de una posible ruptura familiar. Además habrá que reestructurar todas las ideas irracionales referidas a las consecuencias del abuso para la evolución futura de sus hijos.

- Lograr una actitud serena y tranquilizadora, evitando toda postura violenta hacia el abusador, especialmente cuando éste sea conocido o familiar. Hay que informar de que una reacción hostil hacia el agresor vendrá a complicar y aumentar el deterioro psicológico de la víctima. A la ansiedad que provocó la agresión se añade la que produce

el temor a que los actos de venganza expresados por sus familiares puedan llevarse a efecto. Así, ya no sólo temerá encontrarse con su abusador, sino la posibilidad de que cualquier miembro de su familia coincida con él.

- Convencer sobre la inconveniencia de contactos entre abusador y víctima incluso aunque estos contactos se produzcan en ambientes considerados seguros para el/la menor por la presencia de otros adultos. La víctima puede sentirse de todas formas intimidada y además la presencia de su abusador puede servir de estímulo para reexperimentar los sentimientos negativos asociados a la situación de abuso.

- Controlar la aparición de comportamientos de sobreprotección al/la menor, que dificultarían la intervención terapéutica, impidiendo los programas de exposición y reforzando los comportamientos de evitación.

- Adiestrar en la inhibición de cualquier refuerzo a manifestaciones depresivas o ansiógenas y en el refuerzo y atención a los comportamientos de normalización.

- Evitar la concesión de privilegios compensatorios y el refuerzo a la utilización del abuso sufrido como medio de evitar responsabilidades o tareas tediosas o acceder a objetos o actividades deseadas tiempo atrás. El acceso a estos objetos o actividades debe plantearse por el contrario como reforzador positivo al esfuerzo de superación, una vez lograda la vuelta a la normalidad.

- Prevenir sobre un exceso de observación del comportamiento del/la menor que lleve a la detección de secuelas inexistentes. Con frecuencia los padres pasan a considerar como consecuencia del abuso sexual determinados comportamientos de autoafirmación o independencia que en realidad son propios del momento evolutivo del sujeto.

• Advertir sobre el peligro de magnimizar los hechos, atribuyéndoles conflictos que no les son propios por las repercusiones negativas que puede tener esta actitud para el futuro de la víctima. Observamos como muchos padres aumentan el efecto del ASI imputándole trastornos conductuales o fracasos escolares cuyo origen es muy anterior al mismo. Para ellos resulta menos conflictivo atribuir dichos trastornos o fracasos al ASI pues así los justifican con un episodio externo al grupo familiar y al sistema educativo y socializador seguido y tampoco tienen que reconocer posibles déficits en la personalidad, conducta, capacidad de aprendizaje, inteligencia o motivación por el estudio de sus hijos/as.

El riesgo está en que la víctima acepte también esta imputación y concluya a largo plazo que el ASI sufrido tuvo en su vida un efecto mucho mayor del que realmente podría haber tenido, ya que toda la historia de vida anterior al mismo apunta en muchas ocasiones de abusos antiguos a que determinados fracasos, especialmente académicos y profesionales, de todas formas habrían aparecido.

• Controlar la actitud de reprimir la afectividad de la víctima con varones adultos. En muchas ocasiones, tras el abuso sexual sufrido por el/la menor, sus familiares más directos, especialmente la madre, no toleran que sea afectiva y espontánea con los hombres y envían claros mensajes de corrección para extinguir este comportamiento.

Hay que hacerlos conscientes de que la víctima puede acabar interpretando que el abuso sexual ocurrió por ser ella especialmente efusiva y cariñosa y por tanto, de alguna manera, hizo que sucediera, y aparecerán pensamientos de culpa que no se dieron en los primeros momentos. Además generará desconfianza hacia los adultos pues poco a poco irá adoptando una conducta temerosa y reservada, reprimiendo su afectividad y evitando determinados contactos, situación que puede tener graves efectos en su proceso socializador.

INTERVENCIÓN EN EL MEDIO ESCOLAR

La intervención en el ámbito escolar se ciñe fundamentalmente a conseguir de este medio la colaboración necesaria para el éxito de la acción terapéutica. A tal fin implicaremos a los/as docentes en la no observación de comportamientos desajustados en los programas de extinción y en el refuerzo positivo necesario para programas como los de exposición o elevación del nivel de autoestima.

INTERVENCIÓN EN EL MEDIO SOCIAL

El entorno social, no ya el medio familiar inmediato, en el que se integra la víctima de ASI juega también un papel determinante. Reacciones como las ya descritas en el grupo familiar: mensajes inculpatorios, amenazas al abusador cuando es conocido, sobreprotección como respuesta a las demandas de tranquilización, refuerzo de manifestaciones depresivas o ansiógenas, interrogatorios detallados y recurrentes, etc., aparecen con frecuencia entre los amigos de la víctima u otros adultos referenciales no familiares.

Todos ellos habrá que intentar evitarlos con la oportuna intervención, bien de forma directa, a través de alguna entrevista con los más significativos, bien de manera indirecta, adiestrando a la víctima para que les informe de la actitud que deben adoptar.

Después de haber sufrido violencia sexual, ya sea en el seno familiar o fuera de él, la víctima se hace hipersensible a mensajes agresivos o de prepotencia, a los microabusos, a veces simplemente verbales, y está necesitada de un trato especialmente delicado y sensible.

En determinados ambientes, este trato delicado y sensible es mucho menos frecuente que en otros y cuando así ocurre, la víctima no puede llegar a percibir su agresión como un episodio aislado, sino que lo

generaliza a todo su entorno y desarrollará un fuerte rechazo a lo masculino. Constatamos así como la superación resulta mucho más fácil en ambientes culturalmente ricos que en medios deprimidos.

Por ello, cuando la víctima proceda de ambientes carenciales necesitará un adiestramiento especial para hacer frente a esta situación abusiva generalizada al tiempo que será interesante potenciar en ella inquietudes culturales y propiciar un cambio de actividades que le permitan integrarse en grupos pertenecientes a entornos menos agresivos.

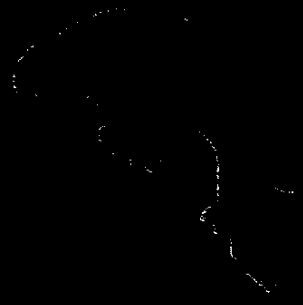
En familias económicamente deprimidas habrá que facilitar el acceso a los servicios sociales pertinentes para que resuelvan situaciones de dependencia económica del resto del grupo familiar respecto del abusador. Si la madre y hermanos de la víctima pasan a una situación económica desesperada como consecuencia del encarcelamiento del padre, los pensamientos de culpa por haber informado del abuso que presenta la víctima son mucho más graves, porque además es frecuente que se vean reforzados por los demás miembros del grupo familiar que le responsabilizan de la pérdida de bienestar que padecen.

Mujeres

denuncia

denuncia
las
agresiones
sexuales

CON
FIN
DE
LA
VIOLENCIA



Violencia
Sexual

No te
avergüences

VARIABLES IMPLICADAS EN LAS AGRESIONES SEXUALES EN POBLACIÓN ADULTA

Al tratar de precisar el daño psíquico sufrido por las víctimas de agresiones sexuales vemos que éste va en función de la presencia o ausencia de ciertas variables. El análisis de estas variables nos permitirá determinar la gravedad del impacto psicológico producido por la agresión así como las distintas sintomatologías asociadas a la misma. Expondremos en primer lugar las referidas a las agresiones sexuales sufridas por la población adulta para a continuación enumerar las implicadas en el abuso sexual infantil (ASI).

Características de la agresión:

Grado de violencia asociada a la violencia sexual: El nivel de impacto aumenta en la medida en que están presentes golpes, cortes, heridas, ostentación del arma utilizada y amenazas y mensajes verbales especialmente violentos. Esta violencia asociada es sobre todo perjudicial cuando ya no va destinada a lograr el silencio y la aceptación de la víctima, que por tanto la interpreta como gratuita y le hace pensar que su agresor es particularmente peligroso por su sádico comportamiento. En estos casos, la víctima tiene una clara percepción de riesgo de ser lesionada de gravedad e incluso de experiencia terminal. También la complejidad y el daño físico producido por las propias prácticas sexuales tienen un peso específicos importante cuando son sensiblemente violentas, humillantes o dolorosas.

Tiempo de duración: Se produce una mayor alteración psíquica directamente proporcional al tiempo que permanece la víctima a merced de su agresor, agravándose significativamente en aquellos

casos en que la experiencia es considerablemente larga (por encima de una hora).

Número de agresores: En la medida que aumenta el número de agresores, aumenta el daño psíquico que sufre la víctima. Además esta variable arrastra a las dos anteriores ya que las agresiones perpetradas en grupo presentan altos componentes de violencia asociados y una mayor duración, todo lo cual hace que el sentimiento de indefensión de la víctima sea absoluto.

Estas tres variables determinan en gran medida el nivel de intensidad de los **trastornos por estrés postraumático** propios de la experiencia de agresión sexual y harán que la terapia de exposición requerida para su superación sea más dificultosa y prolongada pues la jerarquización de los estímulos a enfrentar gradualmente habrá de ser especialmente lenta y cuidadosa.

Características de la víctima:

Grado de madurez y dureza psíquica: No todas las víctimas acceden a la experiencia de violencia sexual con el mismo grado de resistencia al estrés ni las mismas capacidades de enfrentamiento de experiencias traumáticas. El impacto será sensiblemente mayor en mujeres con una psique débil. Particularmente graves son aquellos casos en que la víctima presente serias deficiencias previas en su salud mental en los cuales no sólo será más elevada la gravedad de los trastornos producidos por la agresión sino que también se agudizarán los conflictos preexistentes, produciéndose un agravamiento de esta sintomatología (depresión, trastornos de ansiedad, trastornos alimentarios, etc.).

Historia y momento personal: El impacto será mayor cuando la agresión sexual viene a sumarse a otras experiencias negativas ocurridas recientemente, aunque no necesariamente sean de carácter violento (pérdida de empleo, fallecimiento o enfermedad grave de algún ser allegado, ruptura de pareja, etc.). Esto es así porque la víctima se encuentra debilitada por el proceso de enfrentamiento de esa otra experiencia traumática aún no integrada. Por otra parte, la proximidad temporal de experiencias adversas genera toda una serie de distorsiones cognitivas referidas a intentos de explicación del porqué de esta confluencia de situaciones conflictivas. Aparecen entonces cuadros depresivos cuya intensidad viene determinada por la proximidad y gravedad de estas experiencias.

Historia sexual: Se engloban en esta variable no sólo las experiencias sexuales propiamente dichas, sino también la educación sexual recibida y la interiorización que de la sexualidad haya efectuado la mujer como producto de la misma. Si la iniciación sexual fue algo traumática o las relaciones sexuales mantenidas hasta el momento de la agresión no eran muy satisfactorias, aparecerán comportamientos de rechazo a la intimidad sexual que también estarán presentes en los casos en que la mujer tenga tradicionalmente asociado el sexo a ideas negativas. En ambas situaciones la intervención para lograr la supresión de los comportamientos de rechazo de la actividad sexual habrá de iniciarse por una reestructuración tanto a nivel cognitivo como comportamental de la sexualidad de la víctima.

Distinto es el caso cuando la víctima, sin tener asociada la sexualidad a ideas negativas, no ha accedido aún a comportamientos sexuales adultos cuando sucede la agresión sexual. Es frecuente entonces que aparezcan alteraciones y bloqueos en el momento de su iniciación sexual producto de un aumento de la ansiedad anticipatoria ante dicha iniciación. Junto con este mayor nivel de ansiedad previo, aparecen distorsiones atribucionales al valorar las primeras experiencias sexuales y su deficiente nivel de satisfacción. Por eso se

hace necesaria una intervención previa, de carácter preventivo, en la que se analice que este bajo nivel de satisfacción inicial es estadísticamente muy frecuente y son múltiples las causas que lo provocan (falta de educación, pericia y conocimientos, miedos asociados a sus posibles consecuencias, ideas de estar haciendo algo no aceptado, etc.) y no algo privativo de víctimas de violencia sexual ni determinado exclusivamente por ésta.

En ambos casos, esta variable está muy influenciada por el nivel intelectual y cultural de la misma, pues en la medida que éste sea más deprimido su pensamiento será más rígido y estereotipado y tenderá a presentar mayores distorsiones cognitivas respecto al sexo y los roles masculino y femenino frente a él al tiempo que será más resistente a sustituir estos pensamientos por otros más racionales.

Edad: Durante el período adolescente, de los 13 a los 21 años, la variable edad sí tiene significación y actúa de manera que cuanto menor es la edad de la víctima mayor es la cantidad de impacto psíquico producido por la agresión. Hay después un largo periodo que va desde los 22 hasta más o menos los 50 años, en que la variable edad no tiene influencia por sí misma, pero por encima de esta edad vuelve a ser significativa aunque cambia su modo de influir pues ahora cuanto mayor es la edad de la víctima, mayor es la dosis de impacto, resultando especialmente difíciles de normalizar las víctimas por encima de los 65-70 años en las que los síntomas llegan casi siempre a cronificarse.

Grado de relación y conocimiento previo entre agresor y víctima:

Agresión sexual por asalto de persona desconocida: Producen fundamentalmente **trastornos por estrés postraumático** producidos por la reexperimentación de las sensaciones de angustia, terror, ira,

impotencia, humillación, etc., sentidas durante la agresión, fundamentalmente el miedo a morir o a ser severamente lastimadas físicamente y que cursan con elevados niveles de ansiedad mantenida y difusa. Esta ansiedad se eleva aún más cuando la víctima es enfrentada a cualquier estímulo asociado a la experiencia de agresión (narrar los hechos, diligencias referidas a la misma, el lugar de la agresión, sujetos con características físicas similares a las de su agresor, etc.) y provoca respuestas de miedo. Como forma inmediata de resolver la ansiedad aparecen los comportamientos de evitación mediante los que la víctima elude enfrentarse a estas situaciones.

Al mismo tiempo su pensamiento está contaminado por una gran variedad de ideas intrusivas referidas al suceso que impiden la posibilidad de atención y concentración en cualquier otro tema, con la consiguiente disminución de la productividad intelectual.

Aparece además una reducción de la implicación de la víctima en lo circundante y habitual y una respuesta enlentecida, desinteresada y distante junto con una disminución de la capacidad para disfrutar de lo cotidiano y una sensación de irrealidad.

Agresión sexual por un conocido muy reciente: Aunque los trastornos por estrés postraumático también se dan en este tipo de agresión, son más característicos de él los cuadros depresivos que son causados fundamentalmente por descensos bruscos del nivel de autoestima producidos por los autorreproches y mensajes negativos referidos a su comportamiento recibidos de su medio referencial. Dudan así de su propia capacidad para calibrar a sus semejantes, aceptando como adecuadas personas que no lo son y también de su capacidad para protegerse y preservarse de situaciones adversas, al tiempo que reciben muchos mensajes de inadecuación al respecto.

Manifiestan unos niveles especialmente elevados de ansiedad al tener que narrar los hechos o hablar de su agresión no ya sólo ahora por la reexperimentación de sensaciones anteriormente descrita, sino por temor a escuchar de los demás opiniones culpabilizadoras o de desvalorización. Esto puede llevarlas a falsear en parte su testimonio e informar de haber sido obligadas bajo la amenaza de un arma desde el primer momento para intentar así justificar el haber aceptado libremente su compañía o haber subido con él al vehículo.

La intervención se inicia con la racionalización de todos estos pensamientos asociados a su propia responsabilidad y se complementa con adiestramiento en técnicas asertivas que las capaciten para interactuar con personas cuya opinión es hostil.

Agresión sexual por persona allegada: La ansiedad es más elevada aún en estos casos pues a la propia de los trastornos por estrés postraumático se le añade la producida por el control que el agresor puede tener sobre la víctima y el temor de ésta a que cumpla sus amenazas o tome represalias por haber sido denunciado. Es también más elevado el nivel de percepción de la propia vulnerabilidad y el sentimiento de incapacidad para ejercer un control destinado a que la experiencia no vuelva a repetirse, lo que lleva a la víctima al aislamiento social y la desconfianza, pues es una idea básica de su pensamiento la de que cualquier hombre puede ser un agresor.

Son propios de este tipo de relación previa entre agresor y víctima los casos de **agresiones sexuales reiteradas**. Toda una serie de condicionantes, principalmente las variables referidas a la víctima pero también otros de tipo social, inhiben la denuncia tras la primera agresión y entonces ésta suele repetirse. Esta situación produce mayores niveles de afectación pues el miedo se condiciona de manera continuada y los pensamientos inculpatorios son cada vez más numerosos. La autoestima cae así a niveles mínimos y provoca cuadros depresivos severos con abundantes pensamientos suicidas.

En la intervención hay que prestar una especial atención al adiestramiento de su capacidad para afrontar la presencia del agresor, adiestramiento particularmente difícil pues uno de los requisitos básicos de la terapia de exposición como es que el sujeto controle a voluntad el momento en que afronta el estímulo ansiógeno no puede cumplirse y la víctima es expuesta a él de forma irruptiva y sin control personal lo cual tiene efectos involutivos en el tratamiento.

Mención especial merecen dentro de este epígrafe las agresiones producidas por algún miembro de la familia. En población adulta es escaso el porcentaje de agresiones intrafamiliares, especialmente las perpetradas por un familiar consanguíneo. Algo más frecuente son las agresiones protagonizadas por miembros de la familia adquirida, suegros y cuñados. Esta circunstancia funciona como agravante de la experiencia, pues por un lado aumenta la sensación de vulnerabilidad e indefensión y las reacciones de desconfianza y por otro incrementa la complejidad de las reacciones de las personas referenciales algunas de las cuales constituirán la familia consanguínea del agresor que suele apoyarlo y restar credibilidad a la víctima o responsabilizarla de los hechos. Esta situación lleva en muchos casos a la ruptura de la pareja, hecho percibido por la víctima como una consecuencia negativa más de la experiencia de agresión sexual, razones todas ellas que hacen este tipo de agresiones especialmente dañino y resistente a la intervención terapéutica.

Cabe integrar también aquí las agresiones sexuales contra la propia pareja, cónyuge o conviviente. Estas agresiones se producen en dos marcos claramente diferenciados:

- De forma reiterada dentro de una situación general de maltrato y comportamientos violentos físicos y/o psíquicos.
- De manera puntual como forma de resolver conflictos de autoestima generalmente asociados a planteamientos de separación o

establecimiento de una nueva relación sentimental por parte de la mujer.

En el primer caso, tales agresiones sexuales agravan el proceso de destrucción de la autoestima hasta la completa despersonalización, percibiéndose las víctimas como totalmente cosificadas. Desarrollan una total falta de interés sexual (deseo sexual hipoactivo) y trastornos de la excitación, ambos de tipo adquirido y casi siempre general, aunque en ocasiones pueden ser de tipo situacional: ante sujetos con aspecto o comportamiento similares, y presentan múltiples reacciones fóbicas ante la actividad sexual, con frecuentes somatizaciones, encontrando en algunos casos trastornos sexuales por dolor y vaginismo. La gravedad de estos trastornos va en función del tiempo, frecuencia y violencia de los episodios de forzamiento sexual que han ido condicionando las respuesta de ansiedad, dolor y miedo a la actividad sexual.

Su recuperación requiere un descondicionamiento de estas asociaciones establecidas que en muchos casos sólo es posible cuando se inicia una nueva relación y la pareja colabora activamente en el proceso terapéutico, que se inicia con visualización, primero sin y luego con autoestimulación, y se concluye con aproximaciones sucesivas a comportamientos sexuales progresivamente complejos.

Factores socioambientales:

Reacciones y actuación del entorno referencial: Esta variable hace referencia al modo de interacción que establecen con la víctima las personas de su entorno en general y las para ella significativas (familiares y amigos) en particular tanto a nivel cognitivo: interpretaciones que vierten sobre el episodio, opiniones sobre su explicación y la forma óptima de afrontarlo, etc., como

comportamental: actitud que adoptan hacia la víctima en el trato que le ofrecen.

En la reacción inicial serán especialmente perjudiciales todos los mensajes desvalorizadores del comportamiento de la víctima referidos al antes (haberse expuesto a la agresión, haber confiado en el agresor), al durante (no haberse defendido, no haber encontrado una posibilidad de huir) y al después (no haber denunciado inmediatamente, haber destruido pruebas) de la agresión. Todos estos mensajes aumentarán sus pensamientos de inadecuación y sus sentimientos de culpa y si la presión es muy fuerte pueden llevarla a fuertes distorsiones atribucionales: sobredimensionar el impacto de la experiencia e informar de toda una serie de síntomas provocados por la misma como estrategia de defensa contra esa presión. Pueden aparecer también comportamientos autolesivos e intentos de suicidio destinados igualmente a suprimir los mensajes inculpatorios recibidos. Entendemos que son distorsiones atribucionales porque los síntomas desaparecen sin recibir una terapéutica específica cuando se realiza la sustitución de los pensamientos irracionales respecto de su corresponsabilidad y la víctima es adiestrada a interpretar, comprender y manejar tales mensajes inculpatorios.

Ya más a largo plazo dos son las formas de interacción con las víctimas que dificultarán su recuperación resultando incluso iatrogénicas:

- Hacer referencias constantes a la agresión sexual sufrida como estrategia de apoyo para intentar modificar el comportamiento de la víctima, especialmente frecuente en padres con hijas adolescentes en conflicto por cuestiones de horarios, actividades de ocio y tipo de compañías, pero también presentes en algunos esposos o compañeros cuando hay discrepancias ante el tipo de trabajo o vida social de la mujer.

- Adoptar una actitud hiperprotectora, totalmente contraria a los principios de la intervención terapéutica y que puede llegar a impedirlos. También conceder privilegios o prestar exceso de atención, generando así comportamientos de victimización o reforzando y cronificando los que la víctima pueda presentar.

Controlar esta variable es la razón fundamental por la que en la intervención terapéutica a realizar con víctimas de violencia sexual debe implicarse siempre a sus figuras referenciales más significativas, no ya para realizar con ellas una labor terapéutica que les facilite también a ellas la integración del episodio, sino sobre todo para lograr una colaboración eficaz en el proceso rehabilitador.

Proceso judicial: El afrontamiento del proceso judicial supone para casi la totalidad de las víctimas de violencia sexual una fuente de victimización secundaria muy importante. En este apartado cabe destacar algunas situaciones que aumentan significativamente el daño psíquico sufrido por las víctimas.

Son especialmente vulnerables las mujeres que tienen pocas habilidades sociales y en general escasos recursos culturales e intelectuales. Para ellas, el mero hecho de hablar en público ante personas desconocidas supone ya una experiencia muy estresante a la que viene a sumarse el hecho de tener que describir prácticas sexuales para lo que carecen del lenguaje culto adecuado, siendo conscientes de que su forma de referirlas resulta vulgar y malsonante. Así, tanto la denuncia y la ratificación como sobre todo la testificación en la vista oral se convierten en nuevas experiencias traumáticas ante las que genera una elevada ansiedad anticipatoria que requiere adiestramiento en relajación y técnicas de autocontrol no siempre posibles de aplicar precisamente por sus bajos recursos.

Resultan particularmente dañinas todas aquellas estrategias de defensa centradas en una deficiente actuación de la víctima: su

seguridad para identificar al agresor, su posible comportamiento equívoco, su falta de contundencia para decir no y su facilidad para sentirse intimidado o la carencia de claridad y seguridad con la que aporta su testimonio. Es frecuente que cuando son empleadas algunas de estas líneas de defensa, la víctima requiera una nueva intervención terapéutica aun, cuando el resultado final haya sido condenatorio para el agresor.

En general y en todos los casos influye muy negativamente la larga duración del intervalo entre el momento en que acontece la agresión sexual y el momento en que termina el proceso judicial. Toda esta demora impide a la víctima dar por concluida la experiencia durante ese período, con lo que se prolonga mucho el tiempo que permanece expuesta a una situación ansiógena.

INTERVENCIÓN PRIMARIA EN VÍCTIMAS RECIENTES DE VIOLENCIA SEXUAL

Información sobre sus reacciones: Comunicamos a la víctima la normalidad de su reacción por muy alterada y distinta que ella se sienta; le avanzamos lo que le puede seguir ocurriendo, con cuidado de no inducir reacciones cognitivas, emocionales y conductuales no presentadas, y situamos todo este proceso dentro de una limitación temporal.

Racionalización de la experiencia: Siguiendo los procedimientos propios del análisis y discusión racional se pretende una interiorización de la experiencia de agresión sexual carente de distorsiones, las más frecuentes de las cuales son:

Pensamientos de inadecuación: Comprenden todos los autorreproches y críticas del entorno referidos al comportamiento supuestamente incorrecto que tuvo la víctima antes, durante y en ocasiones incluso después del episodio de violencia sexual. Estas censuras deberán trabajarse en relación con las crisis de autoestima, que van directamente asociadas a las mismas, es decir, las víctimas presentarán bajadas de su nivel de autoestima en la medida en que estas censuras son frecuentes y abundantes. Los contenidos a trabajar son:

- Análisis de los condicionamientos que hacen aparecer estos pensamientos de inculpatión tanto en la propia víctima como en el entorno social.
- Análisis de las razones que llevan a los demás a enviar mensajes inculpatorios o de desvalorización: Necesidad de autoafirmación, conflictos con el propio sentimiento de vulnerabilidad, etc.
- Identificación del agresor como único agente causal determinante de la agresión.
- Explicación del por qué se producen las agresiones sexuales, qué tipo de agresor es el que la ha correspondido y sus motivos y objetivos, para que entienda que su aspecto y/o actitud resultan irrelevantes.
- Racionalización de los errores: comportamientos poco adecuados que sin ser la causa de la agresión puedan ser mejorados, sustituyendo lo "debería haber hecho" por "la próxima vez haré".

Pensamientos de indefensión: Elaboración de la aceptación de la propia vulnerabilidad e identificación de los aspectos sobre los que sí puede establecerse control mediante comportamientos de autoprotección, los cuales habrá que situar en su punto adecuado para que al mismo tiempo no limiten las posibilidades vivenciales de la persona. También comprende el adiestramiento en identificación y diferenciación de comportamientos de riesgo reales y subjetivos.

Autovaloración de la experiencia: Se refiere al análisis y racionalización correspondiente de las ideas que en principio tiene la víctima sobre el impacto psicológico de la violencia sexual sufrida y las consecuencias que puede tener para su presente y su futuro, con especial atención a los contenidos catastrofistas y a las generalizaciones que puedan aparecer.

Entrenamiento en comunicación asertiva básica: El objetivo es dotar a la víctima de una herramienta inmediata y eficaz para afrontar la presión que el medio familiar y/o social puedan ejercer mediante interrogatorios, mensajes de inculpación directos e indirectos, consejos sobre cómo debe actuar, etc. Se trabajan las siguientes técnicas:

- Expresar en un mensaje corto y claro lo que se desea o no hacer o cuál es la propia opinión y terminar cada verbalización repitiendo este mensaje.
- Responder a las críticas, censuras, mensajes negativos y consejos no solicitados aceptándolos como posiblemente ciertos pero volviendo a emitir el mensaje inicial.
- Responder a los sentimientos negativos o deseos manifestados por los otros con entendimiento y comprensión pero volviendo a emitir el mensaje inicial.
- Responder a cualquier tipo de pregunta diciendo que no se desea ahora tratar sobre lo expuesto en el contenido de la pregunta sino sólo sobre lo expuesto en el mensaje inicial.

Adiestramiento en resistencia a la adversidad: Elaboramos con la víctima la necesidad de conseguir un buen nivel de resistencia a experiencias adversas que inevitablemente irán apareciendo a lo largo de la vida. Esta resistencia, como cualquier otra habilidad, es susceptible de mejora mediante el adiestramiento. De esta forma, enfocamos la agresión sexual y la superación de todos los episodios

posteriores relacionados con ella como algo útil para elevar nuestra capacidad de resistencia a la adversidad.

Preparación para el afrontamiento del proceso judicial: Esta preparación se realiza en tres áreas:

Información sobre el funcionamiento del proceso judicial, el papel de las partes en él implicadas y las distintas estrategias de interrogatorio utilizadas.

- Explicación de las estrategias habituales de defensa del agresor para evitar frustraciones de las posibles expectativas de reconocimiento o arrepentimiento en el caso de conocidos y preparar para recibir explicaciones de los hechos que atenten contra la dignidad y la autoestima de las víctimas.
- Identificación y entrenamiento de la actitud mental con que la víctima ha de enfrentarse al proceso: va a plantear una acusación por un delito de violación de sus derechos y libertades, no es alguien que tiene que defenderse; por tanto, debe mostrarse segura y firme, más indignada que avergonzada.

INTERACTUACIÓN GENERAL CON VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Enseñarles a considerar siempre que el único culpable es el agresor, aunque la víctima haya propiciado las circunstancias permitiendo el acompañamiento previo o aunque la reacción durante la agresión no hay sido muy eficaz. No obstante aparecerán mensajes de inculpación sobre lo que se hizo antes o durante la agresión y hay que entender a qué son debidos para que no lastimen emocionalmente:

1. Puede ser una forma de liberarse del propio sentimiento de culpa que tiene quien los envía. Los padres tienen a menudo el criterio de que es responsabilidad suya librar a sus hijos de experiencias dolorosas y a veces la pareja también adopta este rol protector.
2. Pueden ser una forma de autoafirmación. Algunas personas para sentirse seguras y satisfechas de sí mismas necesitan desvalorizar y considerar inadecuado el comportamiento de los demás y hacer ver que ellas habrían actuado más correctamente.
3. Pueden ser una forma de liberarse del propio sentimiento de vulnerabilidad. Así, en lugar de ser algo que le puede ocurrir a cualquiera, se convierte en algo que les sucede a las personas atolondradas o débiles y quien así está opinando, se siente segura de que a ella no le sucederá.
4. Pueden utilizarse como mecanismo de control, como una forma de cargarse de razón quienes están intentando modificar el comportamiento de la víctima, especialmente los padres. Pretenden que a partir de esa experiencia la hija acepte su prohibición de frecuentar determinados lugares, determinadas personas, los horarios establecidos, etc.

Lograr que tomen conciencia de que han de orientar a los demás sobre cómo ser ayudadas, si se desea hablar o no de ello y cuándo; ofrecer información sobre las personas a las que se desea contarle y a las que no, orientar a la pareja sobre el deseo de intimidad o contacto con ella, etc.

Hacerles ver que no hay criterios fijos, sino que hay que encontrar los propios en cuanto a modos de superación, tiempo que lleva superar la experiencia, etc. y ser inmunes a las opiniones que los demás den al respecto.

Si al analizar la experiencia se considera que se ha cometido algún error, evitar obsesionarse con ello. Utilizarlo para aprender y sustituir el “tenía que haber hecho” por “la próxima vez haré”.

Orientarlas a que no sigan los consejos u opiniones de personas no expertas en el tema, sino recurrir al criterio de profesionales especializados en la materia.

No interrogar ni solicitar detalles o verbalizaciones de los hechos. Abstenerse también de comentarios o incluso referencias indirectas a lo ocurrido. Limitarse a escuchar cuando sea la víctima quien desee abordar el tema.

No reforzar los comportamientos de victimización, protagonismo, resonancia social o privilegio relacionados con la agresión. Ofrecerle un trato natural e idéntico al que recibía antes del episodio.

No hiperprotegerla ni tratarla como si estuviera convaleciente o hubiera quedado invalidada, ni tomar decisiones por ella u organizarles la actividad a desarrollar.

Abstenerse de darle consejos sobre lo que ha de hacer para superarlo, limitándose a opinar que consulte a profesionales expertos en violencia sexual.

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA EN VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Pensamientos obsesivos: Son frecuentes ideas intrusivas recurrentes referidas a la agresión. Estas ideas pueden llegar a producir tal contaminación del pensamiento que impiden la atención y concentración en cualquier otro tema, mermando así la productividad

intelectual y produciendo déficits en el procesamiento de la información.

Adiestraremos en técnicas de control de pensamiento basadas en la autoverbalización, con empleo de palabra clave a emitir en el momento mismo en que comiencen las rumiaciones y verbalizaciones posteriores que impidan el desarrollo de las mismas, proceso que habrá que repetir sistemáticamente cada vez que los pensamientos a evitar aparezcan.

Estas verbalizaciones pretenden sustituir los pensamientos obsesivos por los contenidos racionales elaborados en las sesiones terapéuticas correspondientes en las que mediante un proceso de discusión racional se lleva a la víctima a la comprensión de la inadecuación de tales pensamientos.

Ansiedad y conductas de evitación: Incluimos aquí tanto la ansiedad generalizada como la relacionada con estímulos asociados a la vivencia de agresión sexual. También no sólo la evitación de ideas y situaciones relacionadas con el suceso sino todas las reacciones fóbicas en general.

Explicamos en primer lugar a la víctima los principios básicos de las leyes del aprendizaje y del condicionamiento para hacerla consciente del proceso mediante el cual cualquier estímulo asociado con la experiencia se convierte en un estímulo condicionado que evoca respuestas de ansiedad y miedo. Les enseñamos también cómo la evitación de toda situación que recuerde la agresión queda reforzada por la reducción de la ansiedad que produce. Finalmente hacemos entender a la víctima que la exposición sistemática a los estímulos que producen ansiedad termina por eliminarla.

Para lograr este objetivo se recurre a la terapia de exposición o desensibilización sistemática que comprende:

- Técnicas de relajación: muscular, respiratoria, integral.
- Listado de las situaciones estresantes jerarquizado según su grado de dificultad.
- Adiestramiento en técnicas de visualización para las escenas más ansiógenas.
- Elaboración de autoinstrucciones para la fase preparatoria, la exposición en sí y el final de la misma.
- Técnicas de “despistaje” coadyuvantes al ejercicio de exposición.
- Enfrentamiento gradual de las situaciones ansiógenas.
- Elección y autoadministración de gratificaciones tras cada exposición.

Existen dos situaciones que requieren una intervención especial:

Cuando el agresor pertenece al entorno inmediato de la víctima se hace imposible la jerarquización de las situaciones pues antes de que los primeros objetivos estén logrados, la víctima, sin ningún control por su parte, se ve expuesta súbitamente a uno de los estímulos más ansiógenos: la presencia de su agresor en muchas ocasiones en actitud prepotente. Habrá por tanto que conceder prioridad a esta situación y trabajarla de forma inmediata y aislada del resto de la intervención.

Cuando la víctima está acompañada de otra persona adulta, habitualmente su pareja, en el momento de la agresión. En la gradación de los ítems de exposición, las salidas prolongadas en compañía de una amiga o la pareja no será considerado fácil, sino que se situará al final de la escala. En los casos en que se trate de la pareja, para ella la presencia de él y para él la de ella son estímulos asociados a la agresión sufrida, por lo que habrá que afrontar también los correspondientes comportamientos de evitación para prevenir la ruptura de la pareja y el agravamiento añadido.

Finalmente, dentro de este apartado, habrá que incluir un proceso de racionalización de las amenazas proferidas por el agresor y el temor a posibles represalias, utilizando de nuevo el método de la discusión racional para llevar a la víctima al convencimiento de que tales amenazas sólo se utilizan como forma de impedir la denuncia pero no tienen efecto tras la interposición de la misma.

Depresión reactiva: El trabajo terapéutico de los estados depresivos contempla:

- Racionalización de la autocompasión: Análisis racional de los pensamientos disfuncionales que cimientan las reacciones de lástima de sí mismas, continuando así la labor comenzada en la intervención en crisis cuando ésta no ha sido suficiente y la víctima no ha sido capaz de enfocar la agresión sexual como adiestramiento en resistencia a la adversidad. Los estados depresivos que cursan con abundantes comportamientos de victimización son especialmente frecuentes en víctimas con bajos niveles de resonancia social que utilizan tales comportamientos como forma de acceder a una atención y protagonismo que antes nunca obtuvieron, por lo que será necesario incluir un análisis racional específico de las causas de esta necesidad de resonancia social junto con programas de potenciación de la autoestima y/o habilidades sociales.
- Control de comportamientos de victimización: Consiste en un programa de extinción que anule todos los reforzadores sociales que puedan mantener estos comportamientos de victimización. Tal intervención habrá de realizarse por tanto en el entorno referencial inmediato a la víctima: familiares y amigos.
- Adquisición de compromisos terapéuticos sobre actividades productivas y lúdicas a desarrollar con el fin de vencer gradualmente la bajada del tono vital propia de los estados depresivos.

Apoyo al proceso judicial: Una vez que el proceso judicial se ha puesto en marcha, la víctima requerirá dos tipos de apoyo:

Ante situaciones judiciales propias del proceso en sí: declaraciones, careos, testificaciones, etc.

Cuando se absuelva al agresor, se lo exculpa o no se ven indicios de delito y por tanto no se celebra la vista oral.

En el primer caso adiestraremos en técnicas de relajación autoaplicables para utilizar tanto antes, como durante y después de cada una de las situaciones a enfrentar. Estas técnicas se centran en ejercicios respiratorios y estiramiento. Igualmente adiestramos en técnicas de visualización y rol playing específicas de cada intervención judicial a afrontar. El ensayo de las mismas habrá de incluir verbalizaciones autogeneradas por la propia víctima, en especial las contestaciones a las preguntas que considere más temidas para lograr respuestas racionales y asertivas.

En el segundo caso habrá que proceder a la racionalización de nuevos pensamientos de inadecuación referidos a no haber sabido expresarse convenientemente y ser por tanto ellas responsables de la absolución y a la inutilidad del esfuerzo que conllevó la denuncia. Esta racionalización incluye:

- Considerar que la denuncia y el proceso judicial cumplen siempre al menos un objetivo: protegerla a ella de nuevas agresiones en el caso de un agresor conocido y prevenir posibles agresiones a otras víctimas en caso de agresor desconocido.
- Concluir que una sentencia judicial no determina quién tiene razón y quién no, ni produce cambios de opinión en el entorno social.

También será necesario aplicar las técnicas de control de pensamiento aprendidas al comienzo de la intervención a las nuevas ruminaciones.

Soledad Galiana Carmona
Helena de Marianas Ribary
Psicólogas del Centro de Atención a Víctimas de Agresiones
Sexuales (C.A.V.A.S.) de Madrid