

# Necesidades de atención a la salud mental en mujeres violadas

Luciana Ramos Lira\*  
Ramón Esteban Jiménez\*\*  
María Teresa Saltijeral\*  
Miguel Angel Caballero\*

## Summary

It has been reported in the international literature that rape is a problem which has severe effects on the mental health and in the lives of the women who survived it. In our country, in spite of the great efforts made to consider this type of violence as a relevant social and health problem, there is little research about its impact in mental health. In consequence these cases are under-detected, their evaluations are inadequate, difficult to it is refer to them and in consequence, the risk of long time suffering increases.

In general terms, rape is a "traumatic event" due to the fear, terror, humiliation and risk of death or injury perceived frequently by the victims and because culturally the responsibility is attributed to the victim, producing guilt and shame. Also, in many occasions an stigmatizing treatment is received in the medical and justice institutions. That is why it is important to pay attention to the subjective experience of this type of violence, due to the fact that people—in this case, women—do not react towards a rape in the same form, but to their interpretations and the implications that they assign to the event.

This paper presents the analysis of a woman who survived a rape, that is part of a broader study in which a qualitative methodology based in oral history has been used, particularly the tape-recorded interview. This report also shows the manifested psychological effects, after its classification according to particular categories of response, and other effects in different daily living areas that explain the difficulties and suffering that is generated by this type of violence.

**Key words:** Rape, mental health, post-traumatic stress.

## Resumen

La violación es un problema que tiene severos efectos en la salud mental y en las vidas de quienes la han sobrevivido, lo que ha sido documentado en gran medida en la bibliografía internacional. En nuestro país, si bien se han realizado grandes esfuerzos para que esta forma de violencia sea considerada un problema social y de salud relevante—en particular para las mujeres—, existe poca investigación sobre su impacto en la salud mental, lo que redundo en la sub-detección de estos casos, evaluaciones inadecuadas, dificultades para el envío a otros servicios y el aumento del riesgo de un sufrimiento prolongado.

\* Investigadores de la División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Calz. México-Xochimilco 101, Sn. Lorenzo Huipulco, 14370 México, DF.

\*\* Jefe del Departamento de Investigación del Centro para la Atención a la Violencia Intrafamiliar y Sexual (AVISE).

Debido a lo anterior, es importante abordar los efectos en la salud mental de esta forma de violencia, y en particular en el denominado Trastorno por Estrés Postraumático.

La violación parece estar muy asociada con el trauma por el miedo, terror, humillación y riesgo de daño o muerte que se tiende a experimentar, y por que socialmente se le atribuye la responsabilidad a la víctima, generando con ello culpa y vergüenza. A esto se le agrega en muchas ocasiones, un trato estigmatizante y de poco apoyo por parte de las instituciones de salud y de justicia con las que se tiene contacto en caso de realizar una denuncia. Por esto, es importante poner atención a la experiencia subjetiva asociada con esta forma de violencia, ya que las personas—en este caso, sobre todo las mujeres—no responden ante una violación de la misma manera, sino a su interpretación y a las implicaciones que le asignan.

El presente trabajo presenta el análisis de la experiencia de una mujer sobreviviente a una violación y que forma parte de un estudio más amplio que a la fecha sigue en desarrollo, y se caracteriza por haber utilizado una metodología cualitativa basada en la historia oral, y en particular, por el uso de la entrevista grabada, con el fin de profundizar precisamente en los sentidos otorgados a la violación según las narraciones obtenidas. Asimismo, muestra los efectos psicológicos manifestados, realizando una clasificación de los mismos según categorías particulares de las respuestas, y otra serie de efectos en diferentes áreas de la vida cotidiana que dan cuenta de las dificultades y el sufrimiento que genera esta forma de violencia.

Lo anterior da cuenta de las necesidades de atención a la salud mental que requieren estas mujeres, las cuales deben ser satisfechas en una forma integral.

**Palabras clave:** Violación, salud mental, estrés postraumático.

## Introducción

La violencia sexual es un problema de salud sumamente grave que se inscribe en la definición de las Naciones Unidas sobre la violencia contra la mujer: "todo acto de violencia de género que resulte en, o pueda resultar en daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico de la mujer, incluyendo la amenaza de dichos actos, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, tanto en la vida pública como en la privada" (14). Desafortunadamente, la violación es—en efecto—experimentada principalmente por grupos sociales vulnerables como los/as niños/as y las mujeres, de modo que se le ha empezado a conceptualizar más

como un acto de poder que como un hecho de carácter sexual.

El que este problema haya empezado a reconocerse por las agencias internacionales, incluidas aquellas interesadas en la promoción de la salud, ha propiciado que en los últimos años se hayan multiplicado los trabajos de investigación relacionados con los aspectos causales, epidemiológicos, clínicos, de tratamiento y de prevención de la violencia sexual. Sin embargo, en nuestro país este tema sigue estando bastante rezagado, dado que la violencia en general, y la violencia contra la mujer en particular, no han sido reconocidos como temas prioritarios en los programas de salud. Esto redundaría en la sub-detección de estos casos, las evaluaciones inadecuadas, la carencia de servicios especializados, las dificultades para el envío a servicios de atención y el aumento del riesgo de un sufrimiento prolongado.

Desafortunadamente la violación es un delito que no siempre es denunciado, debido a los mitos y creencias equivocadas, que implícitamente culpan a la mujer, como el temor a la venganza, siendo difícil conocer con exactitud su prevalencia. Aun así, en países como Estados Unidos se dice que una de cada cinco a una de cada siete mujeres estadounidenses serán víctimas de violación durante su vida (14). En México, existen menos cifras disponibles, sin embargo Cox (5), con base en datos oficiales, señala que en 1990 se cometió una violación entre cada 5 y 15 minutos en nuestro país. En 1987 se reportaron 20,000 violaciones en nuestro país, calculándose que sólo 3% de ellas son denunciadas.

Para el D.F., Cazorla (4) indica que de enero a noviembre de 1993 el número de víctimas captadas por las Agencias Especializadas en Delitos Sexuales y el Centro de Terapia de Apoyo de la PGJDF, ascendió a 3039, siendo la delegación Gustavo A. Madero donde más denuncias se captaron, seguida de Iztapalapa, Cuauhtémoc, Coyoacán y Venustiano Carranza. El 43.4 % de las denuncias se refirieron a violación, 24.4% al abuso sexual y 7 % a la tentativa. Un 91 % de las víctimas fueron mujeres y un 9 % hombres. El 60 % de las agresiones se realizaron en personas menores de 19 años. El Centro AVISE (7) informó que durante el período comprendido entre octubre de 1990 y diciembre de 1991, un total de 122 personas acudieron con motivo de violación simple\*. Un 86 % fueron mujeres y el resto hombres. Un 24 % tenía entre 5 y 14 años y un 44 % tenía de 15 a 24 años. Todos los agresores fueron del sexo masculino; 57.4 % de los casos, eran conocidos por las víctimas. En casi una de cada dos violaciones el agresor conocido fue un familiar. Un 63.1 % de las violaciones se realizaron usando la fuerza física y las amenazas.

Por su parte, el COVAC (8) informó de 85 casos de violación captados en 1993, en los que sólo 3 fueron denuncias de varones, la mayoría tenía entre 14 y 25 años, y en 41 % de los casos la agresión había sido tumultuaria. A diferencia de lo informado por otras organizaciones gubernamentales y no gubernamenta-

les, este centro desde 1990 ha recibido más mujeres atacadas por desconocidos, a diferencia de lo que ocurría en años anteriores: casi dos terceras partes de los violadores eran desconocidos, 27 % conocidos (sobre todo amigos y novios) y 8 % parientes. La mitad de los agresores utilizó armas.

Los centros de apoyo para este tipo de víctimas son escasos, para 1992 existían solamente 15 centros en nuestro país, instalados principalmente en el D.F., mientras que en E.U.A. existían entre 400 y 500 (5). Esta situación es preocupante, tomando en cuenta los posibles efectos que tiene la violación en la salud mental de las mujeres.

Si bien las víctimas de violación y abuso sexual, por definición, han experimentado un daño físico grave, las consecuencias emocionales pueden ser igual o más serias, ya que como menciona Frieze (11) "los supuestos de seguridad y justicia de las víctimas son desafiados. La víctima ahora encara un mundo incierto y amenazante. Las víctimas se enfrentan con la tarea de entender porqué les ocurrió el suceso y tratar de sentirse seguras otra vez".

Así pues, el severo efecto de la violación debe comprenderse no sólo en términos de la presencia de algún trastorno mental subsecuente, sino como un suceso que muy probablemente disminuya "la capacidad de que el individuo, el grupo y el ambiente interactúen mutuamente de tal forma que promuevan el bienestar subjetivo, el óptimo desarrollo y uso de las habilidades mentales (cognoscitivas, afectivas y relacionales), y la adquisición de metas individuales y colectivas consistentes con la justicia y con la adquisición y la preservación de condiciones de equidad fundamental" (6). Esta capacidad que es conceptualizada por la Organización Mundial de la Salud como salud mental, se ve severamente afectada en las víctimas de violación, quienes —paradójicamente— en muchas ocasiones son percibidas más como culpables que como víctimas en su contacto con redes sociales cercanas, y por su paso en las instituciones de justicia y de salud. Tal situación podría conceptualizarse como una trayectoria de victimización que puede desencadenarse a partir de que ocurre la violación y que puede prolongar o acortar el proceso de sufrimiento en estas mujeres. Por lo anterior, consideramos que los efectos de la violación repercuten profundamente en su autopercepción, en su vida cotidiana y en su relación con los demás, de modo que no es sorprendente que la sintomatología asociada sea severa y frecuente. En esta línea, el papel del personal en el sistema de justicia y de salud es esencial para disminuir posibles efectos acumulativos por una segunda victimización, debido a que en muchas ocasiones son el primer contacto que establecen las mujeres en este proceso.

El presente trabajo tiene por objetivo abordar las necesidades de salud mental que tienen las mujeres violadas, profundizando en la experiencia y en los efectos psicológicos de un caso particular. Para lograr lo anterior, abordamos a continuación algunos hallazgos sobre los efectos en la salud mental de este delito, así como algunos factores asociados con la probabilidad de desarrollar un Trastorno de Estrés Posttraumático (TEPT).

\* Según el Código Penal del Distrito Federal, es realizada por un solo agresor y sin ningún tipo de agravantes.

## *Efectos de la violación en la salud mental*

En general, las reacciones de las víctimas de violación incluyen sentimientos de enojo, shock postraumático, incredulidad, confusión, miedos, ansiedad, impotencia, culpa e inseguridad (22). Son frecuentes los problemas de tipo sexual; así mismo se reportan "crisis nerviosas", fantasías suicidas e intentos suicidas (10).

Los síntomas psicológicos preponderantes se relacionan con la depresión, la ansiedad, la somatización y el TEPT, aunque también se ha informado sobre sintomatología obsesivo-compulsiva, abuso de drogas, trastornos de alimentación e ideación paranoide (6,10,18,19). Según Heinse y cols. (14), con base en datos del Banco Mundial, el TEPT genera 2.1 millones de Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) perdidos en las mujeres, un 60 % atribuible a la violencia doméstica y violación; mientras que la depresión genera 10.7 millones de AVAD perdidos, 50 % atribuibles a esta violencia.

Los estudios de seguimiento a víctimas a través del tiempo, muestran que las consecuencias traumáticas de la violación pueden persistir por muchos años (14,20). Por ejemplo, Kilpatrick y cols. (17) aseveran que el 57 % de las víctimas de violación presentan este trastorno y el 16.5% lo hace incluso varios años después. Por su parte, Koss (20) encuentra que muchos síntomas entre las mujeres violadas y no violadas desaparecen después de los tres meses, con la excepción de miedos, ansiedad, problemas de autoestima y disfunciones sexuales, efectos que pueden persistir por 18 meses o más.

Informes de víctimas valoradas en centros de apoyo, inmediatamente después de la violación, también, presentaron la presencia de TEPT. Por ejemplo Rothbaum, Foa, Riggs y cols. (23) señalan en su estudio que entre una y dos semanas después de la violación, 94 % de las víctimas cumplieron con el diagnóstico y todavía un 46% lo presentaba tres meses después.

No es casual que la violación genere frecuentemente TEPT, tomando en cuenta que como el mismo DSM-IV (2) especifica, por lo general quien la sufre cumple los dos criterios que determinan si se ha estado expuesto a un suceso traumático:

1. "Haber experimentado, sido testigo o haberse confrontado con un suceso o sucesos que significaron una amenaza de muerte, un daño severo real, o una amenaza a la integridad física y de otros".
2. "Una respuesta de miedo, incapacidad u horror intensos".

Por tanto, se ha empezado a delinear la importancia de comprender la diversidad e intensidad de los traumas (12), ya que más allá de sus características objetivas, parece que el componente subjetivo es esencial para la experimentación o no de los mismos. Los sucesos traumáticos desorganizan creencias básicas sobre sí mismo, las personas y el mundo en general, como la seguridad, el control, la justicia y la bondad (9,15), y dependiendo del grado de destrucción de estas creencias, es posible que surja un TEPT

como una respuesta de enfrentamiento maladaptativa frente a esta destrucción.

Si bien, según Terr (24), la violación quedaría inscrita en lo que se denomina traumas tipo I, o de corta duración, caracterizados por ser casi siempre únicos, peligrosos, aislados, sorpresivos y de duración limitada; como menciona Meichenbaum (21), debe considerarse a la violación como un suceso que tiene muchas más probabilidades de inducir un TEPT que otros delitos graves por sus rasgos de impredecibilidad, sensación de vulnerabilidad y violación a la personalidad total de quien la sufre.

## *Factores asociados con la presencia de TEPT*

Se ha informado de una gran cantidad de factores que propician la aparición de TEPT, siendo uno de los más importantes el miedo a morir o a ser herido. Algunos estudios (16) muestran que la probabilidad de que una víctima de violación presente TEPT es casi 3 veces mayor si experimentó daño físico o vio amenazada su vida. El terror que desencadena la posibilidad de morir o de ser lesionada, es lo suficientemente abrumador como para dejar una huella que difícilmente podrá borrarse.

Otro factor importante a considerar, es que cuando una experiencia de violación entra en conflicto con creencias previas, la víctima es menos capaz de reconciliar su violación, siendo por tanto más difícil su recuperación. Por ejemplo, las mujeres que creen ser "específicamente invulnerables a sufrir un delito", tendrán más dificultades en la recuperación, que aquellas mujeres que se sienten tan vulnerables como cualquiera otra.

Un papel esencial en el desarrollo de la sintomatología postraumática, es el que juega el sistema de salud y de justicia, en los que desafortunadamente con mucha frecuencia se otorga un trato frío o estigmatizante a las mujeres violadas. La mujer que acude a ellos espera un poco de comprensión y apoyo por el terrible suceso experimentado. Sin embargo, con tal actitud puede verse agredida por segunda vez, lo que dificulta su recuperación (16).

Frazier y Cohen (10) en una revisión de varios estudios informan también como factores que inciden en la diferencias individuales postrauma, a los problemas de salud mental previos, las agresiones anteriores y la falta de apoyo social de la red cercana; asimismo señalan que las víctimas que se culpan por la violación experimentan mayor malestar. En este último aspecto es necesario ser cautelosos, ya que existen dos grandes tipos de atribuciones de culpabilidad que se asocian diferencialmente con sintomatología postraumática (13): las denominadas caracterológicas (por ejemplo "soy mala", "hay algo en mí que atrae a los violadores") parecen relacionarse más con la presencia de malestar emocional, a diferencia de las conductuales (por ejemplo, "no me resistí", "no grité pidiendo ayuda").

Otros factores importantes son señalados por Kort (18) en uno de los pocos estudios que abordan el malestar emocional de las mujeres violadas en nuestro país, si bien no incluye como tal a los efectos postra-

máticos: las mujeres violadas que denunciaron al violador y aquellas que lograron encarcelarlo presentaron menor depresión; las violadas por conocidos presentaron mayor ansiedad y menos autoestima; las violadas por parientes y aquellas que sufrieron más golpes, mostraron mayor ansiedad y depresión; y las que sufrieron una violación tumultuaria presentaron menos depresión y ansiedad. La autora concluye que el tiempo no parece atenuar los efectos de la violación, sino que en algunos casos las secuelas son más graves.

Lo expuesto hasta ahora nos inclina a pensar que el estudio del TEPT puede ayudar a conocer los diversos factores que coadyuvan a intensificar, mitigar, acelerar o retrasar la aparición de un cuadro clínico severo. Debe reconocerse que la violación, más que un suceso aislado en el tiempo, implica un proceso de pérdida de control sobre las circunstancias de la vida que genera sufrimiento.

En este trabajo exploramos en profundidad la perspectiva de una víctima de violación, tomando como base su relato sobre lo ocurrido. Si consideramos que el vivir un suceso traumático como la violación, aumenta el riesgo de presentar problemas severos de salud mental, pero no siempre ocurre de la misma forma en todas las personas, una forma de abordar estas posibles diferencias es la utilización de testimonios, los cuales son una herramienta importante para tener acceso a lo vivido subjetivamente (3). Desde una perspectiva constructivista, Meichenbaum (21) considera que la narración de dichas historias ofrece la construcción de los hechos que hacen las personas sobre los sucesos de su vida, que incluyen descripciones de reacciones conductuales y afectivas, así como explicaciones y predicciones. Los supuestos de este enfoque consideran que los individuos “no responden solamente a los sucesos en y por sí mismos, sino que responden a las interpretaciones de los mismos y a las implicaciones *percibidas* asignadas a estos fenómenos”. En esta línea, el sentido que se le otorga a la experiencia de la violación puede llegar a tener un peso predictivo mayor en los efectos, que las características “objetivas” del suceso traumático.

## Metodología

La entrevistada es parte de un estudio más amplio en el que se han llevado a cabo entrevistas semi-estructuradas, grabadas, en mujeres violadas que acudieron a un centro especializado de atención para este tipo de problemas, el Centro de Atención para la Violencia Intrafamiliar y Sexual (AVISE). Para invitar a las mujeres a participar, se puso particular atención en que fueran mayores de 18 años, que la violación hubiese ocurrido como máximo dos meses antes y que estuvieran en un proceso de psicoterapia; asimismo se les solicitó su consentimiento por escrito.

Las entrevistas fueron realizadas en el mismo centro, utilizando la metodología de la “historia oral”. Esta incluye la construcción de una guía temática y la interacción horizontal con el entrevistado. Dicha guía incluyó —además de datos sociodemográficos claves— cuatro grandes temas: circunstancias de vida previas

al suceso, relato de la violación, reacción inmediata y respuesta de la red social e institucional, y reacciones psicológicas y psicopatológicas, incluyendo preguntas elaboradas con base en la sintomatología del diagnóstico de estrés postraumático del DSM-III-R (1).

## Las entrevistas transcritas constituyen las fuentes sobre las que se realiza el análisis

*Rosalía (seudónimo)*

Es una mujer de 25 años, nacida en el D.F., profesional, casada y con dos hijos menores de 3 años; es católica y trabaja en una empresa privada. Aunque ella y su esposo tienen su casa, viven prácticamente con los padres de ella, sobre todo porque les ayudan en el cuidado de los niños.

### Los hechos

Rosalía fue violada alrededor de las ocho de la mañana en un baldío cercano a su casa por un hombre que a ella le parece haber visto antes, mientras eran vigilados por otros dos cómplices. Por presión familiar, acudió a denunciar el hecho, habiendo sufrido una experiencia sumamente negativa con la policía, que la llevó a retirar la denuncia.

### La narración y su análisis

Rosalía fue entrevistada al mes de haber sufrido la violación. Como señalamos, el analizar el relato de lo ocurrido busca explorar el impacto subjetivo de la violación, y su posible configuración como “trauma”.

Rosalía habla de la violación brevemente, dedicando más tiempo a su experiencia con la policía. Relata principalmente hechos, y enfatiza en expresiones afectivas, siéndole difícil dar explicaciones o evaluaciones.

Su relato inicia algo desorganizado. Sin embargo, hace notar que en principio no sintió mucho riesgo de pasar por el lugar donde fue violada. Luego hubieron algunas señales de peligro que le hicieron interpretar que podría sufrir un robo, por lo que llevó a cabo una estrategia protectora ante esa posibilidad (esconder el dinero).

En toda esta parte destaca la categoría afectiva de sospecha y amenaza, que le hacía dudar si continuar su camino o regresar. Muy sorpresivamente aparece el agresor e interpreta inmediatamente lo que va a suceder: “*luego luego vi la cara de que iba con otras intenciones*”.

En este momento, se paraliza por el terror. La secuencia de los hechos es descrita con brevedad, expresa el miedo que sintió y cómo en un primer momento trató de convencer al agresor de que la dejara ir.

“*Entonces cuando ya bajó ese señor me tomó de esto de aquí de los hombros y me empujó para atrás, entonces yo iba caminando para atrás... de momento perdí el equilibrio y me aventó sobre el pasto. Era pasto pero pasto quemado, un basurero ahí. Eh... y me empezó a decir de groserías y dice —cállate hija porque te carga la chingada—. Yo le gritaba que mi*

*hijo estaba enfermo, que me dejara ir a ver a mi hijo... que estaba enfermo. No sé de donde saqué eso que mi hijo estaba enfermo..."*

No evalúa la estrategia que utilizó para hacer frente al ataque, si bien pareciera ser una forma de cooperar para no ser dañada y permanecer viva o para no causar que el asaltante perdiera el control.

*"Me iba a pegar y le di, y me dijo —cállate— y entonces yo estaba acostada y él me puso una rodilla de un lado y del otro o sea quedo hincado en mí. Y me dice —cállate— de puras groserías... ya cuando entonces me iba a pegar le dije —no me pegue— le digo —sí no me va a hacer daño, ya no me pegues, tengo dos niños— le digo —dos bebés—.*

La estrategia es eficaz, el hombre no la golpea, y lleva a cabo la violación, la cual también es descrita en forma sucinta. Aquí termina su relato al respecto.

*"Ya me dejó en paz o sea ya para no pegarme" —ah pues entonces cállate— y... ya después él solo se empezó a masturbar y ya, se vino y se se se... vació en mí y se hizo, se enderezó, se subió los pantalones y se fue corriendo."*

Como se observa, Rosalía muestra en su relato el paso de la sensación de invulnerabilidad hacia la vulnerabilidad total y el miedo al daño físico y la muerte.

Inmediatamente después de esto entra en un fase de *shock*, llora y se siente desorientada en qué hacer pues teme que la vuelvan a atacar, se dirige a la casa de una vecina y posteriormente a casa de sus padres, donde está su marido. Y aquí empieza a delinearse el efecto en cadena que genera la violación.

*"Eh... me abrió él la puerta y me dijo —¿qué te pasó—?, o sea, se imaginó y dice —¿dime qué te pasa!—, ya le dije y me dejó sentada y salió corriendo... Ahora él me comenta que pues que... tenía ganas de pegarle a alguien, tenía mucho coraje..."*

Sin que ella lo decida propiamente, es llevada a la delegación, y es notorio cómo se va configurando una sensación de pérdida de control de sus circunstancias.

*"Me dijeron que me iban a llevar a levantar el acta, pero yo tenía miedo de salir, no quería ni que me viera el chofer, porque tenía miedo hasta del chofer. La gente que pasaba junto, caminando en los otros coches, creía que me estaba viendo..."*

*Llegamos al Ministerio Público y como... me empezaron a preguntar pues me puse a llorar, me regañó el del Ministerio Público, y ya hasta que llegó la doctora... me... pasaron a los estudios. Y ya después me pasaron a las oficinas que son de los judiciales. Allí me empezaron a entrevistar, no sé cuantas veces, me lo estuvieron preguntando, les estuve contestando..."*

Manifiesta el rompimiento de creencias básicas como la justicia

*"Después me dió risa porque... hay un pizarrón grande donde dice... DENUNCIA LAS VIOLACIONES, NO SEAS COMPLICE DE ELLAS... muchas cosas..."*

*que no las llevan a cabo y ahora que ya estoy más tranquila y todo, veo que no es cierto... que en realidad nada de eso es verdad".*

No profundizaremos en todo lo ocurrido, pero cabe destacar que a Rosalía se le hizo dudar sobre el reconocimiento de un sospechoso, motivo que la lleva a retirar la denuncia.

*"Lo metieron primero a él, y a mí me pasaron a la cámara, no sé cómo se llama... y lo metieron con otros dos y a él lo pusieron en medio y yo decía —es el de en medio— y me decían los demás —no, es el de la derecha al que trajimos de allá..."*

*Entonces ya salieron ellos y cuando los vi... me dijo —no— dice —es que pues sí es el que tú decías, es el de en medio—. O sea que en realidad yo estaba en lo cierto. Y me dicen... —pero ahora con un cien por ciento de seguridad, tienes que decir que fue él—. —No, ya no quiero, cuando yo pasé estaba yo muy segura de que era él.. ahora ya no...— y me dicen —bueno, ¿y sí te enseñamos varios miembros crees reconocer el de él?—, —pues no— le digo. Dice, —entonces no puedes hacer ninguna acusación—.*

*Ahí fue cuando les dije —ya no quiero nada de aquí de la judicial... ni de la judicial ni de nada—, y le dije a mi papá —llévame para la casa—."*

Aun cuando sufrió todas estas situaciones, de alguna manera Rosalía valora en forma positiva cómo actuó frente al violador, pues salvó su vida. Este es uno de los mecanismos más comunes de desvictimización.

*"Yo siento que hice bien porque... sí le hubiera pegado... o sea, sí me hubiera querido yo defender a golpes... nunca iba a poder yo. Porque... en primera por el susto, estaba yo sumamente asustada y no iba a poder más que él. Entonces... yo al pegarle, lo iba a hacer enojar y él me iba a pegar más fuerte".*

En algún momento sintió culpabilidad y además cree que algunas personas la consideran culpable.

*"Después de lo que pasó, acudí al padre porque... pues yo me sentía mal y él me explicó que yo no tenía la culpa, que no lo había propiciado, que estuviera tranquila. Sí porque toda la gente tiene idea de que sí hubo ataque... te dicen: —¿no te defendiste...?! —¿no esto...?!— Por eso no quiero que se entere la familia de mi esposo porque de por sí no me quieren y dirían —entonces tu tuviste otras intenciones porque yo me hubiera defendido, y te hubiera pegado, yo hubiera..."*

Sin embargo, no olvida el terror que sintió al daño físico o a la muerte.

*"Yo sentí la muerte... yo sentí que me iba a morir... y no me quería morir... porque yo en lo único que pensaba era en mis hijos, porque yo en ese momento sentía que me iba a desmayar del susto. Se me empezaron a doblar las piernas y todo... pero dije —no, porque puedo decir qué fue lo que me pasó, sí me desmayo, no"*

Destaca en Rosalía el hecho de que no puede comprender porqué le sucedió la violación a ella, la que asocia fatalmente con otros problemas que tuvo

previamente como la pérdida de un hijo y la histerec-  
tomía que había sufrido hacía poco tiempo.

### *Los efectos postraumáticos*

No sería inesperado, con todos estos antecedentes, suponer los profundos efectos postraumáticos que presenta Rosalía. Si bien cubre el criterio del TEPT claramente, es importante profundizar en todas las manifestaciones que informa en diferentes áreas, que dan cuenta de la severidad del impacto de este suceso.

### *Area cognoscitiva*

En general, Rosalía presenta manifestaciones intrusivas y evitativas, así como fuertes preocupaciones sobre el pasado (lo que pudo hacer) y también sobre sus perspectivas a futuro. Informa sobre recuerdos repetitivos de lo acontecido, en particular del momento en que el hombre se masturbaba, momento en el que ella consideró inminente la violación. Asimismo, presenta ideas obsesivas de cómo pudo haber evitado el ataque, intenta no recordar ciertos detalles que le angustian, presenta pérdida de interés en algunas actividades. Tiene dificultades para concentrarse. Presenta mucha preocupación por el futuro, sobre todo respecto a lo que pueda suceder con sus hijos, si a ella le sucede algo. Muestra una imagen devaluada de sí misma, en particular por su creencia de que los demás la están juzgando por la forma en que actuó.

Sus creencias sobre el mundo se vieron severamente afectadas destacando una sensación de injusticia y de victimización. Hacia lo otros, Rosalía dice no tener confianza, mucho menos en los hombres, percibiendo de hecho mucho riesgo de volver a ser atacada por cualquiera y en particular por el violador.

Su proyecto de vida se ve disminuido al sentirse sin un futuro claro y con riesgo de morir en poco tiempo. Manifiesta preocupación por catástrofes que puedan sucederle a sus seres queridos.

### *Area afectiva*

Rosalía presenta una gran cantidad de miedos, manifestando así un temor generalizado, en particular menciona en muchas ocasiones su miedo a tener SIDA, el cual la ha llevado a sentir que puede contagiar a su marido e hijos y a pensar en su muerte inminente. La oscilación entre el temor y la irritabilidad es notoria, teniendo problemas para expresar afectos y relacionarse con los demás.

También manifiesta miedo a pasar por el lugar donde ocurrió la violación, a estar en lugares desprotegidos, a estar sola, a los varones cuando antes no lo había sentido, a que se repita la violación, a subirse al metro. Presenta angustia con sobresalto, tanto en situaciones que asocia con el suceso, como ante estímulos no necesariamente relacionados. Los recuerdos repetitivos que presenta se acompañan de miedo y asco. Considera que actualmente está incapacitada para expresar alegría, mencionando de hecho que a veces "no siente nada" o que en realidad

"no le ocurrió lo que le ocurrió". Por otro lado está muy irritable con las personas que le rodean, sean o no familiares, señalando que con su marido es con quien manifiesta mayor enojo. También se siente en momentos muy triste y con grandes deseos de llorar; ha tenido crisis de llanto incontrolable. Manifiesta también que no puede ver a su padre de frente porque se siente avergonzada, aunque no sabe porqué.

### *Area conductual*

Rosalía menciona gran cantidad de cambios en su comportamiento, muy asociados a su idea de evitar ser nuevamente víctima, aun cuando después de dos semanas de que ocurrió la violación, volvió a trabajar. Ha cambiado sus hábitos en la forma de vestirse por temor a ser identificada, evita el tránsito por ciertos lugares con características similares a las del suceso y también el salir por las noches, sobre todo sola; de hecho ha dejado de acudir a cualquier evento social aun cuando "antes me gustaba mucho salir". Evita pasar por lugares desprotegidos, aplica extremas medidas de precaución ante situaciones que considera peligrosas y en situaciones públicas rehuye la mirada de los otros. En particular dice que definitivamente el transporte al que no puede subirse es al metro. Muestra un cambio radical en su estilo de vida.

Inmediatamente después del suceso inicia con somnambulismo, durante el cual habla, se queja y golpea a los que están cerca, aunque dice que ella no recuerda esto sino que se lo dijeron su madre y su marido.

Su deseo sexual ha disminuido, señalando que de por sí no le gustaba tener relaciones sexuales desde antes, evitando tenerlas con su marido, lo cual ha ocasionado conflictos severos con él.

### *Area neurovegetativa*

Rosalía presenta ansiedad generalizada, inicia con periodos de tensión, nota resequedad de la boca, presenta estreñimiento, pérdida de peso e hiperhidrosis palmar.

## **Discusión**

Más que conclusiones, nos interesa plantear algunas hipótesis que a partir de este caso deben trabajarse en relación a las demás, con el fin de determinar más claramente los efectos producidos por la violación en la salud mental de las mujeres. Para Rosalía, la violación fue un suceso sumamente desorganizador. La connotación que la entrevistada estableció como más relevante fue la pérdida del control de la situación y el miedo a morir en cualquier momento del ataque. Este miedo a morir parece haberse desplazado, después del ataque, a un miedo a morir de SIDA, lo que también asoció con el temor a contagiar a sus seres queridos. La experiencia negativa vivida en la delegación y con la policía, alteró aún más su sensación de descontrol, así como sus creencias —ya de por sí puestas en duda por la violación— sobre la justicia y la seguridad.

La entrevistada presentó un cuadro clínico rico, pero no presentó ideación suicida pues pensó que aún le era útil a sus hijos; de hecho, esta "construcción" ha sido un atenuante de la ideación o intento suicida. Encontramos en Rosalía una gran desorganización, el miedo a morir en el ataque y la tremenda sensación de descontrol en el suceso. Su contacto con las instituciones de justicia, incrementa este sentimiento de pérdida de control, afectando aún más sus creencias amenazadas. Sin embargo, desarrolla una estrategia para enfrentar este suceso en términos de la importancia de su maternidad, pero esto no disminuye la problemática con su pareja. Para Rosalía, lo ocurrido no tiene sentido, de modo que sigue preguntándose el porqué le sucedió a ella sin obtener respuesta. Sus creencias básicas han sido derrumbadas, siendo muy difícil reconstruirlas.

De lo anterior, pueden hacerse las siguientes consideraciones, todas ellas a explorar más profundamente. En primer término, podemos pensar que la presentación del TEPT es muy probable en una violación por implicar una grave invasión a la intimidad y porque las mujeres no cuentan con recursos internos para enfrentar la naturaleza tan brutal de este suceso; pero también tomará matices particulares dependiendo de la percepción subjetiva del suceso y en particular si se experimenta miedo o terror a morir, situación que genera una fuerte desorganización emocional.

A esto se aúna la falta de recursos externos y la atribución social que puede culpar a la mujer, o creer ella misma que puede serlo, lo que dificulta todavía más la recuperación. Así pues, en muchos casos las redes sociales de apoyo y las instituciones con las que las víctimas tienen contacto, no sólo no proporcionan contención sino que suelen generar más sufrimiento.

Por todo lo anterior, podemos conceptualizar a la violación como un suceso que "marca" la biografía individual y genera cambios severos en la visión de sí misma y la relación con los otros y el mundo. Por esto, es necesario no remitirnos solamente al estudio de la presencia o ausencia de algún padecimiento psíquico en las mujeres que lo sufren, sino considerar el contexto situacional y cultural más amplio en el que se enmarca el suceso, por sus posibilidades de amplificar o reducir la eventualidad de una solución.

*Las líneas de investigación que este trabajo sugiere apuntan lo siguiente:* Es necesario dirigir mayor atención al rompimiento de las estructuras cognitivas que desencadena una violación, particularmente en cuanto a ciertas creencias básicas dadas por hecho —como la invulnerabilidad personal y la confianza en los otros— y cómo se relaciona esta ruptura con los aspectos afectivos. Es posible que el temor persistente a que sea víctima de una nueva agresión se asocie de alguna manera con esta vulnerabilidad "descubierta".

Se requiere investigar si la intensificación de conductas de precaución y evitativas, por el alto riesgo

percibido de sufrir otro ataque, tiene que ver con la tremenda sensación de pérdida de control que experimentan las mujeres violadas.

Es importante analizar más minuciosamente, cómo la pérdida de confianza hacia los otros que genera la violación *per se*, puede agravarse o reducirse dependiendo del apoyo de las redes sociales y las instituciones con las que contacta la víctima. En este sentido cabría preguntarse, qué lleva a las mujeres a denunciar o no la violación, cuáles son los obstáculos que enfrenta cuando toma esta decisión, y qué consecuencias tiene en la salud mental al realizar o no este acto.

Finalmente, vale la pena dirigir la atención tanto a la experiencia subjetiva que tienen estas mujeres y los perfiles psicopatológicos asociados, con el fin de profundizar en las circunstancias que pueden "generar" una trayectoria de victimización que persista en el tiempo más allá del hecho concreto sufrido, impidiendo la recuperación. Y en esta trayectoria, una responsabilidad esencial está en manos del personal de salud, con quienes tarde o temprano estas mujeres tienen algún contacto.

Tomar en consideración todos estos aspectos podría incidir en la intervención y convertir a las víctimas en sobrevivientes. Pocas víctimas buscan tratamiento formal de salud mental; sin embargo, las dificultades para recuperarse no hacen sorprendente que este tipo de agresión se asocie con tasas elevadas de uso de servicios de salud, dados los síntomas persistentes que no disminuyen, problemas con las relaciones sexuales o falta de apoyo de la familia y amigos. Como mencionan Heise y cols. (14), después de revisar algunos estudios relacionados con la utilización de servicios de salud por parte de mujeres víctimas de la violencia: "La violencia afecta la salud de las mujeres —y la salud de la sociedad en su conjunto— al desviar los escasos recursos hacia el tratamiento de una enfermedad social que, mayormente, puede prevenirse. Considerando la prevalencia de la agresión y la naturaleza de sus efectos sobre la salud, es razonable concluir que la victimización representa un desgaste significativo de los recursos disponibles para la salud".

## Agradecimientos

Este proyecto recibió apoyo financiero de Conacyt (2073-H9302). Agradecemos al maestro José Antonio Flores, del CIESAS, por sus valiosos comentarios e ideas en la planeación de este proyecto; al maestro Jorge Aceves, del CIESAS, por su constante asesoría en la ejecución, particularmente en el desarrollo de la metodología y técnicas de investigación. Asimismo, al Centro para la Atención a la Violencia Intrafamiliar y Sexual (AVISE), particularmente al doctor Javier de la Garza Aguilar, Director General, a las psicólogas Patricia López, Silvia Morales, Juanita Nuñez; socióloga Raquel X. Rivera, a las trabajadoras sociales Pilar Villafañe y Martha Cecilia Ferrusca, por su apoyo en la planeación operativa de las entrevistas. Finalmente, un agradecimiento a "Rosalía" por su colaboración y por permitirnos conocer un fragmento tan doloroso de su vida.

## REFERENCIAS

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (DSM-III-R). Tercera edición revisada. APA, Washington, 1987.
2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (DSM-IV). Cuarta edición revisada. APA, Washington, 1994.
3. BERTAUX D: El enfoque biográfico: Su validez metodológica, sus potencialidades. En: VH Acuña (Comp.). *Historia Oral e Historias de Vida*. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), Costa Rica, 1988.
4. CAZORLA GONZALEZ G: Conductas sexuales delictivas: violación, abuso sexual, hostigamiento sexual, incesto, lenocinio y estupro. En: *Antología de la Sexualidad Humana*, Vol III. Porrúa CONAPO, 277-314, México, 1994.
5. COX ES: The mexican battered women's movement and the case for internationalism. *Response*, 14(3):2-4, 1992.
6. DENNERSTEIN L, ASTBURY J, MORSE C: *Psychosocial and Mental Health Aspects of Womens Health*. World Health Organization, Ginebra, 1993.
7. DIAZ ME, DE LA GARZA AJ, ESTEBAN JR, LOPEZ MP, RIVERA ARX: La violación sexual: problema de salud pública en la ciudad de México. *Higiene*. Organó Oficial de la Sociedad Mexicana de Salud Pública, III:(I-II), 1995.
8. DUARTE P, GONZALEZ G: *La Lucha Contra la Violencia de Género en México. De Nairobi a Beijing*, 1985-1995. Asociación Mexicana contra la Violencia hacia las Mujeres, AC. COVAC, México, 1994.
9. EPSTEIN S: Beliefs and symptoms in maladaptive resolutions of the traumatic neurosis. En: D. Ozer, J.M. Healy, AJ Stewart (Eds.). *Perspectives on Personality*, Vol. 3. Jessica Kingsley Publishers, Londres, 1990.
10. FRAZIER P.A, COHEN BB: Research on the sexual victimization of women: implications for counselor training. *The Counseling Psychologist*, 20(1):141-158, 1992.
11. FRIEZE IH: The female victim: rape, wife battering and incest. En: GR Van der Bos, BK Bryant (Eds.). *Cataclysms, Crises and Catastrophes: Psychology in Action*. American Psychological Association, Washington, 1987.
12. FONTANA A, ROSENBECK R, BRETT E: War zone traumas and posttraumatic stress disorder symptomatology. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 180(12):748-755, 1992.
13. HILL JL, ZAUTRA AJ: Self-blame attributions and unique vulnerability as predictors of post-rape demoralization. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 8(4):368-375, 1989.
14. HEISE L, PITANGUY J, GERMAIN A: *Violencia Contra la Mujer. La Carga Oculta Sobre la Salud*. Programa Mujer, Salud y Desarrollo, Organización Panamericana de la Salud. Washington, 1994.
15. JANOFF-BULMAN R, HANSON FI: A theoretical perspective for understanding reactions to victimization. *Journal of Social Issues*, 39(2):1-17, 1983.
16. KILPATRICK DF: (1988) citado por Peterson FC, Prout MF, Schwarz RA: *Post-Traumatic Stress Disorder. A clinician's Guide*. Plenum Press, Nueva York, 1991.
17. KILPATRICK DF, SAUNDERS BE, AMICK-MACULLAM A, BEST C.L, VERONEN JJ: (1989) citados por Peterson FC, Prout MF, Schwarz RA: *Post-Traumatic Stress Disorder. A clinician's Guide*. Plenum Press, Nueva York, 1991.
18. KORT E: Secuelas emocionales a largo plazo en víctimas de violación. Tesis para obtener el grado de Doctorado en Psicología. UIA, México, 1990.
19. KOSS MP: The women's mental health research agenda: violence against women. *American Psychologist*, 45(3):374-380, 1990.
20. KOSS MP: Rape. Scope, impact, interventions, and public policy responses. *American Psychologist*, 48(10):1062-1069, 1993.
21. MEICHENBAUM D: *A Clinical Handbook Practical Therapist Manual. For Assessing and Treating Adults with Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)*. University of Waterloo. Department of Psychology. Waterloo, Ontario, Canada, 1994.
22. MOSCARELLO R: Psychological management of victims of sexual assault. *Canadian Journal of Psychiatry*, 35:25-30, 1990.
23. ROTHBAUM BO, FOA EB, RIGGS DS, MURDOCK T, WALSH W: A prospective examination of post-traumatic stress disorder in rape victims. *Journal of Traumatic Stress*, 5:455-475, 1992.
24. TERR LC: (1994) citado por Meichenbaum D: *A Clinical Handbook Practical Therapist Manual. For Assessing and Treating Adults with Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)* University of Waterloo. Department of Psychology. Waterloo, Ontario, Canada, 1994.