

**REPÚBLICA DE COLOMBIA  
UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**Modalidad De Grado: Análisis Sistémico de Literatura**  
**Configuración Del Perfil Psicopatológico De Víctimas De Agresiones Sexuales**  
**Desde Una Revisión Bibliográfica**

**Autoras:**

**Celis Jiménez**

**Mayra Alejandra Roa**

**Asesor Modalidad de Grado:**

**Kethy Luz Pérez Correa**

**Santa Marta – Magdalena**

**Enero 2020**



**CONFIGURACIÓN DEL PERFIL PSICOPATOLÓGICO DE VÍCTIMAS DE  
AGRESIONES SEXUALES DESDE UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

---

**Celis Jiménez**

**1.083.037.769**

---

**Mayra Alejandra Roa**

**1.082.994.021**

Dirección: Santa Marta – Colombia

Teléfono: .....

Correo Electrónico: .....

---

Dra. Kethy Luz Pérez Correa



**FACULTAD DE PSICOLOGIA**  
**Aval de Sustentación de Trabajos de**  
**Grados**

Santa Marta, Enero 17 de 2020

**Doctora**

**Yadid Paternina Aviléz Decano**

**Facultad de Psicología**

**Asunto: Carta de aval Trabajo de Grado**

Estimada Doctora.

Mediante la presente ratifico que conozco y he leído en su totalidad el trabajo de grado titulado **“Análisis Sistémico de Literatura Configuración Del Perfil Psicopatológico De Víctimas De Agresiones Sexuales Desde Una Revisión Bibliográfica”**; el cual cumple con el requisito mínimo necesario exigido para este tipo de ejercicios académicos.

Por lo tanto, se hace merecedor del Aval para su aceptación en los procesos administrativos de titulación en pregrado de la Facultad de Psicología de la Universidad Cooperativa de Colombia, Sede Santa Marta.

Kethy Luz Pérez Correa

Docente Investigador

## **DEDICATORIA**

Primeramente a Dios por permitirme culminar esta mi carrera, por no abandonarme en los momentos difíciles, por estar conmigo en cada paso que di, porque aunque lleno este largo camino de sorpresas y obstáculos también supo llenarme de valor y fortaleza para afrontarlos.

A ti mi compañero de vida, Jairo, por tu amor, tu paciencia, por motivarme cuando dejaba de creer y de esforzarme. Gracias por ser mi apoyo constante y por ayudarme a cumplir este sueño.

A mis padres, por ser los artífices de este sueño y mi mayor motivación, a ti mama, gracias por tu paciencia, comprensión, amor, entrega y por toda tu ayuda, sin ti no hubiese sido posible este logro.

A ti hija mía que llegaste cuando ya faltaba poco para culminar este largo camino, fue justo cuando más necesitaba una inspiración, gracias por llegar a mi vida y motivarme tanto a terminar esta carrera.

Mayra Alejandra Roa

## **AGRADECIMIENTOS**

A ti mi Dios por permitirme culminar y cumplir mi sueño, a ustedes padres por su esfuerzo y amor incondicional, a ustedes les debo todo.

A todos los docentes que tuve en el transcurso de mi carrera, por sus enseñanzas, dedicación y por brindarme las herramientas necesarias para hoy lograr ser una profesional.

Mis más sinceros agradecimientos a ti Kethy Luz Pérez Correa, mi asesora de tesis, profesora y amiga, gracias y mil gracias por tu dedicación y paciencia en esta larga tarea.

Eres un ser de luz en mi vida, gracias por tu apoyo en momentos difíciles, por toda la comprensión y cariño que me brindaste, no me cabe duda que eres un excelente ser humano. Dios te bendiga siempre.

Universidad cooperativa de Colombia, a ti también te agradezco por abrirme las puertas y hoy permitirme ser una egresada más, por permitirme compartir y aprender mucho de excelentes docentes y amigos.

Mayra Alejandra Roa

## **DEDICATORIA**

Mi tesis la dedico con todo mi amor y cariño a mi madre Celina Del Carmen Arias Ríos, por su sacrificio y esfuerzo para darme una carrera para mi futuro y por creer en mi capacidad. Gracias por regalarme tantos años de felicidad y aun en estos momentos que no te tengo me has enseñado lo valioso que es la vida y que con responsabilidad se logran grandemente las cosas, A mis queridos hermanos Gregory Santiago y José Alfredo por su apoyo incondicional, aunque en la mayoría de las veces parece que estuviéramos en una batalla, hay momentos en los que la guerra cesa y nos unimos para lograr nuestros objetivos. Gracias por todos los bonitos momentos que pasamos en el proceso.

A mi amado hijo Matías David Serrano Jiménez, por ser mi fuente de motivación e inspiración para poder superarme cada día más.

A mi compañero de vida Camilo Andrés Serrano López su ayuda ha sido fundamental incluso en los momentos más turbulentos. Este proyecto no fue fácil, pero estuviste motivándome y ayudándome hasta donde tus alcances lo permitían.

Celis Jiménez

## **AGRADECIMIENTOS**

Primeramente, agradecerle a Dios por esta oportunidad de culminar esta nueva etapa en mi vida. Por este camino cargado de conocimiento y significativa experiencias para mi crecimiento personal y profesional.

Mi agradecimiento especial a la Docente Kethy Luz Pérez Correa por ser mi gran apoyo justo en los momentos más difíciles.

A mis compañeros que fueron gran apoyo emocional durante el proceso.

A la Universidad Cooperativa De Colombia la cual me abrió sus puertas para formarme profesionalmente y creer en mis capacidades.

## **TABLA DE CONTENIDO**

|                                                                 |           |
|-----------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>RESUMEN .....</b>                                            | <b>8</b>  |
| <b>ABSTRACT.....</b>                                            | <b>8</b>  |
| <b>PALABRAS CLAVES.....</b>                                     | <b>9</b>  |
| <b>INTRODUCCION .....</b>                                       | <b>10</b> |
| <b>1. FORMULACION DEL PROBLEMA.....</b>                         | <b>13</b> |
| <b>1.1. Descripción del Problema .....</b>                      | <b>13</b> |
| <b>1.1.1. Pregunta Problema.....</b>                            | <b>15</b> |
| <b>1.2. Justificación de la Investigación.....</b>              | <b>16</b> |
| <b>1.3. Objetivos de la Investigación.....</b>                  | <b>18</b> |
| <b>1.3.1. Objetivo General.....</b>                             | <b>18</b> |
| <b>1.3.2. Objetivo Específicos.....</b>                         | <b>19</b> |
| <b>ENFOQUE INVESTIGATIVO.....</b>                               | <b>19</b> |
| <b>2. METODOLOGIA.....</b>                                      | <b>23</b> |
| <b>2.2. Proceso de Búsqueda.....</b>                            | <b>32</b> |
| <b>2.3. Criterios de Inclusión.....</b>                         | <b>34</b> |
| <b>2.4. Criterios de Exclusión.....</b>                         | <b>34</b> |
| <b>Diagrama de Flujo.....</b>                                   | <b>36</b> |
| <b>2.5. Técnicas e Instrumentos de Análisis.....</b>            | <b>37</b> |
| <b>PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE INFORMACION RECOLECTADA.....</b> | <b>39</b> |
| <b>3. RESULTADOS.....</b>                                       | <b>39</b> |
| <b>3.1. Análisis Bibliométrico.....</b>                         | <b>39</b> |
| <b>3.2. Definición de Variables.....</b>                        | <b>48</b> |
| <b>3.3. Análisis de Artículos Seleccionados.....</b>            | <b>67</b> |
| <b>4. CONCLUSIONES DEL PROCESO INVESTIGATIVO.....</b>           | <b>82</b> |
| <b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....</b>                          | <b>89</b> |

## **INDICE DE TABLAS**

|                                                                                                        |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>TABLA 1: Base de Datos donde se buscó la información.....</b>                                       | <b>32</b> |
| <b>TABLA 2: País de Recolección de información.....</b>                                                | <b>40</b> |
| <b>TABLA 3: Años de recolección de información.....</b>                                                | <b>41</b> |
| <b>TABLA 4: Síntomas y pautas de reacción.....</b>                                                     | <b>53</b> |
| <b>TABLA 5: Aspectos relacionados con la vulnerabilidad psicopatológica.....</b>                       | <b>57</b> |
| <b>TABLA 6: Consecuencias de la violencia y la coacción sexuales para la salud de las mujeres.....</b> | <b>65</b> |
| <b>TABLA 7: Aspectos psicopatológicos de la agresión sexual.....</b>                                   | <b>66</b> |

## **INDICE DE GRAFICAS**

|                                                                       |           |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>GRAFICA 1: Base de datos de donde se buscó la información.....</b> | <b>32</b> |
| <b>GRAFICA 2: País de recolección de información.....</b>             | <b>40</b> |
| <b>GRAFICA 3: Años de recolección de información.....</b>             | <b>41</b> |

## **“CONFIGURACIÓN DEL PERFIL PSICOPATOLÓGICO DE VÍCTIMAS DE AGRESIONES SEXUALES DESDE UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA”**

Trabajo de Grado para optar el título de Psicólogo Profesional. Universidad Cooperativa de Colombia. Facultad de Psicología. Colombia 2018.

### **RESUMEN**

El delito de agresión sexual presenta, desde una perspectiva psicopatológica, una complejidad que no puede explicarse desde una teoría aislada o un único grupo de factores en la revisión de la literatura que se presenta en este trabajo, se pone de manifiesto que para su comprensión es necesario conocer los factores individuales, sociales y situacionales de dicha conducta. En este sentido, se exponen distintas concepciones de violencia psicológica, el proceso evaluativo mediante el cual se pretende demostrar la existencia de este tipo de violencia y distintas teorías que lo sustentan, las consecuencias negativas y secuelas psicológicas y sociales en las víctimas y su entorno, el mejor método para llegar a un nexo causal de tales secuelas.

**Palabras claves:** *Psicopatología*, Agresión, Víctimas de Agresión Sexual, Violencia de Genero, Mujeres Maltratadas.

# **“CONFIGURATION OF THE PSYCHOPATHOLOGICAL PROFILE OF VICTIMS OF SEXUAL ASSAULT FROM A BIBLIOGRAPHICAL REVIEW”**

Degree work to opt for the title of professional psychologist. Universidad Cooperativa de Colombia. faculty of Psychology. Colombia 2018.

## **ABSTRACT**

The crime of sexual aggression presents, from a psychopathological perspective, a complexity that cannot be explained from an isolated theory or a single group of factors in the review of the literature presented in this work, it shows that for its Understanding it is necessary to know the individual, social and situational factors of such behavior. In this sense, different conceptions of psychological violence are exposed, the evaluative process by which it is intended to demonstrate the existence of this type of violence and different theories that support it, the negative consequences and psychological sequels And social in the victims and their environment, the best method to reach a causal nexus of such sequelae.

**Key words:** Psychopathology, aggression, victims of Sexual aggression, gender violence, battered women.

## INTRODUCCION

De forma progresiva diversos teóricos e investigadores han coincidido en que la violencia psicológica ha sido considerada como un tipo de violencia “invisible”, ya que no se expresa a través de agresiones físicas. Es un hecho admitido que el maltrato psicológico, en sentido estricto, implica siempre conductas dirigidas a causar un daño en la víctima de muy difícil prueba porque, al no tratarse de menoscabos o lesiones físicas, no quedan huellas visibles en la mujer maltratada (Cristóbal & Chamarrita, 2016).

Las agresiones sexuales son sucesos traumáticos que pueden producir consecuencias psicológicas intensas a corto y largo plazo en las víctimas. La victimización sexual es uno de los delitos más violentos por naturaleza. La humillación y el miedo a sufrir daños físicos y psíquicos e incluso a ser asesinadas produce una reacción de indefensión y pérdida de control que afecta al equilibrio emocional e interfiere en el desarrollo de una vida normal (Lozano O, Gómez & Avilés, 2016).

En concreto, el impacto psicológico de las agresiones sexuales va a depender de la frecuencia, de la duración, de la gravedad del abuso y de la relación con el agresor, pero también de la fase del desarrollo psicológico de la víctima en la que tuvo lugar el suceso (Briere y Elliott, 2015; Echeburúa, Sarasua, Zubizarreta y Corral, 2012, en prensa). Además, las circunstancias de la agresión sexual, la historia de victimización, la denuncia, la reacción judicial y el apoyo familiar y social existente pueden agravar o amortiguar, según los casos, las reacciones emocionales de las víctimas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que el 35% de las mujeres de la población mundial han sido víctimas de violencia física y/o sexual por parte de su pareja y que hasta un 38% de los homicidios femeninos (también llamados feminicidios) se deben a la violencia conyugal (OMS, 2013). Aún más recientemente, en febrero de 2014, conocíamos un estudio confeccionado por la FRA (Agencia de Derechos Fundamentales de la Unión Europea) donde se realizaron 42.000 entrevistas a mujeres de los 28 estados miembros de la Unión Europea. Respecto la violencia física y sexual, 13 y 3,7 millones de mujeres respectivamente informaron haberla padecido hasta doce meses antes de las entrevistas realizadas.

El 43% de ellas, padeció algún tipo de maltrato psicológico por parte de su pareja. (FRA, 2014). Además, de las causas profundas ya mencionadas y relacionadas con la desigualdad, en la violencia contra las mujeres (como en otras formas de violencia), desempeñan un 10 papel fundamental ciertos factores de riesgo a ejercerla como, por ejemplo (OMS, 2013): haber sido víctima de malos tratos en la infancia y haber estado sometido a una severa disciplina parental; la falta de vigilancia y supervisión adecuadas durante la infancia.

Las investigaciones sistematizadas sobre el perfil psicopatológico de las víctimas en agresiones sexuales provocan serios problemas de salud relacionados con cambios psicológicos vinculados con el estrés (Dutton, 1992). En situaciones de maltrato extremo, hay investigaciones que aseguran la relación existen entre el trastorno de estrés postraumático y los esquemas cognitivos disfuncionales con contenidos vinculados al maltrato, la vulnerabilidad al daño, la imperfección, la culpa, el apego, el abandono y la dependencia.

Por lo que se refiere a las consecuencias de esta violencia sobre las vidas de las mujeres que la padecen, es importante tener en cuenta que nadie decide conscientemente cómo reaccionará a una crisis vital o a un trauma. La personalidad, experiencia acumulada y diversos procesos cognitivos determinarán la reacción del individuo (Rubin & Bloch, 2015).

Sin embargo, las personas que han sido maltratadas tienen más probabilidades de volverse emocionalmente insensibles a los horrores de la crueldad que aquellos que crecen en ambientes seguros y acogedores (Rojas Marcos, 1995). De hecho, los daños físicos y emocionales que padecen estas mujeres son más graves cuando el agresor es un pariente o conocido que cuando se trata de un extraño (APA, 2002). La victimización de la violencia es un factor de riesgo para trastornos mentales y enfermedades no transmisibles y aumenta la vulnerabilidad a padecer problemas a lo largo de la vida. Además, el coste económico directo e indirecto que ocasiona la violencia es considerable. Las consecuencias de todo ello tienen un efecto sumamente negativo en la salud y bienestar de las niñas y las mujeres, en sus familias, comunidades y sociedades (OMS, 2013).

Considerando lo anteriormente mencionado y con el respaldo de las diversas investigaciones descritas sobre el perfil psicopatológico o rasgos psicológicos de las personas víctimas de agresión sexual, la violencia sexual no se produce por la existencia de características singulares y patológicas de una serie de individuos, sino que surge de manera cultural de definir las identidades y las relaciones entre hombres y mujeres. Además, para la mayoría de las mujeres la violencia empieza en el hogar, a manos de sus padres, hermanos o su pareja. Así, y contrariamente a lo que sucede con los hombres, más de las dos terceras partes de los actos violentos, incluidas las violaciones, perpetrados

contra las mujeres son cometidos por algún familiar o persona cercana (Krug et al., 2016). Así mismo se trata el estado del arte de la investigación y la literatura científica de las temáticas estudiada en el trabajo.

## **CAPITULO I**

### **1. TRAYECTOS METODOLÓGICOS DEL PROCESO DE INVESTIGACIÓN.**

#### **1.1.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El contexto colombiano se ha caracterizado por prácticas culturales centradas en la violencia, las cuales no sólo han sido transmitidas de generación en generación, sino que además han sido legitimadas para fortalecer el ejercicio del poder y mantener prácticas de discriminación, dominación y vulneración de derechos de las personas. Es justamente este mantenimiento de prácticas y usos de la violencia, los que han afectado de manera diferencial, prolongada e indiscriminada a las mujeres; son prácticas culturales que generan graves violaciones de los derechos humanos, alteraciones en la calidad de vida y el desarrollo de las mujeres y sin duda alguna transformación en su identidad, dignidad e integridad.

Para las mujeres víctimas de violencia sexual, los hechos ocurridos permanecen imborrables en su cuerpo y en su mente, y generan diferentes tipos de afectación física, emocional y psicológica, que requieren un largo periodo de recuperación y/o superación. (Rincón, 2016).

En ésta medida, los hechos también influyen en el ámbito relacional, la toma de decisiones y en la capacidad para afrontar las acciones de justicia, ya que hay temor, vergüenza, confusión, culpa, falta de credibilidad en el sistema y desconocimiento de los procesos. (Jiménez, 2017).

Las agresiones sexuales son un suceso traumático para cualquier mujer y tiene un carácter especialmente negativo por estar causado deliberadamente por el ser humano. Las reacciones ante tales agresiones tienen una gran incidencia sobre el bienestar físico, psíquico y social de la persona, ocasionando la pérdida de salud, tanto a corto como a largo plazo (Echeburúa, 2015, Carrasco y Maza, 2014; Jozkowski y Sanders, 2016).

Entre las consecuencias psicológicas más frecuentes, se encuentran el trastorno de estrés postraumático, depresión, miedos, ansiedad, intentos de suicidio, trastornos de la conducta alimentaria o abuso de sustancias (De la Cruz, 2014). Además del severo impacto psicológico que puede tener una agresión sexual para las víctimas, en ocasiones, como en los casos en los que la víctima denuncia la agresión, se pone en marcha un mecanismo de actuación de los sistemas comunitarios que tratan de ofrecer una asistencia sanitaria, jurídica y social. Sin embargo, en algunos casos, el paso por estos recursos supone para la víctima el sufrimiento de nuevas experiencias negativas relacionadas con la agresión sexual. Este sufrimiento, se deriva de una serie de conductas de culpabilización llevadas a cabo por parte de los profesionales que trabajan en los sistemas comunitarios y se denomina victimización secundaria (Lorente A & Martínez, 2016).

Por lo tanto, una actuación judicial eficiente resulta fundamental en el restablecimiento del equilibrio psicológico de las víctimas. Éstas, cuando se implican en un proceso judicial, que siempre les resulta muy duro, aspiran a una condena justa del

culpable, experimentando así un pequeño alivio de su malestar emocional (Carrasco y Maza, 2016). Durante muchos años las consecuencias sobre la salud de la mujer han sido olvidadas al haber prevalecido una visión mayoritariamente jurídica de las agresiones sexuales. La agresión a la mujer es algo más que un delito y su solución no solo pasa por la condena del agresor y por la reparación del daño causado en la mujer víctima de la misma.

La verdadera solución va de la mano de la prevención (Lorente y Toquero, 2015). A pesar del cambio social experimentado, todavía persisten falsas creencias acerca de las agresiones sexuales, del agresor y del papel de la mujer como víctima de este delito (García et al., 2017). Se trata de creencias culturales, factores sociales y educacionales transmitidos de generación en generación que no sólo se dan en población general sino también en los profesionales que se ocupan de este tipo de sucesos (López, 2012).

#### **1.1.1. Pregunta Problema**

A raíz del establecimiento de las primeras bases teóricas sobre el Perfil Psicopatológico en víctimas de agresión sexual a lo largo de estos últimos años han ido surgiendo numerosas definiciones que conceptualizan la gran variedad de procesos que se engloban bajo este término. Una de la aproximación lo destaca Watson, Clark y Tellegen, 1988, quienes manifiestan la emotividad negativa que refleja un estado emocional que se describe en los niveles altos como “una variedad de estados de ánimo, que incluyen la ira, la culpa, el temor y el nerviosismo, mientras que el bajo afecto negativo es un estado de calma y serenidad.

El individuo constantemente busca estímulos negativos, interpreta de modo pesimista los sucesos neutros, estrecha la atención, frecuentemente la vuelve sobre sí mismo/a, recuerda con gran precisión los hechos negativos, lanza sin parar a la conciencia pensamientos intrusivos, genera una ansiedad disfórica, que está presente en muchos trastornos afectivos.

La predisposición biológica a la emotividad negativa es parte del temperamento, una matriz que va concretándose mediante los hábitos aprendidos, es decir, se va convirtiendo en carácter. Por tanto, el rasgo de afecto negativo es una dimensión de distress subjetivo que representa una predisposición a experimentar estados de ánimo aversivos, incluyendo hostilidad, malestar, nerviosismo, culpa y miedo (Marina, 2014).

Teniendo en cuenta lo anterior se plantea la siguiente pregunta:

¿Qué consecuencias de carácter traumático resultan en el perfil psicopatológico de víctimas de agresiones sexuales?

## **1.2. JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION**

El énfasis dado a uno de los tipos de violencia la violencia sexual, parte del reconocimiento de ésta como un hecho constante, invisibilizado e injusto, generador de profundas heridas físicas, psíquicas y emocionales y además inevitable transformador de la calidad de vida de cualquier ser humano. Éste es un tipo de violencia que, pese a todas las disposiciones legales, la información suministrada y estudiada, las acciones para combatirla y las manifestaciones en su contra, sigue estando presente en la vida de las

mujeres de todas las edades, presenta uno de los 21 niveles de denuncia más bajos y evidencia mayores porcentajes de repetición cada día (García, 2016).

Otra forma de referirse a esta forma de agresión es cuando se utiliza el término violencia de género. La Ley orgánica 1 de 2004 en España afirma que la violencia de género se revela como la forma más brutal de la desigualdad social. Lo que convierte a la mujer en víctima de violencia es el hecho de que la sociedad considera que la mujer, por el simple hecho de serlo, carece de los derechos mínimos de libertad, respeto y capacidad decisional. Según el Artículo 1.3 de esta Ley, la violencia de género comprende “todo acto de violencia física y psicológica incluida las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de la libertad (Sepúlveda García de la Torre, 2015).

Si bien el número de denuncias es un indicador relativamente sencillo de recopilar, presenta problemas de interpretación como indicador directo de la incidencia de la violencia hacia la mujer. Por ejemplo, existe evidencia de que gran parte de los casos de violencia hacia la pareja no se denuncian (Gracia y Herrero, 2015). Es por ello que, con el objetivo de acercarse a una verdadera cuantificación del fenómeno, desde el año 1999 el Instituto de la Mujer viene realizando macro encuestas de violencia contra la mujer. En la última macro encuesta realizada en nuestro país, en el año 2006, se estima que entre el 4% y el 12.4% de las mujeres han sido víctimas de este tipo de violencia (Instituto de la Mujer, 2006).

Si bien, son muchos los estudios centrados en el perfil de la mujer maltratada o del agresor, esto supone una visión reduccionista del problema, sobre todo tras la detección de casos, a menudo más silenciados, en clases culturales y económicamente más altas, por lo que se plantea la necesidad de estudiar el problema de la violencia de género desde una

perspectiva más amplia, que tenga en cuenta otros factores de carácter más estructural, así el modelo ecológico aplicado al campo de la violencia familiar, apunta como factores de riesgo dentro del ecosistema el estrés económico, el desempleo, el aislamiento social y el alcoholismo (Gutiérrez, 2017).

Desde esta perspectiva se apuntan como factores asociados a la violencia, la vulnerabilidad social de la mujer, la desigualdad entre hombres y mujeres en los valores sociales y en los códigos jurídicos, así como en los recursos y en el poder (Cabruja, 2014; Fernández Villanueva, 2016).

Por otra parte, las personas que sufren de agresión sexual, son en general las más intensamente victimizadas. La violación constituye uno de los delitos violentos más traumatizante generando inmediatamente síntomas de TEPT (Trastorno por Estrés Postraumático) y en muchas víctimas secuelas psicológicas a largo plazo. Según Shapland (1990), en un 100% de los casos de delito sexual con violencia y en al menos 2 a 3 partes de los demás casos, se evidencian reacciones emocionales considerables, especialmente miedo, depresión y rabia que llevan a cambios significativos en los estilos de vida (Burgess, 2016).

### **1.3.Objetivos de la Investigación**

**1.3.1.** Objetivo General: Configurar el perfil psicopatológico de víctimas de agresiones sexuales desde una revisión bibliográfica

**1.3.2.** Objetivo Especifico

- Establecer una conceptualización sobre el perfil psicopatológico en víctimas de agresión sexual
- Determinar las consecuencias a corto/largo plazo de las víctimas de agresión sexual
- Identificar los factores contextuales que influyen en los efectos traumáticos del perfil psicopatológico en víctimas de agresión sexual.

## **ENFOQUE INVESTIGATIVO**

### **PERFIL PSICOPATOLÓGICO DE VÍCTIMAS DE AGRESIONES SEXUALES: APROXIMACION AL CONCEPTO.**

La violación de los derechos sexuales y reproductivos es una forma de violencia de género, siendo las mujeres quienes son víctimas de múltiples discriminaciones y quienes tienen menos acceso efectivo a servicios de salud sexual y salud reproductiva. Como lo refiere Méndez (2017) la violencia sexual contra las mujeres es una forma de discriminación que inhibe la capacidad de la mujer de gozar sobre el ejercicio de sus derechos y libertades establecidos en los instrumentos regionales e internacionales.

Se configura “con acciones de naturaleza sexual que se cometen en una persona sin su consentimiento, que además de comprender la invasión física del cuerpo humano, pueden incluir actos que no involucren penetración o incluso contacto físico alguno (Gomes, 2018).

Diversos autores han coincidido en señalar que el tratamiento para víctimas de violencia sexual debe hacerse con apoyo de un equipo interdisciplinar (Assis et al., 2015; Bernik,

Laranjeiras & Corregiari, 2014; Menicucci et al., 2016). La necesidad de un trabajo combinado para estas personas se hace aún más evidente cuando son diagnosticadas con Trastorno de Estrés Postraumático.

El TEPT (Trastorno de Estrés Postraumático) requiere de tratamientos de alta calidad para ser afrontado, pues la complejidad de sus manifestaciones y la gravedad de su impacto genera fuertes alteraciones en la salud mental de las personas (Vallejo & Terranova, 2017). Se recomienda la combinación de técnicas como la relajación para reducir el nivel de estrés psicofisiológico, la reestructuración cognitiva, la psicoterapia psicodinámica, el uso de psicofármacos, la hipnosis, entre otras.

Los autores aconsejan en los casos leves de TEPT el uso de psicoterapia, y en los casos moderados y graves el uso de tratamiento farmacológico y psicoterapéutico combinados por lo menos durante un período de doce meses, y con un seguimiento posterior (Foa, Davidson & Francés, como se cita en Mingote, Bogoña, Isla, Perris & Nieto, 2016).

Al igual que otras formas de violencia, la sexual es una problemática que puede afectar a niñas, niños, mujeres y hombres. Sin embargo, la violencia sexual afecta de forma diferencial a las mujeres, riesgo que se profundiza al intersectar su identidad de género con otras condiciones afectando particularmente a niñas y adolescentes, a las mujeres de pueblos étnicos, a mujeres líderes, cabezas de hogar y desplazadas y que ejercen sexualidades no normativas, particularmente en el conflicto armado.

Es una problemática tan extendida, que muchas veces para la sociedad tiende a naturalizarse, disuadiendo la posibilidad de denuncia y haciendo de éste un fenómeno invisibilizado (Fiscalía General de la Nación, 2016).

Así mismo, el interés se extiende a los científicos sociales y de la salud, los encargados de diseñar políticas públicas, los clínicos y los defensores de las mujeres maltratadas (Ellsberg y Heise, 2016; Hamberger y Holtzworth-Munroe, 2017). Una definición clara de Violencia Psicológica facilitará la toma de decisiones en aspectos como políticas relevantes respecto a leyes, programas y asignación de recursos para la investigación, atención y prevención derivadas de la investigación y necesidades de la población (American Psychological Association [APA], 2006).

Además, las definiciones amplias son las más recomendadas utilizadas a escala mundial porque gozan de cualidades de generalización, globalidad y cobertura que son admitidas y adoptadas por diferentes entidades y organismos internacionales encargados de la salud mental en el mundo y que intervienen para combatir la violencia contra la mujer (VCM) en sus diferentes dimensiones (Velasco, 2018).

Algunos investigadores han aportado datos en relación con la concurrencia entre violencia física y psicológica como, por ejemplo, Akar, Aksakal, Demirel, Durukan y Özhan (2017) quienes han destacado la importancia del reconocimiento de la violencia sexual en concurrencia con la violencia física dentro de la pareja.

A las reacciones psicológicas que se derivan de los eventos potencialmente traumáticos (EPT) se les conocen como trauma, el cual tiene la capacidad de romper el sentimiento de confianza que tiene la persona en cuestión sobre sí misma, los demás y el mundo en general, conllevando a que se desadapte del entorno con facilidad (manifestaciones del trauma) (Echeburúa, 2017).

En 2017, Courtois, Ford y Cloitre, señalan que las víctimas pueden presentar desregulación emocional o deterioro en la modulación de la activación, atención, cognición y conductas relacionales. Los síntomas más comunes son ansiedad, tristeza, pérdida de autoestima, labilidad emocional, inapetencia sexual, fatiga permanente e insomnio (Amor, Echeburúa, Corral, Sarasua y Zubizarreta, 2016; Echeburúa y Guerrica Echeverría, 2017).

Por su parte, Echeburúa y Corral (1998), Kubany y Watson (2017) y Labrador y otros (2018) proponen que los síntomas psicológicos más significativos detectados en víctimas son: a) sensación de amenaza incontrolable a la vida y a la seguridad personal (Harding y Herweg-Larsen, 2017), b) aislamiento social y ocultación de lo ocurrido (vergüenza social percibida) (Cross, Copping y Campbell 2011), c) sentimientos de culpa por las reacciones de la mujer para evitar la violencia (mentir, cubrir al maltratador, tener contactos sexuales a su pesar, maltrato o no protección adecuada de los hijos, etc.) Estos sentimientos pueden deberse a su modo de reaccionar ante la violencia o por su propia forma de ser (verse poco atractiva, provocadora de la violencia, etc.) y d) depresión y sentimientos de baja autoestima (Golging, 1999; Echeburúa y Redondo, 2015; Whiting, Simmons, Havens, Smith y Oka, 2016).

En síntesis, estas investigaciones ponen en evidencia la tendencia a centrar los tratamientos en áreas u objetivos que los científicos y clínicos creen merecen más atención. Ejemplo de ellos son: la terapia centrada en el trauma (TCT), terapia centrada en modulación emocional (TCME), terapia centrada en la cognición (TCC) y la terapia centrada en el síndrome de la mujer maltratada (TCSMM) entre otras (Cáceres, 2018).

En esta misma dirección, el tratamiento debe basarse en un plan compartido sistemático que incluya prácticas en cuanto a tratamientos efectivos, y se organice en torno a una evaluación cuidadosa y una secuencia de intervenciones planificadas y organizadas jerárquicamente (Courtois y otros, 2017).

## **2. METODOLOGIA**

Para la presente revisión bibliográfica se realizó una búsqueda exhaustiva a través de las siguientes bases de datos: Redalyc, Psycodoc, Scielo, Dialnet, Google académico, Biblioteca Universidad Cooperativa de Colombia. Las palabras claves utilizadas para filtrar la información fueron las siguientes: “Psicopatología, Agresión, Víctimas de Agresión Sexual, Violencia de Genero, Mujeres Maltratadas”. Por otro lado, los rangos de fechas de búsqueda en la revisión literaria fueron desde 2012-2018. Por último, tras la selección de la información, se procedió con la lectura crítica de los documentos, desarrollo de lluvia de ideas del tema, realización de resúmenes, estructuración de la revisión bibliográfica, así como determinadas tutorías para desarrollar y completar dicho proyecto.

### **DEFINICION DE LAS VARIABLES**

#### **Psicopatología**

La psicopatología comparte con otras ciencias su interés por comprender la conducta humana; la diferencia con otras disciplinas radica en su interés en la naturaleza y las causas de la conducta anormal o psicopatológica (De la fuente, 2016; Muñoz Navarro, 2016).

La psicopatología es la disciplina científica que estudia el origen, el curso y las manifestaciones de los procesos no normales de la mente y la conducta humana que dificultan el desarrollo de un sujeto en su quehacer cotidiano, y que por lo tanto pueden influir en su falta de salud. Nos podemos referir pues a trastornos en la atención como el TDA, trastornos en el aprendizaje como el trastorno de la lectura, o trastornos de ansiedad como el trastorno de estrés post-traumático, pero también a trastornos alimentarios como la anorexia nerviosa, trastornos relacionados con sustancias adictivas como el alcoholismo, o trastornos de la personalidad como el trastorno histriónico (Salas Nicolau, 2015).

En la aparición y mantenimiento de una condición de psicopatología no debe plantearse la dicotomía biología vs psicología, sino que ambas perspectivas son complementarias y necesarias para su comprensión. Las causas de una psicopatología pueden ser derivadas de factores biológicos (lesión cerebral o desequilibrio entre neurotransmisores), de factores psicológicos (Deprivación afectiva, vivencia de situaciones traumáticas), o sociales (problemas familiares o laborales, pobreza), a lo que debemos añadir el efecto modulador de las influencias ambientales. Incluso cuando la causa sea orgánica ello no implica que se descarten factores psicológicos y sociales tanto en el origen de la psicopatología como en su mantenimiento (Figuerola Vargas, 2015).

La psicopatología ocupa un segmento importante en las áreas de la psiquiatría y la psicología clínica, aunque también puede ser objeto de interés de otras especialidades médicas como la neurología. Desde estas áreas profesionales se estudia el origen y cómo se manifiestan y desarrollan los cuadros clínicos, y se elaboran los diagnósticos, y se prescriben y controlan los tratamientos (Carrasco Correa, 2017).

Asimismo, se planifican actuaciones relativas a la prevención. A menudo las herramientas y los tratamientos difieren en función de si el profesional que trata al individuo es médico o psicólogo clínico, tanto por sus competencias profesionales como por su currículo académico (Carrasco Correa, 2017).

Desde la medicina suelen emplearse herramientas más objetivas como por ejemplo la tomografía axial computarizada (TAC) o el análisis de sangre, mientras que desde la psicología clínica se utilizan técnicas más observacionales, entrevistas, test. Evidentemente, en el tratamiento prescrito también pueden existir grandes diferencias por una adscripción más cercana al modelo biomédico o al modelo biopsicosocial, a parte de las propias competencias profesionales (Ortiz Tallo, 2018).

Como viene sucediendo en otros temas que hemos tratado, ocurre también que existen diversas concepciones teóricas relativas a la psicopatología (las causas, la definición de conducta anormal, el interés de la investigación, la interpretación de los resultados, el tratamiento. A continuación, solamente explicaremos los rasgos más relevantes de los modelos biológico, conductual y cognitivo, a sabiendas que existen muchos otros enfoques pero que más que modelos con un paradigma innovador suelen gestarse como alternativa crítica o complementaria hacia estos tres (Sería el caso de las perspectivas psicodinámica o humanista):

#### a) MODELO BIOLÓGICO

El trastorno mental se concibe como una enfermedad, la causa es somática como en cualquier otra enfermedad física.

Las alteraciones en el plano psicológico son debidas a una alteración estructural o funcional del cerebro (anomalías bioquímicas, genéticas, neurológicas).

Se contempla que en grupos familiares puede existir una predisposición genética hacia un trastorno, y se habla de grupos de riesgo.

Se utiliza el término enfermedad mental como recurso explicativo para comprender desde la etiología del trastorno hasta la validez del pronóstico.

Para el registro de datos se utilizan esencialmente pruebas objetivas, y se realiza una historia clínica de enfermedades, contemplando también la predisposición al estrés. Se recurre a los términos signo (indicador objetivo), síntoma (indicador subjetivo) y síndrome (conjunto de signos y síntomas= cuadro clínico).

Recurre a una clasificación categorial de los trastornos mentales asumiendo una discontinuidad entre normalidad y anormalidad.

El tratamiento recurre habitualmente a la farmacología y la neurocirugía para compensar la anomalía orgánica, aunque a veces también a la terapia conductual (modificación de la conducta).

#### b) MODELO CONDUCTUAL

Rechaza el concepto de enfermedad somática.

Defiende que muchos trastornos (trastornos afectivos o del estado de ánimo) están altamente influidos por factores ambientales, y que la conducta anormal es el resultado de hábitos desadaptativos adquiridos por procesos de aprendizaje por condicionamiento

(recordad el experimento de Watson con el niño y su mascota se condicionaba una fobia, en el Tema 3).

Propone una clasificación dimensional de los trastornos al entender que entre conducta normal y no normal existen diferencias cualitativas y no cuantitativas.

Actualmente está muy vinculado al modelo cognitivo.

El tratamiento se basa en las técnicas de modificación de conducta.

### c) MODELO COGNITIVO

Define la salud mental en base a tres parámetros relacionados entre sí: la habilidad para adaptarse al medio físico o social, la búsqueda de novedad y renovación, y el sentimiento de autonomía funcional. La ausencia de salud mental se atribuye a una representación deformada de la realidad, y a estrategias conductuales o de afrontamiento no adecuadas.

Más que referirse a conductas anormales o trastornos mentales, se refiere a conductas o experiencias menos comunes (criterio estadístico de normalidad), y se ocupa de las alteraciones en el funcionamiento de los procesos de la atención, la percepción, la memoria o las emociones.

Los datos se registran mediante informes, cuestionarios, etc.

Existe una gran variedad de psicoterapias cognitivas o cognitivo-conductuales: terapia racional emotiva, terapia cognitiva, etc.

En la delimitación de la frontera entre la salud y la enfermedad mental se han utilizado varios criterios: subjetivos (sensación personal), objetivos (resultados de pruebas

biológicas), sociales (criterios de normalidad de conducta) y profesionales (criterios diagnósticos consensuados).

El criterio de malestar subjetivo es el que lleva a las personas a acudir a un especialista para que le estudie y le trate. En general, cada persona tiene un conocimiento implícito de su estado mental y se considera sano o enfermo (Sarrais, 2016).

Algo parecido ocurre con la conciencia del estado de salud física. Hay, sin embargo, casos de enfermedad mental en los que personas gravemente enfermas consideran que están muy sanas. Como lo manifiesta el autor Sarrais (2016) no tener conciencia de la propia enfermedad es signo de mayor gravedad, se enmarca en la llamada “pérdida del sentido de la realidad”, y suele darse en las enfermedades psicóticas. Por el contrario, tener una buena conciencia de enfermedad suele ser un signo de mejor pronóstico.

### **Agresión Sexual**

Según la reforma del código penal en 1995 desaparecen los términos de violación y estupro y se recogen las siguientes definiciones: Agresión es la relación sexual no consentida, que se consigue por medio de violencia, intimidación y con circunstancias agravantes (artículos 178, 179,180). Abuso es el ataque a la libertad sexual, no consentida por la víctima, pero sin violencia ni intimidación.

En cuanto a la incidencia no se conoce de forma exacta debido a que sólo el 10-15% de la víctima denuncian debido a diferentes motivos: sentimientos de culpa, dependencia económica del agresor, etc. La inmensa mayoría de las víctimas son de sexo femenino, siendo sólo entre un 7-10% de las víctimas del sexo masculino. El 30-50% se producen en el domicilio y con frecuencia por familiares o conocidos. El 30-40% se producen bajo

los efectos del alcohol. Es un tema importante por su gran frecuencia (debido al aumento real de casos y la concienciación de la denuncia) y por las consecuencias derivadas (lesiones físicas, psíquicas, embarazos no deseados y contagio de enfermedades de transmisión sexual) (La peña, 2016).

La Organización Mundial de la Salud define la violencia como: El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho, o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones (OMS, 2014).

Por otra parte, la violencia se presenta en distintos ámbitos, por ejemplo, la violencia en el trabajo, que incluye no sólo el maltrato físico sino también psíquico. Muchos trabajadores son sometidos al maltrato, al acoso sexual, a amenazas, a la intimidación y otras formas de violencia psíquica.

En investigaciones efectuadas en el Reino Unido se ha comprobado que 53% de los empleados han sufrido intimidación en el trabajo, y 78% han presenciado dicho comportamiento. Los actos repetidos de violencia desde la intimidación, el acoso sexual y las amenazas hasta la humillación y el menosprecio de los trabajadores pueden convertirse en casos muy graves por efecto acumulativo. En Suecia, se calcula que tal comportamiento ha sido un factor en 10% a 15% de los suicidios.

Según Gallo (1999), El abuso sexual es considerado una forma de maltrato que denota la caída del poder social que se le atribuye a la familia, teniendo claro que desde el psicoanálisis la palabra maltrato se remite a una realidad simbólica, y lo físico a una realidad orgánica, donde lo físico no es igual a lo corporal, pues este registro, aparte de

los órganos biológicos, implica la construcción y el reconocimiento de una imagen de sí mismo. Lo corporal es una envoltura de sentido que recubre el organismo físico de lo humano e implica a un ser hablante, con sentimientos ligados a ideas de distintas índoles. (p. 88).

El trauma fue un concepto de gran importancia para la etiología de las neurosis. Desde allí, se define lo traumático como aquello que indica modificaciones definitivas en el trámite energético de las demandas pulsionales, por ello cualquier estímulo que supere la capacidad del aparato psíquico de ligarlo con representaciones, está asociado al trauma. Freud, citado por Fracman (2015), destaca que “el trauma en sustantivo expresa el daño al aparato como algo interior a él, traumatismo en cambio, como adjetivo, describe algo que se ubica inicialmente por fuera de él y se refiere a la colisión entre un exceso y una insuficiencia, que puede terminar borrando esa diferencia entre externo e interno. Su contenido se refiere a impresiones de naturaleza (o significación) sexual y/o agresiva, y a los daños tempranos del Yo (mortificaciones narcisistas)” (pág. 213).

No siempre se puede evidenciar un trauma manifiesto en la historia de un sujeto, puede tratarse de una reacción ante un evento, pero el cual pueden procesar, y es eso lo que lo enmarca en su singularidad. Para cada caso importa conceptualizar, desde el marco general del psicoanálisis, qué se define como traumático como para explicar el efecto que se presenta en el sujeto, ante ello no se puede precisar desde cuándo un ser humano será afectado por un trauma; sin embargo, el período de los dos a cuatro años, signado por la aparición del lenguaje, es el más fértil. El olvido, que se presenta por la amnesia infantil, sólo permitirá la recuperación del recuerdo en forma desplazada, más o menos simbolizada (recuerdos encubridores) (Freud, 1899).

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

El Estudio multi país sobre salud, muerte y violencia doméstica contra la mujer de la OMS, definió la violencia sexual como actos en los cuales una mujer: 1. Fue forzada físicamente a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad; 2. Tuvo relaciones sexuales contra su voluntad por temor a lo que pudiera hacer su pareja; 3. Fue obligada a realizar un acto sexual que consideraba degradante o humillante (García-Moreno C et al. 2016). Por su parte, la coacción puede abarcar: 1. Uso de grados variables de fuerza, 2. Intimidación psicológica, 3. Extorsión, 4. Amenazas (por ejemplo, de daño físico o de no obtener un trabajo o una calificación, etc.).

También puede haber violencia sexual si la persona no está en condiciones de dar su consentimiento, por ejemplo, cuando está ebria, bajo los efectos de un estupefaciente, dormida o mentalmente incapacitada.

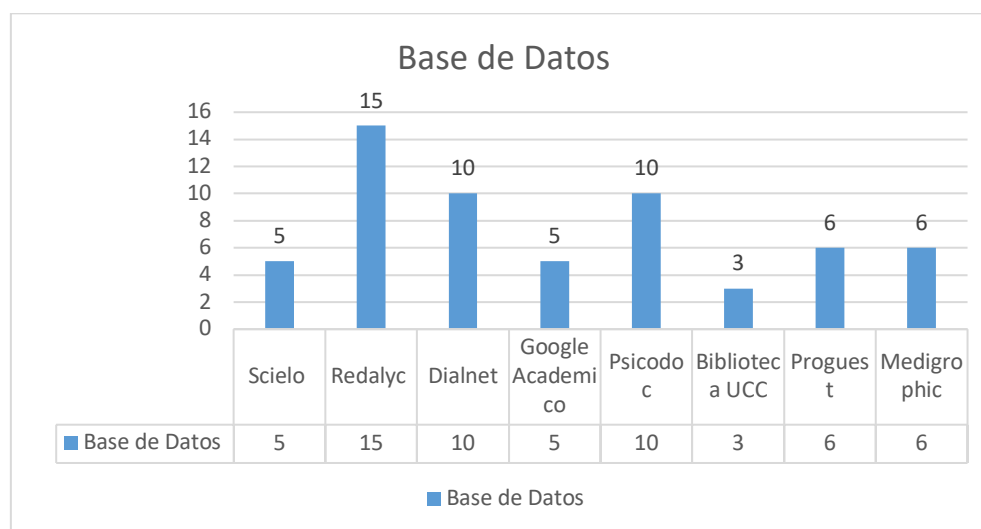
La violencia sexual es uno de los peores tipos de violencias ejercidos hacia la mujer; es toda conducta que amenace o vulnere el derecho de la mujer a decidir voluntaria y libremente su sexualidad, comprendiendo ésta no sólo el acto sexual, genital o no genital, tales como actos lascivos, actos lascivos violentos, acceso carnal violento o la violación propiamente dicha (Martínez, 2016).

Este tipo de violencia hace parte de la violencia de género, siendo un fenómeno invisibilidad en general en las sociedades latinoamericanas y dando cuenta de una de las manifestaciones más claras de la desigualdad, subordinación y de las relaciones de poder (Álvarez, 2017).

Estas dominaciones de poder se reflejan mayormente de los hombres hacia las mujeres, debido a la construcción social que se realiza sobre el ser mujer y ser hombre, y forma parte de un sistema patriarcal. La violencia de género se expresa en violencia física y/o psicológica ejercida contra cualquier persona sobre la base de su sexo o género. Es un acto que puede darse una sola vez o en repetición y en ambos casos puede generar daños físicos y/o psicológicos irreversibles (Soto, 2017).

## 2.2. PROCESO DE BUSQUEDA

**GRAFICO 1: Base de datos donde se buscó la información**



**Fuente: Elaboración propia a partir de la recopilación de datos**

**TABLA 1**

| ELEMENTO         | DATOS |
|------------------|-------|
| Scielo           | 5     |
| Redalyc          | 15    |
| Dialnet          | 10    |
| Google Académico | 5     |
| Psicodoc         | 10    |
| Biblioteca UCC   | 3     |
| Proquest         | 6     |
| Medigraphic      | 6     |

Se indagaron 8 base de datos, de las más utilizadas en la comunidad académica de psicología donde se encontró información sobre el Perfil Psicopatológico en Víctimas de agresiones sexuales, en la cual se puede analizar una relevancia alta de búsqueda en una base de datos en esta revisión literaria, los cual fue Redalyc con (15) artículos, las demás bases de datos como Scielo (5), Dialnet (10), Google Académico (5), Psicodoc (10), Biblioteca UCC (3), Proquest (6) y Medigraphic (6) artículos de las cuales fueron de mucha importancia para la investigación.

## **BIBLIOMETRIA**

|                                                                                                                                       |                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>TITULO:</b><br><b>CONFIGURACIÓN DEL PERFIL PSICOPATOLÓGICO DE VÍCTIMAS DE AGRESIONES SEXUALES DESDE UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA</b> |                                                                                                                                               |
| <b>Objetivo:</b> Configurar el perfil psicopatológico de víctimas de agresiones sexuales desde una revisión bibliográfica.            | <b>Pregunta problema:</b> ¿Qué consecuencias de carácter traumático resultan en el perfil psicopatológico de víctimas de agresiones sexuales? |

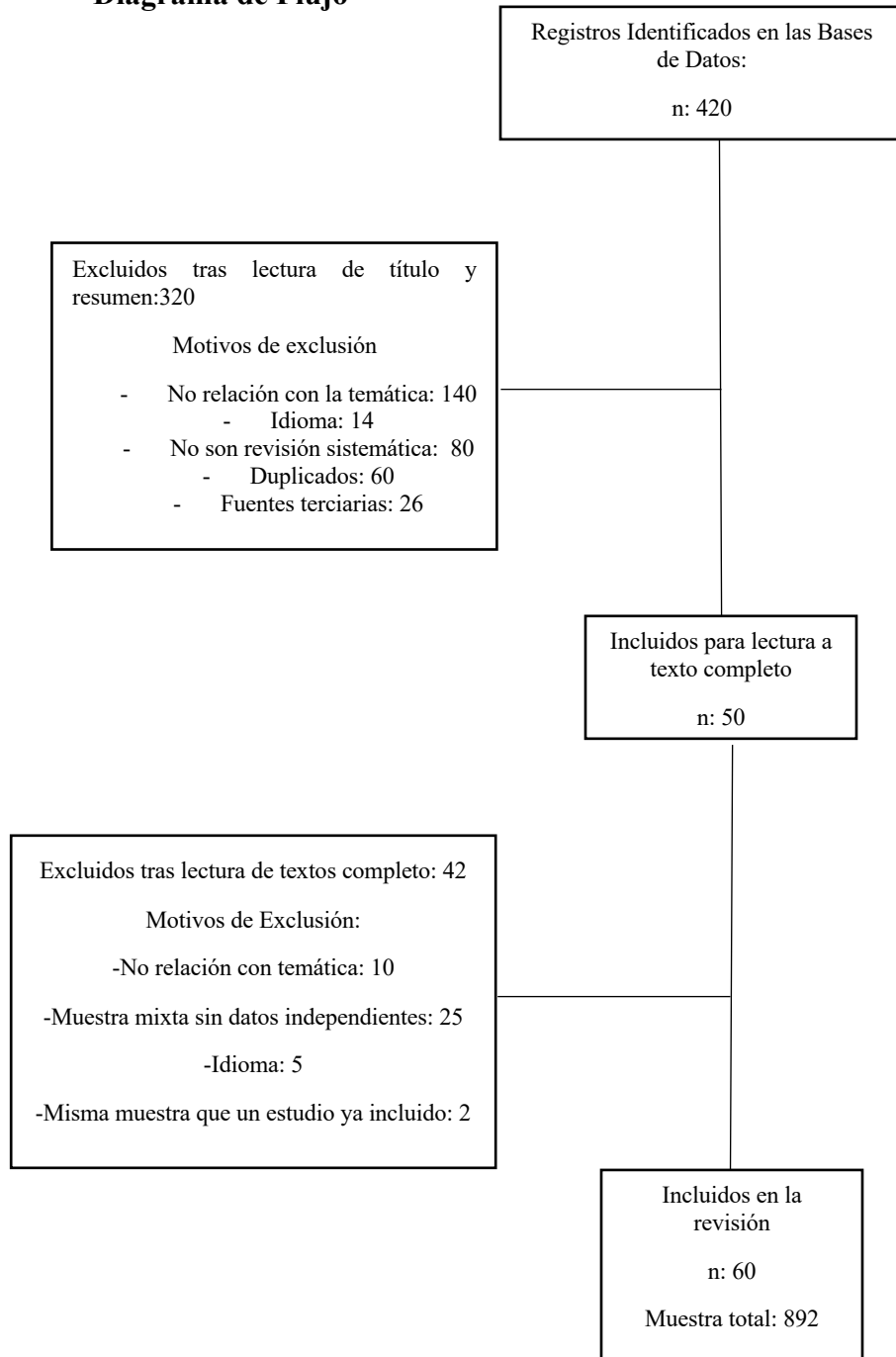
|                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Bases de datos:</b><br>Scielo<br>DIALNET<br>REDALYC<br>PROQUEST<br>MEDIGRAPHIC<br>RESERCHGATE<br>SCIELO<br>GOOGLE ACADEMICO<br>BIBLIOTECA UCC (Universidad Cooperativa de Colombia)                                                                                                        | <b>Descriptores (Palabras claves, Inglés y español):</b><br><b>Psicopatología</b><br><b>Agresión</b><br><b>Víctimas de agresión sexual</b><br><b>Violencia de género</b><br><b>Mujeres maltratadas</b><br><b>Trastorno</b><br><b>Factores de riesgo</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Parámetros de búsqueda:</b><br><b>Que todos los documentos fueran artículo científico, Revistas científicas.</b><br><b>Que el tiempo de publicación no sea mayor a 2013</b><br><b>Que fueran de psicología.</b>                                                                            | <b>2.3. Criterios de inclusión:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Características clínicas: Mujeres víctimas de la agresión sexual y rasgos psicopatológicos.</li> <li>✓ Características Geográficas: estudios realizados en el continente Europeo y Americano.</li> <li>✓ Características Temporal: Estudios realizados entre los años 2013 y 2018</li> <li>✓ Fuente: Artículos científicos de base de datos, repositorios universitarios o revista especializada reconocidas o de repositorio o base de datos de universidades.</li> </ul> <p>Motor de búsqueda: que los resultados de la búsqueda aparezcan con las palabras claves psicopatología y agresiones sexuales en mujeres.</p> |
| <b>2.4. criterios de exclusión:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Fuentes Terciaria: este tipo de fuente aún no ha sido completamente definida por parte de la literatura y los materiales producidos en esta por lo general no tienen un carácter científico, ni están</li> </ul> | <b>Indicadores para la representación de datos:</b><br><br><b>Por medio de gráficas, Tablas y mapas conceptuales</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

respaldados por autores de renombre o casas editoriales conocidas, por lo tanto, no se tendrán en cuenta los documentos tales boletines, directorios, guías, catálogos, fotocopias y bancos de bibliografía.

✓ Idioma: no se tendrán en cuenta documentos que no sean de habla hispana o hayan sido traducido.

✓ Fuente no reconocida: publicaciones que no estén respaldas por un autor de renombre o por una base de datos conocida.

## Diagrama de Flujo



## **2.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE ANÁLISIS.**

### **Matriz de Organización de Información**

La matriz de organización de información es un esquema de documentos y/o transacciones realizado en forma secuencial y sistemática a los fines de evaluar la consistencia y correspondencia de cada uno de ellos dentro del sistema de información.

La consistencia se refiere al grado de lógica que justifica la presencia de cada uno de los campos, mientras que la correspondencia está relacionada con las razones que justifiquen su presencia en relación con lo que antecede y precede cada uno de los registros. De esta manera, la primera está referida a un análisis de tipo horizontal de los campos que componen cada registro, mientras que la segunda realiza un análisis de tipo vertical sobre los campos homogéneos que componen los registros anteriores y posteriores. Toll, Van der Ven, Kroesbergen, y Van Luit, 2012; Van der Ven, Kroesbergen, Boom, y Leseman, 2013), citados por (García, Rodríguez González-Castro, Álvarez-García y González- Pineda, 2016).

Cuando hablamos de recolección de datos nos estamos refiriendo a información empírica abstraída en conceptos. La recolección de datos tiene que hacer con el concepto de medición, proceso mediante el cual se obtiene el dato, valor o respuesta para la variable que se investiga.

La medición, etimológicamente viene del verbo medir y significa comparar una cantidad con su respectiva unidad con el fin de averiguar cuantas veces la segunda está contenida en la primera (Diccionario de la Real Academia Española).

La matriz debe ser utilizada en una primera etapa para la construcción de un sistema de información. Es necesario que un SI tenga una adecuada consistencia en los datos,

aunque esto no es suficiente para lograr una buena calidad, sin embargo, la lógica de análisis del sistema de información da por supuesto la presencia del dato sin entrar a analizar las características de pertinencia y de correspondencia. Blázquez (2009)

En el proceso de recolección de datos la medición es una pre condición para obtener el conocimiento científico. El instrumento de recolección de datos está orientado a crear las condiciones para la medición. Los datos son conceptos que expresan una abstracción del mundo real, de lo sensorial, susceptible de ser percibido por los sentidos de manera directa o indirecta. Todo lo empírico es medible. No existe ningún aspecto de la realidad que escape a esta posibilidad. Medición implica cuantificación.

¿Para qué se construye la Matriz de Datos?

Es una forma de sistematizar la información recogida de la realidad para investigar un problema y tratar de obtener conocimiento científico que intente explicar dicho problema a través del método de investigación científica. De allí la importancia del “llenado” de la Matriz de Datos, el que se logra mediante las técnicas de recolección de datos. En efecto, mediante el análisis de la Matriz de datos podemos obtener un conocimiento que describa, explique y prediga, probabilísticamente, el comportamiento de los hechos tal como lo observamos y/o experimentamos en la realidad.

Enrique guzmán y valle (2012). Dice que la matriz operacional de la variable permite construir con tenacidad y rigor científico los problemas, objetivos e hipótesis generales y específicas en función a la relación de la variable I o II o la variable independiente o dependiente (causa y efecto). Además, consolida los elementos claves del inicio de la investigación científica, el grado de coherencia, concatenación e interrelación de una variable con otra, de una dimensión con otra, conexión lógica que se expresa desde el título, el problema, los objetivos e hipótesis.

## **PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN (COMO SE ORGANIZA Y SE MANEJA LA INFORMACIÓN RECOLECTADA)**

La información recolectada para este trabajo de grado es de una revisión sistemática literaria de la cual se define como un estudio integrativo, observacional, retrospectivo, secundario, en el cual se combinan estudios que examinan la misma pregunta. A su vez, dentro de la revisión sistemática existen dos formas: “cuantitativa o metanálisis” y “cualitativa u overview”. Las diferencias están dadas fundamentalmente por el uso de métodos estadísticos, que permite la combinación y análisis cuantitativo de los resultados obtenidos en cada estudio.

La información se organizó y se manejó a través de una ficha de revisión bibliográfica, Una revisión bibliográfica es, principalmente, una modalidad de trabajo académico para elaborar artículos científicos, trabajos de fin de grado, máster o tesis.

El objetivo principal de esta modalidad es realizar una investigación documental, es decir, recopilar información ya existente sobre un tema o problema. Se puede obtener esta información de diversas fuentes como, por ejemplo, revistas, artículos científicos, libros, material archivado y otros trabajos académicos. Esta investigación documental proporciona una visión sobre el estado del tema o problema elegido en la actualidad.

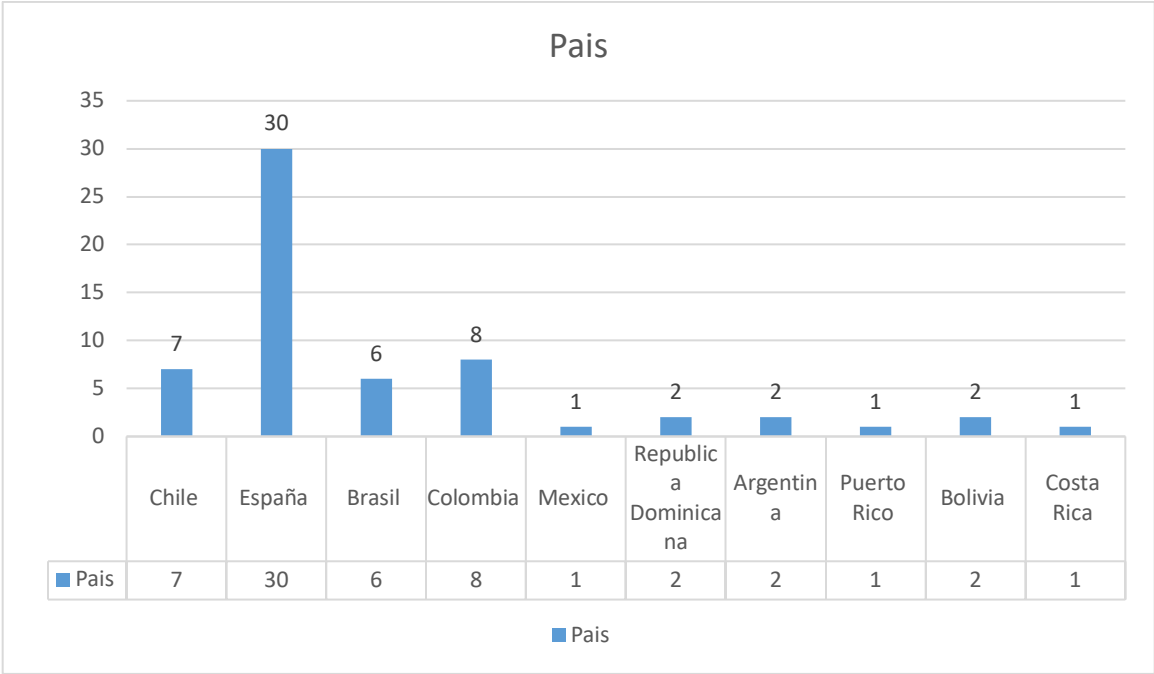
### **3. RESULTADOS**

#### **3.1. Análisis Bibliométrico**

El informe se presenta en tres etapas dando respuesta a los objetivos que se han Planteado en la presente investigación.

**UNIDAD COMPRENSIVA (MUESTRA) LO QUE SE CONSULTÓ Y ANÁLISIS  
BIBLIOMÉTRICO DE LA CONSULTA**

**GRAFICO 2: país de Recolección de Información**



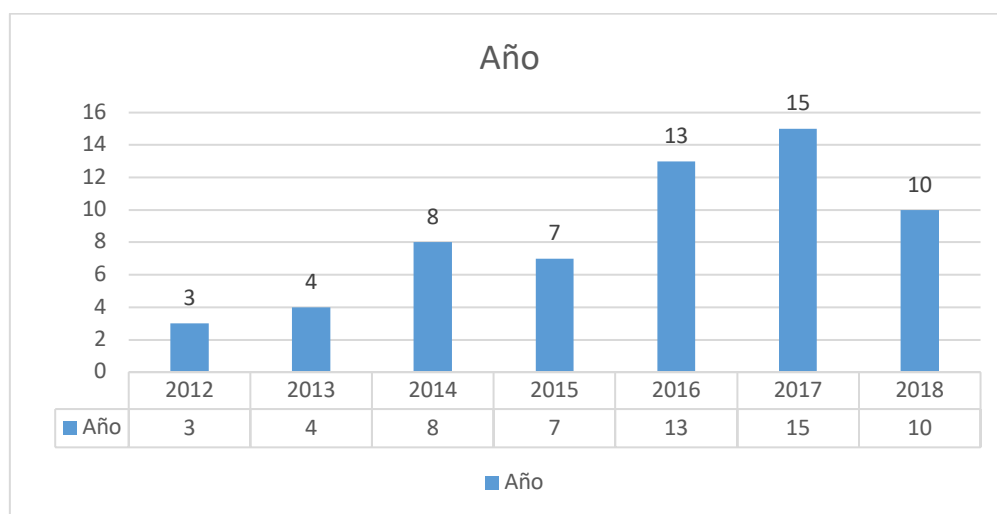
**Fuente: Elaboración propia a partir de la recolección de información**

**TABLA 2**

| ELEMENTO             | DATOS |
|----------------------|-------|
| Chile                | 7     |
| España               | 30    |
| Brasil               | 6     |
| Colombia             | 8     |
| México               | 1     |
| República Dominicana | 2     |
| Argentina            | 2     |
| Puerto Rico          | 1     |
| Bolivia              | 2     |
| Costa Rica           | 1     |

En el país que se encontró un gran número de investigaciones sobre el perfil psicopatológico en las víctimas de agresión sexual y las consecuencias que esta trae a nivel mental de la persona agredida, fue España con 30 investigaciones, seguido de este encontramos a Colombia con 8 investigaciones; en Chile se encontraron (7); en Brasil (6); República Dominicana (2); Argentina (2); Bolivia (2) investigaciones en cada país y México, Puerto Rico, y Costa Rica (1) investigación en cada país mencionado.

**GRAFICO 3: Años de Recolección de Información**



**Fuente: Elaboración propia**

**TABLA 3**

| ELEMENTO | DATOS |
|----------|-------|
| 2012     | 3     |
| 2013     | 4     |
| 2014     | 8     |
| 2015     | 7     |
| 2016     | 13    |
| 2017     | 15    |
| 2018     | 10    |

En la presente grafica se puede observar, que el 2017 es uno de los años en el cual se encontraron más investigaciones, para ser más específicos fueron (15), siguiendo el 2016 con (13) investigaciones, 2018 con (10), 2014 (8), 2015 (7), 2013 (4) y 2012 con (3) investigaciones.

Haciendo un análisis de los artículos e investigaciones que se buscaron en diferentes países y en años más actuales para esta temática. La violencia contra las mujeres ha basado sus premisas principalmente en las estructuras patriarcales de dominación, situando a las mujeres “víctimas” en posiciones de subordinación y vulnerabilidad.

Estos análisis se muestran limitados frente a las transformaciones de las relaciones de género y los procesos de emancipación y empoderamiento todavía inacabados e insuficientes, y variables territorialmente de las mujeres en diversos ámbitos sociales.

Estas tendencias podrían llevar a concluir que una mejora en la igualdad de género estaría aparejada a una reducción de la violencia contra las mujeres. Sin embargo, la violencia contra las mujeres no sólo no se ha reducido, sino que se está incrementando, incluso en contextos donde la igualdad de género ha experimentado notables progresos: ¿se trata de un incremento real de la violencia o de una ampliación de la conciencia social frente a este problema? (Almeras y Calderón 2012; European Union Agency for Fundamental Rights 2014; Walby 1990).

Dentro del enfoque individual se puede situar un considerable número de estudios que han tratado de examinar los perfiles sociodemográficos de quienes padecen y ejercen violencia en el marco de la pareja.

Los hallazgos de estos estudios, pese a que identifican discrepancias en muchos de ellos, ponen en cuestión la tesis universalista de que la violencia en la pareja afecta a “todas las mujeres” indistintamente, mostrando cómo determinados “factores de riesgo” hacen más vulnerables a la violencia a ciertos perfiles de mujeres (Villarreal 2017).

La consigna “la violencia de género no distingue clases sociales” ha sido una estrategia ampliamente utilizada por las organizaciones feministas para universalizar el problema y, así, fomentar la sensibilización y solidaridad entre las mujeres (Larrauri 2016).

Los estudios disponibles en España y en algunos países latinoamericanos muestran cómo las mujeres con bajo y medio estatus educativo y menor estatus socioeconómico presentan mayores tasas de violencia por parte del compañero íntimo (Ducca 2016; Valdez-Santiago et al. 2017; Vives-Cases et al. 2018), como también se observa en el caso de mujeres de minorías étnicas (González y Valdez-Santiago 2018).

Por otra parte, los datos procedentes de las investigaciones encontradas en España de violencia de género de 2011 apuntan a una mayor prevalencia de maltrato entre las mujeres que residen en grandes núcleos urbanos y entre las que se encuentran en situación de desempleo.

Respecto al nivel educativo, los resultados no son concluyentes, ya que no se observan diferencias significativas en la edición de 2011, y son contradictorios respecto a las tendencias identificadas en ediciones anteriores (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 2011).

En relación con la procedencia geográfica, tanto las encuestas como los registros de denuncias y muertes por violencia masculina en pareja indican una mayor prevalencia de maltrato entre mujeres inmigrantes, según las estadísticas del Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades de España y estudios como el de Vives-Cases et al. (2009).

En este nivel de análisis individual también hay que considerar los estudios descriptivos aplicados a escala local, frecuentemente en el ámbito sanitario, que tratan de medir tanto la prevalencia de maltrato como las características de mujeres maltratadas y de sus agresores a partir de la implementación de escalas de violencia sobre las mujeres que acuden a los centros de salud, por ejemplo: Klevens (2017), en Colombia; Fernández et al. (2018), Trías et al. (2016), en España.

Son escasos los estudios sobre el estatus socioeconómico de los maltratadores. La Encuesta Europea de Violencia Basada en el Género contra las Mujeres (2014) señala una mayor probabilidad de ejercer maltrato físico y psicológico entre aquellos perfiles de hombres con nivel educativo bajo (sin completar estudios primarios) y con empleos poco cualificados o en situación de desempleo (European Union Agency for Fundamental Rights 2014).

La revisión sistemática de la literatura realizada por Vives-Cases et al. (2017) indicaba, por su parte, que la conducta violenta parece asociarse en mayor medida a los varones con menor nivel socioeconómico, las estadísticas aportadas por el Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades de España señalan también la nacionalidad extranjera como factor de riesgo de ejercer violencia contra la pareja. Dato que habría de ponerse en relación con el contexto social y las condiciones socioeconómicas de los

grupos de origen extranjero y minorías étnicas, para evitar la reproducción de estereotipos racistas y etnicistas.

Esta revisión sugería que los problemas psicológicos o características de personalidad explicarían en parte la conducta violenta hacia la mujer, fundamentalmente la personalidad antisocial, trastorno narcisista y el trastorno límite.

El trastorno de personalidad del tipo antisocial se caracteriza por el desprecio y violación de los derechos de los demás, el tipo narcisista por la grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía, y por último el tipo límite por presentar cierta inestabilidad en las relaciones interpersonales, en la autoimagen y en la afectividad, así como rasgos de impulsividad (Meehan 2016).

El objetivo de este trabajo de grado es analizar las características de las medidas de evaluación más ampliamente empleada y su grado de aplicabilidad en contextos clínicos, de lo cual se desprenden una serie de implicaciones prácticas.

En una forma autodestructiva en que actúa la mujer, se encuentra la prostitución, misma a la que optaron, en su mayoría, las mujeres que fueron violadas, dependiendo del grado del daño (físico, emocional) en que les afectó este hecho, siendo el victimario un familiar u otra persona. Y si no recibieron ayuda en forma de terapia, a veces el sentimiento de culpa que crece en ellas, las lleva a cometer, además de la prostitución, delitos como la ingestión de drogas, robo, homicidio, prostituir a hijas, entre otros (Lima 2017).

## TEORÍA DE LA OPORTUNIDAD Y EL MODELO DE PREVENCIÓN SITUACIONAL (2009)

De muchas maneras, el delincuente comete delitos, sin embargo, cuando se le facilitan las cosas, en cualquier momento sin previo plan, lo realiza; a esto se le llama “Teoría de la oportunidad”. Ésta se encuentra muy relacionada con la victimología, por la ocasión u oportunidad de cometer algún delito el delincuente contra la víctima. Por lo anterior es importante la llamada “Prevención Situacional.” Mientras que el Triángulo de Análisis de Problemas Delictivos es un modelo que apoya la realización de análisis de problemas, la Prevención del Delito Situacional proporciona un modelo de intervención de los mismos (González 2017).

Esto mediante la evaluación de aquellas oportunidades que se presentan en situaciones específicas y que a su vez facilitan o promueven la comisión de un delito. En el modelo de prevención del delito situacional, se han identificado cinco formas principales por medio de las cuales se puede modificar una situación con la finalidad de reducir las oportunidades de que se cometan delitos (Álvarez 2015).

La mujer víctima de delitos sexuales (Marchiori, 2016:78-79) presenta alta vulnerabilidad y un enorme riesgo de perder la vida. Las circunstancias delictivas y la relación de conocimiento entre delincuente y víctima son aspectos de importancia para una valoración y comprensión victimológica; así como la edad de la víctima, el nivel mental, aportan datos significativos a las consecuencias físicas y psicológicas que padecerá la víctima.

Las personas que fueron agredidas sexualmente en su edad adulta presentan un cuadro bastante diferente de aquellas que fueron agredidas en su infancia. Las personas adultas presentan un cuadro más extenso y grave en los aspectos del comportamiento sexual (fobias, falta de satisfacción sexual, alteraciones motivacionales, trastornos sexuales generalizados desde la aversión al sexo compulsivo) y el aspecto físico y conductual (dolores generalizados y somatizaciones, problemas alimenticios como la bulimia, intentos de suicidio, alcoholismo, drogadicción, aislamiento) (Ibáñez, 2018).

En el perfil de la víctima de violencia tendría las siguientes características: mayoritariamente mujeres, de entre 20-45 años, con rígidas estructuras de pensamiento, con una cierta aceptación de la violencia, tienen una baja autoestima, asumen sentimientos de culpabilidad, con grandes dosis de inseguridad, con una gran dependencia, y normalmente con nivel educativo bajo-medio (Ibáñez, 2017).

La violencia en la mujer se está en todas las áreas de su vida, que desencadena conductas delictivas, e incentivan a la violencia contra ella. Es preciso realizar historias de vida para buscar las causas que provocan la conducta delictiva femenina, y por el análisis anterior proviene en muchos de los casos de la violencia que sufre.

Se determina que toda conducta proviene de una causa y en la mujer, es reconocido que enfrenta maltrato y discriminación en diversos campos, incluso el familiar, laboral, profesional. Estos tipos de violencia psicológica, física y emocional, como lesiones físicas graves, maltrato emocional al ignorarla o rechazarla, requieren atención y prevención, dado que en múltiples ocasiones ocurren desde la infancia hasta la edad adulta, sea por familiares u otra persona, lo cual desencadena sus manifestaciones en conductas delictivas.

Susana Velázquez (2018) amplía la definición de violencia de género: Abarca todos los actos mediante los cuales se discrimina, ignora, somete y subordina a las mujeres en los diferentes aspectos de su existencia. Es todo ataque material y simbólico que afecta su libertad, dignidad, seguridad, intimidad e integridad moral y/o física.

### **3.2. DESARROLLO DE LA CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS VARIABLES**

La violencia de género puede provocar una serie de trastornos psicológicos entre los que se encuentran: Depresión, trastornos de la alimentación, alteraciones del sueño, trastornos de ansiedad como agorafobia, ansiedad Generalizada, trastorno obsesivo compulsivo, ataques de pánico, abuso de sustancias, intentos de suicidio.

Mención aparte merece el trastorno por estrés postraumático.

#### **Trastorno por estrés postraumático (TEPT ) y violencia de género**

Según el DSM-V-TR, el TEPT aparece cuando la persona ha experimentado o ha sido testigo de un suceso altamente estresante que implica un peligro para su integridad física o la de otra persona y cuando la reacción emocional experimentada conlleva intensas respuestas de miedo, indefensión o de horror.

Las características principales de este cuadro clínico son las siguientes:

- La re experimentación persistente del suceso en forma de flashbacks, pesadillas, recuerdos o imágenes indeseadas y desagradables o impresiones sensoriales, como olores o sonidos, con carácter intrusivo, que escapan al control voluntario de la víctima y que provocan un intenso malestar psicológico.

- La evitación cognitiva y conductual de aquellos estímulos que pueden recordarle lo sucedido, acompañada de una especie de embotamiento psíquico y emocional.
- Respuestas persistentes de hiperactivación, tales como dificultad para conciliar y mantener el sueño, irritabilidad, respuesta de sobresalto exagerada, dificultades de concentración o estado permanente de alerta.

Diversos estudios confirman la frecuencia de aparición de este trastorno en las víctimas de violencia de género (Amor, Echeburúa et al., 2016; Echeburúa, Corral, Amor, Sarasua y Zubizarreta, 2014; Zubizarreta, Sarasua, Echeburúa et al., 2015).

El Trastorno de Estrés Postraumático puede ser agudo (si los síntomas duran menos de tres meses) o crónico (más de tres meses). De inicio demorado (cuando entre el acontecimiento traumático y la manifestación de los síntomas han pasado, como mínimo, seis meses) o inmediato.

Algunas teorías como la de la indefensión aprendida o el síndrome de adaptación paradójica pretenden explicar cómo se generan estos trastornos.

### **Teoría de la indefensión aprendida**

La Teoría de la Indefensión Aprendida, formulada en su inicio por el psicólogo Martin Seligman (Seligman, 1967), nos ayuda a entender por qué la mujer permanece en una situación de maltrato. Según este autor la indefensión es un "estado psicológico que se produce frecuentemente cuando los acontecimientos son incontrolables".

En el caso de la violencia doméstica, ante la falta de resultados que siguen a sus intentos por terminar con la situación de maltrato, la mujer aprende que haga lo que haga será castigada y la violencia no desaparecerá, lo que, a la larga, la lleva a un estado de

desesperanza y apatía que hace que deje de intentar cambiar la situación en la que vive y no rompa con el maltratador (Carvajal 2018).

### **Síndrome de adaptación paradójica (SAPVD)**

El Síndrome de Adaptación Paradójica, planteado por Montero (A. Montero, 2016), es una aplicación del llamado Síndrome de Estocolmo al ámbito de la violencia doméstica. Explica cómo las mujeres víctimas de violencia de género desarrollan un paradójico vínculo afectivo con el maltratador, “llegando a asumir las excusas esgrimidas por el agresor tras cada episodio de violencia y aceptando sus arrepentimientos, retirando denuncias policiales”.

Se describe el SAPVD como un conjunto de procesos psicológicos que, por medio de la respuesta cognitiva, conductual y fisiológico emocional culmina en el desarrollo de un vínculo interpersonal de protección entre la víctima y el agresor (Montero, 2016), es decir, la mujer crea un vínculo afectivo con su agresor que impide que abandonarle o denunciarle.

Se alcanza a través de 4 fases:

- Fase desencadenante. Comienza con la primera agresión física. La relación sentimental deja de ser un espacio seguro y de confianza. Consecuencias: ansiedad, accesos ocasionales de ira, estado permanente de alerta, provocado por el miedo a que se repita el incidente. Posteriormente, la mujer sufrirá depresión, ante su incapacidad de cambiar el contexto, el sentimiento de pérdida y la acumulación de emociones negativas.

- Fase de reorientación. La sensación de inseguridad en un lugar que se supone fuente de confort y seguridad (el hogar), unida a la sensación permanente de miedo y de incertidumbre ante el hecho de que la amenaza provenga de alguien que ella eligió para compartir su vida, provoca desorientación e incertidumbre en la víctima. Consecuencias en la autoestima y en su propia identidad. deterioro psicofísico de la víctima; estado crónico de ansiedad y estrés, intensos sentimientos de culpa y vergüenza.
- Fase de afrontamiento. La víctima trata de afrontar la situación, lo que dependerá de cómo perciba sus propios recursos, del apoyo social disponible y de su estado psicofisiológico en general. Al producirse las agresiones sin ningún orden prefijado, la víctima no puede desarrollar estrategias de control, aumentando la sensación de incertidumbre y confusión. Consecuencias: estrés crónico, aumento del estado depresivo, de los sentimientos de culpa y vergüenza, embotamiento emocional y aumento de las conductas de pasividad e indefensión.
- Fase de adaptación. En esta fase, la víctima se adapta (paradójicamente) a la violencia de su agresor. Ante la incapacidad de hacer uso de sus propios recursos o solicitar ayuda al exterior aprende la situación hostil seguirá haga lo que haga (indefensión aprendida), lo que la llevará a adaptarse a la situación desarrollando un vínculo paradójico con el maltratador, mediante un proceso de identificación traumática, a través del cual sólo aceptará sus aspectos positivos (arrepentimiento, excusas, promesas, etc.), desechando los negativos y desplazando la culpa hacia elementos externos al maltratador (O'Leary et al, 1989).

Desde una perspectiva psicológica es irrelevante la distinción jurídica entre violación y abuso. Si se considera la violación desde el impacto psicológico que produce en la víctima, la violación englobaría cualquier actividad sexual no acordada ni consentida a la que se ha llegado mediante la coacción, la amenaza de violencia, la propia violencia, o mientras la víctima se encontraba inconsciente o indispuesta (Veronen y Kipatrick, 1983).

Asimismo, un factor clave es que la mujer perciba que ha sido víctima de una agresión sexual, además de las formas y circunstancias en que dicha agresión se haya llevado a cabo (Echeburúa, Sarasua, Zubizarreta y de Corral, 2018).

### **Impacto de la agresión sexual en la víctima**

Sólo en España se registraron oficialmente, entre 2016 y 2017, 7240 delitos contra la libertad e indemnidad sexual de la mujer, de los cuales 832 eran agresiones sexuales con penetración (INE). Sin embargo, es importante señalar que existe una infravaloración cuantitativa de la incidencia de agresiones sexuales hacia la mujer, y algunos autores apuntan a una ratio entre violaciones reales y violaciones denunciadas de al menos 3.5:1 o de 5-10:1 (Echeburúa et al., 2017).

En algunos casos esta infravaloración está relacionada con que las víctimas no denuncian lo ocurrido, ya sea por falta de información sobre cómo proceder, escepticismo sobre el trato y la efectividad de las autoridades, temor a la repercusión social, o el miedo a posibles represalias por parte de los agresores, ya que en la mitad de los casos son personas conocidas por la víctima (Echeburúa et al., 2017).

Retomando el tema del impacto que tiene la agresión en la víctima, las repercusiones que sufre la víctima se pueden dividir en dos tipos: victimización primaria y secundaria.

La victimización primaria engloba el impacto psicológico que tiene la agresión sobre la víctima, mientras que la victimización secundaria ocurre en la interacción con los diferentes actores sociales como consecuencia de la agresión.

Esta problemática está relacionada con los juicios que realizan las personas sobre los incidentes sexuales (Duran, Moya, Megías y Viki, 2017). Algunos ejemplos de creencias erróneas son que la mujer es responsable de la agresión, que disfruta la violencia sexual o que es ella quien debe protegerse de los posibles abusos. Estos juicios sociales también vienen determinados por factores situacionales, como el atuendo de la víctima (Whatley, 2016), la ingesta de alcohol (Abbey et al. 2015) o la relación de la víctima con el agresor.

### **Consecuencias de una agresión sexual**

En cuanto a las características de la víctima, las consecuencias pueden variar dependiendo de ciertas diferencias individuales como la edad, historia previa, habilidades de enfrentamiento, apoyo social, variables de personalidad, autoestima, factores atribucionales y su capacidad adaptativa.

Las víctimas de agresión sexual no muestran un perfil uniforme de consecuencias, sin embargo, existen una serie de síntomas y pautas de reacción a corto plazo que suelen ser comunes (Echeburúa et al., 2017):

| <b>fase aguda</b>                                                                                                                                                                                     | <b>fase de pseudoadaptación</b>                                                                                                                                                                             | <b>fase de integración y resolución</b>                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ocurre inmediatamente después de la violación y puede durar días o semanas. Se caracteriza por la desorganización en el estilo de vida de la víctima; niveles elevados de miedo y ansiedad; conductas | Aparece dos o tres semanas tras la agresión y se caracteriza por la aparente superación de los efectos traumáticos de la violación. La víctima reestablece sus hábitos de vida cotidianos, pero se producen | Se inicia con un estado de ánimo depresivo, sentimientos de humillación y culpabilidad, y la necesidad de desahogarse, lo que puede durar un período de tiempo indefinido. Además, el |

|                                                                                                              |                                                                                                                                 |                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| incoherentes y pensamientos de incredulidad y confusión; trastornos psicosomáticos, y disfunciones sexuales. | sentimientos de ira y resentimiento y tienden a producirse comportamientos de evitación, que pueden dificultar la recuperación. | deseo de venganza y el temor a volver a sufrir una agresión pueden ser persistentes. |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|

Además de los efectos a corto plazo, también se pueden desarrollar síntomas físicos y psicológicos a largo plazo. Las víctimas de agresiones sexuales presentan un riesgo elevado de padecer síntomas físicos como náuseas, vómitos, dolor abdominal y diarrea (Golding, 2016).

También se reportan mayores síntomas cardiopulmonares y neurológicos (Leserman, 2015). A nivel psicológico, se pueden producir síntomas de ansiedad, fobias, trastorno de pánico, depresión, suicidio y trastorno de estrés post-traumático (Foa, 1993; Kimerling y Calhoun, 2016).

Las consecuencias sociales implican que un deterioro de las actividades sociales, si la víctima evita las actividades sociales que realizaba previamente, además de un deterioro de las dinámicas familiares, por lo que el apoyo familiar y social resulta de gran importancia en la labor terapéutica (Jina y Thomas, 2014).

### **Prevención e intervención más eficaz para víctimas de agresión sexual**

Para concluir quisiéramos destacar la importancia de la investigación centrada en este fenómeno, debido a la alta incidencia con la que sucede y a las graves repercusiones que tiene. Creemos que es primordial, en primer lugar, tener una definición precisa de lo que es la agresión sexual para poder identificarla y actuar de forma eficiente. En segundo

lugar, es necesario conocer el impacto que tiene en la víctima a nivel físico y psicológico (Fernández 2016).

Por último, es fundamental la respuesta social; conocer cómo se conforman los juicios de las personas ante estas circunstancias y en qué medida este factor social influye en este fenómeno. Este conocimiento permitiría crear programas de prevención e intervención más eficaces, así como entender y ayudar a la víctima de la mejor forma posible (Fuentes 2017).

Las agresiones sexuales infringen todas las reglas que rigen las condiciones sociales de la sexualidad. Por lo general, exponen a las víctimas a la estigmatización, e incluso a la discriminación, y comprometen considerablemente su bienestar social.

Por lo general, la estigmatización de las víctimas provoca su discriminación. Estas no gozan de la misma integración social que las demás ni de los mismos derechos (derechos legales o tradicionales, acceso a los bienes y los servicios, etc.). Por ejemplo, con frecuencia se le retira el derecho a la palabra, la condición marital (rechazo de las esposas, descalificación de las solteras que aspiran al matrimonio), la participación en ciertas actividades (preparar y servir la comida, cultivar y participar en las cosechas, amamantar a los hijos, etc.), o el acceso a determinados servicios (instituciones escolares, trabajo, etc.).

También sufren el oprobio y el ostracismo en todos los contextos de su vida (familia, comunidad, escuela, trabajo, lugares de culto, instituciones jurídicas, centros de salud, etc.) y a veces son víctimas de un verdadero “asesinato social”, tanto en tiempo de paz como en las situaciones de conflicto armado.

### **Pérdida de la posibilidad de funcionar dentro de la sociedad**

Por temor a un nuevo acto de violencia o por incapacidad física y/o psicológica, las mujeres interrumpen sus actividades profesionales o sus tareas cotidianas (por ejemplo, no se atreven a ir a los campos, recoger leña, buscar agua, etc.), y las niñas abandonan la escuela (de manera temporaria o definitiva). En ciertos casos, esa interrupción de las actividades está prescrita culturalmente. En algunas culturas, se les prohíbe preparar y servir la comida, cultivar y participar en las cosechas o amamantar a los hijos.

### **Consecuencias sociales indirectas**

Las víctimas corren el riesgo de empobrecer, porque interrumpen las actividades que garantizan su subsistencia<sup>9</sup> o porque deben asumir el elevado costo de sus cuidados médicos.

### **Estigmatización de las familias de las víctimas**

Además de las consecuencias para la propia víctima, la violencia sexual tiene repercusiones directas en el bienestar de la familia. En efecto, genera sentimientos de humillación y vergüenza no sólo en la víctima, sino también en todo su entorno. Asimismo, al igual que ésta, los miembros de la familia pueden ser objeto de burlas, ser señalados o incluso ver cuestionado su derecho a la palabra. Estigmatizadas socialmente, las víctimas y su familia encuentran dificultades en las relaciones que entablan con los miembros del grupo comunitario en su conjunto.

### **CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS**

La violencia sexual puede tener graves consecuencias para la salud mental y provocar efectos negativos a corto, mediano y largo plazo. En las horas y los días posteriores a una

agresión sexual, las víctimas pueden manifestar un amplio abanico de reacciones físicas, emocionales, cognitivas y comportamentales. Aun si pueden parecer desconcertantes o inadaptadas, la mayoría de esas manifestaciones se consideran respuestas normales, o al menos esperables, frente a un hecho aterrador fuera de lo común. Sin embargo, observemos que, pese a su carácter habitual, dichas manifestaciones pueden resultar difíciles de abordar para las víctimas y su entorno.

Cuando sufren una agresión sexual, algunas personas actúan de manera racional, otras manifiestan un comportamiento inadecuado e inadaptado a la situación (por ejemplo, estado de parálisis, agitación, fuga en estado de pánico, frases incoherentes, etc.) y los individuos predispuestos pueden desarrollar un comportamiento psicopatológico (por ejemplo, accesos de delirio).



Aspectos relacionados con la vulnerabilidad psicopatológica

## **Reacciones a nivel emocional**

Entre las reacciones emocionales más comunes que se observan en las víctimas, se cuentan: miedo, ansiedad y angustia, síntomas de depresión, sentimientos de vergüenza y culpa, enfado, euforia y apatía. Desde un punto de vista psicológico, el miedo, la ansiedad y la angustia designan realidades distintas. No obstante, están emparentados y pueden considerarse como tres manifestaciones distintas de un estado ligado a la activación del sistema nervioso orto simpático.

### **Miedo**

El miedo es un temor que se experimenta frente a una situación, presente o futura, percibida como peligrosa. Después de una agresión sexual, la mayoría de las víctimas experimentan miedos que antes no conocían. Entre los más comunes, citemos el miedo a sufrir otra violencia, el miedo a situaciones que recuerdan el hecho traumático, así como el miedo a las consecuencias sociales y médicas de la agresión.

### **Ansiedad**

La ansiedad se define por un sentimiento de inseguridad y amenaza. Contrariamente al miedo, puede desatarse sin que se haya identificado un peligro o sin que se haya precisado la fuente de la aprensión (contexto, lugar, individuos, etc.). Después de una agresión sexual, la mayoría de las víctimas se vuelven ansiosas, cuando antes no lo eran. En los casos más severos, esa ansiedad se manifiesta bajo la forma de un estado difuso caracterizado por una ansiedad permanente. Las personas se sienten atormentadas o sienten temores desmesurados y recurrentes con respecto a su salud o a la de sus familiares, con respecto a su futuro o al de sus hijos.

Por lo general, tienen la sensación persistente de que está por ocurrir algo malo. A menudo tienen una conciencia mórbida de sus trastornos (conciencia de que esas aprensiones son exageradas o de que carecen de fundamento), pero no obstante les es difícil, cuando no imposible, controlarlos.

### **Angustia**

Se manifiesta en la forma de episodios agudos llamados crisis de angustia, ataques o crisis de pánico. Se producen tras la exposición a indicios que evocan el hecho traumático (cuando las víctimas rememoran la agresión, cuando se ven confrontadas a una situación comparable al hecho inicial), pero también, sin una razón particular, en un contexto exento de peligro.

Por lo general, duran entre unos segundos y varios minutos. Dichas crisis, dominadas por el sentimiento paroxístico de peligro inminente, se acompañan de un profundo desasosiego, así como de sensaciones físicas desagradables, como palpitaciones (percepción atípica de los latidos del corazón), taquicardia (aceleración del ritmo cardíaco), sensaciones de ahogo (sensaciones de respiración entrecortada o de opresión en el pecho que impide respirar), dolores torácicos, transpiración, temblores, calores.

### **Reacciones a nivel cognitivo**

Los síntomas cognitivos más frecuentes que manifiestan las víctimas después de una agresión sexual son: síndrome de repetición, trastornos de la memoria, síntomas disociativos, confusión y problemas de concentración.

### ***Trastornos de la memoria***

Los trastornos de la memoria están en el centro de la sintomatología postraumática. Las víctimas pueden manifestar amnesias (parciales o totales) o hipermnesias traumáticas, dificultades para memorizar informaciones nuevas, así como también recuerdos repetitivos e invasivos de la agresión.

### ***Síntomas disociativos***

Estos síntomas figuran entre los criterios diagnósticos de los síndromes psicotraumáticos. Se dice que una persona está disociada cuando está desconectada de una parte de la realidad. Esas personas dan la impresión de no estar presentes, de estar “en otro lado”, de no oír cuando se les dirige la palabra. Están presentes físicamente, a menudo inmóviles, pero su mente parece ausente. Algunas cuentan su relato una y otra vez, sin considerar a su interlocutor, con la mirada clavada en el escenario traumático que se desarrolla dentro de su mente.

### ***Conductas de evitación***

Son pato gnómicas de los síndromes psicotraumáticos. Las víctimas evitan todo lo que recuerda el hecho traumático. Evitan los pensamientos (no quieren pensar en la agresión), los sentimientos (evitan las situaciones que despiertan los mismos sentimientos que los suscitados por la agresión), las conversaciones (se niegan a hablar de la violencia que sufrieron), las actividades (cesan o efectúan con reticencia las actividades que recuerdan el incidente crítico, por ejemplo cultivar, ir al mercado, etc.), los lugares (se mantienen alejadas del lugar de la agresión, por ejemplo, su campo) y las personas (como los hombres armados, los hombres uniformados) que despiertan el recuerdo de las violencias.

### ***Trastornos del sueño***

Las víctimas suelen quejarse de insomnios, dificultades para conciliar el sueño, de despertarse durante la noche o precozmente (muy temprano por la mañana), así como también de pesadillas.

### ***Trastornos del apetito***

Después de una agresión sexual, las conductas alimenticias pueden verse perturbadas. Así pues, no es infrecuente que las víctimas sufran anorexia o bulimia.

### ***Trastornos en las relaciones interpersonales***

Estos trastornos se caracterizan por una actitud de dependencia y un aumento de las demandas emocionales hacia el entorno (necesidad insaciable de afecto y de ser cuidado, necesidad de hablar constantemente y de ser escuchado, etc.), o, al contrario, por un repliegue en sí mismo (negación a hablar, aislamiento, evitación de las relaciones familiares, amistosas, sociales y/o profesionales), así como por irritabilidad y agresividad hacia los demás (enfados, palabras o actos agresivos), desconfianza y sospecha (hacia los hombres, los desconocidos, pero también hacia el entorno), etc. Estas reacciones están en parte determinadas por las circunstancias de la agresión.

### **La intervención terapéutica en sobrevivientes de abuso sexual**

Diversos autores han coincidido en señalar que el tratamiento para víctimas de violencia sexual debe hacerse con apoyo de un equipo interdisciplinar (Assis et al., 2014; Bernik, Laranjeiras & Corregiari, 2015; Menicucci et al., 2016).

La necesidad de un trabajo combinado para estas personas se hace aún más evidente cuando son diagnosticadas con Trastorno de Estrés Postraumático. El TEPT requiere de tratamientos de alta calidad para ser afrontado, pues la complejidad de sus manifestaciones y la gravedad de su impacto genera fuertes alteraciones en la salud mental de las personas (Vallejo & Terranova, 2016).

Se recomienda la combinación de técnicas como la relajación para reducir el nivel de estrés psicofisiológico, la reestructuración cognitiva, la psicoterapia psicodinámica, el uso de psicofármacos, la hipnosis, entre otras. Los autores aconsejan en los casos leves de TEPT el uso de psicoterapia, y en los casos moderados y graves el uso de tratamiento farmacológico y psicoterapéutico combinados por lo menos durante un período de doce meses, y con un seguimiento posterior (Foa, Davidson & Francés, como se cita en Mingote, Bogoña, Isla, Perris & Nieto, 2017).

### **Enfoque psicodinámico grupal e individual**

Valker y Nash, citados por Mingote et al. (2015), afirman que el psicoanálisis está contraindicado para las personas con TEPT. Sin embargo, estos mismos autores validan las psicoterapias dinámicas derivadas del psicoanálisis y señalan que es fundamental cuidar la alianza terapéutica con la persona afectada a través de un buen encuadre y la interpretación de las resistencias y la transferencia.

Las etapas del tratamiento psicoterapéutico psicodinámico individual con sobrevivientes de abuso sexual deben estar focalizadas en el alivio de los síntomas y el dolor o sufrimiento personal generado. La flexibilidad terapéutica debe permitir al terapeuta moverse hacia focos de trabajo distintos al del trauma de abuso sexual, optando

por un acercamiento más indirecto al mismo que le brinde tiempo al consultante de reelaborar el trauma de acuerdo con su propio proceso. La exploración del trauma debe facilitar la construcción de un relato que permita describir lo ocurrido y contextualizarlo, conectando lo actual con lo ocurrido. La elaboración del trauma debe permitir la construcción de un futuro donde se fomente en el sobreviviente la capacidad de acceder a una re significación distinta de la historia de sí mismo, con el objeto de disminuir el impacto de la agresión sexual sufrida (Watson, 2016).

Para otros autores, la psicoterapia psicodinámica individual puede ser un tratamiento efectivo para las personas con TEPT, siempre y cuando el terapeuta tenga en cuenta en el proceso las siguientes condiciones: solidez en la alianza terapéutica y dosificación de la interpretación.

El analista además debe buscar la elaboración del hecho traumático ayudando a la persona a interpretar sus deseos para que pueda hacerse cargo de ellos, permitiendo la conexión entre las funciones psíquicas disociadas, promocionando el desarrollo de la capacidad analítica, ayudando a la persona a hacer discriminaciones más adecuadas de la realidad, facilitándole la configuración de nuevas relaciones de objeto, permitiéndole autonomía y asertividad, buscando que resuelva el conflicto de agresividad y culpa, interpretando la compulsión a la repetición, haciendo un trabajo continuo con la transferencia y contratransferencia, y ofreciendo información oportuna, pertinente y veraz sobre las instituciones sociales de justicia, sanidad y asistencia social, entre otras, a las que la sobreviviente puede recurrir (Hembree & Foa, como se cita en Mingote et al., 2016).

Según Vallejo y Terranova (2015), las psicoterapias de grupo de enfoque psicoanalítico están encaminadas a estabilizar las reacciones psicológicas y físicas que genera el TEPT, a través de la reconstrucción, elaboración y re-significación de la experiencia traumática. Según los autores, el tratamiento se encamina a explorar y validar las percepciones y emociones, buscando traer a la conciencia los recuerdos reprimidos y facilitando en el sujeto la comprensión de la relación existente entre sus fantasías, sus pensamientos, su comportamiento y el trauma.

### **Terapia con enfoque cognitivo conductual**

Las guías de práctica clínica elaboradas por la Sociedad Internacional de Estudios sobre el Estrés Post Traumático han sugerido que la terapia de exposición es un apoyo efectivo para el TEPT, si se trabaja desde un tratamiento cognitivo y con psicoterapia interpersonal (Foa, Keane & Friedman, como se cita en Nemeroff et al., 2016).

En una investigación desarrollada en Río Grande do Sul, Brasil, se evaluó un modelo de grupo de terapia cognitivo conductual para adolescentes sobrevivientes de abuso sexual. Participaron 10 chicas entre los 9 y 13 años, y se utilizaron instrumentos como el Children's Attributions and Perceptions Scale, el Inventario de Depresión Infantil (CDI), la Escala de Estrés Infantil (EIF), el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDATE-C), entre otros.

Se encontró que los síntomas de estrés postraumático se redujeron de forma significativa en las categorías re vivencia del trauma, evitación y excitación aumentada. De las 7 participantes de la muestra que presentaban TEPT, cinco fueron curadas y dos continuaron con síntomas del trastorno. Los investigadores concluyeron que el grupo de

terapia cognitivo-conductual logra cambios positivos a nivel cualitativo en la sintomatología, y permite modificar creencias respecto a la experiencia de abuso, ya que se enfoca en la reestructuración de la memoria traumática y la reducción de síntomas de ansiedad y depresión, mediante técnicas cognitivas y comportamentales (Habigzang, Hatzengerger, Dala, Strocher & Koller, 2017).

### **Ejemplos de consecuencias de la violencia y la coacción sexuales para la salud de las mujeres.**

|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Salud Reproductiva</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Traumatismo ginecológico</li> <li>• Embarazo no planeado</li> <li>• Aborto inseguro</li> <li>• Disfunción sexual</li> <li>• Infecciones de transmisión sexual (ITS), incluida la infección por el VIH.</li> <li>• Fístula traumática</li> </ul>                                                                  |
| <b>Salud mental</b>        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Depresión</li> <li>• Trastorno por estrés postraumático</li> <li>• Ansiedad</li> <li>• Dificultades del sueño</li> <li>• Síntomas somáticos</li> <li>• Comportamiento suicida</li> <li>• Trastorno de pánico</li> </ul>                                                                                          |
| <b>Conductuales</b>        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comportamiento de alto riesgo (por ejemplo, relaciones sexuales sin protección, iniciación sexual consensual temprana, múltiples compañeros íntimos, abuso del alcohol y otras drogas).</li> <li>• Riesgo mayor de perpetrar (los hombres) o de sufrir (las mujeres) violencia sexual posteriormente.</li> </ul> |
| <b>Resultados mortales</b> | <p>Muerte por:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suicidio</li> <li>• complicaciones del embarazo</li> <li>• aborto inseguro</li> <li>• sida</li> </ul>                                                                                                                                                                                         |

|  |                                                                                                                                                                                       |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• asesinato durante la violación o en defensa del “honor”</li> <li>• infanticidio de un niño nacido como resultado de una violación</li> </ul> |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2011.**

## **Aspectos Psicopatológicos de la Agresión Sexual: antecedentes y revisión actual**

Principales líneas de investigación sobre la agresión sexual

| Psicopatología Postraumática                                                                                                                                                                                                                                     | Victimización Secundaria                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Violación en la Pareja                                                                                                                                                                               | Perfiles del agresor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Sintomatología Postraumática, especialmente TEPT.</p> <p>Factores de riesgo de victimización</p> <p>Factores de vulnerabilidad psico-social</p> <p>Metodología de investigación: cuestionarios y escalas.</p> <p>Falsas víctimas.</p> <p>Victimas varones</p> | <p><b>Actitudes sociales</b> frente al fenómeno de la agresión sexual que inciden en la cifra negra y la recuperación de las víctimas.</p> <p><b>Mitos sociales:</b> apariencia física, relevancia social, credibilidad que se atribuye a la víctima, creencias y actitudes sobre la sexualidad, igualdad de la mujer, tolerancia a la violencia.</p> <p><b>Factores que influyen.</b> En los mitos sobre la violación:</p> | <p>Aspectos jurídico – legales.</p> <p>Tipos o categorías</p> <p>Mitos</p> <p>Lesiones físicas e impacto psicológico.</p> <p>Establecimiento de límites.</p> <p>Deficiente apoyo en estos casos.</p> | <p>Esquemas cognitivos.</p> <p>Creencias de aprobación de la violencia.</p> <p>Atribución externa</p> <p>Desconocimiento del impacto en la víctima.</p> <p>Perfiles psicopatológicos.</p> <p>Perfiles diferenciales de delincuentes.</p> <p>Estrategias delictivas.</p> <p>El agresor sexual juvenil: etiología e inversión.</p> <p>Consumo de sustancias.</p> <p>Inversión terapéutica.</p> |

|  |                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
|  | <p>genero,<br/>creencias sobre<br/>la igualdad,<br/>creencias en un<br/>mundo justo,<br/>identificación<br/>con la víctima,<br/>percepción de<br/>vulnerabilidad,<br/>actitudes y<br/>estilos<br/>educativos<br/>parentales.</p> |  |  |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|

### 3.3. Análisis de los Artículos Seleccionados

#### **Sintomatología en víctimas de abuso sexual: ¿Son importantes las características "objetivas" del abuso? Cristóbal Guerra, Chamarrita Farkas, Chile 2015.**

En este apartado los autores manifiestan que las víctimas de abuso sexual presentan mayor sintomatología que la población general, aun cuando su intensidad es altamente variable. Los abusos más graves (frecuentes, violentos, con penetración) serían los que se asociarían a mayor sintomatología, no obstante, la evidencia no es concluyente.

El objetivo del estudio fue describir la sintomatología en víctimas de abuso sexual y evaluar su relación con la gravedad del abuso. Participaron 143 adolescentes entre 12 y 17 años (83 víctimas de abuso sexual y 60 sin antecedentes de abuso) que respondieron a escalas de depresión, ansiedad y estrés postraumático.

Ambos grupos presentaron niveles similares de depresión y ansiedad, pero los adolescentes con antecedentes de abuso presentaron mayor estrés postraumático. En el grupo con antecedentes de abuso la sintomatología varió según la curva normal, pero la

gravedad del abuso no explicó dicha variación. Únicamente las mujeres presentaron mayor depresión, ansiedad y estrés postraumático que los varones, y las víctimas de abuso extra familiar presentaron mayor estrés postraumático que los victimizados dentro de sus familias. Se cuestiona la idea de "objetivar" la gravedad del abuso y se discute acerca de la necesidad de estudiar los factores que mediarían la relación entre la gravedad de los abusos y la sintomatología.

**Creencias Desadaptativas, Estilos de Afrontamiento y Apoyo Social Como Factores Predictores de la Vulnerabilidad Psicopatológica en Mujeres Víctimas de Agresión Sexual. de la Cruz, María Ángeles; Peña, María Elena; Andreu, José Manuel, Madrid España 2015.**

Se han recogido los principales factores de vulnerabilidad descritos en la literatura con objeto de comprobar su efecto sobre la sintomatología desarrollada en víctimas de agresión sexual. Las participantes fueron 77 mujeres víctimas de agresiones sexuales en la edad adulta que acudieron al Centro de Atención a Víctimas de Agresiones Sexuales (C.A.V.A.S.) de Madrid, entre los años 2010 y 2013.

Los factores que mayor valor predictivo han presentado han sido: elevadas creencias desadaptativas sobre uno mismo, la creencia de control futuro o la realización de conductas preventivas y, como estrategias de afrontamiento, la planificación, el apoyo social instrumental y el uso de sustancias. En cuanto a los factores que han resultado ser predictores de un mejor ajuste destacan el control presente o control sobre la recuperación,

la estrategia de autodistracción y la satisfacción con el apoyo social. Finalmente, se describen las implicaciones de los resultados y se sugieren futuras líneas de investigación.

**Perfiles de estrés postraumático en adolescentes abusados sexualmente Guerra, Cristóbal; Plaza, Hugo; Farkas, Chamarrita Viña del Mar 2017.**

Varios autores manifiestan de una alta variabilidad en las reacciones emocionales presentes en víctimas de abuso sexual, por tanto urge conocer los factores que podrían explicar dicha variabilidad y utilizar esa información para generar tratamientos y políticas públicas más específicos. El objetivo de dicho estudio fue identificar distintos perfiles de víctimas adolescentes de acuerdo a su sintomatología de estrés postraumático. Participaron 123 adolescentes víctimas de abuso sexual de entre 12 y 17 años ( $M = 14.13$ ,  $DT = 1.75$ ). Los resultados de un análisis de conglomerados arrojaron tres grupos de adolescentes con alta, moderada y baja sintomatología.

Los tres grupos mostraron diferencias estadísticamente significativas en función del género, las creencias de autoeficacia y la percepción de apoyo social. Así mismo, se aprecian algunas tendencias que otorgan relevancia a la frecuencia de los abusos y a la relación con el agresor. Estos resultados dan cuenta de perfiles diferenciados de víctimas que pudieran servir para complejizar el debate asociado a las políticas en materia de infancia y para los programas de reparación a lo largo del país.

**Daño Psíquico en las Víctimas de Agresión Sexual. Jorge González Fernández Encar Pardo Fernández, Valencia 2015.**

El impacto psíquico de un acontecimiento estresor que supere la capacidad de respuesta de la víctima, determina un daño que se hace muy evidente en el caso de las

agresiones sexuales, en las que la sintomatología psicopatológica va a persistir en el tiempo de manera prolongada. La intervención precoz en estos casos, y la extrema sensibilidad que debe regir la respuesta legal y socio-sanitaria, son elementos que junto a las particularidades del estresor y a las condiciones previas de la víctima, pueden limitar o amplificar este daño psíquico y sus posibles secuelas.

**Psicoterapia con víctimas de abuso sexual inspirada en la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma Guerra, Cristóbal; Barrera, Paulina. Santiago de Chile 2017.**

En relación con dichos autores en Chile existe muy poca investigación referida a la efectividad de las intervenciones terapéuticas con adolescentes víctimas de abuso sexual. En el resto del mundo hay evidencia de la efectividad de la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma (TF-CBT) que hacen suponer de su utilidad en el contexto chileno. Por esta razón, el objetivo de este estudio fue realizar la evaluación piloto de un protocolo inspirado en la TF- CBT. En total participaron 21 adolescentes de sexo femenino (edades entre 12 y 17 años) que estaban ingresadas a un centro de atención a víctimas en la ciudad de Viña del Mar, Chile. Catorce adolescentes completaron el programa de tratamiento basado en la TFCBT, en tanto siete adolescentes conformaron el grupo de comparación. Todas las participantes respondieron instrumentos de autorreporte para evaluar su sintomatología de estrés postraumático, depresión y ansiedad.

Los resultados muestran que el grupo de tratamiento disminuyó significativamente su sintomatología, en tanto el grupo de comparación no mostró variaciones. Se discute sobre la utilidad de este tipo de tratamientos en el contexto chileno y sobre la necesidad

urgente de obtener evidencia empírica sobre la efectividad de los tratamientos que actualmente se implementan en el país.

**Caracterización de los casos de violencia sexual atendidos en dos instituciones prestadoras de servicios de salud del municipio de Palmira-Valle Del Cauca, Colombia. 2018**

El abuso sexual (ASI) constituye la victimización más frecuente en la infancia. Los efectos del ASI en la vida adulta pueden afectar al funcionamiento, físico, psicológico y social y generar alteraciones psicopatológicas. El objetivo de este estudio fue evaluar un programa individual cognitivo-conductual, de 12 sesiones, en el tratamiento de mujeres adultas víctimas del ASI, llevado a cabo durante 20 años en un marco comunitario. La muestra constó finalmente de 121 sujetos que participaron voluntariamente en el estudio. Se utilizó un diseño de medidas repetidas con seguimientos de 1, 3, 6 y 12 meses. La tasa de éxitos en el tratamiento del trastorno de estrés postraumático fue del 90.7% en las víctimas que completaron el tratamiento.

A pesar de la pérdida de pacientes en los seguimientos (25.58%), los resultados se mantuvieron en las pacientes evaluadas en los cuatro periodos establecidos (un 74.42% al cabo de 12 meses), con una alta reducción de las recaídas. Sin embargo, hubo un nivel más bien alto de rechazos y de abandonos. Una conclusión es que hay que desarrollar estrategias motivacionales para mantener a las víctimas en el tratamiento. Se comentan las implicaciones de este estudio para la práctica clínica y para la investigación.

**Características de Personalidad y Vulnerabilidad a la Victimización Sexual, María Soledad Álvarez Lister, Antonio Andrés Pueyo. Barcelona España 2013.**

En la investigación en victimización sexual, ha predominado el estudio de las víctimas y de los factores de riesgo de victimización desde la perspectiva del agresor y pocos estudios se han interesado por las características de personalidad del victimizado. Presentamos una primera revisión<sup>4</sup>, de las evidencias que relacionan los rasgos de personalidad de la víctima y la vulnerabilidad a la victimización sexual.

La mayoría de los estudios presentados analizan la presencia de ciertos rasgos y trastornos de personalidad, así como su relación con las estrategias de apareamiento y las conductas de evitación en el fenómeno de la victimización sexual. A pesar de las limitaciones metodológicas, los hallazgos de las investigaciones que se presentan tienen importantes implicaciones prácticas para la prevención de la victimización sexual.

**Estudio Descriptivo de una Muestra de Víctimas de Agresión Sexual, M<sup>a</sup> Ángeles de la Cruz Fortún Madrid España 2017.**

El objetivo del autor con dicho estudio fue realizar un análisis descriptivo de las características socio-demográficas y de la agresión sexual sufrida, así como de la victimización secundaria presentada en una muestra de 77 mujeres víctimas de agresiones sexuales en la edad adulta, que acudieron al Centro de Asistencia a Víctimas de Agresiones Sexuales (C.A.V.A.S.) de Madrid entre los años 2010 y 2012. Estas variables se recogen a través de una entrevista semiestructurada. Se describen los resultados en relación con anteriores estudios y sus implicaciones en el contexto de la prevención.

**Revisión sistemática de los programas de tratamiento psicológico aplicados a víctimas adultas de abuso sexual en la infancia, Rull, Joan; Pereda, Noemí. Barcelona España 2011.**

Las víctimas adultas de abuso sexual en la infancia presentan una mayor vulnerabilidad a la sintomatología psicológica. Los objetivos de esta revisión son describir y analizar de forma crítica aquellos trabajos publicados en los últimos años respecto a la intervención psicológica con este tipo de víctimas y acercar estos estudios a los profesionales de habla hispana.

**Factores Relacionados con el Rechazo y el Abandono de la Terapia en Mujeres Víctimas de Agresiones Sexuales Tratadas en la Edad Adulta Echeburúa, Enrique; Sarasua, Belén; Zubizarreta, Irene; de Corral, Paz. Argentina 2014.**

El objetivo de dicho estudio fue analizar las variables relevantes en mujeres adultas víctimas de una agresión sexual que rechazaron o abandonaron el tratamiento psicológico. La muestra constó de 269 víctimas. Se les ofreció un programa terapéutico individual cognitivo-conductual de 12 sesiones. La tasa de rechazos del tratamiento fue del 12,3% (n=33). El rechazo se dio con más frecuencia cuando las víctimas eran inmigrantes o de clase social baja, carecían de apoyo social o tenían una historia de victimización. La tasa de abandonos fue del 27,5% (n=65).

El abandono estaba relacionado con la condición de inmigrante, con la carencia de apoyo social y con el abuso de sustancias. Se comentan las implicaciones de este estudio para la investigación futura.

**Factores de Vulnerabilidad y de Protección del Impacto Emocional en Mujeres Adultas Víctimas de Agresiones Sexuales, Sarasua, Belén; Zubizarreta, Irene; de Corral, Paz; Echeburúa, Enrique. Santiago de Chile 2016**

El objetivo de este estudio fue describir las reacciones psicopatológicas de las víctimas según las circunstancias de la agresión sexual, la historia previa y el apoyo familiar/social. La muestra constó de 269 mujeres adultas víctimas de una agresión sexual en la infancia o en la vida adulta. Se evaluaron las reacciones postraumáticas, la sintomatología ansioso-depresiva, la autoestima, las conductas sexuales y el funcionamiento cotidiano. Los resultados mostraron una alta prevalencia de malestar emocional (63,6%), de baja autoestima (59,7%), de TEPT (44,5%), de sentimientos de culpa (48,3%) y de evitación sexual (38,9%), así como problemas de adaptación.

La gravedad de la sintomatología estaba relacionada con las circunstancias de la agresión sexual, tales como la penetración vaginal/anal o las heridas provocadas, la historia de victimización, los sucesos estresantes recientes y la falta de apoyo socio-familiar. Sin embargo, las conductas de evitación sexual no estaban relacionadas con circunstancias específicas de la agresión sexual.

**Comparación de los perfiles victimo lógicos en una muestra de mujeres agredidas sexualmente antes o después de los 20 años de edad, J.F. Lozano Oyola, M. Gómez de Terreros, I. Avilés Carvajal Guardiola, A Sepúlveda García de la Torre. España 2016.**

Estos autores analizan el grave problema de la violencia sexual ejercida sobre las mujeres en función del momento vital en que tuvo lugar dicha violencia, y de un amplio número de variables sociodemográficas que nos permiten ofrecer una descripción del perfil de las víctimas y de las condiciones que probabilizan dicha victimización. Se realizó un estudio observacional, de cohorte retrospectivo, con una muestra de mujeres que acudieron a la Asociación de Mujeres Víctimas de Agresiones Sexuales (AMUVI) y

declararon haber sufrido violencia sexual. Se les aplicó una entrevista elaborada para el caso que recogía información de diferentes variables, existiendo diferencias significativas en función de la edad a la que fueron agredidas.

Los resultados obtenidos en cuanto a la frecuencia de la violencia sexual, el nivel socioeconómico de la víctima, la relación víctima-agresor, la diferencia de edad entre ellos, el tiempo transcurrido desde la primera agresión, las estrategias utilizadas por el agresor, el apoyo familiar y las consecuencias físicas, sugieren la existencia de dos perfiles de víctimas. Este hallazgo permitirá mejorar la calidad de los programas de prevención a mujeres víctimas de violencia sexual.

**Síndrome de agresión a la mujer Síndrome de maltrato a la mujer, José Antonio Lorente Acosta, Miguel Lorente Acosta, María Elena Martínez Vilda. España 2016.**

La mujer, al igual que el hombre, como miembro de la sociedad puede sufrir agresiones en situaciones muy diferentes. Sin embargo, a diferencia de este la mujer ha sido y sigue siendo víctima de determinados delitos por el hecho de ser mujer. La posibilidad de que el hombre pueda ser también sujeto pasivo de estos hechos y el componente socio-cultural que existe en el origen de este tipo de conductas han hecho que la visión del problema haya seguido un enfoque clásico considerándolo como una manifestación más de la violencia interpersonal.

**Conducta de ayuda en situaciones de violencia contra las mujeres en las relaciones de pareja, Liliana Rincón Neira. España 2017.**

La violencia hacia las mujeres por parte de sus parejas o exparejas (Intimate Partner Violence Against Women; IPVAW, por sus siglas en inglés) representa un problema de

salud pública y derechos humanos de alta prevalencia a nivel mundial (García-Moreno, Jansen, Ellsberg, Heise, y Watts, 2006; World Health Organization, 2013). Aunque la mayor parte de esta violencia ocurre en el ámbito privado (Wilkinson y Hamerschlag, 2005), las conductas abusivas suelen aumentar en frecuencia e intensidad con el tiempo lo que amplía la posibilidad de ser presenciadas o conocidas por otros (Branch, Richards, y Dretsch, 2013).

De hecho, un número importante de ellas acaban ocurriendo o siendo conocidas por testigos cercanos relacionamente con las víctimas (e.g., familiares y amigos/as) (Dobash y Dobash, 1984; Taylor, Banyard, Grych, y Hamby, 2016; Weitzman, Cowan, y Walsh, 2017). Una vez presenciada o conocida la situación de violencia, los testigos pueden o no implicarse en diferentes conductas de ayuda hacia las víctimas. La conducta de ayuda es un tipo de conducta prosocial que ha sido definida como “una acción que tiene como consecuencia proporcionar algún beneficio o mejorar el bienestar de otra persona” (Dovidio, Piliavin, Schroeder, y Penner, 2006, p. 22).

La conducta de ayuda en casos de violencia interpersonal en general se ha asociado con las características del testigo, la situación, la víctima y el perpetrador (Christy y Voight, 1994). En la presente Tesis Doctoral hemos analizado la influencia de algunas características situacionales y actitudinales en la intención conductual de ayuda de testigos en situaciones que implican diferentes formas de violencia contra las mujeres por parte de sus parejas.

**Violencia sexual: la guerra en contra de los derechos de las mujeres Nayibe Paola Jiménez Rodríguez. Colombia 2017.**

La violencia sexual es una actividad delictiva que puede ocurrir en todos los ámbitos en los que una persona se puede desenvolver, ocurre en el ámbito laboral, en la calle, con mucha frecuencia en el espacio personal, y en los conflictos y guerras, área sobre la cual se llama la atención en el presente documento.

Esta área “tiene una connotación armamentista, es decir, se utiliza a la mujer como un medio, un arma para destruir al enemigo, para desmoralizarlo, disolver su voluntad y sus ganas de vivir, se caracteriza por ser premeditada, sistemática y generalizada, y jamás se podrá considerar.

**Terapia Centrada en Soluciones Aplicada a la Agresión Sexual. Estudio de Caso, Aramayo Zamudio, Siria. Bolivia 2014.**

La reinserción de jóvenes agresores sexuales es un problema complejo en la sociedad, debido al déficit de programas que traten específicamente la rehabilitación de estos en los centros penitenciarios. La complejidad de la dinámica abusiva, la gravedad de sus efectos y las implicaciones éticas de su tratamiento trazan el reto de desarrollar modalidades terapéuticas que permitan responder a las dificultades y requerimientos específicos que plantean la terapia con hombres que fueron víctimas de abuso sexual y que pasaron a ser agresores sexuales.

El estudio presentado permite analizar de manera amplia la dinámica que lleva a la agresión sexual, la efectividad del tratamiento y la aceptación del cliente a éste, consigue explorar nuevas formas de hacer terapia. La eficacia y eficiencia de la Terapia Breve Centrada en Soluciones se encuentra comprobada en este caso ya que se alcanzó las metas propuestas en un corto tiempo, las cuales fueron encontrar los recursos en el paciente para

poder ejercer control de sus impulsos agresivos y la de reorganizar los vínculos familiares rotos por la ejecución del delito, esto se logró, mediante metas por concebir, excepciones que se fortalecieron por medio de elogios y se enseñaron a ampliar estos recursos mediante el uso de escalas.

**Impacto de la violencia sexual en la salud mental de las víctimas en Bucaramanga, Colombia 2014. Marta Isabel Dallos Arenales; Alexander Pinzón-Amado; Carlos A. Barrera González; Johanna A. Mujica Rojas; Yenis R. Meneses Silva.**

La violencia sexual en Colombia se ha constituido en un verdadero problema de salud pública. Este tipo de violencia se ha asociado con múltiples factores de riesgo individuales, familiares y sociales y se ha relacionado con secuelas físicas y psicosociales a corto, mediano y largo plazo.

En dicho estudio de tipo descriptivo los autores evaluaron los factores relacionados con la presentación de trastornos mentales en 55 víctimas de violencia sexual que asistieron al Instituto de Salud de Bucaramanga. Resultados: Un 43,6% habían sido violentados en varias ocasiones, y el 66,7% de los perpetradores eran conocidos por la víctima. Como factores asociados se encontró que el 21,6% de las víctimas tenía antecedentes psiquiátricos y que en el 41% de ellos existían antecedentes psiquiátricos en algún miembro de la familia.

El 60% de los casos tenía antecedentes de maltrato intrafamiliar, el 25% consideraba que las relaciones internas de sus familias eran conflictivas y el 60% pensaba que el barrio donde vivía era violento. El 87% presentaba algún tipo de alteración en el examen mental al ingreso y se pudo establecer un diagnóstico en el Eje I en el 72,7% de los casos.

Conclusión: Los antecedentes de violencia familiar y enfermedad mental en la familia de las víctimas, así como vivir en comunidades violentas, son factores de riesgo asociados con la presentación de la violencia sexual en nuestra población; además, los trastornos ansiosos, depresivos y comportamentales son las secuelas mentales más frecuentes en esta población.

**Tratamientos psicoterapéuticos brindados a víctimas de violencia sexual en Hospitales Públicos de la Ciudad de Buenos Aires 2016. Palazzesi, Ana**

A pesar de que los esfuerzos de prevención destinados a eliminar la ocurrencia de la violencia sexual son claramente necesarios, también es importante considerar cómo podemos prevenir futuros traumas entre las mujeres que ya son víctimas. Las consecuencias negativas para las víctimas de las violaciones se producen no sólo por efecto del episodio en sí mismo, sino también a causa de la respuesta desfavorable del entorno.

Este trabajo informa los resultados de una investigación que buscó describir y analizar los tratamientos psicoterapéuticos brindados a víctimas de violencia sexual en Hospitales Públicos de referencia de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Para ello, se realizó un estudio descriptivo con utilización de técnicas cualitativas. Se efectuaron entrevistas semiestructuradas a psicólogas integrantes de los Comités de Violencia Sexual de los Hospitales Públicos. Los resultados son relevantes en la medida en que se realiza una descripción del nivel de sensibilidad que poseen los/as psicólogos/as hacia el tema de la violencia sexual, para poder generar políticas que permitan mejorar la atención de dichas víctimas con el fin de evitar su re victimización.

**Intervención Psicológica con Mujeres. M<sup>a</sup> Pilar Matud, Ana Belén Gutiérrez y Vanesa Padilla, España 2017.**

En dicho artículo revisamos la evaluación y tratamiento psicológico con mujeres maltratadas por su pareja y el impacto psicológico de dicha violencia. Así mismo recogieron los aspectos más relevantes de las investigaciones sobre este tema, ya que el problema de la violencia contra la mujer no puede ser bien comprendido centrándonos exclusivamente en la psicología del individuo.

En el tratamiento que los autores llevaron a cabo tres son las metas básicas: 1) aumentar la seguridad de la mujer; 2) ayudarle a recuperar el control de su vida; 3) remediar el impacto psicológico del abuso. Los resultados del programa de intervención grupal mostraron que las mujeres que participa-ron experimentaron una reducción significativa en su sintomatología de estrés postraumático, depresión, ansiedad y síntomas somáticos, aumentando su autoestima, confianza en sí mismas y el control de sus vidas.

**Variables cognitivas y conductuales que determinan el proceso de cambio y la salida de las situaciones de maltrato psicológico en mujeres, Tenorio Ramón, María José. España 2016.**

Esta investigación surge de tres cuestiones fundamentales: En primer lugar, de la situación tan dramática a la que ha llegado actualmente la violencia doméstica en nuestra sociedad. Con cifras de mujeres fallecidas a manos de sus parejas o ex parejas verdaderamente alarmantes: treinta y ocho mujeres en nuestro país en lo que va de año, y 1018 mujeres desde 1999, año en el que se comienza a llevar un registro de las víctimas

por este tipo de delito; en segundo lugar, de la gravedad del daño psicológico que sufren las víctimas y de sus secuelas.

La Organización Mundial de la Salud (2013) señala que las mujeres que sufren maltrato por parte de su pareja tienen casi el doble de probabilidades de sufrir depresión en comparación con las que no padecieron ningún tipo de violencia y son dos veces más propensas a tener problemas con el uso/abuso del alcohol. Y, en tercer lugar, de la necesidad de paliar el desequilibrio aún existente en la literatura científica en cuanto a volumen de investigación a favor del maltrato físico sobre el psicológico. Aunque la situación tiende a reequilibrarse en los últimos años, debido a que los datos señalan al maltrato psicológico como la cara más corrosiva del maltrato en la pareja y antesala del maltrato físico, aunque los estudios sobre el maltrato físico siguen abarcando aún el grueso de las investigaciones sobre violencia de género. (Blázquez, Moreno y García-Baamonde, 2010)

**Consecuencias psicológicas en mujeres víctimas de violencia de género traumatizadas en la infancia, Mora Virginia. España 2015.**

En la práctica clínica diaria se constata que un significativo porcentaje de mujeres víctimas de violencia de género refieren haber sufrido malos tratos y/o abusos sexuales en la infancia. Si cualquier experiencia traumática hace que la víctima se cuestione conceptos fundamentales como que el mundo es un lugar lo suficientemente seguro, el valor positivo de uno mismo como persona y el sentido de la vida, en los casos en los que el daño ocurre a edades tempranas y, sobre todo, si es perpetrado por personas significativas, las consecuencias son mucho más graves pues afectan al propio desarrollo de la personalidad.

El abordaje terapéutico con mujeres víctimas de violencia de género traumatizadas en la infancia supone un reto que hace necesaria la integración de diversas técnicas de intervención, cuyos objetivos principalmente sean, la modificación de esquemas negativos sobre sí misma, el control de los niveles de activación fisiológica y emocional y la elaboración y reprocesamiento de los recuerdos traumáticos que posibiliten la construcción de una memoria biográfica integrada y el establecimiento de vinculaciones sanas.

#### **4 CONCLUSIONES DEL PROCESO INVESTIGATIVO**

La vivencia de violencia de género tiene importantes consecuencias en el estado anímico y nivel de autoestima de las mujeres víctimas, porque como ha quedado demostrado en numerosas investigaciones, causa no solo daños físicos, sino también importantes daños psicológicos y trastornos emocionales que inciden en la autoestima de las mujeres, su dependencia y dificultad para tomar decisiones.

Por todo ello, la legislación nacional establece la necesidad de proporcionarles una adecuada atención psicológica, así como apoyo social, formación en igualdad y habilidades para la resolución pacífica de conflictos y apoyo en la inserción laboral.

El conocimiento del daño psicológico, así como la necesidad de su evaluación, no son una cuestión meramente académica. De lo que se trata, en última instancia, es de conocer la situación psíquica de la víctima, tratarla adecuadamente, reparar el daño causado, prevenir la re victimización y evitar la creación de nuevas víctimas.

Los sucesos más traumáticos, las agresiones sexuales, los secuestros, la muerte de un ser querido, etc. Dejan, frecuentemente, huellas devastadoras y secuelas imborrables, a

modo de cicatrices psicológicas, y hacen a las personas más vulnerables a los trastornos mentales y a las enfermedades psicosomáticas.

La violencia contra las Mujeres constituye una violación de sus derechos fundamentales y libertades públicas y por ello, todas las conductas en que se manifiesta, han de ser consideradas como delito. Los Estados tienen la obligación de proteger a la ciudadanía de todo tipo de abusos sobre sus derechos y en consecuencia promover las condiciones necesarias y suficientes para prevenir, perseguir y sancionar el maltrato a las mujeres protegiendo eficazmente a las víctimas y reparando sus perjuicios.

La administración de Justicia ha dado la espalda a las mujeres al negar a su palabra el valor de prueba para condenar a sus agresores. Jueces/as, fiscales/As y abogados/as, médicos forenses y equipos psicosociales de juzgados y tribunales, deberían aportar y valorar las pruebas indiciarias que pueden darse en los delitos en que se concreta la violencia de género: historia clínica, informes económicos, sociales, psicológicos, policiales y laborales.

Las mujeres maltratadas y sus hijas-hijos acuden a los servicios sanitarios, a los centros asesores de la mujer y a los servicios sociales. En numerosos casos las mujeres no reconocen que son víctimas de violencia de género y sin embargo recurren repetidamente a la demanda de ayuda por los profesionales sanitarios, abogados/as y trabajadoras/es sociales. La pasividad o falta de implicación de algunos/as profesionales conforma también una determinada forma de maltrato.

Se están tratando de forma adecuada a las mujeres víctimas de violencia de género, o de forma inadecuada, dependiendo exclusivamente de la sensibilidad y correcta formación

del profesional, equipo o institución al que acuden las mujeres. Es importante eliminar este factor aleatorio y lograr que todos los profesionales responsables de la salud, atención de la defensa jurídica y de la ayuda en el acceso a los servicios sociales sean sensibilizados y formados en sus respectivas facultades.

La atención a las mujeres víctimas de la violencia de género debe de ser integral: sanitaria, jurídica, psicológica y educativa-preventiva; y todo ello desde una perspectiva de género.

La sintomatología depresiva es la variable que más ha sido tratada en los artículos revisados y en la que se obtienen mejores resultados. Debe tenerse en cuenta que la literatura existente señala la importancia que tiene en las víctimas de hechos traumáticos el apoyo social percibido en el momento en que se produce la revelación que, por sí sola, produce efectos beneficiosos sobre el estado de ánimo.

En este sentido, puede considerarse que cualquier tratamiento que acoja debidamente al paciente ayudará a mejorar su estado de ánimo y a reducir, de este modo, los síntomas psicológicos más vinculados con la falta de apoyo social y el sentimiento de soledad.

La gestión del sentimiento de culpa tiene un papel fundamental en el objetivo de superación del malestar psicológico, planteándose la necesidad de investigar sobre este tema en trabajos futuros.

Añadir, por otro lado, que el tratamiento de las variables de tipo relacional es el que obtiene efectos menores, manifestándose como uno de los problemas y fuente de malestar de los pacientes adultos víctimas de abuso sexual en la infancia. Se ha constatado que la

desconfianza es uno de los síntomas más presentes en víctimas de abuso sexual infantil, especialmente en víctimas de abuso sexual intrafamiliar.

Sin embargo, los estudios revisados no permiten diferenciar entre víctimas de abuso intrafamiliar y víctimas de abuso por parte de desconocidos, lo que impide saber si, realmente, estos problemas de relación y falta de confianza son mayores en unas u otras víctimas y suponen una clave del pronóstico en estos casos.

Uno de los retos que se plantean en el tratamiento a víctimas adultas de abuso sexual infantil refiere a los trastornos de personalidad ya que, como se ha obtenido en trabajos de revisión previos aparecen como problemas frecuentes en estas víctimas, además de tener una importante presencia en el ámbito de la evaluación jurídica y forense.

Los estudios revisados no se centran en estas dificultades, si bien los rasgos de personalidad han demostrado ser un factor mediador importante en la superación de múltiples acontecimientos de violencia interpersonal, entre los que destaca el abuso sexual.

En síntesis, destaca la diversidad de enfoques teóricos que toman los diversos trabajos revisados para tratar las consecuencias vinculadas al abuso sexual en la infancia, no observándose una mayor eficacia por parte de ningún enfoque teórico sobre otro si bien sí de unas terapias sobre otras, dentro de un mismo enfoque.

La gran cantidad de variables a tratar propuestas y en las que se obtienen resultados de eficacia variable, confirma la hipótesis del presente estudio, basada en los trabajos de Harvey y Taylor (2010) y Martsof y Draucker (2005), y que concluye que la mejor terapia es aquella que tras la experiencia traumática y su revelación, da apoyo a las emociones de

la víctima y aborda sus dificultades concretas, teniendo en cuenta que el abuso sexual es una experiencia que no puede olvidarse, sino que debe integrarse en la historia de vida, no existiendo un síndrome del abuso sexual en la infancia, sino problemas específicos en personas distintas.

La idea principal que pone de manifiesto este estudio es que la ausencia o presencia de lesiones en la exploración genital, por sí misma no es capaz de indicar si se ha producido una relación sexual consentida o no consentida, es decir si no hay lesiones no se puede afirmar que ha sido una relación consentida y viceversa, de hecho ambas situaciones se dan en ambos tipos de relaciones sexuales, si bien las lesiones genitales han sido descritas con mayor frecuencia en las relaciones sexuales no consentidas.

Por el momento no han sido escritas unas características típicas de las lesiones genitales que se producen en las relaciones sexuales no consentidas, ni que estas sean más graves, en diferentes localizaciones o en mayor número que las que se producen en las relaciones consentidas. De hecho, en las relaciones sexuales consentidas también se producen lesiones genitales y que precisamente por eso y por el hecho de que no se han descrito cuáles son las diferencias entre ambas, hay que tener cuidado en las conclusiones a las que se llega después una exploración genital con lesiones tras la denuncia de una agresión sexual.

La socialización del rol de género se realiza a través del aprendizaje, siendo éste el medio para transmitir valores, actitudes y reglas. En este sentido, ya desde la infancia se desarrollan los estereotipos de género y se cristalizan en el modo en que los padres consideran cómo debe comportarse un niño o una niña; aquí el proceso de aprendizaje juega un papel esencial.

Desde la teoría cognitiva social se puede afirmar que mediante el procesamiento cognitivo de las experiencias se construye la identidad de género, se aprende sobre los papeles sociales de cada sexo y se extraen las normas para dominar el tipo de conductas propio de su sexo. Y es de este modo cómo se actúa según el esquema preestablecido socialmente.

A lo largo del desarrollo evolutivo del niño se va desarrollando el rol de género y los niños comienzan a imitar y a elegir modelos, de manera que a los 5-6 años se ajustan a los tipos de masculinidad y feminidad; a los 8 años la postura es más liberal y a los 10 años las diferencias sexuales se acrecientan. Después, en la adolescencia establecen una identidad personal y se aceptan los estereotipos.

Si diferenciamos por sexo podemos destacar, por una parte, que las niñas, al encontrarse cerca de la madre, aprenden los rasgos de personalidad, actitudes, valores 8 La violencia contra la mujer en la sociedad actual: análisis y propuestas de prevención.

Las mujeres que se adaptan a estos estereotipos perciben a los hombres como signos de poder y autoridad, y el niño desde pequeño se identifica con el rol y los rasgos del padre. La masculinidad implica negar la relación con la madre y tener presente elementos universales del rol masculino.

El resultado es desempeñar roles sociales abstractos y despersonalizados. Igualmente, los hombres se asocian con los siguientes comportamientos estereotipados: agresivos, competitivos, alto grado de exigencia de éxito, sabiduría, mando, valentía y conocimiento.

Es entonces cuando el hombre bien adaptado al estereotipo de género percibe a la mujer como débil y hostil. Por lo tanto, podemos concluir que, en la construcción del género y

en los procesos de socialización, la familia constituye el referente con el que los nuevos miembros se van a identificar. Los adultos pues influyen en los procesos de identidad tanto del niño como de la niña.

Ya desde muy pequeños los padres transmiten los patrones de género y tratan a los niños de modo diferente a las niñas. Sin embargo, no podemos ignorar que existe otro factor de interés en este proceso: los medios de comunicación que promueven la configuración de los estereotipos de género, exponiendo tanto imágenes que infravaloran socialmente a la mujer como imágenes que refuerzan las cualidades de poder, el trabajo productivo, la toma de decisiones y la autosuficiencia en los hombres.

En definitiva, socialmente a los hombres se les prepara para desempeñar un rol dominante y si no lo consiguen pretenden obtenerlo por la fuerza; para ellos, la violencia es un medio de control a la mujer. La socialización hace que los hombres tengan un papel basado en el poder, en la autoridad y en el dominio; y las mujeres en roles puramente femeninos como la dulzura y la expresión de las emociones.

Como ya hemos comentado anteriormente, la violencia de género es fruto del aprendizaje; por eso, hay que prevenir desde el momento en que se están aprendiendo los modelos sociales, ya que desde los modelos sociales se consolidan actitudes en los hombres como la intolerancia, la escasa empatía y la invulnerabilidad.

Con vistas a futuros estudios, sería interesante y quizás utópico que, para disminuir el sesgo de selección, las propias víctimas de agresión sexual fueran su propio caso y su propio control ya que, de esta forma, aunque no se encontrasen de forma integral o global grandes diferencias en ambos tipos de relaciones, quizás se podrían encontrar diferencias

o incluso distintos patrones lesionales interindividuales en función de si la relación sexual ha sido o no consentida.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

WHO [Internet], Genève: World Health Organization; 2013 [citado 3 marzo 2016]. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and no partner sexual violence.

OMS: Organización mundial de la Salud. Internet. Ginebra: OMS; 2011(enero 2016; 26 marzo 2016). Violencia contra la mujer: violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer.

Bonnar-Kidd K.K. Sexual Offender Laws and Prevention of Sexual Violence or Recidivism. Am J Public Health 2010 (citado 28 Marzo 2016); 100(3): 412–419.

Cristóbal Guerra, Chamarrita Farkas. (2015). Sintomatología en víctimas de abuso sexual: ¿Son importantes las características "objetivas" del abuso? 24(2), 1-19.

Cruz, María Ángeles de la, Peña, María Elena, & Andreu, José Manuel. (2015). Creencias desadaptativas, estilos de afrontamiento y apoyo social como factores predictores de la vulnerabilidad psicopatológica en mujeres víctimas de agresión sexual. *Clínica y Salud*, 26(1), 33-39.

Guerra, Cristóbal, Plaza, Hugo, & Farkas, Chamarrita. (2017). Perfiles de estrés postraumático en adolescentes abusados sexualmente. *Psicoperspectivas*, 16(1), 67-79.

García Repetto R, Soria ML. Sumisión química: reto para el toxicólogo forense. Rev Esp Med Legal (2011) citado 28 de febrero de 2016; 85:173-184.

Navarro E, Vega C. Agresiones sexuales facilitadas por sustancias psicoactivas, detectadas en el instituto de medicina legal de Alicante en el cuatrienio 2009-2012. Gac Int. Cienc. Forense (2013) citado 28 de febrero de 2016; 8,8-15.

Untied AS, Orchowski LM, Lazar V. College men's and women's respective perceptions of risk to perpetrate or experience sexual assault: the role of alcohol use and expectancies. Violence Against Women. (2013) citado 28 de febrero de 2016; 19(7):903-23.

Bulbena A. Exploración psiquiátrica. En: Vallejo Ruiloba J, editor. Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría. 8ª ed. Barcelona: Elsevier España S.L.; 2015. p. 119-28.

Morsch A y Angerame D. (2018). Perfil de la atención a víctimas de violencia sexual en Campinas. Revista Bioética Print version ISSN 1983-8042 On-line version ISSN 1983-8034.

Rosa M. Aragonès de la Cruz Montserrat Farran Porté. (2018). Perfil psicológico de víctimas de violencia de género, credibilidad y sentencias. C/ Ausiàs Marc, 40 08010 Barcelona.

Sarasua B, Zubizarreta I, de Corral P, Echeburúa E. Factores de vulnerabilidad y de protección del impacto emocional en mujeres adultas víctimas de agresiones sexuales. Ter Psicol. (2012) citado 3 Marzo 2016; 30(3):7-18.

Herman, Judith. (2004). Trauma y recuperación. Cómo superar las consecuencias de la violencia. Madrid: Espasa Calpe.

- Sarasua, Belén; Zubizarreta, Irene, De Corral, Paz y Echeburúa, Enrique. (2013). Tratamiento psicológico de mujeres adultas víctimas de abuso sexual en la infancia: resultados a largo plazo. *Anales de Psicología*, 29 (1): 29-37.
- Serrano, Carmina. (2012). Un estudio sobre los efectos de la violencia de género en el desarrollo psíquico de las mujeres. Tesis doctoral. Universidad de Deusto.
- Van der Hart, Onno; Nijenhuis, Ellert R.S. y Steele, Kathy. (2015). El yo atormentado: La disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Vitriol, Verónica. (2016). Relación entre psicopatología adulta y antecedentes de trauma infantil. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 43(2): 83-87.
- Young, Jeffrey E.; Klosko, Janet S. y Weishaar, Marjorie E. (2015). Terapia de esquemas. Guía práctica. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- ASENSI, L. F. Y ARAÑA, M. (2015). “TEPT complejo en violencia de género”. Congreso Internacional y Virtual de Psiquiatría.
- DI NUBILA, M., (2017). “La prueba de la violencia. Algunas cuestiones procesales y de derechos fundamentales. Congreso Internacional y Virtual de Psiquiatría”.
- ECHEBURÚA, E., CORRAL, P. AMOR, P., “Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos”, *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 4, 2016, pp. 227-244.

KRUG EG, DAHLBERG LL, MERCY JA, ZWI AB, LOZANO R., “Informe mundial sobre la violencia y la salud”. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud (orig. Organización Mundial de la Salud, 2016).

LABRADOR, F.J., PAZ RINCÓN, P., DE LUIS, P., FERNÁNDEZ-VELASCO, R., Madrid (2015). Mujeres Víctimas de la violencia doméstica. Programas de Actuación.

LORENTE ACOSTA, M., (2017). “Violencia contra las mujeres y trato indigno. Entre la invisibilidad y la negación”, Carmen Mañas Viejo. Violencia Estructural y Directa: Mujeres y Visibilidad. FEMINISMO/S, 6. Alicante. Editorial: Centro de Estudios sobre la Mujer de la Universidad de Alicante (CEM).

ORENGO GARCÍA, F., (2016). “Perspectivas Psiquiátrico Legales en torno a la cuestión del daño y trauma psíquicos”.

RINCÓN GONZÁLEZ, P. P., Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica: evaluación de programas de intervención, Madrid, (2017), Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid.

Martínez Pacheco, Agustín. (2016). La violencia. Conceptualización y elementos para su estudio. *Política y cultura*, (46), 7-31.

Soledad Alvarez, Maria. (2015). Características de Personalidad y Vulnerabilidad a la Victimización Sexual. IPSE-ds 2013 Vol. 6

Liranzo Soto, Patricia. (2017). ASERTIVIDAD E IDEOLOGÍA DE GÉNERO EN MUJERES VÍCTIMAS DE ABUSO PSICOLÓGICO. *Ciencia y Sociedad*, vol. 42, núm.

Pereda Noemi. (2014). Revisión sistemática de los programas de tratamiento psicológico aplicados a víctimas adultas de abuso sexual en la infancia. *Anuario de Psicología* 2014, vol. 41, nº 1-3, 81-105 © 2014, Faculta de Psicologia Universitat de Barcelona.

Echeburúa, E., & Sarasua, B., & Zubizarreta, I., & de Corral, P. (2014). Factores Relacionados con el Rechazo y el Abandono de la Terapia en Mujeres Víctimas de Agresiones Sexuales Tratadas en la Edad Adulta. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXIII (3), 51-60.

Grau Cano, Jaume, Santiñà Vila, Manuel, Ríos Guillermo, José, Céspedes Lacia, Ferrán, & Martínez Galilea, Begoña. (2011). Descripción de las agresiones sexuales atendidas en el servicio de urgencias de un centro hospitalario de referencia. *Gaceta Sanitaria*, 25(2), 166-169.

Galego Vanesa, Gruber Rosa. (2016). Estrategias cognitivas de regulación emocional en mujeres en situación de maltrato. *Pedagogía social: revista interuniversitaria*, ISSN-e 1989-9742, N°. 28.

Grau Cano, Jaume, Santiñà Vila, Manuel, Ríos Guillermo, José, Céspedes Lacia, Ferrán, & Martínez Galilea, Begoña. (2014). Descripción de las agresiones sexuales atendidas en el servicio de urgencias de un centro hospitalario de referencia. *Gaceta Sanitaria*, 25(2), 166-169.

Jorge E. (2014). La agresión sexual constitutiva de violación. Análisis histórico, comparativo y de género.

Heise L, García Moreno C. (2016). Violence by intimate partners. In: Krug EG et al., eds. *World report on violence and health*. Geneva, World Health Organization, 2016:87–121.

Lujan Piatti. (2015). Violencia contra las mujeres y alguien más. Universitat de València (España) en 2015.

Rincón Liliana. (2017). Conducta de ayuda en situaciones de violencia contra las mujeres en las relaciones de pareja.

Ruiz Yolanda. (2017). La violencia contra la mujer en la sociedad actual: análisis y propuestas de prevención.

AMOR, P.J. y otros. “Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato”. Revista Internacional de Psicología Clínica y Salud, Vol. 2, nº 2, (2015) p. 227-246.

CÁCERES, A. y otros. “Violencia en relaciones íntimas en dos etapas evolutivas”. International journal of Clinical and Health Psychology, Vol 6, nº 2, (2014) p. 271-284.

CÁCERES, J. “Violencia doméstica: lo que rebela la investigación básica con parejas”. Papeles del psicólogo. Vol. 28 (1) (2014), p. 57-62.

CORSI, J. (comp.) (2003). Maltrato y abuso en el ámbito doméstico. Fundamentos teóricos para el estudio de la violencia en las relaciones familiares. Barcelona: Paidós.

FERNÁNDEZ, C. “La violencia contra las mujeres”. Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria Vol 4, nº 1, (2014). p. 53-63.

FERNÁNDEZ-FUERTE, A.A. “Evaluación de la violencia en las relaciones de pareja de los adolescentes. Validación del Conflict in Adolescent Dating Relationships Inventory (CADRI)-versión española. International journal of Clinical and Health Psychology, Vol. 6, nº 2, (2016) p.339-358.

GARRIDO, V. (2016). Amores que matan. Acoso y violencia contra las mujeres. Algar: Alzira.

LÓPEZ, E. “La figura del agresor en la violencia de género: características personales e intervención”: Papeles del psicólogo, septiembre (2015).

HIRIGOYEN, M-F (2016). Mujeres maltratadas. Los mecanismos de la violencia en la pareja. Paidós: Barcelona.

ROMAY, J. (2017). Perspectivas y retrospectivas de la Psicología Social en los albores del S. XXI. Biblioteca Nueva: Madrid. p. 437-506.

RUIZ-JARABO QUEMADA, C. y BLANCO PRIETO, P. (dir) (2016) La violencia contra las mujeres. Prevención y detección. Díaz de Santos: Madrid.

Beyebach, M. (2016). Introducción a la terapia breve centrada en las soluciones.

Llanos, M. y cols. (2017). Terapia de reparación en víctimas de abuso sexual. Revista Psykhé, vol. 10, No. 2, pág.53 a 70.

Rodríguez G, Flores J, y García E. (1999). Metodología de la Investigación Cualitativa. Málaga: Aljibe.

Tarragona, M. (2016) Las terapias posmodernas: una breve introducción a la terapia colaborativa, la terapia narrativa y la terapia centrada en soluciones Revista Psicología Conductual, Vol. 14, N° 3, 2006, pp. 511-532.

Tovar, C. y García J. (2008). Un caso de terapia constructivista-sistémica con un delincuente institucionalizado. Apuntes de Psicología. Vol. 26, número 2, págs. 379-392.

Hidalgo, R. (2018). Sexualidad, agresión y autonomía en la mujer. Contribuciones psicoanalíticas actuales. DOI 10.15517/AP.V18I105.59.

Romero, M. (2016). Percepción social de las agresiones sexuales hacia mujeres.

Sarasua, Belén, Zubizarreta, Irene, Corral, Paz de, & Echeburúa, Enrique. (2013). Tratamiento psicológico de mujeres adultas víctimas de abuso sexual en la infancia: resultados a largo plazo. *Anales de Psicología*, 29(1), 29-37.

Blazquez, M. (2018). Análisis de la inteligencia emocional en la violencia de género. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2(2), 227-246.

Echeburua, E. (2015). Tratamiento psicológico de mujeres víctimas de agresiones sexuales recientes y no recientes en la vida adulta. *Psicología conductual = behavioral psychology: Revista internacional de psicología clínica y de la salud*, ISSN 1132-9483, Vol. 21, N°. 2, 2015, págs. 249-270.





