

**EL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN  
MUJERES QUE SUFRIERON  
VIOLENCIA SEXUAL EN EDADES COMPRENDIDAS  
ENTRE LOS 3 Y LOS 20 AÑOS**

**TESIS DOCTORAL**

**Universidad de Sevilla**

**Facultad de Medicina**

**Departamento de Farmacología, Pediatría y Radiología**



**Ángeles Sepúlveda García de la Torre**

**Director: Dr. D. Ignacio Gómez de Terreros**

**Sevilla 2010**

**IMAGEN DE LA PORTADA: Apolo y Dafne.** (Bernini, 1621-1624. Galería Borghese, Roma)

*El Dios Apolo desea poseer a la ninfa Dafne y ésta, en su huida, pide ayuda a la Madre Tierra y al Dios del Río Perneo para protegerse. Cuando es alcanzada por Apolo se transforma en un laurel. La escultura plasma el momento de la metamorfosis de Dafne: su cuerpo se cubre de dura corteza, sus pies se enraízan en el suelo y su cabello se llena de hojas*

*Quiero presentar mi respeto y admiración por todas las mujeres y niñas, víctimas de violencia sexual. La mejora de su calidad de vida y la prevención de los abusos, han sido la motivación para realizar este trabajo.*

*Por último un especial y emocionado recuerdo al 25 de Noviembre, Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra las Mujeres. Por todo su significado.*



**JUNTA DE ANDALUCÍA**

**HOSPITALES UNIVERSITARIOS**

**Virgen del Rocío**

**UNIDAD DOCENTE DE**

**PEDIATRÍA**

**Prof. Titular I. Gómez de Terreros**



**Departamento de Farmacología,  
Pediatria y Radiología**

*IGNACIO GÓMEZ DE TERREROS, Profesor Titular de PEDIATRÍA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE SEVILLA*

### **CERTIFICA:**

Que la presente tesis titulada: “EL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN MUJERES QUE SUFRIERON LA VIOLENCIA SEXUAL EN EDADES COMPRENDIDAS ENTRE LOS 3 Y LOS 20 AÑOS.” Ha sido elaborada por Dña. M<sup>a</sup> Angeles Sepúlveda García de la Torre bajo mi dirección. Así mismo dicha tesis reúne todos los requisitos pertinentes para su presentación y lectura, a fin de optar el grado de doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad de Sevilla.

Y para que así conste formo el presente en Sevilla a diez de diciembre de 2010.

Prof. Ignacio Gómez de Terreros



**JUNTA DE ANDALUCÍA**  
**HOSPITALES UNIVERSITARIOS**  
**Virgen del Rocío**  
**UNIDAD DOCENTE DE**  
**PEDIATRÍA**  
**Prof. Titular I. Gómez de Terreros**



**Departamento de Farmacología,**  
**Pediatría y Radiología**

M<sup>a</sup> Ángeles Sepúlveda García de la Torre, DNI 28855048 F, Licenciada en Medicina y Cirugía por la Universidad de Sevilla

**CERTIFICA:**

Ser la autora de la presente tesis titulada: “EL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN MUJERES QUE SUFRIERON LA VIOLENCIA SEXUAL EN EDADES COMPRENDIDAS ENTRE LOS 3 Y LOS 20 AÑOS.” Dirigida por el Prof. Dr. D. Ignacio Gómez de Terreros, presentada para optar al grado de doctora en Medicina y Cirugía por la Universidad de Sevilla.

Y para que así conste formo el presente en Sevilla a diez de diciembre de 2010.

Fdo: M<sup>a</sup> Angeles Sepúlveda G<sup>a</sup> de la Torre

## AGRADECIMIENTOS

*Al Profesor Dr. D. Ignacio Gómez de Terreros, un referente en la lucha contra la violencia a la infancia, por su aceptación para realizar este estudio, su impulso y enseñanza “para reconocer lo que está ante mis ojos y discernir lo que está ausente o escondido<sup>1</sup>”. No hay palabras para describir la profunda admiración, que me causa esta maravillosa persona, en la que se unen la excelencia profesional y la humildad.*

*A la Profesora Dra. Dña. Montserrat Gómez de Terreros, por su dedicación, paciencia y generosidad. Su tesón y su dulzura son parejas a su inmensa calidad docente y su extraordinaria humanidad.*

*A los Profesores Doctores D. José Luis León Fuentes y D. José Manuel Rodríguez, que me iniciaron en el camino de la investigación. “Conservaré a mis maestros el respeto y el reconocimiento del que son acreedores<sup>2</sup>”.*

*A Carmen Almeida y Patricia Martín. Sin su colaboración este estudio no hubiera sido posible.*

*A las grandes mujeres con las que tengo el privilegio de compartir la vida, y que tanto me han apoyado y enseñado: Pilar Sepúlveda, Pilar Fernández Sepúlveda, Ana Soler, Ana Balestra, Ángeles Soler, Celia Pulido, Sandra Millán, Esther Rodríguez, Beatriz Núñez, Marian Gallardo, Laura Ocaña, Esperanza Delgado, María Morilla, Cristina Segura, Inmaculada Rodríguez, Ana Belén Torres, Rosa Santiago, Ángela Labajo, Teresa Rodríguez y Cristina Jiménez, amigas, hermanas, maestras, compañeras y cómplices.*

*A Tomás, a mi hijo Tomás, Luis, Luigi, Manolo, Juan Antonio, y el resto de los hombres que nos acompañan y luchan por la igualdad.*

*A toda la Peña, a sus risas y a su amistad incondicional.*

*A mi hermano Carlos, por su cariño y profesionalidad en las correcciones de este trabajo. La vida me ha hecho un gran regalo con mis hermanos, Pilar y Carlos, ejemplo constante de solidaridad y lucha pacífica por la dignidad, y el respeto de los derechos humanos.*

*A las mujeres que se han prestado generosamente para la realización de este estudio, a su capacidad de superación y heroicidad por haber roto el silencio, uno de los principales motivos por los que la lacra de la violencia de género perdura.*

*Al Instituto Andaluz de la Mujer, por promover y apoyar el proyecto de Amuvi, de asistencia a víctimas de agresiones sexuales.*

---

<sup>1</sup>Oración diaria del médico (Maimónides).

<sup>2</sup>Juramento médico de Hipócrates.

## ÍNDICE

ÍNDICE DE CUADROS.....	1
ÍNDICE DE FIGURAS.....	3
ÍNDICE DE TABLAS.....	7
ABREVIATURAS.....	13

### **PARTE TEÓRICA.....17**

#### **1. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.....19**

#### **2. INTRODUCCIÓN TEÓRICA.....23**

##### **2.1. LA VIOLENCIA SEXUAL.....25**

2.1.1. Conceptualización.....28

2.1.2. Elementos que integran la violencia sexual.....32

2.1.2.1. Elementos relativos a la víctima.....34

2.1.2.2. Elementos relativos a la agresión.....34

2.1.2.3. Elementos posteriores a la agresión . .... 37

2.1.3. Mitos y falsas creencias en torno a la violencia sexual.....38

2.1.4. Aspectos epidemiológicos.....40

2.1.5. Consecuencias para la salud de las víctimas.....43

2.1.5.1. Consecuencias para la salud física.....44

2.1.5.2. Consecuencias para la salud mental..... 45

##### **2.2. LA VIOLENCIA SEXUAL A MENORES.....50**

2.2.1. Conceptualización .....52

2.2.2. Formas de abuso sexual a menores: elementos  
que lo integran ..... 54

2.2.2.1. Elementos relativos a la víctima .....54

2.2.2.2. Elementos relativos a la agresión .....56

2.2.2.3. Elementos posteriores a la agresión .....59

2.2.3. Características especiales del abuso sexual a menores en la  
familia. ....61

2.2.4. Mitos y falsas creencias sobre el abuso sexual a menores. ....65

2.2.5. Etiología del abuso sexual intrafamiliar a menores.....66

2.2.6. Aspectos epidemiológicos del abuso sexual a menores.....71

2.2.7. Consecuencias del abuso sexual infantil (ASI).....79

2.2.7.1. Modelos explicativos de las consecuencias psicológicas  
del ASI.....80

2.2.7.2. Efectos a corto plazo del ASI.....81

2.2.7.3. Efectos a largo plazo del ASI.....84

2.3. TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT). .....	88
2.3.1. Conceptualización .....	90
2.3.1.1. Criterios diagnósticos del TEPT según las clasificaciones internacionales. ....	93
2.3.1.2. Consideraciones acerca de la estructura de los síntomas. ....	101
2.3.2. Epidemiología del TEPT. ....	107
2.3.3. Etiología del TEPT. ....	116
2.3.3.1. Papel del estresor. ....	116
2.3.3.2. Teorías explicativas biológicas. ....	118
2.3.3.3. Modelos explicativos psicológicos. ....	120
2.4. EL TEPT EN VIOLENCIA SEXUAL. ....	124
2.4.1. Teorías explicativas. ....	124
2.4.2. Sintomatología del TEPT en violencia sexual. ....	134
2.4.2.1. El abuso sexual en la infancia y la adolescencia como posible detonante del TEPT. ....	139
2.4.3. Factores moduladores del TEPT en víctimas de violencia sexual. ....	143
2.4.3.1. Factores anteriores a la violencia sexual. ....	147
2.4.3.2. Factores durante la violencia sexual. ....	151
2.4.3.3. Factores posteriores a la violencia sexual. ....	153
2.5. EVALUACIÓN DEL TEPT. ....	155
2.5.1. Instrumentos de evaluación. ....	155
2.5.1.1. Instrumentos de ayuda diagnóstica. ....	157
2.5.1.2. Instrumentos de cribado. ....	159
2.5.1.3. Escalas de gravedad. ....	160
2.5.1.4. Escalas de evaluación de tratamiento. ....	161
2.5.1.5. Instrumentos no específicos de evaluación del TEPT. ....	161
2.5.2. Evaluación del TEPT en violencia sexual. ....	162

## **PARTE EMPÍRICA.....167**

### **3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS .....169**

3.1. OBJETIVOS.....171

3.2. HIPÓTESIS.....171

### **4. MATERIAL Y MÉTODO.....173**

4.1. PARTICIPANTES.....175

4.2. MARCO GEOGRÁFICO Y TEMPORAL.....176

4.3. INSTRUMENTOS.....176

    4.3.1. Entrevista semiestructurada.....176

    4.3.2. Historiales de comprobación.....176

    4.3.3. Escala de gravedad de síntomas del TEPT.....177

    4.3.4. Material para la recogida de las variables. ....177

4.4. DISEÑO. ....177

4.5. DEFINICIÓN DE VARIABLES.....178

4.6. RECOGIDA DE LOS DATOS: APLICACIÓN DE LAS PRUEBAS.....	189
4.7. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	190
<b>5. RESULTADOS.....</b>	<b>191</b>
5.1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA DE VIOLENCIA SEXUAL (VS).....	193
5.1.1. Muestra global.....	193
5.1.1.1. Variables sociodemográficas.....	193
5.1.1.2. Variables relativas a la VS.....	197
5.1.1.3. Variables relativas al TEPT.....	201
5.1.2. Muestra según edad VS: <=20 años/>20 años.....	207
5.1.2.1. Variables sociodemográficas.....	298
5.1.2.2. Variables relativas a la VS.....	210
5.1.2.3. Variables relativas al TEPT.....	220
5.1.3. Muestra según la frecuencia de la VS: VP/VR.....	229
5.1.3.1. Variables sociodemográficas.....	229
5.1.3.2. Variables relativas a la VS.....	231
5.1.3.3. Variables relativas al TEPT.....	239
5.2. INFERENCIA EN LA MUESTRA DE VS.....	249
5.2.1. Estudio según edad VS: <=20 años/>20 años.....	251
5.2.2. Estudio según la frecuencia de la VS: VP/VR.....	260
5.2.3. Estudio de la frecuencia VS según edad VS.....	267
<b>6. DISCUSIÓN.....</b>	<b>273</b>
<b>7. CONCLUSIONES.....</b>	<b>291</b>
<b>8. RESUMEN.....</b>	<b>295</b>
<b>9. REFERENCIAS.....</b>	<b>301</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>397</b>

## ÍNDICE DE CUADROS

**Cuadro 1.** Perfil de la mujer victimizada con 20 años o menos.

**Cuadro 2.** Perfil de la mujer victimizada con más de 20 años.

**Cuadro 3.** Perfil de la mujer que sufre violencia sexual puntual.

**Cuadro 4.** Perfil de la mujer que sufre violencia sexual reiterada.

**Cuadro 5.** Perfil de la mujer victimizada hasta los 20 años, según haya sufrido VP O VR y determinadas características de esa VS.



## ÍNDICE DE FIGURAS

- Figura 1.** Elementos que integran la violencia sexual.
- Figura 2.** Magnitud de la violencia sexual (tomado de OPS, 2002).
- Figura 3.** Componentes del TEPT (tomado de Pereda, 2006).
- Figura 4.** Modelo jerárquico de los dos factores de Taylor et al. (1998, adaptado de Alonso, 2007).
- Figura 5.** Modelo de 4 factores de Asmundson et al. (2005, adaptado de Alonso, 2007).
- Figura 6.** Procesamiento cognitivo de estímulos relevantes que preceden un trauma, Bryant y Harvey (2000, tomado de Alonso, 2007).
- Figura 7.** Arquitectura básica de la teoría SPAARS (Dalgleish y Power, 1999, adaptado de Alonso, 2007).
- Figura 8.** Modelo cognitivo del TEPT de Ehlers y Clark (2000, adaptado de Alonso, 2007).
- Figura 9.** Procesamiento cognitivo de estímulos relevantes que preceden un trauma (Brewin, et al., 1996, tomado de Rincón, 2003).
- Figura 10.** Modelo transaccional (Spaccarelli, 1994, tomado de Pereda, 2006).
- Figura 11.** Modelo de Wyatt y Newcomb (1990, tomado de Pereda, 2006).
- Figura 12.** Variables moduladoras del TEPT (Echeburúa et al., 1995)
- Figura 13.** Edad acude Amuvi.
- Figura 14.** Edad acude Amuvi (>20 años/<=20 años).
- Figura 15.** Nivel socioeconómico.
- Figura 16.** Nivel educativo.
- Figura 17.** Situación laboral.
- Figura 18.** Lugar de residencia.
- Figura 19.** VP/VR (frecuencia VS).
- Figura 20.** Edad VS.
- Figura 21.** Edad VS (>20años/<=20 años).
- Figura 22.** Tiempo desde VS.
- Figura 23.** Escala Global (corte en 15).
- Figura 24.** Reexperimentación (corte en 5).
- Figura 25.** Evitación (corte en 6).
- Figura 26.** Activación (corte en 4).

**Figura 27.** Lugar de residencia.

**Figura 28.** Frecuencia según edad VS.

**Figura 29.** Edad VS según edad VS.

**Figura 30.** Relación vict-agresor según edad VS.

**Figura 31.** Asimetría edad vict-agresor según edad VS.

**Figura 32.** Tipo actos cometidos según edad VS.

**Figura 33.** Tiempo desde VS según edad VS.

**Figura 34.** Duración VS reiterada según edad VS.

**Figura 35.** Medio desarrolla VS según edad VS.

**Figura 36.** Estrategias agresor según edad VS.

**Figura 37.** Asistencia institucional recibida según edad VS.

**Figura 38.** Apoyo familiar recibido según edad VS.

**Figura 39.** Consecuencias físicas VS según edad VS.

**Figura 40.** Escala Global (corte en 15) según edad VS.

**Figura 41.** Reexperimentación (corte en 5) según edad VS.

**Figura 42.** Evitación (corte en 6) según edad VS.

**Figura 43.** Activación (corte en 4) según edad VS.

**Figura 44.** Edad VS según VP/VR.

**Figura 45.** Edad VS >20 años/<=20 años según VP/VR.

**Figura 46.** Relación vict-agresor según VP/VR.

**Figura 47.** Tipo actos VS cometidos según VP/VR.

**Figura 48.** Tiempo desde VS según VP/VR.

**Figura 49.** Estrategias agresor según VP/VR.

**Figura 50.** Asistencia institucional recibida según VP/VR.

**Figura 51.** Apoyo familiar recibido según VP/VR.

**Figura 52.** Consecuencias físicas VS según VP/VR.

**Figura 53.** Escala Global (corte en 15) según VP/VR.

**Figura 54.** Reexperimentación (corte en 5) según VP/VR.

**Figura 55.** Evitación (corte en 6) según VP/VR.

**Figura 56.** Activación (corte en 4) según VP/VR.

**Figura 57.** Escala Global (corte en 15) según edad VS.

**Figura 58.** Reexperimentación (corte en 5) según edad VS.

**Figura 59.** Evitación (corte en 6) según edad VS.

**Figura 60.** Activación (corte en 4) según edad VS.

**Figura 61.** Escala Global (corte en 15) según VP/VR.

**Figura 62.** Reexperimentación (corte en 5) según VP/VR.

**Figura 63.** Evitación (corte en 6) según VP/VR.

**Figura 64.** Activación (corte en 4) según VP/VR.



## ÍNDICE DE TABLAS

**Tabla 1.** Tipos de víctimas.

**Tabla 2.** Tipos de victimización.

**Tabla 3.** Tipos de violadores (Echeburúa et al., 1999).

**Tabla 4.** Mitos e ideas erróneas-realidades de la violencia sexual (adaptado de A. Sepúlveda et al., 2002).

**Tabla 5.** Delitos contra la Libertad e Indemnidad Sexual según la edad de la víctima y ámbito de comisión (Instituto de la Mujer, 2009).

**Tabla 6.** Vivencias durante la agresión (A. Sepúlveda, 2000).

**Tabla 7.** Reacciones de las víctimas de violación (Kilpatrick y Veronen, 1983, citados en Echeburúa et al., 1995).

**Tabla 8.** Daño psíquico en víctimas de violación. Adaptada de “Daño psíquico en víctimas de delitos violentos” (Esbec, 2000a; Echeburúa et al., 2004a).

**Tabla 9.** Elementos relativos a la agresión y abuso a menores.

**Tabla 10.** Conductas sexuales (Díaz, 2001).

**Tabla 11.** Criterios diagnósticos de la DSM-IV-TR para la pedofilia (APA, 2002).

**Tabla 12.** Mitos e ideas erróneas-realidades de abusos sexuales a menores (adaptado de López, 1999; A. Sepúlveda y P. Sepúlveda, 1999).

**Tabla 13.** Factores de riesgo y de protección (Save the Children, 2001).

**Tabla 14.** Por qué los adultos abusan sexualmente de los niños y niñas (Esteban, 2001).

**Tabla 15.** Estudios españoles sobre la incidencia del maltrato y el abuso sexual infantil (tomada de Pereda, 2006).

**Tabla 16.** Prevalencia del abuso sexual infantil, estudio de revisión de Finkelhor (1994, tomada de Pereda, 2006).

**Tabla 17.** Resumen de los estudios sobre prevalencia del abuso sexual infantil (se excluyen los revisados por Finkelhor, 1994, tomada de Pereda, 2006).

**Tabla 18.** Valoración de los indicadores de abuso sexual infantil (Gil et al., 2006).

**Tabla 19.** Modelos explicativos de consecuencias psicológicas del ASI.

**Tabla 20.** Principales consecuencias a corto plazo del abuso sexual en niños y adolescentes (tomado de Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000, citados en Echeburúa, 2000).

- Tabla 21.** Consecuencias psicológicas iniciales del abuso sexual infantil: problemas emocionales (Pereda, 2009).
- Tabla 22.** Consecuencias psicológicas iniciales del abuso sexual infantil: problemas cognitivos (Pereda, 2009).
- Tabla 23.** Consecuencias psicológicas iniciales del abuso sexual infantil: problemas de relación. (Pereda 2009).
- Tabla 24.** Consecuencias psicológicas iniciales del abuso sexual infantil: problemas funcionales (Pereda, 2009).
- Tabla 25.** Consecuencias psicológicas iniciales del abuso sexual infantil: problemas de conducta (Pereda, 2009).
- Tabla 26.** Principales secuelas en víctimas adultas de abuso sexual en la infancia y adolescencia (adaptado de Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000, citados en Echeburúa, 2005).
- Tabla 27.** Evolución de los criterios diagnósticos del TEPT (tomado de Rincón, 2003).
- Tabla 28.** Criterios diagnósticos del TEA (DSM-IV-TR, APA, 2002).
- Tabla 29.** Criterios diagnósticos de TEPT (CIE-10, OMS, 1992).
- Tabla 30.** Porcentaje de síntomas en criterios, McMillen et al. (2000, adaptado de Araña, Bussé et al., 2006).
- Tabla 31.** Propuestas de tipos y subtipos de TEPT.
- Tabla 32.** Prevalencia y riesgo de TEPT (tomado de Trujillo, 2002).
- Tabla 33.** Distintos tipos de trauma (INDEPSI, 2002).
- Tabla 34.** Anomalías psicobiológicas posiblemente asociadas al TEPT (Sáiz et al., 2000, adaptado de Foa et al., 2003).
- Tabla 35.** Modelos de TEPT.
- Tabla 36.** Variables que favorecen la existencia de personalidades resistentes al estrés. (Echeburúa et al., 2002).
- Tabla 37.** Objetivos básicos para la evaluación del paciente con TEPT (FEPSM, 2007).
- Tabla 38.** Diagrama comparativo de los distintos instrumentos de evaluación del TEPT (González et al., 2000).
- Tabla 39.** Estructura básica de las entrevistas para las víctimas de agresiones sexuales, basada en Kilpatrick et al. (1985, citados por Echeburúa et al., 1995).
- Tabla 40.** Criterios de inclusión y exclusión.
- Tabla 41.** Grupos de participantes según edad VS.
- Tabla 42.** Equivalencia de estudios.
- Tabla 43.** Características sociodemográficas de la muestra.
- Tabla 44.** Variables de la VS.
- Tabla 45.** Variables del TEPT.

- Tabla 46.** Síntomas de Reexperimentación.
- Tabla 47.** Síntomas de Evitación.
- Tabla 48.** Síntomas de aumento de Activación.
- Tabla 49.** Síntomas de la Escala Complementaria. Manifestaciones somáticas de la ansiedad.
- Tabla 50.** Variables sociodemográficas según edad VS: <=20 años/>20 años.
- Tabla 51.** Variables de la VS según edad VS: <=20 años/>20 años.
- Tabla 52.** Variables del TEPT según edad VS: <=20 años/>20 años
- Tabla 53.** Síntomas de Reexperimentación según edad VS: <=20 años/>20.
- Tabla 54.** Síntomas de Evitación según edad VS: <=20 años/>20 años.
- Tabla 55.** Síntomas de Activación según edad VS: <=20 años/>20 años.
- Tabla 56.** Síntomas de la Escala Complementaria. Manifestaciones somáticas de la ansiedad según edad VS: <=20 años/>20 años.
- Tabla 57.** Variables sociodemográficas según VP/VR.
- Tabla 58.** Variables de VS según VP/VR.
- Tabla 59.** Variables del TEPT según VP/VR.
- Tabla 60.** Síntomas de Reexperimentación según VP/VR.
- Tabla 61.** Síntomas de Evitación según VP/VR.
- Tabla 62.** Síntomas de Activación según VP/VR.
- Tabla 63.** Síntomas de la Escala Complementaria. Manifestaciones somáticas de la ansiedad según VP/VR.
- Tabla 64.** Relación entre la edad VS (<=20 años/>20 años) y la edad en que acude a Amuvi.
- Tabla 65.** Relaciones entre la edad VS (<=20 años/>20 años) y la edad en que acude a Amuvi, y la frecuencia VS.
- Tabla 66.** Relación entre la edad VS y la frecuencia VS.
- Tabla 67.** Relación entre la edad VS y nivel socioeconómico.
- Tabla 68.** Relación entre la edad VS y la relación víctima-agresor.
- Tabla 69.** Relación entre la edad VS y la asimetría de edad vict-agresor.
- Tabla 70.** Relación entre la edad VS y el tiempo transcurrido desde la VS.
- Tabla 71.** Relación entre la edad VS y las estrategias del agresor.
- Tabla 72.** Relación entre la edad VS y el apoyo familiar recibido.
- Tabla 73.** Relación entre la edad VS y las consecuencias físicas VS.

- Tabla 74.** Relación entre la edad VS y la Escala Global.
- Tabla 75.** Relación entre la edad VS y la subescala de Reexperimentación.
- Tabla 76.** Relación entre la edad VS y la subescala de Evitación.
- Tabla 77.** Relación entre la edad VS y la subescala de Activación.
- Tabla 78.** Relación entre la edad VS y el síntoma *recuerdos*.
- Tabla 79.** Relación entre la edad VS y el síntoma *evita actividades*.
- Tabla 80.** Relación entre la edad VS y el síntoma *náuseas*.
- Tabla 81.** Relación entre la edad VS, la frecuencia VS y la situación laboral.
- Tabla 82.** Relación entre edad VS, frecuencia VS y asimetría de edad entre la víctima y el agresor.
- Tabla 83.** Relación entre la frecuencia VS y la edad VS.
- Tabla 84.** Relación entre la frecuencia VS y la relación víctima-agresor.
- Tabla 85.** Relación entre la frecuencia VS y la asimetría de edad entre la víctima y el agresor.
- Tabla 86.** Relación entre la frecuencia VS y otros actos agresivos.
- Tabla 87.** Relación entre la frecuencia VS y el tiempo transcurrido desde la VS.
- Tabla 88.** Relación entre la frecuencia VS y las estrategias del agresor.
- Tabla 89.** Relación entre la frecuencia VS y el apoyo familiar recibido.
- Tabla 90.** Relación entre la frecuencia VS y las consecuencias físicas de la VS.
- Tabla 91.** Relación entre la frecuencia VS y la Escala Global.
- Tabla 92.** Relación entre la frecuencia VS y la subescala de Reexperimentación.
- Tabla 93.** Relación entre la frecuencia VS y la subescala de Evitación.
- Tabla 94.** Relación entre la frecuencia VS y la subescala de Activación.
- Tabla 95.** Relación entre la frecuencia VS y el síntoma *ahuyenta pensamientos*.
- Tabla 96.** Relación entre la frecuencia VS y el síntoma *náuseas*.
- Tabla 97.** Relación entre la edad VS, la frecuencia VS y la edad en que acude a Amuvi.
- Tabla 98.** Relación entre la edad VS, la frecuencia VS y la situación laboral.
- Tabla 99.** Relación entre la edad VS, la frecuencia VS y la relación entre la víctima y el agresor.
- Tabla 100.** Relación entre la edad VS, la frecuencia VS y la asimetría de edad entre la víctima y el agresor.

**Tabla 101.** Relación entre la edad VS, la frecuencia VS y el tiempo transcurrido desde la VS.

**Tabla 102.** Relación entre la edad VS, la frecuencia VS y la Escala Global.

**Tabla 103.** Relación entre la edad VS, la frecuencia VS y la subescala de Reexperimentación.

**Tabla 104.** Relación entre la edad VS, la frecuencia VS y la subescala de Evitación.

**Tabla 105.** Relación entre la edad VS, la frecuencia VS y la subescala de Activación.



## ABREVIATURAS

**11-M:** Atentados terroristas en cuatro trenes de la red de Cercanías de Madrid el 11 de marzo de 2004.

**11-S:** Ataques terroristas del 11 de septiembre en Nueva York a las Torres Gemelas.

**2a.:** segunda.

**ADIMA:** Asociación Andaluza para la Defensa de la Infancia y la Prevención del Maltrato Infantil.

**ADIS-R:** Cuestionario Revisado de Entrevista para Trastornos de Ansiedad (*Questionnaire Interview for Anxiety Disorders, Revised*).

**AMUVI:** Asociación de Asistencia a Mujeres Violadas (desde 1994 hasta 1998).

**APA:** Asociación Americana de Psiquiatría (*American Psychiatric Association*).

**ASI:** Abuso Sexual Infantil.

**BOE:** Boletín Oficial del Estado.

**BOJA:** Boletín Oficial de la Junta de Andalucía.

**CAPS-1 y CAPS-2:** Escalas para el TEPT Administrada por el Clínico (*Clinician Administered PTSD Scales*).

**CAVAS:** Centro de Asistencia a Víctimas de Agresiones Sexuales.

**CCOO:** Sindicato Comisiones Obreras.

**CGPJ:** Consejo General del Poder Judicial.

**CIE-10:** Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición.

**Coord.:** Coordinador.

**Coords.:** Coordinadores.

**CPSS:** Escala Infantil de Síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático (*Child PTSD Symptom Scale*).

**DEQ:** Cuestionario para Eventos Estresantes (*Distressing Event Questionnaire*).

**DGRP:** Índice global de Duke de Mejoría del TEPT (*Duke Global Rating Scale for PTSD*).

**Dir.:** Director.

**Dirs.:** Directores.

**DSM:** Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*).

**DTS:** Escala de Trauma de Davidson (*Davidson Trauma Scale*).

**ECA:** Área de captación epidemiológica (*Epidemiologic Catchment Area*).

**Ed.:** Edición.

**Eds.:** Ediciones.

**EE. UU.:** Estados Unidos.

**ETS:** Enfermedades de Transmisión Sexual.

**FEPSM:** Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental.

**FUNCOE:** Fundación para la Cooperación y Educación.

**IAJ:** Instituto Andaluz de la Juventud.

**IAM:** Instituto Andaluz de la Mujer.

**IES:** *Escala del Impacto del Evento (Impact of Event Scale)*.

**IES-R:** Escala Revisada del Impacto del Acontecimiento (*Impact of Event Scale-Revised*).

**INDEPSI:** Instituto de Desarrollo Psicológico.

**ISPCAN:** Sociedad Internacional para la Prevención del Abuso y la Negligencia al Niño (*International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect*).

**LASC:** Lista de Verificación Sintomática de Los Ángeles (*Los Angeles Symptom Checklist*).

**MCMI-III:** Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (*Millon Clinical Multiaxial Inventory-III*).

**MMPI:** Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*).

**M-PTSD:** Escala de Mississippi de la PTSD (*Mississippi Scale for Combat-Related*).

**No.:** Número.

**NCS:** Encuesta de Comorbilidad Nacional (*National Comorbidity Survey*).

**OMS:** Organización Mundial de la Salud.

**ONU:** Organización de las Naciones Unidas.

**OPS:** Organización Panamericana de la Salud.

**P.:** Página.

**PCL:** Lista de Chequeo del TEPT (*PTSD Checklist*).

**PI-PTSD:** Inventario de Pensilvania para el TEPT (*Penn Inventory for Posttraumatic Stress Disorder*).

**PK:** Escala de TEPT de Keane del MMPI-2 (*Keane PTSD Scale*).

**Pp.:** Páginas.

**PSS-I:** Entrevista de Escala Sintomática para TEPT (*PTSD Symptom Scale-Interview*).

**PTDS:** Escala Diagnóstica Postraumática (*Posttraumatic Diagnostic Scale*).

**PTSD:** Trastorno por Estrés Postraumático (*Posttraumatic Stress Disorder*).

**PTSD-I:** Entrevista para TEPT (*Posttraumatic Stress Disorder Interview*).

**RAE:** Real Academia Española.

**RCC:** Rape Crisis Center.

**Rev.:** Revisada.

**SAS:** Servicio Andaluz de Salud.

**SCID:** Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-III-R (*Structural Clinical Interview for DSM-III-R*).

**SEAS:** Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés.

**SENAME:** Servicio Nacional de Menores.

**S.f.:** Sin fecha.

**SIDA:** Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

**SI-PTSD:** Entrevista Estructurada para el TEPT (*Structured Interview for PTSD*).

**SNC:** Sistema Nervioso Central.

**SPAN Meltzer-Brody:** Instrumento de cribado de Meltzer-Brody (*Startle. Physiological arousal. Anger, and Numbness*).

**Supl.:** Suplemento.

**TEA:** Trastorno de Estrés Agudo.

**TEPT:** Trastorno por Estrés Postraumático.

**TOP-8:** Escala de 8 ítems para los Resultados del Tratamiento del TEPT (*The eight-item treatment-outcome post-traumatic stress disorder scale*).

**TQ:** Cuestionario de Experiencias Traumáticas (**Questionnaire Traumatic Experiences**).

**UNED:** Universidad Nacional de Educación a Distancia.

**VIH:** Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

**VP:** Violencia Puntual.

**VR:** Violencia Reiterada.

**VS:** Violencia Sexual.



## **PARTE TEÓRICA**



## **1. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO**



## 1. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.

En 1994 un grupo de mujeres profesionales fundamos AMUVI<sup>1</sup>. Esta asociación -sin ánimo de lucro- se inició con un programa asistencial, gratuito, psicológico y jurídico, para mujeres que habían sufrido violencia sexual. El programa de Amuvi, pionero en la Comunidad Autónoma Andaluza, fue cobrando fuerza y solidez. A lo largo de los años, ha obtenido distintos méritos y reconocimientos, entre ellos: la Medalla de Plata al Mérito Civil y Solidaridad Social impuesta por la Reina Dña. Sofía (1997, a la Federación de Asistencia a Mujeres Violadas); Premio Meridiana del Instituto Andaluz de la Mujer (IAM, 1999); Premio de Investigación para la Mujer de la Diputación de Sevilla (2001); Premio Participa de la Confederación de Asociaciones Vecinales de Andalucía (2006); Distintivo de la Iniciativa Solidaria de la Caja San Fernando (2007); Premio Sevilla Joven del Instituto Andaluz de la Juventud (IAJ, 2007); Premio Andaluz al Voluntariado (2007); CANF de Oro de la Confederación Andaluza de Personas con Discapacidad Física y Orgánica (CANF-COCEMFE Andalucía, 2007); Premio Desde Nuestro Corazón de la Fundación Genus (2008). En el año 2010, Amuvi ha logrado el Sello de Calidad y el reconocimiento de la Excelencia -Modelo EFQM- de la Fundación Europea para la Gestión de Calidad.

La imagen social de la violación oscila entre, ocultar y trivializar el problema, y excitar el morbo de los hechos y sus consecuencias. El trabajo diario con víctimas de violencia sexual a lo largo de todos estos años, nos fue mostrando el desconocimiento, las ideas preconcebidas, los prejuicios y los estigmas, que aún perduraban en nuestra sociedad. Por otra parte, también pudimos comprobar, cómo la violencia sexual marca profundamente a la víctima. La aparición y la intensidad del trauma dependía de diversas circunstancias como: la relación con el agresor, las características del suceso (reiteración, tipo de acto, etc.), el apoyo familiar recibido, y el proceso policial, sanitario y judicial -que debe afrontar la víctima tras la denuncia-. Los escasos estudios nacionales e internacionales existentes, sobre las consecuencias de los abusos y las agresiones sexuales, avalaron estas observaciones, a pesar de los diferentes criterios metodológicos de las investigaciones.

Todo ello generó en mí la necesidad de dar a conocer la violencia sexual, y acercar a los/as profesionales y a la ciudadanía, la realidad de las víctimas.

De esta forma nació el proyecto del presente estudio. A partir de los datos de certeza conocidos a través del servicio asistencial de

---

<sup>1</sup>Cuando se fundó la Asociación en 1994, las siglas AMUVI correspondían al nombre de *Asociación de Asistencia a Mujeres Violadas*. Tras los dos primeros años de singladura, pudo comprobarse que la mayoría de los casos eran niñas y adolescentes. Por otra parte, la actividad de la Asociación fue aumentando con otros servicios dirigidos a poblaciones vulnerables, menores en riesgo, personas mayores, con discapacidad, etc. Por todo esto, a partir de 1998 desapareció el significado de las siglas, quedando solo el nombre Amuvi.

Amuvi, y tomando como muestra las víctimas que a él acudieron (y que cumplían los criterios para la investigación), decidí analizar las características que presenta la violencia sexual, el impacto que produce, así como, las variables que inciden en el trauma. Con los resultados de la investigación, pretendo profundizar en la comprensión de las consecuencias a largo plazo, de la violencia sexual sufrida en la infancia y adolescencia, dar nuevas perspectivas a otros estudios que se han realizado sobre esta materia y, avanzar en el conocimiento de esta oculta realidad. El conocimiento permite establecer pautas de asistencia a las víctimas y mejorar la prevención. Ésta última, a su vez, es la gran herramienta que, ayuda a erradicar la lacra social de la violencia social y a avanzar en la igualdad, reflejo del respeto que los seres humanos nos debemos unos a otros.

## **2. INTRODUCCIÓN TEÓRICA**



## 2. INTRODUCCIÓN TEÓRICA.

### 2.1. LA VIOLENCIA SEXUAL.

*“No hay manera de describir lo que estaba ocurriendo en mi interior. Estaba perdiendo el control y nunca, en toda mi vida, había estado tan aterrorizada e indefensa. Sentía como si se le hubiera dado una patada a todo mi mundo y me hubieran dejado flotando, sola, en la oscuridad. Tenía horribles pesadillas en las que revivía la violación [...]. Me aterrorizaba estar con gente y me aterrorizaba estar sola”.*  
(J. Herman).

*“El descubrimiento de los hombres de que sus genitales podrían ser utilizados como arma para generar el miedo debe considerarse como uno de los descubrimientos más importantes de los tiempos prehistóricos, junto con el uso del fuego y de la primera hacha de piedra. Desde los tiempos prehistóricos al presente, creo yo, la violación ha desempeñado una función importante. No es nada más ni menos que un proceso consciente de intimidación mediante el cual todos los hombres mantienen a todas las mujeres en un estado de miedo”.*  
(S. Brownmiller).

*“La violencia contra la mujer es quizás la más vergonzosa violación de los derechos humanos. No conoce límites geográficos, culturales o de riquezas. Mientras continúe, no podemos afirmar que hemos realmente avanzado hacia la igualdad, el desarrollo y la paz”.*  
(Organización Panamericana de la Salud, K. Anán).

La violencia sexual es un problema de gran magnitud -tanto por su frecuencia, como por sus graves consecuencias para la salud de las víctimas-, que durante mucho tiempo ha sido considerado un problema privado e ignorado socialmente. La violencia sexual se enmarca dentro de las diversas formas de violencia contra las mujeres y fue reconocida por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en 1995, como un obstáculo para lograr los objetivos de igualdad, desarrollo y paz, y una grave limitación para el disfrute de los derechos humanos y las libertades fundamentales.

Siguiendo lo estipulado en la Declaración de Beijing (ONU, 1995), la expresión “violencia contra las mujeres”, se refiere a todo acto de violencia sexista, que tiene como resultado posible o real, un daño de naturaleza física, sexual o psicológica, incluyendo las amenazas, la coacción y la privación arbitraria de libertad; ya se produzcan en la vida pública o en la privada.

La violencia sexual, como forma de violencia contra las mujeres, es considerada por organismos internacionales y gobiernos como un problema de salud pública de primer orden. Así fue declarada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1996, durante la 49a. Asamblea Mundial de la Salud (Organización Panamericana de la salud [OPS], 2002).

Desde una perspectiva histórica, Sau (1990) afirma que, la subyugación sexual de la mujer por el hombre ha existido en todas las

épocas, impregnando abundantemente la historia de la humanidad. El rapto y la posterior violación, fueron durante muchos años la forma primitiva de matrimonio. Tradicionalmente, la conquista de los pueblos ha llevado aparejada la violación de sus mujeres. En guerras y revoluciones, las mujeres han constituido un botín más. La ofensa de la violación se ha considerado también un agravio del vencedor a los vencidos (A. Sepúlveda, Millán, P. Sepúlveda, Nevado y Solís, 2002). La violación como arma de guerra no ha cesado. Hay pruebas de esta barbarie, como las brutales agresiones contra miles de mujeres croatas y musulmanas en la guerra de la antigua Yugoslavia; y las violaciones en grupo realizadas en la República del Congo, que tan sólo en la provincia de Kivu Sur entre los años 2004 y 2008, sumaron más de 2500 víctimas, según el informe de *Oxfam International* (2010).

Esta forma de violencia no siempre ha tenido la misma consideración como delito. A continuación, se expone un recorrido por sus antecedentes siguiendo a A. Sepúlveda et al. (2002).

Zeus, Poseidón, Apolo y otros dioses griegos y romanos, abusaban y violaban a mujeres de manera habitual, formando parte de la mitología y la literatura. Filomena fue violada por Tereus, Rey de Tracia, quien le cortó la lengua para que no pudiera hablar de lo sucedido. Kainis, joven violada por Poseidón, pidió a su dios violador que la convirtiera en hombre para no ser deshonrada en el futuro. Encontramos también antecedentes en el mito de Apolo y Daphne, el Rapto de las Sabinas o el de Helena de Troya por Paris (A. Sepúlveda et al., 2002). Rojas-Marcos (1996) ha sugerido que las múltiples violaciones y asaltos a los templos de las diosas, perpetradas por los dioses del Olimpo, simbolizan el triunfo del patriarcado.

La primera referencia a la violación que aparece en el derecho español se sitúa en los alrededores del año 654, con el Fuero Juzgo. Dicho Fuero estipulaba, que si algún hombre hacía por fuerza fornicio o adulterio, si era libre recibiría 100 azotes y después sería dado por siervo a la mujer ofendida; pero si era siervo, la pena era ser quemado en fuego. En los Fueros Municipales y en el Fuero Viejo (Siglo XII), se castigaba con la muerte o la declaración de enemistad, lo que permitía a los parientes de la víctima dar muerte al ofensor.

En las Partidas de Alfonso X El Sabio (fechadas entre los años 1256 y 1265), también se hizo referencia a la violación. Las penas se establecían en función de si la víctima era viuda de buena fama, virgen, casada, religiosa, o el de una mujer que no reuniera dichas cualidades. Si la mujer era honesta, la pena por el delito sería pena de muerte y confiscados todos los bienes del condenado a favor de la víctima, excepto si era monja, que entonces los bienes serían para el monasterio. Ahora bien, si la víctima no era viuda de buena fama, ni virgen, ni casada, ni religiosa, entonces la pena se dejaba al libre albedrío del juzgador.

Los siglos siguientes no supusieron una modificación significativa en la situación que ocupaba la mujer; ejemplo de ello es que en las leyes inglesas del siglo XVI, se planteaba que el embarazo tras una violación, demostraba consentimiento por parte de la mujer.

En España se describe por primera vez el delito de violación en el Código Penal de 1848, dentro de los llamados “Delitos contra la Honestidad”. Esta descripción se mantuvo hasta el año 1989, en que cambió a la figura de “Delitos contra la Libertad Sexual”, por lo que durante casi siglo y medio, la consideración de este delito permaneció inalterable. A pesar de los avances jurídicos, no por ello se han modificado las ideas populares sobre la necesaria castidad y decencia de la víctima (Almeida, 1999), y acerca de que “para que exista violación la mujer debe ser honesta y no llevar una vida que provoque o induzca a ello” (P. Sepúlveda, 2002a, p.32).

En la reforma del Código Penal de 1999, estos delitos pasaron a denominarse “Delitos contra la Libertad e Indemnidad Sexuales”. La introducción del término *indemnidad*, ha dado importancia al daño o perjuicio que sufre la víctima a lo largo de su desarrollo evolutivo (A. Sepúlveda et al., 2002).

Diversos autores como Blanco (2004a), Herman (2004), M. Lorente y J. A. Lorente (1998), Pérez del Campo (2007), Rojas-Marcos (1996) y A. Sepúlveda et al. (2002), han puesto de manifiesto el avance que supuso para los cambios legales, el movimiento asociativo de las mujeres y la crítica feminista a la normativa existente, que mostró la incoherencia y la injusticia de ciertas leyes dominantes, basadas más en la conducta social o en la moral sexual, que en el respeto y defensa de la libertad e integridad.

Grupos asociativos masculinos, también han expuesto su reprobación a la violencia contra las mujeres, a través de un movimiento de reflexión sobre la conciencia masculina, que dio comienzo en los años 80 en los países escandinavos, y ha continuado en los años 90 en el resto de Europa y América (Lozoya, s.f.).

La consideración de la violencia contra las mujeres como un atentado contra los derechos humanos (Consejo de Europa, 2009), ha dado lugar a una mayor atención social e institucional. En España ha culminado, entre otros, con la aprobación de la Ley 27/2003, de 31 de julio, reguladora de la Orden de protección de las víctimas de la violencia doméstica y la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Sin embargo, la violencia sexual ha quedado en segundo plano en relación a los malos tratos, a pesar de que se siguen produciendo un número importante de agresiones sexuales, y se hace necesaria la adopción de medidas firmes y eficaces para la protección de las víctimas, así como

una concienciación social que rechace contundentemente estos actos (Amnistía Internacional, 2009; Amuvi, 2009).

### **2.1.1. CONCEPTUALIZACIÓN.**

Cuando hablamos de violencia, hacemos uso de un término que nos remite a la cualidad de violento, según el diccionario de la Real Academia Española (RAE, 2001), o bien a la acción y efecto de violentar o violentarse, acción violenta o contra el natural modo de proceder, o bien acción de violar a una mujer.

Violencia y agresión son términos fácilmente confundibles, que a veces se utilizan como sinónimos. Franco (1994) consideró que la violencia surge en la interrelación social de las personas, y el comportamiento violento, que recurre a la fuerza física y al chantaje emocional, sirve de instrumento para lograr un fin. La agresión, como ataque en defensa, es el producto de una herencia filogenética y de no una construcción social. La OMS (OPS, 2002) define la violencia como el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo.

El intento de conceptualización de la violencia sexual ha sido expuesto por múltiples autores como Pérez y Borrás (1996), Delgado (1996), Elliott, Mok y Briere (2004) o la OMS (OPS, 2002). El concepto varía según el momento histórico y social, la zona geográfica y la perspectiva de quien la estudie o investigue; está sometido a creencias culturales, que establecen los límites de lo que se considera permitido o sancionado, y a mitos e ideas erróneas que desvirtúan su significado (Suárez y González, 2003).

La compleja tarea de encontrar una definición unitaria de estos términos es importante, ya que del concepto se van a deducir elementos de relevancia como la detección de casos, la dimensión estadística del problema, las consecuencias para la salud, o las implicaciones legales (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997). Las principales dificultades para unificar criterios, se han basado fundamentalmente en discrepancias a la hora de determinar la edad límite del agresor o de la víctima, las conductas que se incluyen en el acto abusivo y en las estrategias utilizadas para cometerlo (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000).

En su sentido más amplio, violencia sexual sería cualquier tipo de actividad sexual, cometida contra el deseo y la voluntad de una persona, ya sea con la utilización de la fuerza, amenaza, intimidación, engaño, coacción, cuando la víctima no tenga la capacidad de consentir debido a su edad, deficiencia, enfermedad, o por influencia del alcohol y las drogas (Centro para el Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos, 2004; citado en Muruaga, 2006).

Aunque la opinión pública pone mayor énfasis en el carácter

sexual del acto, es de destacar que subyace la animadversión del violador hacia la mujer (Alario, 1993). Todas las formas de violencia, pero en especial la violencia sexual, actúan como mecanismo de control social y sirven para reproducir y mantener el *statu quo* del dominio masculino agresor, frente a la subordinación de la víctima mujer (M. Lorente y J. A., Lorente, 1998; M. Lorente, 2001).

Frecuentemente se utilizan los conceptos de violación, agresión sexual y abusos sexuales de forma indistinta, pero se trata de diferentes delitos sexuales que se encuentran recogidos en el Código Penal aprobado por Ley Orgánica 11/1999, de 30 de abril dentro del Título VIII de su Libro II, rubricado "Delitos contra la Libertad e Indemnidad Sexuales" (Código Penal, 2008).

El concepto establecido en el Código Penal, refiere la **Agresión Sexual** como aquel atentado contra la libertad sexual de la persona, mediante violencia o intimidación, con o sin penetración, por cualquier vía. Según el Código Penal (2008), la violación es un tipo de delito de Agresión Sexual, en el que existe acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o introducción de objetos por alguna de las dos primeras vías.

El delito de **Abusos Sexuales** (Código Penal, 2008), se produce cuando sin violencia ni intimidación, pero sin consentimiento, se atenta contra la libertad sexual de otra persona, siempre que los actos se ejecuten sobre menores de trece años, sobre personas que se hallen privadas de sentido o de cuyo trastorno mental se abusare, cuando se prevale el responsable de una situación de superioridad manifiesta que coarta la libertad de la víctima, o cuando media engaño con persona mayor de trece años y menor de dieciséis. El abuso sexual puede ser mediante tocamientos o acceso carnal por vía vaginal, bucal o anal, o introducción de objetos por alguna de las dos primeras vías. El delito de Abuso Sexual es contemplado en el Código Penal (2008) tanto a mayores como a menores de edad.

Siguiendo la obra de P. Sepúlveda (1999, 2002a), podemos afirmar que la esencia de los delitos contra la libertad e indemnidad sexuales, se encuentra en la falta de consentimiento y en el contacto sexual.

Al hablar de violencia sexual, resulta inevitable hacer alusión a otros conceptos estrechamente relacionados, que se exponen a continuación:

- **VIOLENCIA DE GÉNERO:** la expresión violencia de género hace referencia a la violencia específica contra las mujeres, cuando es utilizada como instrumento para mantener la desigualdad y las relaciones de poder de los varones sobre las mujeres (Sánchez-Hernández, 2000). ONU (1994b y 1995) y el Consejo de Europa (2009), han definido la violencia de género

como cualquier acto violento por razón de sexo, dirigida contra las mujeres por el hecho mismo de serlo.

●**VIOLENCIA FAMILIAR O DOMÉSTICA:** el glosario establecido por la Comisión Europea (ONU, 1998), ha definido la violencia familiar o doméstica como toda violencia física, sexual o psicológica, que pone en peligro la seguridad o el bienestar de un miembro de la familia, cuando sucede en el hogar o el entorno doméstico. En este concepto se incluyen el maltrato infantil, el incesto, el maltrato de mujeres y los abusos sexuales o de otro tipo, contra cualquier persona que conviva bajo el mismo techo.

●**VÍCTIMA:** el vocablo víctima deriva del latín “vincere” y tiene dos acepciones; por un lado, se refiere a todos aquellos animales sagrados sacrificados a los dioses, y por otro, al sujeto vencido en una confrontación (Soria y Hernández, 1994). El Diccionario de la Real Academia Española (RAE, 2001) define víctima, como persona o animal sacrificado o destinado al sacrificio; persona que se expone u ofrece un grave riesgo en obsequio de otra; persona que padece un daño por culpa ajena o causa fortuita. La ONU (1985) delimitó el concepto de víctima, a aquellas personas que individual o colectivamente padecieran daños, lesiones físicas o psíquicas, sufrimiento emocional, pérdida financiera o menoscabo sustancial de sus derechos fundamentales, como consecuencia de acciones u omisiones que violasen la legislación penal vigente; con independencia de que se pueda o no enjuiciar o condenar al perpetrador, y de la relación familiar entre el agresor y la víctima. En esta expresión se han incluido también a los familiares o personas que tengan relación inmediata con la víctima directa, y a las personas que hayan sufrido daños al intervenir para asistir a la víctima en peligro, o para prevenir la victimización. En la actualidad la palabra *víctima* está siendo cuestionada. Existen tendencias (López, 1995; Kelly y Regan, 2003; Bass y Davis, 1995; Lev-Wiesel, 2006) que la denominan *superviviente*. Esta acepción tiene sus críticas por autoras como A. Sepúlveda et al. (2002) y P. Sepúlveda (2002a, 2002b), que estiman que la palabra más correcta sería *superadoras*, tanto del daño sufrido, como del estigma social. En la práctica del derecho penal, a la víctima también se la denomina sujeto pasivo del delito, perjudicada, denunciante, acusación particular o testigo, y en los servicios de asistencia a víctimas, generalmente se les llama usuarias del servicio.

●**TIPOS DE VÍCTIMAS:** en la literatura especializada existen tantas clasificaciones como autores estudiosos del tema. Siguiendo a Cobo (1998), Kilpatrick, Edmonds y Seymour (1992), Save the Children y Equipo de Investigación “Márgenes

y Vínculos” (2006), A. Sepúlveda (2006a), A. Sepúlveda et al. (2002), P. Sepúlveda (2002a, 2002b), así como lo establecido en la Ley 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, podemos distinguir diferentes tipos de víctimas (Tabla 1).

**Tabla 1. Tipos de víctimas.**

TIPOS DE VÍCTIMAS	
Dependiendo de la relación con el agresor.	Víctima conocida Víctima desconocida Víctima accidental <sup>2</sup>
En base al hecho delictivo.	Víctima directa Víctima indirecta <sup>3</sup>
En base al reconocimiento médico forense de las agresiones sexuales.	Víctima como prueba <sup>4</sup> Víctima como persona
En función del tipo de daño sufrido.	Víctima económica Víctima psicológica Víctima física Víctima social
Según el sistema afectado por el delito.	Víctima individual Víctima familiar Víctima colectiva
Según el tiempo transcurrido desde que aconteció el suceso traumático.	Víctimas recientes <sup>5</sup> Víctimas no recientes
Según la duración del delito.	Puntual/ocasional Reiterada Multivictimización <sup>6</sup>
Víctimas especialmente vulnerables.	Victimas vulnerables por factores sociales <sup>7</sup> Victimas vulnerables por factores personales

<sup>2</sup>Se encontraba al azar en el camino del delincuente.

<sup>3</sup>Aquellas que se encuentran dentro del entorno afectivo de la víctima directa y que van a padecer perjuicios ya sean morales, patrimoniales, laborales, etc., que tienen su causa en el delito. En éstas se incluyen familiares y allegados. Es contemplada en la Ley 1/2004 de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral Contra la Violencia de Género, que refiere que los/as hijos/as de las mujeres víctimas de violencia de género (que sufren esta violencia aunque sea de forma indirecta).

<sup>4</sup>Por el hecho de ser la víctima fuente de indicios, datos, huellas, impresos en su cuerpo, en sus ropas y en su estado psíquico (A. Sepúlveda, 1999, 2001, 2006a).

<sup>5</sup>Aquellas cuyo suceso traumático ha tenido lugar hace menos de tres meses y víctimas no recientes, cuando el hecho aconteció hace más de tres meses. (A. Sepúlveda et al., 2002).

<sup>6</sup>Se considera cuando es violentada en diferentes ocasiones, pero por un lapso de tiempo más largo o menos frecuente que las reiteradas, y generalmente por diferentes agresores. Ejemplo: abusos y malos tratos por parte de los padres o del marido (Millán, Sepúlveda, A., Sepúlveda, P. y González., 2008).

<sup>7</sup>La vulnerabilidad se basa en factores o circunstancias sociales como el lugar de vivienda, el estilo de vida, etc., o personales como la edad, el padecimiento de discapacidad, etc.

●**VICTIMIZACIÓN:** según la RAE (2001) el término victimización se refiere a la acción de victimizar, es decir, convertir en víctimas a personas y animales. En las Memorias del Consejo General del Poder Judicial (2002 y 2004), cuando se habla de victimización por un delito, se refiere a las consecuencias o efectos derivados del mismo. En base a los trabajos de Genovés (2007), Garrido, Stangeland y Redondo (1999), Millán et al. (2008), A. Sepúlveda, (1999, 2001, 2006a), A. Sepúlveda et al.

(2002), A. Sepúlveda y P. Sepúlveda (1999) y P. Sepúlveda (2002a, 2002b), se exponen los tipos de victimización en la Tabla 2.

**Tabla 2. Tipos de victimización.**

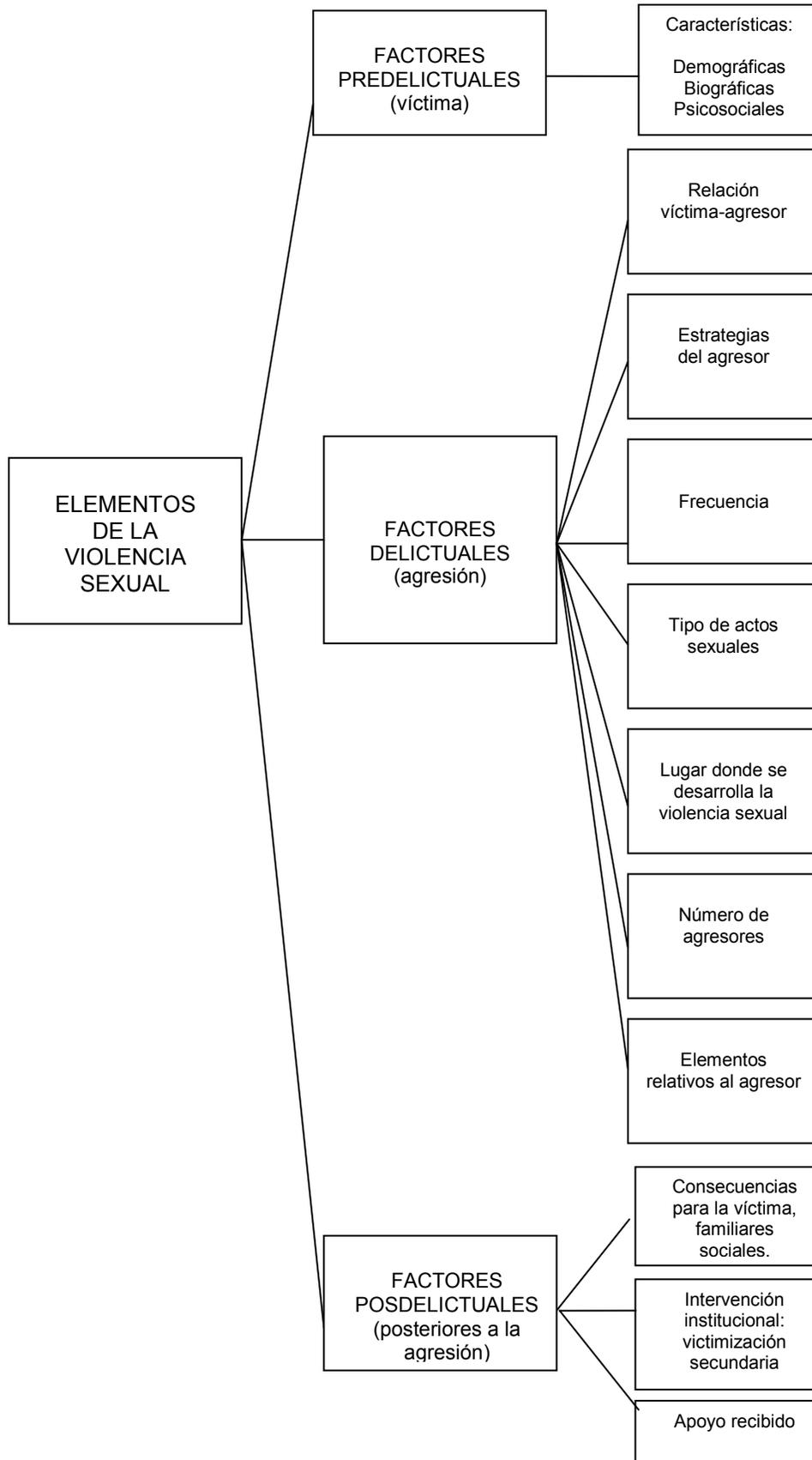
TIPOS DE VICTIMIZACIÓN	
VICTIMIZACIÓN PRIMARIA	Se deriva directamente del delito. Supone un daño físico, emocional, moral, patrimonial, etc., y va aparejado a una situación de impotencia, sintomatología postraumática y sobre todo inseguridad (Kawada y Kevin, 2002).
VICTIMIZACIÓN SECUNDARIA	Se deriva de las actuaciones y procesos institucionales, generalmente de las relaciones de la víctima con el sistema jurídico penal, desde la denuncia policial, la exploración médica y forense, las declaraciones en el juzgado, entre otros procedimientos (Garrido, Stangeland y Redondo, 1999). Puede implicar para la víctima sufrir una <i>violencia institucional</i> más dolorosa incluso que la propia violencia sufrida. Otros autores como Juárez (2004) expresan la <i>victimización secundaria</i> como el choque entre las expectativas previas de la víctima y la realidad institucional. En el caso de un delito de agresión sexual, la Justicia va a mantener una doble exigencia comportamental a la víctima. Por un lado, debe responder al modelo cultural de mujer (sumisa, no agresiva, estar controlada por sus expresiones) y durante el juicio, le exigirá que durante la agresión hubiera realizado una defensa numantina de su integridad física hasta la muerte y recordar perfectamente los hechos (Garrido, 1989, citado en Soria y Hernández, 1994). Dentro de esta victimización, algunos/as autores/as añaden la falta de apoyo familiar y social, así como el juicio paralelo que a veces la opinión pública y la presión de los medios de comunicación ejercen sobre la víctima del delito (P. Sepúlveda, 2002b).
VICTIMIZACIÓN VICARIA	No sufrida directamente ni observada presencialmente, pero que hace igualmente víctimas porque la han padecido personas cercanas o lejanas. Se producen por un efecto de empatía, hacen compartir el dolor y la rabia que se conoce o supone en el/la otro/a (Genovés, 2007). En este apartado se incluyen los familiares de las víctimas, e incluso profesionales que las tratan. También llamada indirecta.

### 2.1.2. ELEMENTOS QUE INTEGRAN LA VIOLENCIA SEXUAL.

Según Sánchez-Hernández (2000), la descripción fundamental de la violencia sexual debe constar de cuatro elementos básicos: la víctima, el perpetrador o agresor, el acto sexual, y los efectos nocivos o inferidos.

Siguiendo a autores como Ackerman, Sugar, Fine y Eckert, 2005; Albarrán et al., 2001; Amuvi, 2006, 2007, 2008, 2009; Delgado, 1996; Echeburúa, de Corral, Zubizarreta y Sarasúa, 1995; Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000; Galiana, 1996; Galiana y de Marianas, 1998; Sau, 1990; A. Sepúlveda, 2006a; P. Sepúlveda, 2002b; A. Sepúlveda et al., 2002; Soria y Hernández, 1994, se describen los elementos que integran la violencia sexual en tres grupos de factores (Figura 1).

Figura 1. Elementos que integran la violencia sexual.



### 2.1.2.1. ELEMENTOS RELATIVOS A LA VÍCTIMA.

Llamados también *Factores Predelictuales* (Soria y Hernández, 1994). Se incluyen en este apartado los elementos relativos a la víctima que incluyen características demográficas (fecha nacimiento, lugar de residencia, estado civil, etc.); biográficas y psicosociales (grado de madurez, estadio evolutivo, recursos de afrontamiento, resistencia al estrés, capacidad de resiliencia, educación, creencias, valores, padecer algún tipo de discapacidad, deficiencia o patología en su salud). El momento personal que atraviesa la víctima en el momento de la agresión, estudiado por Galiana y de Marianas (1998) y A. Sepúlveda et al. (2002), es asociado a una mayor vulnerabilidad, junto con el aislamiento físico y emocional, el haber sufrido una pérdida concomitante, o problemas en el trabajo. A. Sepúlveda et al. (2002) señalaron que la mayor prevalencia (65%), se da en niñas y adolescentes.

### 2.1.2.2. ELEMENTOS RELATIVOS A LA AGRESIÓN.

Llamados también *Factores Delictuales* (Soria y Hernández, 1994). En este grupo se encuentran todos aquellos elementos de la interacción delictiva, incluyendo los relacionados con el agresor.

- RELACIÓN VÍCTIMA-AGRESOR: según el grado de relación o conocimiento previo, Amuvi (2006, 2007, 2008, 2009); Roig (1996, 1998, 2000) y A. Sepúlveda et al. (2002) distinguen entre agresor desconocido y agresor conocido, dentro del cual se encuentra el conviviente familiar. A su vez, diferencian entre abusos intrafamiliares y abusos sexuales extrafamiliares. Entre los últimos, podemos citar los casos en los que existe vinculación profesional por relación médico/terapeuta-paciente (Eva-Condemarin, 2001); la violación de cita amistosa (Rojas-Marcos, 1996), llamada también violación de fin de semana (P. Sepúlveda, 2002b); el denominado *date rape*, expresión acuñada en los años ochenta, referida a los casos de mujeres jóvenes cuyo agresor es su pareja (Pereda, 2006); el acoso sexual en el ámbito laboral; o la violencia sexual perpetrada por los soldados en tiempos de guerra (Amnistía Internacional, 2009).

- ESTRATEGIAS DEL AGRESOR: autores como Berliner y Elliot, 1996; Cruz, 2004; Groth et al., citados en Alario, 1993; Cobo, 1998; M. Lorente, 2001, 2004, 2009; A. Sepúlveda, 1995, 2006a; A. Sepúlveda et al., 2002, han opinado que las estrategias o maniobras que el agresor o victimario utiliza, están relacionadas con la vulnerabilidad de la víctima y a su vez, son factores determinantes en el resultado de la agresión. Siguiendo a estos autores se distingue entre las siguientes estrategias:

- a) **Con violencia física**, en este caso hay un resultado lesivo.
- b) **Sin violencia física**, en este caso el perpetrador utiliza la amenaza, la coacción, el engaño, la manipulación, el chantaje emocional, la confusión o el prevalimiento. Como pilar estratégico básico se encuentran la coerción y la asimetría. López (1994, 1995, 1999) considera **coerción** cuando el agresor utiliza la situación de poder que tiene sobre la víctima, para interactuar sexualmente con ella. La coerción psicológica se sustenta en tres polos principales: autoridad, secreto e indefensión (Barudy, 1998; Servicio Nacional de Menores [SENAME], 2004). La **asimetría** viene establecida principalmente por la diferencia de edad. La doctrina del Tribunal Supremo (P. Sepúlveda, 2002a, 2002b), considera la asimetría de edad en unos 5 años aproximadamente, por la especial vulnerabilidad de la víctima –mujeres con discapacidad, inmovilizadas o inconscientes (Millán et al., 2008)-, o por la situación social económica o educacional (P. Sepúlveda, 2002a, 2002b). La asimetría a su vez determina otras diferencias: anatómica, de desarrollo y especificación del deseo sexual, de afectos y de habilidades sociales y relacionales (Perrone y Nannini, 1998). Especial mención merece la coartación de la libertad de la víctima por estar bajo los efectos de drogas o alcohol (López–Lucas, 2006; Muruaga, 2006).

●**FRECUENCIA DE LA AGRESIÓN**: se refiere al número de episodios de abusos que suceden en una determinada unidad de tiempo (A. Sepúlveda et al., 2002; P. Sepúlveda, 1999, 2002b). Estas autoras distinguieron entre violencia sexual **puntual** u ocasional, que es la que ocurre de forma aislada, y violencia sexual **reiterada**, que sucede con una cierta periodicidad y continuidad. Esta última es diferente de la **revictimización sexual** (Millán et al., 2008), que se refiere al hecho de que la víctima sufra dos o más veces la violencia sexual en un lapso de tiempo prolongado, como sucede en el caso de haber sufrido abuso sexual en la infancia, y una nueva violación en la edad adulta.

●**TIPO DE ACTOS SEXUALES**: A. Sepúlveda, (2006a), siguiendo lo establecido en el Código Penal, distinguió entre actos con penetración o intento (ya sea anal, vaginal u oral), y sin penetración (tocamientos, masturbación). Otros autores como Redondo y Ortiz (2005), también consideraron abusos sexuales otros actos que se realizan sin contacto físico (exhibicionismo, pornografía, obscenidades). Muruaga (2006) explicitó la gran variedad de actos sexuales que suceden bajo el término *violencia sexual basada en el género*, como son las amenazas sexuales, explotación, prostitución involuntaria, tortura, asaltos, mutilación genital e incluso el matrimonio

temprano o forzado. A. Sepúlveda et al. (2002) señalaron que el acto sexual más frecuente (61%) era la penetración.

● **LUGAR DONDE SE DESARROLLA LA VIOLENCIA SEXUAL:** SENAME (2004) dijo que el lugar donde se producen las agresiones o abusos, debía ser de obligada referencia en cualquier investigación, y distinguió entre los abusos perpetrados en el entorno cercano a la víctima (doméstico, trabajo, colegio, etc.) y los lejanos; así como el medio poblacional (rural o urbano) donde ocurre. La Fundación para la Cooperación y Educación (FUNCOE, 2000), en una muestra representativa de la población española de 2000 sujetos, detectó que el 62,6% de los abusos sexuales se producían en el medio urbano y el 37,1% en el medio rural. En el estudio realizado por A. Sepúlveda et al. (2002), en una muestra de la provincia de Sevilla, concluyeron que el 52% de las víctimas procedían de las zonas rurales, frente al 48% de zonas urbanas.

● **NÚMERO DE AGRESORES:** los agresores pueden actuar en solitario o en conjunto. Destaca el fenómeno del pandillaje descrito por García-Pablos (2000) y Garrido et al. (1999); o las violaciones en grupo, los actos de violencia sexual generados en conflictos armados con la intención de sembrar terror en la población civil, o provocar la huida (Amnistía Internacional, 2009).

● **ELEMENTOS RELATIVOS AL AGRESOR:** al igual que la víctima, el victimario o agresor presenta unas características demográficas, biográficas y psicosociales, que han sido objeto de estudios por autores, como Fernández-Montalvo y Echeburúa (1997), Garrido et al. (1999), M. Lorente (2001, 2004, 2009), W. Marshall y L. Marshall (2002) y Pérez (2002), que concluyeron que el violador de mujeres suele tener unas características diferentes al abusador de menores. Echeburúa, de Corral y Amor (1999) argumentaron que la etiología de las agresiones sexuales está en función de las características del agresor y la situación en que suceden. Estos autores establecieron una tipología de violadores que se exponen en la Tabla 3. Pereda (2006) se refirió a los *peer sexual*, como agresores menores de edad que violentan a mujeres de edad similar o menor a la suya.

**Tabla 3. Tipos de violadores (Echeburúa et al., 1999).**

TIPOS DE VIOLADORES	CARACTERÍSTICAS
OCASIONALES	Jóvenes de aspecto normal. No planifican su conducta. Conducta impulsiva e incontrolada debido al alcohol y las drogas. Son violentos sólo hasta lograr su objetivo sexual. Impulsivos.
PSICOPÁTICOS	Fríos emocionalmente. Violentos. Sin escrúpulos. Sin remordimientos.
CON DESVIACIÓN SEXUAL ESPECÍFICA	Planifican su conducta y reinciden. Fantasías sexuales. La resistencia de la víctima les estimula a nivel sexual y agresivo.
CON CONDUCTAS ASOCIALES Y CRIMINALES	Delincuente que agrede sexualmente en el contexto de un robo. No tienen problemas o déficits sexuales. Posible trastorno de personalidad antisocial.
OLIGOFRENICOS	Movidos por impulsos sexuales y no por la violencia. No planifican su conducta. Impulsivos. Muchos son o han sido víctimas de abuso sexual.
PSEUDOVIOLADORES	Acusados de violadores sin serlo.

### 2.1.2.3. ELEMENTOS POSTERIORES A LA AGRESIÓN.

Llamados también *Factores Posdelictuales* (Soria y Hernández, 1994). Siguiendo a Ackerman et al., 2005; Amuvi, 2006, 2007, 2008, 2009; Delgado, 1996; Echeburúa et al., 1995; Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000; Galiana, 1996; Galiana y de Marianas, 1998; A. Sepúlveda, 2006a; P. Sepúlveda, 2002b; A. Sepúlveda et al., 2002; y Soria y Hernández, 1994, se incluyen en este apartado los efectos en la salud física y mental de la víctima, las consecuencias sociales, la actuación institucional (policial, judicial, sanitaria, o social) y el apoyo y ayudas que reciba la víctima (familiar, terapéutica y social).

Los elementos que componen la violencia sexual, se encadenan unos con otros y no pueden contemplarse de forma aislada. A. Sepúlveda et al. (2002) estudiaron una muestra de más de 100 víctimas de violencia sexual, en función del medio poblacional donde ocurría. Como resultado de la investigación, concluyeron que en el medio rural era más frecuente la violencia sexual, en forma de abuso reiterado dentro del seno de la familia; mientras que en el medio urbano, se denunciaba un mayor índice de violencia sexual puntual, en forma de agresión sexual o tentativa perpetrada por desconocido. Brecklin y Ullman (2010) realizaron un estudio acerca de los roles de la víctima y el delincuente en asaltos sexuales. Tras analizar 970 casos de mujeres víctimas, concluyeron que en los casos en los que las agresiones estaban relacionadas con el uso de sustancias estupefacientes por parte del infractor, (independientemente de si la

víctima también había consumido), había un mayor uso de fuerza física y de amenazas, así como una mayor probabilidad de violación completa con lesiones; la fuerza también se asoció con la posterior atención médica.

### **2.1.3. MITOS Y FALSAS CREENCIAS EN TORNO A LA VIOLENCIA SEXUAL.**

*“Las cosas que más damos por sentadas, son aquellas en las que no pensamos”.  
(J. Marías).*

Las normas culturales y los roles sociales influyen en la manera de pensar, sentir y actuar de las personas; las ideas generalizadas y tradicionales se interiorizan de forma tal, que orientan sobre lo que es correcto o incorrecto, legal o ilegal, aunque no siempre se correspondan con la realidad de los acontecimientos (Almeida, 1999).

Lagarde (2003) explicó que, cuando una mujer sufre una agresión, la interpreta en función de sus expectativas, creencias y atribuciones, influyendo en ello los mitos, prejuicios y tradiciones. Veronen y Kilpatrick (1983, citados en Echeburúa et al., 1995) consideraron que la violación debe ser valorada como un suceso, a partir del cual la víctima puede reconducir su vida en un sentido positivo o negativo, según la valoración cognitiva que realice de la agresión, en lo que sin duda inciden los conceptos que la víctima tenga sobre el suceso.

Los mitos y prejuicios relacionados con el sexo y la violencia justifican la existencia de ésta (M. Lorente y J. A. Lorente, 1998), y crean confusiones y conceptos erróneos que distorsionan la realidad (Bartol, 1996; Scully y Marolla, 1984; citados en Soria y Hernández, 1994).

Autores como Albarrán et al. (2001), Centro de Asistencia a Víctimas de Agresiones Sexuales (CAVAS s.f.), Finkelhor (1999b), FUNCOE (2000), Kelly y Regan (2003) y A. Sepúlveda et al. (2002), entre otros, han referenciado en sus obras, mitos y falsas creencias acerca de la violencia sexual. A. Sepúlveda et al. (2002) elaboraron un compendio de mitos e ideas erróneas contrastado con realidades, que se expone en la Tabla 4.

**Tabla 4. Mitos e ideas erróneas-realidades de la violencia sexual (adaptado de A. Sepúlveda et al., 2002).**

MITOS E IDEAS ERRÓNEAS	REALIDADES
La mayoría de las mujeres dicen No cuando quieren decir Sí.	Nadie tiene derecho a anular la capacidad de decisión de las mujeres y su libertad de expresar lo que desean o negar lo que no desean.
La mayoría de las mujeres desean en su interior ser violadas, en realidad se relajan y disfrutan de ello.	Es uno de los delitos que más traumatiza a la víctima y es vivida como una situación límite. Este mito actuaría como neutralizador de las prohibiciones sociales ante la agresión.
La mayoría de los abusos sexuales son provocados por la víctima.	Sólo una pequeña proporción de los abusos envuelven comportamientos precipitantes por parte de la víctima. Los violadores buscan las personas más vulnerables.
Los agresores eligen mujeres atractivas, jóvenes.	La apariencia física de la víctima es irrelevante. Se trata de un mito de género, que cosifica a la mujer. Las agresiones se producen contra cualquier mujer, con independencia de su edad y aspecto.
Los agresores sexuales son desconocidos. Un padre nunca haría "algo así".	La mayoría de los agresores son conocidos de la víctima, y que los abusadores de menores son sus propios padres.
Las agresiones sexuales ocurren sólo a "ciertas mujeres", que van por sitios peligrosos, poco transitados, a altas horas de la noche.	La mayoría de los asaltos sexuales ocurren en el entorno cercano de la víctima, y a cualquier hora del día.
Los abusos en la familia sólo afectan a sectores social y culturalmente desfavorecidos, marginales.	Se producen en todos los medios sociales, económicos y culturales.
La violencia sexual conlleva grandes lesiones, lo contrario es porque la mujer ha consentido.	Las peritaciones forenses demuestran lo contrario, las lesiones cuando existen, son en general escasas y leves. La mayor parte de las veces existe coerción que no hace necesaria la violencia física.
Cuando una mujer sufre una agresión sexual, nunca más va a poder llevar una vida normal, ni va a poder mantener relaciones sexuales, etc.	El trabajo que realizan servicios de asistencia a víctimas muestra lo contrario, si bien es necesario cuando se sufre una agresión sexual buscar ayuda profesional.
Con frecuencia las mujeres hacen acusaciones falsas de violación. Lo usan para justificar embarazos, para vengarse, etc.	El silencio y el secreto sigue siendo uno de los grandes problemas. Se denuncian muy pocos casos en relación con los hechos cometidos.
Cuando se da un abuso sexual a un niño o niña, su familia lo denuncia.	Es un hecho frecuente silenciar el abuso por arte de la familia.
Si el abuso tuviese lugar a un menor de mi entorno cercano, yo lo detectaré.	El silencio y secreto que rodea al abuso hace que las personas del entorno cercano ni lo sospechen.
Es mejor respetar la intimidad de la familia y no denunciar. "los trapos sucios se lavan en casa".	Se trata de un problema social y no privado. Esta forma de afrontar los hechos ha provocado que durante años la violencia sexual fuera ignorada, minimizada e incluso "disculpada".
La violación está de moda, es un fenómeno en alza. La violencia de género se incluye con mayor frecuencia en las agendas políticas.	Ahora el problema se empieza a visibilizar, estos hechos se hacen públicos a través del aumento de las denuncias, así como por una mayor sensibilización de los poderes públicos y de los medios de comunicación.
Las personas que han sufrido abusos sexuales cuando eran menores, se convierten en agresores cuando son adultos.	Entre los agresores sexuales se encuentran personas que sufrieron abuso infantil, y otras personas que no lo sufrieron.

### 2.1.4. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS.

La violencia sexual presenta una serie de problemas a la hora de estudiar su epidemiología, como el hecho de disponer de escasa y desigual información, correspondiente tan sólo a los casos notificados o denunciados o la diversidad existente en conceptos, metodología y criterios de análisis, que dan cuotas muy diferentes de incidencia y prevalencia (Suárez y González, 2003).

La OMS (OPS, 2002) comparó la magnitud del problema que constituye la violencia sexual, con un iceberg flotando en el agua, del que sólo se conoce una mínima parte que son los casos que más salen a la luz (agresión sexual con muerte), y otros casos conocidos por las instituciones, como la violación denunciada a la policía y la revelada en las encuestas; la violación no revelada quedaría oculta, siendo la faceta más escondida la trata y explotación sexual como resultado de vulnerabilidad económica (Figura 2).

Figura 2. Magnitud de la violencia sexual (tomado de OPS, 2002).



A. Sepúlveda y P. Sepúlveda (1999) y A. Sepúlveda et al. (2002) consideraron que la violencia sexual es el delito con mayor cifra negra, en el que únicamente se conocen entre un 5% y un 10% de los casos que realmente existen, incluyendo en esta cifra los abusos y explotación de menores.

El informe sobre violencia contra las mujeres realizado por la OMS (OPS, 2002), puso de manifiesto que la violencia sexual se produce en todos los países, sean desarrollados, en desarrollo o subdesarrollados, y afecta a las mujeres en todas las etapas de su vida. Igualmente, el informe señaló que una de cada cuatro mujeres ha sido víctima de violencia sexual por parte de su pareja, y una tercera parte de las adolescentes ha sufrido una iniciación sexual forzada (Ellsberg et al., 2000, citados en OPS, 2002). En el Reino Unido, el 23% de las mujeres encuestadas, dijeron haber sido víctimas de un intento de violación o de una violación consumada por parte de su pareja a lo largo de su vida (Money, 1993, citado en OPS, 2002). Siguiendo a Heise, Ellsberg y Gottemoeller (1999, citados en OPS, 2002), cifras similares se han registrado en Guadalajara (México, 22%), Lima (Perú, 23%) y en la provincia de Midlands (Zimbabwe, 25%).

Según fuentes del Ministerio del Interior (Instituto de la Mujer, 2009), en España en el año 2007, se conocieron un total de 6.904 delitos contra la libertad e indemnidad sexuales, de los cuales 1.137 sucedieron en el ámbito familiar, y 518 han fueron a menores. De estos 518 delitos cuyas víctimas son menores victimizados en el ámbito familiar, 429 se cometieron contra niñas y chicas adolescentes. En el caso de las mujeres adultas, el mayor número de delitos conocidos contra la libertad e indemnidad sexual perpetrados en el ámbito familiar, es la agresión sexual con penetración (402 delitos) mientras que en el caso de las menores es el abuso sexual (228 delitos).

Continuando con los datos de Ministerio de Interior (Instituto de la Mujer, 2009), en torno a la identidad del agresor o al relación agresor-víctima, de los delitos contra la indemnidad y libertad sexuales producidos en el ámbito familiar contra las mujeres en el año 2007, el agresor solía ser el cónyuge en un 51,74% de los casos, siendo un 30,94% otros familiares, un 12,57% uno de los progenitores y un 4,75% uno de los hijos o hijas. En la Tabla 5 se encuentran las cifras comparativas de los años correspondientes entre el 2002 y el 2007, según edad de la víctima y el ámbito o lugar de comisión, según el Instituto de la Mujer (2009), basado en los datos de Ministerio de Interior.

**Tabla 5. Delitos contra la Libertad e Indemnidad Sexual según la edad de la víctima y el ámbito de comisión (Instituto de la Mujer, 2009).**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007 <sup>8</sup>
<b>TOTAL DELITOS CONOCIDOS</b>	<b>6156</b>	<b>6251</b>	<b>6887</b>	<b>7260</b>	<b>6853</b>	<b>6904</b>
Agresión sexual.	2392	2391	2521	2605	2468	2259
Agresión sexual con penetración.	1402	1439	1487	1599	1481	1573
Abuso sexual.	1772	1851	2179	2350	2182	2320
Abuso sexual con penetración.	142	197	219	251	258	262
Acoso sexual.	357	313	419	402	409	431
Corrupción de menores incapacitados/as.	17	15	8	13	13	15
Coacción/lucro sobre prostitución.	74	45	54	40	42	44
<b>DELITOS COMETIDOS EN AMBITO FAMILIAR</b>	<b>1207</b>	<b>1282</b>	<b>1184</b>	<b>1229</b>	<b>1138</b>	<b>1137</b>
Agresión sexual.	337	385	338	273	294	243
Agresión sexual con penetración.	418	439	376	445	372	415
Abuso sexual.	314	333	339	377	344	338
Abuso sexual con penetración.	47	65	69	75	73	82
Acoso sexual.	0	0	0	0	0	0
Corrupción de menores incapacitados/as.	17	15	8	18	13	15
Coacción/lucro sobre prostitución.	74	45	54	40	42	44
<b>DELITOS COMETIDOS CON MENORES EN AMBITO FAMILIAR</b>	<b>415</b>	<b>498</b>	<b>478</b>	<b>578</b>	<b>520</b>	<b>518</b>
Agresión sexual.	86	98	98	95	92	83
Agresión sexual con penetración.	63	90	76	119	93	98
Abuso sexual.	222	255	249	286	276	271
Abuso sexual con penetración.	22	36	41	52	43	51
Acoso sexual.	0	0	0	0	0	0
Corrupción de menores incapacitadas/os.	16	13	7	20	11	13
Coacción/lucro sobre prostitución.	6	6	7	8	5	2
<b>MUJERES VICTIMAS DE DELITOS AMBITO FAMILIAR</b>	<b>1107</b>	<b>1189</b>	<b>1064</b>	<b>1141</b>	<b>1048</b>	<b>1027</b>
Agresión sexual.	306	364	296	253	280	212
Agresión sexual con penetración.	391	420	359	422	352	402
Abuso sexual.	287	292	286	345	296	290
Abuso sexual con penetración.	42	58	65	69	69	67
Acoso sexual.	0	0	0	0	0	0
Corrupción de menores incapacitadas.	9	11	7	16	10	13
Coacción/lucro sobre prostitución.	72	44	51	36	41	43
<b>MUJERES MENORES VÍCTIMAS DE DELITOS PRODUCIDOS EN ÁMBITO FAMILIAR</b>	<b>354</b>	<b>438</b>	<b>399</b>	<b>511</b>	<b>455</b>	<b>429</b>
Agresión sexual.	68	90	78	81	84	60
Agresión sexual con penetración.	49	83	69	104	83	90
Abuso sexual.	199	219	202	258	235	228
Abuso sexual con penetración.	18	31	37	44	41	38
Acoso sexual.	0	0	0	0	0	0
Corrupción de menores incapacitadas.	8	9	6	16	8	11
Coacción/lucro sobre prostitución.	6	6	7	8	4	2

Los datos por comunidad autónoma del Ministerio del Interior, correspondientes al año 2007 (Instituto de la Mujer, 2009) han señalado que, de los 6.845 delitos conocidos de abuso, acoso y agresión sexual, las comunidades con mayor número de casos fueron Andalucía (1395 casos), Madrid (1357 casos) y la Comunidad Valenciana (1028 casos). Comunidades como Cataluña, que en 2002 reunía 1201 casos de los 5607 conocidos, contó con 204 casos de los 6845 delitos conocidos de abuso, acoso y agresión sexual en 2007. A excepción de esta Comunidad, no ha habido descensos significativos con el paso del tiempo, manteniéndose los datos en valores similares o superiores.

En la Comunidad Autónoma Andaluza (Instituto Andaluz de la Mujer, 2009), las denuncias más frecuentes fueron de delitos de

<sup>8</sup> Acumulado hasta diciembre.

agresión sexual y abuso sexual sin penetración. Amuvi (2006, 2007, 2008, 2009) en sus memorias sobre datos de violencia sexual en Andalucía, ha señalado que, de las 3000 mujeres atendidas en su servicio asistencial, los casos fueron aumentando respecto al año anterior. Así en el año 2007 se recibieron 263 casos nuevos, en el año 2008, 258 casos y en el año 2009, 282 casos.

En Sevilla, según la memoria de la Fiscalía General del Estado (2009), los delitos contra la libertad e indemnidad sexual aumentaron un 106% en el año 2008, respecto a las cifras de 2007. Amuvi (2009) ha señalado que cada día se denuncian en nuestro país 19 nuevos casos de violencia sexual.

Como resumen podemos decir que no se conoce bien la magnitud del problema, ya que no pueden compararse los datos oficiales realizados sobre denuncias, con los estudios de prevalencia, cuya metodología es muy diversa. Las investigaciones sitúan la prevalencia de la violencia sexual a mujeres, entre el 10% y el 25%, y coinciden en afirmar un aumento de las cifras. Este hecho puede deberse, a que las mujeres se atreven a denunciar cada vez más porque se sienten más respaldadas y seguras (Amuvi, 2009).

Dadas las características especiales de la violencia sexual a menores, se abordarán los datos epidemiológicos en el apartado correspondiente.

### **2.1.5. CONSECUENCIAS PARA LA SALUD DE LAS VÍCTIMAS.**

*“El proceso de curación de las mujeres víctimas de abusos sexuales, era como esas capas de agua que venden en bolsitas de plástico. Vienen bien dobladas y de tamaño muy reducido, pero una vez que las sacas ya no hay forma de volverlas a guardar en su funda”.*  
(R. Carmona).

Siguiendo los postulados de la OMS, adoptados en la Resolución 49.25 de la Asamblea Mundial de la Salud (OMS, 1996), la violencia contra las mujeres tiene importantes repercusiones en la salud integral, tanto a corto como a largo plazo. Además, reduce la calidad de vida, produce graves secuelas y muerte, se extiende en la familia, pareja y todo el entorno y repercute de forma secundaria en la sociedad y en la economía.

En un intento de establecer el impacto real de la violencia sobre la salud de las mujeres, algunos autores como M. Lorente (2001) y Rincón (2003), han adoptado un indicador mixto basado en la pérdida de vida saludable sobre una esperanza de vida teórica, que depende de las características de población y de sociedad concreta. Con este enfoque han determinado, que los daños físicos suponen el 55% de la pérdida, y los daños psicológicos y de la salud reproductora el 45%. La violencia se sitúa en tercer lugar de los problemas de salud de las

mujeres, tras la diabetes y las complicaciones ginecológicas, provocando más muertes y secuelas físicas y psíquicas, que las cardiopatías isquémicas y accidentes de tráfico (Lasheras y Pires, 2003).

### **2.1.5.1. CONSECUENCIAS PARA LA SALUD FÍSICA.**

Cuando se habla de violencia sexual, se asocia inmediatamente a brutalidad física, sin embargo, en la gran mayoría de los casos (A. Sepúlveda 1999, 2001, 2006a), apenas se encuentran lesiones, cuando éstas existen son de escasa entidad clínica, pese a la idea popular de que si no se muestran huellas visibles o un gran deterioro físico, se debe a que la mujer ha consentido en la relación sexual, de hecho las señales de lucha y defensa suelen ser escasas (Cobo, 1998; A. Sepúlveda, 2006a, 2008).

A. Sepúlveda (2008) distingue entre dos tipologías lesionales:

1. Lesiones específicas de violencia sexual: se localizan en área genital, perigenital, anal y perianal; se producen en el acceso carnal y se deben principalmente a la violencia y brutalidad del acto, y/o a la desproporción de partes anatómicas. El cuadro lesional consiste en laceraciones y desgarros externos e internos y afectan al periné, tabique vaginorrectal, o fondos de saco vaginal.

2. Lesiones genéricas: se localizan en cualquier otro lugar de la anatomía; se producen al intentar vencer la resistencia de la víctima, acallar sus gritos, o por actos sádicos y violencia sobreañadida. En este grupo se encuentran también las lesiones producidas por armas blancas, instrumentos contusos como palos, armas de fuego o agentes característicos del lugar de los hechos (piedras, ramas de árboles, muebles). Entrañan variadas posibilidades traumatológicas (heridas, hematomas, fracturas), según la causa que las produzcan (Cobo, 1998; A. Sepúlveda, 2001).

Según el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud de la OPS (2002), a las lesiones como consecuencias físicas de la violencia sexual, se añaden las relacionadas con la salud reproductiva (embarazo, complicaciones ginecológicas), y las enfermedades de transmisión sexual.

M. Lorente y J. A. Lorente (1998), en un estudio sobre consecuencias somáticas de la violación, llevado a cabo en servicios médicos, afirman que el 40% de las víctimas de violación sufren lesiones extragenitales, y el 3,6% contagio de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS, incluido el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida [SIDA]).

La práctica sanitaria (Blanco, 2004a; Blanco 2004b; Villavicencio, 1993; Villavicencio y Sebastián, 1999) ha mostrado que, la violencia sufrida de forma habitual, incluyendo los abusos sexuales a niñas, favorece la entrada de conductas perjudiciales para la salud (abuso de alcohol y otras drogas, tranquilizantes, tabaco, abandono en relación con la alimentación, ejercicio, etc.). Desde la salud pública se afirma que estar sometida a situaciones de violencia, es un factor de riesgo para padecer enfermedades (OPS, 2002), ya que el estrés crónico que se genera, provoca alteración del sistema inmunitario que favorece la aparición de diferentes enfermedades (infecciosas, cardiovasculares, autoinmunes, etc.), o empeora otras (asma, diabetes).

La mortalidad asociada a la violencia sexual puede deberse al suicidio, a la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), a las complicaciones de las diferentes repercusiones físicas o al homicidio durante o después de la agresión. (Fergusson, Horwood y Lynskey, 1996; Wiederman, Sansone y Sansone, 1998; todos ellos citados en OPS, 2002).

#### **2.1.5.2. CONSECUENCIAS PARA LA SALUD MENTAL.**

Las primeras teorías explicativas de las consecuencias psicológicas de la violación, se centraron fundamentalmente en las reacciones inmediatas a ésta (Butcher y Maudal, 1976 y Caplan, 1961, 1964; citados en Echeburúa et al., 1995), que consideraban la agresión sexual como un trauma, capaz de producir un desequilibrio en la persona.

Sutherland y Scherl (1970, citados en Delgado, 1996), fueron los pioneros en el estudio de las consecuencias psicológicas de la violación. Mediante el estudio de 13 mujeres víctimas de violación, estos autores comprobaron que las reacciones inmediatamente posteriores a la agresión eran de miedo y ansiedad, y diferenciaron fases o etapas: primero una reacción aguda, posteriormente un periodo de ajuste y por último una fase de integración y resolución.

Burgess y Holmstrom (citadas en Delgado, 1994) han sido, posiblemente, las investigadoras más influyentes en el estudio de las secuelas de la violación. Estas autoras definieron en 1974 el *Síndrome de la Violación*, que ya había sido expuesto con algunas diferencias por Sutherland y Scherl en 1970 (citados en Delgado, 1996), consistente en dos estadios (Burgess y Holmstrom, 1974, 1975, 1976, 1978; Burgess, Groth, Holmstrom y Sgroi, 1978; Groth, Burgess y Holmstrom, 1977; todos citados en Delgado, 1994):

1.Reacción en fase aguda. Este estadio presenta dos tipos de cuadros, el primero debido a los sentimientos de miedo, ira y ansiedad, que se muestra en llantos, quejas, inquietud y tensión,

o bien risas nerviosas. Un segundo cuadro es el de aparente control de la conducta, de tal modo, que los sentimientos de la víctima se enmascaran en un talante sosegado, tranquilo o sumiso.

2.El segundo estadio corresponde con un periodo de ajuste externo y posterior integración y resolución de la experiencia (M. Lorente y J. A. Lorente, 1998). Se presentan trastornos del sueño, fobias relacionadas con la violación y restricciones en el estilo de vida.

En un estudio posterior realizado en 1979, Burgess y Holmstrom (citadas en Delgado, 1996), volvieron a evaluar a su muestra original y comprobaron que, algunas víctimas que no se habían recuperado, habían desarrollado una serie de síntomas crónicos. En base a ello, las autoras establecieron que existía una tercera fase o estadio (Delgado, 1994, 1996; Echeburúa et al., 1995). Las referidas tres fases se relacionan a continuación:

1.Fase de *shock emocional* o fase aguda: la primera etapa es de shock/desorganización (Bard y Sangrey, 1979; ONU, 1985; citados en Soria y Hernández, 1994). Sucede inmediatamente después de la violación y su composición y duración varía desde días a semanas. En esta fase se produce una desorganización en el estilo de vida de la víctima, que presenta un alto grado de miedo, ansiedad y confusión; pueden aparecer trastornos psicossomáticos como alteraciones del sueño y del apetito, fatiga generalizada, disfunciones sexuales y problemas gastrointestinales crónicos (Echeburúa, de Corral y Sarasúa, 1989). Estos síntomas suelen descender tras esta etapa inicial (Frederick, 1980, citado en Soria y Hernández, 1994), por lo que Symonds (1975,1976, citado en Soria y Hernández, 1994) divide este periodo en dos subfases. Una primera de reacción, que se caracteriza por el *shock*, la incredulidad, el bloqueo y la negación. Una segunda fase, a la que el autor denomina *ducha fría*, que se acompaña de un intento de la víctima de calmarse por ella misma o con ayuda, y de la puesta en marcha de conductas regresivas.

2.Fase de *reorganización o pseudoadaptación*: aparece dos o tres semanas después de la agresión (Echeburúa et al., 1989), y puede durar desde semanas a meses. Se caracteriza por la reevaluación cognitiva del suceso. La víctima intenta integrar lo sucedido, comprender la causalidad del delito y reestablecer su estilo de vida habitual, pero suele ocultar sentimientos de ira y resentimiento (Soria y Hernández, 1994). En función de las características del miedo de la víctima, se producen conductas de evitación o compensatorias, que agravan su estado anímico y por tanto, el resto de síntomas (Soria y Hernández, 1994).

Horowitz (1979, 1982, citado en Soria y Hernández, 1994), destacó que las víctimas que viven esta fase mediante la negación del suceso, podían presentar una reacción postraumática retardada. Horowitz subdivide en dos esta etapa: a) un estado con ideas intrusivas, acciones compulsivas y sentimientos sobresaltados; y b) un estado en el que la víctima ignora las implicaciones de lo sucedido.

3. Fase de *readaptación o de integración/resolución*: tras el descenso del miedo y la ira, la víctima comienza una fase de reorganización o reacción a largo plazo. Este proceso se inicia en diferentes momentos y presenta una serie de síntomas, que dependen de diferentes factores, como las características de la víctima o el apoyo social y familiar que tenga (Delgado, 1994). El impacto de la agresión se intenta resolver mediante defensas más efectivas, conductas vigilantes, y una revisión de valores y actitudes (Symonds, 1975, 1976, citado en Soria y Hernández, 1994). Sin embargo, los sentimientos de humillación y culpabilidad, junto a los deseos de venganza y el miedo a una nueva victimización, pueden persistir por un periodo de tiempo elevado. Ellis, Atkerson y Calhoun (1981, citados en Soria y Hernández, 1994), señalaron que las víctimas de violación podían presentar un año después de la agresión, sensaciones depresivas y de insatisfacción en su vida diaria.

Echeburúa, de Corral y Amor (2002, 2004b) y Echeburúa y de Corral (2005), han determinado dos componentes en el daño psicológico derivado de la violencia sexual como situación traumática: la lesión psíquica y las secuelas emocionales. **La lesión psíquica** es una alteración clínica aguda, que incapacita a quien la sufre para hacer frente a los requerimientos de la vida ordinaria a nivel personal, laboral, familiar o social. **Las secuelas emocionales**, se refieren a la estabilización o cronificación del daño psíquico, a modo de *cicatrices psicológicas*, o lo que en términos legales se conoce como *menoscabo para la salud mental* (discapacidad permanente que no remite con el paso del tiempo ni con un tratamiento adecuado). Las secuelas emocionales pueden conducir a la modificación permanente de la personalidad, con la aparición de rasgos nuevos y desadaptativos, como la dependencia emocional, la suspicacia y la hostilidad, que se manifiestan al menos durante 2 años. Todo esto puede llevar a un deterioro de las relaciones interpersonales, y a una falta de rendimiento en la actividad laboral (Esbec, 2000, citado por Echeburúa et al., 2002).

M. Lorente y J. A. Lorente (1998) distinguen entre lesiones psíquicas agudas y lesiones psíquicas a largo plazo, que podrían equiparse a los conceptos anteriores.

Otros autores diferencian entre las vivencias de la víctima durante la agresión (A. Sepúlveda, 2000), como muestra la Tabla 6.

**Tabla 6. Vivencias durante la agresión (A. Sepúlveda, 2000).**

VIVENCIAS DURANTE LA AGRESIÓN E INMEDIATAMENTE POSTERIORES A ÉSTA
Sensación de sorpresa absoluta.
Angustia.
Miedo. Terror. Aumenta por el hecho de desconocer qué va a suceder después.
Desorientación, Confusión. Aturdimiento.
Sobrecogimiento.
Bloqueo mental, paralización de la capacidad de reaccionar.
Sensación de indefensión, soledad, carencia de derechos.
Vergüenza, ira, dolor, indignación.
Temor a perder el control.
Llanto.
Sintomatología psicofísica variada: temblor, aceleración respiratoria, taquicardia.

Las alteraciones psíquicas agudas o reacciones de las víctimas de violación (Kilpatrick y Veronen, 1983, citados en Echeburúa et al., 1995) se muestran en la Tabla 7.

**Tabla 7. Reacciones de las víctimas de violación (Kilpatrick y Veronen, 1983, citados en Echeburúa et al., 1995).**

REACCIONES DE LAS VÍCTIMAS DE VIOLACIÓN
<b>Trastornos psicofisiológicos</b>
Alteraciones del sueño y del apetito.
Tensión muscular.
Nivel de alerta muy alto.
Taquicardia.
Pérdida del deseo erótico o disfunciones sexuales.
Lloros incontrolados.
<b>Trastornos conductuales</b>
Evitación de las situaciones temidas.
Aislamiento social.
<b>Trastornos cognitivos</b>
Pensamientos e imágenes desagradables.
Pesadillas de violación y/o muerte.
Re-experimentación repetida de lo ocurrido.
Sentimientos de vergüenza y culpa.

Por último, la Tabla 8 describe el daño psíquico, tras delitos violentos aplicable a la violación (Esbec, 2000a; Echeburúa, de Corral y Amor, 2004a).

**Tabla 8. Daño psíquico en víctimas de violación. Adaptada de “Daño psíquico en víctimas de delitos violentos” (Esbec, 2000a; Echeburúa et al., 2004a).**

---

DANO PSÍQUICO EN VÍCTIMAS DE VIOLACIÓN

---

Sentimientos negativos: humillación, vergüenza, culpa<sup>9</sup> o ira y sus consecuencias sociales.  
Percepción negativa del futuro (“la vida ya no tiene sentido”).  
Ansiedad.  
Preocupación constante por el trauma, con tendencia a revivir el suceso.  
Depresión.  
Pérdida progresiva de confianza personal como consecuencia de los sentimientos de indefensión y de desesperanza experimentada.  
Disminución de la autoestima.  
Pérdida del interés y de la concentración en actividades anteriormente gratificantes.  
Cambios en el sistema de valores, especialmente la confianza en los demás y la creencia en un mundo justo.<sup>10</sup>  
Hostilidad, agresividad.  
Abuso de alcohol y de drogas.  
Modificación de las relaciones (dependencia emocional, asilamiento).  
Conflictividad con la familia y amistades.  
Aumento de la vulnerabilidad, con temor a vivir en un mundo peligroso, y pérdida de control sobre la propia vida.  
Ruptura de la vida cotidiana e inadaptación social.  
Cambio drástico en el estilo de vida, con miedo a acudir a los lugares de costumbre; necesidad apremiante de trasladarse de domicilio.  
Alteraciones en el ritmo y el contenido del sueño.  
Efectos psicofisiológicos (sudores, vómitos, etc.).  
Trastornos de la alimentación (voracidad, pérdida de apetito).  
Disfunciones sexuales.  
Sentimientos y deseos de autodestrucción. Suicidio.

---

---

<sup>9</sup>Las víctimas creen que han sido objeto del delito al no actuar apropiadamente o atribuyen su victimización a factores caracterológicos. Añadido a ello, la sociedad suele culpabilizar a la víctima, utilizando argumentos de provocación o bien de falta de resistencia a los hechos.

<sup>10</sup>Cambios en las creencias de la persona: cambia la creencia de invulnerabilidad (sentimientos de indefensión e inseguridad), se pierde la capacidad de control sobre el entorno y se pierde la creencia de que el mundo es justo y por lo tanto, se percibe como un lugar hostil, perdiendo la persona su confianza y autonomía en ella misma. Aparece el sentimiento de inequidad, ya que usualmente podemos concebir la amenaza como justa, “si existe un motivo”, pero si no lo hay, se produce un gran sentimiento de injusticia. Tan sólo la denuncia podría (y no siempre) ayudar al desarrollo de un sentimiento de equidad.

Las consecuencias de las agresiones y abusos sexuales han sido estudiadas por numerosos autores como Alario (1993); Barea (s.f.); Blanco (2004a, 2004b); Brownmiller (1981); Cobo (1998); Corral de, Echeburúa, Sarasúa y Zubizarreta (1998); Craig (2008); Delgado (1994, 1996); Echeburúa (2005); Echeburúa et al. (1989); Echeburúa et al. (1995); Esbec (1994, 2000b, 2004); Galiana y de Marianas (1998); Garza de la y Díaz (1997); Kelly y Regan (2001); Marks, 1987 y Masters et al., 1987 (citados en Alario, 1993); M. Lorente y J. A. Lorente (1998); Lovett, Regan y Kelly (2004); Muruaga (2006); OPS (2002); Pérez y Borrás (1996); A. Sepúlveda (2000, 2003, 2006a); A. Sepúlveda et al. (2002) y Soria y Hernández (1994). Todos ellos coinciden en afirmar que, la violencia sexual es un delito que provoca un profundo impacto, con consecuencias físicas, psicológicas y sociales diferentes en cada víctima, que pueden persistir y prolongarse durante años. Según los referidos autores, el hecho violento se convierte en una fuente de estrés, ya que se crea una situación límite y completamente desconocida, en la que la víctima ve amenazada su vida, su integridad física, su seguridad, su autoimagen y su dignidad como persona. Además, coinciden los autores reseñados en que, el impacto psicológico de la violación puede ser devastador, y que el

cuadro psicológico que presentan las víctimas de violencia sexual se corresponde con el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT).

Según Esbec (2000b), en el 100% de los delitos sexuales con violencia se producen reacciones y secuelas emocionales, siendo el TEPT una de las lesiones psíquicas más frecuentes en las víctimas de violencia sexual.

En apartados posteriores se estudiará el TEPT y los factores moduladores que influyen en su desarrollo.

## 2.2. LA VIOLENCIA SEXUAL A MENORES.

*“Lo más sorprendente para mí fue enterarme de que los abusos sexuales realmente ocurren, que nos ocurren a muchas, y que no había nada extraño en lo que me pasaba a mí”.*  
(Bain y Sanders).

El abuso sexual a menores ha existido siempre, pero hasta hace pocos años no ha comenzado a ser objeto de estudio y preocupación social. Se trata de un problema de difícil diagnóstico, en el que la incidencia de factores socioculturales es especialmente intensa y explica las grandes contradicciones sociales ante el mismo (I. Gómez de Terreros, 1995).

Díaz (2001) hizo referencia al Abuso Sexual Infantil (ASI) e incesto en la mitología. Los dioses Cronos y Rea -hijos de Gea y Urano- se casaron y tuvieron, entre otros hijos, a Zeus y Hera que a su vez también se casaron. Edipo se casó con su madre Yocasta, a la que posteriormente mataría. Fedra se enamoró de su hijastro Hipólito, quien le rechaza, lo que provocará falsas acusaciones por parte de su madrastra, que tendrán como consecuencia su muerte. En el Antiguo Testamento -concretamente en El Levítico 20,17- se recoge que “Si alguien toma por esposa a su hermana, hija de su padre o hija de su madre, es una ignominia. Serán exterminados en presencia de los hijos de su pueblo”.

Rozanski (s.f.) describió cómo el Emperador Tiberio, hace 2000 años, se hacía traer los bebés más fuertes que aún estaban siendo amamantados a los que llamaba “mis pececitos”, los llevaba a una pileta con agua, y los obligaba a practicar sexo oral.

Continuando con las referencias históricas de Díaz (2001), los primeros estudios sobre el ASI fueron realizados por Ambrosio Tardieu. Tardieu era Catedrático de Medicina Legal en París, y publicó en 1857 la primera edición de un libro sobre violaciones titulado *Estudio médico legal sobre atentados contra la moral*. En este estudio, el 80% de los casos eran menores, fundamentalmente niñas entre 4 y 12 años de edad.

Paul Bernard en 1886 (Díaz, 2001), estudió las denuncias en Francia de las llamadas *violaciones y ataques a la moral*, en menores de 15 años. Este autor sorprendió por la gran cantidad de casos de incesto encontrados, y por el número de individuos con un alto grado de educación, acusados de atacar sexualmente a niños y niñas.

Freud presentó 18 casos diagnosticados de *histeria* que relacionó inicialmente con abusos sexuales en su infancia (Pereda, 2006).

Kinsey, en la década de 1950 (Díaz, 2001), estimó que aproximadamente el 24% de las mujeres habían sido víctimas de abusos sexuales. De ellas, el 9,2% los había sufrido antes de los 18 años. En 1978, H. Kempe (R. Kempe y H. Kempe, 1982), tras la publicación en 1962 del artículo acerca del *Síndrome del Niño Apaleado*, llamó la atención sobre el ASI, como un problema oculto y desconocido para la pediatría. Desde los años setenta hasta los ochenta, empezaron a crearse las condiciones sociales y científicas que permitieron el reconocimiento social del ASI, y el estudio de su incidencia e importancia clínica. En estos años se llevaron a cabo investigaciones, que pretendieron cuantificar la frecuencia y tipología de los abusos, sus efectos a corto y largo plazo y se dio un impulso a los movimientos asociativos profesionales. Ejemplo de ello es la aparición en 1977 de la Sociedad Internacional para la Prevención del Abuso y la Negligencia al Niño (ISPCAN), con la prestigiosa publicación "Child, Abuse y Neglect, the International Journal" (I. Gómez de Terreros, 1995).

Una de las razones del tardío reconocimiento como problema social del abuso y el maltrato infantil, se debe a que el concepto de infancia, ha tenido una evolución lenta y progresiva. Desde la concepción de los hijos e hijas como propiedad y posesión de los padres, lo que ha llevado a justificar agresiones y abusos (Pereda, 2006); hasta la consideración de la infancia como período de vida diferenciado y con derechos propios. Esta evolución culmina en el siglo XX, *Siglo de la Infancia*, con el desarrollo de diversas legislaciones a nivel nacional e internacional.

En 1924 nace la primera Declaración de los Derechos del Niño o Declaración de Ginebra (ONU, 1994a). Ésta fue sustituida por la Declaración Universal de los Derechos del Niño, aprobada por la ONU el 20 de noviembre de 1959 (ONU, 1994c). El 20 de noviembre de 1989, la Asamblea General de las Naciones Unidas, aprueba la Convención de los Derechos del Niño, ratificada por el Estado español en 1990. El Parlamento Europeo establece en 1992, la Carta Europea de los Derechos del Niño (I. Gómez de Terreros, 1995).

En nuestro país destacan dos leyes. La Ley Orgánica 1/1996, de

15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil; y la Ley 1/1998, de 20 de abril, de los Derechos y la Atención al Menor en la Comunidad Autónoma Andaluza (A. Sepúlveda, 2006a).

### **2.2.1. CONCEPTUALIZACIÓN.**

Al igual que ocurre con la violencia sexual contra mujeres, existen diversas definiciones de ASI, dependiendo del enfoque jurídico, psicológico, social o cultural con el que se analice.

La Asociación Andaluza para la Defensa de la Infancia y la Prevención del Maltrato Infantil (ADIMA, 1993), en su Guía de Atención al Maltrato Infantil, definió el abuso sexual como cualquier clase de contacto sexual con un menor de 18 años por parte de un familiar/tutor adulto, desde una posición de poder o autoridad sobre el niño.

López (1999) calificó de abusiva cualquier relación sexual en la que exista una gran diferencia de edad (remitimos al concepto de asimetría tratado anteriormente), o coerción (física o psicológica), entendida como cualquier tipo de presión o engaño para poder desarrollar el acto abusivo.

Existen otras definiciones del ASI, de las que destacamos:

- La utilización del niño o niña por parte de un adulto, con vistas a la obtención de placer o beneficios económicos (*Council of Scientific Affairs of AMA*, citado en Díaz, 2001).
- La participación de niños, niñas y/o adolescentes, dependientes e inmaduros, en actividades sexuales que no están en condiciones de comprender, que son inapropiadas a su edad y a su desarrollo psicosexual; para las cuales son incapaces de dar un consentimiento informado, o que han sufrido, presionados por violencia, seducción, amenazas o engaños; o que transgreden los tabúes y las reglas familiares y sociales (R. Kempe y H. Kempe, 1982; Díaz, 2001).
- Los contactos sexuales e interacciones entre niño/a y adulto. Cuando el adulto (abusador) usa al niño/a para estimularse sexualmente o excitar a otra persona. El abuso sexual puede también ser cometido por una persona menor de 18 años. En este caso, el agresor debe ser significativamente mayor que la víctima, o estar (el agresor) en una posición de poder o control sobre el/la menor víctima (*National Center of Child Abuse and Neglect*, 1978, citado en López, 1997; Díaz, 2001; Villarroel, 2008).

Arruabarrena y de Paúl (2005) utilizaron la misma definición de ASI que ADIMA (1993), y delimitaron tres criterios a los que ya se ha hecho referencia en apartados anteriores: la coerción, la asimetría de edad y la asimetría de poder. En el abuso sexual, tanto infantil como contra personas adultas, siempre existe coerción. Sin embargo, cuando se trata de menores, la asimetría de edad víctima-agresor cobra más sentido, pues para un/a menor, cualquier figura de autoridad o de más edad, puede ejercerle un poder incuestionable, que facilite la relación abusiva.

Desde el punto de vista legal, en el Código Penal (2008) siguiendo la Ley Orgánica 11/1999, de 30 de abril, al tratar los delitos de agresión sexual (artículo 179), se establece “cuando la víctima sea especialmente vulnerable, por razón de su edad, enfermedad o situación, y, en todo caso, cuando sea menor de trece años”. En el artículo 180 “...cuando, para la ejecución del delito, el responsable se haya prevalido de una relación de superioridad o parentesco, por ser ascendente, descendiente o hermano, por naturaleza o adopción, o afines, con la víctima”.

Los tres artículos siguientes (181, 182, 183) tratan el delito de abuso sexual a menores. Artículo 181: “El que, sin violencia o intimidación y sin que medie consentimiento, realizare actos que atenten contra la libertad o indemnidad sexual de otra persona”. Artículo 182: “A los efectos del apartado anterior, se consideran abusos sexuales no consentidos los que se ejecuten sobre menores de trece años, sobre personas que se hallen privadas de sentido o de cuyo trastorno mental se abusare; la misma pena se impondrá cuando el consentimiento se obtenga prevaliéndose el responsable de una situación de superioridad manifiesta que coarte la libertad de la víctima”. El artículo 183 contempla el abuso sexual en el caso de que: “interviniendo engaño, se cometiere abuso sexual con persona mayor de trece años y menor de dieciséis.”

Los capítulos II, IV y V de la referida Ley Orgánica 11/1999, tratan otros delitos contra la libertad e indemnidad sexuales que pueden afectar a menores:

El artículo 184 habla del acoso sexual “cuando la víctima sea especialmente vulnerable, por razón de su edad, enfermedad o situación”.

Los artículos 185 y 186, hablan de delitos de exhibicionismo o provocación sexual: “el que ejecutare o hiciere ejecutar a otra persona actos de exhibición obscena ante menores de edad o incapaces” (artículo 185); “el que por cualquier medio vendiere, difundiere o exhibiere material pornográfico entre menores de edad o incapaces...” (artículo 186).

Los artículos 187 y siguientes, tratan de los delitos relativos a la prostitución y la corrupción de menores: “el que induzca, promueva, favorezca o facilite la prostitución de una persona menor de edad o incapaz”; “el que utilizare a menores de edad o a incapaces con fines o en espectáculos exhibicionistas o pornográficos, tanto públicos como privados, o para elaborar cualquier clase de material pornográfico, cualquiera que sea su soporte, o financiare cualquiera de estas actividades”; “el que produjere, vendiere, distribuyere, exhibiere o facilitare la producción, venta, difusión o exhibición por cualquier medio de material pornográfico en cuya elaboración hayan sido utilizados menores de edad o incapaces, o lo poseyere para estos fines, aunque el material tuviere su origen en el extranjero o fuere desconocido”; “el que para su propio uso posea material pornográfico en cuya elaboración se hubieran utilizado menores de edad o incapaces”; “el que haga participar a un menor o incapaz en un comportamiento de naturaleza sexual que perjudique la evolución o desarrollo de la personalidad de éste”; “el que tuviere bajo su potestad, tutela, guarda o acogimiento a un menor de edad o incapaz y que, con conocimiento de su estado de prostitución o corrupción, no haga lo posible para impedir su continuación en tal estado, o no acuda a la autoridad competente para el mismo fin si carece de medios para la custodia del menor o incapaz...”.

El 13 de noviembre de 2009, el Gobierno aprobó la reforma del Código Penal, que entre otros aspectos, tipifica nuevos delitos de captación de menores para espectáculos pornográficos y para el cliente de prostitución con menores o personas que no pueden decidir por sí mismas. La reforma responde a la demanda social de ampliar la protección de menores frente a la pederastia y endurecer las penas a los delincuentes sexuales contra menores (Consejo de Ministros, 2009).

## **2.2.2. FORMAS DE ABUSO SEXUAL A MENORES: ELEMENTOS QUE LO INTEGRAN.**

En este apartado se sigue el mismo esquema desarrollado en el apartado “2.1.2. Elementos que integran la violencia sexual”.

### **2.2.2.1. ELEMENTOS RELATIVOS A LA VÍCTIMA.**

Llamados también *Factores Predelictuales* (Soria y Hernández, 1994). En este grupo se encuentran las características sociodemográficas de la víctima, nivel de estudios que realiza, lugar donde reside, y si padece alguna enfermedad o discapacidad.

La mayor parte de los estudios, muestran que las víctimas de ASI suelen ser niñas, en una proporción de 1 niño por cada 4 niñas (Finkelhor, 1999b).

La edad de la víctima ha sido motivo de investigación por parte de diferentes autores. De una forma global, Finkelhor (1999a), en su postulado acerca de la Victimología Evolutiva, al tratar el aspecto evolutivo del riesgo, señala que, a medida que crecen, las niñas tienen más probabilidad de sufrir ataques sexuales.

Según el estudio de López (1994), el 25,2% y 21% de la muestra de víctimas de ASI, sitúa el comienzo de su abuso a los 12-13 años y 14-15 años de edad respectivamente. López señaló que la mayor frecuencia de abusos se producen en preadolescentes, entre los 12 y 14 años, que cumplen una serie de características especiales que les hace ser un grupo especial de riesgo, ya que continúan siendo niños/as, a la vez que manifiestan signos del inicio de la madurez sexual. Por encima de esta edad, los menores cuentan con más estrategias para la autodefensa. Otros autores como Krugman (1992, citado en Pereda, 2006), consideró que la mayor parte de los casos de abuso se produce en las prepúberes.

Jiménez, Moreno, Oliva, Palacios y Saldaña (1995, citados en Pereda, 2006), en un estudio sobre menores maltratados/as en población andaluza, expusieron que la mayor parte del abuso sexual (el 53,8%) se situaba entre los 10-15 años de edad.

Echeburúa y Guerricaechevarría (2000) y Echeburúa (2005), indicaron dos edades de máximo riesgo: 6-7 años y 10-12 años.

El estudio de Sanmartín (2002, citado en Pereda, 2006), concluyó que el mayor porcentaje de abusos sexuales se daba sobre la edad de 14 años.

Existen pocos casos conocidos en edades anteriores a los 5 años. A. Sepúlveda y P. Sepúlveda (1999) y P. Sepúlveda (2002a, 2002b) han situado los abusos sexuales entre los 4 y los 5 años de edad. Fleming (1997, citado en Pereda, 2006) considera que existe una subestimación de las experiencias anteriores a los 5 años de edad, probablemente porque no son recordadas por las víctimas y por tanto, no se reflejan en los estudios retrospectivos.

Gómez de Terreros y Gil (2009), en un análisis intersectorial de abusos sexuales a menores, determinaron que el 80,3% de la muestra estudiada de menores abusados/as, pertenecían al sexo femenino, y que la edad del primer abuso fue entre los 4 y los 6 años.

Aunque no existe un único perfil de víctimas de ASI, podemos decir que existen una serie de factores de riesgo que hacen más probable el abuso. P. Sepúlveda (2002b) ha tratado la situación de especial vulnerabilidad de algunas niñas (escasa supervisión de los adultos, solitarias, con pocos/as amigos/as, poca autoestima, con necesidad de atención, que padecen discapacidad). Brenner (1987,

citado en Echeburúa, 2005), habló de *menores pararrayos*, cuyas características (deficiencia mental, carentes de afecto u objeto de maltrato físico o psicológico en el hogar), les sitúan con mayor probabilidad ante la relación abusiva.

Las características psicosociales de la víctima, se referirán en el apartado “2.2.5. Etiología del abuso sexual intrafamiliar de menores”, dentro de los factores de riesgo.

#### **2.2.2.2. ELEMENTOS RELATIVOS A LA AGRESIÓN.**

Llamados también *Factores Delictuales* (Soria y Hernández, 1994). En la Tabla 9 se muestran los elementos relativos a la interacción delictiva, basados en los estudios de autores como Arruabarrena y de Paúl (2005), Esteban (2001), FUNCOE (2000), Galiana (1996), López (1999), Pereda (2006), A. Sepúlveda (1995), A. Sepúlveda y P. Sepúlveda (1999) y A. Sepúlveda et al. (2002). Los factores expuestos coinciden, básicamente con los elementos relativos a la violencia sexual contra adultas, incluyendo los relacionados con el agresor.

**Tabla 9. Elementos relativos a la agresión y abuso a menores.**

ELEMENTOS RELATIVOS A LA AGRESIÓN Y ABUSO SEXUAL A MENORES		CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS
RELACIÓN VÍCTIMA-AGRESOR	-Abusos intrafamiliares, incesto, entendido como las relaciones entre parientes (RAE, 2001), cuando se dan las circunstancias de coerción y asimetría. -Abusos sexuales extrafamiliares: producidos por desconocido/ conocido reciente/conocido.	Las encuestas comunitarias realizadas en adultos/os, que fueron abusados/as sexualmente en la infancia, un 30 y un 40% de los agresores sexuales, eran los padres de las víctimas (Finkelhor, Hotaling y Lipovsky y Kilpatrick, 1992, citados en Garbarino y Eckenrode, 1999). López (1994, 1999) señaló que el 33% total desconocido para la víctima, un 33% eran conocidos sin relación especial, un 11% familiar y un 5% educadores y/o profesores. Sanmartín (2002, citado en Pereda, 2009), afirmó que los agresores de menores de 13 años, la relación predominante era de personas cercanas a la víctima, amigos o familiares. En menores de 13 años, especialmente del sexo masculino, la proporción de desconocidos consideraron que el abuso perpetrado por familiares o personas del entorno del/la menor, abarcaba un 57,9%, era el propio padre.
ESTRATEGIAS DEL AGRESOR	-Uso de la violencia física. -Sin violencia física, mediante la manipulación, la confusión y el doble significado, la sorpresa, el engaño, el uso de premios y castigos, la prevalencia, la amenaza o intimidación.	Autores como López (1994, 1999) y A. Sepúlveda y P. Sepúlveda (1999), señalaron como más frecuentes la sorpresa o aproximación (74%), el engaño, seducción o insistencia (42,4%), la fuerza y violencia física no suelen ser habituales (López, 1999; Vázquez Mezquita, 1995). La fuerza y violencia física en un 9,7% del total, primando las amenazas y represalias con el consecuente secretismo. Por López (1994) en un 20,7% del total, como pueden ser la confusión de alguna situación o el engaño. Pereda (2006) concluyó que, la fuerza y amenaza, eran más frecuentes al aumentar la edad de la víctima. Gómez de Terreros y Gil (2009), observaron la misma frecuencia en la seducción que en el chantaje.
FRECUENCIA DE LA AGRESIÓN	-Puntual o aislada. -Reiterada o continua.	Los estudios de López (1994, 1995, 1999), mostraron que el porcentaje mayor lo ocupa la categoría de 3 veces con un 20,1%. Un 11,2 % de las víctimas recuerda haber sido abusada sexualmente en su infancia. Echeburúa (2005) y al <i>síndrome de acomodación al abuso</i> , también con posibles consecuencias con la revictimización de los/as menores, que puede llevar a mayor riesgo de alteraciones psicopatológicas.
LUGAR DONDE SE DESARROLLA LA VIOLENCIA SEXUAL	-Según el medio poblacional: Rural/urbano. -Según el lugar de la agresión: Entorno cercano a la menor (domicilio, colegio, etc.)/Otros.	López (1994) encontró como lugar más frecuente la calle, jardines o campo (30,2%), seguido de la casa de la víctima (15,1%), la casa de la víctima (11,8%), el entorno de la casa de la víctima (8,9%), el colegio (6,5%) y el internado (1,4%).

**Tabla 9. Elementos relativos a la agresión y abuso a menores.**

ELEMENTOS RELATIVOS A LA AGRESIÓN Y ABUSO SEXUAL A MENORES	CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS
TIPO DE ACTOS SEXUALES	<p>-Sin contacto físico. -Con contacto físico: Tocamientos, penetración anal o vaginal con objetos, dedos o pene, penetración bucal, masturbación al agresor.</p> <p>Las conductas sexuales son variadas. Díaz (2001) considera que deben tenerse en cuenta desde menores de edad (Tabla 10). López (1994, 1999) señaló en su estudio que, un 32,6%, hab actividad sexual y un porcentaje idéntico víctimas de exhibicionismo; entre los abusos con cont por debajo de la cintura (57,5%), seguidas de las caricias por encima de la cintura (49,8%), el seguido de la masturbación (12,5%) y el sexo oral (9,7%), sigue el coito vaginal en adolescentes (4,7%). Saldaña et al. (1995, citados en Pereda, 2006), en su estudio a nivel nacional, concluyerc los casos, mientras que el 22,2% fue abuso verbal. A. Sepúlveda y P. Sepúlveda (1999) consid tocamientos, seguido de la felación, la penetración vaginal en caso de preadolescentes o penetración no suele ser habitual, excepto en edades cercanas a la adolescencia (Lameiras, 200 observó en su estudio sobre población universitaria que había sufrido el abuso antes de los 18 mayor que en otros estudios europeos similares (4 veces superior en mujeres, y 6 veces supe eran abusos con penetración, aunque, en el caso de varones, a medida que la víctima era mayc (2009) encontraron la mayor frecuencia de actos abusivos en los tocamientos genitales y en segu</p>
CARÁCTERÍSTICAS DEL VICTIMARIO	<p>-Sexo: Masculino/Femenino. -Número: Agresor único/Agresores múltiples. -Edad agresor: Mayores de edad/Menores de edad. -Características personales.</p> <p>El agresor no tiene un perfil típico. Según López (1994), cerca del 90% de los abusos sexuales proporción de abusos realizados por mujeres, es menor (8,9%) sobre niñas que sobre niños (l agresiones de mujeres adultas solían ser hacia chicos adolescentes que estaban de acuerdo en de iniciación sexual. Por el contrario, las agresiones por parte de varones (hacia niñas y chicas a las víctimas, como no gratas e impuestas, por lo que he aquí una cuestión de género a analizar. En cuanto a la edad del agresor, López (1994, 1999) afirma que, la mayor parte de los agresores entre 25 y 50 años (concretamente el porcentaje mayor lo reúnen los adultos varones de 31 a 50 los agresores de 21-30 años), aunque un número importante tiene menos de 18 ó 20 años Bromberg y Johnson (2001) encontraron que, aproximadamente el 40% de abusadores de menor (2005) concluyeron que el 40% de los agresores sexuales eran adolescentes. Pereda (2006) est años con el agresor, era la más frecuente, y que la proporción de edades similares entre ag desdeñada. Entre las características personales de los abusadores, Garrido et al. (1999) señalaron el abusoc sociales, la carencia de habilidades sociales, la incapacidad de control, la hostilidad hacia los c emocional que les impide hacerse sitio en el mundo de los adultos, una baja autoestima y el des sufrimiento de las víctimas y la falta de empatía. Los abusadores de menores, por lo gene "normales", pueden tener un matrimonio estable y aparentar firmes valores morales o religiosos ( mínima parte de los agresores, padece la desviación conocida como pedofilia, según López (199 según la American Psychiatric Association (APA, 2002) se detallan en la Tabla 11.</p>

### 2.2.2.3. ELEMENTOS POSTERIORES A LA AGRESIÓN.

También llamados *Factores Posdelictuales*. En este apartado se incluye la reacción familiar y social y las consecuencias de la revelación, tanto para la familia (separación de progenitores, prisión para el agresor, que muchas veces es el padre de familia, estigmatización de la víctima), como la victimización secundaria derivada de los procesos judiciales, e incluso la posibilidad de que el niño o niña deba ser separado de la familia e ingresado en un centro de protección (P. Sepúlveda, 2002a, 2002b).

**Tabla 10. Conductas sexuales (Díaz, 2001).**

TIPOS DE CONDUCTAS SEXUALES	
<b>Actos sexuales</b>	<p><b>Con contacto físico</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Violación</i>: penetración en la vagina, ano o boca, con cualquier objeto (sin el consentimiento).</li> <li>2. <i>Penetración digital</i>: inserción de un dedo en la vagina o en el ano.</li> <li>3. <i>Penetración vaginal o anal con el pene</i>.</li> <li>4. <i>Penetración vaginal o anal con un objeto</i>.</li> <li>5. <i>Caricias</i>: tocar o acariciar los genitales de otro; incluyendo el forzar a masturbar para cualquier contacto sexual, menos la penetración.</li> <li>6. Conductas sexuales con personas del mismo sexo.</li> <li>7. <i>Contacto genital oral</i>.</li> <li>8. Involucrar al niño en <i>contactos sexuales con animales</i>.</li> </ol>
	<p><b>Sin contacto físico</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Propuestas verbales</i> de actividad sexual explícita.</li> <li>2. <i>Exhibicionismo</i>: acto de mostrar los órganos sexuales de una manera inapropiada.</li> <li>3. Obligar a los niños a ver <i>actividades sexuales de otras personas</i>. Por ejemplo: padres, otras personas que impliquen a los niños en la observación de coito, ver pornografía.</li> <li>4. <i>Falsas alegaciones</i>.</li> </ol>
<b>Explotación sexual</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Implicar a menores de edad en conductas o actividades relacionadas con la producción de <i>pornografía</i>.</li> <li>2. Promover la <i>prostitución infantil</i>.</li> <li>3. <i>Turismo sexual</i>.</li> </ol>
<b>Culturales</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Ablación quirúrgica</i> del clítoris.</li> <li>2. <i>Casamiento de niños</i> sin su consentimiento.</li> </ol>
<b>Omisión</b>	<p><i>No atender a las necesidades del niño y a su protección en el área de la sexualidad.</i></p>

**Tabla 11. Criterios diagnósticos de la DSM-IV-TR para la pedofilia (APA, 2002).**

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO F65.4 PEDOFILIA (302.2)	
<b>A. Durante un período de al menos 6 meses.</b>	
Fantasías sexuales recurrentes.	
Altamente excitado antes.	
Impulsos sexuales.	
Comportamientos que implican actividad sexual con niños prepúberes (13 años o menos).	
<b>B. Todo lo anterior provoca malestar clínicamente significativo.</b>	
Deterioro social.	
Deterioro laboral.	
<b>C. La persona tiene al menos 16 años y es por lo menos 5 años mayor que el niño o los niños del primer criterio (no incluir de 12 a 13 años).</b>	
Especificar:	Con atracción sexual por los varones.
	Con atracción sexual por las mujeres.
	Con atracción sexual por ambos sexos.
	Se limita al incesto.
Especificar:	Tipo exclusivo (atracción sólo por los niños).
	Tipo no exclusivo.

Los elementos que componen el ASI suelen relacionarse unos con otros. Allard-Dansereau, Haey, Hamane y Bonnin (1997, citados en Pereda, 2006) establecieron que, los abusos sexuales cometidos por adolescentes menores de 19 años, eran más severos, con mayor índice de penetración y más violencia física. P. Sepúlveda (2001) y Amuvi (2008) señalaron que, las agresiones perpetradas por menores eran, más frecuentemente de tipo ocasional, mientras que los abusos reiterados, los realizaban los adultos. Los abusos más severos, duraderos y con más violencia física o amenazas, suelen ser cometidos por agresores intrafamiliares (Fergusson y Lynskey, 1996; Fischer y McDonald, 1998; Goldman y Padaychi, 1997; Margolin, 1992; todos citados en Pereda, 2006; P. Sepúlveda, 2002b). Por el contrario, Echeburúa y de Corral (2006) opinaron que los abusos perpetrados por familiares o personas del entorno cercano a la víctima, son los más duraderos, los actos sexuales suelen ser contacto buco-genital y la penetración se produce cuando la niña alcanza la pubertad, estos actos no conllevan, generalmente, otras conductas violentas. En el caso de agresores desconocidos, estos autores opinan que el abuso se limita a ocasiones aisladas y la violencia asociada al acto sexual es más frecuente (no obstante, es menor que en el caso de adultas por la falta de resistencia del/la menor).

Pereda (2006) observó que, el ASI de inicio anterior a los 13 años, era cometido por una persona del entorno cercano a la víctima, al menos 5 años mayor que ésta, con alto porcentaje de penetración y no se acompañaba de lesiones graves; mientras que en el ASI iniciado entre los 13 y los 18 años, se incrementaban los casos de agresores desconocidos, si bien en mujeres adolescentes, también era frecuente la relación de pareja, con mayor prevalencia de uso de fuerza y violencia, y menos prevalencia de penetración. La autora consideraba era debido al riesgo de embarazo y las mayores capacidades físicas para defenderse, de las víctimas más mayores.

### 2.2.3. CARACTERÍSTICAS ESPECIALES DEL ABUSO SEXUAL A MENORES EN LA FAMILIA.

*“Hay golpes en la vida, tan fuertes... yo no sé  
..... como si ante ellos,  
la resaca de todo lo sufrido  
se empozara en el alma...”.*  
(C. Vallejo).

El abuso sexual dentro de la familia produce un impacto mayor que el extrafamiliar (Kendall, Tackett, William y Finkelhor, 1993, citados en Garbarino y Eckenrode, 1999). La ruptura del sentido protector de la familia, el apoyo al abusador (que a veces se produce), el aislamiento de la víctima y el pacto de silencio intrafamiliar, no permite una intervención externa directa, como podría suceder cuando el abuso es perpetrado por un desconocido.

En la mayoría de los abusos sexuales a menores perpetrados por familiar o allegado, la estrategia de victimización sigue un secuencia similar: ganar la confianza del/la niño/a, seducirle de forma lenta y progresiva y finalmente forzarle al silencio con amenazas, culpabilización e incluso agresiones físicas (A. Sepúlveda y P. Sepúlveda, 1999).

Diversos autores como Barudy (1998, 2003), Millán et al. (2008), A. Sepúlveda et al. (2002), A. Sepúlveda y P. Sepúlveda (1999), P. Sepúlveda (2002b) y Vázquez y Calle (1997), han estudiado el desarrollo del abuso sexual a menores en etapas o fases, en las que las estrategias del agresor y los actos o conductas sexuales se entremezclan y condicionan entre sí. Siguiendo a estos autores se exponen las etapas del abuso sexual:

1. Fase de *Inicio o Desarrollo*, llamada también *fase de seducción*: el abusador utiliza la manipulación; hace creer al niño o niña que la situación es divertida y/o aceptada, le ofrece recompensas, le incita a participar en juegos y/o le hace halagos, creándole la sensación de ser alguien especial. En esta fase, el perpetrador manipula la dependencia y la confianza de la víctima, crea confusión, y paralelamente va preparando el lugar y el momento del abuso. Garbarino y Eckenrode (1999) denominan esta etapa *proceso de preparación*.

2. Fase de *Interacción Sexual*: se da de forma progresiva, comenzando por la exposición de genitales, tocamientos, masturbación, hasta la felación y penetración vaginal o anal. Garbarino y Eckenrode (1999) señalaron que la mayor parte de la victimización sexual infantil intrafamiliar, ocurre en el contexto de una relación cotidiana corriente. El proceso suele ir desde lo no sexual (baños, masajes, acercamientos, simulacros de luchas), hasta lo sexual (caricias, masturbación), llegando hasta

formas más intrusivas como el sexo oral y el coito anal/vaginal (Berliner y Conte, 1990, citados en Garbarino y Eckenrode, 1999).

Millán et al. (2008) han expuesto que, la sexualización gradual, hace que el/la menor sea incapaz de distinguir entre las conductas aceptables y las abusivas. Se trata de una actividad sexual que la niña o niño no desea o no comprende, pero en la que se está involucrando y en la que el abusador va haciendo a su víctima partícipe, como si de una complicidad secreta se tratara. A medida que la niña o niño va creciendo, también van desarrollándose otras capacidades, que le permiten interpretar la realidad, por lo que comienza a ser consciente de lo que le está ocurriendo; y percibe (a veces incluso contrasta) que se trata de una actividad no habitual ni “normal”, tal y como el abusador le había convencido en su infancia (Finkelhor, 1995, citado en Finkelhor, 1999a; Garbarino y Eckenrode, 1999). Por ello, el agresor cambia las estrategias de la coacción y de los premios y castigos, por las amenazas o el miedo (e incluso la violencia física en algunas ocasiones), para impedir que el/la menor denuncie lo sucedido.

3.Fase de *Secreto*: el agresor necesita que la situación de abuso continúe, por lo que persuade a su víctima para que guarde el secreto; generalmente con manipulación y engaño primero, y amenazas después. Este fenómeno es llamado también *Pacto de Secreto* (López, 1995) o *Imposición de la Ley del Silencio* (Perronne y Nannini, 1998). Los/as menores no tienen otra alternativa que adaptarse a la situación, mientras que sus hermanos/as y madre pueden estar ignorantes de los hechos o cómplices.

Según Burgess y Holmstrom (1975, citadas en Pereda, 2006), el secreto se produce por la presión del adulto al niño o niña a través de bienes materiales (se ofrece al niño o niña obsequios o dinero), tergiversando los valores morales (diciendo que es correcto o habitual lo que están haciendo) o intercambiando afecto por relaciones sexuales en niños solitarios. El secreto se mantiene por temor al castigo, a las repercusiones derivadas de la revelación, al abandono o rechazo, o por las dificultades comunicativas de los menores (niños/as con bajo nivel de desarrollo o con alguna discapacidad). Todo ello fuerza a seguir manteniendo la interacción sexual.

Garantiza el silencio de la víctima las limitadas opciones que ésta tiene: abandonar el hogar, que no suele presentarse como posible ni deseable; puede tener sentimientos contradictorios hacia el familiar abusador y necesitar el afecto que éste le ofrece, máxime si siente rechazo por las demás personas del

entorno -algo bastante común en este tipo de menores- (Finkelhor, 1995, citado en Garbarino y Eckenrode, 1999). Por mantener este afecto o lealtad hacia el familiar abusador, respetar la autoridad y el temor a que se cumplan las amenazas, el/la menor no revelará la situación de abuso (Garbarino y Eckenrode, 1999). Cuanto mayor sea la implicación emocional y más doloroso e incongruente el acto, más dificultad tiene la víctima para romper el silencio (Pérez y Borrás, 1996).

Este desarrollo de estrategia, Barudy (1998), lo ha comparado metafóricamente con una *vampirización*; proceso que va más allá de la seducción, por el cual el abusador envuelve a su víctima en una reacción falsa, que es presentada como afectiva y protectora, lo que confunde y victimiza doblemente al niño o niña. El resto de la familia suele confiar en el abusador (más si es el padre), confianza que es utilizada y manipulada por éste, que además suele ejercer fascinación y una gran influencia en los demás miembros de la familia. Perrone y Nannini (1998) consideraron, que la palabra seducción es insuficiente, para identificar y descubrir las presiones que el abusador ejerce sobre la víctima, y no describe la falta total de libertad de ésta frente al perpetrador. Por ello propusieron el término *hechizo*, basado en que el abusador, además de seducir, confunde a la víctima, y le hace perder el sentido crítico.

4. Fase de *Descubrimiento, Divulgación o Revelación*: puede ser accidental (verbalización espontánea, por contagio de enfermedad de transmisión sexual, fecundación), o voluntaria/premeditada de la víctima, debido al sufrimiento o al conflicto de autonomía propio de la adolescencia. A veces, en lugar de comunicar lo que está ocurriendo, hay niños/as que huyen del hogar escapándose o casándose precipitadamente en cuanto pueden (Garbarino y Eckenrode, 1999). Ullman (2001, citado en Pereda, 2006) en una revisión realizada, confirmó que la mayoría de las víctimas espera a la edad adulta para revelar el abuso sexual (42-75%) o no llega a revelarlo nunca (26-28%). A. Sepúlveda et al. (2002) estimaron que, sólo el 50% de los/as menores revela el abuso, un 15% se denuncia a las autoridades y únicamente un 5% está envuelto en procesos judiciales.

A veces pueden ser los propios familiares o amigos quienes descubren la situación de abuso, salvando a la víctima del papel de reveladora del secreto (Pérez y Borrás, 1996). El miedo, la vergüenza o querer evitar tristezas al otro progenitor, dificultan la revelación del abuso pese al sufrimiento al que pueda estar sometida la víctima (Faller, 1989, citado en Garbarino y Eckenrode, 1999). Goodman-Brown, Edelstein, Goodman, Jones y Gordon (2003, citados en Pereda, 2006) encontraron que, a mayor edad de la víctima, menor revelación del abuso. Este

hecho, fue relacionado por los autores, con la madurez de la víctima y la mayor percepción de las consecuencias negativas de la revelación. A. Sepúlveda et al. (2002) observaron que, el mayor índice de revelaciones espontáneas, se daba en niñas pequeñas, quienes presentaban menos temor a explicar lo sucedido

5. Fase de *Supresión o Represiva*: los miembros de una familia que sospechan o saben que se está produciendo un ASI en el interior de su hogar, a menudo lo niegan (Garbarino y Eckenrode, 1999); o buscan una forma desesperada de mantener la cohesión familiar y evitar las consecuencias que conlleva la divulgación del abuso (prisión, juicios, etc.). La reacción más común de la familia es negar la importancia del abuso, minimizar la credibilidad de la víctima e incluso amenazarla para que guarde silencio. En este tipo de familia, es frecuente que reine una verdadera tiranía por parte del miembro agresor (habitualmente el padre). La ley del silencio es compartida por todos los miembros, por lo que se sacrifica a la víctima para proteger prioritariamente a la familia (Perrone y Nannini, 1998). Así durante años, se pueden minimizar las señales que podrían desvelar la situación opresiva y de silencio de la víctima, lo que hace que ésta se hunda aún más en un sentimiento de indefensión y desesperanza, al no ver salida a su problema (Pérez y Borrás, 1996). En estos casos, a veces la víctima puede retractarse y negar lo sucedido tras haberlo revelado.

Dentro de la ontogénesis del abuso sexual, Barudy (1998, 2003) ha denominado a las tres primeras fases *Primer Momento*, considerando que en esta etapa, al desarrollarse los abusos en la intimidad protegidos por el secreto y la ley del silencio, el sistema familiar se encuentra en equilibrio y la familia utiliza el incesto para mantener la cohesión, así como los sentimientos de pertenencia. En el *Segundo Momento*, que incluye las fases cuatro y cinco, los actos incestuosos salen a la luz pública, y constituyen una crisis para el conjunto de la familia y de su entorno social.

Llama la atención el papel de la madre en una familia sexualmente abusiva, cuando ésta no es la agresora. Algunas madres prefieren ignorar, negar o racionalizar la situación de abuso sexual a sus hijos/as, ya que el hacer frente al incesto excede de sus recursos personales (Garbarino y Eckenrode, 1999). En muchas ocasiones se considera a las madres cómplices del abuso sexual a la/el menor, ya sea porque no supervisan y/o protegen adecuadamente a sus hijos/as; porque se niegan a protegerles cuando se descubre el abuso; o porque contribuya indirectamente a su propia historia como víctima. Es por ello que después de la revelación, algunas madres siguen siendo leales a su pareja o marido (caso de ser éste el abusador), e incluso se

enfrentan a las víctimas (Perrone y Nannini, 1998). Es difícil conocer cuántas madres son conscientes del abuso sexual a sus hijos/as, sus verdaderos sentimientos y los recursos que poseen para protegerles, dada la variedad de situaciones a las que están sometidas estas mujeres.

No obstante la mayoría de las madres (o padres, caso de no ser éstos los abusadores), son ignorantes de que está sucediendo un abuso sexual, y cuando conocen los hechos abusivos, creen a sus hijos/as, toman medidas para protegerles y tratan de disminuir el impacto negativo de la acción (Briere, 1994, citado en Garbarino y Eckenrode, 1999).

La falta de apoyo familiar, una vez revelado el abuso genera pésimas consecuencias en las víctimas (Garbarino y Eckenrode, 1999). Algunas mujeres que fueron abusadas en la infancia por su propio padre, informaron que el desinterés de su madre, les había dolido tanto o más que el abuso sexual perpetrado (Garbarino y Eckenrode, 1999).

El patrón descrito para el abuso sexual intrafamiliar, es de aplicación en algunos casos de abuso sexual extrafamiliar, perpetrado por una persona muy cercana a el/la menor (educadores, vecinos, amigos de la familia, etc.).

#### **2.2.4. MITOS Y FALSAS CREENCIAS SOBRE EL ABUSO SEXUAL A MENORES.**

Al igual que la violencia sexual contra mujeres, los abusos sexuales a menores están sometidos a una serie de mitos e ideas erróneas, que desvirtúan y confunden su significado y alejan de la realidad el problema. Algunos de ellos se exponen en la Tabla 12.

**Tabla 12. Mitos e ideas erróneas-realidades de abusos sexuales a menores (adaptado de López, 1999; A. Sepúlveda y P. Sepúlveda, 1999).**

MITOS E IDEAS ERRÓNEAS	REALIDADES
Los abusos son poco frecuentes. Hoy se producen más casos que en el pasado.	Son frecuentes, pero es un problema oculto. Hoy día se conoce más por los medios y ayudas que existen y el tratamiento del problema.
Los abusos sexuales ocurren en ambientes desfavorecidos.	Se producen en todas las áreas geográficas y en todo tipo de niveles culturales y clases sociales.
El agresor responde a un único perfil: suele ser un adulto desconocido y con alteraciones mentales.	Los agresores a menores suelen ser familiares de la víctima o personas muy cercanas a su entorno. No suelen tener ningún tipo de alteración mental.
Los abusos sexuales suelen darse en compañía de mucha violencia física.	Normalmente el agresor se sirve de otras estrategias como el engaño, la coacción o las amenazas.
Las menores incitan a los agresores y por norma éstos eligen chicas provocativas.	El abuso es siempre responsabilidad del adulto.
Las víctimas siempre lo cuentan y las agresiones siempre se denuncian.	Las víctimas ocultan el suceso durante mucho tiempo, llegando a veces a no desvelar nunca su secreto.
Los/as menores mienten-fabulan-fantasean.	Los/as menores casi siempre dicen la verdad, no hay motivos para dudar de la denuncia de los niños y niñas.
Si el abuso ocurriera en un entorno cercano se detectaría rápido/nos enteraríamos.	Es muy difícil detectar una situación de abuso sexual por el secretismo que conlleva.
Es mejor respetar la intimidad de la familia y no denunciar. Es mejor no hablar del tema.	No se trata de un problema familiar sino social, pues a toda persona compete la integridad de los menores; el silencio es el mejor cómplice del abuso y cualquier persona que tenga conocimiento de éste debe comunicarlo a la autoridad competente.
Los efectos siempre son los mismos.	Existen multitud de respuestas a una situación de abuso, por lo que no se puede hablar de un único patrón de consecuencias.

### **2.2.5. ETIOLOGÍA DEL ABUSO SEXUAL INTRAFAMILIAR A MENORES.**

La etiología del abuso sexual intrafamiliar suele englobarse dentro de otras formas de maltrato infantil. Siguiendo a I. de Terreros (1995, 1997) en la etiopatogenia del ASI, como forma de maltrato a la infancia, existen cuatro puntos básicos:

1. Debe rechazarse cualquier planteamiento unicausal. Su producción conlleva la acumulación de diferentes factores de riesgo.
2. La confluencia de varios factores multiplica el riesgo.
3. Los incidentes de abuso son el reflejo de un largo proceso subyacente de graves perturbaciones en la relación paterno-filial.
4. Si bien existen una serie de factores de riesgo comunes en los diferentes tipos de maltrato infantil, es preciso tener en cuenta unas situaciones generadas y mantenidas por una serie de ellos,

propios de las diferentes tipologías. En este sentido, el abuso sexual presenta factores de riesgo comunes a otros tipos de malos tratos, y otros factores específicos.

I. Gómez de Terreros (1995, 1997) y Save the Children (2001), han señalado diferentes modelos explicativos del ASI, que sucesivamente se han ido complementando:

- Modelo psicológico–psiquiátrico, basado en los trastornos del agresor.
- Modelo sociológico, basado en factores de riesgo sociales y actitudes culturales.
- Modelo de la transmisión intergeneracional, planteado desde el punto de vista de que la violencia genera violencia y existe un ciclo que se reproduce de padres a hijos.
- Modelo centrado en la vulnerabilidad del niño/a.
- Modelo socio-interaccional, que establece el maltrato desde una perspectiva multidimensional.

Durante años se han presentado los trastornos psicopatológicos de los perpetradores como causa del ASI y del maltrato infantil, pero al existir múltiples casos en los que no se apreciaba ninguna alteración de este tipo, se puso en duda esta cuestión (Arruabarrena y de Paúl, 2005). Por ello, fueron surgiendo modelos explicativos en torno a variables sociodemográficas, tales como pocos recursos sociales, marginación, hacinamiento. Pero se ha comprobado que ninguna de estas variables parece ser único detonante, ni causa clara del sometimiento al menor al abuso sexual intrafamiliar (Arruabarrena y de Paúl).

En 1985, Wolfe (citado en Arruabarrena y de Paúl, 2005) trató de cruzar varios tipos de variables en busca de un modelo etiológico más sólido, pero sus intentos fueron en vano; por ello, de manera general, no podemos considerar las variables personales de tipo psicológico ni socioeconómico, como causa de la perpetración de algún tipo de maltrato a los menores de la propia familia, incluyendo el abuso sexual.

Bronfenbrenner (1979, citado en Rodrigo y Palacios, 1998) promulgó su modelo ecológico, en el que distinguía cuatro sistemas familiares, que acumulaban factores de riesgo y protección respecto al menor; y que podían ser los responsables del buen funcionamiento familiar, o por el contrario de alguna disfunción en la familia. Bronfenbrenner distinguió: a) el macrosistema, como sistema más distal, que incluye los valores culturales de la sociedad en la que la familia se encuentra inserta; b) el exosistema, donde recaen las estructuras sociales, que influyen en el ambiente más próximo de la familia (familia extensa, condiciones laborales de los padres, amistades y relaciones, etc.), pero que no incluyen directamente al niño/a o adolescente; c) el mesosistema, o conjunto de relaciones entre los

diferentes microsistemas (cuarta unidad más próxima al menor), como la familia nuclear, los amigos directos del niño/a y la escuela a la que asiste. El autor diferenció un largo número de factores de riesgo o tensión, y de protección que explican y hacen tomar conciencia de la multicausalidad de los problemas familiares, y de la gran cantidad de factores que pueden influir de forma más o menos directa.

Belsky (1980, citado en Arruabarrena y de Paúl, 2005; Rodrigo y Palacios, 1998; Save the Children, 2001), reformuló el modelo de Bronfenbrenner para aplicarlo al maltrato infantil (incluido el ASI). Le añadió una serie de factores de riesgo y de protección, dependiendo del desequilibrio de los primeros sobre los segundos, se daba origen al ASI y a otros tipos de maltrato.

Citecci y Rizley (1981, citado en Rodrigo y Palacios, 1998), propusieron un modelo complementario al de Belsky, que distinguía entre factores de riesgo y protección, con dimensión de temporalidad. Según estos autores, hay factores de riesgo y factores protectores, tanto crónicos como transitorios, que dan lugar a cuatro tipos de situaciones:

- 1.Situación permanente de vulnerabilidad (factores de riesgo crónicos).
- 2.Situación de protección estable o permanente (factores protectores crónicos).
- 3.Situación de crisis (factores de riesgo transitorios).
- 4.Situación de protección o amortiguación temporal (factores protectores temporales).

En la Tabla 13 se presenta una recopilación de factores de riesgo y de protección para el abuso sexual intrafamiliar, agrupados por sistemas, siguiendo a Save the Children (2001).

Un modelo específico explicativo del ASI es el llamado *Modelo de las Precondiciones*, propuesto por Finkelhor en 1986. Este autor, consideró, que para que se lleven a cabo abusos a menores, deben existir cuatro precondiciones:

1. Que haya una persona motivada para llevar a cabo conductas sexuales con un menor.
2. Que esa persona considere aceptables esas conductas con menores o que no pueda inhibirlas.
3. Que el menor no tenga protección externa.
4. Que el menor no oponga resistencia al abuso.

Finkelhor (1986, 1999b) explicó las dos primeras precondiciones con varias hipótesis. La congruencia emocional, cuando los adultos escogen a menores por la propia inmadurez del perpetrador, satisfacen así su necesidad de aprecio y admiración y se sienten dominadores y

poderosos ante los menores (A. Sepúlveda y P. Sepúlveda, 1999); las dificultades para relacionarse con otros adultos; una mayor activación sexual hacia menores (por experiencias infantiles directas, modelado, atribuciones erróneas, etc.), y la desinhibición relacionada con la falta de control por impulsividad, deficiencia mental, abuso de alcohol, e incluso factores culturales como la supresión del tabú del incesto.

**Tabla 13. Factores de riesgo y de protección (Save the Children, 2001).**

Niveles ecológicos	FACTORES DE RIESGO		FACTORES DE PROTECCIÓN	
	Predisponentes	Precipitantes	Predisponentes	Precipitantes
DESARROLLO DEL INDIVIDUO	Introversión. Discapacidad física/psíquica. Historia previa de abuso. Baja autoestima. Pobres habilidades de comunicación y resolución de problemas. Falta de asertividad y sumisión. Ser mujer. Desconocimiento sobre la sexualidad. Ser hijo no deseado Trastornos congénitos Nacimiento prematuro. Bajo peso al nacer. Falta de habilidades de autodefensa.	Trastorno de la conducta. Enfermedades o lesiones del niño o niña. Complicaciones en el periodo perinatal.	Habilidades interpersonales de comunicación y resolución de problemas. Alta autoestima. Asertividad. Desarrollo normalizado. Educación afectiva sexual adecuada. Apego materno/paterno.	Reconocimiento de la experiencia de maltrato en la infancia. Adquisición de habilidades de autodefensa.
MICROSISTEMA	Trastornos físicos/psíquicos (ansiedad y depresión incluidas) de algún miembro de la familia. Drogodependencias de algún miembro de la familia. Familia monoparental. Madre joven. Historia familiar de abuso. Falta de afectividad en la infancia de los padres. Disarmonía familiar. Ausencia de vínculos afectivos. Abandono familiar. Elevado tamaño familiar.	Enfermedades/lesiones de algún miembro de la familia. Conflictos conyugales. Violencia familiar. Falta de control de impulsos. Excesiva proximidad en el nacimiento de los hijos.	Ambiente familiar sin exposición a violencia. Experiencia en los cuidados de la/el niño/a. Planificación familiar. Satisfacción personal de los miembros de la familia. Educación afectiva-sexual adecuada en la familia. Apego materno/paterno al hijo/a. Armonía marital.	Satisfacción en el desarrollo del/la niño/a. Resolución de conflictos familiares. Constitución o fortalecimiento de vínculos afectivos. Salida del hogar del agresor intrafamiliar. Escasos sucesos vitales estresantes. Intervenciones terapéuticas familiares.
EXOSISTEMA				
a) Sociolaboral	Dificultades en el acceso a recursos sociales y económicos. Insatisfacción laboral.	Desempleo. Conflicto laboral. Fracaso en el acceso a recursos sociales.	Satisfacción laboral. Acceso a recursos sociales y económicos.	Salir del paro. Resolución del conflicto laboral. Éxito en el acceso a recursos sociales.
b) Vecindario	Aislamiento social.	Frecuente cambio de domicilio	Red de apoyo psicosocial amplia.	Integración en grupos de iguales. Participación en asociaciones y actividades vecinales. Apoyo social ante una problemática.

**Tabla 13. Factores de riesgo y de protección (Save the Children, 2001).**

Niveles ecológicos	FACTORES DE RIESGO		FACTORES DE PROTECCIÓN	
	Predisponentes	Precipitantes	Predisponentes	Precipitantes
MACROSISTEMA a) Sociales	Alta criminalidad. Baja cobertura servicios sociales. Alta frecuencia desempleo. Marginalidad. Inhibición social a la hora de la denuncia. Fácil acceso a la pornografía infantil. Políticas discriminatorias. Falta de relación afectiva entre los hombres y los niños durante la crianza. Procedimiento penal exclusivamente protector de los derechos del agresor.	Alta movilidad geográfica. Fácil acceso a las víctimas. Aplicación de las penas mínimas a los agresores. Ausencia de control prenatal y perinatal. Conflictos bélicos.	Políticas igualitarias. Aplicación adecuada de las penas a los agresores. Procedimiento penal protector de la víctima.	Puesta en marcha de: -Programas de prevención. -Programas de tratamiento de víctimas y agresores. -Programas de mejora, de redes de apoyo e integración social de familias con mayor riesgo. -Programas sanitarios. -Programas de investigación sobre el tema. -Registro unificado de casos. -Constitución de redes de trabajo interdisciplinario.
MACROSISTEMA b) Culturales	Aceptación castigo corporal. Valoración del niño como propiedad de los padres. La familia como un ámbito de privacidad aislado. Concepción de la infancia como proyecto de persona, no como persona. Tolerancia con todas las formas de maltrato infantil. Negación de la sexualidad infantil. Mito de la familia feliz. Sexismo: fomento de la idea de poder y discriminación. Subcultura patriarcal.	Fracaso de los programas de sensibilización social. Sensacionalismo en los medios de comunicación.	Actitud positiva hacia la infancia, la mujer y la paternidad. Concepción del niño como persona independiente y con derechos. La familia como un ámbito social integrado. Consideración del niño como miembro de la familia, no como propiedad de los padres.	Éxito de los programas de sensibilización social. Asunción de la protección eficaz de la infancia, por parte de la sociedad. Implementación de la Convención sobre los Derechos del Niño de Naciones Unidas. Cambio de modelos de crianza y familiares. Actitud respetuosa y protectora hacia los niños de los medios de comunicación.

Esteban (2001) planteó una serie de circunstancias -que se muestran en la Tabla 14-, para explicar por qué los adultos abusan sexualmente de los/as menores.

**Tabla 14. Por qué los adultos abusan sexualmente de los niños y niñas (Esteban, 2001).**

POR QUÉ LOS ADULTOS ABUSAN DE LOS NIÑOS Y NIÑAS	
PREDISPOSICIONES EMOCIONALES Y PSICOLÓGICAS	Los abusadores encuentran a los niños atractivos por su falta de poder, inmadurez y sumisión. Los abusadores repiten el abuso que sufrieron para recuperar su autoestima, se identifican con el agresor y consiguen su recompensa por actuar como ellos. Socialización de los hombres para dominar.
EXCITACION SEXUAL CON MENORES	Algunos individuos desarrollan excitación sexual con menores, a través del condicionamiento cuando son pequeños, modelos de sus primeras experiencias, anomalías hormonales, mala atribución de la excitación o socialización a través de la pornografía infantil o anuncios.
FACTORES QUE INHIBEN LA RELACIÓN SEXUAL ENTRE ADULTOS	Los abusadores tienen dificultad en relacionarse sexualmente con adultos/as. Los abusadores tienen una habilidad sexual poco adecuada y por ello presentan dificultades con parejas adultas. La ansiedad sexual de incapacidad los lleva a buscar una criatura sumisa, que no les juzgue y no ponga en peligro su amor propio. El que abusa tiene una fijación de Edipo sin resolver. Falta de acceso normal (por ejemplo el embarazo de su pareja). Normas represivas sobre la conducta sexual.
DESHINIBICIÓN	Impulso desorden. Senilidad. Dificultades para aprender (deficientes mentales). Alcohol o drogas. Estrés situacional. Tolerancia cultural y normas patriarcales.
MOTIVACIONES ESPECÍFICAS	Los que abusan pueden estar motivados por beneficios, como en la producción de pornografía. Se ha sugerido que algunos individuos y grupos utilizan el abuso sexual infantil en actividades rituales (p. ej. satanismo) aunque faltan pruebas para demostrarlo.

Teorías como la transmisión intergeneracional del abuso o el aprendizaje social, se apoyan en la historia de crianza de los padres (Arruabarrena y de Paúl, 2005) y explican que, un determinado número de personas abusadas sexualmente en su infancia, hacen o permiten lo mismo con sus hijos e hijas. Echeburúa y Guerricaechevarría (2000) han afirmado que un 25% de los menores abusados sexualmente en su infancia, se convierten posteriormente en abusadores sexuales de otros menores. Otros autores, en cambio, aseveran que no es una causa detonante ni inevitable, y que cualquier ciclo familiar puede romperse (Palacios, Jiménez, Oliva y Saldaña, 1998, citados en Rodrigo y Palacios, 1998).

### **2.2.6. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DEL ABUSO SEXUAL A MENORES.**

Los estudios epidemiológicos acerca del abuso sexual a menores, parten de conceptos y premisas diferentes entre sí, por lo que imposibilitan la unificación y la presentación de unas cifras claras que permitan ilustrar el problema.

La mayoría de estudios, nacionales e internacionales, muestran la incidencia y no la verdadera prevalencia del problema. Pereda (2006) consideró que, la incidencia del ASI, se refería a los casos denunciados o detectados por la justicia, policía, organismos de protección infantil, servicios de salud, asociaciones y servicios de ayuda a víctima. Estos datos sólo han mostrado las situaciones más graves, por lo que se han sesgado determinadas características del abuso a menores y subestimando las cifras reales. López (1997) señaló que los datos oficiales, podrían ser más indicativos del funcionamiento de los recursos que de la realidad de los abusos. La prevalencia del ASI fue considerada por Pereda (2006), como los casos ocultos, conocidos por parientes próximos y familiares cercanos, o únicamente por el autor y su víctima.

Las cifras mostradas por el Instituto de la Mujer (2009), elaboradas con fuentes del Ministerio de Interior, muestran que en el año 2007, se conocieron un total de 6.904 delitos contra la libertad e indemnidad sexuales, de los cuales 1.137 sucedieron en el ámbito familiar y 518 fueron cometidos contra menores. De los 518 delitos contra la libertad e indemnidad sexuales de menores en el ámbito familiar, 429 de esos delitos, se han cometido contra niñas y adolescentes.

En la memoria de la Fiscalía General del Estado (2009), se pueden observar como los delitos contra la libertad e indemnidad sexuales en menores, aumentaron un 20% en el año 2008, en relación al año anterior.

La Consejería de Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía (2009), detectó 700 casos de abusos sexuales a menores en la Comunidad Autónoma Andaluza. Esta cifra puso de manifiesto un incremento de casos del 90%, en relación a los siete años anteriores. Se consideró que, este aumento de casos no respondía a un mayor número de abusos, sino a la detección realizada por los programas de atención a la infancia.

Los estudios retrospectivos de casos denunciados a servicios oficiales, han mostrado un porcentaje sobre los casos reales, que algunos autores han valorado en un 10 % (R. Kempe y H. Kempe, 1982), entre un 3-5% (Finkelhor y Hotaling, 1984), 12,3% (López, 1994), menos de un 10% (Fleming, 1997, citado en Pereda, 2006), 23% de las niñas y un 15% de los niños (FUNCOE, 2000), entre un 15-20% (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000), entre un 10-20% (Save the Children, 2001), y entre un 5-10% (A. Sepúlveda et al., 2002).

Los estudios de prevalencia, al igual que los de incidencia, también presentan limitaciones. López (1997) indicó que, las cifras de ASI basadas en los recuerdos de los/as adultos/as acerca de los sucesos en la infancia, deben ser interpretadas con prudencia, ya que

los recuerdos pueden ser inexactos o haberse borrado total o parcialmente. A pesar de las limitaciones y lo poco explícito de los datos, Lameiras, Carrera y Failde (2008) concluyeron que los estudios de prevalencia sobre el número de personas adultas que han manifestado haber sufrido abusos sexuales en la infancia, es una estrategia más fiable para establecer la dimensión y el alcance del problema, que los estudios de incidencia.

La única investigación encontrada en España que aporta datos de prevalencia nacional, es la de López, Carpintero, Hernández, Martín y Fuentes (1995), realizada a través de una muestra representativa estructurada por comunidad autónoma, sexo y edad. Los investigadores concluyeron que, los abusos sexuales podían afectar al 18,9% de la población; el 22,5% de las entrevistadas (mujeres) y el 15% de los entrevistados (hombres) habían sufrido abuso sexual antes de los 17 años, cometidos casi siempre por varones jóvenes y adultos de mediana edad, conocidos o familiares de las víctimas; y que los abusos dieron lugar a efectos negativos psicológicos a corto plazo en el 70% de los casos, y a largo plazo en el 30%. Las cifras de prevalencia señaladas por López et al. (1995), incluyeron conductas sexuales sin contacto y con contacto físico. En el caso de considerar sólo éstas últimas, la prevalencia se sitúa en un 14,8 % del total de la muestra, un 16,4% en el sexo femenino, y en un 13% en el masculino. Pese a las limitaciones metodológicas y el tiempo transcurrido, el reseñado estudio de López et al. sigue siendo referencia en nuestro país, y ha aportado datos muy interesantes, como el perfil de víctimas y agresores, y la situación de abuso en sí.

Otra de las aproximaciones a la prevalencia del abuso sexual, fue el estudio en población universitaria del País Vasco, desarrollado por Paúl de, Milner y Múgica (1995), que dio como resultado que el 13,4% de la personas encuestadas, manifestó haber sufrido ASI (14,9% mujeres y 9,7% hombres).

Pereda (2006) en su estudio sobre población universitaria catalana, observó una prevalencia del ASI del 19% en mujeres y del 15,5% en varones. La autora señaló que las cifras de prevalencia en su investigación -en comparación con otros estudios españoles de 10 años antes-, habían aumentado un 4% en mujeres y un 5% en varones. Concluyó que, obviando las diferencias metodológicas, existe un cambio real en la prevalencia del ASI, posiblemente por la mayor voluntad de responder sinceramente a las preguntas. En la Tabla 15 se reseñan los estudios españoles sobre la incidencia del maltrato y el abuso sexual infantil recopilados por Pereda.

**Tabla 15. Estudios españoles sobre la incidencia del maltrato y el abuso sexual infantil (tomada de Pereda, 2006).**

AUTORES Y AÑO DE PUBLICACIÓN	CARACTERÍSTICAS		LA MUESTRA N	DE MALTRATO No.	GENERAL Porcentaje casos	PORCENTAJE CASOS ABUSO SEXUAL RESPECTO A LOS DE MALTRATO
	Área	DE Población				
Saldaña et al. (1995)	Nacional	Expedientes servicios sociales	32.483	8.565	0,44% respecto de la población española menor de 18 años	4,19%
Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia (Sanmartín, 2002)	Nacional	Expedientes servicios sociales	32.741	16.189	0,71% respecto de la población española menor de 18 años	2,45%
De Paül y Arruabarrena (1995)	Gipuzkoa	Expedientes servicios sociales Cuestionarios a ámbitos sanitario, escolar y servicios sociales	278 Ámbito: -sanitario:28 centros -escolar:188 centros -servicios sociales:42	189	1,75% respecto de la población gipuzkoana menor de 15 años	1,59%
Jiménez et al. (1995)	Andalucía	Expedientes y cuestionarios a ámbitos sanitario, escolar y servicios sociales	2.599 Ámbito: -sanitario: 63 centros -escolar: 180 centros -servicios sociales: 120	884	1,5% respecto de la población andaluza menor de 18 años	1,92%
Moreno (2002)	Badajoz	Expedientes, observación de los casos y entrevistas semiestructuradas a las familias	107	8.627	-	1,98%
Inglés (1991)	Catalunya	Expedientes y cuestionarios a ámbitos sanitario, escolar y servicios sociales	738 Ámbito: -sanitario:495 centros -escolar: 135 centros -servicios sociales:142	256	0,51% respecto de la Población catalana menor de 16años	1,5%
Inglés (2000)	Catalunya	Expedientes y cuestionarios a ámbitos sanitario, escolar y servicios sociales	Expedientes: 388 Ámbito: -sanitario: 195 centros -escolar: 884 centros -servicios sociales: 450	7.590	1,78% respecto de la población catalana menor de 18 años	2,79%
Pou, Comas, Petitbó, Ibañez y Macías (2002)	Catalunya	Expedientes ámbito sanitario	600	20.825	-	6,30%

Las cifras de prevalencia arrojadas en el estudio de Villarroel (2008), sobre población universitaria de Barcelona, se asemejan más a los resultados de López et al., (1995) y al estudio realizado por Paúl de et al., (1995), siendo ligeramente inferiores a las cifras de Pereda (2006): 15,8% de prevalencia del abuso en muestra universitaria, 14,3% las mujeres y 8,6% los varones.

A nivel internacional, Finkelhor (1994) realizó un estudio de revisión acerca de la prevalencia del ASI (Tabla 16), donde quedaron patentes las diferencias metodológicas en los diferentes países estudiados, con tasas de prevalencia entre el 7-36% en mujeres, cifras más altas que en los estudios de incidencia.

En la Tabla 17, se muestra un resumen de los principales estudios internacionales de prevalencia del ASI -excluyendo los revisados por Finkelhor en 1994- recogidos por Pereda (2006). Esta autora observó cifras de prevalencia más elevadas en los estudios que utilizaron entrevista personal, que en los que se aplicaron cuestionarios de lápiz y papel. Así mismo, destacó que los resultados obtenidos con muestras universitarias en otros países europeos, no diferían mucho de las cifras de prevalencia de su investigación.

Lameiras et al. (2008), en base a las investigaciones con muestreos representativos de López et al. (1995) y Finkelhor (1994), concluyeron que entre un 20-25% de las mujeres y un 10-15 % de los hombres, a nivel internacional, fueron víctimas de abusos sexuales durante la infancia.

Los estudios acerca del ASI en personas con discapacidad o deficiencias psíquicas o físicas son muy escasos, aunque es sobradamente conocido el hecho de que se trata de víctimas especialmente vulnerables (Verdugo, 1993, citado en Pereda, 2006; Sepúlveda, 2002b; Millán et al., 2008).

A modo de resumen diremos que, la incidencia de casos detectados de ASI, se considera entre un 5-20% de los casos reales, por lo que la "cifra negra" de estos delitos, serían entre el 80-95%. La prevalencia estaría entre un 10-25% de los muestreos, siendo mayor en el sexo femenino que en el masculino. Al igual que sucede en los casos de violencia sexual a mujeres adultas, el ASI va siendo cada vez un problema más conocido, mejor detectado y que va moviendo más la confianza para que las víctimas y sus representantes legales, acudan a ponerlo en manos de las instituciones.

**Tabla 16. Prevalencia del abuso sexual infantil, estudio de revisión de Finkelhor (1994, tomada de Pereda, 2006).**

CARÁCTERÍSTICAS		DE	LA	MUESTRA			PORCENTAJE		SEXUAL INTRAFAMILIAR	
<u>País</u>	<u>n</u>	<u>Género</u>	<u>Población</u>	<u>Área</u>	<u>Métodos obtención de datos</u>	<u>Definición de abuso sexual</u>	<u>Hombres</u>	<u>Mujeres</u>	<u>Hombres</u>	<u>Mujeres</u>
Australia	991	Hombres y Mujeres	Estudiantes	Local	Cuestionario	Con y sin contacto	9	28	17	35
Austria	1125	Hombres y Mujeres	Estudiantes	Local	Cuestionario	Con y sin contacto	19	36	9	26
Bélgica	956	Mujeres	General	Nacional	Cuestionario	Con y sin contacto	0	19	0	34
Canadá	2008	Hombres y Mujeres	General	Nacional	Cuestionario	Con contacto	8	18	6	44
Costa Rica	497	Hombres y Mujeres	Estudiantes	Local	Cuestionario	Con y sin contacto	13	32	19	43
Dinamarca	1280	Hombres y Mujeres	General	Nacional	Cuestionario	Con y sin contacto	7	14	25	42
R. Dominicana	893	Hombres y Mujeres	Estudiantes	Local	Cuestionario	?	33		39	
Finlandia	7435	Hombres y Mujeres	Estudiantes	Nacional	Cuestionario	Con contacto	4	7		
Francia	1511	Hombres y Mujeres	General	Local	Pregunta única	Con y sin contacto	5	8	6	23
Alemania	1018	Hombres y Mujeres	Estudiantes	Local	Cuestionario	Con contacto	4	10	50	
Grecia	746	Hombres y Mujeres	Estudiantes	Local	Cuestionario	Con y sin contacto	6	16	23	33
Reino Unido	2019	Hombres y Mujeres	General	Nacional	Pregunta única	Con y sin contacto	8	12	13	14
Irlanda	500	Hombres y Mujeres	General	Local	Pregunta única	Con y sin contacto	5	7	37	
Países Bajos	1054	Mujeres	General	Nacional	Entrevista	Con contacto	0	33	0	46
Nueva Zelanda	1376	Mujeres	General	Local	Cuest. y Entrev.	Con y sin contacto	9	19	24	
Noruega	1017	Hombres y Mujeres	General	Nacional	Pregunta única	Con y sin contacto	0	32	0	38
Sur África	967	Hombres y Mujeres	Estudiantes	Local	Cuestionario	Con y sin contacto	29	34	17	30
España	1821	Hombres y Mujeres	General	Nacional	Cuest. y Entrev.	Con y sin contacto	15	23	4	16
Suecia	938	Hombres y Mujeres	General	Nacional	Cuestionario	Con y sin contacto	3	9	0	18
Suiza	421	Hombres y Mujeres	General	Local	Pregunta única	Con y sin contacto	3	11	0	56
EEUU	2626	Hombres y Mujeres	General	Nacional	Cuestionario	Con y sin contacto	16	27	11	29

**Tabla 17. Resumen de los estudios sobre prevalencia del abuso sexual infantil (se excluyen los revisados por Finkelhor, 1994, tomada de Pereda, 2006).**

PAIS Y AUTORES	CARACTERÍSTICAS		DE <u>Edad</u>	LA <u>Población</u>	MUESTRA <u>Área</u>	MÉTODO DE OBTENCIÓN DE DATOS	DEFINICIÓN DE ABUSO SEXUAL	HOMBRES	MUJERES
	<u>n</u>	<u>Género</u>							
1. Canadá MacMillan et al. (1997)	9953	Hombres/Mujeres	Mayores de 15 años	General	Nacional	Cuestionario	Con y sin contacto	4,3%	12,8%
2. Estados Unidos Vogeltanz et al. (1999)	1099	Mujeres	Mayores de 21 años	General	Nacional	Entrevista	Con y sin contacto	-	24% criterio 1 17,3% criterio 2
3. Estados Unidos Wyatt et al. (1999)	338	Mujeres	18 a 36 años	General	Local	Entrevista	Con contacto	-	34% antes de los 18 años
4. Suiza Halperin et al. (1999)	1116	Hombres/Mujeres	13 a 17 años	Estudiantes	Local	Cuestionario	Con y sin contacto	10,9% antes de los 17 años	33,8% antes de los 17 años
5. Suiza Tschumper et al. (1998)	3993	Mujeres	15 a 20 años	Estudiantes	Nacional	Cuestionario	Con y sin contacto	-	18,3% antes de los 20 años
6. Suiza Edgard y Ormstad (2000)	2153	Hombres/Mujeres	17 años	Estudiantes y General	Nacional	Cuestionario	Con y sin contacto	3,1% antes de los 17 años	11,2% antes de los 17 años
7. Noruega Bendixen et al. (1994)	996	Hombres/Mujeres	16 a 58 años	Estudiantes	Local	Cuestionario	Con y sin contacto	3,5% antes de los 18 años	19,4% antes de los 18 años
8. Finlandia Sariola y Uutela (1996)	7435	Hombres/Mujeres	15 a 16 años	Estudiantes	Nacional	Cuestionario	Con y sin contacto	0,03% antes de los 16 años	0,5% antes de los 16 años
9. Reino Unido Oaksford y Frude (2000)	213	Mujeres	18 a 41 años	Estudiantes	Local	Cuestionario	Con y sin contacto	-	13,14% antes de los 16 años
10. Reino Unido Coxell et al. (1999)	2474	Hombres	Mayores de 18 años	Pacientes centros de salud general	Local	Entrevista computerizada	Con y sin contacto	12,6% antes de los 16 años	-
11. Reino Unido May-Chahal y Cawson (2005)	2869	Hombres/Mujeres	18 a 24 años	General	Nacional	Entrevista	Con y sin contacto	11% antes de los 16 años	21% antes de los 16 años
12. Portugal Figueiredo et al. (2001)	903	Hombres/Mujeres	Mayores de 18 años	Progenitores niños/as en primaria	Local	Cuestionario	-	1,7% antes de los 13 años	1,85% antes de los 13 años

**Tabla 17. Resumen de los estudios sobre prevalencia del abuso sexual infantil (se excluyen los revisados por Finkelhor, 1994, tomada de Pereda, 2006).**

PAIS Y AUTORES	n	CARACTERÍSTICAS Género	DE Edad	LA Población	MUESTRA Área	MÉTODO DE OBTENCIÓN DE DATOS	DEFINICIÓN DE ABUSO SEXUAL	HOMBRES	MUJERES
13. España De Paúl, Milner et al. (1995)	403	Hombres/Mujeres	Media de edad 20,6 años	Estudiantes	Local	Cuestionario	Con y sin contacto	9,7% antes de los 18 años	14,8% antes de los 18 años
14. Nueva Zelanda Fergusson, Lynskey, et al. (1996)	1019	Hombres/Mujeres	18 años	General	Local	Entrevista	Con y sin contacto	3,4% antes de los 16 años	17,3% antes de los 16 años
15. Australia Goldman y Padayachi (1997)	427	Hombres/Mujeres	17 a 52 años	Estudiantes	Local	Cuestionario	Con y sin contacto	18,6% antes de los 17 años	44,6% antes de los 17 años
16. Australia Fleming (1997)	710	Mujeres	Mayores de 18 años	General	Nacional	Cuestionario	Con y sin contacto	-	35% antes de los 16 años
17. El Salvador Barthauer y Leventhal (1999)	83	Mujeres	18 a 70 años	General	Local	Entrevista	Con y sin contacto	-	917% antes de los 18 años
18. Malasia Singh et al. (1996)	616	Hombres/Mujeres	20 a 24 años	Estudiantes	Local	Cuestionario	Con y sin contacto	2,1% antes de los 18 años	8,3% antes de los 17 años
19. Singapur Back et al. (2003)	88	Mujeres	18 a 21 años	Estudiantes	Local	Cuestionario	Con contacto	-	4,5% antes de los 13 años
20. Hong Kong Tang (2002)	2147	Hombres/Mujeres	18 a 25 años	Estudiantes	Local	Cuestionario	Con y sin contacto	4,3% antes de los 17 años	97,4% antes de los 17 años
21. Sur África Collings (1997)	640	Mujeres	17 a 50 años	Estudiantes	Local	Cuestionario	Con contacto	-	34,8% antes de los 18 años
22. Sur África Madu y Peltzer (2001)	414	Hombres/Mujeres	14 a 30 años	Estudiantes	Local	Cuestionario	Con contacto	55,9% antes de los 17 años	53,2% antes de los 17 años
23. Palestina Haj-Yahia Y Tamish (2001)	652	Hombres/Mujeres	18 a 37 años	Estudiantes	Local	Cuestionario	Con y sin contacto	-	
24. Tribu Indios Americanos, Robin et al. (1997a)	582	Hombres/Mujeres	21 a 91 años	General	Local	Entrevista	Con contacto	14%	44%

### 2.2.7. CONSECUENCIAS DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL (ASI).

La mayoría de los estudios realizados constatan que, las consecuencias psicológicas del abuso sexual a menores, son frecuentes y diversas, se manifiestan a veces de forma temprana, pueden perdurar hasta la edad adulta, y dependen de múltiples variables relacionadas con la víctima, su entorno, las características del agresor y la situación de abuso (Pereda, 2006).

M. Gómez de Terreros (2006) afirmó que muchos síntomas psicológicos que se observan en el ASI, son similares a los que aparecen en el maltrato físico, emocional, o en niños y niñas que están sometidos a situaciones donde se les aterroriza, explota o corrompe.

Gil, Ostos, Largo, Acosta y Caballero (2006) establecieron que, la mayoría de los síntomas o indicadores de ASI, por sí mismos y fuera de contexto, no pueden descartar o confirmar la certeza del abuso. Como se expone en la Tabla 18, estos autores calificaron los síntomas valorados como indicadores, según la probabilidad de que fueran consecuencia de abuso sexual en: compatibles, específicos y concluyentes.

**Tabla 18. Valoración de los indicadores de abuso sexual infantil (Gil et al., 2006).**

INDICADORES	CONCEPTO	EJEMPLOS
<b>COMPATIBLES</b>	Trastorno, enfermedades o lesiones que, aunque pueden deberse a otras causas, en determinadas circunstancias podrían ser secundarios a alguna forma de abuso sexual.	Trastornos del comportamiento. Fisuras perianales. Hemorragia vaginal.
Abuso probable		
<b>ESPECÍFICOS</b>	Trastorno, enfermedades o lesiones cuyo mecanismo de producción más frecuente son las prácticas abusivas; aunque pudieran ser producidas por otra causa muy poco probable, que no ha sido demostrada.	Conducta sexualizada. Relatos no confirmados. ETS en niña o niño de edad prepuberal, descartada transmisión vertical.
Alta probabilidad		
<b>CONCLUYENTES</b>	Trastorno, lesiones o enfermedades que solo pueden haber sido producidos por mecanismos de abuso sexual. Se han descartado accidentes y otras causas.	Verbalización con informe psicológico de veracidad. Rotura de himen en edad prepuberal. Rotura de esfínter anal.
Certeza de abuso		

Entre los posibles efectos físicos que puede originar el abuso en los menores se encuentran distorsión del himen, cicatrices en labios menores y mayores, dilatación en el ano, contagio de infecciones de transmisión sexual y de VIH (ADIMA, 1993). Las trichomoniasis, vaginosis bacteriana, gonorrea y clamidya son las infecciones de transmisión sexual, más frecuentemente diagnosticadas en víctimas de abuso sexual (Peláez, 2010). Si recordamos que el abuso sexual a menores no suele darse en compañía de violencia física, es fácil deducir que es infrecuente la presencia de lesiones físicas (ADIMA, 1993). Las sobrevivientes adultas de ASI, según el estudio efectuado por Wilson (2010), presentan mayor predisposición a la obesidad y enfermedades autoinmunes.

Las consecuencias del abuso se deben enfocar desde la salud integral, tanto en los aspectos bio-psico-sociales, como en el curso del desarrollo y evolución de la/el menor (A. Sepúlveda, 1995).

### 2.2.7.1. MODELOS EXPLICATIVOS DE LAS CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DEL ASI.

Diversos autores han desarrollado modelos que describen procesos más o menos comunes, en el desarrollo de las alteraciones psicopatológicas de los/as menores, estando todos de acuerdo, en la profunda afectación que supone para la victimización sexual infantil. Siguiendo a Pereda (2006), en la Tabla 19 se resumen los principales modelos explicativos de las consecuencias psicológicas del abuso sexual a menores.

**Tabla 19. Modelos explicativos de consecuencias psicológicas del ASI.**

MODELO	CARACTERÍSTICAS
<b>Modelo de Burgess y Holmstrom</b> (1975, citadas en Pereda, 2006).	La presión del adulto y el mantenimiento del secreto son las variables que conducen a la víctima al desarrollo de la psicopatología.
<b>Síndrome de Acomodación al Abuso</b> (Summit, 1983, citado en Pereda, 2006).	Las víctimas reaccionan en función de las vivencias del abuso, que el autor agrupa en 5 categorías: -Secreto y estrategias de mantenimiento de éste. (produce aislamiento, vergüenza, temor). -Indefensión. -Atrapamiento del menor en la relación y acomodo, ante la imposibilidad de parar el abuso. El autor lo ha considerado una norma de supervivencia. -Revelación retardada, conflictiva y no convincente. -Retractación.
<b>Dinámica Traumatógena</b> (Finkelhor y Browne, 1985, citados en Pereda, 2006).	Existe un vínculo entre la experiencia de ASI y las secuelas psicológicas, en las siguientes áreas: -Sexualización traumática (la víctima experimenta una conducta sexual inapropiada a su nivel evolutivo, alterando su desarrollo de la sexualidad). -Sentimiento de traición (pérdida de confianza, en la sociedad, en la familia). -Impotencia por la continua invasión de su intimidad (afectando a su creencia y posterior capacidad de autoeficacia y autonomía). -Estigmatización, por las connotaciones negativas sobre sí mismo que el niño o niña incorpora a su autoconcepto (afectando a su autoestima).
<b>Modelo del Attachment o apego</b> (Alexander, 1992, citado en Pereda, 2006).	El ASI contribuye a desarrollar en la víctima una vinculación afectiva insegura (evitativa, resistente y desorganizada). La percepción de la insensibilidad y la agresión por parte de la figura de apego es la principal causa de la psicopatología (negación y evitación de recuerdos, aislamiento social, incapacidad y disociación), con riesgo de trastorno de la personalidad límite. La autora expone en este sentido el riesgo de transmisión intergeneracional de abuso y apego inseguro.
<b>Modelo Transaccional de Spaccarelli</b> (1994, citado en Pereda, 2006).	El ASI es un estresor cuya intensidad depende de las transacciones de la víctima con el entorno. El riesgo de psicopatología aumenta como resultado del estrés total causado por las características del abuso, los acontecimientos relacionados con el abuso y la revelación de este, y el proceso judicial subsiguiente.

### **2.2.7.2. EFECTOS A CORTO PLAZO DEL ASI.**

López (1999) denominó efectos a corto plazo, los que surgen los primeros días tras la situación de abuso, hasta los dos años siguientes; y efectos a largo plazo, los que aparecen a partir de los dos años. Este autor afirmó que, según las investigaciones, entre el 60% y el 80% de los menores abusados sexualmente, experimenta efectos a corto plazo, y entre un 20% y un 40% consigue continuar con su vida habitual sin cambios apreciables, lo que no impide que algún tiempo después puedan salir a la luz las consecuencias del abuso. López (1999) continuó diciendo que, entre el 17% y el 40% de los niños/as y adolescentes víctimas de abuso, padece sintomatología clínica clara y que el resto presenta síntomas que no alcanzan significación clínica.

Bain y Sanders (1996) señalaron que la confusión es la mejor manera de describir el estado mental en los abusos sexuales; confusión por no saber lo que está ocurriendo, por las distintas emociones que sienten las víctimas, y por no saber evitar la situación.

López (1999) describió una serie de sentimientos contradictorios hacia el agresor, la familia, contra sí mismo y la sexualidad. Mannarino y Cohen (1986, citados en Pereda, 2009) mencionaron como clave, la desconfianza y el temor que se manifiesta como hostilidad hacia el abusador, y en ocasiones hacia la familia por no haber evitado el abuso. Oates, Forrest y Peacock (1985, citados en Pereda, 2009), encontraron en su estudio que el 43% de las víctimas de abuso sexual tenían pocas amistades, en comparación con el 11% de los menores no víctimas. Los/as menores víctimas de abusos, suelen experimentar asco, culpa y vergüenza, lo que les lleva a sufrir una gran ansiedad, angustia y tristeza (López, 1999; A. Sepúlveda y P. Sepúlveda, 1999; Bain y Sanders, 1996).

En el ámbito del comportamiento pueden aparecer conductas sexualizadas precoces, Hall, Mathews y Pearce (1998, citados en Bromberg y Johnson, 2001), señalaron que la conducta sexualizada es la expresión de la obsesión por lo que le está ocurriendo, y era 15 veces más probable en menores víctimas de abuso sexual, que en no víctimas.

Pueden surgir problemas para dormir y terrores nocturnos, cambios en los hábitos alimenticios, dificultades de concentración y aislamiento social (A. Sepúlveda y P. Sepúlveda, 1999).

Siguiendo a Echeburúa y Guerricaechevarría (2000) y a Echeburúa (2005), en la Tabla 20 se muestran las principales consecuencias a corto plazo del abuso sexual en niños y adolescentes.

**Tabla 20. Principales consecuencias a corto plazo del abuso sexual en niños y adolescentes (tomado de Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000, citados en Echeburúa, 2005).**

TIPOS DE EFECTOS	SINTOMAS	PERÍODO EVOLUTIVO
FÍSICOS	Problemas de sueño. Cambios en los hábitos de comida. Pérdida del control de esfínteres.	Infancia y adolescencia Infancia y adolescencia Infancia
CONDUCTUALES	Consumo de drogas o alcohol. Huidas del hogar. Conductas autolesivas o suicidas. Hiperactividad. Bajo rendimiento académico.	Adolescencia Adolescencia Adolescencia Infancia Infancia y adolescencia
EMOCIONALES	Miedo generalizado. Hostilidad y agresividad. Culpa y vergüenza. Depresión. Ansiedad. Bajo autoestima y sentimientos de estigmatización. Rechazo del propio cuerpo. Desconfianza y rencor hacia los adultos. Trastorno de estrés post traumático.	Infancia Infancia y adolescencia Infancia y adolescencia Infancia y adolescencia Infancia y adolescencia Infancia y adolescencia Infancia y adolescencia Infancia y adolescencia
SEXUALES	Conocimiento sexual precoz o inapropiado para su edad. Masturbación compulsiva. Excesiva curiosidad sexual. Conductas exhibicionistas. Problemas de identidad sexual.	Infancia y adolescencia Infancia y adolescencia Infancia y adolescencia Infancia Adolescencia
SOCIALES	Déficit en habilidades sociales. Retraimiento social. Conductas antisociales.	Infancia Infancia y adolescencia Adolescencia

Pereda (2006), citando a Browne y Finkelhor (1986) afirmó que no se debe utilizar la expresión “a corto plazo”, ya que puede dar a entender, erróneamente, que el abuso no persiste. Pereda (2006, 2009) propuso la expresión “consecuencias iniciales”, para los efectos que se sitúan en los dos años siguientes al abuso, y por tanto suelen encontrarse presentes en la infancia y la adolescencia. Muchos de los efectos iniciales del ASI, pueden perdurar a lo largo del ciclo evolutivo. Algunos de ellos se minimizan o desaparecen, e incluso pueden desarrollarse exclusivamente en determinados periodos evolutivos (Browne y Finkelhor, 1986; López, 1993; todos citados en Pereda, 2009).

Los casos de víctimas asintomáticas, constatados por diferentes autores, y considerados como efectos latentes del ASI (Pereda, 2009) - víctimas que permanecerían estables tras la experiencia, pero que podrían presentar problemas posteriormente-, se sitúan entre un 20-30% de las víctimas de ASI, según López (1999).

Pereda (2009), realizó un estudio bibliográfico acerca de las problemáticas iniciales de víctimas de ASI, agrupándolas por apartados, según se trate de problemas emocionales, cognitivos, de relación, funcionales o de conducta. Los resultados de este estudio se exponen en las Tablas 21, 22, 23, 24 y 25, donde además siguiendo a

esta investigadora, se especifican los/as autores/as que han realizado análisis sobre esta materia.

**Tabla 21. Consecuencias psicológicas iniciales del abuso sexual infantil: problemas emocionales (Pereda, 2009).**

CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS INICIALES DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL: PROBLEMAS EMOCIONALES	
Sintomatología	Estudios
Miedos. Fobias.	Ligezinska, Firestone, Manion, McIntyre, Emsom y Wells (1996); Mandarin y Cohen (1986).
Síntomas depresivos. Ansiedad.	Ackerman et al. (1998); Ahmadkhaniha, Shariat, Torkaman-nejad y Maghadam (2007); Briere y (1994); Cohen y Manarino(1998); Consentido, Meyer-Bahlburg, Alpert,, Weinberg, y Gaines (1995); Dykman McPherson, Ackerman, Newton, Money, Wherry, et al. (1997); Hébert, Tremblay, Parent, Kaufman,(1996); Ligezinska et al. (1996) Mandarin y Cohen (1986); McLeer et al. (1998); Mian et al. (1996); Oates, O'Toole y Cooney (1995); Swanston et al (1997); Tebutt et al (1997) Wolfey Brit (1997).
Baja autoestima. Sentimiento de culpa. Estigmatización.	Black et al. (1994), Brand, king, Olson, Ghaziuddin y Taylor (1996); Briere y (1994), Cerezo (1995); Hébert et al. (2006); Ligezinska et al (1996); Mandarin y Cohen (1986); Oates et al. (1985); Quas, Goodman y Jones (2003); Stem et al. (1995); Swanston et al (1997); Tebutt et al (1997).
Trastorno por estrés postraumático.	Ackerman et al. (1998); Briere y (1994); Hall (1999); McLeer et al. (1998); Timmons-Mitchell, Chandler-Holtz y Semple (1997); Tremblay, Hebet y Piché (2000).
Ideación y conducta suicida. Autolesiones.	Aglan, Kerfoot y Pickles (2008); Brand et al (1996); Briere y (1994); Garnesfski y Arends (1998); Garnesfski y Dieskra (1997); Martin et al. (2004); McLeer et al. (1998) ; Swenston et al. (1997).

**Tabla 22. Consecuencias psicológicas iniciales del abuso sexual infantil: problemas cognitivos (Pereda, 2009).**

CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS INICIALES DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL: PROBLEMAS COGNITIVOS	
Sintomatología	Estudios
Conductas hiperactivas.	Cohen y Mandarin (1998); Dykman et al (1997); Mandarin y Cohen (1986).
Problemas de atención y concentración. Bajo rendimiento académico y peor funcionamiento cognitivo general.	Engender y Friedrich (1989); Kennard (2001a a 2001b); Shank y Cachets (2001).
Trastorno por déficit de atención. Hiperactividad	Ackerman et al. (1998); Kaufman ( 1996); Weinstein, Staffebach y Biaggio (2000); Wolfe y Brit (1997).

**Tabla 23. Consecuencias psicológicas iniciales del abuso sexual infantil: problemas de relación (Pereda 2009).**

CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS INICIALES DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL: PROBLEMAS DE RELACIÓN.	
Sintomatología	Estudios
Problemas de relación social.	Alessandri (1991); Briere y (1994); Einbender y Friedrich (1989); Hébert et al (2006); Stern et al. (1995).
Menor cantidad de amigos. Menor tiempo de juego con iguales.	Alessandri (1991); Oates et al. (1985).
Elevado aislamiento social.	Cohen y Mannarino (1998); Hébert et al. (2006); MAin et al. (1996).

**Tabla 24. Consecuencias psicológicas iniciales del abuso sexual infantil: problemas funcionales (Pereda, 2009).**

CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS INICIALES DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL: PROBLEMAS FUNCIONALES.	
Sintomatología	Estudios
Problemas de sueño (pesadillas).	Mannarino y Cohen (1986).
Perdida del control de esfínteres (enuresis y encopresis).	Mannarino y Cohen (1986); Marrow, Yeager y Lewis (1997).
Trastornos con la conducta alimentaria.	Briere y (1994); Swanston et al (1997).

**Tabla 25. Consecuencias psicológicas iniciales del abuso sexual infantil: problemas de conducta (Pereda, 2009).**

CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS INICIALES DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL: PROBLEMAS DE CONDUCTA.	
Sintomatología	Estudios
Conducta sexualizada: -masturbación compulsiva. -imitación de actos sexuales. -uso de vocabulario sexual inapropiado. -curiosidad sexual excesiva. -conductas exhibicionistas.	Cohen y Mannarino (1996); Friedrich; Grabs, Damon, Hewitt; Koverola, Lang et al. (1992) Hébert et al (2006).
Conformidad compulsiva.	Crittenden y DaLalla (1998).
Conducta disruptiva y disocial.	Ackerman et al (1998); Alessandri (1991); Briere y (1994); Garnefski y Dijkstra (1997); Hébert et al (2006); Kaufman (1966); Wolfe y Birt (1997). Ackerman et al (1998); Cohen y Mannarino (1998); Dykman et al (1997); Garnefski y Dijkstra (1997); Swanston et al. (1997); Tebutt et al (1997).

Pereda (2009) concluyó que estos estudios entrañan una serie de problemas que interfieren en los resultados obtenidos: la diversidad de conceptos, la disparidad y dificultades metodológicas, los escasos tamaños muestrales, la inclusión de víctimas que habían experimentado diferentes formas de maltrato, la posible inclusión en grupo controles de víctimas no detectadas, las diferentes fuentes de obtención de datos, y la falta de control de ciertas variables como problemas familiares. A pesar de estos problemas, Pereda afirmó que las patologías más frecuentes encontradas en las víctimas de ASI, son los trastornos de ansiedad y destaca el TEPT.

### 2.2.7.3. EFECTOS A LARGO PLAZO DEL ASI.

Los efectos a largo plazo, considerados como aquellos que se encuentran a partir de los dos años siguientes a la experiencia abusiva (Pereda, 2006, 2009), son difíciles de delimitar. Esto es debido tanto a la latencia con la que puede aparecer la sintomatología, como a otros elementos intrusivos que ocurren a lo largo del desarrollo evolutivo, que dificultan la relación causa-efecto entre el abuso y la psicopatología. Aún así, se considera que el ASI puede afectar al 30% de las víctimas

mediante trastornos psicológicos muy diversos (López, 1999), y pueden perdurar desde el inicio del abuso o aparecer en la edad adulta.

Autores como Arata (2002), Pérez y Borrás (1996), Echeburúa y Guerricaechevarría (2000), López (1994, 1995, 1999), Muruaga (2006), Pereda (2006), A. Sepúlveda y P. Sepúlveda (1999), A. Sepúlveda et al. (2002) y Villarroel (2008), han afirmado que el ASI se vincula a malestar psicológico y a patologías psiquiátricas diversas. Perrone y Nannini (1998), consideraron que los síntomas por abusos sexuales se debían encuadrar como una entidad psíquica mórbida específica, mientras que otros autores como Finkelhor (1999a) y SENAME (2004), indicaron que el abuso sexual es una experiencia, no un síndrome, y que puede dar lugar a un trastorno o un síndrome, pero no se trata de un síndrome en sí.

En la Tabla 26 se exponen las principales consecuencias en adultas, de la victimización sexual en la infancia y adolescencia.

**Tabla 26. Principales secuelas en víctimas adultas de abuso sexual en la infancia y adolescencia (adaptado de Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000, citados en Echeburúa, 2005).**

TIPOS	SÍNTOMAS
FÍSICAS	Dolores crónicos generales. Hipocondría y trastornos de somatización. Alteraciones del sueño, pesadillas. Problemas gastrointestinales. Trastornos de la alimentación, especialmente bulimia.
CONDUCTUALES	Conductas autolesivas y autodestructivas. Intentos de suicidio. Consumo de drogas y/o alcohol. Trastorno disociativo de identidad (personalidad múltiple).
EMOCIONALES	Depresión. Ansiedad. Baja autoestima. Ira y hostilidad. Estrés postraumático. Trastornos de personalidad. Desconfianza y miedo a los hombres. Dificultad para expresar o recibir sentimientos de ternura o intimidad. Conductas autodestructivas y autolesivas.
SEXUALES	Fobias o aversiones sexuales. Falta de satisfacción sexual. Alteraciones de la motivación sexual. Trastornos de la activación sexual o del orgasmo. Creencia de ser valorada por los demás únicamente por el sexo. Revictimización sexual.
SOCIALES	Déficit en habilidades sociales. Retraimiento o aislamiento social. Conductas antisociales. Dificultades o trastornos de adaptación social.

Destacan por su elevada frecuencia los trastornos depresivos, incluso la depresión asociada a ideas y tentativas de suicidio (López, 1999; Pereda, 2006; A. Sepúlveda y P. Sepúlveda, 1999). ADIMA (1993) señaló que los trastornos depresivos aparecen siete veces más

en personas víctimas de ASI, que en personas que no han padecido abusos.

La literatura científica ha relacionado el ASI con ciertos aspectos comportamentales claves de los trastornos alimentarios, en concreto con la sintomatología bulímica, las *conductas de atracón* y ciertas conductas compensatorias. Brewerton (2005, citado en Villarroel, 2008), señaló que el ASI es un factor de riesgo no específico en el trastorno de conducta alimentaria, especialmente de bulimia nerviosa y sintomatología asociada, tanto en población clínica como no clínica. Villarroel (2008) apoyó esta premisa, señalando la necesidad de detectar el ASI en pacientes con patologías alimenticias y destacó el Trastorno Límite, entre los trastornos de personalidad asociados al ASI.

Suelen detectarse problemas en el ámbito de la sexualidad, presentando múltiples problemas en este área (Friedrich, 2001; Mannarino y Cohen, 1996; todos citados en Berliner y Elliot, 1996), que pueden llegar a la categoría de trastorno sexual (López, 1999), e incluso ser perpetradores o consentidores/as de abusos a sus hijas/os (A. Sepúlveda y P. Sepúlveda, 1999).

López (1999) afirmó que la persona que ha sufrido abuso en su niñez o adolescencia puede tener vulnerabilidad o predisposición a sufrir nuevos abusos, físicos o sexuales durante la adultez. Millán et al. (2008) también se pronunciaron acerca del riesgo de revictimización sexual, entendida como la experiencia posterior de violencia física y/o sexual en víctimas de abuso sexual infantil por agresores distintos al causante del ASI. Maker, Kemmelmeier y Peterson (2001, citados en Pereda, 2006) lo consideraron una de las más graves consecuencias del ASI.

Arata (2002), en estudios realizados en 1999 y 2002, encontró dos muestras de 119 y 860 mujeres víctimas de violación u otro tipo de asalto sexual en la edad adulta, que habían sufrido abuso sexual en su infancia o adolescencia en un 42 y 63% respectivamente. Con esta premisa, Arata (2002) realizó una serie de estudios relacionados con la revictimización, y concluyó que el ASI se asocia con tasas mayores de asaltos sexuales en la adolescencia y/o edad adulta, frente a las personas que no han sido sexualmente abusadas. También encontró otras variables mediadoras entre el ASI y la revictimización sexual en adultas, como las características de personalidad, falta de asertividad, disfunción familiar, falta de apoyo maternal, psicopatologías y desórdenes psiquiátricos (como la depresión), abuso de sustancias (más frecuente el alcohol) y percepción de riesgo alterada. Asoció la baja percepción del riesgo, a síntomas disociativos experimentados tras los múltiples abusos sexuales en la infancia y/o adolescencia; y a conductas y actitudes hacia la sexualidad, como el posible aumento de compañeros sexuales y de diferentes prácticas

Breitenbecher (1999, citado en Arata, 2002), realizó una investigación con 224 mujeres revictimizadas sexualmente, y halló que estas mujeres no diferenciaban factores de riesgo en una situación sexual peligrosa que culminaba en violación, en comparación con el grupo control de mujeres no revictimizadas, que sí eran capaces de establecer situaciones de riesgo.

Pereda (2010) realizó una revisión de estudios centrados en las consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil. Diferenció los resultados en: problemas emocionales (trastornos depresivos, bipolares, destacando por su frecuencia el trastorno de estrés postraumático); problemas de relación (aislamiento, ansiedad social y desajuste en las relaciones de pareja); problemas de conducta y adaptación social (hostilidad y conductas antisociales); problemas funcionales (dolores físicos, cefaleas, trastornos gastrointestinales y desórdenes ginecológicos) y problemas sexuales (conductas de riesgo, revictimización y sexualidad insatisfactoria y disfuncional). La autora pone de manifiesto que los efectos a largo plazo, son comparativamente menos frecuentes que las consecuencias iniciales, y constituyen un importante factor de riesgo para el desarrollo de trastornos en la edad adulta.

Rodríguez-Sacristán (1995) afirma que la evolución sana de la sexualidad infantil es de especial trascendencia en el desarrollo de la personalidad. El impacto del ASI puede acompañar a la víctima en su crecimiento. Vázquez y Calle (1997), incidieron en ello al decir que el mero paso del tiempo no implica la resolución del trauma, sino el tránsito de un tipo de sintomatología a otra. Pedreira (2003), en base a su experiencia clínica e investigadora, estimó que, en las mujeres con antecedentes de abusos sexuales en la infancia, la prevalencia de trastornos mentales era mayor que las que no tenían estos antecedentes. Otros autores señalaron patologías relacionadas con el ASI, tales como bulimia o trastorno disociativo de la personalidad (Vanderlinden y Vandereycken, 1999, citados en Echeburúa, 2005), trastorno de personalidad por evitación, trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, o trastorno por estrés postraumático (Echeburúa, 2005).

### 2.3. TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT).

*“El mundo destroza a cualquiera... y posteriormente,  
algunos son fuertes, aún en partes deshechas”.*  
(E. Hemingway).

*“Quién tiene un porqué para vivir,  
encontrará casi siempre el cómo”.*  
(F. Nietzsche).

El trauma psicológico ha acompañado a la historia de la humanidad. La literatura, antes que la ciencia, expuso las reacciones al trauma (Birmes, Hatton, Brunnet y Schmitt, 2003). Textos como la Biblia, el Talmud, la Ilíada, las Lamentaciones del Rey Ur-Nammu por la destrucción de la ciudad de Ur, hacen referencia a los efectos psicológicos de hechos traumáticos como la violencia y la guerra.

El estudio de las consecuencias del trauma ha estado relacionado con casos de torturas, secuestros, toma de rehenes, veteranos de guerra, violencia doméstica o abuso sexual. Estos estudios han cambiado puntos de vista y se han promovido la reforma de leyes (Cazabat, 2006).

Siguiendo la clasificación que Herman realizó en 1997 (Herman, 2004), existen tres etapas correspondientes a los momentos sociopolíticos en los que se desarrolló el estudio del trauma y sus consecuencias.

La primera etapa se sustenta en el movimiento republicano anticlerical de finales del siglo XIX, especialmente en Francia, donde Charcot estudió la relación entre la histeria (a la que llamó *Gran Neurosis*) y los traumas sufridos. Sigmund Freud y Pierre Janet, ambos alumnos de Charcot, continuaron estudiando las causas de la histeria, y ambos por separado llegaron a conclusiones similares acerca de que la histeria era causada por un trauma psicológico. En 1986, en *La etiología de la Histeria*, Freud afirmó que las experiencias sexuales prematuras están en la base de este trastorno. Sin embargo, en el término de un año, Freud abandonó esta teoría y atribuyó los recuerdos de abusos sexuales a fantasías y deseos infantiles. Herman (1997, citado en Herman, 2004) ha relacionado este cambio de rumbo al contexto político y social imperante en Viena, que había acogido con extrema frialdad la presentación de la obra de Freud.

La segunda etapa referida por Herman (1997, citado en Herman, 2004), se desarrolla por el estudio de las consecuencias de las guerras, sustentado en movimientos antibelicistas y pacifistas. En 1941, durante la Segunda Guerra Mundial, Abraham Kardiner escribió *The Traumatic Neurosis of War* (Herman, 2004), donde describió los síntomas asociados al estrés posttraumático (incluida la amnesia), y desarrolló

junto con Herbert Spiegel, tratamientos para integrar las experiencias traumáticas.

En 1952, aparece la primera edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM) de la APA. En esa primera edición se incluyó el diagnóstico *reacción a gran estrés* (*gross stress reaction*), que describía los síntomas de aquellos individuos expuestos a situaciones de estrés intolerable. Tras la guerra de Vietnam, se comenzó a prestar real atención a los efectos traumáticos de las contiendas. En poco tiempo jóvenes psiquiatras como Chaim Shatam y Robert Lifton, lograron desarrollar un fuerte movimiento basado en lo que se denominó *rap groups* (integrados por veteranos), que sirvieron para tomar conciencia y compartir las secuelas de la guerra (Herman, 2004).

En 1978, Charles Figley (Herman 1997, citado en Herman, 2004), veterano de Vietnam e investigador sobre el tema, publicó el primer libro de esta nueva era del estudio del trauma, *Stress disorders among Vietnam veterans*. En dicha publicación se delinean las características principales de lo que después, se conocería como *trastorno por estrés postraumático* (TEPT). Sustentado en el movimiento pacifista -esta vez el estudio de las secuelas traumáticas de la guerra- llegó a cristalizar entonces, en el reconocimiento oficial de la existencia de un trastorno debido a los hechos traumáticos sufridos.

Muchos de los síntomas de lo que después se conocería como TEPT, fueron reconocidos en esta etapa, si bien se le dieron nombres como *Neurosis de Guerra*, *Neurosis Traumática*, *Fatiga de Combate*, *Corazón del Soldado* y *Shock por Bombardeo* (Rincón, 2003).

La tercera etapa del estudio del trauma y sus consecuencias (Herman, 1997, citado en Herman, 2004), viene motivada por las inquietudes acerca de la violencia doméstica y sexual. Esta etapa se apoyó en el Movimiento Feminista, que a partir de los años 70 llevó la atención a una realidad oculta por siglos: la violencia doméstica y sexual contra las mujeres y la infancia. En 1971 se llevó a cabo un evento sobre los efectos de la violación, organizado por *New York Radical Feminists*, y poco después Ann Burgess y Linda Holmstrom (Delgado, 1996; M. Lorente y J. A. Lorente, 1998), publicaron su trabajo pionero sobre el *Síndrome de Trauma por Violación*. En 1979, la también pionera Leonore Walker (M. Lorente y J. A. Lorente, 1998), introduce el término de *Síndrome de Mujer Golpeada* (*battered woman syndrome*). Los estudios realizados mostraron que, las víctimas de la violencia sexual y doméstica, presentaban síntomas similares a los de los veteranos de guerra.

Cazabat (2006) opinó que las nuevas líneas de investigación del impacto traumático, se dirigen hacia el efecto de vivir en comunidades y barrios violentos; a la transmisión transgeneracional del trauma,

nombra especialmente la tercera generación de las víctimas del Holocausto-; y, al desgaste por empatía (*compassion fatigue*) -llamado también traumatización vicaria (*vicarious traumatization*) o estrés traumático secundario (*secondary traumatic stress*)-, que caracteriza el impacto emocional que sufren quienes trabajan con víctimas de trauma (psicólogos, psiquiatras, enfermeras, bomberos o personal de rescate).

El estudio de las consecuencias de hechos traumáticos, parece haber tomado un impulso que difícilmente pueda ser frenado. En todo el mundo, abundan ejemplos de situaciones traumáticas, ya sean naturales (terremotos, erupciones volcánicas, tsunamis, huracanes, etc.), ya sean provocadas por el ser humano (terrorismo, matanzas étnicas, persecuciones políticas o religiosas, aumento de la criminalidad, marginalidad, miseria, etc.). Sin duda estamos ante un momento de mayor sensibilidad social a las agresiones interpersonales, a sus causas y a sus consecuencias. Dentro de las agresiones está tomando una mayor conciencia, la violencia sufrida por mujeres y niñas/os, especialmente la violencia doméstica. Es por ello, que en los últimos diez años se están desarrollando más estudios e investigaciones que en los años anteriores (Instituto de la Mujer, 2000), sobre el impacto emocional que tiene la violencia para la mujer víctima. Sin embargo, a pesar de que actualmente estamos en uno de los momentos de mayor sensibilidad social hacia la problemática de los malos tratos a mujeres, la violencia sexual sigue siendo uno de los actos reprobables menos conocidos y estudiados. Esto es debido a la falta de disposición de datos reales, y al oscurantismo y privacidad que rodea este tipo de violencia (P. Sepúlveda, 2002); aunque es bien conocido que la violencia sexual -tanto en la edad adulta como en la infancia-, marcan profundamente a la víctima a nivel físico, psicológico y social. La violencia sexual es considerada un estresor de primer orden para el desarrollo del TEPT (M. Lorente y J. A. Lorente, 1998).

### **2.3.1. CONCEPTUALIZACIÓN.**

*“Cuando se está en medio de las adversidades,  
ya es tarde para ser cauto”.*  
(Séneca).

El concepto de *estrés* proviene de los estudios de Cannon, Meyer y Selye (Barrón, 1989; Martínez, 2005). Es un término físico, que hacía referencia a una fuerza o peso, y que produce diferentes grados de tensión o deformación en distintos materiales.

Selye (1956, citado en Labrador, 1996) definió el estrés, como la respuesta general del organismo ante cualquier estímulo (estresor) o situación angustiante. Se trata de una respuesta automática, que surge porque el organismo se prepara para hacer frente a las posibles demandas que se generen, como consecuencia de la situación de cambio o estresor (Labrador, 1996). Coloquialmente, la palabra estrés se ha identificado con el “estrés malo” o *distress*, en términos

establecidos por Selye en 1975 (Gutiérrez, 1998). Este término se ha utilizado también, para señalar los efectos producidos por repetidas exposiciones a situaciones de ansiedad (Cooper y Dewe, 2004).

Acerca de los efectos de eventos traumáticos existen numerosas polémicas, académicas y profesionales. Vázquez (2005) estimó que, en la génesis del diagnóstico, han prevalecido más los argumentos sociales que los científicos. Brunner (2002, citado en Vázquez, 2005) refirió que el interés sobre las reacciones traumáticas, ha estado históricamente vinculado a litigios y polémicas forenses, para reivindicar un derecho ante los tribunales -como es la indemnización-, más que a un interés científico. Consideró que en el origen del concepto de TEPT, hay una fina línea que separa la investigación clínica de los intereses legales, económicos o sociales, que finalmente pueden acabar entrelazados y confundidos.

La primera descripción de un cuadro en la literatura científica que se asemeje a lo que hoy consideramos TEPT, surgió en la segunda mitad del siglo XIX. Fueron las descripciones del médico británico John Erich Erichsen de los síntomas emocionales, que sufrían las víctimas de los accidentes ferroviarios (Calcedo, 2000). En 1980, la APA, en la tercera edición de la DSM (DSM-III), incorporó el TEPT como categoría diagnóstica específica, dentro de los denominados *Trastornos de Ansiedad*. En 1985 fue fundada, por iniciativa de Charles Figley (Herman, 2004), la *International Society for Traumatic Stress Studies*, primera sociedad internacional de profesionales dedicados al estudio del Trauma Psicológico, y que edita el *Journal of Traumatic Stress* desde 1987.

Las características esenciales del TEPT, siguiendo a autores como Calcedo (2000), Delgado (1994), Hales, Yudofsky y Talbott (1996), Hollander, Simeón y Gordman (1996), abarcan los siguientes síntomas:

**1.Reexperimentación** del suceso traumático, a través del recuerdo doloroso, invasivo, repetitivo y recurrente, durante episodios de ensoñación diurna o en forma de pesadillas. Se trata de estados disociativos, que duran desde pocos minutos a días, durante los que se revive el suceso (Hales et al., 1996). Esta reexperimentación se puede dar de diferentes maneras. Pueden existir alucinaciones basadas en el recuerdo de acontecimientos pasados o alucinaciones experienciales, en la terminología de Penfield y Tasmussen (Víctor y Adams, 1989, citados en Delgado, 1994).

**2.Evitación fóbica.**

**3.Embotamiento psíquico**, o anestesia emocional. Consiste en una disminución de la capacidad de respuesta al mundo externo,

con sensación de distanciamiento o alejamiento afectivo respecto a otras personas, pérdida de interés en actividades habituales, e incapacidad para sentir emociones como intimidad, ternura o interés sexual.

**4. Los síntomas relativos al aumento de la activación autonómica**, incluyen la hiperactividad e irritabilidad, exageración en las respuestas de alerta, dificultad en la concentración y alteraciones del sueño.

**5. La supervivencia de la culpa.** La reacción de la culpa es, según Rose (1986, citado en Delgado, 1994), una de las más frecuentes en el conjunto de síntomas derivados del trauma.

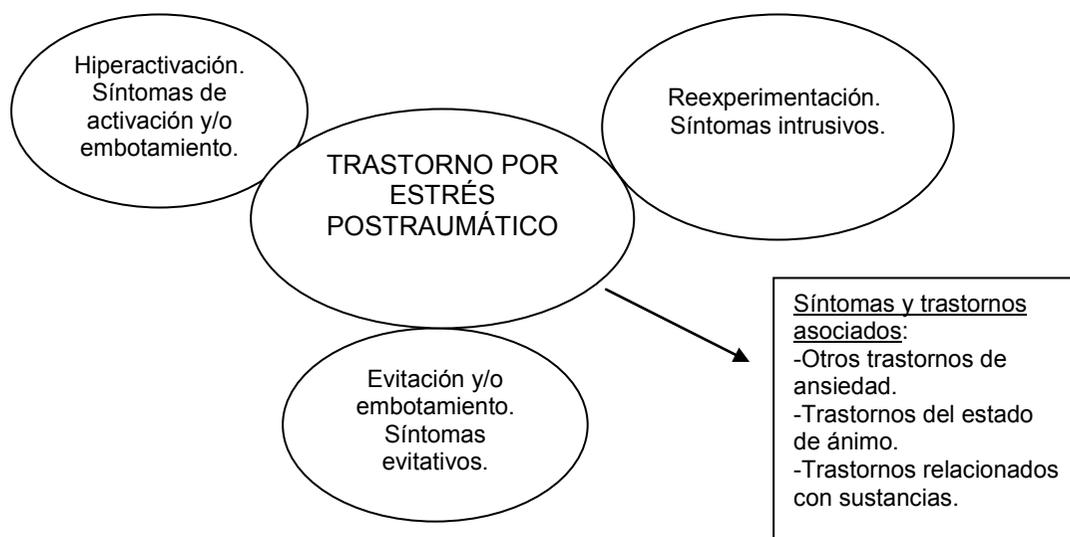
Echeburúa y de Corral (2005) distinguieron los síntomas positivos (reexperimentación, evitación y activación), de los síntomas negativos (apatía, embotamiento afectivo, indefensión), siendo éstos últimos los más difíciles para un abordaje psicoterapéutico.

Pereda (2006) ha señalado las tres áreas principales que abarcan los síntomas del TEPT:

1. Reexperimentación, con síntomas intrusivos y respuestas fisiológicas ante estímulos que recuerdan al trauma.
2. Evitación conductual y cognitiva de estímulos asociados al trauma, y/o embotamiento-paralización de la reactividad general del individuo.
3. Hiperactivación fisiológica.

A estas áreas o componentes del TEPT se pueden asociar determinados trastornos, como los relacionados con sustancias o con el estado de ánimo (Figura 3).

Figura 3. Componentes del TEPT (tomado de Pereda, 2006).



### 2.3.1.1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL TEPT SEGÚN LAS CLASIFICACIONES INTERNACIONALES.

Las primeras clasificaciones, consideraban el trastorno por estrés como un fenómeno agudo, que disminuía a medida que avanzaba el tiempo, excepto cuando se daban una serie de características patológicas previas en el sujeto. Así, en la primera DSM (APA, 1952, citado en Delgado, 1996), se denominó este trastorno como una reacción intensa de estrés, que no se mantenía en el tiempo, excepto cuando existía una personalidad premórbida. Con posterioridad, en la segunda edición de la DSM, DSM-II (APA, 1968, citado en Delgado, 1996), se consideró un trastorno situacional transitorio o neurosis de ansiedad. El diagnóstico de TEPT como una entidad clínica, como se ha comentado en párrafo anterior, fue reconocido por primera vez en la DSM-III (APA, 1980), a partir de la cual, podemos encontrar una serie de criterios diagnósticos, que se han ido puliendo hasta la cuarta edición revisada de la DSM (DSM-IV-TR, APA, 2002).

La Tabla 27 (tomada de Rincón, 2003), muestra la evolución de los criterios diagnósticos del TEPT, desde su aparición en la DSM-III (APA, 1980), posteriormente en la revisión de la DSM-III (DSM-III-TR, APA, 1987), en la DSM-IV (APA, 1994) y por último en la DSM-IV-TR (APA, 2002). Se han puesto en la misma columna los criterios de la DSM-IV y de la DSM-IV-TR, porque son los mismos, sólo con leves diferencias en la redacción. Los criterios que se consignan son los establecidos en la DSM-IV-TR.

**Tabla 27. Evolución de los criterios diagnósticos del TEPT (tomado de Rincón, 2003).**

DSM-III	DSM-III-TR	DSM-IV y DSM-IV-TR
<p><b>A.</b> Existencia de un <b>estrés</b> reconocible, capaz de provocar síntomas significativos de malestar en casi todo el mundo.</p> <p><b>B.</b> La <b>reexperimentación</b> del traumatismo se pone de manifiesto al menos por uno de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) Recuerdos recurrentes e intrusivos del acontecimiento.</li> <li>(2) Sueños recurrentes del acontecimiento.</li> <li>(3) Comportamiento repentino o sentimientos también repentinos, como si el acontecimiento traumático estuviese presente debido a una asociación con estímulo ambiental o ideático.</li> </ol> <p><b>C.</b> <b>Embotamiento</b> de la capacidad de respuesta ante el medio externo, <b>reducción de la implicación en él, que empieza en algún momento después del traumatismo, tal como se demuestra por al menos unos de los siguientes síntomas:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) Disminución notable del interés en una o más actividades significativas.</li> <li>(2) Sentimientos de separación o de extrañeza respecto a los demás.</li> <li>(3) Constricción del afecto.</li> </ol> <p><b>D.</b> <b>Al menos dos de los síntomas siguientes no estaban presentes antes del traumatismo:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) Estado de respuesta de alarma exagerada.</li> <li>(2) Alteraciones del sueño.</li> <li>(3) Sentimientos de culpa por el hecho de sobrevivir cuando otros no pudieron hacerlo, o remordimientos por la conducta llevada a cabo para la supervivencia.</li> <li>(4) Afectación de la memoria o dificultades de concentración.</li> <li>(5) Evitación de las actividades que evocan el recuerdo del acontecimiento traumático.</li> <li>(6) Intensificación de los síntomas frente a la exposición de acontecimientos que simbolizan o recuerdan el acontecimiento traumático.</li> </ol>	<p><b>A.</b> El individuo <b>ha vivido un acontecimiento</b> que se encuentra fuera del marco habitual de las experiencias humanas y que sería marcadamente angustiante para casi todo el mundo, por ejemplo, amenaza grave para la propia vida o integridad, amenaza o daño para los hijos, el cónyuge u otros parientes cercanos y amigos, destrucción súbita del hogar o de la comunidad, observación de cómo una persona se lesiona gravemente o muere como resultado de un accidente o de violencia física.</p> <p><b>B.</b> El acontecimiento traumático se <b>reexperimenta persistentemente</b> por lo menos en una de las formas siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) Recuerdos desagradables, recurrentes e invasores del acontecimiento.</li> <li>(2) Sueños desagradables y recurrentes del acontecimiento.</li> <li>(3) Conductas y sentimientos súbitos que aparecen como si el agente traumático operara de nuevo (en estos fenómenos se encuentra la sensación de revivir la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos (<i>flashback</i>), incluso cuando ocurren al despertar o como consecuencia de alguna intoxicación de drogas).</li> <li>(4) Malestar psicológico intenso al exponerse a acontecimientos que simbolizan o recurren algún aspecto del acontecimiento traumático, como puede ser incluso su adversario.</li> </ol> <p><b>C.</b> <b>Evitación persistente</b> de los estímulos asociados con el trauma o falta de capacidad general de respuesta (no existentes antes del trauma), puestas de manifiesto por lo menos por tres de los siguientes fenómenos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) Esfuerzos para evitar los pensamientos o las sensaciones asociadas con el trauma.</li> <li>(2) Esfuerzos para evitar las actividades o las situaciones que provocan el recuerdo de un trauma.</li> <li>(3) Incapacidad para recontar alguno de los aspectos importantes del trauma (amnesia psicógena).</li> <li>(4) Disminución marcada del interés en las actividades significativas.</li> <li>(5) Sensación de distanciamiento o de extrañamiento respecto a los demás.</li> <li>(6) Afecto restringido; por ejemplo, incapacidad de experiencias amorosas.</li> <li>(7) Sensación de acortamiento del futuro (no espera realizar una carrera, casarse, tener hijos o una larga vida).</li> </ol> <p><b>D.</b> <b>Síntomas persistentes de aumento de la activación</b> (no existentes antes del trauma), puestas de manifiesto por lo menos por dos de los siguientes fenómenos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) Dificultad para conciliar o mantener el sueño.</li> <li>(2) Irritabilidad o explosiones de ira.</li> <li>(3) Dificultad para la concentración.</li> <li>(4) Hipervigilancia.</li> <li>(5) Respuesta de alarma exagerada.</li> <li>(6) Reactividad fisiológica frente a la exposición de aquellos acontecimientos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del acontecimiento traumático; por ejemplo una mujer que ha sido violada en un ascensor se pone a sudar cuando entra en alguno.</li> </ol> <p><b>E.</b> La <b>duración del trastorno</b> (síntomas B, C y D) han sido por menos de un mes.</p>	<p><b>A.</b> La persona <b>ha estado expuesta</b> a un acontecimiento traumático en el que han existido (1) y (2):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.</li> <li>(2) La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intenso.</li> </ol> <p><b>B.</b> El acontecimiento traumático es <b>reexperimentado persistentemente</b> a través de una (o más) de las siguientes formas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar en lo que incluyen imágenes, pensamientos o percepciones.</li> <li>(2) El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de <i>flashback</i>, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse).</li> <li>(3) Malestar psicológico intenso a e exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.</li> <li>(4) Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.</li> </ol> <p><b>C.</b> <b>Evitación persistente</b> de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo, ausente antes del trauma, tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el esfuerzo traumático.</li> <li>(2) Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan el recuerdo del trauma.</li> <li>(3) Incapacidad para recordar aspecto importante del trauma.</li> <li>(4) Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.</li> <li>(5) Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.</li> <li>(6) Restricción de la vida afectiva (incapacidad para tener sentimientos de amor).</li> <li>(7) Sensación de futuro limitado (no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o en definitiva tener una esperanza de vida normal).</li> </ol> <p><b>D.</b> <b>Síntomas persistentes de aumento de la activación</b> (<i>arousal</i>) (ausentes antes del trauma) tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) Dificultad para conciliar o mantener el sueño.</li> <li>(2) Irritabilidad o ataques de ira.</li> <li>(3) Dificultad para concentrarse.</li> <li>(4) Hipervigilancia.</li> <li>(5) Respuestas exageradas de sobresalto.</li> </ol> <p><b>E.</b> Estas alteraciones (síntomas de los criterios B, C, y D) se <b>prolongan más de un mes.</b></p> <p><b>F.</b> Estas alteraciones <b>provocan malestar clínico</b> de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.</p>

En el **criterio A**, la DSM-IV (APA, 1994) y DSM-IV-TR (APA, 2002), presentan dos cambios en relación a las versiones anteriores. El primero referente a la consideración de acontecimiento traumático, que no se exige que esté fuera de la experiencia habitual humana. El segundo es el énfasis puesto en la sensación de amenaza (APA, 1980, 1987, 1994, 2002; Rincón 2003). Según Echeburúa, de Corral, Amor, Zubizarreta, Sarasúa (1997), este énfasis en la reacción del individuo y no en el tipo de acontecimiento traumático, ha sido el cambio fundamental introducido por la APA en la DSM-IV (1994), en relación a las anteriores versiones.

Siguiendo los criterios diagnósticos de la DSM-IV-TR (APA, 2002), el TEPT se encuentra incluido dentro de los denominados *Trastornos de Ansiedad*. Su característica principal es la aparición de determinados síntomas que siguen a la exposición de un acontecimiento estresante y extremadamente traumático; o cuando el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida; o cualquier amenaza contra la integridad física: es testigo de un acontecimiento donde se producen muertes, heridos, etc.; o existe una amenaza para la vida de otras personas; o bien conoce a través de un familiar o personas cercanas acontecimientos que implican muerte inesperada o violenta, daño serio o peligro de muerte o heridas graves. A estas circunstancias el individuo responde con temor, desesperanza y horror intensos (**criterio A**).

Los síntomas requeridos para el diagnóstico del TEPT también han sufrido modificaciones en las distintas versiones de la DSM. Si bien la estructura principal tipológica ha permanecido casi igual en las mismas categorías (reexperimentación, evitación y activación), como trilogía homogénea (Araña, Porras y Bussé, 2006). En la el DSM-III (APA, 1980) los criterios eran: reexperimentación (criterio B), embotamiento afectivo (criterio C) e hiperactivación (criterio D). En este último (criterio D), además de síntomas de aumento de activación se incluían sentimiento de culpa y evitación de actividades que pudieran recordar el trauma. En la DSM-III-TR (APA, 1987), los grupos sintomáticos se reestructuran en: reexperimentación (criterio B), evitación (criterio C), que incluye síntomas de embotamiento afectivo, e hiperactivación (criterio D). No se consideran los sentimientos de culpa en ninguno de los grupos de síntomas.

Los tres fenómenos o conjuntos de síntomas que se consideran más característicos de este trastorno, se ven reflejados en la DSM-IV-TR (APA, 2002), como criterios B, C y D. El **criterio B, (reexperimentación)**, parece ser el más importante debido a que es el que más claramente diferencia el TEPT de otros trastornos (Creamer, 2000, citado en Pereda, 2006). Es necesario para el diagnóstico, la presencia de al menos, un síntoma de reexperimentación persistente del acontecimiento traumático: las víctimas suelen revivir intensamente la experiencia traumática sufrida en forma de recuerdos invasivos,

recuerdos retrospectivos y/o pesadillas. El **criterio C, evitación** persistente de los estímulos asociados al trauma y embotamiento de la capacidad de respuesta del individuo, alude a la presencia de al menos tres síntomas de evitación. Las víctimas tienden a escaparse de los lugares o situaciones asociados al hecho traumático, en un intento por conseguir un distanciamiento psicológico y emocional del trauma, debido a lo desagradable que le resulta la reexperimentación del suceso traumático. El **criterio D**, síntomas persistentes de activación, requiere la presencia de al menos dos síntomas de aumento en la activación fisiológica, que se manifiesta en dificultades de concentración, irritabilidad y problemas para conciliar el sueño, entre otros (APA, 1994, 2002).

La DSM-IV (APA, 1994) y la DSM-IV-TR (APA, 2002) explicitan que el cuadro sintomático debe prolongarse más de un mes (**criterio E**), y provocar un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (**criterio F**).

Si los síntomas duran menos de tres meses, o tres meses o más, hablamos de TEPT **agudo** o **crónico**. Así mismo, el TEPT es de **inicio demorado**, si entre el acontecimiento traumático y el comienzo de los síntomas, han pasado como mínimo seis meses (APA, 1994, 2002).

En cuanto al **curso del TEPT**, éste puede iniciarse a cualquier edad, incluso durante la infancia. Según la DSM-IV-TR (2002, pp. 521-522) "Los síntomas suelen aparecer en los primeros tres meses posteriores al trauma, si bien puede haber un lapso temporal de meses, o incluso años, antes de que el cuadro sintomático se ponga de manifiesto; con frecuencia, la alteración reúne inicialmente los criterios diagnósticos del trastorno por estrés agudo. Los síntomas del trastorno y la predominancia relativa de la reexperimentación, comportamiento de evitación, y síntomas de activación (*arousal*), pueden variar ampliamente a lo largo del tiempo. La duración de los síntomas muestra considerables variaciones; la mitad de los casos suele recuperarse completamente en los primeros tres meses. En otras ocasiones, todavía pueden persistir algunos síntomas más allá de los doce meses posteriores al acontecimiento traumático. La intensidad, duración y proximidad de la exposición al acontecimiento traumático constituyen los factores más importantes, que determinan las probabilidades de presentar el trastorno. Existen algunas pruebas que demuestran que la calidad del apoyo social, los antecedentes familiares, las experiencias durante la etapa infantil, los rasgos de personalidad y los trastornos mentales preexistentes, pueden influir en la aparición del trastorno por estrés postraumático. Este trastorno puede aparecer en individuos sin ningún factor predisponente, sobre todo cuando el acontecimiento es extremadamente traumático".

Los **síntomas y trastornos asociados al TEPT**, propuestos por la DSM-IV-TR son los siguientes (APA, 2002, p. 520): "Los individuos con trastorno por estrés postraumático, pueden sentirse amargamente culpables por el hecho de haber sobrevivido cuando otros perdieron la vida. Los patrones de evitación pueden interferir en las relaciones interpersonales y llevar a conflictos conyugales, divorcio o pérdida del empleo. Cuando el agente estresante es de carácter interpersonal (abusos sexuales o físicos en niños, peleas familiares, secuestros, encarcelamientos como prisionero de guerra, internamientos en campos de concentración, torturas), puede aparecer la siguiente constelación de síntomas: afectación del equilibrio afectivo; comportamiento impulsivo y autodestructivo; síntomas disociativos; molestias somáticas; sentimientos de inutilidad, vergüenza, desesperación o desesperanza; sensación de perjuicio permanente; pérdida de creencias anteriores; hostilidad; retraimiento social; sensación de peligro constante; deterioro de las relaciones con los demás, y alteración de las características de personalidad previas. En este trastorno puede haber un mayor riesgo de presentar trastorno de angustia, agorafobia, trastorno obsesivo-compulsivo, fobia social, fobia específica, trastorno depresivo mayor, trastorno de somatización y trastorno relacionado con sustancias. Estos trastornos pueden preceder, seguir o coincidir con el inicio del trastorno por estrés postraumático".

En lo relativo a los **síntomas dependientes de la cultura y la edad**, la DSM-IV-TR (APA, 2002, p. 521) expone lo siguiente: "Las personas que han emigrado recientemente de áreas con disturbios sociales y conflictos civiles importantes, pueden presentar una mayor incidencia de trastorno por estrés postraumático. Estos individuos pueden mostrarse especialmente reacios a divulgar sus experiencias relativas a torturas y traumatismos, debido a la vulnerabilidad de su status político como inmigrantes. Para diagnosticar y tratar correctamente a estos individuos suele requerirse una valoración específica de sus experiencias traumáticas".

Continuando con la DSM-IV-TR (APA, 2002, p. 521) "en los niños mayores, las pesadillas perturbadoras sobre el acontecimiento traumático pueden convertirse, al cabo de varias semanas, en pesadillas generalizadas donde pueden aparecer monstruos, rescates espectaculares o amenazas sobre ellos mismos o sobre los demás. Los niños no suelen tener la sensación de revivir el pasado; de hecho, la reexperimentación del trauma puede reflejarse en juegos de carácter repetitivo (por ejemplo, un niño que se vio implicado en un grave accidente de tráfico lo recrea en sus juegos haciendo chocar sus coches de juguete). Puesto que para un niño puede ser difícil expresar la disminución del interés por las actividades importantes, y el embotamiento de sus sentimientos y afectos, estos síntomas deben ser objeto de una cuidadosa valoración mediante el testimonio de los padres, profesores y otros observadores. En los niños la sensación de

un futuro desolador puede traducirse en la creencia de que su vida no durará tanto como para llegar a adulto. También puede producirse la *elaboración de profecías*, es decir, la creencia en una especial capacidad para pronosticar futuros acontecimientos desagradables. Los niños pueden presentar varios síntomas físicos como dolores de estómago y de cabeza."

En la DSM-IV-TR (APA, 2002) se estableció que existen evidencias de un componente hereditario en la transmisión del TEPT.

El **diagnóstico diferencial**, se plantea con el Trastorno de Estrés Agudo (TEA). Ambos trastornos son similares en relación al suceso traumático precipitante de su sintomatología, pero en el caso del TEA se autolimita en el tiempo (hasta un mes después del suceso). En la Tabla 28 se exponen los criterios diagnósticos del TEA por la DSM-IV-TR (APA, 2002).

**Tabla 28. Criterios diagnósticos del TEA (DSM-IV-TR, APA, 2002).**

---

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE F43.0 TRASTORNO POR ESTRÉS AGUDO (308.3)
<b>A.</b> La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2: 1. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás. 2. La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.
<b>B.</b> Durante o después del acontecimiento traumático, el individuo presenta tres (o más) de los siguientes síntomas disociativos: 1. Sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional. 2. Reducción del conocimiento de su entorno (p. ej., estar aturdido). 3. Desrealización. 4. Despersonalización. 5. Amnesia disociativa (p. ej., incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma).
<b>C.</b> El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente en, al menos, una de estas formas: imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios de <i>flashback</i> recurrentes o sensación de estar reviviendo la experiencia, y malestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerdan el acontecimiento traumático.
<b>D.</b> Evitación acusada de estímulos que recuerdan el trauma (pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares, personas).
<b>E.</b> Síntomas acusados de ansiedad o aumento de la activación (arousal) (p. ej., dificultades para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto, inquietud motora).
<b>F.</b> Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, o interfieren de forma notable con su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables, por ejemplo, obtener la ayuda o los recursos humanos necesarios explicando el acontecimiento traumático a los miembros de su familia.
<b>G.</b> Estas alteraciones duran un mínimo de 2 días y un máximo de 4 semanas, y aparecen en el primer mes que sigue al acontecimiento traumático.
<b>H.</b> Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (drogas, fármacos) o a una enfermedad médica. No se explican mejor por la presencia de un trastorno psicótico. Breve se debe especificar si es agudo o crónico.

---

La DSM-IV-TR (APA, 2002) señala, además del TEA, otras nosologías con las que realizar el **diagnóstico diferencial**, como el

trastorno adaptativo, y el trastorno obsesivo-compulsivo. Bobes, González, Bousoño, Sáiz, Bascarán y Jiménez-Treviño (2000), a lo anterior añadieron la reacción a duelo, el trastorno disociativo y el trastorno límite de personalidad. Los autores hicieron especial referencia al hecho de que, en los trastornos de personalidad, las reacciones maladaptativas son omnipresentes y generalizadas, incluso ante grados mínimos de estrés.

La DSM-IV-TR (APA, 2002) destaca el diagnóstico diferencial de los *flashback*, típicos del TEPT, con las alteraciones perceptivas y alucinaciones que pueden aparecer en otras entidades clínicas como: la esquizofrenia, los trastornos del estado de ánimo asociado con síntomas psicóticos, *delirium*, trastornos relacionados con sustancias y trastornos psicóticos debidos a enfermedad médica.

Así mismo, la DSM-IV-TR (APA, 2002) incide en la simulación, especialmente en el caso de compensaciones económicas o de determinaciones forenses.

Bobes, González et al. (2000) y Echeburúa et al. (1995), al establecer un paralelismo entre los trastornos de ansiedad (agorafobia, fobias específicas, etc.) y el TEPT, observaron tres diferencias fundamentales:

- En el TEPT existe un trauma identificable, lo que se desconoce en numerosas fobias.
- El TEPT está compuesto por un conjunto amplio de síntomas además de la ansiedad y la evitación, lo cual lo hace tan complejo y difícil de estudiar.
- En el TEPT hay una mayor generalización de miedos y por lo tanto una gran cantidad de situaciones temidas.

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades, en su décima edición (CIE-10, OMS, 1992), el TEPT se encuentra dentro de la categoría de Trastornos Neuróticos Secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos. Surge como la respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causaría por sí mismo, malestar generalizado en casi cualquier persona. Los síntomas esenciales para su diagnóstico, además de la vivencia de una experiencia traumática, son las evocaciones o representaciones del acontecimiento en forma de recuerdos o imágenes durante la vigilia o el sueño, la evitación de circunstancias que recuerden el trauma y la presencia de amnesia respecto a algún aspecto importante de lo vivido, o bien de al menos dos síntomas de hiperactivación. Suelen estar presentes además, aunque son prescindibles en el diagnóstico del trastorno, desapego emocional claro, con embotamiento afectivo y los trastornos del estado de ánimo, pero no son indispensables (OMS, 1992, 1996).

A continuación, la Tabla 29 recoge los criterios diagnósticos planteados por la CIE-10 (OMS, 1992).

**Tabla 29. Criterios diagnósticos de TEPT (CIE-10, OMS, 1992).**

---

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE TEPT SEGÚN CIE-10
<p><b>A.</b>El paciente ha debido exponerse a un acontecimiento estresante o situación (tanto grave como prolongada) de naturaleza excepcionalmente amenazadora o catastrófica, que podría causar profundo <i>discomfort</i> en casi todo el mundo.</p> <p><b>B.</b>Recuerdo continuado o reaparición del recuerdo del acontecimiento estresante en forma de reviviscencias disociativas (<i>flashback</i>), recuerdos de gran viveza, sueños recurrentes o sensación de malestar al enfrentarse a circunstancias parecidas o relacionadas con el agente estresante.</p> <p><b>C.</b>Evitación de circunstancias parecidas o relacionadas al agente estresante (no presentes antes de la exposición al mismo).</p> <p><b>D.</b>Una de las dos: 1)Incapacidad para recordar parcial o completa, respecto a aspectos importantes del período de exposición al agente estresante. 2)Síntomas persistentes de hipersensibilidad psicológica y activación (ausentes antes de la exposición al agente estresante) puesto de manifiesto por al menos dos de los síntomas siguientes: -Dificultad para conciliar o mantener el sueño. -Irritabilidad. -Dificultad de concentración. -Facilidad para distraerse. -Respuesta de alarma (sobresaltos) y aprensión exageradas.</p> <p><b>E.</b>Los criterios B, C y D se satisfacen en los seis meses posteriores al acontecimiento estresante o del fin del período de estrés (el comienzo retrasado más de seis meses puede incluirse en circunstancias especiales, lo cual debe especificarse claramente).</p>

---

González-Brignardello y Martín (2004) establecen cinco diferencias básicas entre la CIE-10 (OMS, 1992) y la DSM-IV-TR (APA, 2002):

1.Según la CIE-10 debe tratarse de un hecho de naturaleza extraordinariamente amenazadora o catastrófica, capaz de provocar un malestar permanente casi en cualquier individuo; mientras que en el DSM-IV-TR (APA, 2002) también puede tratarse de hechos que no necesariamente revisten la característica de extraordinarios o anormales.

2.En la CIE-10 se pone énfasis en el suceso traumático, mientras el DSM-IV-TR (APA, 2002) le concede importancia a la subjetividad -respuesta- del sujeto ante el evento traumático.

3.En la CIE-10 los síntomas por aumento de la activación no se consideran indispensables para el diagnóstico y se pueden reemplazar por la incapacidad de recordar aspectos relevantes del trauma (uno de los dos factores, amnesia o hiperactivación).

4.La ausencia de un criterio temporal en la CIE-10 para la duración de los síntomas, aunque sí indica que la latencia de aparición de los mismos debe ser menor a seis meses.

5.La probabilidad de comorbilidad que está presente en el DSM-IV-TR (APA, 2002), mientras que en la CIE-10 el proceso diagnóstico muestra una preferencia más simple.

Como puede apreciarse, al revisar las clasificaciones diagnósticas acerca del TEPT, a pesar de que los criterios generalmente más difundidos y utilizados son los recogidos en la DSM-IV-TR (APA, 2002), no hay acuerdo en los grupos de síntomas que constituyen el trastorno y es difícil conseguirlo completo, entre lo que es y no es el TEPT (Rincón, 2003).

### **2.3.1.2. CONSIDERACIONES ACERCA DE LA ESTRUCTURA DE LOS SÍNTOMAS.**

Las limitaciones y contradicciones detectadas por los diferentes autores, en la estructura, criterios, y dimensionalidad del TEPT en la DSM-IV-TR (APA, 2002), suponen un problema diagnóstico, tanto para la clínica en general, como para los dictámenes forenses.

La primera controversia se plantea en el **criterio A**. Se trata de un criterio etiológico que el TEPT utiliza para su definición, y que incluye tanto la exposición directa al evento traumático como la indirecta (referencia al suceso). El problema surge según Vázquez (2005) en la propia definición de trauma, ya que no se efectúa ninguna distinción conceptual entre diferentes tipos de eventos (ya sea inducidos por humanos -como robos o violaciones- o debidos a catástrofes naturales o accidentes). La DSM-IV-TR (APA, 2002) tampoco proporciona una guía clara sobre el término "exposición al acontecimiento traumático", aunque especifique que no se requiere haber "vivido" la experiencia traumática, sino que basta con ser testigo de ella (Vázquez, 2005).

Otra de las críticas que se le hace al criterio A, es relativa a **la reacción de la víctima**. Los términos de la DSM-IV-TR (APA, 2002) resultan muy restrictivos y no contemplan reacciones típicamente asociadas a experiencias traumáticas, como sentimientos de vergüenza, humillación, ira, culpa o tristeza (Corral de et al., 1998), sentimientos especialmente presentes cuando son traumas inducidos por el ser humano (Echeburúa y de Corral, 2005). Autores como Smith y Albertson (2002, citados en Vázquez, 2005) han abundado en este punto, indicando que el DSM-IV-TR (APA, 2002), está falta de otros síntomas relacionados con el trauma, que influyen en la reacción de la víctima, como las concepciones nucleares que el individuo tiene sobre el mundo, o si han cambiado las concepciones políticas o religiosas tras el trauma.

La siguiente controversia se plantea en la **agrupación de los síntomas**. Araña, Bussé y Pedreira (2006) dijeron que los criterios diagnósticos para el TEPT -una sintomatología agrupada en tres cuadros sintomáticos B, C, y D, secundarios al agente estresor (criterio A)-, se presentan en una categorización que no logra captar la totalidad de los síntomas postrauma. Otros autores como Amdur y Liberzon

(2001); Asmundson et al. (2000); Buckley, Blanchard y Hickling (1998); Taylor et al. (1998); citados todos en Rincón (2003), también han considerado que la agrupación de síntomas de la DSM-IV (APA, 1994) y la DSM-IV-TR (APA, 2002), -tres factores con un solo factor principal e interrelacionados-, no es la que mejor describe el TEPT.

Alonso (2007) afirmó que este complejo cuadro clínico ha sido pobremente recogido y que los criterios diagnósticos resultan erráticos, poco uniformes y considerados como un “cajón de sastre”, ya que incluye síntomas comunes a otros trastornos, como el trastorno de pánico, ansiedad fóbica, ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno depresivo o trastorno disociativo.

Asensi y Arama (2006) señalaron que la exposición a determinados eventos traumáticos como los interpersonales, da lugar a una afectación profunda, que constituye mucho más que “un agregado de síntomas” como los descritos para el TEPT en la DSM-IV-TR (APA, 2002).

Araña, Bussé et al. (2006) en una revisión de diversos estudios de los síntomas del TEPT, concluyeron que no siempre se encontraba la triple estructura reconocida en las DSM. Además, constataron variaciones dimensionales en función de las características de la población y del tipo de trauma analizado en cada estudio (veteranos de Vietnam y traumas en población civil, entre otros).

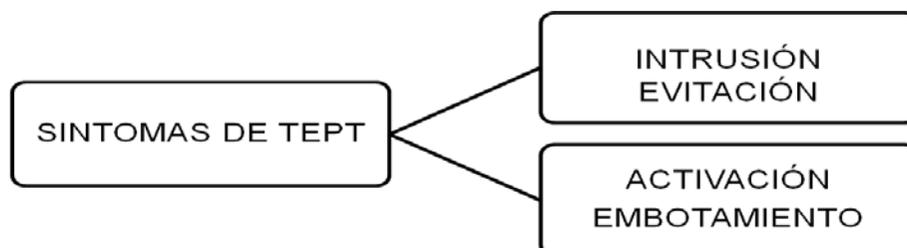
Peralta, Cuesta, Giraldo, Cárdenas y González (2002) y Vázquez (2005), plantearon que este problema proviene de que la DSM nace más del consenso entre expertos, que de fundamentos empíricos. Por ello, los criterios categoriales, no dimensionales, usados para el diagnóstico del TEPT en la DSM-IV-TR (APA, 2002), no siempre se ajustan a la realidad clínica.

Algunos autores han propuesto otros modelos para la estructura de esta categoría diagnóstica. El modelo de Taylor, Kunch, Koch, Crockett y Passey (1998), llamado *modelo de dos factores*, parte de un análisis factorial exploratorio de los síntomas del TEPT<sup>11</sup> y los agrupa en dos grandes factores: a) intrusión y evitación, y b) hiperactivación y embotamiento. Siguiendo a estos autores, el TEPT podría ser el resultado de un factor de orden superior que daría lugar a la mayoría de los síntomas, y de dos factores de primer orden que contribuyen a los síntomas de intrusión/evitación y activación/embotamiento (Rincón, 2003 y Alonso, 2007), como se expone en la Figura 4.

---

<sup>11</sup>El análisis factorial ha sido considerado por Alonso (2007), la principal herramienta de investigación en los estudios que han ofrecido modelos alternativos estructurales del TEPT. La autora distinguió dos tipos: el análisis factorial exploratorio, que examina el número de factores en los que están agrupados los síntomas del TEPT, y el confirmatorio, que permite comparar los diferentes modelos y elegir el más adecuado.

**Figura 4. Modelo jerárquico de los dos factores de Taylor et al. (1998, adaptado de Alonso, 2007).**

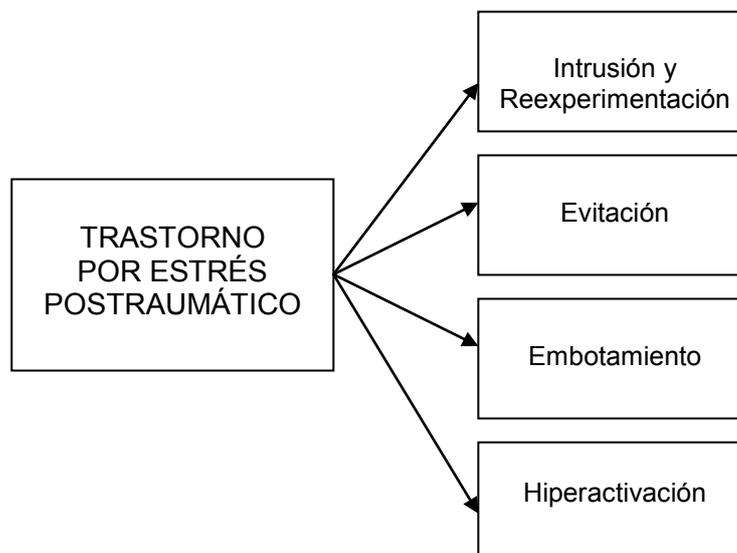


Este modelo, confirmado por Buckley, Blanchard y Hickling en 1998, es coherente con el modelo teórico planteado por Foa, Zimbarg y Rothbaum en 1992 (Rincón, 2003; Alonso, 2007). Estos autores sugieren que la evitación y el embotamiento afectivo serían dos mecanismos diferentes. Mientras la intrusión da paso a los síntomas de evitación –que conlleva a la reducción del malestar asociado a la memoria del trauma-, la hiperactivación crónica lleva al embotamiento o entumecimiento emocional, que es consecuencia de una activación incontrolable y un fracaso en la reducción del malestar.

Alonso (2007) en su tesis doctoral revisó los análisis factoriales confirmatorios, realizados en estudios hechos en población de accidentados de tráfico o excombatientes de guerra. Dichos estudios fueron llevados a cabo por Asmundson, Frombach, McQuaid, Pedrelli, Lenox y Stein (2000); Amdur y Liberzon (2001); Simms, Watson y Boebdelin (2002); Mc Williams, Cox y Asmundson (2005); (citados todos en Alonso, 2007). Así mismo, concluyó que las investigaciones revisadas están de acuerdo en considerar inadecuado, el modelo estructural de tres factores del TEPT descrito en la DSM-IV (APA, 1994) y la DSM-IV-TR (APA, 2002). Alonso defendió un *modelo de 4 factores* que diferencie y agrupe en dos factores distintos, los síntomas de evitación de los de embotamiento afectivo: a) reexperimentación e intrusión, b) evitación, c) embotamiento afectivo, y d) hiperactivación.

Según Alonso (2007), el *Modelo jerárquico de 4 factores* de Asmundson et al. (2000) en la Figura 5, es el que mejor recoge la estructura de la sintomatología postraumática.

**Figura 5. Modelo de 4 factores de Asmundson et al. (2000, adaptado de Alonso, 2007).**



Otro modelo de estructura de los síntomas es el propuesto por Simms, Watson y Boebbelin (2002, citados en Alonso, 2007), que tras un análisis factorial confirmatorio, establecieron la estructura de los síntomas en cuatro dimensiones específicas: a) intrusión, b) evitación, c) disforia/malestar, y d) hiperactivación. En este último criterio se incluirían únicamente dos síntomas de la DSM-IV-TR (APA, 2002), la hipervigilancia y las respuestas exageradas de sobresalto, mientras que los otros síntomas (dificultades para conciliar o mantener el sueño, irritabilidad y dificultad para concentrarse), estarían agrupados con síntomas de embotamiento afectivo en el factor de la disforia o malestar general.

El modelo de cuatro síntomas o factores también fue estimado por Rincón (2003) como el más interesante, al separar el embotamiento afectivo de los síntomas de evitación.

Otra de las importantes discusiones motivo de análisis por diferentes autores es la relativa a **la falta de uniformidad de la incidencia de los síntomas del TEPT**. Los síntomas de evitación y embotamiento son los que presentan las tasas de incidencia más baja, aunque son también los que se evocan más tardíamente (Araña, Bussé, et al., 2006), por lo que se debe tomar en consideración el momento de aparición de síntomas, en los que también influyen variables moduladoras. Estos autores han considerado como síntomas más comunes los disturbios del sueño, los recuerdos intrusivos y la exagerada respuesta de sobresalto; y los más infrecuentes amnesia traumática, sensación de futuro desolador y pérdida de afecto hacia los

otros, todos ellos pertenecientes al criterio C -al que estos autores llaman “criterio polémico, en base a las limitaciones que presenta, como la frágil asociación entre la amnesia traumática y el embotamiento emocional-. Rincón (2003) concluyó que, en muchas ocasiones, las víctimas no desarrollan síntomas de evitación pero sí de embotamiento afectivo, como sucede en las mujeres víctimas de violencia doméstica, debido a la reiteración y cronicidad del evento traumático, el entorno familiar y doméstico y la presencia permanente del agresor en sus vidas.

La Tabla 30 presenta el porcentaje de síntomas agrupados según criterios, basado en los estudios de McMillen, North y Smith (2000, citados en Araña, Bussé et al., 2006).

**Tabla 30. Porcentaje de síntomas en criterios, McMillen et al. (2000, adaptado de Araña, Bussé et al., 2006).**

CRITERIOS DEL TEPT	PORCENTAJE
Ningún criterio	20%
Criterio B, solo	14%
Criterio C, solo	0%
Criterio D, solo	3%
Criterios B y C, solos	0%
Criterios B y D, solos	48%
Criterios B, C y D	15%

Siguiendo a Araña, Bussé et al. (2006) y Araña, Porrás et al. (2006), las experiencias traumáticas extremas pueden originar tasas altas de TEPT, pero también altos niveles de malestar psicopatológico que no alcanzan el umbral suficiente para rotular un desorden tipo TEPT, tal y como se refleja en la DSM-IV-TR (APA, 2002). Rincón (2003) señaló que, según los diferentes tipos de víctimas que pueden llegar a desarrollar el trastorno, podría ser suficiente cumplir sólo tres de los cuatro grupos sintomáticos. Por ello, algunas personas que no cumplen los criterios del TEPT y a las que empíricamente se les considera muy afectadas en su adaptación al medio, sí padecerían el trastorno.

El consenso de psiquiatras españoles (Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental, FEPSM, 2007), mostró un elevado nivel de acuerdo en que los síntomas de reexperimentación son el elemento psicopatológico clave, así como el sentimiento de indefensión una característica básica de la clínica del TEPT. Coinciden los autores en que no todos los individuos presentan los mismos síntomas, lo que se debe tener en cuenta a la hora de diseñar estrategias de afrontamiento.

A la luz de estas teorías, diferentes autores han propuesto subtipos de TEPT que tuvieran en cuenta distintas combinaciones de síntomas, así como la creación de nuevos criterios diagnósticos. Las diferentes propuestas de tipos y subtipos de TEPT se exponen en la Tabla 31.

**Tabla 31. Propuestas de tipos y subtipos de TEPT.**

TRASTORNOS	CARACTERÍSTICAS
ESTRÉS POSTRAUMÁTICO COMPLETO (Araña, Bussé et al., 2006).	Cumple los criterios de la DSM-IV-TR (APA, 2002).
ESTRÉS POSTRAUMÁTICO CON SÍNTOMAS MENORES DE EVITACIÓN (Araña, Bussé et al., 2006).	Síntomas menores de evitación.
ESTRÉS POSTRAUMÁTICO PARCIAL (Araña, Bussé et al., 2006).	Criterios de la DSM- IV-TR (APA, 2002), pero no en combinaciones suficientes para un cuadro completo.
SUBSÍNDROME DE TEPT. ESTRÉS POSTRAUMÁTICO SUBCLÍNICO (Blanchard, Hickling, Taylor, Forneris, Loos y Jaccard, 1995, 1998; Hickling y Blanchard, 1992; Schnurr, Friedman y Bernardy, 2002; todos citados en Rincón, 2003); Carlier y Gersons (1995, citados en Pérez, 2008).	Cumple criterios de dos de los tres grupos de síntomas (el criterio B y el C o el D, pero no ambos a la vez).
ESTRÉS POSTRAUMÁTICO SIMPLE (Herman et al., 1992, citados en Herman, 2004).	TEPT con los criterios de la DSM IV-TR (APA, 2002).
ESTRÉS POSTRAUMÁTICO COMPLEJO (Herman, 2004; Araña, Bussé et al., 2006).	Con psicopatología adicional (como ideación suicida o conductas autolesivas). Problemas asociados a la exposición prolongada a estresores interpersonales. Casos relacionados con eventos traumáticos Tipo II de Terr (1991).
ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EXTREMO (Bentolilla, s.f.).	Casos relacionados con eventos traumáticos Tipo II de Terr (1991), asociados a transformación permanente de la personalidad.

Báguena (2001) consideró que el TEPT parcial o el subsíndrome del TEPT, implicaban la existencia de un deterioro clínicamente significativo en el funcionamiento habitual (a nivel físico, interpersonal y social). Pérez (2008) afirmó que esta tipología es más común que el síndrome completo, especialmente si tenemos en cuenta poblaciones no psiquiátricas.

Según Araña, Bussé et al. y Araña, Porrás et al. (2006), el TEPT simple propuesto por Herman (2004), corresponde al actual de la DSM-IV-TR (APA, 2002), que los primeros autores denominan *Estrés Postraumático Completo*. Por otra parte, el TEPT complejo sería apto para aquellos problemas asociados a la exposición prolongada a estresores traumáticos interpersonales, capaces de provocar una afectación intensa en el sujeto. A su vez, este TEPT complejo se asemejaría a la división en *Trauma tipo II* propuesto por Terr en 1991<sup>12</sup>. La amalgama general de síntomas descritos por Muruaga (2006) que padecen las víctimas de malos tratos y abusos sexuales - dependencia, depresión, oscilaciones en la regularización del afecto,

<sup>12</sup>*Traumáticas tipo II* serían negligencia, abuso, maltrato infantil, abuso sexual, autoagresiones, violencia comunitaria, violencia doméstica e incluso el trabajo infantil (Bentolilla, s.f.). Los *traumas tipo I y II* de Terr se definen en el apartado "2.3.3.1. Papel del Estresor".

alteraciones en la percepción de uno mismo y del sistema de significados, somatizaciones, fobias, problemas sexuales y ginecológicos-, podría establecer los parámetros diagnósticos del TEPT complejo.

Asensi y Arama (2006) insistieron en la importancia de las limitaciones diagnósticas del TEPT, cuando se trata de fenómenos psico-jurídico-sociales complejos, como la violencia de género. Por tanto, en el ámbito jurídico, es necesario establecer unos criterios basados en la evidencia, de mayor utilidad para los informes periciales.

En base a los últimos estudios, es de esperar que se llegue a una redefinición de los trastornos de espectro traumático establecido en la DSM-IV-TR (APA, 2002), reagrupando así trastornos que tienen una base traumática. Alonso (2007) planteó la necesidad de futuras investigaciones, dirigidas a clarificar qué síntomas agrupan cada uno de los criterios del TEPT, y a determinar si es necesaria la presencia de todos ellos para su diagnóstico; o si por el contrario, se podría pensar en a) criterios claves y obligatorios, como la reexperimentación y la hiperactivación, y b) en criterios opcionales, como la evitación y el embotamiento -que no serían determinantes para el diagnóstico, pero que definirían el curso del TEPT-.

### **2.3.2. EPIDEMIOLOGÍA DEL TEPT.**

La mayoría de los estudios epidemiológicos sobre el TEPT, se han basado en tres parámetros:

- La frecuencia de la exposición a situaciones traumáticas, por parte de la población general.
- El riesgo de desarrollo del trastorno, tras la exposición al trauma.
- Las características y circunstancias de la persona expuesta al trauma, que modulan la aparición del trastorno.

Los resultados de las investigaciones han cuestionado la noción, imperante en otra época, de que la prevalencia de exposición a sucesos traumáticos era relativamente baja y que el TEPT, como entidad clínica, poco frecuente. Las guerras, los desastres naturales y los atentados terroristas, han disparado las cifras de prevalencia de exposición a graves estresores, y por tanto del trastorno.

Los estudios de prevalencia del TEPT han dado lugar a resultados muy diversos, lo que puede explicarse por la heterogeneidad de las muestras poblacionales y el momento histórico y social en que se realiza la investigación, que se traduce en un rango, más o menos amplio de sucesos estresantes, y en los distintos criterios diagnósticos e instrumentos de evaluación empleados. En las dos

últimas décadas, la mayoría de los diagnósticos, se establecen en base a la CIE (OMS) o la DSM (APA).

A nivel internacional, Alonso (2007), FEPSM (2007) y Rincón (2003) han citado la Encuesta de Comorbilidad Nacional (*Nacional Comorbidity Survey, NCS*), llevada a cabo por Kessler et al., entre 1990 y 1992, como el más importante estudio epidemiológico sobre TEPT realizado en la población norteamericana. La investigación se realizó sobre 5.877 personas entre 15 y 54 años, y dio como resultado que el 60% de los hombres y el 51,2% de las mujeres habían experimentado uno o más acontecimientos traumáticos a lo largo de su vida; el 17% y el 12% respectivamente, refirieron haber vivenciado más de tres situaciones traumáticas.

Norris (1992, citado en Foa, Keane y Friedman, 2003), realizó un estudio en cuatro áreas urbanas del sudeste de EE. UU., y concluyó que el 69% de los adultos encuestados, había experimentado uno o más acontecimientos traumáticos a lo largo de su vida. De forma similar, Resnick, Kilpatrick, Dansky, Saunders y Best (1993, citados en Foa, et al., 2003), en una investigación sobre mujeres víctimas de actos criminales, comprobaron que el 69% habían sido agredidas al menos una vez en la vida. Otros estudios realizados comunican tasas elevadas de exposición a sucesos, como la encuesta de Vrana y Lauterbach (1994, 1993, citados en Foa et al., 2003), que refirió exposición en el 84% de la población estudiantil de una importante universidad del medio oeste de EE. UU., y el 33% afirmó que había experimentado cuatro o más sucesos traumáticos.

El tipo de estresor se ha diferenciado también en algunos estudios. Domarus (1996, citado en Trujillo, 2002) señaló que, el conjunto de sucesos estresantes, afectó al 1% de la población general; y distinguió entre la guerra (30%), la violación (57%), los desastres inducidos por el hombre, como los Chernobyl, Bhopal, armas químicas, etc. (88%) y los desastres naturales (entre el 0,7% y el 3,3%).

Herrera y Sierra (2000) realizaron un estudio en población colombiana. El 67,6% de la muestra, respondió haber estado expuesta a una situación extremadamente estresante. Los accidentes que pusieron en peligro la vida de las personas, fue la experiencia más estresante para la población estudiada, con una prevalencia de 15,8%, seguida por haber sido atacado físicamente o haber sido víctima de un asalto (11,7%).

Muñoz (2002) señaló que los acontecimientos traumáticos más prevalentes en la población general, son la muerte inesperada de un ser querido, el accidente de tráfico con riesgo para la vida, presenciar una agresión o asesinato, el asalto con violencia, la amenaza con arma y la catástrofe natural (aunque éste último, depende del lugar donde se habita). La autora hizo distinción por sexos, afirmando que entre las mujeres los sucesos más prevalentes son la violación y el acoso

sexual, y entre los hombres la amenaza con arma, presenciar una agresión o asesinato y el accidente de tráfico grave.

Breslau, Davis, Andreski y Peterson (1991, citados en Hollander et al., 1996), en un estudio realizado sobre población joven y con un buen nivel educativo, constataron una prevalencia del 39% de personas, que habían experimentado un suceso traumático. Los mismos autores realizaron otro importante estudio en 1998 (Breslau et al., 1998, citados en Rincón, 2003; Pereda, 2006), que mostró una prevalencia de exposición a un suceso traumático a lo largo de la vida de un 89,6% (92,2% en hombres y 87,1% en mujeres); con una media de 4,8 el número de acontecimientos, siendo la muerte inesperada de un ser querido el suceso traumático más frecuente.

En nuestro país, destacamos el estudio de Pereda (2006) en población universitaria no clínica, que dio como resultado una prevalencia de acontecimientos estresantes situada en un 92%, siendo el más frecuente la muerte repentina de un ser querido, accidentes de tráfico, ser testigo de un atraco, haber sufrido agresiones físicas (en varones) y abuso sexual antes de los 13 años -acoso sexual, acecho y control- (en mujeres).

Los estudios sobre el desarrollo del TEPT, presentan resultados variables.

Helzer, Robins y McEvoy (1987) en el estudio ECA (*Epidemiologic Catchment Area Survey*), investigaron el TEPT en la población general, hallando una prevalencia del 1%, siendo el 0,5% en los hombres y el 1% en las mujeres. Breslau et al. (1991, citados en Hollander et al., 1996), observaron que la prevalencia del TEPT, era de 9,2%, cifra mayor que la obtenida en el ECA.

APA (2002) en la DSM-IV-TR indicó tasas de prevalencia para el TEPT de aproximadamente un 8% de la población de EE. UU.

Otros autores como Green (2003), opinaron que el TEPT podía afectar a un 2-3% de la población en general, y que se trataba de un trastorno mental relativamente ordinario, más frecuente que la esquizofrenia (0,5%), pero menos que la depresión mayor (5-10%).

El estudio de prevalencia de TEPT realizado sobre población española, por Orengo, Rodríguez, Lasheras y Ramírez (2001, citados en Alonso, 2007) -utilizando criterios de la DSM-IV (APA, 1994)- mostró una tasa de prevalencia de un 2,22% en la población general; y de un 8,47% en la población psiquiátrica. Martín y de Paúl (2004) en su investigación sobre estudiantes universitarios, encontraron que el 28,8% cumplía criterios del TEPT.

FEPSM (2007), según el Consenso Español sobre Evaluación y Tratamiento del Trastorno por Estrés Postraumático, afirmó que los

psiquiatras españoles en general, consideran que -si bien el TEPT está infradiagnosticado en España-, las cifras prevalencia/vida entre el 5-10% que arrojan estudios como el de Ballenger, Davidson y Lecrubier (2000, citados en FEPSM, 2007) son excesivas en nuestro medio. El Consenso estimó que, menos del 30% de la población se ve expuesta a un acontecimiento traumático y que, de las personas expuestas, entre el 10-20% desarrolla TEPT.

Alonso (2007) y Rincón (2003) estimaron que el TEPT podía incidir entre un 1% o 2% de la población general adulta en algún momento de su vida, y que tras la exposición a un hecho delictivo, el trastorno se desarrollaba en un 25% de las víctimas.

El desarrollo del TEPT, según el tipo de acontecimiento traumático, también ha sido estudiado por diversos autores.

En nuestro país, López Ibor (1942, citado en Martín y de Paúl, 2004), estudió el impacto psicológico de la guerra entre personas que participaron en la Guerra Civil española, observando diferentes frecuencias de alteraciones psicógenas (10% en zona republicana y 5% en zona nacional).

Gilaberte (1993) realizó en 1990 una investigación en población policial española y concluyó que un 2% de la población muestra, sufrió en el año 1990 un suceso traumático, de los cuales, un 32,98% de los sujetos desarrollaron el TEPT. La misma autora realizó un estudio en víctimas de un accidente ferroviario, determinando que entre un 15% y un 20% de los accidentados, padecieron un cuadro de TEPT (Gilaberte, 2003).

La mayoría de estudios comparativos acerca de las consecuencias psicológicas de diferentes tipos de delitos, concluyen que las víctimas de agresiones sexuales tienen un riesgo mayor que otros tipos de víctimas de desarrollar el TEPT (Kilpatrick y Veronen, 1983, citados en Echeburúa et al., 1995; Delgado, 1996). Echeburúa et al. (1999) llevaron a cabo una investigación con una muestra española, sobre los perfiles diferenciales del TEPT en distintos tipos de víctimas de hechos traumáticos. Los autores concluyeron que el 61,6% de la muestra que padecía el TEPT. Los traumas que generaban con mayor frecuencia e intensidad el cuadro clínico, resultaron ser las agresiones sexuales, el terrorismo y en menor medida el diagnóstico de una enfermedad grave y los accidentes de tráfico. Otros estudios de los mismos autores (Echeburúa et al., 2002, 2004b), mostraron que, de las víctimas afectadas por traumas psicológicos diversos, el 54,5% padecía el TEPT. La mayor frecuencia se encontró en las víctimas de agresión sexual (69,9%) y en las de terrorismo (66,7%).

Pereda (2006) observó en su estudio, que la experiencia de ASI (antes de los 13 años por un agresor al menos 5 años mayor que la

víctima), era el acontecimiento evaluado como más traumático, aún cuando la prevalencia de este suceso fuera menor que la de otros hechos traumáticos.

Jiménez et al. (2000), afirmaron que cuando la situación es extremadamente estresante, la tasa de morbilidad aumenta significativamente.

Miguel-Tobal, Cano, Iruarrizaga, González y Galea (2004) y Miguel-Tobal, Cano, Iruarrizaga, González, Muñoz y Casado (2004), estudiaron algunas de las secuelas psicológicas de los atentados terroristas realizados en cuatro trenes de la red de cercanías de Madrid el 11 de marzo de 2004 (11-M), en diferentes muestras (población general, víctimas y allegados y personal sanitario). En el estudio con población general, la primera evaluación mostró que, tras el 11-M, presentaba este trastorno el 4% de la población urbana de Madrid, si bien el porcentaje de TEPT exclusivamente relacionado con los atentados era del 2,3% de la población.

Estudios en otros países también mostraron la relación entre acontecimientos estresantes y el TEPT. Hollander et al. (1996) señalaron que hasta un 30% de las víctimas de grandes desastres experimentan algún síntoma de TEPT.

Trujillo (2002) realizó un estudio de prevalencia y riesgo de TEPT basado en encuestas realizadas en EE. UU. y Canadá, cuyos resultados más destacados se exponen en la Tabla 32.

**Tabla 32. Prevalencia y riesgo de TEPT (tomado de Trujillo, 2002).**

PREVALENCIA Y RIESGO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO		
Acontecimiento traumático	Prevalencia en población general	Riesgo de TEPT
Muerte inesperada de familiar o amigo.	35-60%	10-20%
Presenciar una agresión o asesinato.	10-30%	7%
Accidente de tráfico grave.	10-30%	10-25%
Asalto con violencia y/o armas.	10-25%	10%
Catástrofes naturales (terremotos, grandes incendios, inundaciones).	5%	10-25%
Combate (datos de varones EE. UU.).	6%	40-60%
Prisioneros de guerra.	1%	60-80%
Violencia sexual.		
Hombres	2%	65%
Mujeres	15-20%	50%
Maltrato infantil.	1-4%	20-40%

Cárcamo, Sanchez-Lacay y Lewis-Fernández (2002), en su estudio sobre el impacto psicológico de los ataques terroristas del 11 de septiembre de 2001 en la ciudad de Nueva York (11-S), concluyeron que antes del 11-S los estudios de prevalencia del TEPT en EE. UU., indicaban que aproximadamente el 10,4% de las mujeres y cerca del 5% de los hombres, había presentado un TEPT en algún momento de su vida. De cinco a ocho semanas después del 11-S, tras un estudio

realizado mediante entrevista telefónica con una muestra aleatoria, lo estimaron en un 20% para la población adulta residente en el área de las Torres Gemelas, y en un 7,5% para los habitantes del centro y sur de Manhattan.

Después de los atentados del 11-S, un estudio dirigido por el profesor Galea (Galea et al., 2002; citados en Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés [SEAS], s.f.), realizado con una muestra superior a 1000 personas adultas (N=1008) residentes en Manhattan, mostró que a las 5-8 semanas de los atentados, un 7,5% de la muestra presentaba los síntomas del TEPT, con las siguientes peculiaridades: en los individuos que vivían cerca de la *Zona Cero*, el porcentaje de población que sufría TEPT se elevaba al 20%; entre las personas que ayudaron a las víctimas se encontró un 16,2% con TEPT.

Otros estudios han demostrado, que sigue existiendo un impacto psicológico residual entre la población norteamericana tras el 11-S. Dos meses después del atentado, se estimó que el 12% de la población norteamericana seguía manifestando consecuencias psicológicas significativas, y que entre un 25% y un 30% de la población, manifestaba ansiedad y conductas de evitación ante situaciones que recordaran los hechos del 11-S (Silver et al., 2002, citados en Miguel-Tobal, Cano, Iruarrizaga, González y Galea, 2004).

Henry (2007, citado en Guimón, 2008), señaló que 5,2 millones de norteamericanos sufren cada año el TEPT, pero que tras el 11-S, apareció un aumento de la prevalencia de estos cuadros en Nueva York con un 11,2% -especialmente en niños y niñas con un 28,6%- (Hoven, 2005, citado en Guimón, 2008).

Gilaberte (1993), entre los factores que se asociaron al TEPT, nombró la severidad del evento, el aumento de sucesos vitales en el año posterior al evento y el inadecuado soporte social percibido después del trauma.

En relación a la edad con la que se sufre el evento, existen pocos estudios de prevalencia del TEPT. Hay que tener en cuenta que la posibilidad de que el TEPT -como categoría diagnóstica- lo sufrieran los niños y las niñas, no fue reconocida por la APA hasta 1987, con la publicación de la DSM-III-TR.

Jiménez et al. (2000) observaron una correlación negativa entre la edad y la posibilidad de desarrollar el trastorno.

Aunque cada vez, van aumentando más los estudios de TEPT desencadenado por estresores agudos, como catástrofes naturales y accidentes graves, la mayoría de los estudios del TEPT en la infancia, son los referidos a estresantes crónicos o mixtos, como enfermedades somáticas graves, quemaduras severas, procedimientos médicos

invasivos (trasplante de médula ósea), malos tratos y ASI (Pedreira, 2003). Aunque, según señala el autor, la violencia crónica intrafamiliar está infravalorada dentro del espectro causante del TEPT, y se debe poner especial atención en el correcto diagnóstico de estos casos.

Orozco, Borges, Benjet, Medina-Mora y López-Carrillo (2008), en un estudio en adolescentes de 12 a 17 años mexicanos/as, encontraron la fuerte asociación entre abuso sexual a estas edades y el TEPT, predominando el trastorno en chicas con respecto a los chicos.

Rincón, Cova, Bustos, Aedo y Valdivia (2010), hicieron referencia al estudio de Mcleer, Deblinger, Atkins, Foa y Ralphe (1988), sobre niños/as abusados/as entre los 6 y los 16 años, encontrando una prevalencia de TEPT de 36,3% en muestras no clínicas, y del 40% en muestras clínicas.

Trowell et al. (1999, citados en Rincón et al., 2010) hallaron una prevalencia del TEPT de un 71% en muestras clínicas de menores abusados sexualmente.

Diversos autores han reflejado una diferencia real de **sexo** en la susceptibilidad al TEPT. Los estudios de Breslau et al. (1991), Breslau et al. (1998), Davidson et al. (1991), Kessler et al. (1995) y Stein et al. (2000), todos citados en Jiménez et al., 2000; Frans, Rimmö, Aberg y Fredricson, 2005; Seedat y Stein, 2000; Zlotnick, Zimmerman, Wolfsdorf y Mattia, 2001, han señalado una mayor prevalencia del TEPT entre las mujeres. Según Foa et al. (2003) las tasas de prevalencia son dos veces mayores en las mujeres que en los hombres (10% frente a 5%) y según Kessler et al. (1995, citados en Jiménez et al., 2000), la prevalencia es casi cinco veces mayor en mujeres que en varones.

La diferencia de prevalencia puede estar relacionada con diferencias biológicas, psicológicas o sociales, pero sin duda existe una relación directa de los distintos tipos de acontecimientos a los que están expuestos varones y mujeres y que incide en las cifras (Foa et al., 2003). De los estudios de Breslau et al. (1991), y Stein et al. (2000, citados en Jiménez et al., 2000), se derivaron diferencias del impacto de los diferentes acontecimientos traumáticos según sexo. Jiménez et al. (2000) señalaron que la probabilidad de desarrollar un TEPT tras sufrir acoso sexual, sería de 12% en varones y de 26,5% en mujeres; tras agresión física, un 1,8% en varones y un 21,3% en mujeres; tras combatir en una guerra, un 39,8% en varones -no se conocen datos de mujeres-; tras conocer una desgracia, un 4,4% en varones y un 10,4% en mujeres; tras amenaza con un arma 1,9% en varones y 32,6% en mujeres; tras accidente de tráfico, un 6,3% en varones y un 8,8% en mujeres; tras presenciar una agresión o asesinato, un 6,4% en varones y un 7,5% en mujeres; tras desatención en la infancia, un 23,9% en varones y un 19,7 en mujeres; tras abusos sexuales en la infancia, un

22,3% en varones y 48,5% en mujeres. Sin embargo, en el caso de la violación la proporción se invierte, siendo la probabilidad del TEPT un 65% en varones y de un 45,9% en mujeres. Este hecho también es referido por P. Sepúlveda (2009), cuando señaló que las mujeres tradicionalmente, tienen más asumido el riesgo de violación que los hombres, mientras que los varones lo viven como una mayor humillación. En ambos sexos la violación se sitúa en primer lugar como acontecimiento más impactante (Jiménez et al., 2000).

Medina et al. (2005) realizaron un estudio en población urbana mexicana de edades entre 18 y 65 años, encontrando que un 68% de la población había estado expuesta por lo menos a un evento estresante en su vida. De esta población el 2,3% de las mujeres y el 0,49% de los hombres presentaron el trastorno, siendo la violación, el acoso y el abuso sexual, los más frecuentes estresores padecidos por las mujeres.

En población africana, nombramos el estudio de Njenga, Nicholls, Nyamai y Davidson (2004), en el que se describieron las reacciones que siguieron al bombardeo de la embajada de los EE. UU. en Nairobi. En una muestra amplia, mediante un cuestionario autoinformado que evaluó los factores de riesgo potenciales y los síntomas identificados, según los criterios de la DSM-IV (APA, 1994) para el TEPT, entre 1 y 3 meses después del bombardeo. Los autores concluyeron que el TEPT se encontraba en el 35% de la muestra de su estudio, siendo de mayor incidencia en mujeres, de estado civil soltero/a, educación no universitaria, con existencia de lesiones y/o falta de recuperación de las lesiones y pérdida y dificultad financiera desde la explosión.

Según el estudio realizado por Pérez et al. (2009) en Chile, sobre personas expuestas a sucesos traumáticos, se encontró que las mujeres tenían más probabilidades que los hombres de desarrollar TEPT; independientemente de la mayor exposición a experiencias de violencia (violación sexual, asalto físico y tortura), de haber sufrido otros sucesos y del nivel educacional.

No sólo hay diferencia de sexo en la prevalencia del TEPT, también sobre la **persistencia o cronicidad** del trastorno se han encontrado datos. Breslau et al. (1991, Jiménez et al., 2000), encontraron que la duración media del trastorno era mayor en las mujeres (48,1 meses) que en los hombres (12 meses). También en los casos que experimentaron el acontecimiento traumático directamente (48,1 meses), frente a los casos que se enteraron a través de otra persona (12,1 meses). En el estudio realizado en 1998, sobre la población de Detroit, Breslau (citado en Foa et al., 2003), constató que el TEPT persistía durante más tiempo en las mujeres que en los varones (a menudo una diferencia superior a los 6 meses); y que era más duradero cuando el acontecimiento traumático se experimentaba

de forma directa en lugar de indirecta. Este estudio observó igualmente **diferencias raciales** en el desarrollo de TEPT: los individuos no blancos tenían casi el doble de probabilidades de experimentar TEPT que los blancos.

Es clara la elevada tasa de **comorbilidad** del TEPT, que presenta cifras del 80% (Jiménez et al., 2000) en el padecimiento de otros trastornos asociados, consecuencia del trauma vivido. Entre estos trastornos se encuentran la depresión mayor (el 50% de las personas), otros trastornos de ansiedad (15-30%), frecuentemente: fobia simple, fobia social, agorafobia, ansiedad generalizada y pánico (Jiménez et al., 2000). El abuso de alcohol se produce en el 50% de los hombres y en el 30 % de las mujeres (Muñoz, 2002 y Jiménez et al., 2000). En el estudio realizado por FEPSM en 2007, los psiquiatras españoles mostraron acuerdo en la prevalencia de la comorbilidad con trastornos de ansiedad generalizada: distimia, abuso de alcohol, trastorno de angustia con y sin agorafobia, fobia social, trastorno somatomorfo, abuso de drogas, trastorno disociativo y fobia simple, por este orden. Así mismo, también consideraron que en la comorbilidad, los diagnósticos se solapaban, lo que puede dar lugar a juicios erróneos.

Como resumen de lo expuesto podemos decir que, los estudios epidemiológicos han dado resultados diferentes, principalmente por la diversidad en la metodología de investigación (distintas características en la muestra y en los instrumentos de evaluación):

- La prevalencia de exposición a sucesos traumáticos varía entre el 30-90% de la poblaciones estudiadas.
- El desarrollo del TEPT varía según las muestras estudiadas. En población general se encuentra una prevalencia entre el 1-30%, y en población expuesta a acontecimientos traumáticos, entre el 10-80%.

A pesar de las variaciones metodológicas y de resultados, hay un consenso entre los autores en las siguientes afirmaciones:

- El TEPT tiene prevalencia relativamente alta, aunque por regla general, está infradiagnosticado (FEPSM, 2007).
- La mayoría de los síntomas, aparecen después del acontecimiento traumático, aunque hay muchos casos, en los cuales, la sintomatología tarda semanas, meses e incluso años en aparecer.
- Tras un evento traumático, la mayoría de la población, está más vulnerable y propensa a tener reacciones emocionales más desajustadas ante otros acontecimientos.
- Hay mayor vulnerabilidad entre las mujeres para sufrir TEPT. No obstante, las diferencias de sexo son también atribuibles, a los tipos de acontecimientos traumáticos que con más probabilidad sufren las mujeres, como los casos de malos tratos

y agresiones sexuales que mantienen esta diferencia (Alonso, 2007).

- La violación ha sido uno de los acontecimientos que más se relaciona con el desarrollo de la sintomatología postraumática. Se sitúa entre el 50-70%.

La gravedad y duración de los síntomas del TEPT generan importantes costes a nivel económico, social y político. La sociedad debe ser consciente de la trascendencia de las secuelas, de los atentados a los derechos humanos que han sido y son las guerras, el terrorismo y la violencia de género y sexual a mujeres y menores (Herman, 2004).

### **2.3.3. ETIOLOGÍA DEL TEPT.**

A efectos de sistematización, la etiología del TEPT la dividimos en 3 grandes bloques: el Estresor, las Teorías Explicativas Biológicas y los Modelos Explicativos Psicológicos.

#### **2.3.3.1. PAPEL DEL ESTRESOR.**

El TEPT es la única categoría diagnóstica que incluye una variable etiológica entre sus criterios: “la exposición del individuo a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático” (APA, 1994).

El Instituto de Desarrollo Psicológico (INDEPSI, 2009) cita a autores como Davidson y Foa (1993), Classen, Koopman y Spiegel (1993), Herman (1997), March (1993) y Spiegel y Cardena (1991), para definir el trauma como aquella situación, en la que un individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física; o bien, cuando se es testigo de un acontecimiento donde se producen muertes, heridos, o existe una amenaza para la vida de otras personas.

Echeburúa (2005) distinguió entre suceso traumático y trauma. Por suceso traumático, el autor entiende un acontecimiento negativo e intenso, que surge de forma brusca, resulta inesperado e incontrolable, y al poner en peligro la integridad física o psicológica de una persona -que se muestra incapaz de afrontarlo-, tiene consecuencias dramáticas para la víctima, especialmente de terror e indefensión. El trauma sería la reacción psicológica derivada de un suceso traumático.

Algunos/as autores/as han diferenciado distintas clases de traumas. La utilidad de la clasificación radica en que, cada tipo de trauma, presenta una clínica postraumática diferente y, como destaca Báguena (2001) esta ampliación de los estresores, ha conducido a su vez, a una ampliación de los colectivos vulnerables para desarrollar la sintomatología postraumática.

En la Tabla 33 se exponen los distintos tipos de traumas establecidos por INDEPSI (2009) que referencia a diferentes autores.

**Tabla 33. Distintos tipos de trauma (INDEPSI, 2009).**

TIPO DE TRAUMA	AUTOR/A	CARACTERÍSTICAS DEL EVENTO	CARACTERÍSTICAS SINTOMATOLÓGICAS
TIPO I	TERR (1999)	Evento puntual o acontecimiento traumático único, presenta un comienzo neto y un fin claro. Ejemplo: violación, la visión de un asesinato, incendios, catástrofes naturales, una agresión.	Predominan las conductas de evitación, hipervigilancia, percepciones erróneas del recuerdo y memoria clara y detallada del suceso. Coincide con el TEPT de la DSM-IV (APA, 1994).
TIPO II	TERR (1999)	Trauma interpersonal, prolongado y repetido durante años. Ejemplo: abuso sexual continuado a menores, maltrato a la esposa durante años.	Patología muy variada de tipo depresivo, fundamentalmente, con defensas como la negación, la represión y la disociación. Anestesia corporal, fenómenos de autohipnosis, sensación de rabia y tristeza acumuladas y cambios profundos y radicales en el carácter de la víctima. A veces el trauma se mantiene en secreto como si fuera un estigma para la víctima y continúa sin recibir ayuda.
TIPO III-MIXTO TIPO III (extremo)	TERR (1999)	Tras presentar un estrés agudo, brusco, repentino (equiparables a los del tipo I), éste desencadena una situación estresante mantenida (con características similares al tipo II).	Se asocia a los diagnósticos de TEPT complejo o el de TEPT extremo. Se presentan los pacientes con diagnósticos como esquizofrenia, trastorno límite de la personalidad, trastorno bipolar o trastorno de identidad disociativo. Múltiples somatizaciones -entre las que destaca el dolor de cabeza de origen desconocido-. La amnesia disociativa de estos pacientes con respecto a importantes sectores de su infancia es notable. Se asocia a depresión.
	SOLOMON Y HEIDE (1999)	La situación extrema es repetida y crónica, pero se produce desde temprana edad y con especial sadismo. Ejemplo: niños sometidos a constantes abusos físicos y sexuales, con empleo de fuerza, tortura, amenazas a sus seres queridos, ritos sectarios y otra crueldades.	
TIPO IV	JOSSE (2007)	Los hechos traumáticos están en el presente de las personas. Ejemplo: toma de rehenes en curso, hechos de guerra en directo o abuso sexual.	Sintomatología múltiple y variada de tipo ansioso principalmente.

Autores como Horowitz, Wilmer y Kaltreiner (1980), opinan que no hay una relación directamente proporcional entre el estresor y la respuesta del sujeto, lo que hace difícilmente predecible el tipo de sintomatología subsiguiente.

Echeburúa et al. (1999) determinaron que la reacción de la víctima está sujeta a las diferencias individuales. En el estudio de estos autores sobre perfiles diferenciales del TEPT en distintos tipos de víctimas, concluyeron que la reexperimentación es muy alta en víctimas de agresiones sexuales, de terrorismo y de maltrato. La evitación muy marcada en todas las categorías de pacientes (excepto en los accidentados, que es el sobresalto). La hiperactivación afecta a todas las víctimas. De esta forma estimaron que se pueden establecer perfiles diferenciales del TEPT, en función del tipo de estresor sufrido.

La reacción del individuo al trauma daría lugar a sintomatología postraumática, pero no siempre se produce el TEPT, incluso en sucesos traumáticos muy graves (McFarlane, 1990). Por tanto, el TEPT precisa de otras respuestas etiológicas independientes del propio estresor.

### 2.3.3.2. TEORÍAS EXPLICATIVAS BIOLÓGICAS.

La biología del TEPT es diferente de la biología del estrés. El TEPT es un proceso que ocurre cuando la situación de estrés deja de estar presente. Las bases biológicas tratan de explicar, las consecuencias a largo plazo de un fallo del organismo para recuperarse de una situación traumática, o las alteraciones que se producen en respuesta a recuerdos de sucesos que no están ocurriendo en tiempo real (Sáiz, González, Fernández y Calcedo, 2000).

Sáiz et al. (2000) y Goleman (1996) explicaron que en una situación normal, los estímulos detectados en el ambiente pasan a través del tálamo y son almacenados en la corteza o el hipocampo, mientras que la memoria emocional es almacenada en el sistema límbico, especialmente en la amígdala. La activación de ambos circuitos estimula al hipotálamo, y provoca una serie de respuestas endocrinas. Las salidas desde las estructuras subcorticales (tálamo, sistema límbico, etc.) son a su vez moduladas por la corteza, a través de mecanismos de retroalimentación negativa y supresión de la memoria emocional.

Tras la experiencia traumática hay una serie de cambios neuroquímicos y de estructuras funcionales del organismo. Existen evidencias que indican que la disregulación de determinados neurotransmisores (sistema glutamatérgico, noradrenérgico, serotoninérgico) y de determinados sistemas neuroendocrinos, provocan alteraciones estructurales y funcionales que se manifiestan como síntomas asociados a éstas, como *flashback* e hiperactivación (Nutt, 2000, citado en Sáiz et al., 2000).

La Tabla 34 está basada en Sáiz et al. (2000) y adaptada de Foa et al. (2003). En ella se exponen las alteraciones o anomalías psicobiológicas de los sistemas de neurotransmisión e inmunitario, así como los cambios estructurales del Sistema Nervioso Central (SNC), todo ello relacionado con los efectos o síntomas del TEPT.

A pesar de los numerosos estudios sobre las bases biológicas del TEPT, ninguno de ellos es concluyente. Es necesario el desarrollo de nuevos estudios con muestras más amplias y similar tecnología que permita comparaciones adecuadas.

**Tabla 34. Anomalías psicobiológicas posiblemente asociadas al TEPT (Sáiz et al., 2000, adaptado de Foa et al., 2003).**

<b>ANOMALÍA PSICBIOLÓGICA</b>	<b>POSIBLE EFECTO</b>	<b>APORTACIONES</b>
<b>SISTEMA DE NEUROTRANSMISIÓN</b>		
Disregulación glutamatérgica. (Sistema Glutamatérgico y Gabaérgico).	Disociación, deterioro del procesamiento de información/ recuerdos.	
Hiperreactividad adrenérgica. (Sistema Nervioso Simpático).	Hipervigilia, disociación, ira/agresión, pánico/ansiedad. Hiperactivación. Procesamiento anormal de información/ recuerdos. Reexperimentación, pesadillas.	Se ha comprobado la relación entre las catecolaminas y la memoria. El estado hipercatecolaminérgico puede facilitar recuerdos intrusivos.
Disregulación serotoninérgica. (Sistema Serotonérgico).	Embotamiento, reexperimentación, hipervigilia, respuesta al estrés mal modulada, irritabilidad, ira. Síntomas asociados.	La serotonina desempeña un papel fundamental en la regulación de la agresión, impulsividad y humor. Spivak et al. (1999) encontraron una disminución de la serotonina en el TEPT.
Retroalimentación negativa del eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal-corticoide. Niveles elevados de factor liberador de ACTH (corticotropina).	Intolerancia al estrés. Hipervigilia, reexperimentación, pánico/ansiedad. Deterioro cognitivo persistente.	
Disregulación de opioides. (Sistema Opiode).	Embotamiento emocional.	
Hiperactividad tiroidea. Eje Hipotálamo-Hipofisiario-Tiroideo.	Hipervigilia.	
Tetosterona. Incremento de la concentración sérica.	Depresión.	
Sensibilización/encendido.	Hipervigilia, reexperimentación.	
<b>SISTEMA INMUNITARIO</b>		
Alteraciones del Sistema Inmune (hipofunción del eje hipotálamo-hipofiso-suprarrenal).	Alteraciones/ Incremento de la activación linfocítica. Actividad del sistema inflamatorio. Ansiedad y sobresalto.	Hipercortisolismo inicial y a largo plazo. Existe una hipersecreción de Corticotropina (CRF), que se constata con descenso de valores basales de cortisol plasmático, e incremento de la retroalimentación negativa del eje hipotálamo-hipofiso-suprarrenal. La baja concentración de cortisol, se explica por la adaptación crónica del eje hipotálamo-hipofiso-suprarrenal. Maes et al. (1999, citados en Sáiz et al., 2000) evidenciaron la relación entre las citocinas proinflamatorias y los estresores, indicando el papel de las citocinas en el desarrollo de la ansiedad subsiguiente a sucesos traumáticos y respuestas de ansiedad generalizada.

ANOMALÍA PSICOBIOLOGICA	POSIBLE EFECTO	APORTACIONES
<b>CAMBIOS ESTRUCTURALES</b> Cambios estructurales en el SNC. Descenso del volumen hipocámpico.	Déficit cognitivo característico y persistente (dificultades de atención-concentración, distraibilidad y deterioro de la memoria de fijación).	La reducción del volumen hipocámpico puede ser consecuencia de la exposición a un acontecimiento traumático; o tratarse de una alteración previa que actúe como factor de riesgo. Stein, Koverola, Hanna, Torchia y McClarty (1997) y Malizia y Nutt (2000, citados en Sáiz et al., 2000), sugieren que los pacientes con TEPT de inicio en la edad adulta, tienden a presentar una disminución de su hipocampo derecho; mientras que, cuando se produce en la infancia tienen reducido el hipocampo izquierdo. Esta lateralización podría ser producto de un artefacto en la investigación, o podría deberse a otros mecanismos como una predisposición previa, o a diferencias existentes en las conexiones cerebrales de adultos y niños. Hay estudios que desmienten esta posibilidad de variación en el volumen del hipocampo en víctimas de TEPT (Pederson et al., 2004).
Vías cerebrales implicadas, incremento de flujo sanguíneo en cíngulo anterior, corteza orbitofrontal, ínsula anterior y temporal anterior. Decremento del flujo en la corteza frontal inferior izquierda. Descenso del flujo sanguíneo en la corteza media prefrontal (Bremner et al., 1999). Alteraciones de flujo sanguíneo en el Sistema Límbico y Paralímbico.	Alteraciones en el procesamiento y regulación emocional. Alteraciones de la capacidad de resiliencia. Alteraciones de la memoria.	Los estudios de Shin et al. (1997/1999) y Rauch et al. (1996), todos citados en Sáiz et al. (2000), mostraron que el decremento en la corteza frontal inferior izquierda era específico de los pacientes con TEPT y no se presentó en ninguna medida en los controles.

### 2.3.3.3. MODELOS EXPLICATIVOS PSICOLÓGICOS.

Existen diversos modelos teóricos que se han planteado para explicar el TEPT. Desde la perspectiva psicodinámica, los aspectos puramente conductuales, los cognitivos, hasta la integración de teorías psico-biológicas. En este apartado se van a exponer tres de los modelos más clásicos y el mecanismo de enfermedad. En el apartado correspondiente al TEPT en relación a la violencia sexual, se exponen otras teorías, también de aplicación en la etiología del TEPT en general.

- **TEORÍAS PSICODINÁMICAS:** Freud (discípulo de Charcot) explicaba en su doctrina la sintomatología neurótica, como desencadenada a partir de conflictos en el inconsciente. Esto era aplicable tanto a la denominada neurosis postraumática, como a otros trastornos de ansiedad. Freud terminó desarrollando dos modelos de neurosis traumática (Calcedo, 2000). El primero es la situación insoportable y el segundo es el impulso inaceptable, en el que los síntomas se originan en la movilización de los mecanismos de defensa.

A lo largo de la obra de Freud se aprecia la existencia de una evolución sobre su manera de entender el trauma psíquico: hasta 1887, se trata de una experiencia real precoz de naturaleza sexual y/o agresiva; hasta 1920, la esencia del fenómeno traumático es el desdoblamiento y fractura del *yo*, porque el exceso de angustia supera sus recursos adaptativos; a partir de 1926, destaca la importancia de la pérdida de objeto en la génesis del dolor psíquico, con lo que la realidad traumática va a acontecer en el mundo interno del paciente (Mingote, 2000). Freud consideró que la compulsión de repetir conductas de estos pacientes se debía al mecanismo de represión.

Después de Freud, la investigación psicoanalítica avanza entre el reconocimiento de la importancia de la fantasía inconsciente, y el reconocimiento de la importancia de la realidad traumática. Así, para Ferenczi (INDEPSI, 2009), la violencia de la conmoción sexual prematura produce una violación psíquica, el asesinato del alma, que produce fragmentación y parálisis del *yo*, con la existencia de una parte dañada y destructiva, y otra parte omnipotente, con la que la persona afectada va a poder asumir los roles de cuidador de otros -como forma distorsionada de mensaje en el que se expresa su necesidad de ayuda y sus dificultades para tolerar la dependencia de otra persona-. En los casos más graves, la *fragmentación yoica* se manifiesta por el predominio de síntomas negativos y de tipo paranoide y en actuaciones autodestructivas (Dupont, 1998, citado en Mingote, 2000).

Calcedo (2000) expone que la influencia del pensamiento psicoanalítico, ha sido una de las dificultades para la aceptación del TEPT, y que lo que acontece en la infancia del individuo no influye en el desarrollo de una neurosis traumática, salvo que haya existido un acontecimiento traumático en sí mismo.

●**MODELO DE HOROWITZ:** este autor ha estudiado con profundidad las formas normales y patológicas de reaccionar al estrés desde una aproximación cognitiva. Para él existe un fenómeno común en los síndromes de respuesta al estrés: la recurrencia con carácter intrusivo de imágenes, ideas y sentimientos de una experiencia traumática previa, que se presentarían a nivel fenomenológico como ilusiones, alucinaciones, pesadillas, *flashback*, distorsiones de la imagen corporal, etc. (Horowitz et al., 1979, citados en Mingote, 2000).

La teoría creada por Horowitz en 1986 se centró en explicar los síntomas postraumáticos en términos de procesamiento cognitivo de la información traumática, enfatizando el impacto del trauma sobre las creencias acerca de sí mismo, el mundo y el futuro, haciendo énfasis en que la recuperación implica el

cambio cognitivo (Pérez, 2008). Para explicar el proceso normal de elaboración de una experiencia traumática, Horowitz et al. (1980) sostienen que tras el acontecimiento de un suceso altamente estresante, existe de forma espontánea una tendencia a la conclusión; de tal modo que, el individuo tras pasar por fases en que existen fenómenos de negación e intrusividad, realiza una elaboración completa sin ayuda externa de la experiencia traumática. En las respuestas patológicas al estrés, la intrusividad bloquea el proceso de elaboración, apareciendo otros síntomas de carácter psicossomático, modificaciones a nivel de personalidad, etc. Según expone Pérez (2008), es el modelo que ha sido más ampliamente desarrollado y que ha logrado explicar de la forma más coherente, los factores implicados en el desarrollo y mantenimiento del TEPT; si bien no explica por qué unos individuos desarrollan el TEPT y otros no, ni tampoco el TEPT de inicio demorado.

● **MODELO INTEGRADOR DE KARDINER:** Kardiner (1959, citado en Mingote, 2000), en 1941 durante la Segunda Guerra Mundial, escribió *The Traumatic Neurosis of War*, donde trazó los síntomas asociados al estrés postraumático incluida la amnesia. El planteamiento del trastorno por parte de Kardiner (Hales et al., 1996; Mingote, 2000), fue la existencia de una fisioneurosis, explicable por disfunciones biológicas -hiperactividad del sistema noradrenérgico y disfunción del sistema de opiáceos endógeno-, secundarias a la vivencia traumática. Este autor defendió la existencia de una interacción entre los procesos psicológicos y biológicos, e identificó cinco características fundamentales en el trastorno:

1. Persistencia de la respuesta de alarma.
2. Fijación en el suceso traumático<sup>13</sup>.
3. Vida atípica o deterioro de la calidad de vida del paciente por pérdida de sus recursos adaptativos<sup>14</sup>.
4. Propensión a las reacciones explosivas en situaciones de bajo estrés.
5. Limitación del nivel general de funcionamiento de la personalidad.

El modelo de Kardiner, ha sido el precursor de los modelos psicobiológicos actuales del TEPT (Hales et al.1996).

---

<sup>13</sup>Kardiner describió cómo estos pacientes se sentían fijados al acontecimiento traumático que habían sufrido, por lo que tenían una concepción alterada de la relación de sí mismos respecto al mundo.

<sup>14</sup>Destacando como alteración principal los mecanismos que regulan el grado de alerta de la conciencia (Calcedo, 2000).

●**MECANISMOS DE LA ENFERMEDAD.** Calcedo (2000) expone los siguientes mecanismos en el TEPT:

●Fijación del trauma, debido al fracaso de cicatrización del propio organismo, que no ha sido capaz de integrar el recuerdo del acontecimiento traumático en su memoria, por lo que continúa presente en la vida psíquica del individuo.

●Intrusiones, intensas emociones somatosensoriales que aparecen cuando la víctima está en estado de alerta o expuesta a situaciones que le recuerdan al trauma. A una persona que sufra más de un acontecimiento traumático en su vida, le puede ocurrir que el acontecimiento más reciente, desencadene síntomas intrusos del suceso más antiguo.

●Reexposición compulsiva al trauma. La víctima tiende a buscar situaciones que le sitúan en contextos, que le recuerdan la experiencia traumática vivida.

●Evitación y embotamiento. Por la huida del recuerdo del trauma, se produce un embotamiento y evitación de la situación de recuerdos.

●Incapacidad para modular el grado de alerta. El/la enfermo/a tiende a un estado de hipervigilancia crónico y se siente incapaz de controlar la respuesta.

●Capacidad de procesar información alterada debido al miedo permanente y la evitación de la intrusión del trauma, que conlleva grave dificultad para adaptarse al medio. Se afecta la percepción y la verbalización del acontecimiento. Esto último al parecer se debe al bloqueo de estructuras cerebrales relacionadas con el lenguaje, concretamente el área de Broca.

●Cambios permanentes en la personalidad, con cuestionamientos sobre el mundo exterior.

Los modelos teóricos propuestos para explicar el TEPT, se han mostrado insuficientes para dar cuenta por sí mismos de la gran complejidad de este cuadro clínico. De hecho, el estudio del trauma y sus consecuencias, abarca procesos variados y complejos que hasta hoy han sido pobremente comprendidos (Cazabat, 2006). Además de las teorías referidas, existen otros modelos psicológicos explicativos del TEPT, que se exponen en el apartado relativo al TEPT en violencia sexual.

De acuerdo con el Consenso de FEPSM (2007), podemos concluir que la etiopatogenia del TEPT es psicológica, biológica y social.

## 2.4. EL TEPT EN VIOLENCIA SEXUAL.

*“¡Lucrecia, esta noche tengo que gozarte,  
si tú te niegas, la fuerza me abrirá el camino,  
porque en tu lecho me propongo destruirte,  
para matarte vida y honra al mismo tiempo...!”  
(W. Shakespeare).*

*“Los mantos y las pieles les quitan los de Carrión,  
con sólo las camisas desnudas quedan las dos,  
los malos traidores llevan zapatos con espolón,  
las cinchas de sus caballos ásperas y fuertes son.  
Cuando esto vieron las damas, así hablaba doña Sol:  
don Diego y don Fernando, os rogamos por Dios,  
cortadnos las cabezas, mártires seremos nos”.  
(Anónimo, Poema del Mío Cid).*

La violencia sexual, tanto en la edad adulta como en la infancia, marca profundamente a la víctima y es considerada un estresor de primer orden para el desarrollo del TEPT (M. Lorente y J. A. Lorente, 1998). Desde que comenzaron a estudiarse los llamados “delitos sexuales”, se observó que las víctimas presentaban un cuadro clínico con una sintomatología que se aproximaba a lo que después sería establecido como TEPT (Manero y Villamil, s.f.). Si bien las consecuencias psicológicas de la violencia sexual no son uniformes en todas las personas, ya que están afectadas por diversas variables, que atenderemos más adelante cuando estudiemos los factores moduladores, tanto para el desarrollo del TEPT como para su recuperación.

### 2.4.1. TEORÍAS EXPLICATIVAS.

La compleja etiología del TEPT y su aplicación a los casos de violencia sexual, exigen modelos capaces de explicar, por una parte, los aspectos nucleares del síndrome (reexperimentación, evitación y aumento de la activación) y la influencia de determinados factores; y por otra, la dimensión temporal, tanto del TEPT agudo, como del crónico (Alonso, 2007). En la Tabla 35 se hace un recorrido por los diferentes modelos teóricos del TEPT, desde los más clásicos (como los modelos de aprendizaje), hasta los modelos cognitivos, con uno o más niveles de representación (éstos últimos, se desarrollan posteriormente).

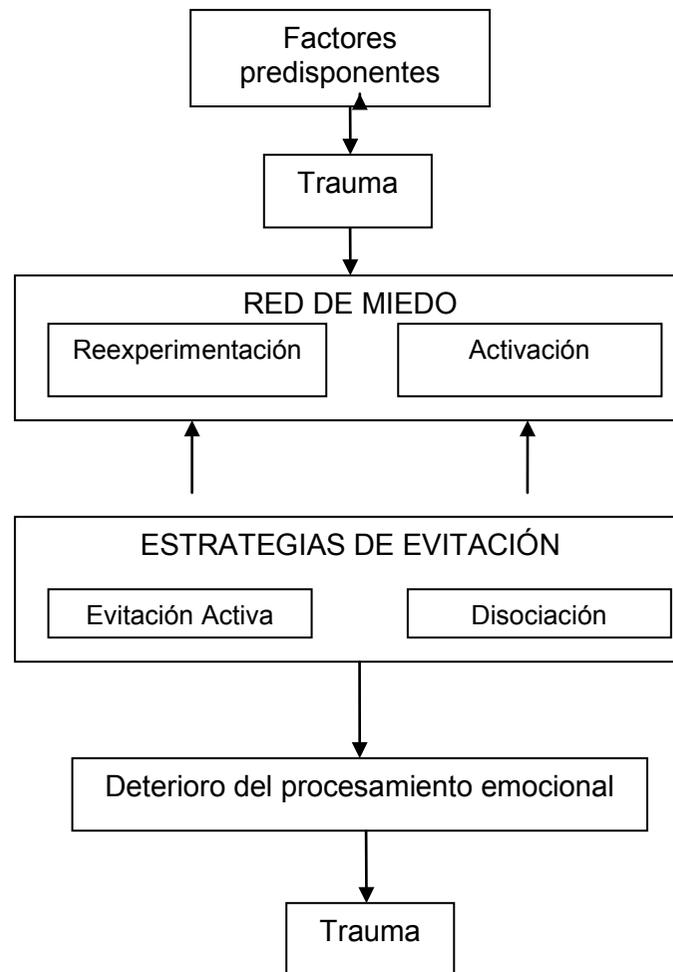
**Tabla 35. Modelos de TEPT.**

MODELO	DESCRIPCIÓN	APORTACIONES
CONDICIONAMIENTO CLÁSICO	<p><b>MODELOS DE APRENDIZAJE</b>                      (Bobes, Bousoño et al., 2000; Calcedo, 2000; Echeburúa et al., 1999). Se trata de las teorías más tradicionales basadas en los planteamientos estímulo-respuesta. Aunando las teorías del aprendizaje, podemos decir, que el miedo y la ansiedad se adquieren por condicionamiento clásico y se mantienen por condicionamiento operante. El suceso traumático (violencia sexual) provoca en la víctima respuesta de temor y ansiedad. Los estímulos neutros presentes durante el suceso traumático y otros estímulos cognitivos, como la narración, evocan en ella respuestas de terror y ansiedad, se evita el recuerdo y como resultado se reduce la ansiedad. De este modo la evitación del recuerdo del trauma se refuerza negativamente, por lo que no se extingue la asociación entre trauma y ansiedad (Mowrer, 1960, citado en Echeburúa et al., 1995).</p>	<p>Explica el desarrollo de síntomas de activación y malestar psicológico. Explica la evitación. No explica el desarrollo y mantenimiento de los síntomas de reexperimentación.</p>
CONDICIONAMIENTO OPERANTE		
PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	<p><b>MODELO COGNITIVO, único nivel de representación.</b>                      Resick y Schnicke (1992, citados en Rincón, 2003), postularon que las emociones postraumáticas no se limitan al temor, sino que incluyen una amplia gama de de reacciones primarias (tristeza, cólera) y secundarias (culpa y vergüenza). El impacto del trauma actúa sobre el sistema de creencias de la persona, y en el reajuste necesario para conciliar el suceso traumático con creencias y expectativas previas (Foa et al., 2003). La nueva información, que es congruente con las creencias previas sobre uno mismo y sobre el mundo, se asimila sin esfuerzo, ya que encaja con los esquemas de la persona. Pero cuando tales esquemas no se ajustan a los sucesos, la persona tiene que reconciliar éstos con sus creencias sobre sí mismo y el mundo. Sin embargo, tal proceso se evita a menudo debido a la fuerte conmoción que genera el trauma, de manera que la víctima en vez de acomodar sus creencias para incorporar el trauma, suelen distorsionar éste con el fin de mantener intactas sus creencias.</p>	<p>Explica las tres constelaciones de síntomas: reexperimentación, evitación y aumento de la activación y la cronificación de los síntomas, la predictibilidad y el control del trauma. No explican las estructuras de significados y modelos del mundo, ni por qué son diferentes las reacciones al trauma según la persona y unas desarrollan el TEPT y otras no.</p>
PROCESAMIENTO EMOCIONAL	<p><b>MODELO COGNITIVO, único nivel de representación.</b>                      En esta teoría Foa y Kozack, 1986 y Foa, Steketee y Rohbaum, 1989 (citados en Alonso, 2007; Echeburúa et al., 1995); Foa, Zinbarg y Rothbaum, 1992 (citados en Rincón, 2003; Alonso, 2007), propusieron la existencia de una red de miedo en la memoria a largo plazo que contiene tres elementos:                      - Información estimular sobre el suceso traumático.                      - Información sobre la reacción al evento traumático: cognitiva, conductual y fisiológica.                      - Información que asocia a las dos anteriores entre sí.                      Cualquier estímulo asociado al trauma o percepción de amenaza, activa la red de miedo lo que hace que la información contenida en la red entre en la conciencia, constituyendo los síntomas intrusivos. Los intentos por suprimir y evitar la activación de la red conducen a los síntomas de evitación. De esta forma, se favorece la cronificación de los síntomas.</p>	<p>Explica las tres constelaciones de síntomas: reexperimentación, evitación y aumento de la activación y la cronificación de los síntomas, la predictibilidad y el control del trauma. No explican las estructuras de significados y modelos del mundo, ni por qué son diferentes las reacciones al trauma según la persona y unas desarrollan el TEPT y otras no.</p>

## Introducción teórica

MODELO	DESCRIPCIÓN	APORTACIONES
BRYANT Y HARVEY (2000, citados en Alonso, 2007; Rincón, 2003).	<b>MODELO COGNITIVO, único nivel de representación.</b> Los autores consideraron una serie de factores predisponentes que van a influir en la respuesta, como son los antecedentes psiquiátricos, estilo atribucional inestable o alto nivel de activación. La situación traumática da lugar a una red de miedo, con síntomas de reexperimentación y activación. Se ponen en marcha estrategias inadecuadas (evitación de estímulos, disociación, distanciamiento emocional), que impiden la activación de la red de miedo. Estas estrategias impiden el procesamiento adecuado del evento traumático. El nivel elevado de excitación durante la fase de estrés agudo, contribuye a la activación de la red de miedo. Las estrategias para afrontar el estrés agudo van a ser determinantes en el desarrollo del TEPT (Figura 6).	Incluye la dimensión temporal en la reacción traumática. Explica el TEPT agudo como el crónico y contempla el papel de los factores predisponentes.
SPAARS DE DALGLEISH (Dagleish y Power, 1995, 1999; citados en Alonso, 2007; Rincón, 2003).	<b>MODELO COGNITIVO, multirrepresentacional.</b> Este modelo consideró las emociones como herramientas empleadas para afrontar acontecimientos traumáticos, o como procesos adaptativos que reorganizan el sistema cognitivo y son responsables de los cambios producidos en éste (Figura 7).	Los modelos cognitivos multirrepresentacionales son los más influyentes para explicar la sintomatología del TEPT (Alonso, 2007).
EHLER Y CLARK (2000, citados en Alonso, 2007).	<b>MODELO COGNITIVO, multirrepresentacional.</b> Esta teoría plantea que hay una relación recíproca entre la naturaleza de la memoria, y la evaluación del trauma y sus consecuencias (Figura 8).	Explican coherentemente los tres grupos de síntomas, tienen en cuenta las diferencias individuales en la reacción, contemplan la influencia de factores previos o posteriores al trauma y ofrecen indicaciones concretas para el tratamiento (Alonso).
REPRESENTACION DUAL Brewin, Dagleish y Joseph (1996, citados en Alonso, 2007; Rincón, 2003).	<b>MODELO COGNITIVO, multirrepresentacional.</b> Introduce conceptos neurobiológicos. Esta teoría se desarrolla más ampliamente en un párrafo posterior de este trabajo (Figura 9).	

**Figura 6. Procesamiento cognitivo de estímulos relevantes que preceden un trauma, Bryant y Harvey (2000, tomado de Alonso, 2007).**



A continuación se exponen las teorías multirrepresentacionales:

**Teoría de los Sistemas Representacionales Esquemático, Proposicional, Asociativo y Analógico (SPAARS).** Esta teoría de Dalgleish y Power (1995, 1999; citados en Rincón, 2003; Alonso, 2007) plantean que las emociones son las responsables de los cambios cognitivos. Muestra un modelo multirrepresentacional (cuatro niveles de representación), en el que se especifican dos rutas de generación de emociones.

1.El nivel de *Representación Analógica*, almacena la información de los acontecimientos internos o externos de imágenes visuales, olfativas, auditivas, gustativas y propioceptivas.

2.El nivel de *Representación Proposicional*, contiene información verbal que representa creencias, ideas, objetos y conceptos y las relaciones entre ellos. Este nivel es semejante a la memoria verbalmente accesible de la Teoría de la Representación Dual de Brewin et al. (1996, citados en Alonso, 2007; Rincón, 2003).

3.El nivel de *Representación de Modelos Esquemáticos*, corresponde a una representación de alto orden, situada por encima de las anteriores, que provee al individuo de su sentido de sí mismo, de la realidad y de su significado. Además guarda relación con la jerarquía de metas del individuo, que se utilizan para planear la acción, mantener el sentido de sí mismo y de conexión con la realidad. Este nivel representa el conocimiento abstracto.

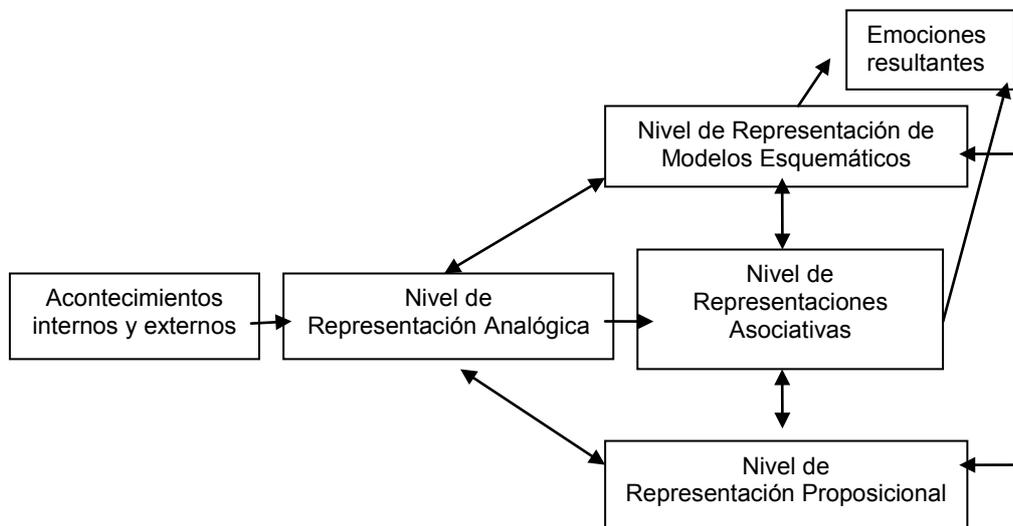
4.El nivel de *Representaciones Asociativas*, es el responsable de la generación de las emociones automáticas, que no requieren acceso al nivel de representación de modelos esquemáticos. Se trata de la asociación de acontecimientos y emociones, que se han dado de manera repetida. Es similar a las redes de miedo.

Los autores plantean dos rutas de generación de emociones, que se exponen en la Figura 7:

1.La *Ruta Controlada*, de la que son responsables los primeros tres niveles de representación.

2.La *Ruta Automática*, de la que es responsable el cuarto nivel.

**FIGURA 7. Arquitectura básica de la teoría SPAARS (Dagleish y Power, 1999, adaptado de Alonso, 2007).**



Desde este modelo, los autores han propuesto una explicación a la sintomatología del TEPT (Alonso, 2007).

La información de un acontecimiento traumático, será evaluada por el nivel de modelos esquemáticos (significados, creencias y valoraciones del mundo y de uno mismo), como señal amenazante que produce miedo intenso. Esta valoración y la naturaleza amenazante de la información traumática, ocasiona que el individuo experimente

reactivación constante del módulo de miedo, lo que se traduce en los síntomas de reexperimentación.

Los síntomas de evitación se deben a que el individuo desarrolla un gran número de mecanismos protectores, para lidiar con los fenómenos intrusivos. Tiende a evitar cualquier recuerdo del trauma, trata de no hablar de lo sucedido y de no pensar en ello. Así mismo, reduce el número de interacciones sociales, en un intento de minimizar los posibles estímulos evocadores del acontecimiento traumático.

Los síntomas de aumento de activación derivan de dos factores:

- 1.El módulo de miedo está activándose continuamente, lo que hace que la persona se encuentre en un estado de alarma y sobresalto permanente.
- 2.La mayoría de los recursos cognitivos disponibles están siendo utilizados, para valorar la información no integrada, por lo que no se utilizan en la mediación de otras emociones (cólera o irritación). De ahí la presencia de explosiones de ira.

Las diferencias individuales en la reacción a un trauma, se deben a la diversidad en los modelos esquemáticos, de sí mismo y del mundo. Tales modelos no son rígidos ni inflexibles, ya que son el producto de una historia de aprendizaje.

La mayoría de las personas posee modelos del mundo como un lugar razonablemente seguro, en el que hay una alta concordancia entre lo que el individuo hace y las consecuencias que obtiene. En muchos casos, el individuo experimentará un período inicial de reacciones postraumáticas, que se suelen superar en semanas o meses. A veces, requerirá para ello de la ayuda de redes sociales o de terapia, pero de cualquier manera, será poco probable que desarrolle TEPT crónico.

En contraste, los individuos que poseen un modelo esquemático supervalorado, en el que el mundo es un lugar absolutamente seguro y ellos son totalmente invulnerables (modelo que además es rígido e inflexible), tenderán a desarrollar TEPT crónico. La causa es la dificultad para integrar la experiencia real, tan dispar con su modelo y la dificultad de cambiar éste dada su rigidez.

**Modelo Cognitivo de Ehlers y Clark (2000).** Ehlers y Clark (2000, citados en Alonso, 2007) señalaron que, cuando los individuos con TEPT recuerdan el suceso traumático, su recuerdo está sesgado por la evaluación que hacen del mismo, y no por los aspectos propios del suceso. También que las estrategias disfuncionales, que el sujeto pone en marcha para controlar la percepción de amenaza, y las reacciones emocionales -por ejemplo, esforzarse por evitar los recuerdos traumáticos, conductas de seguridad frente a la percepción de amenaza, etc.-, mantendrían el TEPT al impedir los cambios en la

evaluación negativa del suceso y de sus consecuencias, y en la elaboración de la memoria traumática.

El modelo de Ehlers y Clark (2000, citados en Alonso, 2007) se representa en la Figura 8. Según los autores, hay dos procesos fundamentales, que dan lugar a la sensación de amenaza continua y favorecen la persistencia del TEPT:

1. Naturaleza de la memoria del trauma y su integración con otras memorias autobiográficas. La inadecuada elaboración e integración de la memoria traumática, en el contexto espacio temporal en el que ocurre el suceso, junto con el sistema de creencias previo. Esta inadecuación explicaría la dificultad en el recuerdo intencional, y en la narración del material traumático, así como, su reexperimentación involuntaria ante estímulos y situaciones asociados al trauma. Las fuertes asociaciones estímulo-estímulo y estímulo-respuesta emocional en la memoria traumática, hacen que la reexperimentación del suceso y las respuestas emocionales ante estímulos relacionados con el trauma, sean altamente probables.

2. Evaluación negativa del trauma y sus consecuencias. Aquellos individuos que, a partir de la exposición a un suceso traumático, generalizan la peligrosidad de esta experiencia a situaciones normales, exageran la probabilidad de ocurrencia de futuros acontecimientos negativos. Sienten una pérdida total de la autonomía psicológica -lo que Ehlers y Clark (2000, citados en Alonso, 2007), denominaron *fracaso mental*, y que hace referencia a la sensación del sujeto de incapacidad para influir en su futuro-; y/o desarrollan cogniciones del tipo "las cosas malas me suceden a mí o yo tengo la culpa de la ocurrencia del suceso". Tendrían más probabilidad de interpretar el trauma, como una corroboración de la visión negativa de sí mismos -por ejemplo, que son incapaces de enfrentar el estrés, que no son personas respetables o que están permanentemente perjudicadas por el trauma-. Así mismo, se fomentaría una percepción de amenaza constante, respuestas de miedo y conductas de evitación, que mantendrían la sobregeneralización del miedo.

Estos dos procesos, según Ehlers y Clark (2000, citados en Alonso, 2007), están a su vez influenciados por:

1. Factores como las características del trauma, la duración e incontrolabilidad del mismo, la presencia de síntomas de disociación, las estrategias de afrontamiento movilizadas durante el trauma, un nivel alto de activación y miedo, las experiencias previas, el sistema de creencias y determinadas

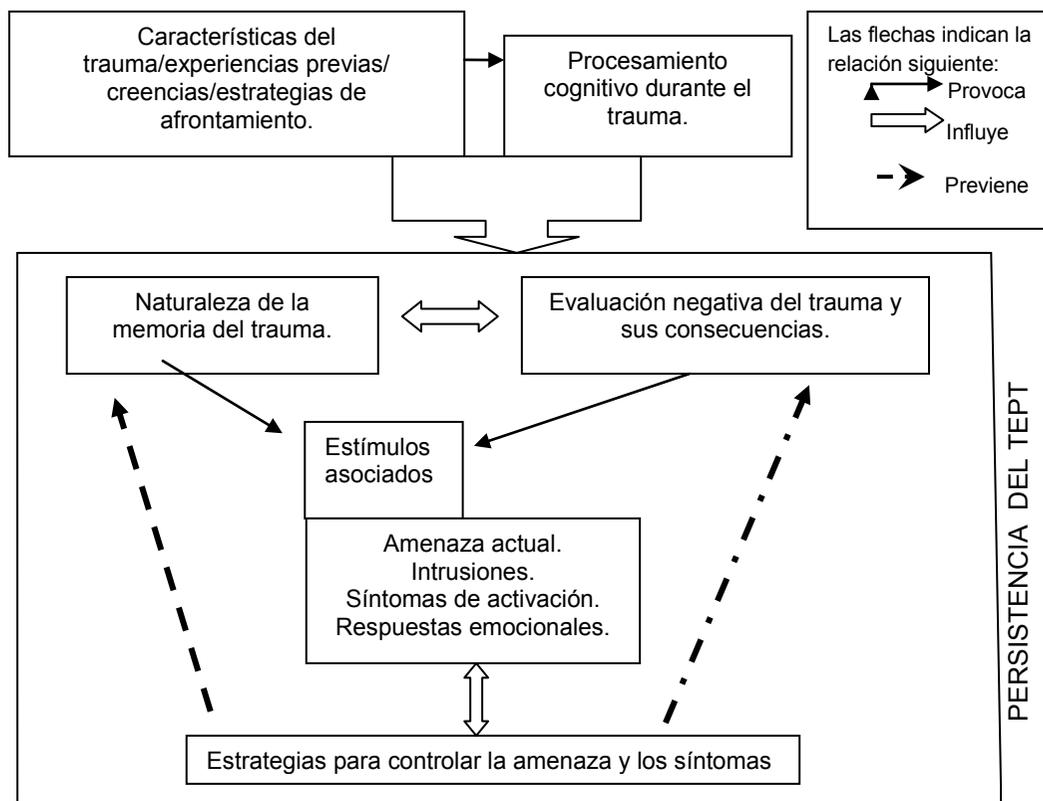
características del sujeto (como un bajo nivel intelectual, así como problemas de abuso de alcohol).

2.El procesamiento cognitivo durante el trauma, que a su vez según estos autores, puede ser de dos tipos:

- Procesamiento conceptual (procesamiento organizado y contextualizado del significado del trauma), que permite un análisis claro de la información traumática; así como, la recuperación intencional de la misma y su integración con la memoria autobiográfica.

- Procesamiento predominantemente sensorial, que daría lugar a un análisis desorganizado y sobrecargado de impresiones sensoriales, que dificultaría el recuerdo intencional de la información traumática, pero que sería activado ante estímulos asociados al trauma.

**Figura 8. Modelo cognitivo del TEPT de Ehlers y Clark (2000, adaptada de Alonso, 2007).**



Este modelo ofrece dos explicaciones del TEPT de comienzo demorado. El comienzo demorado ocurre cuando, el sujeto es nuevamente expuesto a un suceso que aumenta el significado amenazante del trauma original o sus consecuencias; o bien cuando algunos estímulos asociados de manera particularmente potente al trauma, se presentan algún tiempo después.

**Teoría de la Representación Dual de Brewin, Dalgleish y Joseph, 1996.** Esta teoría, esbozada por Brewin en 1989 y desarrollada por Brewin et al. (1996, citados en Rincón 2003; Alonso, 2007), plantea que, la experiencia de un evento traumático, único o repetido, se representará en la memoria de manera dual a través de dos niveles de representaciones: conocimiento verbalmente accesible y conocimiento situacionalmente accesible.

El conocimiento verbalmente accesible, corresponde al primer nivel de representación. Está constituido por la experiencia consciente del trauma, y puede en principio, ser deliberadamente recuperada. Tras el suceso traumático, los recuerdos están dominados por la información relacionada con la percepción consciente de los aspectos sensoriales y las reacciones corporales, así como por un intento de asignar significado a la experiencia, en términos de constructos y categorías verbales. A medida que pasa el tiempo, se van perdiendo detalles y creando recuerdos más genéricos (que abarcan el hecho de haber experimentado el suceso); alguna información sobre las características sensoriales de la situación; las reacciones emocionales y fisiológicas experimentadas y el significado percibido del evento. Estas memorias pueden ser altamente selectivas, debido a que la ansiedad experimentada durante el suceso, aumenta la selectividad atencional y disminuye la capacidad de la memoria a corto plazo.

El conocimiento situacionalmente accesible, corresponde al segundo nivel de representación, constituido por el procesamiento inconsciente o automático de la situación traumática. A éste se puede acceder de manera directa cuando la persona está en un contexto, ya sea interno o externo, en que las características físicas o el significado es similar al de la situación traumática. Los aspectos sensoriales, fisiológicos o motores del suceso, están representados en estas memorias en forma de códigos analógicos, que permiten que la experiencia original sea recreada. Estos códigos serían parte de una representación que contiene:

1. Información estimular.
2. Información de significado, derivada de un aprendizaje asociativo anterior o incluso de lo innato.
3. Información sobre el estado de conciencia de la persona en la situación traumática.

Los *flashback* pueden ser considerados el resultado de la activación de la memoria situacionalmente accesible; mientras que la capacidad de la persona para narrar la experiencia traumática, puede estar en función de la disponibilidad de la memoria verbalmente accesible (Brewin et al., 1996, citados en Alonso, 2007; Rincón, 2003).

Ambas representaciones, la verbal y la situacionalmente accesible, son codificadas en paralelo en el momento del trauma. Con

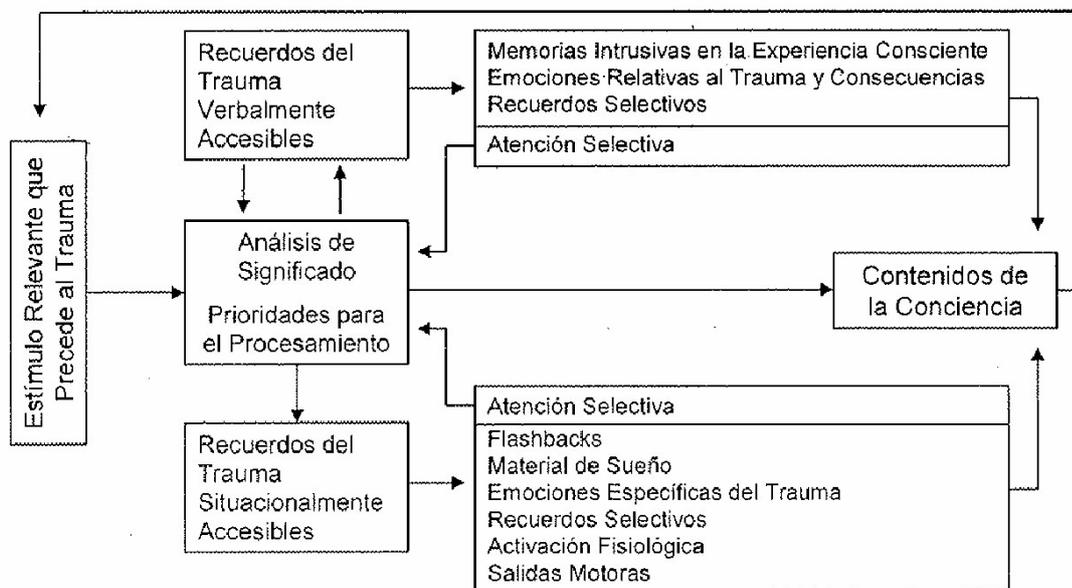
posterioridad a éste, se puede producir una transferencia de información, desde la memoria situacionalmente accesible a la verbalmente accesible, lo que conllevaría la superación de los *flashback* mediante su reprocesamiento, y la construcción de las correspondientes memorias autobiográficas (Alonso, 2007).

En el caso del TEPT, se produce un fallo en la transferencia referida, motivado entre otros factores, por la presencia de una marcada evitación de los estímulos evocadores del trauma y de la imposibilidad de procesamiento de los *flashback* (Brewin, 2001, citado en Alonso, 2007; Rincón, 2003).

Para explicar el procesamiento de las situaciones traumáticas, los autores recurrieron al funcionamiento diferenciado de las estructuras neuronales implicadas en situaciones de estrés, específicamente del hipocampo y la amígdala. El hipocampo en situaciones de carga emocional, inhibe su funcionamiento e impide el almacenamiento de la información -lo que justificaría las lagunas en la memoria autobiográfica del trauma-. Por el contrario, en períodos de emoción intensa y en ausencia de procesamiento de información por parte del hipocampo, se incrementa la probabilidad de activación de la amígdala, con la consiguiente formación de recuerdos situacionalmente accesibles, de fuertes respuestas condicionadas y de *flashback* (Alonso, 2007).

Según Alonso (2007), las experiencias traumáticas que han sido almacenadas, deberán ser elaboradas o procesadas emocionalmente tanto por la memoria verbal, como por la memoria situacionalmente accesible. Para la intervención propuso, en primer lugar, la necesidad de los individuos de integrar conscientemente la información verbalmente accesible (con sus creencias preexistentes y sus modelos del mundo); para lograr reducir los efectos secundarios negativos generados por las implicaciones del trauma, reafirmando el control percibido, reatribuyendo responsabilidad al hecho traumático y consiguiendo hacer juicios apropiados sobre sí y el mundo. En segundo lugar, la necesidad de activar la información de la memoria situacionalmente accesible -a través de la exposición a las claves relativas al evento traumático-, para lograr prevenir la reactivación automática y continua del conocimiento situacionalmente accesible del trauma.

**Figura 9. Procesamiento cognitivo de estímulos relevantes que preceden un trauma (Brewin et al., 1996, tomada de Rincón, 2003).**



La teoría de la Representación Dual es la más avanzada y completa, al incluir conceptos neurobiológicos en la explicación del procesamiento del trauma.

A pesar de las aportaciones de los diferentes modelos, éstos no llegan a explicar totalmente ni la etiología ni la constelación de síntomas del TEPT.

#### 2.4.2. SINTOMATOLOGÍA DEL TEPT EN VIOLENCIA SEXUAL.

Hay un acuerdo general de los diferentes autores estudiosos del tema, en considerar que, la violencia sexual es un importante estresor capaz de producir el TEPT. En el trabajo realizado por FEPSM (2007), los psiquiatras españoles consensuaron que la violación, junto con el trauma ocurrido a un hijo, son los estresores de mayor riesgo para desarrollar un TEPT en las mujeres; e incidieron en la consideración de la violencia sexual como uno de los estresores más característicos, causantes del TEPT.

La violencia sexual es percibida por la mayoría de las víctimas como una amenaza para la propia vida o integridad, por lo que cumpliría el criterio A de la DSM.-IV-TR (APA, 2002) para el TEPT. Esta consideración ha sido apoyada por numerosos autores como Alario, 1993; Barea, s.f.; Barudy, 1998; Bass y Davis, 1995; Blanco, 2004b; Brownmiller, 1981; Cobo, 1998; Corral de et al., 1998; Craig, 2008; Delgado, 1994, 1996; Durrant y White, 1993; Echeburúa, 2005; Echeburúa et al., 1989; Echeburúa et al., 1995; Esbec, 1994; FEPSM 2007; Foa et al., 2003; Galiana, 1996; Kelly y Regan, 2001; M. Lorente y J. A. Lorente, 1998; Lovett et al., 2004; Muruaga, 2006; OMS, 1992;

A. Sepúlveda, 2000, 2003, 2006a; A. Sepúlveda et al., 2002; Soria y Hernández (1994).

En el estudio realizado por Kilpatrick y Veronen en 1983 (citados en Echeburúa et al., 1995), se preguntó a las mujeres sobre su estado emocional y psicológico durante la agresión sexual, siendo más frecuente el miedo, terror, confusión e indefensión. Las mujeres entrevistadas vivieron la violación como un suceso amenazante, que suscitaba un miedo intenso, profundo terror y sensación de desesperanza.

Las agresiones y abusos sexuales son causadas por el ser humano, por lo que la percepción de incontrolabilidad para la víctima es mayor que en otros hechos de tipo accidental. Ello influye tanto en el desarrollo del TEPT, como en que éste sea más grave y duradero (Echeburúa y de Corral, 1995). En las víctimas de agresiones sexuales, la percepción de amenaza es el predictor más importante del cuadro clínico, más que la amenaza misma (Foa et al., 1989, citados en Alonso, 2007; Echeburúa, de Corral y Amor, 2003).

Los síntomas consecuentes de la victimización sexual se caracterizan por la reexperimentación del trauma, la evitación de estímulos asociados con el suceso, una falta de respuesta general y un aumento de la activación, lo que se relaciona con los criterios B, C y D de la DSM.-IV-TR (APA, 2002) para el TEPT (Delgado, 1996; Echeburúa et al., 1995).

Echeburúa et al. (1999, 2003) indicaron que, de los núcleos sintomatológicos, la **reexperimentación** es el síntoma principal en las agresiones sexuales. Dentro de esta categoría, un elevado porcentaje de víctimas (88%) sufren recuerdos intrusivos y recurrentes, relacionados con la agresión sexual, incluso tres años después de la violación (Kilpatrick y Veronen, 1983, citados en Echeburúa et al., 1995). Los *flashback* son frecuentes, sobre todo en el periodo inmediatamente posterior a la violación. La víctima tiende a revivir intensamente el suceso, a veces durante la actividad sexual puede sentir como si su pareja fuera el agresor (Soria y Hernández, 1994).

Según Moreno (2002) todo lo que recuerde el trauma sufrido, de forma directa o por asociación de ideas, puede desencadenar un estado de ansiedad intensa (por ejemplo, pasar por una calle que recuerda al lugar donde sufrió la violación). El malestar psicológico que experimentan las víctimas al exponerse a estímulos, que le recuerdan al hecho traumático, en aquellas situaciones en las cuales la mujer se ve sometida a reconocimientos médicos para la averiguación del delito, denuncia, comparecencias judiciales, etc., ha sido descrito por A. Sepúlveda et al. (2002) y P. Sepúlveda (2002a). La víctima revive intensamente el suceso, y la angustia que se deriva de ello, puede dar lugar a la retirada de la denuncia o al abandono del proceso judicial.

Las vivencias también resurgen con intensidad, ante la citación a juicio o la posibilidad de coincidir con el agresor en los tribunales, por lo que aparece un cuadro de ansiedad con palpitations y agitación.

El malestar psicológico intenso ante determinadas situaciones, sensaciones o sentimientos que recuerdan la violación, llevan a la mujer a realizar conductas de **evitación** (Kilpatrick y Veronen, 1983, citados en Echeburúa et al., 1995).

Las fobias son alteraciones muy frecuentes en las víctimas de TEPT por causa de agresiones sexuales (Echeburúa, 2005). Con frecuencia, las víctimas de una violación temen salir solas. Las situaciones, actividades o personas que recuerdan al suceso, tienden a ser evitadas de forma sistemática, y la víctima intenta no pensar ni hablar sobre el acontecimiento traumático (Hales et al., 1996; Moreno, 2002).

Las conductas de evitación pueden dar lugar a que la mujer reduzca de forma importante, actividades que antes eran habituales, con restricción o retirada de su vida social y de su actividad sexual. A ello, se une la sensación de extrañeza ante los demás y el aislamiento (Burgess y Holmstrom, 1974, 1979; Rose, 1986; citados en Delgado, 1994; Kilpatrick et al., 1992). La falta de confianza en un mundo justo refuerza la extrañeza y el aislamiento (Soria y Hernández, 1994).

Los síntomas de desapego se ponen de manifiesto con la pareja o ante nuevas posibilidades de relaciones. Otras veces, las víctimas continúan con las mismas actividades sociales, pero no las disfrutan como antes del suceso (Burgess y Holmstrom, 1974, 1979; Rose, 1986; citados en Delgado, 1994). Pueden sentir que su vida ya no tiene sentido (Moreno, 2002). Además, es relativamente frecuente que las víctimas rompan sus relaciones tras haber sufrido la violación (Millán et al., 2008; A. Sepúlveda et al., 2002; P. Sepúlveda, 2002a).

A. Sepúlveda et al. (2002) indicaron que la reiteración de los abusos sexuales como hecho crónico, aumenta la sensación de indefensión.

Los síntomas de **hiperactivación** han aparecido en los diversos estudios de víctimas de violación. Kilpatrick (citado en Echeburúa et al., 1995) afirmó que el aumento de la activación psicológica, sugiere que el individuo está en constante estado de lucha o huida, similar al que experimentó durante la agresión (FEPSM, 2007). Este estado de alerta permanente produce un gran desgaste en la víctima, escrutando el ambiente a la búsqueda de señales de peligro (hipervigilancia) e incluso, buscando obsesivamente soluciones a problemas magnificados o inexistentes, que vivencia como amenazas reales (P. Sepúlveda, 2009).

Dentro de los problemas relacionados con el sueño, las víctimas de violación padecen más frecuentemente insomnio y sueños intranquilos. No sucede así con los abusos sexuales continuados, donde son más frecuentes las pesadillas (Echeburúa et al., 2003). Ellis (1981, citado en Delgado, 1994), al realizar un estudio sobre las alteraciones de sueño en 27 mujeres, que habían sido violadas en el año anterior a la evaluación, obtuvo el resultado de que todas ellas presentaban pesadillas e insomnio.

El estado de hipervigilancia crónico hace que la víctima se sienta incapaz de controlar la respuesta. Ante los estímulos irrelevantes la respuesta somática es muy intensa, lo cual provoca una generalización de la sensación de miedo (Calcedo, 2000). La ansiedad está muy presente en la vida cotidiana, así como los sobresaltos y a veces la irritabilidad (Moreno, 2002).

Otro tipo de violencia de género, como el maltrato, presenta características similares a la violencia sexual. La depresión y la ansiedad son similares en ambos casos, pero la inadaptación a la vida cotidiana es mayor en las víctimas de maltrato, posiblemente por la indefensión producida por el carácter crónico de la situación (Rincón, 2003). En esta línea, Alonso (2007) en su muestra sobre mujeres maltratadas, concluyó que la categoría con mayor frecuencia es la hiperactivación, siendo los síntomas más prevalentes en su estudio, la dificultad de concentración y los problemas de sueño. La reexperimentación presenta con mayor frecuencia malestar fisiológico y psicológico, ante estímulos relacionados con el trauma; mientras que los *flashback* son los síntomas menos frecuentes. La categoría de evitación es la que muestra menor frecuencia, siendo el síntoma menos prevalente de todos. Los síntomas más frecuentes de esta categoría fueron en su estudio, la sensación de futuro desolador y la apatía, y el menos prevalente de todos, la evitación de lugares, actividades o personas que recuerdan al trauma.

La mayor parte de los estudios de sintomatología del TEPT en víctimas de violación, coinciden en afirmar que el impacto del suceso provoca una sensación generalizada de malestar y conductas desorganizadas, cuya **duración es mayor de un mes** (FEPSM, 2007). En una muestra aleatoria de 4.008 mujeres en EE. UU., se encontró que el TEPT completo no había remitido transcurridos los tres primeros meses en el 32% de las víctimas de violación, y en el 31% de otras víctimas de abusos sexuales (Resnick, Kilpatrick, Dansky, Saunders y Best, 1993, citados en FEPSM, 2007).

El trastorno puede ser grave y duradero, habiéndose comprobado que el TEPT se da tanto en las víctimas de violación recientes, como en las no recientes. De hecho, las víctimas recientes de agresiones sexuales presentaban una tasa de prevalencia de TEPT del 79,6%, mientras que las víctimas no recientes presentaban una

prevalencia del 61,1% (Echeburúa et al., 2002, 2004b).

Echeburúa et al. (1995) y Echeburúa et al. (2003) afirmaron que el TEPT completo se produce, con mayor frecuencia, en los tres primeros meses siguientes a la violación. Se reduce casi a la mitad, transcurrido este período, si bien, la sintomatología no remite espontáneamente con el paso del tiempo. Estos autores sostienen que las víctimas no recientes de violencia sexual, a pesar de presentar el cuadro clínico completo con menos frecuencia que las recientes, siguen sufriendo el trastorno o al menos un subsíndrome de éste.

Algunos autores, como Kilpatrick y Veronen (1983, citados en Echeburúa et al., 1995) consideraron que **la cronificación** del TEPT es más característica, que el comienzo diferido (seis meses después del hecho traumático); y que éste no es aplicable en los casos de violencia sexual. En las víctimas no recientes (como en el caso de ASI), sucede que el malestar no es consultado por la víctima, o no es diagnosticado por un profesional, hasta que la mujer llega a la edad adulta. Esto refuerza el hecho de la cantidad de mujeres que acuden a los servicios de salud mental por otros problemas, aunque afirman haberse sentido mal desde que sufrieron los abusos.

La **comorbilidad** del TEPT en los casos de violencia sexual, muestra que el 80% de las víctimas experimentan de forma continuada depresión, ansiedad o abuso/dependencia de sustancias químicas. La tasa de dependencia al alcohol en mujeres con TEPT se sitúa alrededor del 28% y de adicción a otras sustancias en el 27% (Foa et al., 2003).

Muruaga (2006) afirmó que, aunque la mayoría de las víctimas de agresiones sexuales (70%) padece un TEPT, el resto de las víctimas también suelen sufrir numerosos problemas psicológicos como ansiedad, fobias, problemas sexuales, enfermedades ginecológicas, etc.

Otros investigadores han encontrado que el TEPT es un predictor independiente de la tentativa de suicidio (Pereyra, 2009).

### 2.4.2.1. EL ABUSO SEXUAL EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA COMO POSIBLE DETONANTE DEL TEPT.

*“Y ¿ese grito?  
¿No es el grito de la inocencia asesinada?  
Y ¿quién es el asesino?  
¡Oh, el hombre, el hombre!!”  
(L. Felipe).*

*“...me parece indudable que nuestros hijos se hallan más expuestos a ataques sexuales de lo que la escasa previsión de los padres hace suponer...”  
(S. Freud).*

La hipótesis del abuso sexual como generador de trauma, dentro del desarrollo evolutivo del niño o la niña, ha adquirido peso específico durante los últimos años. Coinciden diversos autores en que el ASI, puede considerarse un estresor detonante de TEPT (Kendall-Tackett, Williams y Finkelhor, 1993, citados en Garbarino y Eckenrode, 1999; Foa et al., 2003).

La posibilidad de que el TEPT lo sufrieran los niños, se consideró a partir de 1987, en la DSM-III-TR. En la CIE-10 (OMS, 1992) no se hace mención al TEPT en la infancia. La DSM-IV-TR (APA, 2002) no hace referencia concreta a la sintomatología correspondiente a los criterios diagnósticos C, D, E y F en la edad infantil. Por tanto, hay que ser particularmente cuidadoso a la hora de establecer el inicio de la sintomatología en niños y adolescentes, y comprobar la duración y el malestar clínico; a fin de distinguir si se ha demorado el inicio del cuadro o si lo que se ha demorado, en realidad, es el reconocimiento del trastorno.

El ASI como posible detonante del TEPT, encuentra explicación en los modelos reseñados anteriormente, si bien las características del cuadro clínico (aunque guardan relación con la sintomatología de los adultos), presenta otros aspectos específicos, que se corresponden con las tipologías de estresores en la infancia, descritas en 1999 por Terr como Tipo I, Tipo II y Tipo III o mixto, y en 2007 por Josse, como Tipo IV (INDEPSI, 2009). El TEPT, en opinión de López (1999), se produce por la sexualización traumática, la pérdida de confianza en las relaciones humanas (máxime si el abuso ha sido perpetrado por una persona cercana al menor afectivamente), la estigmatización y el sentimiento de impotencia y desesperanza. El autor puso de manifiesto que, en los casos de ASI, aparecen los síntomas característicos del trastorno.

En menores, el TEPT presenta una clínica muy polimorfa. Caballero, Mojarro y Rodríguez-Sacristán (1995), señalaron como síntomas postraumáticos, los trastornos del comportamiento, - agresividad-oposicionismo, inhibición conductual- y los trastornos del sueño, con terrores nocturnos o insomnio en la primera mitad del sueño.

Echeburúa (2005) también puso de manifiesto la variabilidad de los síntomas postraumáticos producidos por ASI, con ampliación de rasgos patológicos preexistentes y síntomas psicósomáticos (miedo, sobresaltos y merma en la autoestima).

La sintomatología más característica mostrada en menores, según Ramos, González y Ballesteros (2000), consiste en la reexperimentación del suceso a través de pensamientos y sueños desagradables de carácter invasor, mientras que los *flashback* son menos frecuentes; ante el recuerdo estresante, los síntomas vegetativos que se observan con más frecuencia son náuseas, vómitos, taquicardias y sensación de mareo. A veces la repetición de sueños y temores, hace que los/as niños/as, no quieran dormir solos. Las conductas de evitación hacen que, la víctima intente eludir todo aquello que desencadene el malestar asociado al suceso traumático, por lo que el/la menor, elabora estrategias cognoscitivas y comportamentales evitativas, que afectan a otras áreas de su desarrollo. Encontramos aquí regresiones en capacidades adquiridas como el lenguaje, el control de esfínteres y la conducta. El aumento de la activación es responsable de los trastornos del sueño, dificultad para contraerlo, sonambulismo y terrores nocturnos, irritabilidad, estado de alerta, dificultades de atención y concentración, respuestas de sobresaltos, rabietas y agresividad.

A pesar del polimorfismo clínico, SENAME (2004) afirmó que más del 50% de los/as menores víctimas de ASI, cumplen parcial o totalmente los criterios del TEPT. Pereda (2006) observó que, los estudiantes víctimas de ASI, presentaban mayores puntuaciones en todas las escalas de sintomatología postraumática, que los estudiantes de otras experiencias estresantes; siendo más significativa la elevación en la evitación de estímulos asociados con la experiencia traumática, en el malestar en los ámbitos social, laboral u otras áreas importantes de su vida, a causa de los síntomas y en la duración de la sintomatología. Según esta autora, la experiencia de ASI es cuantitativamente distinta a la de otros acontecimientos traumáticos, al presentar un malestar significativamente mayor; pero cualitativamente similar, porque las variables implicadas en la experiencias de ASI y de otros sucesos traumáticos, mantienen las mismas relaciones. En su investigación, Pereda destacó que, el sentimiento de culpa aparece vinculado a la experiencia traumática e incide sobre el malestar psicológico, a través de la vivencia de sintomatología postraumática, explicando el 31,7% de esta sintomatología.

McLeer et al. (1998, citados en Rincón et al., 2010) señalaron, que, en un grupo de menores estudiados en un periodo cercano al descubrimiento del ASI (entre uno y dos meses), y diagnosticados de TEPT, el 65% presentaban uno o más síntomas de reexperimentación, el 43,7% tres o más conductas de evitación y el 57,5%, dos o más síntomas de hiperactivación autonómica.

Rincón et al. (2010) en una muestra de 75 niños/as víctimas de ASI, con una edad media de 12,5 años (25,3% varones y 74,7% mujeres), encontraron que la prevalencia del TEPT era de un 21,3%, mientras que el 16% mostraba sintomatología correspondiente al subsíndrome de TEPT. El restante 62,7% de la muestra presentaba ausencia de TEPT.

Los síntomas más frecuentes observados en este estudio fueron: malestar psicológico intenso al recordar algún aspecto relacionado con el abuso (38,7%); evitar pensar, sentir o hablar acerca del suceso (36%); irritabilidad e insomnio (34,6%), y respuestas de sobresalto exageradas (ambos presentes en un 30%). Los autores concluyeron que el TEPT en víctimas de ASI, desarrollaban con más frecuencia sintomatología de la categoría de aumento de la activación, que de los otros dos grupos sintomáticos (reexperimentación y evitación). Además, afirmaron que un tercio de los/as niños/as y adolescentes sexualmente abusados en muestra clínica, presentaba estrés postraumático, y que el subsíndrome de TEPT era un paso previo o alternativo al desarrollo de TEPT.

Cohen, Mannarino y Deblinger (2006) destacaron los trastornos del sueño (interrupciones en el sueño, el más frecuente, en un 56%), la evitación de estímulos que recordaban al trauma y los síntomas disociativos.

En relación a la comorbilidad Ackerman, Newton, McPherson, Jones y Dykman (1998), señalaron que un tercio de una muestra de menores maltratados físicamente, abusados sexualmente o víctimas de ambos tipos de maltrato, presentaban TEPT asociado con trastornos afectivos -como el trastorno bipolar, el trastorno de ansiedad por separación, fobias, distimia o depresión mayor, trastorno límite de personalidad-, en adolescentes y, trastorno de déficit de atención/hiperactividad en niños/as más pequeños/as. Los síntomas depresivos, derivados de la culpa o la vergüenza (Echeburúa, 2005; Cohen et al., 2006) inciden en las tentativas suicidas. Pereyra (2009) estudió una muestra de casi 1.700 jóvenes -de una edad media de 21 años-, con el fin de evaluar la incidencia de experiencias traumáticas y desarrollo de TEPT, encontrando que hasta un 20% de los intentos de suicidio en los jóvenes, eran atribuibles al abuso sexual durante la infancia.

Algunos autores han diferenciado la clínica según el tipo de estresor, siguiendo la tipología de Terr. Desde este punto de vista, Ramos et al. (2000), señalan que en el estresor Tipo I (abuso o violación sexual repentina y no repetitiva), la sintomatología postraumática en menores se manifiesta por hipervigilancia, conductas de evitación y percepciones erróneas del recuerdo. En el Tipo II (abuso sexual continuado), existe ansiedad anticipatoria, se ponen en marcha mecanismos como la negación, la represión y la disociación,

determinando un cambio profundo y radical en el carácter de la víctima y predominando los síntomas depresivos.

Pedreira (2003) aseguró que en los casos de estrés agudo Tipo I (violación), los síntomas más frecuentes eran el miedo, el mutismo y los trastornos del control de esfínteres; mientras que, en los estresores crónicos Tipo II (abuso sexual continuado, maltrato intrafamiliar), había una mayor frecuencia de tristeza y apatía, conductas oposicionistas y agresividad. El autor observó el predominio de los síntomas derivados de la activación fisiológica, los trastornos del sueño, del comportamiento (irritabilidad, ataques de ira) y de las emociones.

Chu, Frey, Ganzel y Mathews (1999, citados en Pereda, 2006), mostraron que el ASI antes de los cinco años y de mayor reiteración (Terr II), daba lugar a mayores síntomas de amnesia y disociativos, que cuando el abuso es después de los cinco años y es ocasional o menos reiterado.

Las manifestaciones clínicas en menores varían, en función del tiempo transcurrido desde que tuvo lugar el acontecimiento traumático, y del momento evolutivo de la víctima. Echeburúa y de Corral (2006) señalaron que los niños y niñas en etapa preescolar, al contar con un limitado repertorio de recursos psicológicos, pueden mostrar estrategias de negación de lo ocurrido; más adelante, en la etapa escolar, son más frecuentes los sentimientos de culpa y vergüenza ante el suceso. En esta etapa escolar, los problemas de rendimiento académico se relacionan con trastornos de memoria, unido al retroceso o estancamiento en la capacidad de aprendizaje y atención (March y Amaya-Jackson, 1994, citados en Ramos et al., 2000).

En la adolescencia pueden existir grandes cambios en el comportamiento, tales como huidas del hogar, consumo de sustancias, búsqueda de sensaciones, autoexposición al riesgo (Echeburúa, 2005; Echeburúa y de Corral, 1998), aislamiento social, frustración, agresividad hacia las personas adultas, rebeldía y competitividad (Rubin y Bloch, 2003). También destaca en esta etapa (aunque no se descartan en la niñez), los comportamientos autolesivos y las tentativas suicidas (Cohen et al., 2006; Orozco et al., 2008). También pueden aparecer dificultades académicas, ira e irritabilidad, disfunciones en el *locus* de control, cambios en la propia imagen de sí mismo/a y del mundo (Cohen et al., 2006).

A medida que los/as adolescentes van creciendo y evolucionando, los síntomas del TEPT se asemejan a los de las personas adultas (Arata, 2002; Cloitre, 2004).

En mujeres adultas víctimas de ASI, se ha observado una constelación de síntomas correspondiente al TEPT (Durrant y White, 1993; Eadie, Runtz y Spencer-Rodgers, 2008), como hipervigilancia,

recuerdos intrusivos dolorosos, pensamientos aterradores y pesadillas, (Cohen et al., 2006), problemas respiratorios, gastrointestinales, músculo-esqueléticos, neurológicos y ginecológicos (Bromberg y Johnson, 2001), y un mayor y precoz consumo de sustancias estupefacientes (Raghavan y Kingston, 2006).

### 2.4.3. FACTORES MODULADORES DEL TEPT EN VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL.

*“Más que el brillo de la victoria  
nos conmueve la entereza ante la adversidad”.*  
(O. Paz).

*“¿Quién habla de victorias?,  
sobreponerse es todo”.*  
(R. M. Rilke).

*“El infortunio depende menos de los males que sufrimos,  
que de la imaginación con que los padecemos”.*  
(J. Meléndez).

Se ha comprobado en diferentes estudios, que un mismo estresor impacta de distinta manera a las víctimas, dependiendo de la presencia o ausencia de una serie de variables o elementos que, ante las situaciones de estrés, interactúan de forma moderadora o mediadora<sup>15</sup> y se conectan de modo complejo.

Las orientaciones más actuales han relacionado estas variables con los conceptos de factores de riesgo y factores de protección<sup>16</sup>, así como con resiliencia<sup>17</sup> y vulnerabilidad<sup>18</sup>. Los factores de riesgo y protección no son acontecimientos estáticos ni permanentes, se trata de polos opuestos de una misma variable, cuya presencia o ausencia puede tener efectos positivos o negativos, según el momento en que actúen sobre el individuo (Pereda, 2006).

Wolfe, Gentile y Wolfe (1989, citados en Echeburúa y Guerricaechevarría 1999, 2000; Pereda, 2006), facilitaron un modelo que describía los síntomas del TEPT en menores víctimas de ASI. Este

---

<sup>15</sup>Aunque los conceptos mediador y moderador se usan de forma indistinta, son diferentes. La función mediadora es anterior al acontecimiento estresante y hace referencia a características preexistentes en el individuo (anteriores a la exposición al estresor); la función moderadora es posterior al suceso (Pereda, 2006).

<sup>16</sup>Jessor, Van der Bos, Banderín, Costa y Turbin (1995); Kazdin, Kraemer, Kessler, Kupfer y Oxford (1979); todos citados en Pereda (2006), entienden por **factor de riesgo**: la exposición a determinadas circunstancias, que se asocian a un incremento de probabilidad (riesgo) de obtener resultados negativos o indeseables, en una medida superior al nivel esperado en la población general (no expuesta), que pueden comprometer la salud, el bienestar y el adecuado desarrollo de la persona. Por otra parte, Jessor et al. (1995) y Rutter (1990), citados en Pereda (2006), consideran **factores de protección**: aquéllos que actúan amortiguando o inhibiendo el impacto de los acontecimientos que producen riesgo, de manera que éstos pueden manejarse o controlarse con mayor facilidad.

<sup>17</sup>La resiliencia o resistencia al estrés, designa la capacidad de un individuo para hacer frente a una determinada situación en la que logra una adaptación exitosa e incluso da lugar a un crecimiento psicológico (Lemos, 1996, citado en Pereda, 2006).

<sup>18</sup>La vulnerabilidad de un individuo, se refiere a la intensificación de la reacción adaptativa frente a un factor de riesgo, cuando no se desarrollan mecanismos de protección (Rutter, 1990, citado en Pereda, 2006).

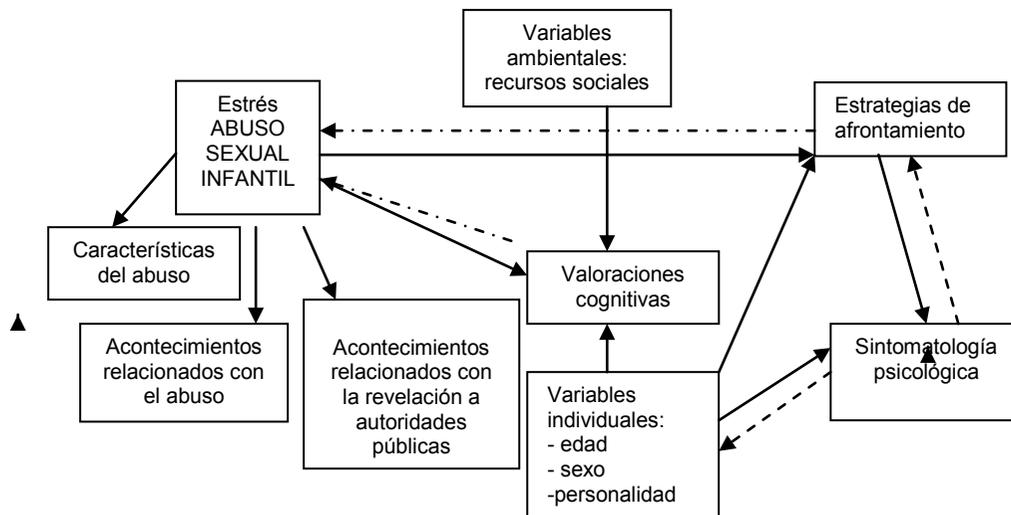
modelo relacionaba las diferencias individuales con tres variables mediadoras: la severidad del abuso, la percepción del apoyo social y el estilo atributivo del individuo. Finkelhor (1990, citado en Finkelhor, 1999a), consideró la limitación de este modelo, en el sentido de que no se incluían todos los posibles efectos del ASI como la culpa, los problemas relacionados con la sexualidad y el impacto según las diferentes fases del desarrollo evolutivo.

La existencia de las variables que modulan el impacto del ASI, fue descrita por Spaccarelli (1994, citado en Moreno, 2006; Pereda, 2006), que propuso un modelo según el cual (Figura 10), el ASI es un estresor que produce un efecto psicológico, cuya intensidad depende de las transacciones de la víctima con su entorno. Según el autor, el ASI como acontecimiento estresante, puede conducir a la vivencia de otros acontecimientos estresantes relacionados. El riesgo de psicopatología aumenta por el estrés total, en el que influyen las siguientes variables:

- Características del hecho abusivo: frecuencia y duración; uso de coerción física o verbal; estigmatización ocasionada para mantener el secreto; conocimiento por parte de la víctima de que su relación con el agresor es inadecuada y desaprobada socialmente; pérdida de confianza al ser un conocido el abusador (más marcada si se trata de figuras parentales).
- Acontecimientos relacionados con el abuso: disfunción familiar ocasionada por la revelación o descubrimiento del abuso; separación o divorcio de los progenitores a consecuencia de la revelación; pérdida de contactos sociales (aislamiento de la víctima como estrategia usada por el agresor o para rehuir la posibilidad del abuso), y reacción negativa del confidente tras la revelación.
- Revelación del abuso y proceso judicial posterior.

El modelo plantea que las valoraciones cognitivas negativas (como la culpa), y el uso de estrategias de afrontamiento inadecuadas (pensamiento ilusorio, evitación cognitiva), son variables mediadoras entre la experiencia de ASI y el posterior desarrollo de sintomatología psicológica. Las valoraciones cognitivas y las estrategias de afrontamiento, se ven afectadas por la experiencia de ASI, pero a su vez influyen en el estrés que esta experiencia supone para la víctima.

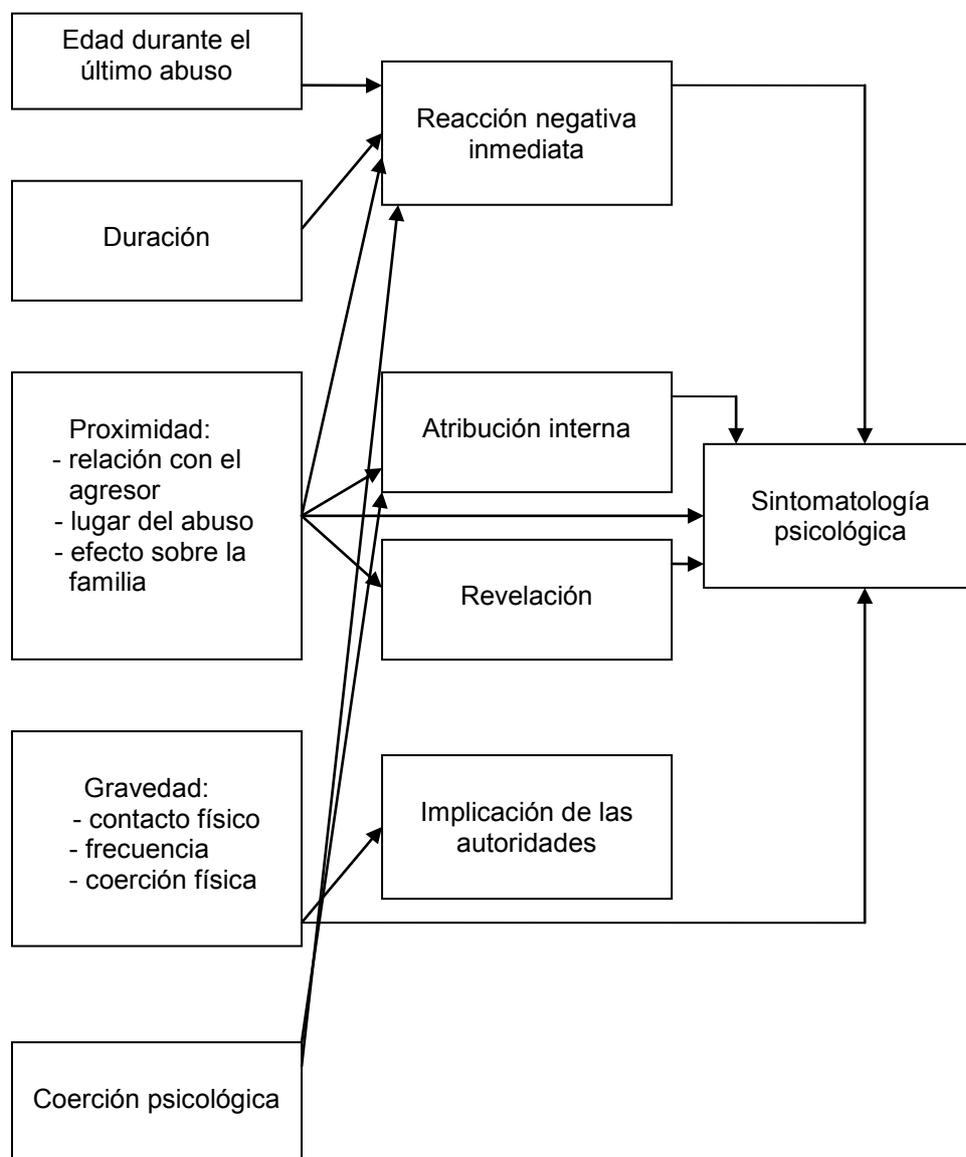
**Figura 10. Modelo transaccional (Spaccarelli, 1994, tomado de Pereda, 2006).**



Para el ASI, Pereda (2006) propuso un modelo según el cual, el sentimiento de culpa se relacionaba estrechamente con la experiencia traumática, y a la vez con el desarrollo de la sintomatología. Según la autora, el sentimiento de culpa derivado de la experiencia de un acontecimiento traumático, actúa como variable medidora, aumentando el impacto de esta experiencia en el estado psicológico del individuo. En cambio, otra variable como la percepción de apoyo social, incide de forma directa en la sintomatología.

El efecto directo y mediador, de una serie de variables en el funcionamiento psicológico de las víctimas adultas de ASI, fue analizado por Wyatt y Newcomb (1990, citados en Coffey, Leitenberg, Henning, Turner y Bennett, 1999; Pereda, 2006) como se muestra en la Figura 11. Estos autores establecieron que las variables relacionadas con la gravedad del abuso (contacto físico, frecuencia y coerción física), y con la proximidad (relación con el agresor, lugar del abuso y efecto sobre la familia), tienen un efecto directo sobre el malestar psicológico de las víctimas; mientras que, el impacto de las variables relacionadas con la edad de la víctima durante el abuso, duración del abuso y coerción psicológica, están mediadas por la reacción negativa de la víctima y por las atribuciones internas del abuso. La proximidad del abuso y la relación víctima-abusador, así mismo, se encuentran relacionadas con la revelación del ASI, de tal forma que el abuso por parte de familiares reduce significativamente la probabilidad de revelación (con las consecuencias que ello conlleva). Los autores encontraron que, la implicación de las autoridades, no tenía una influencia directa sobre la sintomatología (Pereda, 2006).

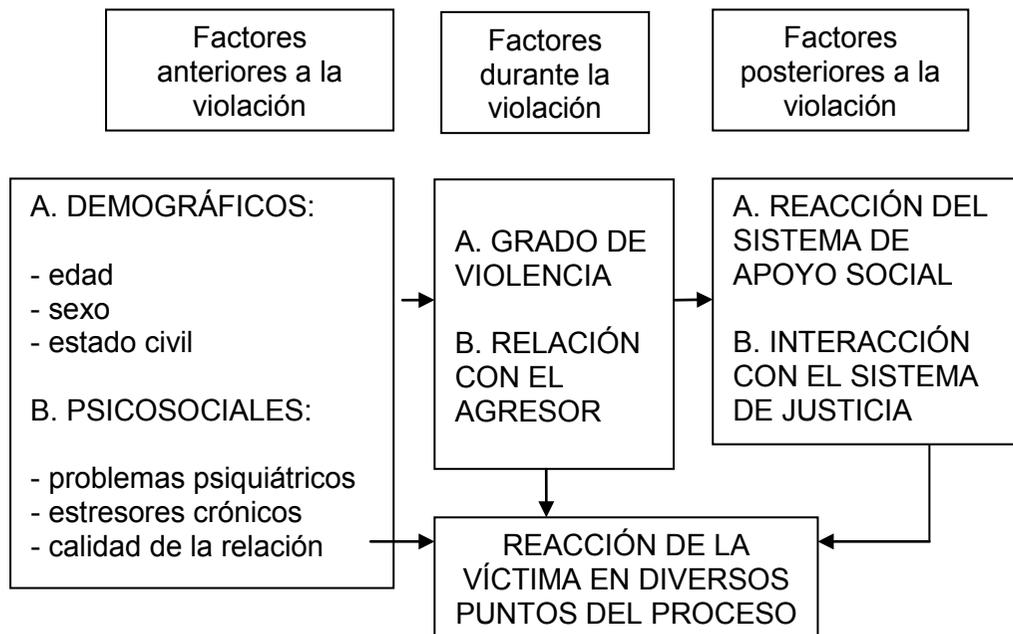
Figura 11. Modelo de Wyatt y Newcomb (1990, tomado de Pereda, 2006).



Echeburúa et al. (1995), en base al *Modelo de Factores Relevantes en la Recuperación de la Víctima* de Sales, Baum y Shore (1984), esquematizaron las variables moduladoras<sup>19</sup> del TEPT, en factores que influyen en la reacción de la víctima -según sean anteriores, concomitantes o posteriores a la violación (Figura 12)-.

<sup>19</sup> Entendidas como variables moderadoras y mediadoras.

**Figura 12. Variables moduladoras del TEPT (Echeburúa et al., 1995).**



En relación al ASI, Echeburúa y de Corral (2006) señalaron que, el impacto emocional en la víctima está modulado por cuatro variables: a) el perfil individual de la víctima (edad, estabilidad psicológica y contexto familiar); b) las características del acto abusivo (frecuencia, severidad, existencia de violencia o amenazas, cronicidad); c) la relación existente con el abusador; d) la consecuencias asociadas a la revelación del abuso.

Diversos autores como Coffey et al., 1999; Chaffin, Wherry y Dykman, 1997; Craig, 2008; Delgado, 1994, 1996; Echeburúa et al., 1995, 1999, 2003; Esbec, 1994; FEPSM, 2007; Foa et al., 2003; Galiana, 1996; Galiana y de Marianas, 1998; Garza de la y Díaz, 1997; Kelly y Regan, 2001; López, 1999; M. Lorente y J. A. Lorente, 1998; Marcos et al., 2010; Moreno, 2002; Muruaga, 2006; Pedreira, 2003; Paúl de et al., 1995; Pereda, 2006, 2009; A. Sepúlveda et al., 2002; A. Sepúlveda, 2000, 2003, 2006a; P. Sepúlveda, 2002a, 2002b, 2009; Soria y Hernández, 1994, han estudiado las variables moderadoras y mediadoras, que influyen en la respuesta psicológica a la violencia sexual; agrupándolas en factores relativos a la víctima, a los hechos o abuso y a las consecuencias del suceso. Este esquema es el que vamos a seguir a continuación.

#### **2.4.3.1. FACTORES ANTERIORES A LA VIOLENCIA SEXUAL.**

Pereda (2006) agrupa los factores en: características psicobiológicas (edad, sexo, genotipo, funcionamiento cerebral de

respuesta al estrés); diferencias individuales (autoestima, culpa, estrategias de afrontamiento); características del entorno (apoyo familiar), y del contexto social de la víctima (credibilidad percibida).

La **edad de la víctima en el momento de la agresión** es una de las variables predictoras del ajuste posterior. Las mujeres más adultas, presentan peor pronóstico de adaptación al trauma que las niñas e incluso las más jóvenes (Thornille y Thornille, 1990, citados en Echeburúa et al., 1995). Otros estudios sitúan más vulnerabilidad en el rango de edad entre los 27 y los 36 años (Wyatt y Newcomb, 1990, citados en Pereda, 2006). McCahill (1979, citado en Echeburúa et al., 1995), consideró que las mujeres adultas a partir de los 55 años, son más vulnerables al impacto psicológico, porque las víctimas menores son menos conscientes de los aspectos sexuales de la agresión; mientras que las víctimas adultas, por el contrario, entienden las implicaciones de dicha agresión sexual, en términos de amenaza a sus vidas y a su propia seguridad e intimidación. Galiana y de Marianas (1998) consideraron que cuanto menor es la edad de la víctima, mayor es la cantidad de impacto psíquico producido por la agresión. Estas autoras sitúan el período de la adolescencia entre los 13 y 21 años, como la edad que tiene mayor significación.

Coinciden diversos autores que la vivencia de un acontecimiento en un inadecuado periodo de desarrollo del individuo, reduce la posibilidad de recepción de apoyo por sus iguales, le impide desarrollar estrategias de afrontamiento ajustadas, y elimina la satisfacción que produciría la experiencia en un momento apropiado de su ciclo vital. Abundando en lo anterior, autores como Cruz (2004), Finkelhor (1986) y Garza de la et al. (1997) señalaron que, las víctimas de ASI, comenzarán su maduración con patologías en su desarrollo cognitivo, emocional y afectivo; con desadaptación a través de trastornos físicos y psíquicos, que se harán más patentes en la adolescencia y en la edad adulta, lo que sin duda influye en el desarrollo y gravedad del TEPT.

Caballero et al. (1995) y Pedreira (2003), también destacaron que la edad y la etapa del desarrollo del niño o niña, influyen en la percepción y comprensión del hecho traumático, en el afrontamiento, en la memoria del suceso y en la repuesta de los demás hacia el/la menor víctima.

En su teoría acerca de la Victimología Evolutiva, dentro del campo del impacto de la victimización, Finkelhor (1999a, 1999b) afirmó que, los menores responden ante los sucesos, según su vulnerabilidad y sus capacidades específicas, las cuales dependen del momento del desarrollo en que se encuentran. Aplicado al ASI, este postulado de Finkelhor determina que, el impacto del abuso va adquiriendo significado con el tiempo. Sentimientos como la humillación aparecen cuando el/la menor va tomando conciencia de algunas normas sociales. El autor determina que las valoraciones de los menores están

socialmente mediatizadas por la influencia de terceras personas, principalmente la familia, por lo que a largo plazo, el afrontamiento y las secuelas de un trauma van a depender de este hecho.

Pereda (2006) concluyó que, la intensidad de la sintomatología postraumática detectada en universitarios víctimas de ASI, no dependía de la edad de inicio de la experiencia de abuso.

Ramos et al. (2000) pusieron de manifiesto que no puede especificarse el papel que desempeña la edad de la víctima, en el momento de la exposición al evento. Mientras que en algunos estudios se explicita que la edad modula el desarrollo de los síntomas del trastorno, en otros, por el contrario, se considera que únicamente la diferencia se establece en la evolución de las manifestaciones clínicas.

Los factores moduladores en menores son básicamente los mismos del TEPT en personas adultas. Si bien, tienen un peso específico en niños/as y adolescentes, el estilo educativo de los padres y el apoyo y estabilidad familiar (Echeburúa y de Corral, 2009).

A pesar de que se ha venido considerando **el estado civil**, una variable relevante en el grado de adaptación y recuperación de la víctima, algunos autores consideran más acertado, tomar como variable la presencia o no de una pareja estable, considerando que, lo más positivo para un buen ajuste, es la calidad de la relación emocional (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2006). De este modo, el hecho de tener o no una relación sentimental estable con otra persona, puede actuar aumentando o disminuyendo el nivel de afectación del suceso, dependiendo de cómo incida en la pareja.

La falta de apoyo social antes de la violación es una variable predictora de TEPT. Según estudios citados en Echeburúa et al. (1995), las víctimas carentes de apoyo (vivir sola, sin contacto regular con la familia, sin trabajo, etc.), mantienen un mayor número de síntomas varios meses después de la violación.

El **desequilibrio emocional** preexistente agrava el impacto psicológico del delito y agudiza los conflictos previos (Galiana y de Marianas, 1998). No encontramos datos fiables de estudios dirigidos a investigar las variables psicopatológicas previas, ya que presentan problemas metodológicos, derivados de la dificultad para evaluar estados psicológicos anteriores a la agresión. Los resultados obtenidos en dichas investigaciones, se apoyan fundamentalmente en informes retrospectivos de las alteraciones sufridas (Sales, Baum y Shore, 1984, citados en Echeburúa et al., 1995).

A principios de la década de los ochenta, diversos estudios encontraron que, la preexistencia severa de patologías (presencia de psicosis, neurosis, uso de drogas, alcoholismo y deficiencia mental), se

relacionaba con la cronificación de los síntomas postraumáticos, incluso en períodos de cuatro a seis años después de la agresión (Burgess y Holmstrom, 1979; Krupnick y Horowitz, 1980; Ruch, Chandler y Harter, 1980; Frank, Turner, Stewart, Jacob y West, 1981; Atkeson, Calhoun, Resick y Ellis, 1982; todos citados en Echeburúa et al., 1995).

Hay factores que al fortalecer la personalidad, la hacen más resistente a secuelas graves, incluso después de un peligroso suceso de violencia sexual. En la Tabla 36 se exponen algunos factores o variables personales, que influyen positivamente en el impacto de los sucesos, porque favorecen la resistencia personal al estrés.

**Tabla 36. Variables que favorecen la existencia de personalidades resistentes al estrés (Echeburúa et al., 2002).**

VARIABLES QUE FAVORECEN PERSONALIDADES RESISTENTES AL ESTRÉS
Control de las emociones y valoración positiva de uno mismo.
Estilo de vida equilibrado.
Apoyo social y participación en actividades sociales.
Implicación activa en el proyecto de vida (profesión, familia, actividades de voluntariado, etc.).
Afrontamiento de las dificultades cotidianas.
Aficiones gratificantes.
Sentido del humor.
Actitud positiva ante la vida.
Aceptación de las limitaciones personales.
Vida espiritual.

La valoración cognitiva que haga la víctima de los hechos ocurridos y las estrategias de afrontamiento (*coping*) positivas, son fundamentales para un buen ajuste posterior al hecho traumático (Coffey et al., 1999). González y Castillo (2010) concluyeron que los estilos de afrontamiento más utilizados son: planificación, reinterpretación y crecimiento con afrontamiento activo, búsqueda de apoyo por razones instrumentales o emocionales, y aceptación. Por otra parte, los menos empleados son: desconexión conductual, aferrarse a la religión y negación.

La **historia personal y los estresores vitales padecidos** se consideran variables con influencia en la recuperación posterior a la violación. Concretamente los acontecimientos estresantes y cambios de vida a los que ha estado sometida la víctima a lo largo de su vida y, en especial, los ocurridos en el año anterior a la agresión sexual. El impacto será mayor, si la agresión sexual viene a sumarse a otras experiencias negativas ocurridas poco antes del suceso, como pérdida de empleo, fallecimiento de algún ser querido, ruptura de pareja, etc.

La historia sexual -considerada como la experiencia sexual previa, la educación sexual recibida y la interiorización que de la sexualidad haya efectuado la mujer-, tiene un peso considerable a la hora de asumir el hecho violento (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2006; Galiana y de Marianas, 1998). Si la iniciación sexual fue desagradable, si mantenía relaciones sexuales no satisfactorias, o si la

mujer tenía ideas negativas asociadas al sexo, se relaciona con comportamientos de rechazo a la intimidad sexual (B. Núñez y A. B. Torres, comunicación personal, 9 de marzo, 2010). Las experiencias traumáticas previas, traumas infantiles y sobre todo, la revictimización sexual, son factores negativos para el desarrollo del TEPT, así como para su agravamiento y su cronificación (Galiana y de Marianas, 1998).

**El nivel intelectual** ha sido relacionado positivamente como un predictor de ajuste postraumático. Este dato sin embargo se debe interpretar con cautela, ya que procede principalmente de estudios realizados en ámbitos universitarios, en el cual, pese a la experiencia de ASI, las víctimas se encuentran funcionando intelectualmente a un nivel superior a la población general, lo que implica un cierto equilibrio psicológico y superación de los acontecimientos (Pereda, 2006).

#### **2.4.3.2. FACTORES DURANTE LA VIOLENCIA SEXUAL.**

**La violencia asociada al acto sexual** afecta al impacto psicológico, que es mayor cuando se añaden lesiones físicas, empleo de armas intimidatorias y la actitud por parte del agresor, de disfrutar haciendo daño (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2006). En menor escala, también aumenta el impacto la violencia verbal, en forma de graves amenazas y frases vejatorias. Sin embargo, Galiana y de Marianas (1998) también han encontrado casos en los cuales, las mujeres con heridas graves tienen mejor pronóstico psicológico que en heridas leves o sin ellas, porque socialmente se les conceptualiza más como víctimas y cuentan por ello, con un mayor grado de apoyo social y familiar.

**El tipo de acto realizado** y sus características (penetración, tocamientos) es considerado determinante por la mayoría de los autores, que coinciden en señalar que la existencia de penetración hace mayor el impacto. El miedo a quedar embarazada o a contraer SIDA agrava los efectos (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2006).

**La duración** del acto suele ser inferior a una hora. Por encima de este período, especialmente a partir de las tres horas, encontramos un mayor impacto de la agresión, en especial por la sensación de vulnerabilidad de la víctima, al sentirse a merced de su agresor (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2006).

**Un mayor número de agresores** implica un mayor impacto psicológico de la agresión, porque suele conllevar una mayor duración total de la agresión, más humillación y mayor violencia. Sin embargo Galiana y de Marianas (1998) también han encontrado que, los pensamientos de inculpación en víctimas de una agresión sexual múltiple, son menores, debido a que consideran que ellas no podrían haber evitado la culminación de la agresión.

**La relación previa con el agresor** ha sido reseñada por múltiples autores, que coinciden en afirmar que el impacto es mayor, cuanto más directa y cercana es la relación de la víctima con su agresor; si bien, Echeburúa y de Corral (2006) puntualizan que la importancia de esta variable no es tanto el grado de parentesco, como el nivel de intimidación emocional existente, lo que puede agravarse si la víctima se ve obligada a abandonar su entorno (con la consiguiente sensación de desarraigo y abandono). La evitación cognitiva, los sentimientos de culpa e impotencia y el aislamiento, acompañan estas situaciones, así como las creencias disfuncionales sobre la pérdida de seguridad, confianza y traición (Pereda, 2006).

**Las circunstancias específicas de la agresión**, presentan mayor o menor significación, dependiendo de la valoración que la víctima haga del suceso y de las estrategias de afrontamiento desarrolladas. Los pensamientos de autoinculpación suelen aumentar cuando: el suceso acontece de noche o madrugada, se acepta la compañía del agresor, hay consumo de alcohol o drogas, no existe resistencia, la denuncia no se interpone de forma inmediata, y si la víctima recibe recompensa tras el abuso (Pereda, 2006). Sin embargo, también se han encontrado datos de mayor impacto en casos de agresión en el entorno cercano a la víctima y en lugares públicos, debido a la sensación de vulnerabilidad que produce (Millán et al., 2008). Si la víctima estaba acompañada por otra persona durante la agresión -frecuentemente su pareja, que se convierte en testigo impotente de la agresión-, recrudece el efecto en ambos (P. Sepúlveda, 2000a).

**La frecuencia de la agresión**, considerada como una mayor exposición al estímulo traumático, se asocia a una mayor vulnerabilidad al TEPT (Pereda, 2006). En el caso de la violencia sexual no se ha encontrado acuerdo entre los autores, acerca de si produce mayor efecto la agresión puntual o la reiterada, ya que una y otra dependen a su vez de otras variables, principalmente de la relación con el agresor-familiar en la reiterada. Echeburúa y de Corral (2006) relacionaron la frecuencia y severidad del abuso, indicando que cuanto más frecuente, crónico e intenso fuera éste, mayor es el desarrollo de sentimientos de indefensión y vulnerabilidad, y más probable la aparición y desarrollo de síntomas. Por otra parte, de Corral et al. (1998) y Echeburúa et al. (1995, 2003), señalaron que apenas hay diferencias entre las víctimas adultas de violación esporádica, y las víctimas adultas de abusos sexuales continuados en la infancia, ni en el TEPT ni en otras variables estudiadas. Concluyeron que ambos tipos de víctimas presentaban un perfil psicopatológico muy similar.

Marcos et al. (2010) han opinado que la influencia de los elementos relativos al suceso traumático en el TEPT, incluiría aspectos subjetivos y objetivos. Por una parte, depende de la naturaleza, intensidad y duración de la situación traumática y, a su vez, de la

interpretación –procesamiento cognitivo y emocional-, que los afectados dan a los acontecimientos vividos, que varían de un individuo a otro e incluso cambian en una misma persona, si esta adquiere nuevos conocimientos sobre los sucesos

#### **2.4.3.3. FACTORES POSTERIORES A LA VIOLENCIA SEXUAL.**

La reacción del sistema de **apoyo familiar y social** es una variable fundamental, relacionada con el modo de interacción que se establece entre la víctima y las personas de su entorno. Para ella estas personas son significativas (familiares y amigos), tanto en las interpretaciones que se vierten sobre el episodio, opiniones sobre su explicación y la forma óptima de afrontarlo; como por la actitud que adoptan hacia la víctima (Galiana y de Marianas, 1998). El apoyo más elevado facilita la expresión de emociones, supone un plus de reforzamiento interpersonal y contribuye a reducir las distorsiones cognitivas, frecuentes en las víctimas de agresiones sexuales.

Las consecuencias que a veces conlleva la revelación (ingreso de la víctima en un centro de acogida, rupturas familiares, implicación en el proceso penal, consecuencia penales para el padre abusador), son de especial incidencia en la sintomatología postraumática (Echeburúa y de Corral, 2006).

En la reacción inicial serán especialmente perjudiciales, todos los mensajes desvalorizadores del comportamiento de la víctima referidos al antes (haberse expuesto a la agresión, haber confiado en el agresor); al durante (no haberse defendido, no haber encontrado una posibilidad de huir); y al después de la violación (no haber denunciado inmediatamente, haber destruido pruebas). Todos estos mensajes aumentarán sus pensamientos de inadecuación y sus sentimientos de culpa, y si la presión es muy fuerte, puede llevar a fuertes distorsiones atribucionales o a desarrollar comportamientos autolesivos (B. Núñez y A. B. Torres, comunicación personal, 9 de marzo, 2010).

En ocasiones, la respuesta de los propios progenitores ante la revelación del abuso, puede ser más intensa que la del/la menor. Los sentimientos de vergüenza y culpa, cólera y pena, miedo y ansiedad, pueden afectar más a los familiares de tal manera, que se muestran incapaces de proteger adecuadamente a la víctima. Influye negativamente, el exagerado control familiar en el/la niño/a, la sobreprotección y la ansiedad paterna/materna que refuerza la evitación (Finkelhor, 1999b).

Otro factor de influencia negativa para el TEPT es la **interacción con el sistema judicial** (Echeburúa et al., 2002), de la que se deriva la victimización secundaria. Abundando en lo anterior, encontramos que son especialmente vulnerables las mujeres que tienen pocas habilidades sociales, y escasos recursos culturales e intelectuales.

Para ellas, el mero hecho de hablar en público ante personas desconocidas, supone ya una experiencia estresante, máxime al describir situaciones sexuales (P. Sepúlveda, 1999, 2000b). Tanto la denuncia y la ratificación, como la testificación en la vista oral, llegan a convertirse en nuevas experiencias traumáticas, ante las que se genera una elevada ansiedad anticipatoria (Galiana y de Marianas, 1998).

Resulta negativa la larga espera entre el momento en que acontece la agresión sexual, y el momento en que termina el proceso judicial. Tal demora impide a la víctima dar por concluida la experiencia durante ese período, con lo que se prolonga mucho el tiempo que permanece expuesta a una situación ansiógena (Galiana y de Marianas, 1998; P. Sepúlveda, 1999, 2000b).

El daño generado suele ser mayor, si las consecuencias del hecho delictivo son múltiples, como ocurre por ejemplo, en el caso de una agresión sexual con robo o en el de un secuestro finalizado con un pago cuantioso por parte por la familia (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2006).

La gravedad y la evolución de los síntomas a la remisión o la cronificación en las víctimas de violación, depende de diversas variables; desde la existencia de un trastorno psicopatológico previo, la intensidad y la gravedad de los estresores, el apoyo emocional, psicológico y social recibido durante y después del trauma (Foa y Riggs, 1995, citados en Corral de et al., 1998), hasta la revictimización sexual o física posterior, que tiene un efecto acumulativo y aumenta de forma significativa la sintomatología postraumática o agrava la existente (Banyard, Williams y Siegel; Follette, Polusny, Betchtle y Naugle, 1996; citados en Pereda, 2006). Echeburúa y de Corral (2006) relacionaron la frecuencia y severidad de la experiencia abusiva, el tipo de vínculo con el agresor, la violencia directa durante el abuso, el grado de culpa o victimización de la víctima y las estrategias de afrontamiento que ésta tenga.

Es en estas situaciones extremas, cuando el ser humano tiene la oportunidad de volver a construir su forma de entender la realidad y su sistema de valores; de replantear su concepción del mundo y de modificar sus creencias, de manera que en esta reconstrucción puede darse un aprendizaje, y un crecimiento personal que ha venido a llamarse por algunos autores “crecimiento postraumático” (Calhoun y Tedeschi, 1999, citados en Pereda, 2009). Una buena autoestima y autoconcepto, así como una adecuada resiliencia -entendida como capacidad de la persona para sobreponerse a hechos traumáticos, adversidades y dolor emocional, e incluso resultar fortalecido por los mismos-, son el mejor predictor de superación ante un hecho traumático (Cyrulnik, 2001).

## 2.5. EVALUACIÓN DEL TEPT.

El desarrollo de instrumentos de evaluación para el TEPT, es reciente comparado con otros trastornos de ansiedad. Con la introducción del TEPT en la DSM-III (APA, 1980), comenzó el interés por el trastorno, acompañado por una proliferación de instrumentos para medir su sintomatología.

FEPSM (2007) estableció los objetivos básicos para la evaluación del paciente con TEPT, que se exponen a continuación en la Tabla 37.

**Tabla 37. Objetivos básicos para la evaluación del paciente con TEPT (FEPSM, 2007).**

---

Identificación del acontecimiento traumático.
Presencia e intensidad de la sintomatología característica del TEPT: reexperimentación, conductas de evitación y activación sostenida.
Respuestas de ansiedad sostenida ante la exposición a estímulos relacionados con el trauma.
Estado de ánimo, nivel general de salud.
Nivel de adaptación social.
Presencia y contenido si existe culpabilización.
Presencia de alteraciones típicamente asociadas al TEPT crónico, como disfunciones sociales y/o abuso de sustancias.

---

### 2.5.1. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN.

En la Tabla 38 siguiendo a González et al. (2000), se presenta un resumen de los instrumentos de evaluación del TEPT más significativos, con las principales características comparativas entre ellos. Debemos recordar que la mayoría de estas pruebas se han validado y consolidado primero en lengua inglesa, y después con poblaciones específicas, generalmente excombatientes. Muy pocas se han validado con otras poblaciones traumatizadas y mucho menos, exclusivamente con víctimas españolas de violencia sexual.

**Tabla 38. Diagrama comparativo de los distintos instrumentos de evaluación del TEPT (González et al., 2000).**

ESCALA	AUTOR – AÑO	APLICACIÓN	EVALUACIÓN	Nº ÍTEMS	REALIZACIÓN	VERSIÓN ESPAÑOLA
Entrevista Estructurada para TEPT.	Davidson, Malik y Traver, 1997.	Ayuda Diagnóstica. Gravedad de los síntomas.	Los tres criterios del TEPT (DSM-IV).	17 ó 19	Heteroaplicada	No
Escala para el TEPT administrada por el clínico.	Blake Weathers, y Nagy, 1990.	Ayuda Diagnóstica (CAPS-1). Gravedad de los síntomas (CAPS-2).	Los tres criterios del TEPT (DSM-IV). 5 síntomas asociados.	25	Heteroaplicada	Sí
Inventario del TEPT.	Solomon, Benbenishty, Neria, Abramowitz, Ginzburg y Ohry, 1993.	Ayuda Diagnóstica. Gravedad de los síntomas.	Los tres criterios del TEPT (DSM-III-TR).	17	Autoaplicada	No
Cuestionario de Experiencias Traumáticas.	Davisdon, Hughes y Blazer, 1990.	Cribado.	Los criterios A-D del TEPT (DSM-IV).	44	Autoaplicada	Sí
Instrumento de Cribado para TEPT.	Meltzer-Brody, Churchill y Davidson, 1999.	Cribado.	Respuestas fisiológicas a la exposición (criterio B). Restricción vida afectiva (criterio C). Irritabilidad (criterio D). Sobresalto exagerado (criterio D).	4	Autoaplicada	No
Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta Modificada.	Breslau, Peterson, Kessler y Schultz, 1999.	Cribado.	Criterio C (evitación, reducción interés, desapego, restricción vida afectiva y futuro desolador). Criterio D (dificultades de sueño y sobresalto exagerado).	7	Heteroaplicada	No
Escala de Trauma de Davidson.	Davidson et al., 1997.	Gravedad de los síntomas. Evaluación del tratamiento.	Los tres criterios del TEPT (DSM-IV).	17	Autoaplicada	Sí
Escala revisada del Impacto del Evento (IES-R).	Weiss y Marmar, 1996.	Gravedad de los síntomas.	Los tres criterios del TEPT (DSM-IV).	17	Autoaplicada	No
Escala de 8 ítems para los resultados del Tratamiento de TEPT (TOP-8).	Davidson y Colket, 1997.	Evaluación del tratamiento.	Los ítems más sensibles al cambio: 1.Criterio B: recuerdos recurrentes e intrusos y respuestas fisiológicas. 2.Criterio C: evitación, desapego, restricción vida afectiva y reducción interés. 3.Criterio D: hipervigilancia y sobresalto exagerado.	8	Heteroaplicada	Sí

### 2.5.1.1. INSTRUMENTOS DE AYUDA DIAGNÓSTICA.

Los instrumentos de ayuda diagnóstica exploran, con mayor o menor profundidad, los cuatro aspectos necesarios para identificar o confirmar el TEPT: el evento traumatizante, el impacto de dicho evento, la sintomatología del trastorno y la duración de los síntomas. Los expertos señalan como quinto aspecto fundamental, los trastornos comórbidos (González et al., 2000).

Siguiendo a González et al. (2000) y a Foa et al. (2003), se exponen a continuación los instrumentos más utilizados, algunos de ellos ya relacionados en la Tabla 38.

**ENTREVISTAS ESTRUCTURADAS:** permiten obtener una adecuada información a través de un contacto más personalizado entre el/la evaluador/ra y la víctima. Produce abundante y significativa información clínica y permite sentar las bases para el cambio terapéutico (González et al., 2000; Foa et al., 2003). Gran cantidad de entrevistas estructuradas y semiestructuradas para evaluar el TEPT, han mostrado buenas propiedades psicométricas, incluyendo una excelente consistencia interna, estabilidad temporal, validez convergente y validez de criterio (Newman, Kaloupek y Keane, 1996; Norris y Riad, 1997). Las entrevistas resultan muy útiles para la investigación del TEPT, pero presentan el inconveniente de resultar largas y de difícil aplicación, en lugares o situaciones donde necesariamente hay economía de tiempo, como en salas de urgencias o determinadas consultas de salud mental o forenses (Kubany et al., 2000). Entre las entrevistas destacamos:

- Entrevista Estructurada para el TEPT (*Structured Interview for Posttraumatic Stress Disorder, [SI-PTSD]*; Davidson, Malik y Travers, 1997, citados en González et al., 2000).
- Escalas para el TEPT Administrada por el Clínico (*Clinician Administered PTSD Scales [CAPS-1 y CAPS-2]*; Blake et al., 1995). Se encuentra validada en castellano por Bobes, García y Calcedo-Barba (2000, citados en González et al., 2000). Ha demostrado poseer unas propiedades psicométricas muy aceptables.
- Entrevista Clínica Estructurada para DSM (*Structured Clinical Interview for DSM [SCID]*; citada en Foa et al., 2003). Consta de módulos separados para las categorías diagnósticas, proporciona mucha información sobre las alteraciones clínicas, aunque resulta prolija.
- Cuestionario de Entrevista para Trastornos de Ansiedad, revisado (*Questionnaire Interview for Anxiety Disorders, Revised [ADIS-R]*; DiNardo y Barlow, 1988, citados en Foa et al., 2003).

El valor es limitado, pues se centra en la ansiedad y la afectividad.

- Entrevista para TEPT (*Posttraumatic Stress Disorder Interview [PTSD-I]*; Watson, 1990). Posee buenas propiedades en común con cuestionarios autoaplicados de síntomas en escala Likert, pero no permite a los clínicos que efectúen puntuaciones por sí mismos, ni utilicen su pericia y experiencia (Foa et al., 2003).
- Entrevista de Escala Sintomática para TEPT (*PTSD Symptom Scale-Interview [PSS-I]*; Foa, Riggs, Dancu y Rothbaum, 1993, citados en Foa et al., 2003). Posee poderosas características clínicas, y abarca los 17 criterios de diagnóstico de TEPT - utilizando escala Likert de puntuación para cada uno de los síntomas-. Está diseñada especialmente para la evaluación en víctimas de agresiones sexuales.

**INSTRUMENTOS AUTOAPLICADOS:** gran cantidad de instrumentos que se administran de forma autoaplicada han sido desarrollados para medir la severidad del TEPT. La ventaja de éstos reside en su relativa economía, porque requieren menos tiempo de administración, aunque la ausencia del juicio del clínico constituye una limitación. Sin embargo, esta desventaja se minimiza si el autoinforme se utiliza como instrumento de examen general y es acompañado por una evaluación clínica. Para estudiar las evaluaciones que los autoinformes hacen del TEPT, hay que tener en cuenta varias consideraciones con respecto a sus propiedades psicométricas: si proporcionan el diagnóstico o la severidad de los síntomas, y si se corresponden directamente con los criterios de la clasificación DSM-III-TR (APA, 1987) o de la DSM-IV-TR (APA, 2002). Entre los instrumentos autoaplicados destacamos:

- Inventario del TEPT revisado (*Revised PTSD Inventory [PTSD-I]*; Solomon et al., 1993, citados en González et al., 2000). Evalúa la gravedad del cuadro basado en el número de síntomas, y describe el perfil sintomatológico diferencial en el trastorno relacionado con la guerra.
- Lista de Chequeo del TEPT (*PTSD Checklist [PCL]*; Weathers, Litz, Herman, Huska y Keane, 1993, citados en Foa, 2003). Utilizada tanto para personal militar como para civiles (accidentes de tráfico).
- Escala de Mississippi de la PTSD derivado del combate (*Mississippi Scale for Combat-Related [M-PTSD]*; Keane, Caddell y Taylor, 1988, citados en Foa et al., 2003). Se trata de una escala de 35 ítems, diseñada para medir el impacto de la guerra. Tiene una adaptación al castellano, pero sólo ha sido validada con excombatientes.

- Cuestionario para Eventos Estresantes (*Distressing Event Questionnaire [DEQ]*; Kubany, Leisen, Kaplan y Kelly, 2000). Se trata de una escala utilizada en casos de traumatismos diversos.
- Escala Diagnóstica Postraumática (*The Posttraumatic Diagnostic Scale [PTDS]*; Foa, Cashman, Jaycox y Perry, 1997). Se trata de un cuestionario de 17 preguntas que refleja de forma estricta los criterios de la DSM-IV (APA, 1994). Se trata de un dispositivo de autoaplicación y cribado de gran fiabilidad y utilidad.
- Inventario de Pensilvania para el TEPT (*Penn Inventory for Posttraumatic Stress Disorder [PI-PTSD]*; Hammarberg, 1992, citado en Foa et al., 2003). Se ha utilizado en población predominantemente masculina: víctimas de accidentes, veteranos de guerra y pacientes psiquiátricos generales. Comparable a la Escala de Mississippi, aunque su sensibilidad es ligeramente inferior.
- Escala de TEPT de Keane del MMPI-2 (*Keane PTSD Scale [PK]*; Keane, Malloy y Fairbank, 1984, citados en Foa et al., 2003). Derivada originalmente del formulario R del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI), consta de 46 ítems extraídos de forma empírica del MMPI. Se ha utilizado en investigaciones con veteranos de guerra.
- Lista de Verificación Sintomática de los Ángeles (*Los Angeles Symptom Checklist [LASC]*; King, Leskin y Foy, 1995, citados en Foa et al., 2003). Se trata de una escala Likert compuesta por 43 ítems. Se ha utilizado en una amplia gama de contextos clínicos y de investigación, tanto en varones como en mujeres, de diferentes edades y con distintos tipos de traumas.

### 2.5.1.2. INSTRUMENTOS DE CRIBADO.

En los últimos años ha aumentado la necesidad de crear instrumentos de cribado debido a: la importancia creciente de la detección de trastornos mentales en atención primaria; a la elevada frecuencia de comorbilidad en psiquiatría; y a su utilidad y eficacia en los estudios de doble fase (González et al., 2000). Destacamos los siguientes:

- Cuestionario de Experiencias Traumáticas (*Traumatic Experiences Questionnaire [TQ]*; Davidson et al., 1990; citados en González et al., 2000). Consta de tres partes bien diferenciadas. La primera es un listado de las diecisiete experiencias traumáticas más frecuentes, que la/el paciente debe responder si ha sufrido -hay un espacio reservado por si ha sufrido otro tipo de experiencia no reseñada-. En el caso de

haber sufrido más de una experiencia, debe centrarse en la que más le preocupe y se evalúa de acuerdo con el criterio A del TEPT. Finalmente se exploran los criterios sintomatológicos del TEPT. El cuestionario es amplio y abierto. Está validado en castellano por Bobes y Calcedo (2000, citados en González et al., 2000).

- Instrumento de cribado de Meltzer-Brody (*Startle, Physically upset at exposure, Anger and Numbness [SPAN]*; Meltzer-Brody, Churchill y Davidson, 1999, citados en González et al., 2000). Se ha utilizado para evaluar diferentes tipos de traumas, pero los autores señalan que su utilidad para medir resultados de tratamiento ha de valorarse todavía.

- DIS/CIDI modificada (*The modified DIS/CIDI*; Breslau, Peterson, Kessler y Schultz, 1999). Se trata de un instrumento breve, que mide la historia del trastorno a lo largo de la vida en individuos, que han estado expuestos a acontecimientos traumáticos. Si han existido varios traumas, se puede seleccionar el más grave, el ocurrido a más temprana edad o el que interese evaluar. Puede utilizarse como predictor semicontinuo de la probabilidad de desarrollar TEPT (González et al., 2000).

### 2.5.1.3. ESCALAS DE GRAVEDAD.

Como su nombre indica sirven para medir la gravedad de los síntomas del TEPT en las personas que han experimentado un trauma. Destacamos:

- Escala de Trauma de Davidson (*Davidson Trauma Scale [DTS]*; Davidson y Colket, 1997, citados en González et al., 2000). Esta escala ha demostrado ser factible y poseer unas propiedades psicométricas muy aceptables. Ha sido validada en español en el proyecto multicéntrico bajo la dirección de los profesores Bobes y Calcedo (2000, citados en González et al., 2000). La escala consta de 17 ítems, que corresponden y evalúan cada uno de los 17 síntomas del TEPT según la DSM-IV (APA, 1994).

- Escala Revisada del Impacto del Acontecimiento (*Impact of Event Scale-Revised [IES-R]*; Weiss y Marmar, 1996, citados en Foa et al., 2003; González et al., 2000). Mide la respuesta a los acontecimientos traumáticos, mediante la evaluación de los tres criterios sintomatológicos del trastorno y evalúa la gravedad de los síntomas. Esta escala revisa la clásica *Impact of Event Scale (IES)*, (Horowitz, Wilner y Álvarez, 1979; citados en Horowitz et al., 1980; López y Tovar, s.f.), que ha sido ampliamente utilizada para evaluar los síntomas de diferentes situaciones traumáticas,

como víctimas de desastres naturales y accidentes, combatientes de guerra y víctimas de ataques sexuales. La IES fue elaborada antes de la conceptualización del TEPT, y abarca tan sólo dos dimensiones de este cuadro clínico (intrusión y evitación). Báguena et al. (2001) llevaron a cabo la versión española de la IES-R en jóvenes, con resultados satisfactorios en las propiedades psicométricas.

- Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT (Echeburúa et al., 1997). Es una de las pocas pruebas desarrolladas por investigadores españoles para población española, completamente validada. Incluyó específicamente, población víctima de agresiones sexuales y posee propiedades psicométricas muy aceptables. Ha sido seleccionada para su aplicación en esta investigación, y será estudiada más a fondo en el capítulo IV “Material y Método” del presente trabajo.

#### **2.5.1.4. ESCALAS DE EVALUACIÓN DE TRATAMIENTO.**

Según González et al. (2000), con frecuencia se usan instrumentos no específicos para evaluar los resultados de intervenciones terapéuticas, lo que conlleva diversas desventajas. Entre las desventajas de emplear estos instrumentos no específicos, cabe señalar el hecho de que requieren un largo tiempo para su aplicación, además de la presencia de síntomas que no son habituales en este trastorno.

Destacamos dos escalas que han sido validadas en español en el proyecto multicéntrico español, bajo la dirección de los profesores Bobes y Calcedo (2000, citados en González et al., 2000). Han demostrado ser factibles y poseer unas propiedades psicométricas aceptables:

- Escala de 8 ítems para los Resultados del Tratamiento del TEPT (*The eight-item treatment-outcome post-traumatic stress disorder Scale [TOP-8]*; Davidson y Colket, 1997, citados en González et al., 2000).

- Índice global de Duke de Mejoría del TEPT (*Duke Global Rating Scale for PTSD [DGRP]*; Davidson, Weisler, Malik y Tupler, 1998).

#### **2.5.1.5. INSTRUMENTOS NO ESPECÍFICOS DE EVALUACIÓN DEL TEPT.**

Existe una serie de instrumentos, que aunque no fueron diseñados expresamente para diagnosticar o evaluar la gravedad del TEPT, han demostrado ser eficaces para dichos fines. Destacamos los siguientes:

- Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-III-TR (*Structured Clinical Interview for DSM-III-TR [SCID]*; Spitzer, Williams y Gibbon, 1987, citados en Foa et al., 2003; González et al., 2000).
  
- Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory [MMPI]*; Hathaway y McKinley, 1951, citados en Foa et al., 2003; González et al., 2000).
  
- Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (*Millon Clinical Multiaxial Inventory-III [MCMI-III]*; Millon, 1994, citado en Foa et al., 2003; González et al., 2000).
  
- DIS/CIDI modificada (*The Modified DIS/CIDI*; Breslau et al., 1999). Comentada anteriormente en “2.5.1.2. Instrumentos de cribado”.

### **2.5.2. EVALUACIÓN DEL TEPT EN VIOLENCIA SEXUAL.**

Echeburúa et al. (1989) destacaban cómo los primeros tratamientos en víctimas de violación, habían sido fuertemente criticados por los déficit que presentaban en los procedimientos de evaluación, y por la ausencia de métodos de medida fiables y válidos. Es importante recalcar que, la evaluación en víctimas de agresión sexual, presenta algunas dificultades. Es común que las víctimas se muestren reacias a participar en un proceso de investigación. Al primar el deseo de olvidar el suceso, a las pacientes les resulta difícil afrontar una entrevista sobre el mismo o llevar a cabo autoregistros. Por ello, resulta muy importante explicar a la víctima la doble utilidad de una buena evaluación: por un lado, el conocimiento de su estado psicológico y las principales áreas del problema y por otro, la capacidad para comprobar la mejoría en el tratamiento (Echeburúa et al., 1995).

La **entrevista estructurada específica** para víctima de agresiones sexuales, sería un importante instrumento de evaluación, por medio del cual se establece además el primer contacto con la víctima. En la Tabla 39 se exponen los datos más importantes que deben constar en la entrevista para víctimas de agresiones sexuales, según Kilpatrick et al. (1985, citados en Echeburúa et al., 1995).

**Tabla 39. Estructura básica de las entrevistas para las víctimas de agresiones sexuales, basada en Kilpatrick et al. (1985, citados en Echeburúa et al., 1995).**

---

ESTRUCTURA DE ENTREVISTAS PARA LAS VÍCTIMAS DE AGRESIONES SEXUALES
Datos biográficos y demográficos de la víctima.
Acontecimientos de vida importantes y reacciones a los mismos.
Apoyo social y familiar.
Ocupación del tiempo libre.
Relación de pareja y satisfacción sexual.
Estado de ánimo y estilo cognitivo habitual.
Historial previo a la agresión, destacando los siguientes puntos:
Historia de abuso físico y/o sexual.
Victimización anterior.
Consumo de alcohol y sustancias adictivas.
Agresiones sexuales previas.
Problemas y tratamientos psicológicos y psiquiátricos anteriores.
Aspectos específicos de la violación:
Número de agresores.
Relación anterior de la víctima y el agresor.
Uso de fuerza física por parte del agresor.
Alcance de las heridas recibidas.
Uso de armas por parte del violador.
Reacción ante el agresor.
Lugar y circunstancias de la violación.
Tipo de actividad sexual (coito vaginal, anal, oral, etc.).
Primera reacción tras la violación.
Posterior a la agresión:
Embarazo u otras consecuencias de la agresión.
Atribuciones y evaluación cognitiva de lo ocurrido.
Apoyo recibido.

---

Se citan tres **cuestionarios** creados específicamente para evaluar las agresiones sexuales:

- Cuestionario de Miedos Modificados de Veronen y Kilpatrick (Veronen y Kilpatrick, 1980, citados en Echeburúa et al., 1995). Basado en el Cuestionario de Miedos de Wolpe y Lang de 1964. Ha sido traducido y adaptado por Echeburúa et al. (1989, citados en Echeburúa et al., 1995). Mide reacciones específicas de miedo en relación con la violación. La información puede obtenerse por el estudio de los ítems específicos, por las puntuaciones de las subescalas y por el nivel de miedo general. Así, pueden determinarse fobias específicas, conductas de miedo, generalización de miedos específicos y nivel de miedo global. La prueba cuenta con muy buenas propiedades psicométricas.

- Cuestionario de Experiencias Sexuales (Kross y Oros, 1982, citado en Echeburúa et al., 1995). El objetivo del cuestionario es detectar experiencias sexuales, que pueden no ser vistas como una violación por parte de los sujetos que responden al cuestionario, pero que sí constituyen un delito. Se trata de un autoinforme diseñado para reflejar diversos niveles de agresión sexual y victimización. Es aplicable a hombres y mujeres. Consta de diez ítems acerca de la participación en distintos tipos de experiencias sexuales (no deseadas en el caso de las mujeres), a las que se ha llegado mediante la presión y la coerción.

- Test de Síntomas Resultantes de la Violación (Kilpatrick et al., 1985, citados en Echeburúa et al., 1995). Es un cuestionario que consta de 70 ítems, con una escala de tipo Likert de 5 puntos. Su finalidad es distinguir las víctimas de violación, de las no víctimas. Su contenido está referido especialmente a los síntomas de ansiedad, ansiedad fóbica, desconfianza y depresión. Tiene adecuadas propiedades psicométricas.

Algunos instrumentos relacionados en los epígrafes anteriores, aunque no fuesen creados específicamente para el trabajo con víctimas de violación, se ajustan bien a dicha problemática, y han mostrado buenos resultados en evaluaciones en estos casos. Concretamente la PTDS (Foa et al., 1997) y el DEQ (Kubany et al., 2000) fueron valorados y validados con población víctima de agresiones sexuales. La DTS de Davidson y Colket (1997, citados en González et al., 2000), incluyó dentro de su validación a mujeres víctimas de violación. También se cita por su utilización y fiabilidad, la IES-R (Weis y Marmar, 1996, citados en Foa et al., 2003) y la Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT (Echeburúa et al., 1997).

Existen otras pruebas no específicas de la agresión sexual, que sin embargo suelen ser utilizadas dentro de los protocolos de evaluación. Entre ellas podemos encontrar las siguientes:

- Escala de Inadaptación de Echeburúa, de Corral y Fernández-Montalvo (2000, citados en Alonso, 2007; Echeburúa et al., 2004a).
- Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970; versión española, 1982, citados en Echeburúa et al., 2004a).
- Inventario de Depresión de Beck (Beck, Rusch, Shaw y Emery, 1979; versión española de Vázquez y Sanz, 1997; citados en Alonso, 2007; Echeburúa et al., 2004a).
- Escala de Valoración de la Depresión de Hamilton (Hamilton, 1960; versión española de Conde y Franch, 1984; citados en Echeburúa et al., 2004a).
- Escala de Autoestima de Rosemberg (Rosemberg, versión española de Echeburúa y de Corral, 1988; citados en Alonso, 2007; Echeburúa et al., 2004a).

En el caso de los/as menores víctimas de ASI, la evaluación debe llevarse a cabo mediante entrevistas directas, tanto de la víctima como de sus progenitores –excepto si uno de ellos es el responsable del abuso–; en cuyo caso se entrevistará sólo a la progenitora y/o a los cuidadores del niño o niña (Ramos et al., 2000). La entrevista se debe

adaptar a la edad y desarrollo de la/el menor. Aún cuando ninguno de los instrumentos disponibles para evaluar el TEPT en menores se considera óptimo, su utilización está cada vez más extendida.

La Escala Infantil de Síntomas del TEPT (Foa, Johnson, Feeny y Treadwell, 2001, citados en Rincón et al., 2010), es un instrumento desarrollado para evaluar la presencia de síntomas de TEPT en menores de 8 a 18 años de edad. La escala se basa en los criterios diagnósticos de la DSM-IV (APA, 1994) y se compone de 17 ítems, con respuesta tipo Likert, referidos a la frecuencia de manifestación de síntomas del trastorno. Se compone de tres subescalas para las categorías de reexperimentación, evitación y aumento de la activación. Esta escala ha sido utilizada por Rincón et al. (2010) para evaluar el TEPT en menores víctimas de ASI.

En los Institutos de Medicina Legal se dispone de protocolos de evaluación de las víctimas. La evaluación se realiza desde una perspectiva integral bio-psico-social, llevada a cabo por un equipo multidisciplinar (medicina forense, psicología y trabajo social). La evaluación se basa principalmente en entrevistas, que contemplan todos los aspectos relativos a la víctima y a la agresión. Se completa con instrumentos de evaluación psicopatológica y todos aquellos datos e informes que puedan aportar luz al caso, incluido el historial médico de la víctima. El objetivo va más allá de valorar el TEPT, ya que intenta abarcar todos los aspectos relacionados con el daño psicológico existente, así como determinar la validez del testimonio.



## **PARTE EMPÍRICA**



### **3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS**



### **3.1. OBJETIVOS.**

#### **OBJETIVO GENERAL.**

Profundizar en el conocimiento del impacto que tiene la violencia sexual (VS) contra mujeres, cuando la victimización sucede en menores de 20 años, a través de la evaluación del trastorno de estrés postraumático (TEPT) en las víctimas, analizando las características sociodemográficas de éstas y las circunstancias de la agresión, en comparación con mujeres que fueron victimizadas siendo mayores de 20 años.

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

1. Conocer los elementos que componen la VS según la edad de victimización (antes y después de los 20 años).
2. Establecer perfiles de victimización según la edad en que acontece la VS (antes y después de los 20 años).
3. Establecer perfiles de victimización según el tipo el tipo de estresor (violencia sexual puntual u ocasional y reiterada).
4. Profundizar en el conocimiento de la sintomatología postraumática específica en la VS, sufrida antes y después de los 20 años de edad.

### **3.2. HIPÓTESIS.**

Para analizar los objetivos expuestos se propuso el contraste con las siguientes hipótesis de trabajo:

#### **HIPÓTESIS GENERAL.**

La VS en las mujeres menores de 20 años, se produce tanto de forma puntual como reiterada, y da lugar a un impacto psicológico que se pone de manifiesto mediante una serie de síntomas característicos del TEPT.

#### **HIPÓTESIS DE TRABAJO.**

1. La VS es un estresor para el desarrollo del TEPT, cuando acontece tanto a mujeres menores de 20 años, como a mayores de esa edad.
2. Los diferentes elementos que componen la VS son factores que, por sí mismos, modulan la sintomatología postraumática del TEPT.
3. Dentro de los elementos que componen la VS, la edad en la que acontece el suceso -mayores o menores de 20 años-, es determinante para el desarrollo y gravedad de la sintomatología postraumática, que varía en función de la misma.

4. Dentro de los elementos que componen la VS, la frecuencia con la que sucede -puntual o reiterada- es determinante para el desarrollo y gravedad de la sintomatología postraumática, que varía en función de la misma.

## **4. MATERIAL Y MÉTODO**



## 4. MATERIAL Y MÉTODO.

### 4.1. PARTICIPANTES.

La población objeto del estudio está conformada por mujeres mayores de 16 años procedentes de Sevilla (capital y provincia), que declararon en la Asociación Amuvi haber sufrido violencia sexual (VS) en algún momento de su vida, ya sea de forma puntual o reiterada. La muestra se obtiene de manera intencional bajo unos determinados criterios de inclusión y exclusión que se exponen en la Tabla 40.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Sexo: Mujer.	Padecimiento actual o previo (antecedentes) de enfermedad psiquiátrica, ajena al motivo de la evaluación. Haber realizado cualquier terapia.
Nacionalidad: española: nacida y criada en España.	Enfermedad grave o discapacidad física, psíquica o sensorial.
Edad: entre 16 y 40 años.	Haber sufrido cualquier tipo de acontecimiento o situación estresante (divorcio, accidente, malos tratos, duelo, despido, etc.), en los 3 años anteriores al día de la evaluación.
Consentimiento libre dado para la investigación.	Estar sometida a situaciones estresantes crónicas (familiares dependientes a su cargo, etc. y otras).
Capacidad suficiente para comprender el objeto de la investigación y sus instrumentos.	Ser analfabeta.
Haber sufrido VS tanto de forma ocasional o puntual, como continua o reiterada y haber acudido voluntariamente a solicitar los servicios de la Asociación AMUVI.	Abuso de alcohol y/o drogas.
El tiempo transcurrido desde la última agresión sexual debía ser superior a 1 mes.	

**Tabla 40. Criterios de inclusión y exclusión.**

Una vez excluidas aquellas mujeres que no cumplían los criterios establecidos, el resultado fue de un total de 61 mujeres, con las siguientes características: edad entre 16 y 35 años, con diferentes niveles socioeconómicos y situaciones laborales, y todas ellas habían sufrido VS -entendida como delitos de abuso o agresión sexual tipificados en el Código Penal-, en algún momento de su vida.

Como se puede observar en la Tabla 41, las participantes se dividieron en dos grupos según la edad en que habían sufrido la VS:

**Tabla 41. Grupos de participantes según edad VS.**

GRUPOS SEGÚN EDAD VS	
GRUPO A	Padecieron VS con 20 años o menos de esta edad (<=20 años).
GRUPO B	Padecieron VS con más de 20 años (>20 años).

## **4.2. MARCO GEOGRÁFICO Y TEMPORAL.**

Las participantes procedían de Sevilla, tanto de la capital como de los pueblos de la provincia. Acudían a Amuvi directamente o bien derivadas desde diferentes entidades como: Centros de Información a la Mujer, Puntos de Información a la Mujer, Dirección General de Infancia y Familia, Delegación de Bienestar Social, servicios sociales comunitarios, Equipos de investigación y evaluación de casos de abusos sexuales, Policía, Guardia Civil, hospitales, centros de salud, juzgados, Servicio de Atención a la Víctima de Andalucía, asociaciones, centros cívicos, teléfono de información del Instituto Andaluz de la Mujer (IAM) y Universidad..

El motivo de acudir a los servicios de Amuvi, era la demanda de información o asesoramiento, ayuda psicológica y/o legal por haber sufrido algún tipo de VS.

La recogida de la muestra se realizó entre los años 2002 y 2007.

## **4.3. INSTRUMENTOS.**

El material que se describe a continuación se utilizó con el objetivo de lograr una información útil y fiable (los instrumentos se encuentran en los Anexos).

### **4.3.1. ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA.**

Entrevista semiestructurada de elaboración propia, enfocada para semidirigir el relato de las víctimas. A través de la entrevista se valora si las víctimas cumplen los criterios de inclusión/exclusión para la investigación, se recaban los datos sociodemográficos, los antecedentes de enfermedades o adicciones, los aspectos principales de la agresión, la relación víctima/agresor, el apoyo social o familiar, así como, todos aquellos datos necesarios para cumplimentar el protocolo de variables de la presente investigación.

### **4.3.2. HISTORIALES DE COMPROBACIÓN.**

Bajo esta denominación *historiales de comprobación*, se utilizó la información de los expedientes psicológicos y jurídicos relativos a los casos, así como la información suministrada por la profesional (psicóloga o abogada) conocedora del caso. El objetivo de estos historiales era contrastar el relato de la evaluada con la realidad, y completar aquellos datos que la víctima podía no conocer con exactitud.

### **4.3.3. ESCALA DE GRAVEDAD DE SÍNTOMAS DEL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT).**

Instrumento tipo escala heteroaplicada (Echeburúa et al., 1997), a modo de entrevista estructurada, sensible al cambio terapéutico, que sirve para evaluar los síntomas y la gravedad del TEPT, según los criterios diagnósticos de la DSM-IV (APA, 1994) a la DSM-IV-TR (APA, 2002). Tiene las ventajas de facilitar el diagnóstico desde una perspectiva categorial y cuantificar la severidad del trastorno, al medir cada síntoma según su frecuencia e intensidad. Se consideran de forma conjunta la frecuencia e intensidad de los síntomas, porque existe una correlación elevada entre una y otra cualidad (Echeburúa et al., 1997) y porque se agiliza y facilita la evaluación. La eficacia diagnóstica de esta escala es muy alta (95,45%); la validez y fiabilidad resultan asimismo muy satisfactorias.

La Escala está estructurada en un formato tipo Likert de 0 a 3 puntos, según la frecuencia e intensidad de los síntomas. Consta de 17 ítems, de los que 5 hacen referencia a los síntomas de reexperimentación, 7 a los de evitación y 5 a los de activación.

El rango es de 0 a 51 puntos en la escala global (reexperimentación+evitación+activación); de 0 a 15, en la subescala de reexperimentación; de 0 a 21 en la de evitación; y de 0 a 15 en la de activación. El punto de corte propuesto para detectar la gravedad clínica de este trastorno es de 15 puntos en la escala global. Los puntos de corte sugeridos en cada una de las subescalas parciales son los siguientes: reexperimentación, 5 puntos; evitación, 6 puntos; aumento de la activación, 4 puntos. Los sujetos deben presentar al menos un síntoma de reexperimentación, 3 de evitación y 2 de aumento de la activación, siendo necesario puntuar al menos dos para ser considerado síntoma.

Este instrumento consta además de una subescala complementaria de manifestaciones somáticas de la ansiedad, que se compone de 13 ítems, con una escala tipo Likert de la misma estructura (rango: 0-39).

### **4.3.4. MATERIAL PARA LA RECOGIDA DE LAS VARIABLES.**

Una vez recogidos los datos, para proceder a su codificación y sistematización a efectos de realizar el estudio estadístico, fue necesario elaborar unos protocolos o registros de variables.

## **4.4. DISEÑO.**

El análisis de los 61 casos de VS constituye un estudio analítico observacional de cohorte retrospectivo (Argimon y Jiménez, 2004).

## 4.5. DEFINICIÓN DE VARIABLES.

Para una mejor sistematización del análisis de resultados y redacción del informe, las variables se agruparon en tres categorías que se describen a continuación.

**1.Variables sociodemográficas:** se incluyen las variables relativas a la víctima, entendiendo como tal “sujeto pasivo de la VS”. Se midió la situación de las participantes en el momento de realizar el estudio.

**2.Variables relativas a la VS:** se contemplan tanto las variables relativas al agresor -entendiendo agresor como “sujeto activo de la VS”-, como las variables relativas a los hechos, agresión o abuso, propiamente dichos.

**3.Variables relativas al TEPT:** síntomas del TEPT y gravedad de los mismos, medidos a través de la Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT (Echeburúa et al., 1997).

### 1. Variables sociodemográficas.

1.EDAD ACUDE AMUVI: edad cronológica de la participante cuando acude a la Asociación y se le aplica el estudio.

1. 16-20 años (ambos incluidos).
2. 21-25 años (ambos incluidos).
3. 26-31 años (ambos incluidos).
4. Más de 31 años.

2.EDAD ACUDE AMUVI  $\leq 20$  años/ $>20$  años: edad cronológica de la participante (según grupos A y B) cuando acude a la Asociación y se le aplica el estudio.

1.  $\leq 20$  años (grupo A).
2.  $> 20$  años (grupo B).

3.NIVEL EDUCATIVO: referido al nivel formativo.

1. Estudios primarios completos-incompletos: desde la enseñanza obligatoria, hasta la capacidad de leer y escribir, más una formación básica, pero sin certificado de estudios.
2. Estudios secundarios: Bachillerato, FP, módulos de grado medio o superior.
3. Estudios universitarios: finalizados o en curso.

En la Tabla 42 se establecen las equivalencias según los diferentes planes de estudios.

**Tabla 42. Equivalencia de estudios.**

ACTUALIDAD	ANTERIOR
Primaria	1 a 6° de EGB
Secundaria Obligatoria: Primer Ciclo (1° y 2° de ESO)	7° y 8° de EGB
Secundaria Obligatoria: Segundo Ciclo (3° y 4° de ESO)	1° y 2° de BUP/FP1
Bachillerato (1° y 2° de Bachillerato)	3° BUP y COU/FP2

4. NIVEL SOCIOECONÓMICO: basado en los ingresos de la participante, según el salario mínimo interprofesional, cargas familiares y nivel subjetivo manifestado por la participante.

1. Bajo.
2. Medio.
3. Alto.

5. SITUACIÓN LABORAL:

1. Estudia.
2. Trabajos temporales.
3. Trabajo continuo.
4. Trabajo en el hogar.

6. LUGAR DE RESIDENCIA:

1. Rural: se incluyen los pueblos de menos de 20.000 habitantes.
2. Urbano.

7. PAREJA ESTABLE:

1. Con pareja estable.
2. Sin pareja estable.

8. HISTORIA SEXUAL: experiencia sexual previa a la agresión.

1. Sí: con experiencia sexual previa. Ha tenido contactos sexuales antes de la agresión.
2. No: sin experiencia sexual previa. No ha tenido contactos sexuales antes de la agresión.

## 2. Variables relativas a la VS.

9. FRECUENCIA VS:

1. VP: violencia sexual puntual.
2. VR: violencia sexual reiterada.

10. EDAD VS: edad en que ocurre la VS. En la VR, edad de inicio de los contactos o agresiones físicas

1. Menos de 6 años.
2. 7-15 años.
3. 16-20 años.
4. 21-25 años.
5. 26 o más.

11. EDAD VS (<= 20 años/>20 años): edad en que ocurre la VS según los grupos de edad (A y B).

1.  $\leq 20$  años: menor o igual a 20 años (grupo A).
2.  $>20$  años: mayor de 20 años (grupo B).

12.RELACIÓN VÍCT-AGRESOR: se refiere al grado de conocimiento y tipo de relación que existía entre el agresor y la víctima antes de los hechos.

1. Desconocido: se trata de personas con quienes el primer contacto de la víctima fue el momento de la agresión o poco antes de ésta. Aunque el agresor, posteriormente se identificase en la investigación policial e instrucción judicial, se trataba de un desconocido para la víctima cuando sucedieron los hechos.
2. Poco conocido: el contacto personal entre la víctima y el agresor era superficial y/o casual. Son personas con las que apenas había tratado la víctima antes de la agresión.
3. Conocido: el contacto personal entre la víctima y el agresor no es superficial pero tampoco conviven juntos (relación laboral, compañero de clase, amigo, amigo de los padres, vecino, pareja/ex novio). Aquí se incluyen también familiares no convivientes de la víctima (tíos y otros).
4. Conviviente/familiar: se incluyen padres, padrastros, compañeros de la madre, abuelos y hermanos, en el caso de que convivan con la víctima.

13.ASIMETRÍA EDAD VÍCT-AGRESOR: referida al número de años que hay entre el agresor y la víctima.

1. Menos de 5 años de diferencia.
2. Entre 6 y 11 años de diferencia.
3. Más de doce años de diferencia.
4. No sabe, no contesta: cuando la víctima desconozca completamente al agresor, no pueda identificar ni calcular su edad, y en los historiales de Amuvi de comprobación de datos no consten los datos del agresor -por ser desconocido, o no habersele podido identificar en la instrucción judicial o investigación policial-.

14.NÚMERO DE AGRESORES.

1. Un agresor.
2. Más de un agresor.

15.TIPO VS ACTOS COMETIDOS: referido a actos físicos propiamente dichos.

1. Con penetración anal. Se considera tanto la total como la parcial.
2. Con penetración vaginal. Se considera tanto la total como la parcial.
3. Con penetración oral. Se considera tanto la total como la parcial.
4. Varias formas de penetración.
5. Tocamientos: se refiere a lo que en términos legales se denominan "simples tocamientos" (las caricias, masturbación a

la víctima o hacer que masturbe al agresor y otros actos que no incluyan la penetración).

16. OTROS ACTOS AGRESIVOS: se refiere a actos sobreañadidos al hecho en sí de la VS y a la estrategia seguida por el agresor como: robo, deformación o “marca” posterior, abandonar desnuda a la víctima en un sitio, amenazas posteriores, lesiones sádicas, insultos, orinar, defecar, escupir a la víctima, etc.

1. Sí.
2. No.

17. TIEMPO DESDE VS: referido al tiempo que transcurre desde que tuvo lugar la agresión, hasta el momento de la aplicación de los cuestionarios. En el caso de las víctimas reiteradas se computa desde que finalizó la agresión, es decir desde la última.

1. 1-3 meses.
2. 3-6 meses.
3. 6 meses o más.

18. DURACIÓN VS REITERADA: en el caso de las agresiones puntuales u ocasionales, la variable se ha denominado “no es reiterada”. Este ítem a su vez es el que nos clasifica el grupo experimental en dos subgrupos: puntuales (no reiteradas) y reiteradas. A partir del valor siguiente, las diferentes categorías son aplicables tan sólo al grupo experimental de violencia sexual reiterada; y se refieren al tiempo transcurrido desde que empezaron los actos físicos de abusos (tocamientos, penetración, etc.) hasta que finalizaron. Es decir, el tiempo en que la víctima de VS reiterada está a merced del agresor. La VS puntual se refleja como VP y la reiterada como VR.

1. No es reiterada: son agresiones puntuales, referidas a aquellos actos que se cometen de forma esporádica, no se repiten por parte del agresor a una misma víctima (asaltos callejeros, abusos aislados, etc.). Si hay más de un acto, pero existe un lapso de tiempo grande entre uno y otro, se considera puntual. También es VP cuando son diferentes agresores en dicho lapso de tiempo.
2. Menos de 1 año.
3. 1-5 años.
4. 5 años o más.

19. MEDIO DESARROLLO VS: puede o no coincidir con el lugar de residencia de la víctima.

1. Rural (se incluyen los pueblos de menos de 20.000 habitantes).
2. Urbano.

20. ESTRATEGIAS DEL AGRESOR: son así considerados los mecanismos que el agresor/abusador pone en marcha, para acceder a su víctima, y/o conseguir la posible aceptación y silencio. Cuando son varias estrategias, como sucede en los abusos sexuales reiterados, se

considera la de mayor entidad, en este caso la violencia o intimidación. La categorización de las variables se ha realizado de acuerdo con los conceptos del Código Penal (2008) sobre los delitos de agresión y abuso sexual. En este punto hay que aclarar que la posible aceptación de la víctima, no implica su consentimiento.

1. Engaño y/o seducción: se incluyen también los privilegios, regalos y recompensas de algún tipo.
2. Prevalencia o poder: en el caso de que sea una persona que ocupa esta posición respecto a la víctima (profesor, padre, médico, etc.).
3. Violencia y/o intimidación: el agresor utiliza amenaza o violencia verbal, amenaza con arma, amenaza con objeto o instrumento, o uso de fuerza corporal para llevar a cabo la agresión.

21. ASISTENCIA INSTITUCIONAL RECIBIDA: se entiende como la red de apoyo profesional, cuando han intervenido entidades de respuesta multidisciplinar a la violencia, como la policía o el juzgado (denuncia, ratificaciones, ruedas de reconocimientos, juicios, etc.), el ámbito sanitario (reconocimiento médico de las lesiones), y evaluaciones forenses (toma de muestras, valoración pericial de las lesiones, de su estado psíquico o de la credibilidad de su testimonio). También se incluyen en este apartado, aquellos casos en los que ha habido una intervención de los servicios sociales en casos de protección a la menor por desamparo (con salida del domicilio familiar, ingreso en un centro de protección, etc.). El objetivo de esta variable es poder valorar la victimización secundaria. Si ha sido atendida varias veces o por diferentes servicios, se valora la percepción general de la víctima.

1. Ausente - no ha recibido - no denuncia: cuando no ha recibido asistencia institucional, o sólo ha tenido un asesoramiento o derivación a algún servicio.
2. Presente - adecuada.

22. APOYO FAMILIAR RECIBIDO: hace referencia a la reacción y actuación del entorno referencial de la víctima, al modo de interacción de las personas más significativas para ella (familia, pareja), tanto a nivel cognitivo (interpretaciones sobre los hechos, opiniones, etc.), como comportamental, en la actitud hacia la víctima y el apoyo que le ofrecen. Se valora en el momento de producirse los hechos, o en el caso de las VR, cuando se revela o sale a la luz.

1. Ausente—inadecuado—no lo saben: cuando la familia ignora lo ocurrido, o bien la víctima refiere rechazo, negativismo, culpa, desvalorización o mensajes negativos.
2. Presente—adecuado.

23. CONSECUENCIAS FÍSICAS VS: en los casos en los que existe violencia física, ya sea en la estrategia del agresor o añadida al hecho de la VS. La levedad o gravedad de las lesiones se ha realizado atendiendo a criterios clínicos lesionales y de evaluación forense del daño corporal.

1. No existen o son muy leves: la levedad se entiende en el sentido médico-clínico, no en su valoración médico forense. Entendemos como lesiones leves en general las que no precisan asistencia facultativa, o en todo caso, precisan sólo de una primera cura (limpieza de herida y desinfección, apósito, control del sangrado y otras curas de primera necesidad exclusivamente). Las lesiones más comunes son: arañazos, heridas leves y superficiales o hematomas.
2. No graves: se refiere a la lesiones del apartado anterior, pero de mayor gravedad clínica y repercusión forense. Las lesiones más frecuentes en este apartado son: heridas, esguinces, hematomas intramusculares, etc. También se incluyen en este apartado aquéllas que, aún cuando las consecuencias físicas aunque leves en sí mismas son numerosas, constituyen en conjunto una cierta entidad clínica.
3. Graves: cuando la entidad clínica de la lesión exige tratamiento médico de reposo, escayola, intervenciones quirúrgicas, etc., o bien deja secuelas deformativas o funcionales. Las más frecuentes son: heridas de entidad clínica que afectan a planos musculares profundos, fracturas o fisuras, deformidad del rostro, etc.

### **3. Variables relativas al TEPT.**

24. ESCALA GLOBAL (corte en 15). Intensidad del TEPT. En base al punto de corte (15) se establecen los siguientes valores:

1. Menos de 15.
2. 15 ó más.

25. REEXPERIMENTACIÓN (corte en 5). Intensidad de los síntomas de la subescala reexperimentación. En base al punto de corte (5) se establecen los siguientes valores:

1. Menos de 5.
2. 5 ó más.

26. EVITACIÓN (corte en 6). Intensidad de los síntomas de la subescala evitación. En base al punto de corte (6) se establecen los siguientes valores:

1. Menos de 6.
2. 6 ó más.

27. ACTIVACIÓN (corte en 4). Intensidad de los síntomas de la subescala aumento de activación. En base al punto de corte (4) se establecen los siguientes valores:

1. Menos de 4.
2. 4 ó más.

El resto de las variables que se exponen a continuación se corresponden con los ítems que se recogen en la Escala de Gravedad de síntomas del TEPT (Echeburúa et al., 1997). Estos síntomas

pertenecen a las tres subescalas de reexperimentación, evitación y activación, así como a la escala complementaria de manifestaciones somáticas de la ansiedad en relación con el suceso. Cada uno de los ítems, se numeró según las categorías de frecuencia que establece la Escala de Gravedad utilizada en este estudio:

1. Nada.
2. Una vez por semana o menos/poco.
3. De 2 a 4 veces por semana/bastante.
4. 5 ó mas veces por semana/mucho.

**REEXPERIMENTACIÓN (corte en 5):** Síntomas relativos a la subescala de reexperimentación.

28.RECUERDOS: recuerdos del acontecimiento traumático recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. Corresponde a la pregunta de la Escala: “¿Tiene recuerdos desagradables y recurrentes del suceso, incluyendo imágenes, pensamientos o percepciones?”.

1. Nada.
2. Una vez por semana o menos/poco.
3. De 2 a 4 veces por semana/bastante.
4. 5 ó mas veces por semana/mucho.

29.SUEÑOS: sueños de carácter recurrente psicológico intenso sobre el acontecimiento que provocan malestar. Corresponde a la pregunta de la Escala: “¿Tiene sueños desagradables y repetitivos sobre el suceso?”.

1. Nada.
2. Una vez por semana o menos/poco.
3. De 2 a 4 veces por semana/bastante.
4. 5 ó mas veces por semana/mucho.

30.CONDUCTAS: sensación de revivir la experiencia, realizar conductas o actuar con la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo. Se incluyen ilusiones, alucinaciones, episodios disociativos de *flashback*. Corresponde a la pregunta de la Escala: “¿Realiza conductas o experimenta sentimientos que aparecen como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo?”.

1. Nada.
2. Una vez por semana o menos/poco.
3. De 2 a 4 veces por semana/bastante.
4. 5 ó mas veces por semana/mucho.

31.MALESTAR: malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático. Corresponde a la pregunta de la Escala: “¿Sufre malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso?”.

1. Nada.

2. Una vez por semana o menos/poco.
3. De 2 a 4 veces por semana/bastante.
4. 5 ó mas veces por semana/mucho.

32.REACCIÓN FISIOLÓGICA: respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático. Corresponde a la pregunta de la Escala: “¿Experimenta una reactividad fisiológica al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso?”.

1. Nada.
2. Una vez por semana o menos/poco.
3. De 2 a 4 veces por semana/bastante.
4. 5 ó mas veces por semana/mucho.

**EVITACIÓN (corte en 6):** síntomas relativos a la subescala de evitación.

33.AHUYENTA PENSAMIENTOS: esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático. Corresponde a la pregunta de la Escala: “¿Se ve obligada a realizar esfuerzos para ahuyentar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociadas al suceso?”.

1. Nada.
2. Una vez por semana o menos/poco.
3. De 2 a 4 veces por semana/bastante.
4. 5 ó mas veces por semana/mucho.

34.EVITA ACTIVIDADES: esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma. Corresponde a la pregunta de la Escala: “¿Tiene que esforzarse para evitar actividades, lugares o personas que evocan el recuerdo del suceso?”.

1. Nada.
2. Una vez por semana o menos/poco.
3. De 2 a 4 veces por semana/bastante.
4. 5 ó mas veces por semana/mucho.

35.INCAPAZ DE RECORDAR: incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma. Corresponde a la pregunta de la Escala: “¿Se siente incapaz de recordar alguno de los aspectos importantes del suceso?”.

1. Nada.
2. Una vez por semana o menos/poco.
3. De 2 a 4 veces por semana/bastante.
4. 5 ó mas veces por semana/mucho.

36.DISMINUCIÓN DEL INTERÉS: reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas. Corresponde a la pregunta

de la Escala: “¿Observa una disminución marcada del interés por las cosas o de la participación en actividades significativas?”.

1. Nada.
2. Una vez por semana o menos/poco.
3. De 2 a 4 veces por semana/bastante.
4. 5 ó mas veces por semana/mucho.

37.EXTRAÑEZA CON LOS DEMÁS: sensación de desapego, extrañeza o enajenación con los demás. Corresponde a la pregunta de la Escala: “¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a los demás?”.

1. Nada.
2. Una vez por semana o menos/poco.
3. De 2 a 4 veces por semana/bastante.
4. 5 ó mas veces por semana/mucho.

38.INCAPACIDAD AFECTIVA: restricción de la vida afectiva, no cree posible enamorarse, tener una familia. Corresponde a la pregunta de la Escala: “¿Se siente limitado en la capacidad afectiva (por ejemplo, incapaz de enamorarse, sentir emociones)?”.

1. Nada.
2. Una vez por semana o menos/poco.
3. De 2 a 4 veces por semana/bastante.
4. 5 ó mas veces por semana/mucho.

39.PLANES DE FUTURO NEGATIVOS: no espera obtener un empleo, llevar una vida normal. Corresponde a la pregunta de la Escala: “¿Nota que los planes o esperanzas de futuro han cambiado negativamente como consecuencia del suceso? (ejemplo: hacer una carrera, casarse, tener hijos)”.

1. Nada.
2. Una vez por semana o menos/poco.
3. De 2 a 4 veces por semana/bastante.
4. 5 ó mas veces por semana/mucho.

**ACTIVACIÓN (corte en 4):** síntomas relativos a la subescala de aumento de la activación.

40.INSOMNIO: dificultades para conciliar o mantener el sueño. Corresponde a la pregunta de la Escala: “¿Se siente con dificultad para dormir o mantenerse dormido?”.

1. Nada.
2. Una vez por semana o menos/poco.
3. De 2 a 4 veces por semana/bastante.
4. 5 ó mas veces por semana/mucho.

41.IRA: irritabilidad o ataques de ira. Corresponde a la pregunta de la Escala: “¿Está irritable o tiene explosiones de ira?”.

1. Nada.

2. Una vez por semana o menos/poco.
3. De 2 a 4 veces por semana/bastante.
4. 5 ó mas veces por semana/mucho.

42.CONCENTRACIÓN: dificultades para concentrarse. Corresponde a la pregunta de la Escala: “¿Tiene dificultades de concentración?”.

1. Nada.
2. Una vez por semana o menos/poco.
3. De 2 a 4 veces por semana/bastante.
4. 5 ó mas veces por semana/mucho.

43.ALERTA: hipervigilancia, excesivamente alerta desde el suceso. Corresponde a la pregunta de la Escala: “¿Está usted excesivamente alerta (por ejemplo, se para de repente para ver quien está a su alrededor, etcétera) desde el suceso?”.

1. Nada.
2. Una vez por semana o menos/poco.
3. De 2 a 4 veces por semana/bastante.
4. 5 ó mas veces por semana/mucho.

44.SOBRESALTOS: respuestas exageradas de sobresalto o alarma más fácilmente desde el suceso. Corresponde a la pregunta de la Escala: “¿Se sobresalta o se alarma más fácilmente desde el suceso?”.

1. Nada.
2. Una vez por semana o menos/poco.
3. De 2 a 4 veces por semana/bastante.
4. 5 ó mas veces por semana/mucho.

**ESCALA COMPLEMENTARIA. MANIFESTACIONES SOMÁTICAS DE LA ANSIEDAD:** síntomas relativos a la escala complementaria y las manifestaciones somáticas de la ansiedad en relación con el suceso.

45.DISNEA: respiración entrecortada (disnea) o sensación de ahogo.

1. Nada.
2. Una vez por semana o menos/poco.
3. De 2 a 4 veces por semana/bastante.
4. 5 ó mas veces por semana/mucho.

46.MIGRAÑA: dolores de cabeza.

1. Nada.
2. Una vez por semana o menos/poco.
3. De 2 a 4 veces por semana/bastante.
4. 5 ó mas veces por semana/mucho.

47.TAQUICARDIA: palpitaciones o ritmo cardiaco acelerado.

1. Nada.
2. Una vez por semana o menos/poco.

3. De 2 a 4 veces por semana/bastante.
4. 5 ó mas veces por semana/mucho.

48.DOLOR DE PECHO: dolor o malestar en el pecho.

1. Nada.
2. Una vez por semana o menos/poco.
3. De 2 a 4 veces por semana/bastante.
4. 5 ó mas veces por semana/mucho.

49.SUDORACIÓN.

1. Nada.
2. Una vez por semana o menos/poco.
3. De 2 a 4 veces por semana/bastante.
4. 5 ó mas veces por semana/mucho.

50.MAREOS: mareo, sensación de inestabilidad o desmayo.

1. Nada.
2. Una vez por semana o menos/poco.
3. De 2 a 4 veces por semana/bastante.
4. 5 ó mas veces por semana/mucho.

51.NÁUSEAS: náuseas o malestar abdominal.

1. Nada.
2. Una vez por semana o menos/poco.
3. De 2 a 4 veces por semana/bastante.
4. 5 ó mas veces por semana/mucho.

52.IRREALIDAD: sensación de extrañeza respecto a una misma o de irrealidad.

1. Nada.
2. Una vez por semana o menos/poco.
3. De 2 a 4 veces por semana/bastante.
4. 5 ó mas veces por semana/mucho.

53.PARESTESIAS: entumecimiento o sensación de cosquilleo.

1. Nada.
2. Una vez por semana o menos/poco.
3. De 2 a 4 veces por semana/bastante.
4. 5 ó mas veces por semana/mucho.

54.SOFOCOS: sofocos o escalofríos.

1. Nada.
2. Una vez por semana o menos/poco.
3. De 2 a 4 veces por semana/bastante.
4. 5 ó mas veces por semana/mucho.

55.TEMBLORES: temblores o estremecimientos.

1. Nada.
2. Una vez por semana o menos/poco.

3. De 2 a 4 veces por semana/bastante.
4. 5 ó mas veces por semana/mucho.

56.MIEDO A MORIR.

1. Nada.
2. Una vez por semana o menos/poco.
3. De 2 a 4 veces por semana/bastante.
4. 5 ó mas veces por semana/mucho.

57.MIEDO A LA LOCURA: miedo a volverse loca o a perder el control.

1. Nada.
2. Una vez por semana o menos/poco.
3. De 2 a 4 veces por semana/bastante.
4. 5 ó mas veces por semana/mucho.

#### **4.6. RECOGIDA DE LOS DATOS: APLICACIÓN DE LAS PRUEBAS.**

La recogida de la muestra experimental se realizó como se narra a continuación. Una vez que la víctima acudía a los servicios de Amuvi, se le realizaba la primera atención habitual en el Servicio, consistente en la recogida de datos y la asistencia inicial por parte del equipo multidisciplinar (psicóloga y abogada). Si la usuaria cumplía los criterios de inclusión como participante en el estudio, se le informaba del objeto de la investigación y se solicitaba su consentimiento. Una vez obtenido éste por escrito, se procedía a la recogida de datos relativos a la agresión, a través de la entrevista semiestructurada. Posteriormente, se le aplicaba la Escala de Gravedad de síntomas del TEPT (Echeburúa et al., 1997), acompañando siempre a la participante para resolver las dudas.

Cuando la víctima presentaba un estado emocional desbordado, se le citaba otro día para la aplicación de los instrumentos. Se ha tenido siempre en cuenta la disponibilidad horaria de las participantes y se ha garantizado el anonimato.

La muestra fue recogida a medida que fueron llegando las usuarias a Amuvi, hasta completar el número de personas necesarias para el estudio. Se desecharon 15 casos que no cumplían los criterios de selección.

El trabajo de la recogida de datos y la aplicación de la Escala fue realizado personalmente por la autora de esta tesis, médica especialista en Medicina Legal y Forense, con experiencia en entrevistas y evaluaciones de víctimas de delitos. Para contrastar datos se contó también con la colaboración de la abogada Dña. Pilar Sepúlveda y la psicóloga Dña. Sandra Millán. Se utilizaron también los historiales de las víctimas.

Para terminar, los datos se incluyeron en una base de datos en formato *excel*, dando a cada participante una numeración correlativa.

#### **4.7. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.**

Tras la depuración inicial de los datos, todas las variables cualitativas se describieron con tablas de frecuencias y porcentajes. Estas medidas se determinaron para la muestra completa de VS, y para los grupos independientes de mujeres definidos -tanto por la variable edad VS ( $\leq 20$ / $>20$  años) como por la frecuencia VS (VP/VR)-. El análisis descriptivo se complementó con distintas representaciones gráficas.

Para analizar las relaciones entre variables cualitativas, se realizaron tablas de contingencia y se utilizó la prueba *Chi-Cuadrado*, o bien los *métodos no asintóticos de Montecarlo* y la *prueba Exacta*. La interpretación de las tablas se efectuó mediante los residuos tipificados corregidos.

El estudio estadístico se realizó con el paquete *Spss 17.0* para *Windows*. Con los datos obtenidos se redactó el informe de resultados.

## **5. RESULTADOS**



## **5. RESULTADOS.**

Los resultados del análisis estadístico se exponen en dos grandes grupos:

5.1. Descripción de la muestra de violencia sexual (VS).

5.2. Resultados de inferencia en la muestra.

### **5.1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA DE VS.**

Los datos que se van a comentar a continuación se refieren a las características recogidas en 61 mujeres que han sufrido VS en algún momento de su vida. Esta síntesis de resultados se realiza desde tres puntos de vista diferentes, permitiendo observar diferencias que serán analizadas posteriormente:

- Descripción de la muestra de forma global.
- Descripción de la muestra según la edad en que se sufre la VS, diferenciándola en dos grupos: A y B. Grupo A: cuando la agresión la sufren mujeres de 20 años o menores de esa edad ( $\leq 20$  años). Grupo B: cuando sufren la violencia siendo mayores de 20 años ( $> 20$  años).
- Descripción de la muestra según la frecuencia con la que se ha sufrido la VS: violencia puntual (VP) o violencia reiterada (VR).

#### **5.1.1. MUESTRA GLOBAL.**

Los resultados de este apartado quedan reflejados gráficamente en las Tablas de la 43 a la 49 y en la Figuras de la 13 a la 26.

##### **5.1.1.1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.**

Se describen los resultados según la formulación de variables que aparece en la Tabla 43 y en las Figuras de la 13 a la 18.

**EDAD ACUDE AMUVI y EDAD ACUDE AMUVI  $\leq 20$  años/ $> 20$  años.**

El 27,9% de la muestra acude a la Asociación entre los 16 y los 20 años, el 32,8% entre los 21 y los 25 años, un 16,4% entre los 26 y los 30 años, y el resto, un 23% entre los 31 y los 35 años. Es importante destacar que un 60,7% de la muestra acude a Amuvi entre los 16 y los 25 años y, de otro modo, el 77% de la muestra tiene menos de 30 años en el momento en que acude a la Asociación. Estableciendo un corte para esta edad en los 20 años, se observa que sólo un 28% de la muestra acude a Amuvi antes de los 20 años de edad (Figuras 13 y 14).

**NIVEL SOCIOECONÓMICO.**

Un 72,1%, corresponde a clase media, un 16,4% se clasifica como clase baja y el 11,5 % pertenece a la clase alta. Se observa que la

mayoría de la muestra, un 88,5%, se corresponde con clase media-baja (Figura 15).

#### NIVEL EDUCATIVO.

El 24,6% de la muestra tiene sólo estudios primarios completos o incompletos, un 45,9% posee estudios secundarios, y el 29,5% restante tiene estudios superiores (Figura 16).

#### SITUACIÓN LABORAL.

El 41% de la muestra estudia y el resto se reparte entre trabajos temporales, un 21,3%, trabajo continuo, un 26,2% y un 11,5% que trabaja en el hogar (Figura 17).

#### LUGAR DE RESIDENCIA.

Más de la mitad de la muestra, el 62,3%, procede de un medio urbano y un 37,7% reside en un medio rural (Figura 18).

#### PAREJA ESTABLE

El 44,3% de la muestra tiene pareja estable, mientras que el 55,7% no tiene.

**Tabla 43. Características sociodemográficas de la muestra.**

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>EDAD ACUDE AMUVI</b>		
16-20 años	17	27,9%
21-25 años	20	32,7%
26-31 años	10	16,4%
Más de 31 años	14	23%
<b>EDAD ACUDE AMUVI &lt;=20 años/&gt;20 años</b>		
<=20 años	17	27,90%
>20 años	44	72,10%
<b>NIVEL EDUCATIVO</b>		
Estudios primarios completos-incompletos	15	24,6%
Estudios secundarios	28	45,9%
Estudios universitarios	18	29,5%
<b>NIVEL SOCIOECONÓMICO</b>		
Bajo	9	16,4%
Medio	45	72,1%
Alto	7	11,5%
<b>SITUACIÓN LABORAL</b>		
Estudia	25	41%
Trabajos temporales	13	21,3%
Trabajo continuo	16	26,2%
Trabajo en el hogar	7	11,5%
<b>LUGAR DE RESIDENCIA</b>		
Rural	24	37,3%
Urbano	37	62,3%
<b>PAREJA ESTABLE</b>		
Con pareja estable	27	44,3%
Sin pareja estable	34	55,7%
<b>HISTORIA SEXUAL</b>		
Sí	27	49,2%
No	34	50,8%
<b>Total Muestra</b>	<b>61</b>	

Figura 13

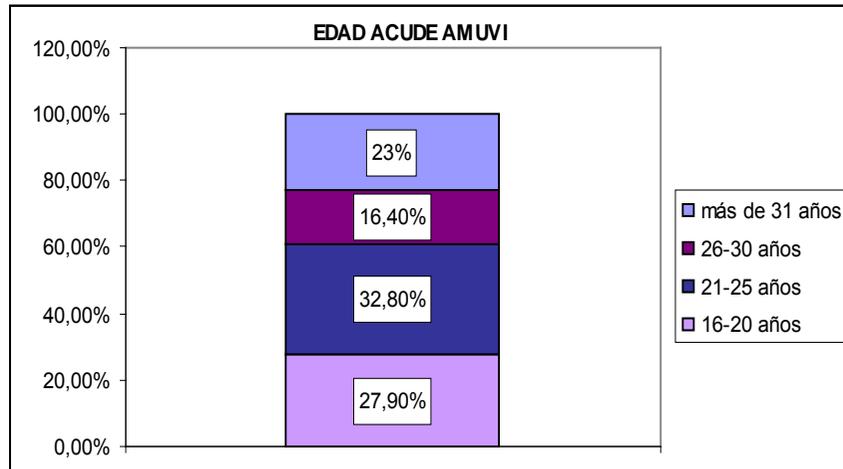


Figura 14

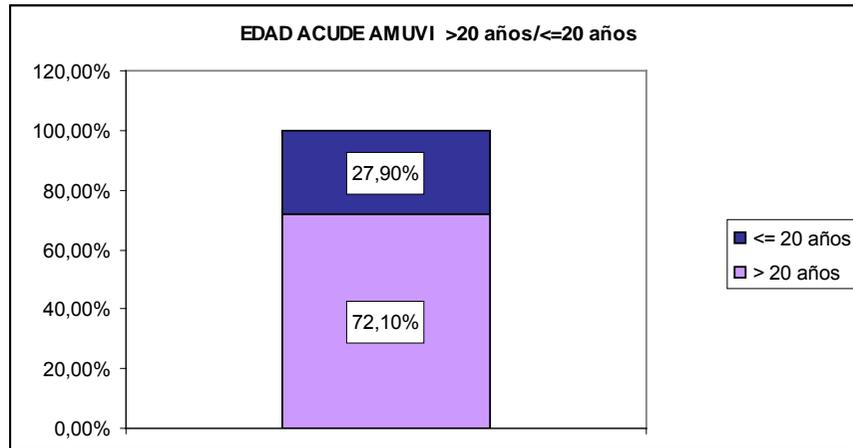


Figura 15

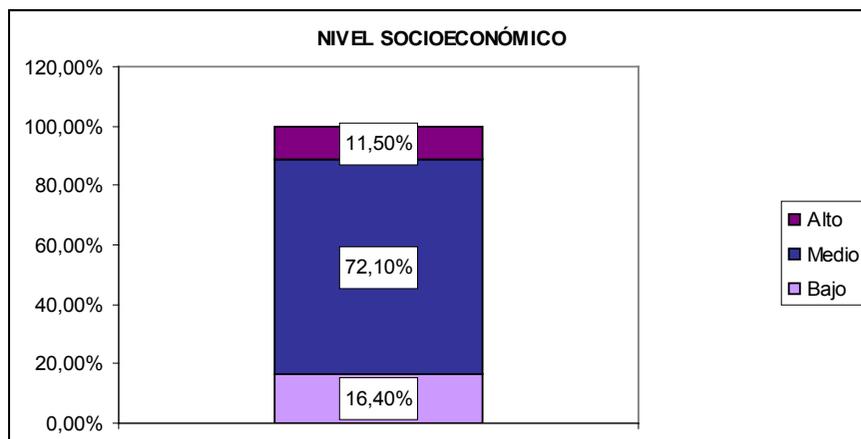


Figura 16

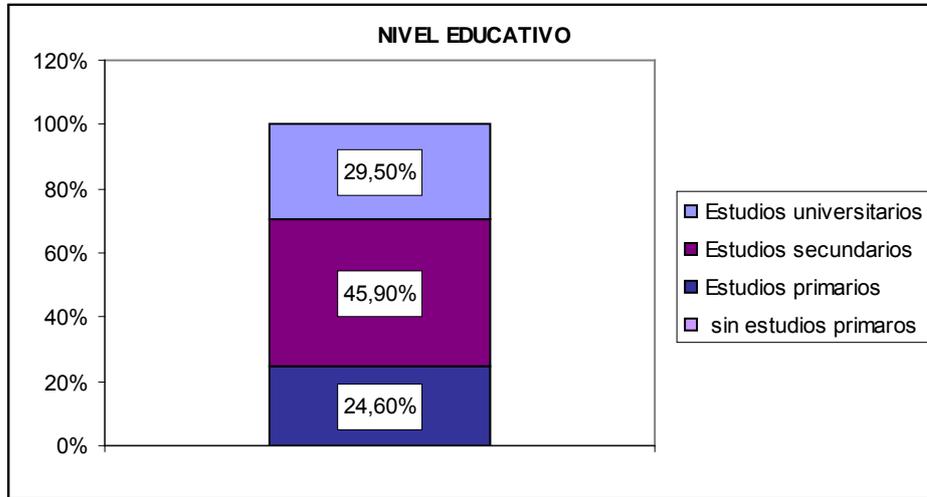


Figura 17

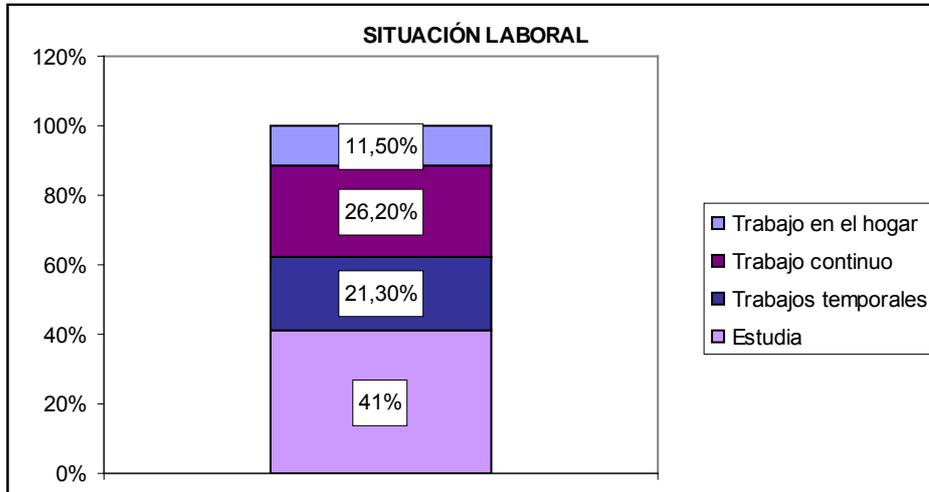
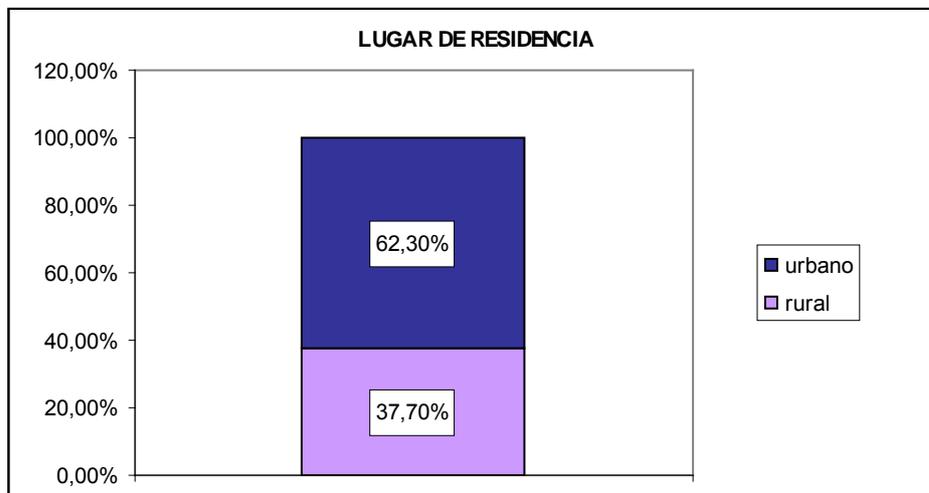


Figura 18



### 5.1.1.2. VARIABLES RELATIVAS A LA VS.

Las variables relativas a la VS que se van a comentar a continuación aparecen representadas en la Tabla 44 y en las figuras 19 a la 22.

#### FRECUENCIA VS.

La manera en que padecieron la agresión sexual las participantes del estudio, establecida como puntual (VP) o reiterada (VR) en el tiempo, se reparte en la misma proporción: un 49,2% la ha vivido de manera aislada o puntual y un 50,8% de manera reiterada (Figura 19).

#### EDAD VS y EDAD VS (<=20años/>20 años).

El 18% de las participantes sufrió la agresión sexual cuando tenían menos de 6 años de edad, el 34,4% entre los 7 y los 15 años, el 18% entre los 16 y los 20 años, el 11,5% entre los 21 y los 25 años, y un 18% con más de 26 años. En los grupos A y B (<=20años/>20 años) se muestra que el 70,5% de las víctimas pertenecen al grupo A, en el momento de sufrir la agresión (Figuras 20 y 21).

#### RELACIÓN VÍCT-AGRESOR.

El 42,6% de las mujeres de la muestra declaran que el agresor es un familiar o alguien que convive con ella, un 36,1% dice que es un conocido, un 6,6% lo define como poco conocido y un 14,8% especifica que es desconocido. Puede afirmarse por tanto que aproximadamente un 80% de la muestra conoce a su agresor.

#### ASIMETRÍA EDAD VÍCT-AGRESOR.

Prácticamente la mitad de la muestra, un 49,2%, afirma tener una diferencia de edad con su agresor de más de 12 años, mientras que un 36,1% dice tener menos de 5 años de diferencia con él. Existe un 9,8% de las mujeres que dice que la diferencia de edad se encuentra entre los 5 y los 12 años, y un 5% no lo sabe o no contesta.

#### Nº AGRESORES.

La mayoría de las mujeres (90,2%) declara haber tenido un único agresor, y sólo un 9,8% especifica que ha tenido más de uno.

#### TIPO VS ACTOS COMETIDOS.

El 41% de la muestra dice haber sufrido sólo penetración vaginal, y un 37,7% sólo tocamientos durante el acto. Un 9,8% de las mujeres ha sufrido varias formas de penetración, un 8,2% solo penetración oral, y un 3,3% solo penetración anal.

#### OTROS ACTOS AGRESIVOS.

El 39,3% de las mujeres de la muestra dice haber soportado otros actos ofensivos violentos en la agresión.

#### TIEMPO DESDE VS.

La mayoría de las mujeres víctimas de violencia sexual, el 70,5%, declara que hace 6 meses o más que sufrió la agresión. Solamente un 9,8% dice que han pasado entre 3 y 6 meses mientras que, un 19,7% dice haber transcurrido entre 1 y 3 meses desde que fue agredida (Figura 22).

#### DURACIÓN VS REITERADA.

En el grupo de mujeres que sufrieron la violencia de manera reiterada, más de la mitad, un 58,1%, declara que ésta se prolongó en el tiempo durante 5 o más años, un 29% dice que la padeció entre 1 y 5 años, y hay un 12,9% que la sufrió durante menos de un año.

#### MEDIO DESARROLLA VS.

El medio en que ocurre el maltrato se reparte de manera semejante entre rural y urbano, un 50,8% frente a un 49,2%, respectivamente.

#### ESTRATEGIAS DEL AGRESOR.

Las tácticas del agresor en la violencia se reparten entre un 34,4% que utiliza engaño y/o seducción, un 50,8% que emplea violencia y/o intimidación, y el 9% que se sirve de prevalencia o poder.

#### ASISTENCIA INSTITUCIONAL RECIBIDA.

El 41% de las mujeres víctimas de violencia sexual de la muestra dice haber recibido un apoyo institucional adecuado ante la agresión, mientras que el resto, un 59%, o no lo tuvo, o no había cursado denuncia.

#### APOYO FAMILIAR RECIBIDO.

La mitad de las mujeres de la muestra, el 50,8%, afirma haber tenido apoyo familiar ante el maltrato, mientras que un 49,2% mantiene que la asistencia fue inadecuada o que la familia desconocía el hecho.

#### CONSECUENCIAS FÍSICAS VS.

El 86,9% de la muestra dice que no ha tenido, han sido muy leves o no han sido graves las secuelas físicas de la violencia sufrida, y sólo un 13,1% declara que ha tenido consecuencias físicas graves.

TABLA 44. Variables de la VS.

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>FRECUENCIA VS</b>		
VP	30	49,2%
VR	31	50,8%
<b>EDAD VS</b>		
Menos de 6 años	11	18%
7-15 años	21	34,4%
16-20 años	11	18%
21-25 años	7	11,5%
26 o más	11	18%
<b>EDAD VS &lt;=20años/&gt;20años</b>		
<=20 años	43	70,5%
>20 años	18	29,5%
<b>RELACIÓN VÍCT-AGRESOR</b>		
Desconocido	9	14,8%
Poco conocido	4	6,6%
Conocido	22	36,1%
Conviviente/familiar	26	42,6%
<b>ASIMETRÍA EDAD VÍCT-AGRESOR</b>		
Menos de 5 años de diferencia	22	37,9%
Entre 6 y 11 años de diferencia	6	9,8%
Más de 12 años	30	51,7%
No sabe/no contesta	3	4,9%
<b>Nº AGRESORES</b>		
Un agresor	55	90,2%
Más de un agresor	6	9,8%
<b>TIPO VS ACTOS COMETIDOS</b>		
Con penetración anal	2	3,3%
Con penetración vaginal	25	41%
Con penetración oral	5	8,2%
Varias formas de penetración	6	9,8%
Tocamientos	23	37,7%
<b>OTROS ACTOS AGRESIVOS</b>		
Sí	24	39,3%
No	37	60,7%
<b>TIEMPO DESDE VS</b>		
1-3 meses	12	19,7%
3-6 meses	6	9,8%
6 meses o más	43	70,5%
<b>DURACIÓN VS REITERADA</b>		
No es reiterada	30	49,2%
Menos de un año	4	6,6%
1-5 años	9	14,8%
5 años o más	18	29,5%
<b>MEDIO DESARROLLA VS</b>		
Rural	31	50,8%
Urbano	30	49,2%
<b>ESTRATEGIAS DEL AGRESOR</b>		
Engaño y/o seducción	21	34,4%
Prevalencia o poder	9	14,8%
Violencia y/o intimidación	31	50,8%
<b>ASISTENCIA INSTITUCIONAL RECIBIDA</b>		
Ausente-no ha recibido-no denuncia	36	59%
Presente-adequado	25	41%
<b>APOYO FAMILIAR RECIBIDO</b>		
Ausente-	30	49,2%
Presente	31	50,8%
<b>CONSECUENCIAS FÍSICAS VS</b>		
No existen o muy leves	34	55,7%
No graves	19	31,1%
Graves	8	13,1%

Figura 19

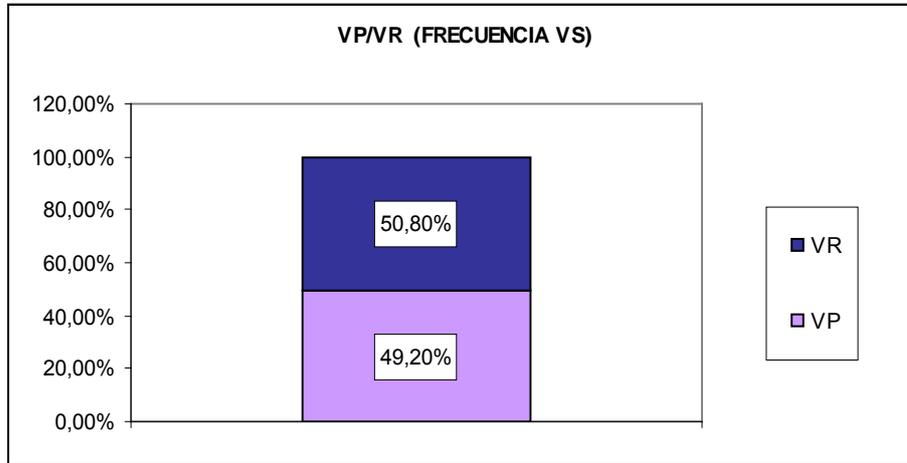


Figura 20

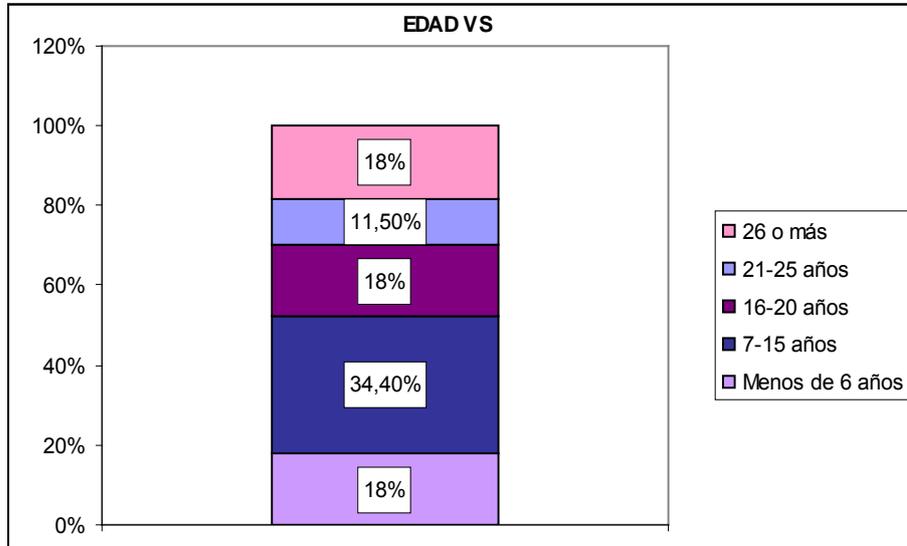


Figura 21

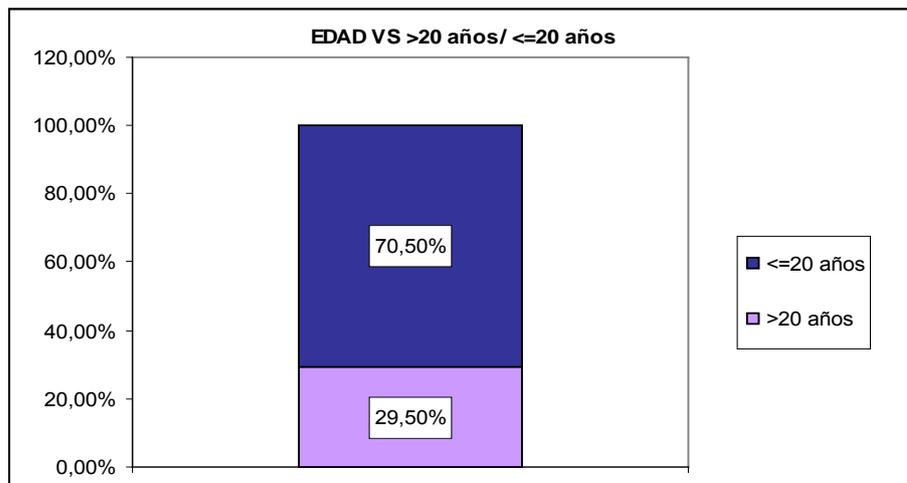
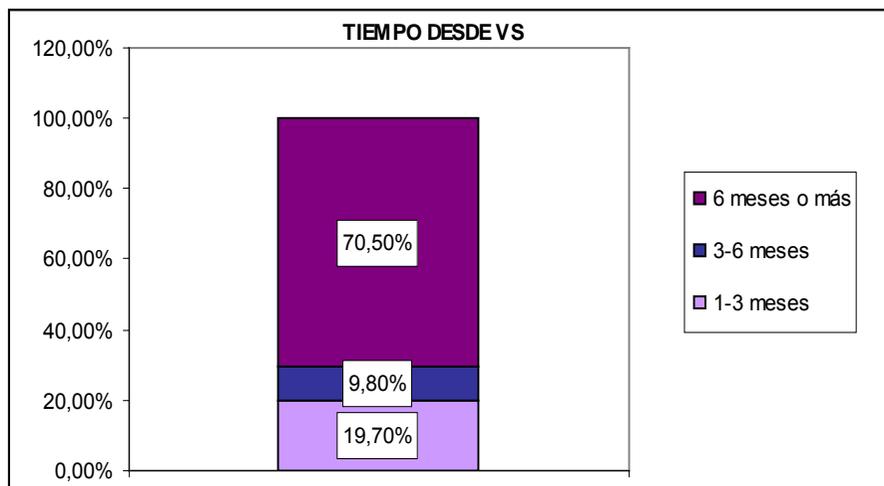


Figura 22



### 5.1.1.3. VARIABLES RELATIVAS AL TEPT.

Las características del TEPT se exponen a continuación, y quedan reflejadas en la Tabla 45 y en las Figuras 23 a la 26.

**ESCALA GLOBAL** (corte en 15).

El 85,2% de las participantes muestra una puntuación de 15 o más, frente a un 14,8% con menos de 15 (Figura 23).

**REEXPERIMENTACIÓN** (corte en 5).

El 78,7% de las mujeres víctimas de violencia sexual presenta una puntuación de 5 o más frente a un 21,3% con menos de 5 (Figura 24).

**EVITACIÓN** (corte en 6).

Un 70,5% de la muestra tiene una puntuación de 6 o más frente a un 29,5% con menos de 6 (Figura 25).

**ACTIVACIÓN** (corte en 4).

El 90,2% de las mujeres expresan sobre activación con una puntuación de 4 o más frente a un 9,8% con menos de 4 (Figura 26).

**TABLA 45. Variables del TEPT.**

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>ESCALA GLOBAL</b> (corte en 15)		
Menos de 15	9	14,8%
15 o más	52	85,2%
<b>REEXPERIMENTACIÓN</b> (corte en 5)		
Menos de 5	13	21,3%
5 o más	48	78,7%
<b>EVITACIÓN</b> (corte en 6)		
Menos de 6	18	29,5%
6 o más	43	70,5%
<b>ACTIVACIÓN</b> (corte en 4)		
Menos de 4	6	9,8%
4 o más	55	90,2%

Figura 23

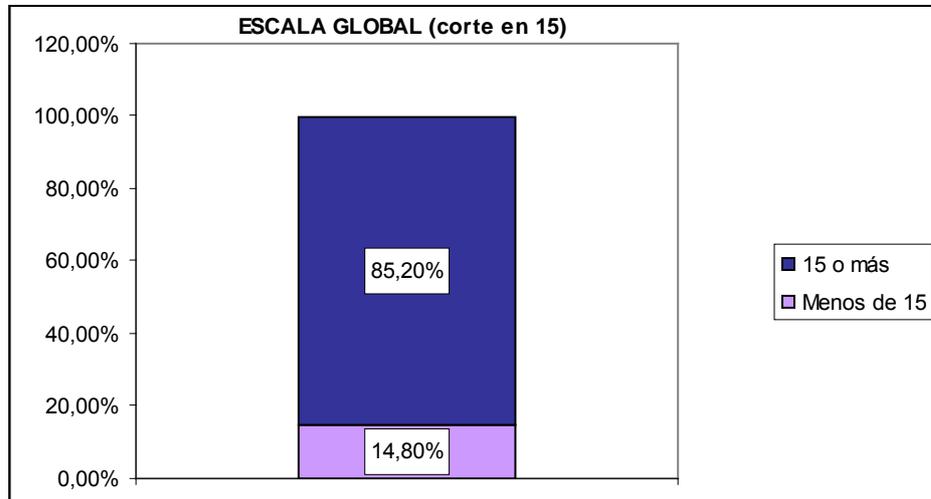


Figura 24

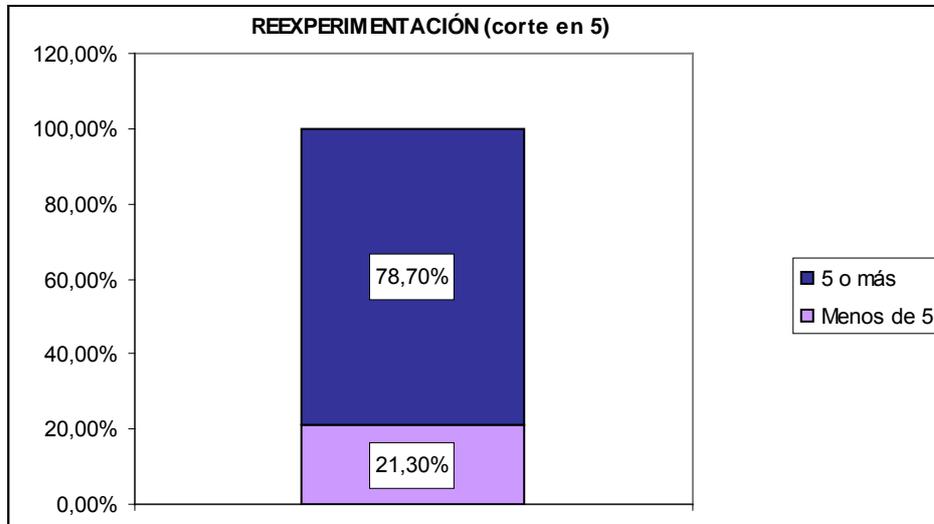


Figura 25

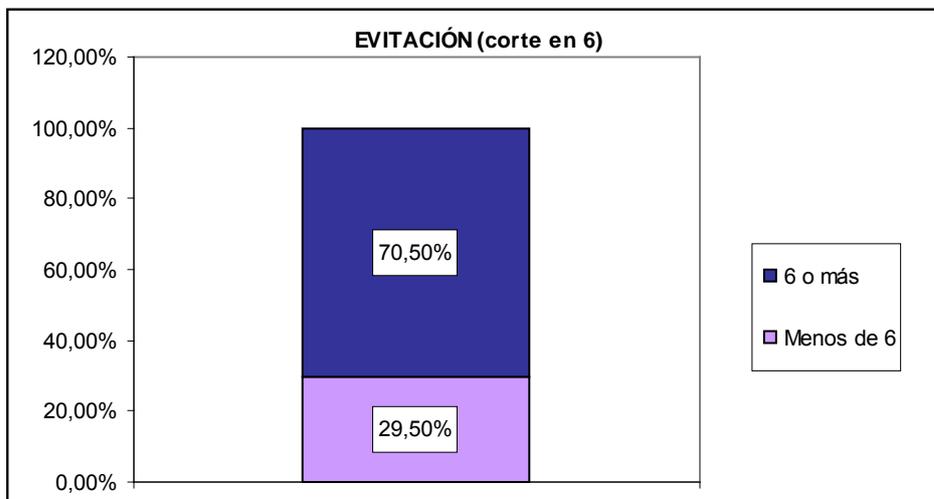
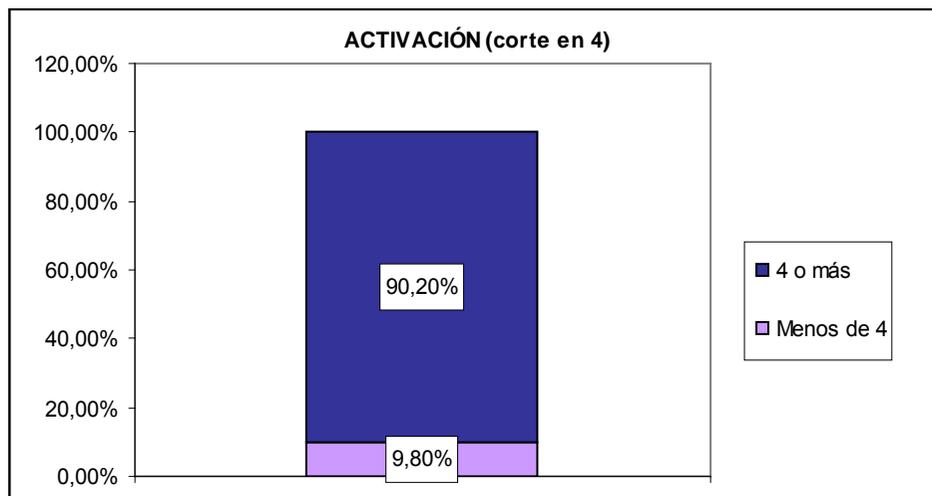


Figura 26



Analizamos ahora para cada subescala, los síntomas del TEPT más frecuentes (*bastante o mucho*), en las mujeres víctimas de VS de nuestra muestra.

#### SÍNTOMAS DE REEXPERIMENTACIÓN.

Los *recuerdos del trauma* se presentan bastante o mucho en el 70,4% de las mujeres, el *malestar psicológico* en el 59% de ellas, y la *reacción fisiológica* aparece en un 52,5%. Con menor frecuencia aparecen los síntomas de los *sueños*, en un 31,2%, y las *conductas* en el 37,7% (Tabla 46).

#### SÍNTOMAS DE EVITACIÓN.

El 60,6% de las mujeres de la muestra *ahuyenta pensamientos* bastante o mucho, el 55,7% *evita actividades*, el trauma origina *disminución del interés* en el 42,7% de ellas y provoca *extrañeza en las relaciones con los demás* en un 50,8%. Los síntomas menos frecuentes son la *incapacidad afectiva* que aflora en el 34,4% de la muestra, la *visión de planes de futuro negativos*, presente en un 37,7% de estas mujeres y la *incapacidad para recordar el trauma* que se produce en un 18% de la muestra (Tabla 47).

#### SÍNTOMAS DE ACTIVACIÓN.

El *insomnio* aparece en el 44,3% de las mujeres, la *ira* y la *alerta* la padecen con la misma frecuencia, el 57,4%, la *concentración* sucede en el 65,6% de la muestra y el 55,8% de las mujeres presenta bastante o muchos *sobresaltos* (Tabla 48).

#### SÍNTOMAS DE ESCALA COMPLEMENTARIA. MANIFESTACIONES SOMÁTICAS DE LA ANSIEDAD.

Los síntomas que aparecen con menos frecuencia son: *disnea*, en un

24,6% de las mujeres, la *migraña* la padece un 37,7%, la *taquicardia* y las *náuseas* un 34,4% ambos, *dolor de pecho* y *sudoración*, un 21,3% ambos, un 26,2% presenta *mareos*, un 29,5% *irrealidad*, *parestesias* el 13%, el 24,6% tiene *sofocos*, el 27,9% *temblores*, un 37,7% dice tener *miedo a morir* y un 47,6% indica *miedo a la locura* (Tabla 49).

Tabla 46. Síntomas de Reexperimentación.

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>RECUERDOS</b>		
Nada	4	6,6%
Una vez por semana o menos/poco	14	23%
De 2 a 4 veces por semana/bastante	24	39,3%
5 o más veces por semana/mucho	19	31,1%
<b>SUEÑOS</b>		
Nada	25	41%
Una vez por semana o menos/poco	17	27,9%
De 2 a 4 veces por semana/bastante	14	23%
5 o más veces por semana/mucho	5	8,2%
<b>CONDUCTAS</b>		
Nada	23	37,7%
Una vez por semana o menos/poco	15	24,6%
De 2 a 4 veces por semana/bastante	18	29,5%
5 o más veces por semana/mucho	5	8,2%
<b>MALESTAR</b>		
Nada	6	9,8%
Una vez por semana o menos/poco	19	31,1%
De 2 a 4 veces por semana/bastante	21	34,4%
5 o más veces por semana/mucho	15	24,6%
<b>REACCIÓN FISIOLÓGICA</b>		
Nada	14	23%
Una vez por semana o menos/poco	15	24,6%
De 2 a 4 veces por semana/bastante	20	32,8%
5 o más veces por semana/mucho	12	19,7%

Tabla 47. Síntomas de Evitación.

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>INSOMNIO</b>		
Nada	18	29,5%
Una vez por semana o menos/poco	16	26,2%
De 2 a 4 veces por semana/bastante	14	23%
5 o más veces por semana/mucho	13	21,3%
<b>IRA</b>		
Nada	15	24,6%
Una vez por semana o menos/poco	11	18%
De 2 a 4 veces por semana/bastante	15	24,6%
5 o más veces por semana/mucho	20	32,8%
<b>CONCENTRACIÓN</b>		
Nada	7	11,5%
Una vez por semana o menos/poco	14	23%
De 2 a 4 veces por semana/bastante	27	44,3%
5 o más veces por semana/mucho	13	21,3%
<b>ALERTA</b>		
Nada	11	18%
Una vez por semana o menos/poco	15	24,6%
De 2 a 4 veces por semana/bastante	14	23%
5 o más veces por semana/mucho	21	34,4%
<b>SOBRESALTOS</b>		
Nada	8	13,1%
Una vez por semana o menos/poco	19	31,1%
De 2 a 4 veces por semana/bastante	20	32,8%
5 o más veces por semana/mucho	14	23%

Tabla 48. Síntomas de aumento de Activación.

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>AHUYENTA PENSAMIENTOS</b>		
Nada	11	18%
Una vez por semana o menos/poco	13	21,3%
De 2 a 4 veces por semana/bastante	24	39,3%
5 o más veces por semana/mucho	13	21,3%
<b>EVITA ACTIVIDADES</b>		
Nada	13	21,3%
Una vez por semana o menos/poco	14	23%
De 2 a 4 veces por semana/bastante	19	31,3%
5 o más veces por semana/mucho	15	24,6%
<b>INCAPAZ DE RECORDAR</b>		
Nada	36	59%
Una vez por semana o menos/poco	14	23%
De 2 a 4 veces por semana/bastante	11	18%
5 o más veces por semana/mucho	0	0%
<b>DISMINUCIÓN DEL INTERÉS</b>		
Nada	18	29,5%
Una vez por semana o menos/poco	17	27,9%
De 2 a 4 veces por semana/bastante	14	23%
5 o más veces por semana/mucho	12	19,7%
<b>EXTRAÑEZA CON LOS DEMÁS</b>		
Nada	18	29,5%
Una vez por semana o menos/poco	12	19,7%
De 2 a 4 veces por semana/bastante	19	31,1%
5 o más veces por semana/mucho	12	19,7%
<b>INCAPACIDAD AFECTIVA</b>		
Nada	26	42,6%
Una vez por semana o menos/poco	14	23%
De 2 a 4 veces por semana/bastante	11	18%
5 o más veces por semana/mucho	10	16,4%
<b>PLANES DE FUTURO NEGATIVOS</b>		
Nada	24	39,3%
Una vez por semana o menos/poco	14	23%
De 2 a 4 veces por semana/bastante	13	21,3%
5 o más veces por semana/mucho	10	16,4%

**Tabla 49. Síntomas de la Escala Complementaria. Manifestaciones somáticas de la ansiedad.**

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>DISNEA</b>		
Nada	27	44,3%
Una vez por semana o menos/poco	19	31,1%
De 2 a 4 veces por semana/bastante	8	13,1%
5 o más veces por semana/mucho	7	11,5%
<b>MIGRAÑA</b>		
Nada	31	50,8%
Una vez por semana o menos/poco	7	11,5%
De 2 a 4 veces por semana/bastante	17	27,9%
5 o más veces por semana/mucho	6	9,8%
<b>TAQUICARDIA</b>		
Nada	20	32,8%
Una vez por semana o menos/poco	20	32,8%
De 2 a 4 veces por semana/bastante	16	26,2%
5 o más veces por semana/mucho	5	8,2%
<b>DOLOR DE PECHO</b>		
Nada	34	55,7%
Una vez por semana o menos/poco	14	23%
De 2 a 4 veces por semana/bastante	11	18%
5 o más veces por semana/mucho	2	3,3%
<b>SUDORACIÓN</b>		
Nada	33	54,1%
Una vez por semana o menos/poco	15	24,6%
De 2 a 4 veces por semana/bastante	12	19,7%
5 o más veces por semana/mucho	1	1,6%
<b>MAREOS</b>		
Nada	32	52,5%
Una vez por semana o menos/poco	13	21,3%
De 2 a 4 veces por semana/bastante	13	21,3%
5 o más veces por semana/mucho	3	4,9%
<b>NAÚSEAS</b>		
Nada	31	50,8%
Una vez por semana o menos/poco	12	19,7%
De 2 a 4 veces por semana/bastante	11	18%
5 o más veces por semana/mucho	7	11,5%
<b>IRREALIDAD</b>		
Nada	22	36,1%
Una vez por semana o menos/poco	18	29,5%
De 2 a 4 veces por semana/bastante	11	18%
5 o más veces por semana/mucho	10	16,4%
<b>PARESTESIAS</b>		
Nada	41	67,2%
Una vez por semana o menos/poco	12	19,7%
De 2 a 4 veces por semana/bastante	8	13,1%
5 o más veces por semana/mucho	0	0%
<b>SOFOCOS</b>		
Nada	32	52,5%
Una vez por semana o menos/poco	14	23%
De 2 a 4 veces por semana/bastante	13	21,3%
5 o más veces por semana/mucho	2	3,3%
<b>TEMBLORES</b>		
Nada	31	50,8%
Una vez por semana o menos/poco	13	21,3%
De 2 a 4 veces por semana/bastante	10	16,4%
5 o más veces por semana/mucho	7	11,5%
<b>IEDO A MORIR</b>		
Nada	26	42,6%
Una vez por semana o menos/poco	12	19,7%
De 2 a 4 veces por semana/bastante	10	16,4%
5 o más veces por semana/mucho	13	2,3%
<b>IEDO A LA LOCURA</b>		
Nada	21	34,4%
Una vez por semana o menos/poco	11	18%
De 2 a 4 veces por semana/bastante	14	23%
5 o más veces por semana/mucho	15	24,6%

A continuación se resume la sintomatología postraumática por orden de mayor a menor prevalencia, según las diferentes escalas:

**REEXPERIMENTACIÓN:**

1. Recuerdos del trauma: 70,4%.
2. Malestar psicológico: 59%.
3. Reacción fisiológica: 52,5%.
4. Conductas: 37,7%.
5. Sueños: 31,2%.

**EVITACIÓN:**

1. Ahuyenta pensamientos: 60,6%.
2. Evita actividades: 55,7%.
3. Extrañeza en las relaciones con los demás: 50,8%.
4. Disminución del interés: 42,7%.
5. Visión de planes de futuro negativos: 37,7%.
6. Incapacidad afectiva: 34,4%.
7. Incapacidad para recordar el trauma: 18%.

**ACTIVACIÓN:**

1. Concentración: 65,6%.
2. Ira: 57,4%.
3. Alerta: 57,4%.
4. Sobresaltos: 55,8%.
5. Insomnio: 44,3%.

**COMPLEMENTARIA:**

1. Miedo a la locura: 47,6%.
2. Miedo a morir: 37,7%.
3. Migraña: 37,7%.
4. Taquicardia: 34,4%.
5. Náuseas: 34,4%.
6. Irrealidad: 29,5%.
7. Temblores: 27,9%.
8. Mareos: 26,2%.
9. Disnea: 24,6%.
10. Sofocos: 24,6%.
11. Dolor de pecho: 21,3%.
12. Sudoración: 21,3%.
13. Parestesias: 13%.

**5.1.2. MUESTRA SEGÚN EDAD VS: <=20 AÑOS/>20 AÑOS.**

Se describen las características recogidas en cada uno de los dos grupos A y B (<=20 años y >20 años, respectivamente) en las Tablas de la 50 a la 56 y en las Figuras de la 27 a la 43.

### 5.1.2.1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.

Las variables sociodemográficas según edad VS:  $\leq 20$  años/ $> 20$  años, se exponen a continuación en la Tabla 50 y en la Figura 27.

EDAD ACUDE AMUVI y EDAD ACUDE AMUVI  $\leq 20$  años/ $> 20$  años.  
El 77,8% de las mujeres del grupo B, acudieron a la Asociación entre los 21 y los 30 años de edad mientras que el resto, un 22,2%, fueron a Amuvi entre los 31 y los 35 años. De las mujeres del grupo A, un 39,5% declaró en Amuvi entre los 16 y los 20 años; asimismo, el 30,2% de estas mujeres acudió a la Asociación entre los 21 y 25 años, un 23,3% después de los 30 años de edad, y sólo un 7% lo hizo entre los 26 y 30 años.

#### NIVEL EDUCATIVO.

La distribución del nivel educativo es similar en ambos grupos de mujeres, sobresaliendo las mayores frecuencias en estudios secundarios, bachiller o FP, donde el 48,8% de las mujeres son del grupo B, frente al 38,9% que pertenece al grupo A. Las frecuencias más bajas se obtienen en estudios primarios completos o incompletos, con un 27,8% en el grupo A, frente a un 23,3% en el grupo B.

#### NIVEL SOCIOECONÓMICO.

Las frecuencias mayores aparecen en el nivel medio, con un 66,7% en las mujeres agredidas del grupo B, y un 74,4% en las que padecieron el maltrato con 20 años o menos (grupo A). Los niveles bajo y alto presentan diferencias en su distribución. El nivel bajo se refleja en un 5,6% en el grupo B frente a un 20,9% en el segundo, mientras que el nivel alto se presenta en un 27,8% y un 4,7%, respectivamente.

#### SITUACIÓN LABORAL.

El 27,8% de la muestra de mujeres víctimas de violencia sexual después de los 20 años de edad estudia, mientras que en el grupo de las víctimas del grupo A estudia el 46%. El trabajo continuo prevalece en el primer grupo, con un 44,4%, mientras que en el segundo hay un 18,6% que lo realiza. El resto se reparte entre trabajos temporales, 16,7% frente al 23,3% del grupo A, y trabajo en el hogar, prácticamente 11% en ambos grupos.

#### LUGAR DE RESIDENCIA.

Los medios rural y urbano se distribuyen análogamente entre las agredidas de ambos grupos. Más de la mitad de la muestra, el 66,7% en el grupo B de mujeres de la muestra, y el 60,5% del grupo A, reside en un medio urbano y el resto, un 33,3% frente a un 39,5%, respectivamente, lo hace en un medio rural.

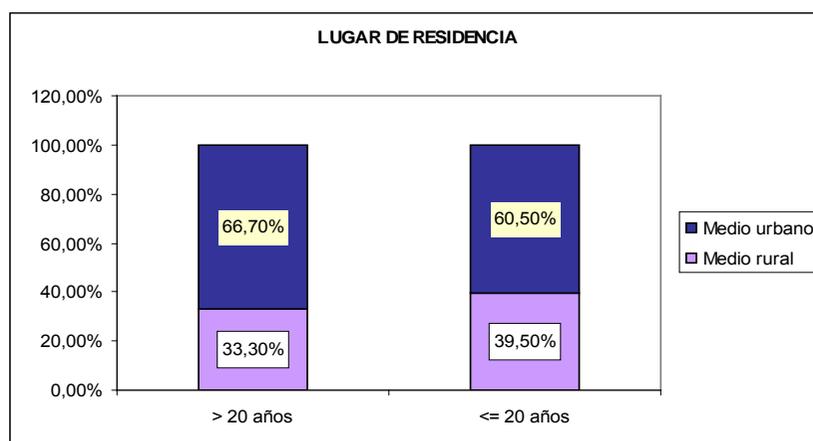
#### PAREJA ESTABLE.

La distribución de pareja estable es semejante en ambos grupos de estudio: el 44% tiene pareja estable y el 56% se encuentra sin ella.

Tabla 50. Variables sociodemográficas según edad VS: &lt;= 20 años/ &gt;20 años.

EDAD VS	VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
	<b>EDAD ACUDE AMUVI</b>		
> 20 años	16-20 años	0	0%
	21-25 años	7	38,9%
	26-31 años	7	38,9%
	Más de 31 años	4	22,2%
<= 20 años	16-20 años	17	39,5%
	21-25 años	13	30,2%
	26-31 años	3	7%
	Más de 31 años	10	23,3%
	<b>NIVEL EDUCATIVO</b>		
> 20 años	Estudios primarios completos-incompletos	5	27,8%
	Estudios secundarios	7	38,9%
	Estudios universitarios	6	33,3%
<= 20 años	Estudios primarios completos-incompletos	10	23,3%
	Estudios secundarios	21	48,8%
	Estudios universitarios	12	27,9%
	<b>NIVEL SOCIOECONÓMICO</b>		
> 20 años	Bajo	1	5,6%
	Medio	12	66,7%
	Alto	5	27,8%
<= 20 años	Bajo	9	20,9%
	Medio	32	74,4%
	Alto	2	4,7%
	<b>SITUACIÓN LABORAL</b>		
> 20 años	Estudia	5	27,8%
	Trabajos temporales	3	16,7%
	Trabajo continuo	8	44,4%
	Trabajo en el hogar	2	11,1%
<= 20 años	Estudia	20	46,5%
	Trabajos temporales	10	23,3%
	Trabajo continuo	8	18,6%
	Trabajo en el hogar	5	11,6%
	<b>LUGAR DE RESIDENCIA</b>		
> 20 años	Rural	6	33,3%
	Urbano	12	66,7%
<= 20 años	Rural	17	39,5%
	Urbano	26	60,5%
	<b>PAREJA ESTABLE</b>		
> 20 años	Con pareja estable	8	44,4%
	Sin pareja estable	10	55,6%
<= 20 años	Con pareja estable	19	44,2%
	Sin pareja estable	24	55,8%
	<b>HISTORIA SEXUAL</b>		
> 20 años	Sí	1	5,6%
	No	18	94,4%
<= 20 años	Sí	30	69,8%
	No	13	30,2%

Figura 27



### 5.1.2.2. VARIABLES RELATIVAS A LA VS.

Las características sobre VS según edad VS:  $\leq 20$  años/ $>20$  años, se resumen en la Tabla 51 y en las Figuras de la 28 a la 39.

#### FRECUENCIA VS.

La forma en que padecieron la agresión sexual las participantes del estudio, *puntual* o *reiterada* en el tiempo, muestra resultados claramente diferentes en los dos grupos de edad: mientras que las mujeres del grupo B sufrieron mayoritariamente la violencia de manera puntual, un 94,4% frente a sólo un 5,6% de violencia reiterada, a las mujeres del grupo A les sucede justo lo contrario, la mayoría sufrió la agresión de manera reiterada, el 69,8% de los casos frente a un 30,2% de violencia puntual (Figura 28).

#### EDAD VS.

Dentro del grupo igual o menores de 20 años en el momento de sufrir la agresión (grupo A), la edad más frecuente (48,8%) es entre los 7-15 años, manteniendo la misma proporción (25,6%) las *menores de 6 años* y el intervalo de edad entre 16-20 años. En el grupo de mayores de 20 años (grupo B) la edad más frecuente se muestra *a partir de los 26 años*, con un 61,1% (Figura 29).

#### RELACIÓN VICT-AGRESOR.

La mayor diferencia entre las mujeres del grupo B y las del grupo A, ocurre cuando el agresor es un *conviviente o familiar*, un 11,1% en el primer grupo frente a un 55,8% en el segundo ( $\leq 20$  años). También existen diferencias cuando el agresor es un *desconocido*, un 33,3% frente a un 7%, o bien *poco conocido*, un 16,7% frente a un 2,3% (grupos B y A, respectivamente) Cuando el agresor es un *conocido*, las proporciones son prácticamente las mismas, un 38,9% frente a un 34,9%, respectivamente (Figura 30).

#### ASIMETRÍA EDAD VICT-AGRESOR.

Mientras que, en las agredidas después de los 20 años de edad hay un 72,2% que responde *menos de 5 años* de diferencia y un 22,2% que indica *más de 12 años*, en el segundo grupo ( $\leq 20$  años), hay un 20,9% frente a un 60,5%, respectivamente (Figura 31).

#### Nº AGRESORES.

En los dos grupos de mujeres prevalece *un sólo agresor* sobre varios, aunque se observa un porcentaje más alto en *más de un agresor* en el grupo B frente al grupo A (16,7% y 7%, respectivamente).

#### TIPO VS ACTOS COMETIDOS.

La *penetración anal o vaginal* se observa en la misma proporción (44%) en ambos grupos de mujeres; en cambio, la *penetración oral* y las *diversas formas de penetración* presentan un porcentaje mayor en el grupo A que en el grupo B, 20,9% frente a 11,2%; los *tocamientos*

predominan en las mujeres del grupo B, frente a las que fueron agredidas con 20 años o menos, con porcentajes de un 44,4% frente a un 34,9%, respectivamente (Figura 32).

#### OTROS ACTOS AGRESIVOS.

Se observa un porcentaje mayor de *otros actos agresivos* además de la violencia sexual en el grupo B frente al A, un 55,6% frente a un 32,6%.

#### TIEMPO DESDE VS.

El tiempo que ha transcurrido desde el momento de la agresión es muy diferente en los dos grupos. La mitad de las mujeres agredidas del grupo B declaran que la agresión ha sido muy reciente, entre el *mes* y los *3 meses* anteriores, un 44,4% dice que hace *6 meses o más* y sólo un 5,6% expresa que hace *entre 3 y 6 meses* del maltrato. Respecto a las agredidas DE  $\leq 20$  años, el 81,4% de ellas, expone que hace 6 meses o más que sucedieron los hechos, un 11,6% dice que ha pasado entre 3 y 6 meses, y el 7% declara que entre 1 y 3 meses (Figura 33).

#### DURACIÓN VS REITERADA.

En las mujeres de los dos grupos en que la violencia se desarrolló de manera reiterada, se distinguen diferencias en su duración. Mientras en el grupo B sólo hay una mujer que declara que el maltrato repetido duró *menos de 1 año*, el 41,9% de las mujeres agredidas del grupo A, dice que la violencia duró *5 o más años*, un 20,9% explica que *entre 1 y 5 años* y sólo un 7% expresa que duró menos de 1 año (Figura 34).

#### MEDIO DESARROLLA VS.

El medio en el que sucede el maltrato se reparte por igual entre rural y urbano, en los dos grupos de edad un 50% (Figura 35).

#### ESTRATEGIAS DEL AGRESOR.

Las diferencias más destacables en los dos grupos de edad suceden en la *violencia y/o intimidación*, un 83,3% en las agredidas del grupo B, frente a 37,2% en las agredidas del grupo A; y en el *engaño y/o seducción*, un 5,6% frente a un 46,5%, respectivamente, siendo semejantes los porcentajes en la *prevalencia o poder* (Figura 36).

#### ASISTENCIA INSTITUCIONAL RECIBIDA.

El 40% de las mujeres víctimas de violencia sexual en ambos grupos de edad, expresan haber recibido un apoyo institucional adecuado ante la agresión; mientras que un 60% o no lo tuvo, o no había cursado denuncia (Figura 37).

#### APOYO FAMILIAR RECIBIDO.

El 72,2% de las mujeres agredidas con más de 20 años afirma haber tenido apoyo familiar ante el maltrato, frente al 41,9% de las agredidas del grupo A. El resto en ambos grupos, 27,8% frente a 58,1%, respectivamente, mantiene que la asistencia fue inadecuada o que la

familia desconocía el hecho (Figura 38).

#### CONSECUENCIAS FÍSICAS VS.

El porcentaje de consecuencias físicas *graves* es similar en los dos grupos de mujeres, un 11,1% en las mujeres del grupo B frente a un 14% en las agredidas de  $\leq 20$  años. Las mayores diferencias aparecen en las secuelas físicas *no graves*, un 61,1% en las agredidas del grupo B, frente a un 18,6% en las del grupo A, y cuando *no existen* o son *muy leves*, un 27,8% frente a un 67,4%, respectivamente (Figura 39).

Tabla 51. Variables de la VS según edad VS: &lt;=20 años/&gt;20 años.

EDAD VS	VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
	<b>FRECUENCIA VS</b>		
>20 años	VP	17	94,4%
	VR	1	5,6%
<=20 años	VP	13	30,2%
	VR	30	69,8%
	<b>EDAD VS</b>		
>20 años	Menos de 6 años	0	0%
	7-15 años	0	0%
	16-20 años	0	0%
	21-25 años	7	38,9%
	26 ó más	11	61,1%
<=20 años	Menos de 6 años	11	25,6%
	7-15 años	21	48,8%
	16-20 años	11	25,6%
	21-25 años	0	0%
	26 ó más	0	0%
	<b>RELACIÓN VÍCT-AGRESOR</b>		
>20 años	Desconocido	6	33,3%
	Poco conocido	3	16,7%
	Conocido	7	38,9%
	Conviviente/familiar	2	11,1%
<=20 años	Desconocido	3	7%
	Poco conocido	1	2,3%
	Conocido	15	34,9%
	Conviviente/familiar	24	55,8%
	<b>ASIMETRÍA EDAD VÍCT-AGRESOR</b>		
>20 años	Menos de 5 años de diferencia	13	72,2%
	Entre 6 y 11 años de diferencia	0	0%
	Más de 12 años	4	22,2%
	No sabe/no contesta	1	5,6%
<=20 años	Menos de 5 años de diferencia	9	20,9%
	Entre 6 y 11 años de diferencia	6	14%
	Más de 12 años	26	60,5%
	No sabe/no contesta	2	4,7%
	<b>Nº AGRESORES</b>		
>20 años	Un agresor	15	83,3%
	Más de un agresor	3	16,7%
<=20 años	Un agresor	40	93%
	Más de un agresor	3	7%
	<b>TIPO VS ACTOS COMETIDOS</b>		
>20 años	Con penetración anal	1	5,6%
	Con penetración vaginal	7	38,9%
	Con penetración oral	1	5,6%
	Varias formas de penetración	1	5,6%
	Tocamientos	8	44,4%
<=20 años	Con penetración anal	1	2,3%
	Con penetración vaginal	18	41,9%
	Con penetración oral	4	9,3%
	Varias formas de penetración	5	11,6%
	Tocamientos	15	34,9%
	<b>OTROS ACTOS AGRESIVOS</b>		
>20 años	Sí	10	55,6%
	No	8	44,4%
<=20 años	Sí	14	32,6%
	No	29	67,4%
	<b>TIEMPO DESDE VS</b>		
>20 años	1-3 meses	9	50%
	3-6 meses	1	5,6%
	6 meses o más	8	44,4%
<=20 años	1-3 meses	3	7%
	3-6 meses	5	11,6%
	6 meses o más	35	81,4%

Resultados

EDAD VS	VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
	<b>DURACIÓN VS REITERADA</b>		
<b>&gt;20 años</b>	No es reiterada	17	94,4%
	Menos de un año	1	5,6%
	1-5 años	0	0%
	5 años ó más	0	0%
<b>&lt;=20 años</b>	No es reiterada	13	30,2%
	Menos de un año	3	7%
	1-5 años	9	20,9%
	5 años ó más	18	41,9%
	<b>MEDIO DESARROLLA VS</b>		
<b>&gt;20 años</b>	Rural	9	50%
	Urbano	9	50%
<b>&lt;=20 años</b>	Rural	22	51,2%
	Urbano	21	48,8%
	<b>ESTRATEGIAS DEL AGRESOR</b>		
<b>&gt;20 años</b>	Engaño y/o seducción	1	5,6%
	Prevalencia o poder	2	11,1%
	Violencia y/o intimidación	15	83,3%
<b>&lt;=20 años</b>	Engaño y/o seducción	20	46,5%
	Prevalencia o poder	7	16,3%
	Violencia y/o intimidación	16	37,2%
	<b>ASISTENCIA INSTITUCIONAL</b>		
	<b>RECIBIDA</b>	11	61,1%
<b>&gt;20 años</b>	Ausente-no ha recibido-no denuncia	7	38,9%
	Presente-adeuada	25	58,1%
<b>&lt;=20 años</b>	Ausente-no ha recibido-no denuncia	18	41,9%
	Presente-adeuada		
	<b>APOYO FAMILIAR RECIBIDO</b>		
<b>&gt;20 años</b>	Ausente-inadecuado-no lo saben	5	27,8%
	Presente-adeuado	13	72,2%
<b>&lt;=20 años</b>	Ausente-inadecuado-no lo saben	25	58,1%
	Presente-adeuado	18	41,9%
	<b>CONSECUENCIAS FÍSICAS VS</b>		
<b>&gt;20 años</b>	No existen o muy leves	5	27,8%
	No graves	11	61,1%
	Graves	2	11,1%
<b>&lt;=20 años</b>	No existen o muy leves	29	67,4%
	No graves	8	18,6%
	Graves	6	14%

Figura 28

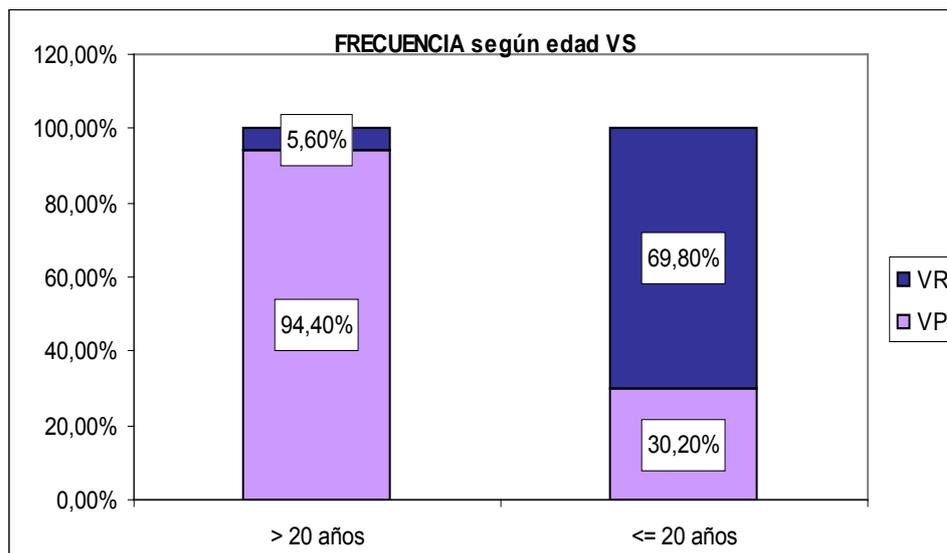


Figura 29

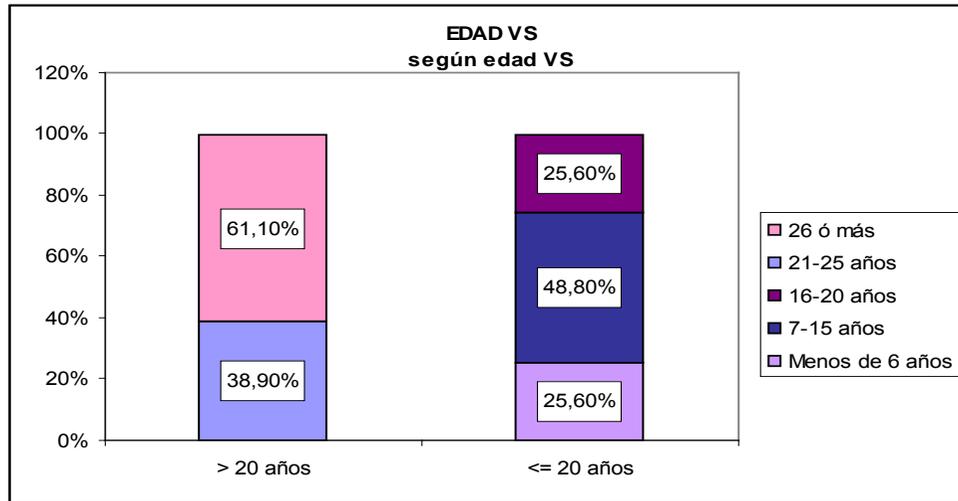


Figura 30

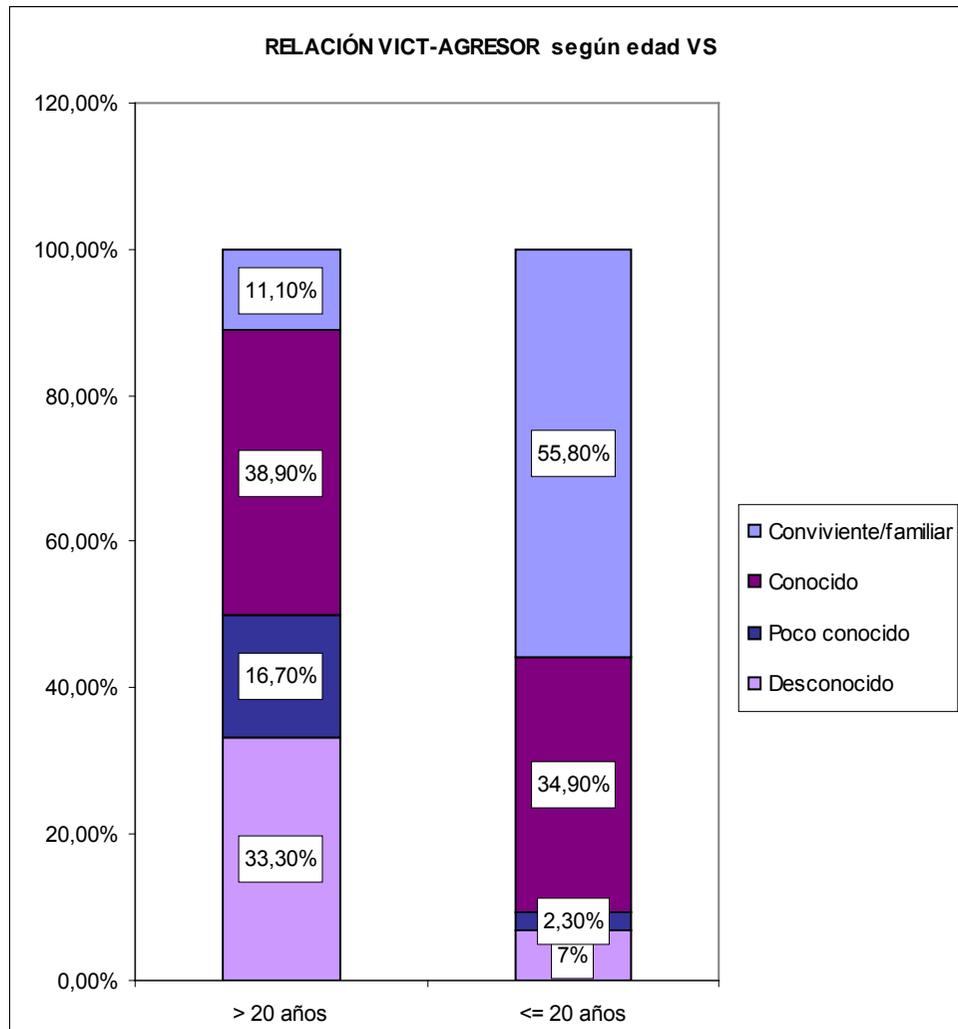


Figura 31

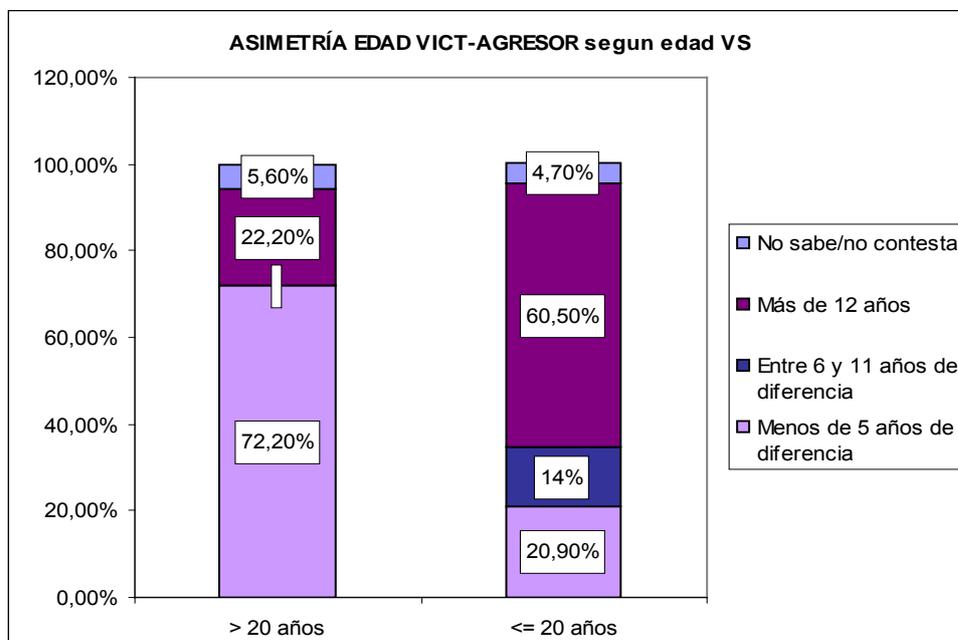


Figura 32

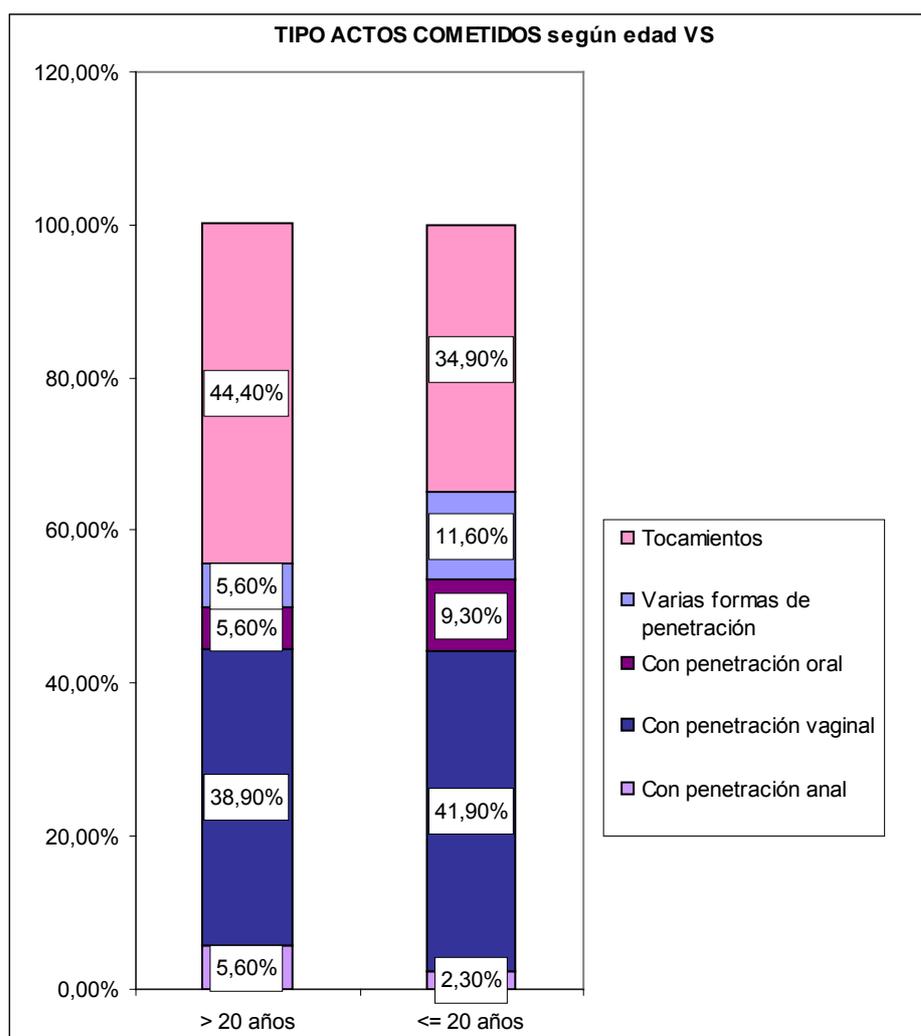


Figura 33

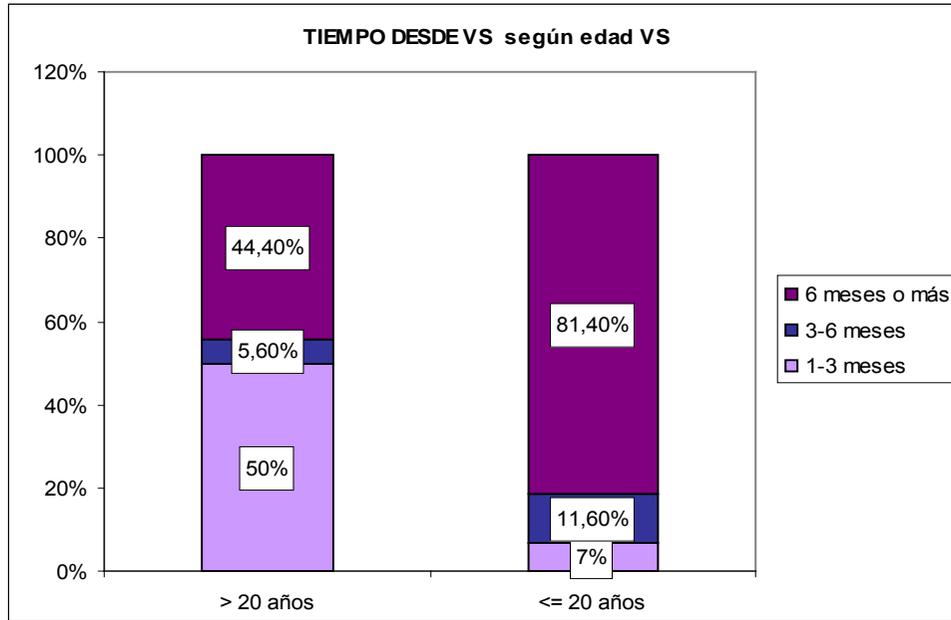


Figura34

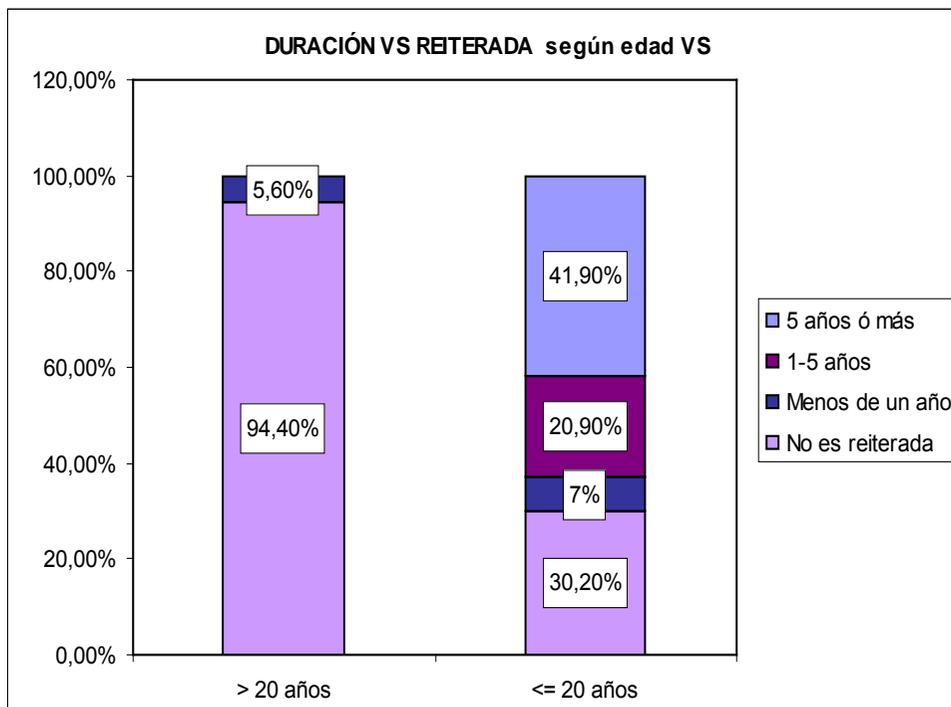


Figura 35

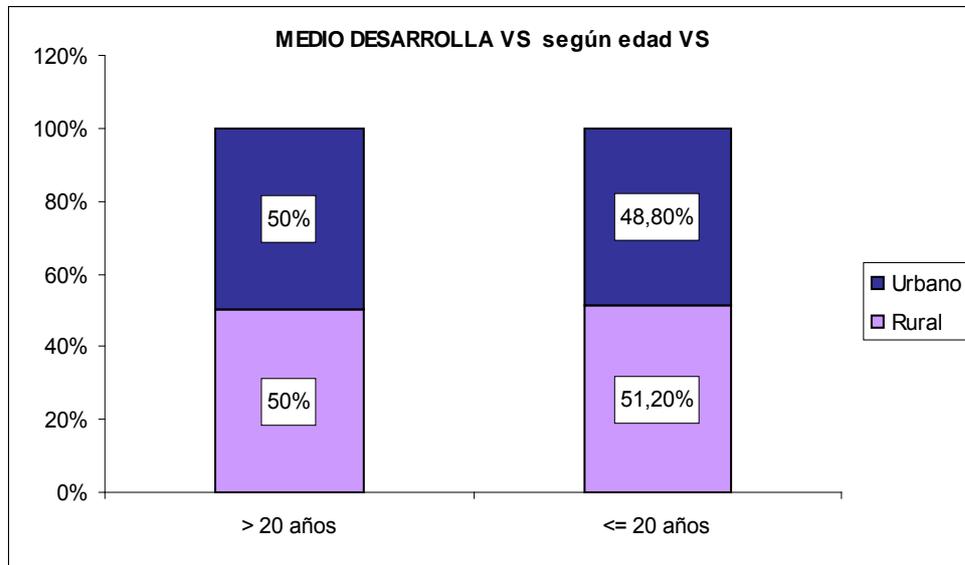


Figura 36

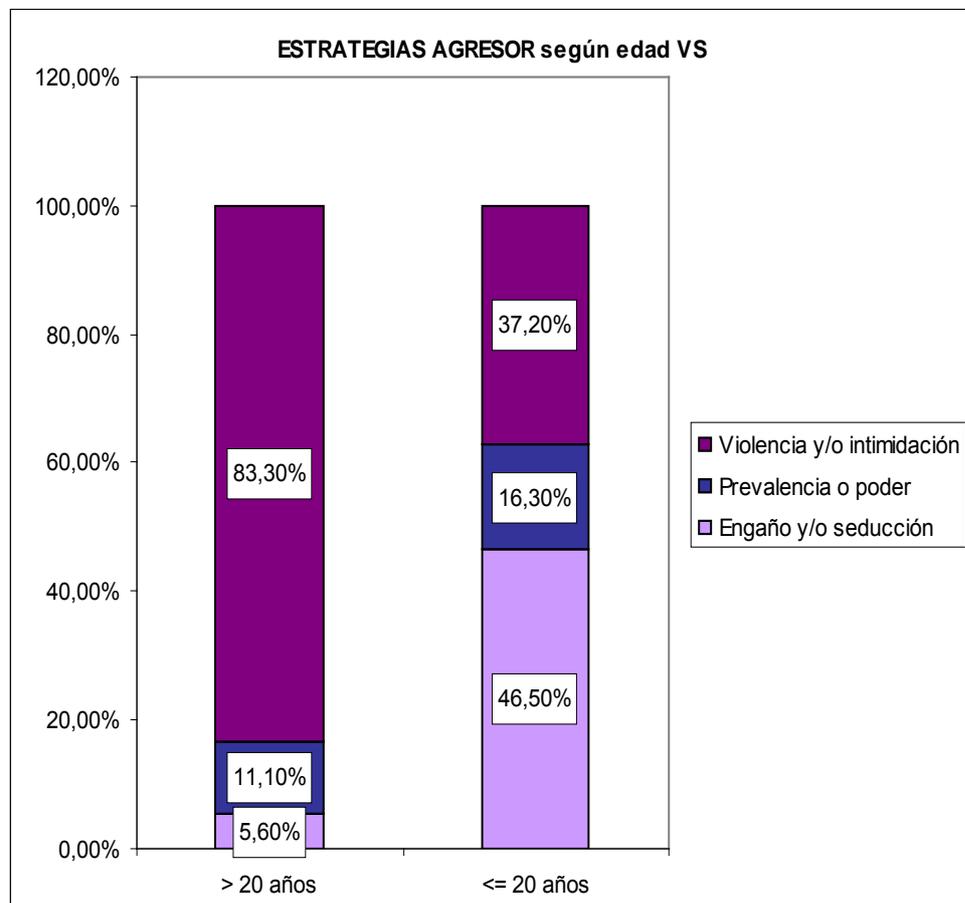


Figura 37

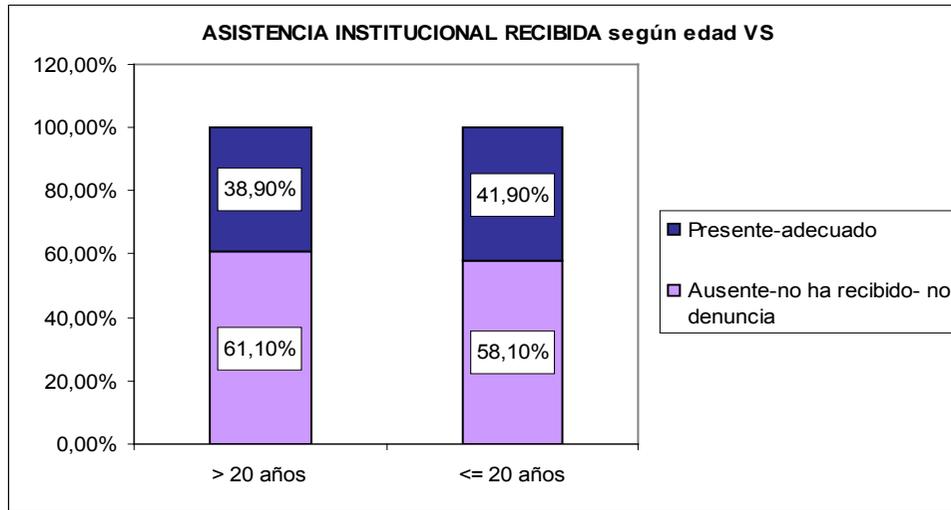


Figura 38

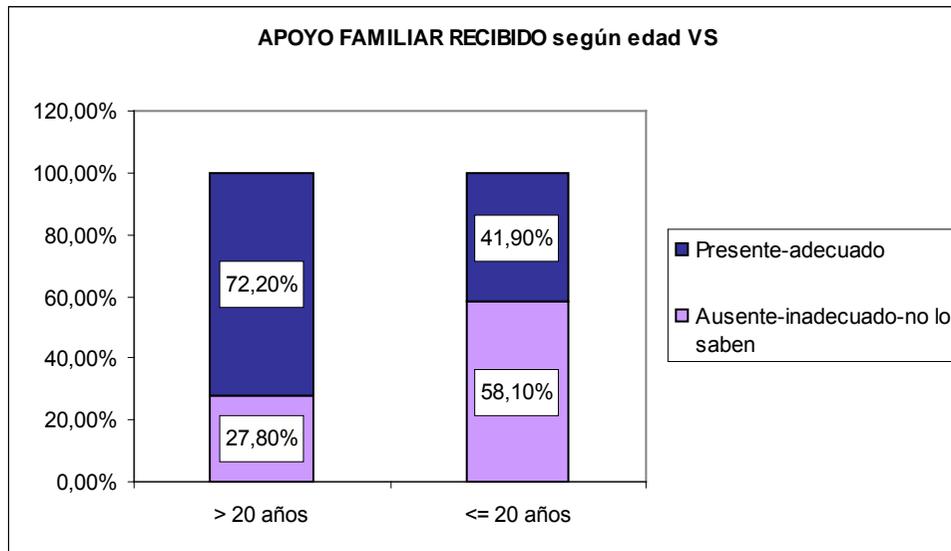
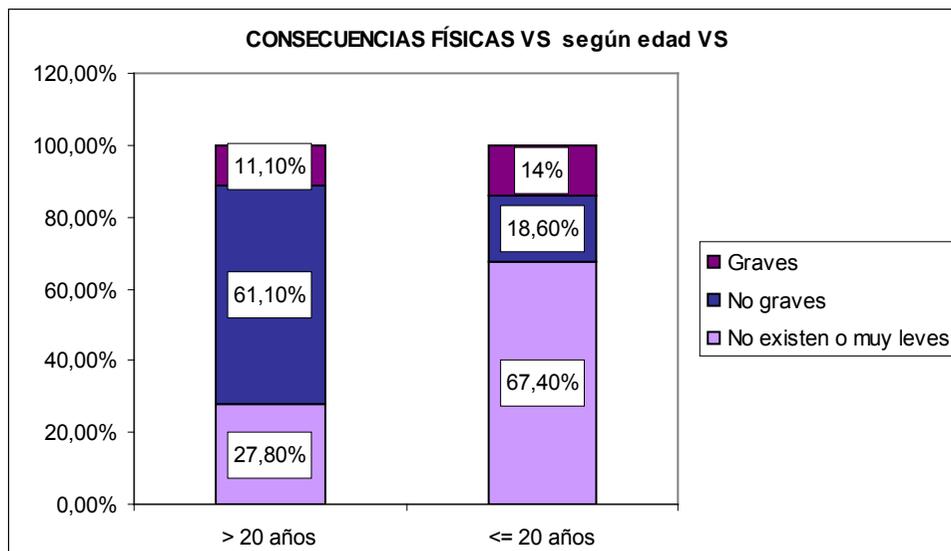


Figura 39



### 5.1.2.3. VARIABLES RELATIVAS AL TEPT.

Las características del TEPT que se van a exponer a continuación, se reflejan en las Tablas 52 a 56 y en las Figuras 40 a la 43. En los dos grupos de mujeres según la edad en que fueron víctimas de violencia sexual (A y B), se observan puntuaciones altas que indican la intensidad y gravedad de los síntomas de este trastorno; esas puntuaciones altas son mayores en el grupo B (>20 años) que en el grupo A (<=20 años).

#### ESCALA GLOBAL (corte en 15).

El 94,4% de las mujeres agredidas del grupo B muestra una puntuación de 15 o más frente a un 5,6% con *menos de 15*; mientras en el grupo A aparece un 81,4% con una puntuación de 15 o más, frente a un 18,6% con menos de 15 (Figura 40).

#### REEXPERIMENTACIÓN (corte en 5).

El 88,9% de las mujeres víctimas de violencia sexual del grupo B presenta una puntuación de 5 o más frente a un 74,4% en el grupo A (Figura 41).

#### EVITACIÓN (corte en 6).

Un 72,2% de las mujeres del grupo B presenta una puntuación de 6 o más frente a un 69,8% en el grupo A (Figura 42).

#### ACTIVACIÓN (corte en 4).

El 94,4% de las mujeres del grupo B presenta una puntuación de 4 o más frente a un 88,4% en las del grupo A (Figura 43).

En la Tabla 52 analizamos para la Escala Global y cada subescala, la intensidad y gravedad los síntomas -por encima o debajo de los respectivos puntos de corte-, según pertenezcan al grupo A (<=20 años) o al B (>20 años).

**Tabla 52. Variables del TEPT según edad VS: <=20 años/>20 años.**

EDAD VS	VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
	<b>ESCALA GLOBAL (corte en 15)</b>		
>20 años	Menos de 15	1	5,6%
	15 o más	17	94,4%
<=20 años	Menos de 15	8	18,6%
	15 o más	35	81,4%
	<b>REEXPERIMENTACIÓN (corte en 5)</b>		
>20 años	Menos de 5	2	11,1%
	5 o más	16	88,9%
<=20 años	Menos de 5	11	25,6%
	5 o más	32	74,4%
	<b>EVITACIÓN (corte en 6)</b>		
>20 años	Menos de 6	5	27,8%
	6 o más	13	72,2%
<=20 años	Menos de 6	13	30,2%
	6 o más	30	69,8%
	<b>ACTIVACIÓN (corte en 4)</b>		
>20 años	Menos de 4	1	5,6%
	4 o más	17	94,4%
<=20 años	Menos de 4	5	11,6%
	4 o más	38	88,4%

Figura 40

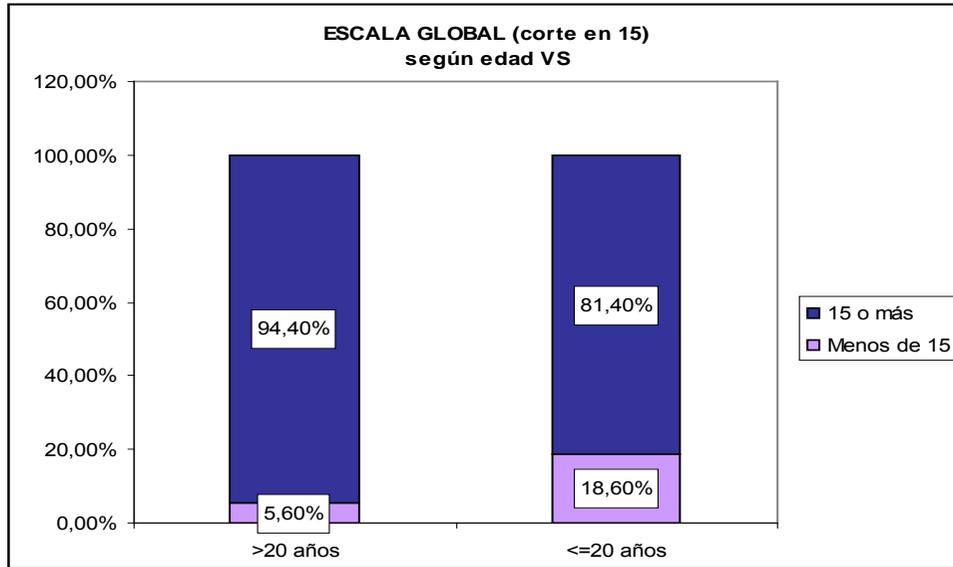


Figura 41

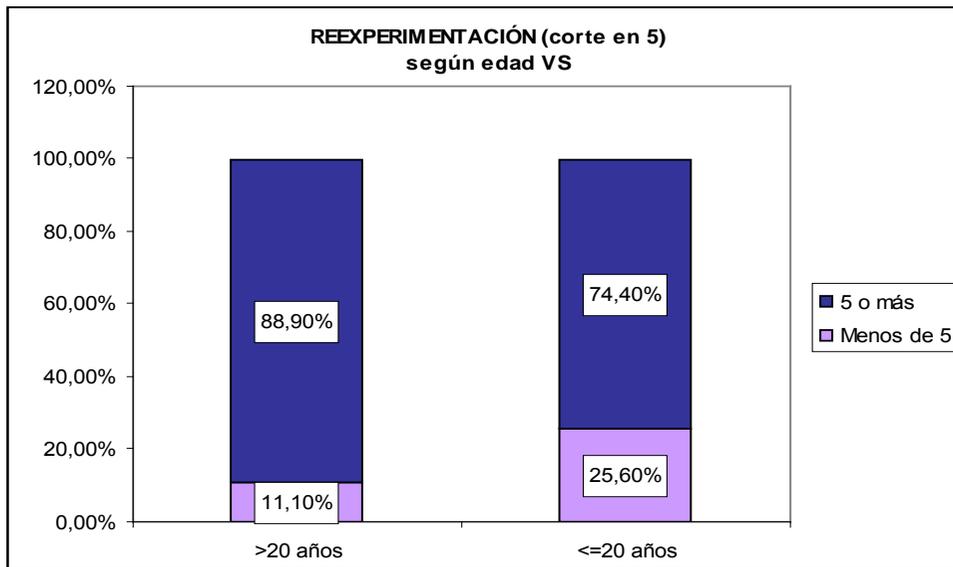


Figura 42

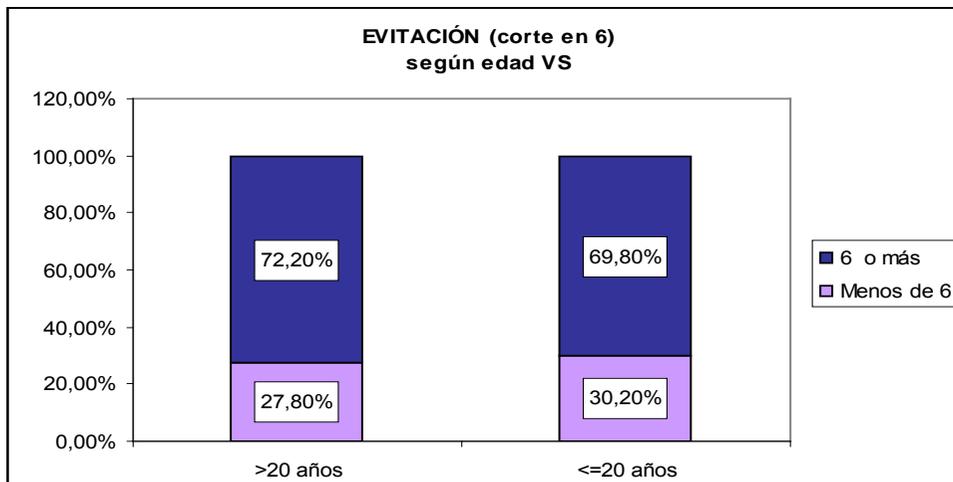
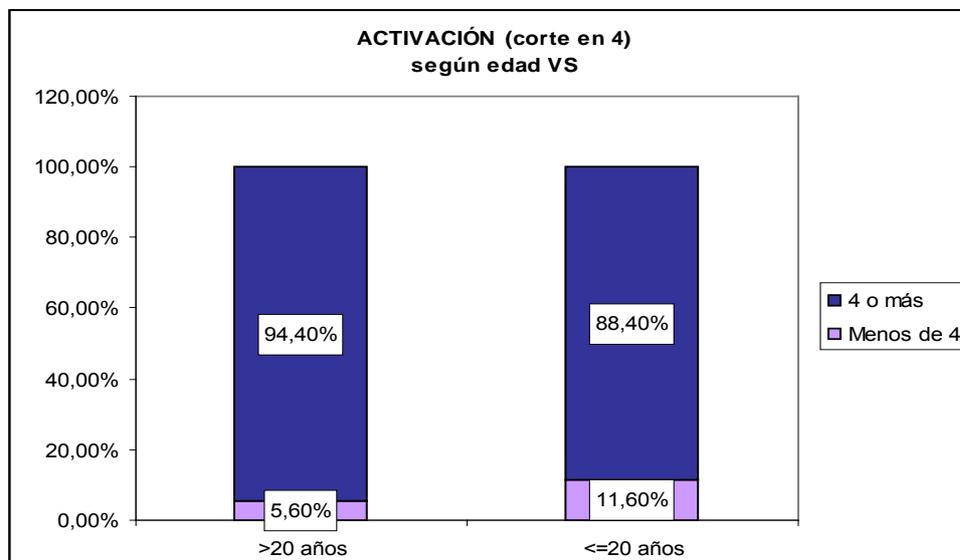


Figura 43



#### SÍNTOMAS DE REEXPERIMENTACIÓN.

Los *recuerdos del trauma* se presentan bastante o mucho en el 88,9% de las mujeres del grupo B, frente al 62,8% de las agredidas del grupo A. El *malestar psicológico* en el 66,6% frente al 55,8% y la *reacción fisiológica* aparece en el 72,2% frente al 44,2%, respectivamente. Con menor frecuencia aparecen los síntomas de los *sueños*, en un 27,8% frente a un 32,6% y las *conductas*, en un 50% frente a un 32,5%, respectivamente (Tabla 53).

#### SÍNTOMAS DE EVITACIÓN.

El 72,2% de las mujeres del grupo B, *ahuyenta pensamientos* bastante o mucho frente al 55,8% del grupo A; el 83,3% del primer grupo *evita las actividades* frente al 44,2% del segundo. El trauma origina una *disminución del interés* en el primer grupo (grupo B) del 38,9% frente al 44,2% en el segundo (grupo A), y provoca *extrañeza en las relaciones* con los demás en un 38,9% frente a un 55,8%, respectivamente. Los síntomas menos frecuentes son la *incapacidad afectiva* que aflora en el 27,8% en el primer grupo frente al 37,2% en el segundo, la *visión de planes de futuro negativos*, presente en un 44,5% frente a un 34,9%, respectivamente, y la *incapacidad para recordar el trauma* que se produce en un 16,7% frente a un 18,6% (Tabla 54).

#### SÍNTOMAS DE ACTIVACIÓN.

El *insomnio* aparece con mucha frecuencia en el 50% de las mujeres del grupo B, frente al 41,9% de las mujeres del grupo A. La *ira* la padece el 50% en el primer grupo frente al 60,5% en el segundo. La *pérdida de concentración* sucede en el 72,2% de las mujeres del primer grupo frente al 62,8% en el segundo. La *alerta* en un 66,7% frente a un 53,5% y *sobresaltos* en el 77,8% del frente al 46,5%, respectivamente (Tabla 55).

### SÍNTOMAS DE ESCALA COMPLEMENTARIA. MANIFESTACIONES SOMÁTICAS DE LA ANSIEDAD.

La *taquicardia* se presenta en el 44,5% del grupo de mujeres del grupo B, frente al 30,2% del grupo A. Menos frecuentes pero con una fuerte presencia aparecen los demás síntomas: el *miedo a la locura* en el 38,9% del grupo B, frente al 51,2% en el grupo A y la *migraña* en un 27,8% del primer grupo frente a un 41,8% del segundo. La *sudoración*, *sofocos*, *temblores* y *miedo a morir* son síntomas soportados con la misma frecuencia: un 22,2%, en las mujeres del grupo B, mientras que en el grupo A lo padecen con un 20,9%, 25,6%, 30,3% y 44,2%, respectivamente. Los síntomas de *dolor de pecho*, *disnea*, *náuseas* e *irrealidad*, también ocurren en la misma proporción en el grupo B (16,7%), mientras que en el grupo A sucede en un 23,3%, 27,9%, 34,9% y 41,9%, respectivamente. Las *parestesias* sólo se presentan en el 5,6% de las mujeres del primer grupo frente al 16,3% del segundo (Tabla 56).

**Tabla 53. Síntomas de Reexperimentación según edad VS: <=20 años/>20años.**

EDAD VS	VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
	<b>RECUERDOS</b>		
>20 años	Nada	0	0%
	Una vez por semana o menos/poco	2	11,1%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	5	27,8%
	5 o más veces por semana/mucho	11	61,1%
<=20 años	Nada	4	9,3%
	Una vez por semana o menos/poco	12	27,9%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	19	44,2%
	5 o más veces por semana/mucho	8	18,6%
	<b>SUEÑOS</b>		
>20 años	Nada	10	55,5%
	Una vez por semana o menos/poco	3	16,7%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	3	16,7%
	5 o más veces por semana/mucho	2	11,1%
<=20 años	Nada	15	34,8%
	Una vez por semana o menos/poco	14	32,6%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	11	25,6%
	5 o más veces por semana/mucho	3	7%
	<b>CONDUCTAS</b>		
>20 años	Nada	5	27,8%
	Una vez por semana o menos/poco	4	22,2%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	9	50%
	5 o más veces por semana/mucho	0	0%
<=20 años	Nada	18	41,9%
	Una vez por semana o menos/poco	1	25,6%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	9	20,9%
	5 o más veces por semana/mucho	5	11,6%
	<b>MALESTAR</b>		
>20 años	Nada	1	5,6%
	Una vez por semana o menos/poco	5	27,8%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	8	44,4%
	5 o más veces por semana/mucho	4	22,2%
<=20 años	Nada	5	11,6%
	Una vez por semana o menos/poco	14	32,6%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	13	30,2%
	5 o más veces por semana/mucho	11	25,6%
	<b>REACCIÓN FISIOLÓGICA</b>		
>20 años	Nada	2	11,1%
	Una vez por semana o menos/poco	3	16,7%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	7	38,9%
	5 o más veces por semana/mucho	6	33,3%
<=20 años	Nada	12	27,9%
	Una vez por semana o menos/poco	12	27,9%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	13	30,2%
	5 o más veces por semana/mucho	6	14%

Tabla 54. Síntomas de Evitación según edad VS: &lt;=20 años/&gt;20 años.

EDAD VS	VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
	<b>AHUYENTA PENSAMIENTOS</b>		
	Nada	3	16,7%
>20 años	Una vez por semana o menos/poco	2	11,1%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	8	44,4%
	5 o más veces por semana/mucho	5	27,8%
<=20 años	Nada	8	18,6%
	Una vez por semana o menos/poco	11	25,6%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	16	37,2%
	5 o más veces por semana/mucho	8	18,6%
	<b>EVITA ACTIVIDADES</b>		
>20 años	Nada	2	11,1%
	Una vez por semana o menos/poco	1	5,6%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	7	38,9%
	5 o más veces por semana/mucho	8	44,4%
<=20 años	Nada	11	25,6%
	Una vez por semana o menos/poco	13	30,2%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	12	27,9%
	5 o más veces por semana/mucho	7	16,3%
	<b>INCAPAZ DE RECORDAR</b>		
>20 años	Nada	10	55,6%
	Una vez por semana o menos/poco	5	27,8%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	3	16,7%
	5 o más veces por semana/mucho	0	0%
<=20 años	Nada	26	60,5%
	Una vez por semana o menos/poco	9	20,9%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	8	18,6%
	5 o más veces por semana/mucho	0	0%
	<b>DISMINUCIÓN DEL INTERÉS</b>		
>20 años	Nada	6	33,3%
	Una vez por semana o menos/poco	5	27,8%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	5	27,8%
	5 o más veces por semana/mucho	2	11,1%
<=20 años	Nada	12	27,9%
	Una vez por semana o menos/poco	12	27,9%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	9	20,9%
	5 o más veces por semana/mucho	10	23,3%
	<b>EXTRAÑEZA CON LOS DEMÁS</b>		
>20 años	Nada	7	38,9%
	Una vez por semana o menos/poco	4	22,2%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	6	33,3%
	5 o más veces por semana/mucho	1	5,6%
<=20 años	Nada	11	25,6%
	Una vez por semana o menos/poco	8	18,6%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	13	30,2%
	5 o más veces por semana/mucho	11	25,6%
	<b>INCAPACIDAD AFECTIVA</b>		
>20 años	Nada	9	50%
	Una vez por semana o menos/poco	4	22,2%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	3	16,7%
	5 o más veces por semana/mucho	2	11,1%
<=20 años	Nada	17	39,5%
	Una vez por semana o menos/poco	10	23,3%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	8	18,6%
	5 o más veces por semana/mucho	8	18,6%
	<b>PLANES DE FUTURO NEGATIVOS</b>		
>20 años	Nada	6	33,3%
	Una vez por semana o menos/poco	4	22,2%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	5	27,8%
	5 o más veces por semana/mucho	3	16,7%
<=20 años	Nada	18	41,8%
	Una vez por semana o menos/poco	1	23,3%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	8	18,6%
	5 o más veces por semana/mucho	7	16,3%

Tabla 55. Síntomas de Activación según edad VS: &lt;=20 años/&gt;20años.

EDAD VS	VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
	<b>INSOMNIO</b>		
>20 años	Nada	3	16,7%
	Una vez por semana o menos/poco	6	33,3%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	7	38,9%
	5 o más veces por semana/mucho	2	11,1%
<=20 años	Nada	15	34,8%
	Una vez por semana o menos/poco	10	23,3%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	7	16,3%
	5 o más veces por semana/mucho	11	25,6%
	<b>IRA</b>		
>20 años	Nada	7	38,9%
	Una vez por semana o menos/poco	2	11,1%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	5	27,8%
	5 o más veces por semana/mucho	4	22,2%
<=20 años	Nada	8	18,6%
	Una vez por semana o menos/poco	9	20,9%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	10	23,3%
	5 o más veces por semana/mucho	16	37,2%
	<b>CONCENTRACIÓN</b>		
>20 años	Nada	1	5,6%
	Una vez por semana o menos/poco	4	22,2%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	11	61,1%
	5 o más veces por semana/mucho	2	11,1%
<=20 años	Nada	6	14%
	Una vez por semana o menos/poco	10	23,2%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	16	37,2%
	5 o más veces por semana/mucho	11	25,6%
	<b>ALERTA</b>		
>20 años	Nada	4	22,2%
	Una vez por semana o menos/poco	2	11,1%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	5	27,8%
	5 o más veces por semana/mucho	7	38,9%
<=20 años	Nada	7	16,3%
	Una vez por semana o menos/poco	13	30,2%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	9	20,9%
	5 o más veces por semana/mucho	14	32,6%
	<b>SOBRESALTOS</b>		
>20 años	Nada	0	0%
	Una vez por semana o menos/poco	4	22,2%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	9	50%
	5 o más veces por semana/mucho	5	27,8%
<=20 años	Nada	8	18,6%
	Una vez por semana o menos/poco	15	34,9%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	11	25,6%
	5 o más veces por semana/mucho	9	20,9%

**Tabla 56. Síntomas de la Escala Complementaria. Manifestaciones somáticas de la ansiedad según edad VS: <=20 años/>20 años.**

EDAD VS	VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
	<b>DISNEA</b>		
<b>&gt;20 años</b>	Nada	7	38,9%
	Una vez por semana o menos/poco	8	44,4%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	0	0%
	5 o más veces por semana/mucho	3	16,7%
<b>&lt;=20 años</b>	Nada	20	46,5%
	Una vez por semana o menos/poco	11	25,6%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	8	18,6%
	5 o más veces por semana/mucho	4	9,3%
	<b>MIGRAÑA</b>		
<b>&gt;20 años</b>	Nada	12	66,6%
	Una vez por semana o menos/poco	1	5,6%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	4	22,2%
	5 o más veces por semana/mucho	1	5,6%
<b>&lt;=20 años</b>	Nada	19	44,2%
	Una vez por semana o menos/poco	6	14%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	13	30,2%
	5 o más veces por semana/mucho	5	11,6%
	<b>TAQUICARDIA</b>		
<b>&gt;20 años</b>	Nada	6	33,3%
	Una vez por semana o menos/poco	4	22,2%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	7	38,9%
	5 o más veces por semana/mucho	1	5,6%
<b>&lt;=20 años</b>	Nada	14	32,6%
	Una vez por semana o menos/poco	16	37,2%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	9	20,9%
	5 o más veces por semana/mucho	4	9,3%
	<b>DOLOR DE PECHO</b>		
<b>&gt;20 años</b>	Nada	10	55,5%
	Una vez por semana o menos/poco	5	27,8%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	3	16,7%
	5 o más veces por semana/mucho	0	0%
<b>&lt;=20 años</b>	Nada	24	55,8%
	Una vez por semana o menos/poco	9	20,9%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	8	18,6%
	5 o más veces por semana/mucho	2	4,7%
	<b>SUDORACIÓN</b>		
<b>&gt;20 años</b>	Nada	9	55,8%
	Una vez por semana o menos/poco	5	23,3%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	4	18,6%
	5 o más veces por semana/mucho	0	2,3%
<b>&lt;=20 años</b>	Nada	24	50%
	Una vez por semana o menos/poco	10	27,8%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	8	22,2%
	5 o más veces por semana/mucho	1	0%
	<b>MAREOS</b>		
<b>&gt;20 años</b>	Nada	11	61,1%
	Una vez por semana o menos/poco	5	27,8%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	2	11,1%
	5 o más veces por semana/mucho	0	0%
<b>&lt;=20 años</b>	Nada	21	48,8%
	Una vez por semana o menos/poco	8	18,6%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	11	25,6%
	5 o más veces por semana/mucho	3	7%
	<b>NAÚSEAS</b>		
<b>&gt;20 años</b>	Nada	10	55,5%
	Una vez por semana o menos/poco	5	27,8%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	0	0%
	5 o más veces por semana/mucho	3	16,7%
<b>&lt;=20 años</b>	Nada	21	48,8%
	Una vez por semana o menos/poco	7	16,3%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	11	25,6%
	5 o más veces por semana/mucho	4	9,3%

## Resultados

EDAD VS	VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
	<b>IRREALIDAD</b>		
<b>&gt;20 años</b>	Nada	7	38,9%
	Una vez por semana o menos/poco	8	44,4%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	1	5,6%
	5 o más veces por semana/mucho	2	11,1%
<b>&lt;=20 años</b>	Nada	15	34,8%
	Una vez por semana o menos/poco	10	23,3%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	10	23,3%
	5 o más veces por semana/mucho	8	18,6%
	<b>PARESTESIAS</b>		
<b>&gt;20 años</b>	Nada	13	72,2%
	Una vez por semana o menos/poco	4	22,2%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	1	5,6%
	5 o más veces por semana/mucho	0	0%
<b>&lt;=20 años</b>	Nada	28	65,1%
	Una vez por semana o menos/poco	8	18,6%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	7	16,3%
	5 o más veces por semana/mucho	0	0%
	<b>SOFOCOS</b>		
<b>&gt;20 años</b>	Nada	11	61,1%
	Una vez por semana o menos/poco	3	16,7%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	4	22,2%
	5 o más veces por semana/mucho	0	0%
<b>&lt;=20 años</b>	Nada	21	48,8%
	Una vez por semana o menos/poco	11	25,6%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	9	20,9%
	5 o más veces por semana/mucho	2	4,7%
	<b>TEMBLORES</b>		
<b>&gt;20 años</b>	Nada	10	55,5%
	Una vez por semana o menos/poco	4	22,2%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	3	16,7%
	5 o más veces por semana/mucho	1	5,6%
<b>&lt;=20 años</b>	Nada	21	48,8%
	Una vez por semana o menos/poco	9	20,9%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	7	16,3%
	5 o más veces por semana/mucho	6	14%
	<b>MIEDO A MORIR</b>		
<b>&gt;20 años</b>	Nada	11	61%
	Una vez por semana o menos/poco	3	16,7%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	1	5,6%
	5 o más veces por semana/mucho	3	16,7%
<b>&lt;=20 años</b>	Nada	15	34,9%
	Una vez por semana o menos/poco	9	20,9%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	9	20,9%
	5 o más veces por semana/mucho	10	23,3%
	<b>MIEDO A LA LOCURA</b>		
<b>&gt;20 años</b>	Nada	10	55,5%
	Una vez por semana o menos/poco	1	5,6%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	4	22,2%
	5 o más veces por semana/mucho	3	16,7%
<b>&lt;=20 años</b>	Nada	11	25,5%
	Una vez por semana o menos/poco	10	23,3%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	10	23,3%
	5 o más veces por semana/mucho	12	27,9%

A continuación se resume la sintomatología postraumática en cada escala, según los grupos de la edad en la que la mujer fue victimizada (por orden de mayor a menor prevalencia).

### REEXPERIMENTACIÓN:

#### GRUPO A: <=20 años.

1. Recuerdos del trauma: 62,8%.
2. Malestar psicológico: 55,8%.
3. Reacción fisiológica: 44,2%.
4. Sueños: 32,6%.
5. Conductas: 32,5%.

GRUPO B: >20 años.

1. Recuerdos del trauma: 88,9%.
2. Reacción fisiológica: 72,2%.
3. Malestar psicológico: 66,6%.
4. Conductas: 50%.
5. Sueños: 27,8%.

EVITACIÓN:

GRUPO A: <=20 años.

1. Ahuyenta pensamientos: 55,8%.
2. Evita las actividades: 44,2%.
3. Disminución del interés: 44,2%.
4. Extrañeza en las relaciones con los demás: 55,8%.
5. Incapacidad afectiva: 37,2%.
6. Planes de futuro negativos: 34,9%.
7. Incapacidad para recordar el trauma: 18,6%.

GRUPO B: >20 años.

1. Ahuyenta pensamientos: 72,2%.
2. Evita las actividades: 83,3%.
3. Disminución del interés: 38,9%.
4. Extrañeza en las relaciones con los demás: 38,9%.
5. Incapacidad afectiva: 27,8%.
6. Planes de futuro negativos: 44,5%.
7. Incapacidad para recordar el trauma: 16,7%.

ACTIVACIÓN:

GRUPO A: <=20 años.

1. Pérdida de concentración: 62,8%.
2. Ira: 60,5%.
3. Alerta: 53,5%.
4. Sobresaltos: 46,5%.
5. Insomnio: 41,9%.

GRUPO B: >20 años.

1. Sobresalto: 77,8%.
2. Pérdida de concentración: 72,2%.
3. Alerta: 66,7%.
4. Insomnio: 50%.
5. Ira: 50%.

COMPLEMENTARIA:

GRUPO A: <=20 años.

1. Miedo a la locura: 51,2%.
2. Miedo a morir: 44,2%.
3. Sensación de irrealidad: 41,9%.
4. Migraña: 41,8%.
5. Náuseas: 34,9%.
6. Temblores: 30,3%.

7. Taquicardia: 30,2%.
8. Disnea: 27,9%.
9. Sofocos: 25,6%.
10. Dolor de pecho: 23,3%.
11. Sudoración: 20,9%.
12. Parestesias: 16,3%.

**GRUPO B: >20 años.**

1. Taquicardia: 44,5%.
2. Miedo a la locura: 38,9%.
3. Migraña: 27,8%.
4. Sudoración: 22,2%.
5. Sofocos: 22,2%.
6. Temblores: 22,2%.
7. Miedo a morir: 22,2%.
8. Dolor de pecho: 16,7%.
9. Disnea: 16,7%.
10. Náuseas: 16,7%.
11. Irrealidad: 16,7%.
12. Parestesias: 5,6%.

**5.1.3. MUESTRA SEGÚN LA FRECUENCIA DE LA VS: VP/VR.**

La VS que sufre la mujer se considera de dos tipos atendiendo a la frecuencia: violencia puntual (VP) y violencia reiterada (VR). A continuación, se describen las características recogidas en cada uno de estos dos grupos de 30 y 31 mujeres, respectivamente. La información que se va a resumir se muestra gráficamente en las Tablas 57 a 63, y en las Figuras 44 a 54.

**5.1.3.1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.**

**EDAD ACUDE AMUVI y EDAD ACUDE AMUVI <=20 años/>20 años.**

El 66,7% de las mujeres que sufrieron VP, acuden a la Asociación después de los 20 años de edad, y sólo un 33,3% lo hace antes de esa edad. En cambio, entre las mujeres que sufrieron VR hay un 77,4% que declara los hechos en Amuvi después de los 20 años, y un 22,6% que lo hace antes de tener esa edad.

**NIVEL EDUCATIVO.**

La distribución del nivel educativo es distinta según el tipo de violencia, observándose las mayores diferencias de frecuencias en estudios primarios completos o incompletos, un 36,7% en VP frente a un 12,9% en VR, y en estudios secundarios, bachiller o FP, un 36,7% frente a un 54,8, respectivamente.

**NIVEL SOCIOECONÓMICO.**

La mayores frecuencias aparecen en el nivel medio, en torno a un 70% en ambos grupos de mujeres según el tipo de violencia (VP/VR). Los

niveles bajo y alto difieren en su distribución, pues el nivel bajo se refleja en un 13,3% en el grupo de VP frente a un 19,4% en el de VR, mientras que el nivel alto se presenta en un 16,7% frente a un 6,5%, respectivamente. Se observa que, el nivel alto es mucho menos prevalente respecto al bajo, en las mujeres que sufren la agresión de manera reiterada.

#### SITUACIÓN LABORAL.

El 46,7% de la muestra de VP estudia, mientras en el grupo de VR lo hace el 35,5%, el trabajo continuo también prevalece en el primer grupo (VP), un 30% frente a un 22,6% en el segundo (VR). El resto se reparte entre trabajos temporales, el 16,7% frente al 25,8% y trabajo en el hogar, un 6,7% frente a un 16,1%, respectivamente. Puede observarse que en la muestra de VP, estudia y tiene trabajo continuo un 76,7% de las mujeres mientras que en la muestra de VR, sólo ocurre en un 58,1%. Además, en la primera tienen trabajos temporales y en el hogar el 23,4% mientras que en la segunda se eleva a 41,9%.

#### LUGAR DE RESIDENCIA.

El medio urbano prevalece frente al rural en ambos grupos, pero el porcentaje es mayor en VR, con un 67,7%, frente al 56,7%, en VP.

#### PAREJA ESTABLE.

Los resultados de pareja estable es prácticamente la misma en ambos grupos, un 44% tiene pareja estable y el 56% se encuentra sin ella.

Tabla 57. Variables sociodemográficas según VP/VR.

VP/VR	VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
	<b>EDAD ACUDE AMUVI</b>		
VP	16-20 años	10	33,3%
	21-25 años	8	26,7%
	26-31 años	7	23,3%
	Más de 31 años	5	16,7%
VR	16-20 años	7	22,6%
	21-25 años	12	38,7%
	26-31 años	3	9,7%
	Más de 31 años	9	29%
	<b>EDAD ACUDE AMUVI &lt;=20 años/&gt;20 años</b>		
VP	>20 años	20	66,7%
	<=20 años	10	33,3%
VR	>20 años	24	77,4%
	<=20 años	7	22,6%
	<b>NIVEL EDUCATIVO</b>		
VP	Estudios primarios completos-incompletos	11	36,6%
	Estudios secundarios	11	36,7%
	Estudios universitarios	8	26,7%
VR	Estudios primarios completos-incompletos	4	12,9%
	Estudios secundarios	17	54,8%
	Estudios universitarios	10	32,3%
	<b>NIVEL SOCIOECONÓMICO</b>		
VP	Bajo	4	13,3%
	Medio	21	70%
	Alto	5	16,7%
VR	Bajo	6	19,4%
	Medio	23	74,2%
	Alto	2	6,5%
	<b>SITUACIÓN LABORAL</b>		
VP	Estudia	14	46,7%
	Trabajos temporales	5	16,6%
	Trabajo continuo	9	30%
	Trabajo en el hogar	2	6,7%
VR	Estudia	11	35,5%
	Trabajos temporales	8	25,8%
	Trabajo continuo	7	22,6%
	Trabajo en el hogar	5	16,1%
	<b>LUGAR DE RESIDENCIA</b>		
VP	Rural	13	43,3%
	Urbano	17	56,7%
VR	Rural	10	32,3%
	Urbano	21	67,7%
	<b>PAREJA ESTABLE</b>		
VP	Con pareja estable	13	43,3%
	Sin pareja estable	17	56,7%
VR	Con pareja estable	14	45,2%
	Sin pareja estable	17	54,8%
	<b>HISTORIA SEXUAL</b>		
VP	Sí	6	20%
	No	24	80%
VR	Sí	25	80,6%
	No	6	19,4%

### 5.1.3.2. VARIABLES RELATIVAS A LA VS.

EDAD VS y EDAD VS <=20 años/>20 años.

La edad a la que las participantes sufrieron la VS tiene una distribución muy diferente dependiendo de si se trata de VP O VR. Estableciéndose el corte de edad en los 20 años, se observa que en el grupo de VP prevalece, al haberla sufrido *después de los 20 años de edad*, un 56,7%, frente a un 43,3% que la padeció con esa edad o menores. En cambio sucede lo contrario en el grupo de VR, casi todas las mujeres, el 96,8%, sufrieron la agresión con *20 años o menos* (Figuras 44 y 45).

#### RELACIÓN VÍCT-AGRESOR.

La mayor diferencia entre las mujeres agredidas según VP/VR sucede cuando el agresor es un *conviviente o familiar*, un 16,7% frente a un 67,7%, respectivamente. Mientras que, en el caso de VR se observa que si el agresor no es un conviviente o familiar, sólo puede ser un *conocido*, 32,3%. En el caso de VP existe la posibilidad de que el agresor sea un *desconocido* para la víctima, en un 30% o *poco conocido*, en un 13,3% (Figura 46).

#### ASIMETRÍA EDAD VICT-AGRESOR.

Los dos grupos de mujeres según el tipo de violencia padecida, difieren al declarar la asimetría existente en la edad entre la víctima y el agresor. Aunque en ambos grupos existe un 10% de mujeres que dicen tener *entre 6 y 11 años de diferencia* con el agresor; en el caso de VP hay un 56,7% que dice tener *menos de 5 años de diferencia*, frente a un 23,3% con *más de 12 años de diferencia*. En cambio, sucede lo contrario cuando se trata de VR, ya que encontramos un 16,1% frente a un 74,2%, respectivamente.

#### Nº AGRESORES.

En los dos grupos de mujeres prevalece *un sólo agresor* sobre varios, aunque se observa un porcentaje más alto en *más de un agresor* en el caso de VP frente a VR, un 13,3% frente a un 6,5%.

#### TIPO VS ACTOS COMETIDOS.

La *penetración anal, vaginal u oral* se observa en el 56,7% de las mujeres del grupo con VP, frente a un 48,4% en el de VR. *Varias formas de penetración* presentan el mismo porcentaje, un 10%, en ambos grupos, y los *tocamientos* predominan en las que son agredidas reiteradamente frente a las que lo son puntualmente, con el 41,9% frente al 33,3%, respectivamente (Figura 47).

#### OTROS ACTOS AGRESIVOS.

Sobresale un porcentaje mayor de otros actos agresivos durante la VS en el caso de violencia puntual frente a violencia reiterada, un 56,7% frente a un 22,6%, respectivamente.

#### TIEMPO DESDE VS.

El tiempo que ha transcurrido desde el momento de la agresión difiere en los dos grupos. La mitad de las mujeres agredidas puntualmente declaran que la agresión ha sido muy reciente, entre el mes y los 6 meses anteriores, con un 33,3% entre 1 y 3 meses mientras que, un 46,7% dice que hace 6 meses o más. Respecto a las agredidas de manera reiterada, la mayoría de ellas, el 93,5%, expone que hace 6 meses o más que sucedió el suceso frente a un 6,5% que dice que ha pasado entre 1 y 3 meses (Figura 48).

#### DURACIÓN VS REITERADA.

La mayor frecuencia se observa en una duración de 5 o más años, hay un 29% entre 1 y 5 años y un 12,9% expresa que la violencia reiterada duró menos de 1 año.

#### MEDIO DESARROLLA VS.

El medio en el que sucede el maltrato se observa mayoritariamente rural en la violencia puntual, un 53,3%, y urbano en la reiterada, un 51,6%.

#### ESTRATEGIAS DEL AGRESOR.

La mayor diferencia entre los dos grupos ocurre en la violencia y/o intimidación, el 83,3% en violencia puntual frente al 19,4% en violencia reiterada, aunque también existe en engaño y/o seducción, un 10% frente a un 58,1%, y en prevalencia o poder, un 6,7% frente a un 22,6%, respectivamente (Figura 49).

#### ASISTENCIA INSTITUCIONAL RECIBIDA.

El 40% de las mujeres en ambos grupos expresan haber recibido un apoyo institucional adecuado ante la agresión mientras que un 60% o no lo tuvo, o no había cursado denuncia (Figura 50).

#### APOYO FAMILIAR RECIBIDO.

El 66% de las mujeres agredidas puntualmente afirma haber tenido apoyo familiar ante el maltrato, frente al 34% que mantiene que la asistencia fue inadecuada o que la familia desconocía el hecho. En el caso de violencia reiterada ocurre justo lo contrario, el 66% se encuentra sin apoyo familiar (Figura 51).

#### CONSECUENCIAS FÍSICAS VS.

La distribución de las consecuencias físicas difiere en los dos grupos de mujeres debido sobre todo a las de tipo grave, un 23,3% en violencia puntual frente a sólo un 3,2% en reiterada. A su vez, se observa que el 76,7% de los casos en el primer grupo dice que no ha habido, o bien son muy leves o moderadas, las consecuencias físicas mientras que en el segundo lo afirma el 96,8% (Figura 52).

Tabla 58. Variables de VS según VP/VR.

VP/VR	VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
	<b>EDAD VS</b>		
VP	Menos de 6 años	0	0%
	7-15 años	3	10%
	16-20 años	10	33,3%
	21-25 años	6	20%
	26 ó más	11	36,7%
VR	Menos de 6 años	11	35,5%
	7-15 años	18	58,1%
	16-20 años	1	3,2%
	21-25 años	1	3,2%
	26 ó más	0	0%
	<b>EDAD VS &lt;=20 años/&gt;20 años</b>		
VP	>20 años	17	56,7%
	<=20 años	13	43,3%
VR	>20 años	1	3,2%
	<=20 años	30	96,8%
	<b>RELACIÓN VÍCT-AGRESOR</b>		
VP	Desconocido	9	30%
	Poco conocido	4	13,3%
	Conocido	12	40%
	Conviviente/familiar	5	16,7%
VR	Desconocido	0	0%
	Poco conocido	0	0%
	Conocido	10	32,3%
	Conviviente/familiar	21	67,7%
	<b>ASIMETRÍA EDAD VÍCT-AGRESOR</b>		
VP	Menos de 5 años de diferencia	17	56,7%
	Entre 6 y 11 años de diferencia	3	10%
	Más de 12 años	7	23,3%
	No sabe/no contesta	3	10%
VR	Menos de 5 años de diferencia	5	16,1%
	Entre 6 y 11 años de diferencia	3	9,7%
	Más de 12 años	23	74,2%
	No sabe/no contesta	0	0%
	<b>Nº AGRESORES</b>		
VP	Un agresor	26	86,7%
	Más de un agresor	4	13,3%
VR	Un agresor	29	93,5%
	Más de un agresor	2	6,5%
	<b>TIPO VS ACTOS COMETIDOS</b>		
VP	Con penetración anal	1	3,3%
	Con penetración vaginal	14	46,7%
	Con penetración oral	2	6,7%
	Varias formas de penetración	3	10%
	Tocamientos	10	33,3%
VR	Con penetración anal	1	3,2%
	Con penetración vaginal	11	35,5%
	Con penetración oral	3	9,7%
	Varias formas de penetración	3	9,7%
	Tocamientos	13	41,9%
	<b>OTROS ACTOS AGRESIVOS</b>		
VP	Sí	17	56,7%
	No	13	43,3%
VR	Sí	7	22,6%
	No	24	77,4%
	<b>MEDIO DESARROLLA VS</b>		
VP	Rural	16	53,3%
	Urbano	14	46,7%
VR	Rural	15	48,4%
	Urbano	16	51,6%
	<b>ESTRATEGIAS DEL AGRESOR</b>		
VP	Engaño y/o seducción	3	10%
	Prevalencia o poder	2	6,7%
	Violencia y/o intimidación	25	83,3%
VR	Engaño y/o seducción	18	58%
	Prevalencia o poder	7	22,6%
	Violencia y/o intimidación	6	19,4%

Resultados

VP/VR	VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
	<b>ASISTENCIA INSTITUCIONAL RECIBIDA</b>		
VP	Ausente-no ha recibido- no denuncia	18	60%
VR	Presente-adequado	12	40%
	Ausente-no ha recibido- no denuncia	18	58,1%
	Presente-adequado	13	41,9%
	<b>APOYO FAMILIAR RECIBIDO</b>		
VP	Ausente-inadecuado-no lo saben	10	33,3%
	Presente-adequado	20	66,7%
VR	Ausente-inadecuado-no lo saben	20	64,5%
	Presente-adequado	11	35,5%
	<b>CONSECUENCIAS FÍSICAS VS</b>		
VP	No existen o muy leves	9	30%
	No graves	14	46,7%
	Graves	7	23,3%
VR	No existen o muy leves	25	80,6%
	No graves	5	16,1%
	Graves	1	3,2%

Figura 44

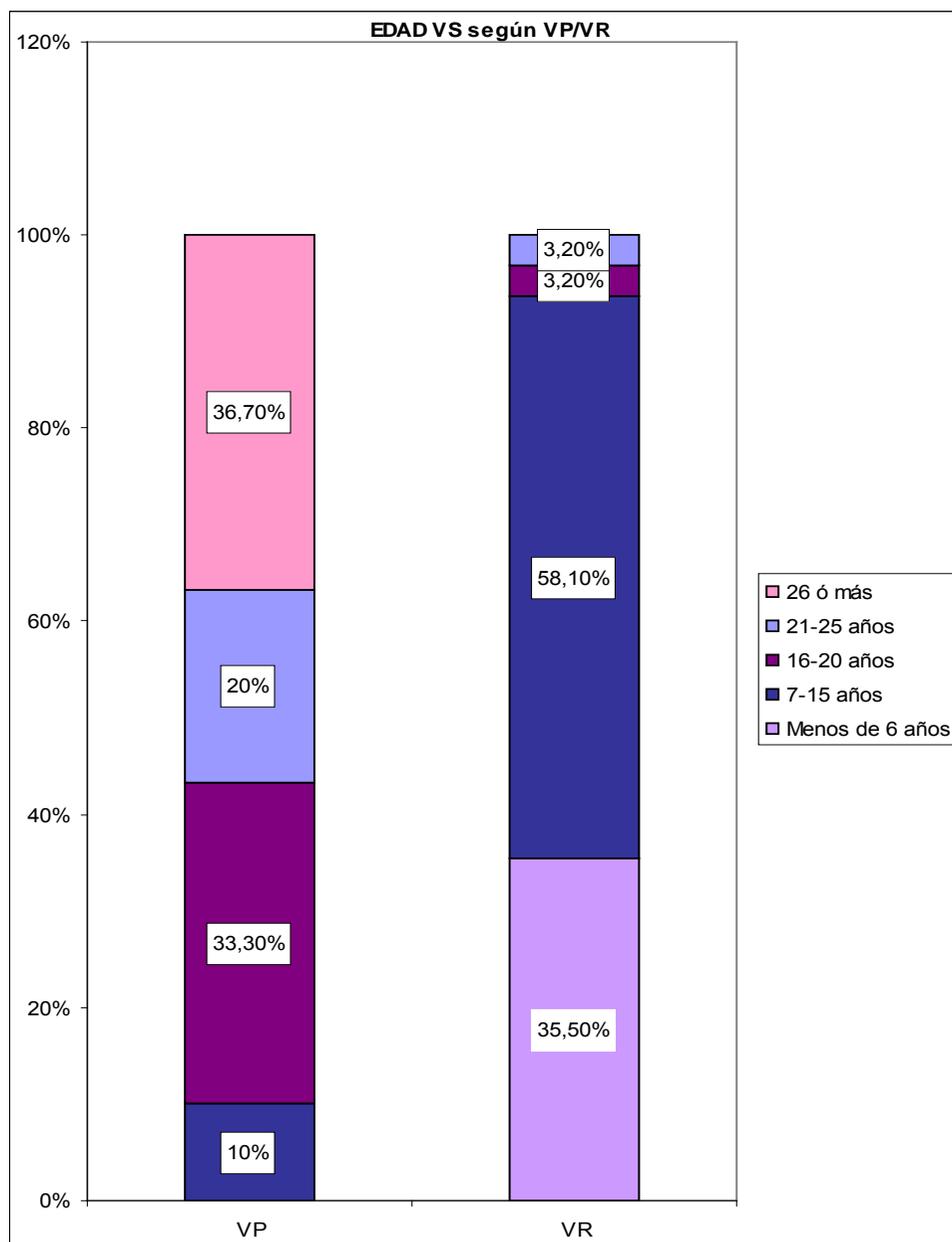


Figura 45

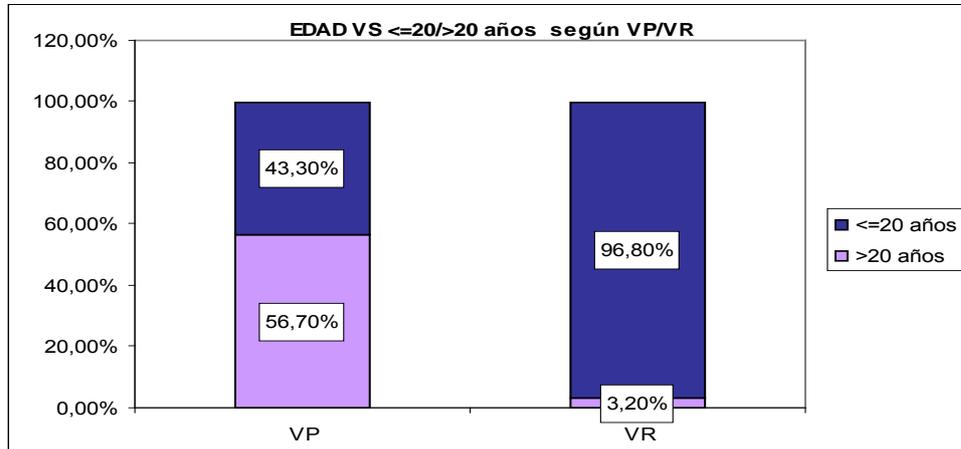


Figura 46

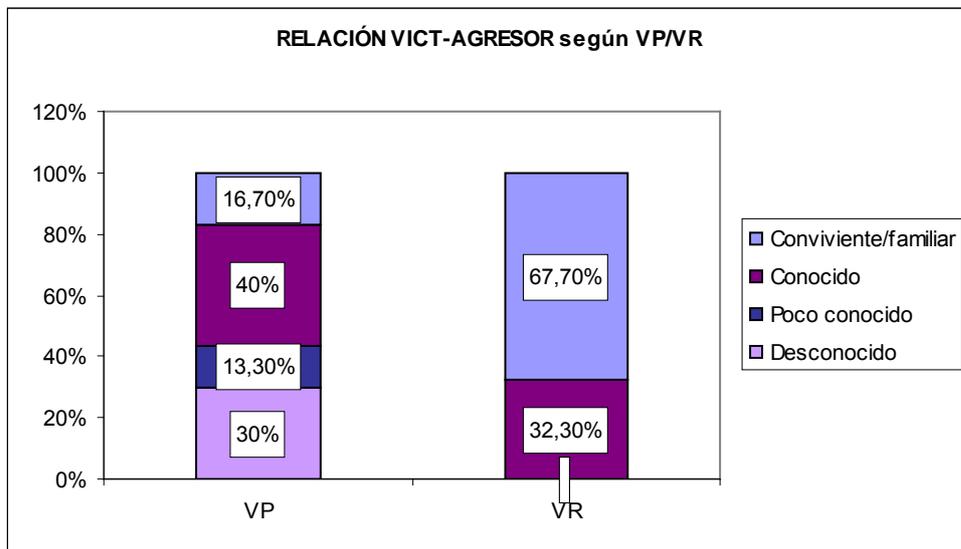


Figura 47

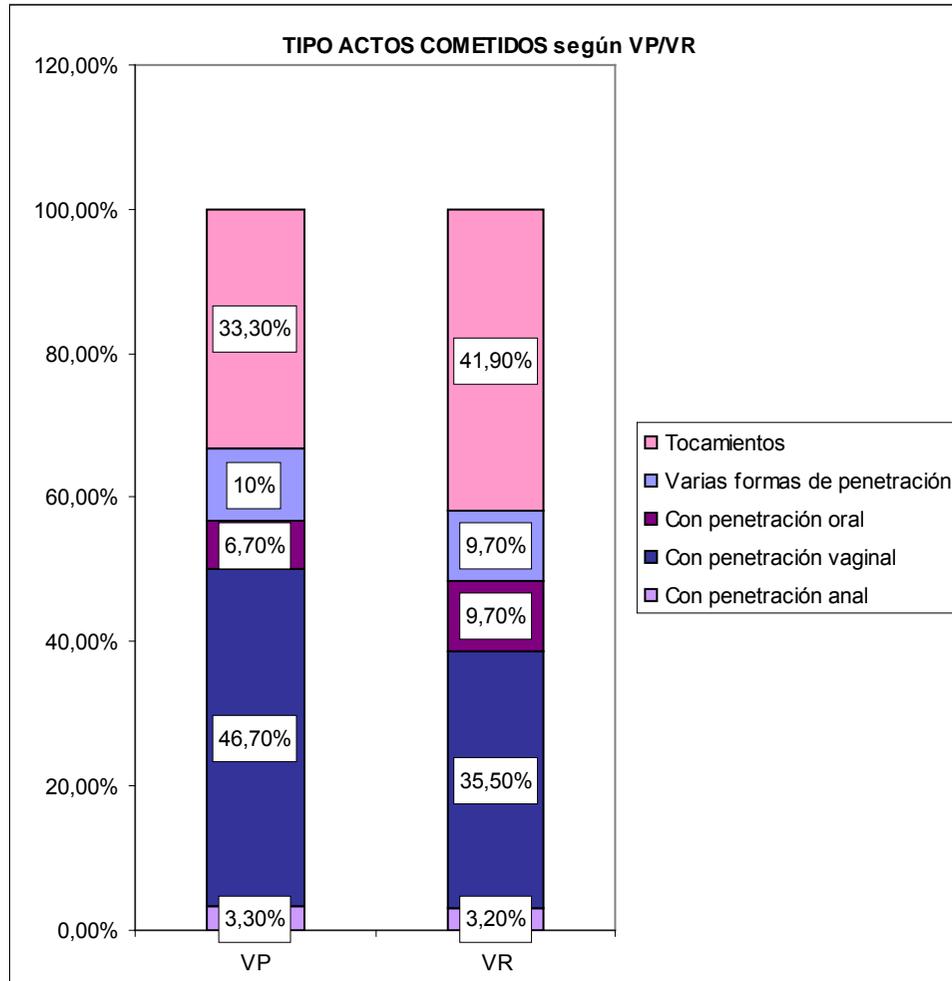


Figura 48

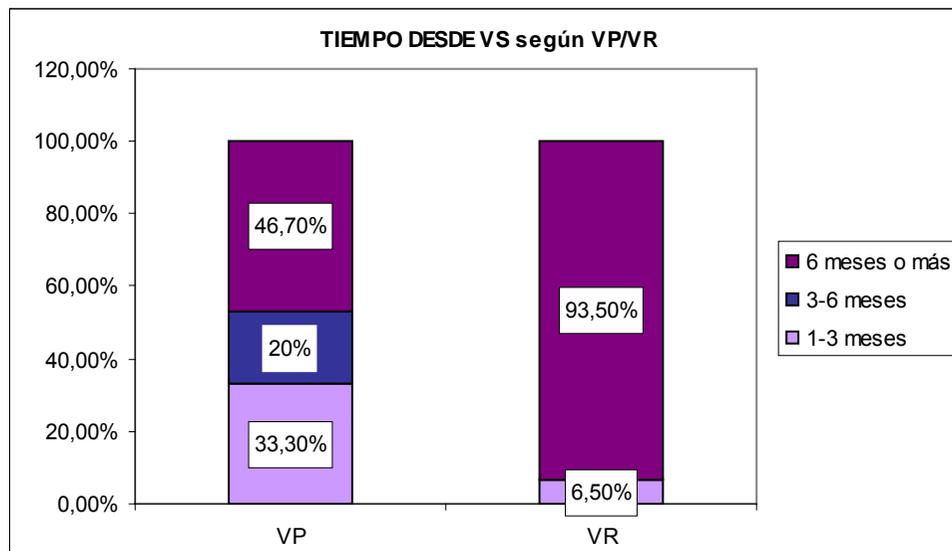


Figura 49

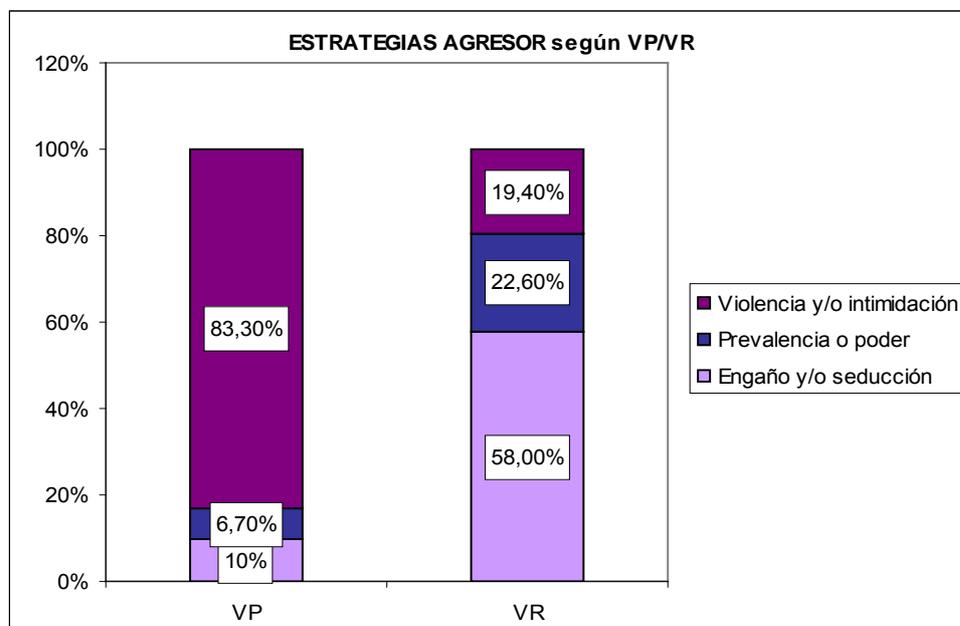


Figura 50

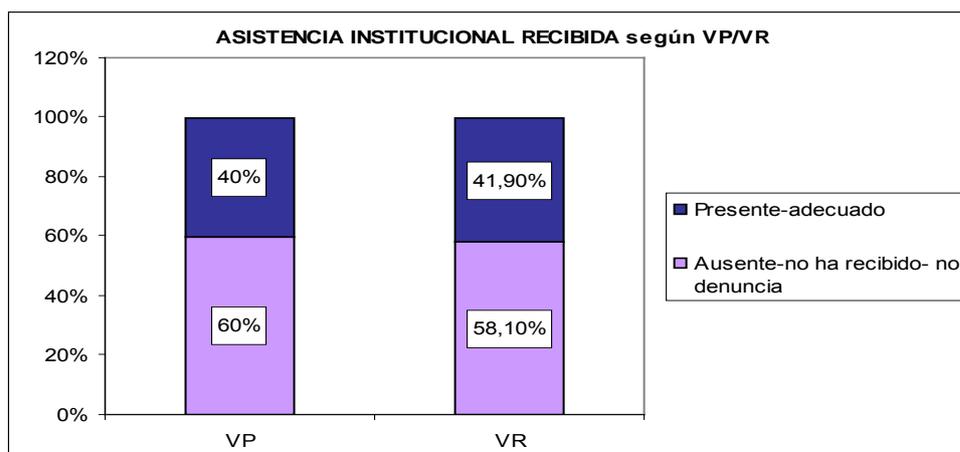


Figura 51

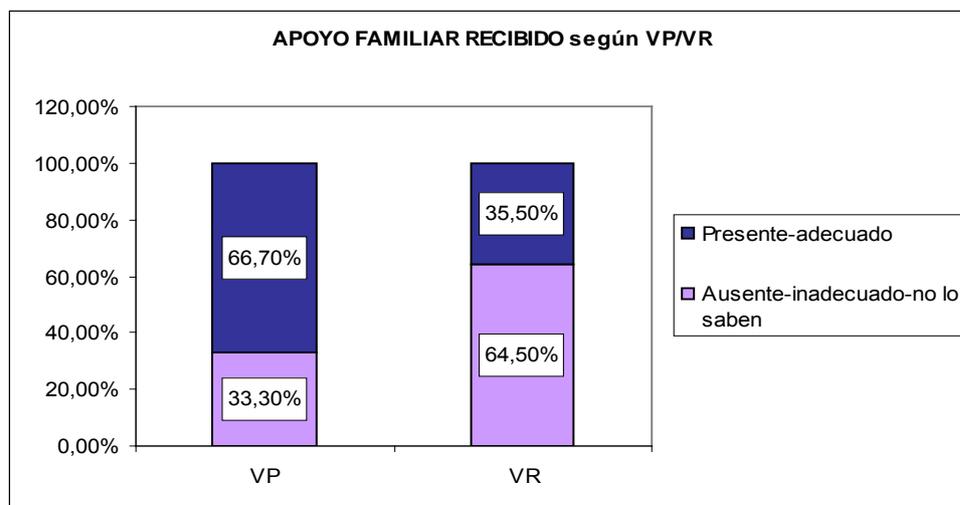
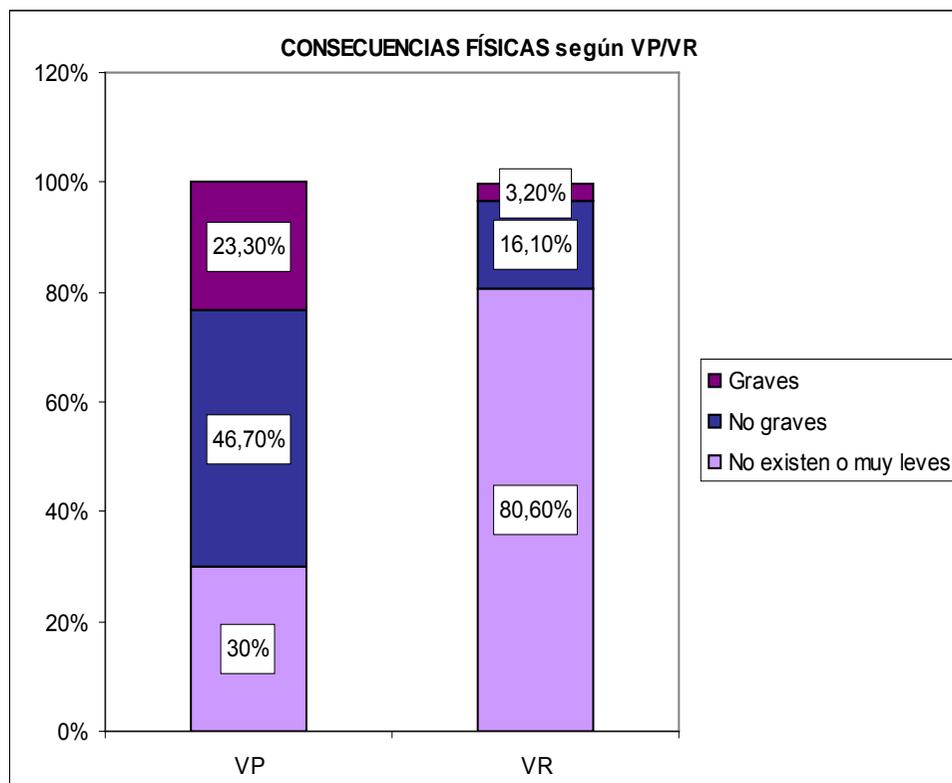


Figura 52



### 5.1.3.3. VARIABLES RELATIVAS AL TEPT.

Las características del TEPT que se van a resumir a continuación se representan gráficamente en las Tablas de la 59 a la 63 y en las Figuras de la 44 a la 56. En los dos grupos de mujeres - según la violencia padecida fuera VP o VR-, se observan altas puntuaciones indicadoras de la intensidad y gravedad de los síntomas de este trastorno. Se detecta además, que éstas (intensidad y gravedad) son mayores en los casos de VP que en los de VR.

**ESCALA GLOBAL (corte en 15).**

Aunque prevalecen puntuaciones altas de 15 o más en los dos grupos de VS, se observa un mayor porcentaje en VP, 90%, frente a un 80,6% en VR (Figura 53).

**REEXPERIMENTACIÓN (corte en 5).**

El 80% de las mujeres maltratadas puntualmente presenta una puntuación de 5 o más frente a un 77,4%, en las maltratadas de manera reiterada (Figura 54).

**EVITACIÓN (corte en 6).**

Un 73,3% de las mujeres con VP muestra una puntuación de 6 o más frente a un 67,7% en aquellas con VR (Figura 55).

**ACTIVACIÓN (corte en 4)**

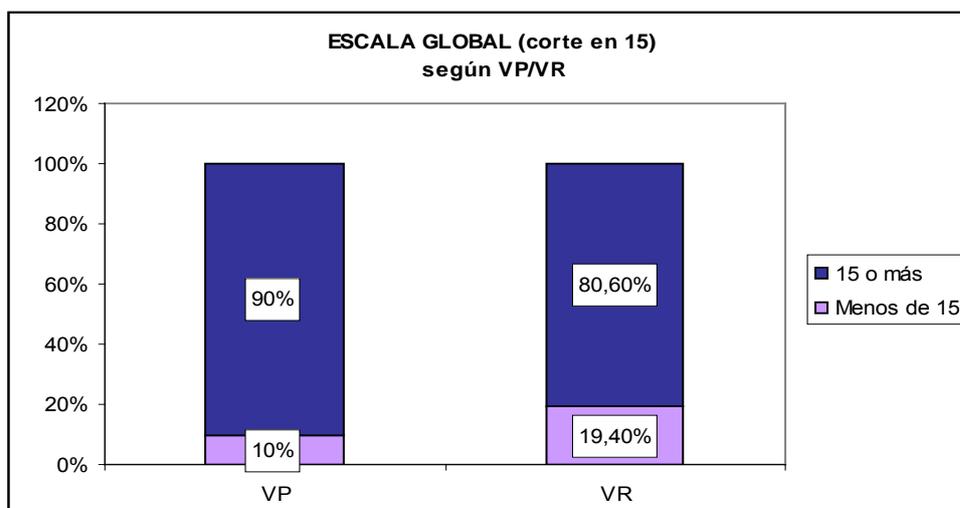
El 93,3% del grupo de mujeres con VP presenta una puntuación de 4 o

más frente al 87,1% en el grupo con VR (Figura 56).

**Tabla 59. Variables del TEPT según VP/VR.**

VP/VR	VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
	<b>ESCALA GLOBAL (corte en 15)</b>		
<b>VP</b>	Menos de 15	3	10%
	15 o más	27	90%
<b>VR</b>	Menos de 15	6	19,4%
	15 o más	25	80,6%
	<b>REEXPERIMENTACIÓN (corte en 5)</b>		
<b>VP</b>	Menos de 5	6	20%
	5 o más	24	80%
<b>VR</b>	Menos de 5	7	22,6%
	5 o más	24	77,4%
	<b>EVITACIÓN (corte en 6)</b>		
<b>VP</b>	Menos de 6	8	26,7%
	6 o más	22	73,3%
<b>VR</b>	Menos de 6	10	32,3%
	6 o más	21	67,7%
	<b>ACTIVACIÓN (corte en 4)</b>		
<b>VP</b>	Menos de 4	2	6,7%
	4 o más	28	93,3%
<b>VR</b>	Menos de 4	4	12,9%
	4 o más	27	87,1%

**Figura 53**



**Figura 54**

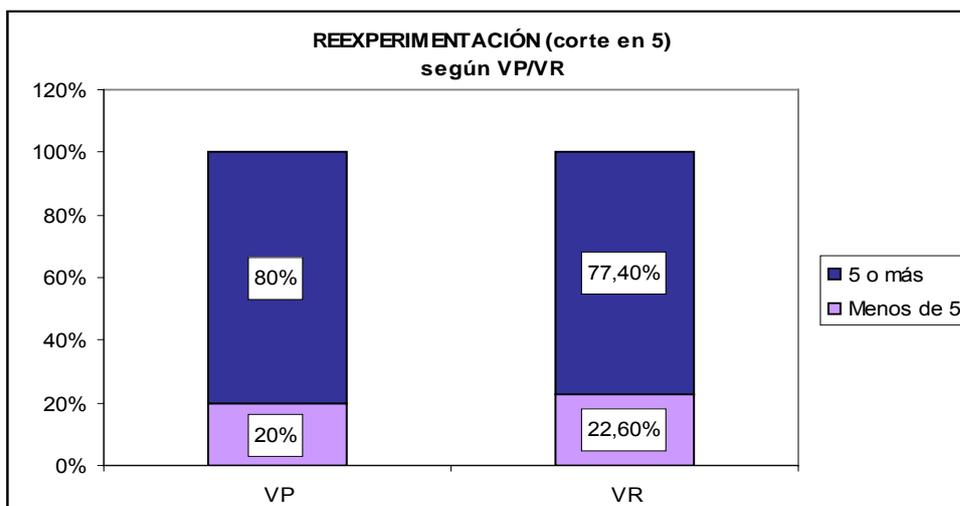


Figura 55

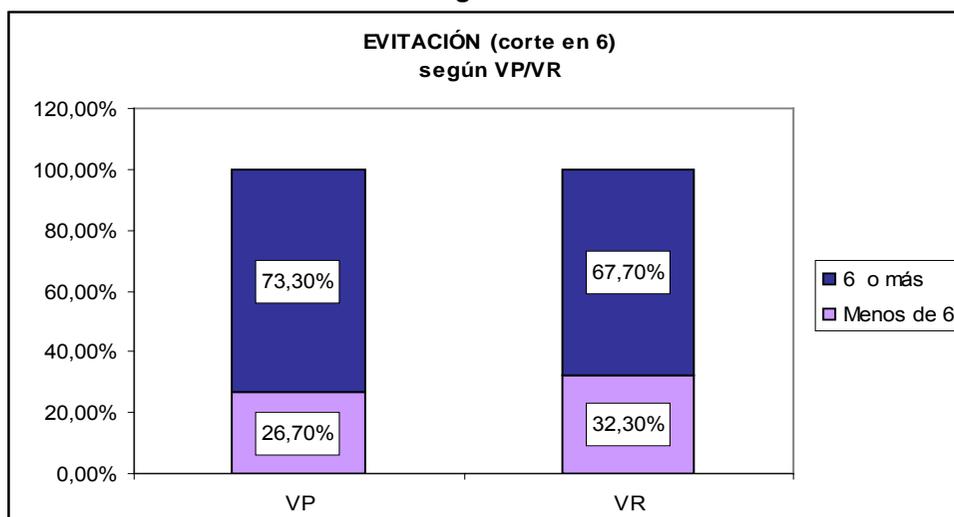
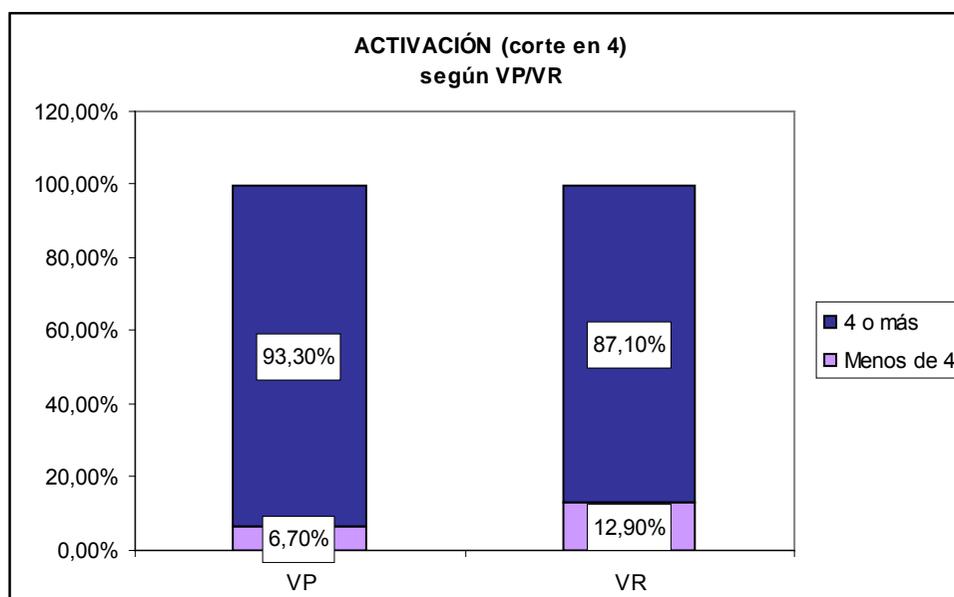


Figura 56



A continuación, se analizan para cada subescala los síntomas del TEPT más frecuentes (*bastante* o *mucho*), en las mujeres víctimas de VS -según ésta fuera VP o VR-.

**SÍNTOMAS DE REEXPERIMENTACIÓN.**

Los *recuerdos del trauma* se presentan bastante o mucho en el 80% de las mujeres con VP, frente al 61,3% de las que sufrieron VR. El *malestar psicológico* lo sufre el 66,7% frente al 51,6% y la *reacción fisiológica* surge el 60% frente al 45,1%, respectivamente. Con menor frecuencia afloran los síntomas de los *sueños*, en un 33,3% frente a un 29% y las *conductas*, en un 40% frente a un 35,5%, respectivamente (Tabla 60).

### SÍNTOMAS DE EVITACIÓN.

El 73,3% del grupo de mujeres agredidas puntualmente *ahuyenta pensamientos* bastante o mucho frente al 48,4% del grupo de agredidas reiteradamente, el 66,7% del primer grupo *evita las actividades* frente al 45,2% del segundo, el trauma origina una *disminución del interés* en el primer grupo del 36,6% frente al 48,4% en el segundo, y provoca *extrañeza en las relaciones con los demás* en un 46,7% frente a un 54,9%, respectivamente. Los síntomas menos frecuentes son la *incapacidad afectiva*, que aflora en el 33,3% en el primer grupo frente al 35,5% en el segundo, la *visión de planes de futuro negativos*, presente en un 36,7% frente a un 38,7%, respectivamente, y la *incapacidad para recordar el trauma* que se produce en un 20% frente a un 16,1%, respectivamente (Tabla 61).

### SÍNTOMAS DE ACTIVACIÓN.

Los síntomas que prevalecen en VP sobre VR son: *insomnio*, un 53,4% frente a un 35,5%, *dificultad en la concentración*, un 70% frente a un 61,3%, *alerta*, un 66,6% frente a un 48,4%, *sobresaltos* un 66,7% frente a un 45,2%; con menos frecuencia *ira* casi proporcional en un 57% frente a un 58% (Tabla 62).

### SÍNTOMAS DE ESCALA COMPLEMENTARIA. MANIFESTACIONES SOMÁTICAS DE LA ANSIEDAD.

Los síntomas más significativos son *taquicardia*, un 40% frente a un 29% y *miedo a morir*, un 40% frente a un 35,5%. Con la misma frecuencia en ambos grupos se presentan: *migraña* en un 37%, *dolor de pecho* y *sudoración* en un 21% ambos y *parestesias* en un 13%. Así mismo, se observa que los síntomas que predominan en las mujeres CON VR son: *miedo a la locura*, un 51,7% frente a un 43,4%, *irrealidad*, un 45,2% frente a un 23,3%, *náuseas*, un 38,5% frente a un 20%, *mareos*, un 35,5 frente a 16,7%, *sofocos*, un 32,3% frente a un 16,7%, *temblores*, un 32,2% frente a un 23,4% y *disnea*, un 29,1% frente a un 20% (Tabla 63).

Tabla 60. Síntomas de Reexperimentación según VP/VR.

VP/VR	VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
	<b>RECUERDOS</b>		
VP	Nada	0	0%
	Una vez por semana o menos/poco	6	20%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	11	36,7%
	5 o más veces por semana/mucho	13	43,3%
VR	Nada	4	12,9%
	Una vez por semana o menos/poco	8	25,8%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	13	41,9%
	5 o más veces por semana/mucho	6	19,4%
	<b>SUEÑOS</b>		
VP	Nada	14	46,7%
	Una vez por semana o menos/poco	6	20%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	6	20%
	5 o más veces por semana/mucho	4	13,3%
VR	Nada	11	35,5%
	Una vez por semana o menos/poco	11	35,5%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	8	25,8%
	5 o más veces por semana/mucho	1	3,2%
	<b>CONDUCTAS</b>		
VP	Nada	10	33,3%
	Una vez por semana o menos/poco	8	26,7%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	12	40%
	5 o más veces por semana/mucho	0	0%
VR	Nada	13	41,9%
	Una vez por semana o menos/poco	7	22,6%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	6	19,4%
	5 o más veces por semana/mucho	5	16,1%
	<b>MALESTAR</b>		
VP	Nada	3	10%
	Una vez por semana o menos/poco	7	23,3%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	12	40%
	5 o más veces por semana/mucho	8	26,7%
VR	Nada	3	9,7%
	Una vez por semana o menos/poco	12	38,7%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	9	29%
	5 o más veces por semana/mucho	7	22,6%
	<b>REACCIÓN FISIOLÓGICA</b>		
VP	Nada	4	13,3%
	Una vez por semana o menos/poco	8	26,7%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	11	36,7%
	5 o más veces por semana/mucho	7	23,3%
VR	Nada	10	32,3%
	Una vez por semana o menos/poco	7	22,6%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	9	29%
	5 o más veces por semana/mucho	5	16,1%

Tabla 61. Síntomas de Evitación según VP/VR.

VP / VR	VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
	<b>AHUYENTA PENSAMIENTOS</b>		
	Nada	6	20%
VP	Una vez por semana o menos/poco	2	6,7%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	15	50%
	5 o más veces por semana/mucho	7	23,3%
	Nada	5	16,1%
VR	Una vez por semana o menos/poco	11	35,5%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	9	29%
	5 o más veces por semana/mucho	6	19,4%
	<b>EVITA ACTIVIDADES</b>		
VP	Nada	4	13,3%
	Una vez por semana o menos/poco	6	20%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	9	30%
	5 o más veces por semana/mucho	11	36,7%
VR	Nada	9	29%
	Una vez por semana o menos/poco	8	25,8%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	10	32,3%
	5 o más veces por semana/mucho	4	12,9%
	<b>INCAPAZ DE RECORDAR</b>		
VP	Nada	16	53,3%
	Una vez por semana o menos/poco	8	26,7%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	6	20%
	5 o más veces por semana/mucho	0	0%
VR	Nada	20	64,5%
	Una vez por semana o menos/poco	6	19,4%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	5	16,1%
	5 o más veces por semana/mucho	0	0%
	<b>DISMINUCIÓN DEL INTERÉS</b>		
VP	Nada	11	36,7%
	Una vez por semana o menos/poco	8	26,7%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	7	23,3%
	5 o más veces por semana/mucho	4	13,3%
VR	Nada	7	22,6%
	Una vez por semana o menos/poco	9	29%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	7	22,6%
	5 o más veces por semana/mucho	8	25,8%
	<b>EXTRAÑEZA CON LOS DEMÁS</b>		
VP	Nada	10	33,3%
	Una vez por semana o menos/poco	6	20%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	9	30%
	5 o más veces por semana/mucho	5	16,7%
VR	Nada	8	25,8%
	Una vez por semana o menos/poco	6	19,4%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	10	32,3%
	5 o más veces por semana/mucho	7	22,6%
	<b>INCAPACIDAD AFECTIVA</b>		
VP	Nada	12	40%
	Una vez por semana o menos/poco	8	26,7%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	7	23,3%
	5 o más veces por semana/mucho	3	10%
VR	Nada	14	45,1%
	Una vez por semana o menos/poco	6	19,4%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	4	12,9%
	5 o más veces por semana/mucho	7	22,6%
	<b>PLANES DE FUTURO NEGATIVOS</b>		
VP	Nada	12	40%
	Una vez por semana o menos/poco	7	23,3%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	8	26,7%
	5 o más veces por semana/mucho	3	10%
VR	Nada	12	38,7%
	Una vez por semana o menos/poco	7	22,6%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	5	16,1%
	5 o más veces por semana/mucho	7	22,6%

Tabla 62. Síntomas de Activación según VP/VR.

VP/VR	VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
	<b>INSOMNIO</b>		
	Nada	7	23,3%
VP	Una vez por semana o menos/poco	7	23,3%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	8	26,7%
	5 o más veces por semana/mucho	8	26,7%
	Nada	11	35,5%
VR	Una vez por semana o menos/poco	9	29%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	6	19,4%
	5 o más veces por semana/mucho	5	16,1%
	<b>IRA</b>		
VP	Nada	9	30%
	Una vez por semana o menos/poco	4	13,4%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	7	23,3%
	5 o más veces por semana/mucho	10	33,3%
VR	Nada	6	19,3%
	Una vez por semana o menos/poco	7	22,6%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	8	25,8%
	5 o más veces por semana/mucho	10	32,3%
	<b>CONCENTRACIÓN</b>		
VP	Nada	3	10%
	Una vez por semana o menos/poco	6	20%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	15	50%
	5 o más veces por semana/mucho	6	20%
VR	Nada	4	12,9%
	Una vez por semana o menos/poco	8	25,8%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	12	38,7%
	5 o más veces por semana/mucho	7	22,6%
	<b>ALERTA</b>		
VP	Nada	6	20%
	Una vez por semana o menos/poco	4	13,4%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	7	23,3%
	5 o más veces por semana/mucho	13	23,3%
VR	Nada	5	16,1%
	Una vez por semana o menos/poco	11	35,5%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	7	22,6%
	5 o más veces por semana/mucho	8	25,8%
	<b>SOBRESALTOS</b>		
VP	Nada	1	3,3%
	Una vez por semana o menos/poco	9	30%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	12	40%
	5 o más veces por semana/mucho	8	26,7%
VR	Nada	7	22,5%
	Una vez por semana o menos/poco	10	32,3%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	8	25,8%
	5 o más veces por semana/mucho	6	19,4%

**Tabla 63. Síntomas de la Escala Complementaria. Manifestaciones somáticas de la ansiedad según VP/VR.**

VP / VR	VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
	<b>DISNEA</b>		
VP	Nada	11	36,7%
	Una vez por semana o menos/poco	13	43,3%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	2	6,7%
	5 o más veces por semana/mucho	4	13,3%
VR	Nada	16	51,6%
	Una vez por semana o menos/poco	6	19,4%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	6	19,4%
	5 o más veces por semana/mucho	3	9,7%
	<b>MIGRAÑA</b>		
VP	Nada	16	53,3%
	Una vez por semana o menos/poco	3	10%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	9	30%
	5 o más veces por semana/mucho	2	6,7%
VR	Nada	15	48,4%
	Una vez por semana o menos/poco	4	12,9%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	8	25,8%
	5 o más veces por semana/mucho	4	12,9%
	<b>TAQUICARDIA</b>		
VP	Nada	7	23,3%
	Una vez por semana o menos/poco	11	37,2%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	11	37,2%
	5 o más veces por semana/mucho	1	3,3%
VR	Nada	13	41,9%
	Una vez por semana o menos/poco	9	29%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	5	16,1%
	5 o más veces por semana/mucho	4	12,9%
	<b>DOLOR DE PECHO</b>		
VP	Nada	17	56,7%
	Una vez por semana o menos/poco	7	23,3%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	5	16,7%
	5 o más veces por semana/mucho	1	3,3%
VR	Nada	17	54,8%
	Una vez por semana o menos/poco	7	22,6%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	6	19,4%
	5 o más veces por semana/mucho	1	3,2%
	<b>SUDORACIÓN</b>		
VP	Nada	15	50%
	Una vez por semana o menos/poco	9	30%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	6	20%
	5 o más veces por semana/mucho	0	0%
VR	Nada	18	58,1%
	Una vez por semana o menos/poco	6	19,4%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	6	19,4%
	5 o más veces por semana/mucho	1	3,2%
	<b>MAREOS</b>		
VP	Nada	16	53,3%
	Una vez por semana o menos/poco	9	30%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	5	16,7%
	5 o más veces por semana/mucho	0	0%
VR	Nada	16	51,6%
	Una vez por semana o menos/poco	4	12,9%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	8	25,8%
	5 o más veces por semana/mucho	3	9,7%
	<b>NAÚSEAS</b>		
VP	Nada	18	60%
	Una vez por semana o menos/poco	6	20%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	1	3,3%
	5 o más veces por semana/mucho	5	16,7%
VR	Nada	13	41,9%
	Una vez por semana o menos/poco	6	19,4%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	10	32,3%
	5 o más veces por semana/mucho	2	6,5%

## Resultados

VP/VR	VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
	<b>IRREALIDAD</b>		
VP	Nada	13	43,3%
	Una vez por semana o menos/poco	10	33,3%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	3	10%
	5 o más veces por semana/mucho	4	13,3%
VR	Nada	9	29%
	Una vez por semana o menos/poco	8	25,8%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	8	25,8%
	5 o más veces por semana/mucho	6	19,4%
	<b>PARESTESIAS</b>		
VP	Nada	21	70%
	Una vez por semana o menos/poco	5	16,7%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	4	13,3%
	5 o más veces por semana/mucho	0	0%
VR	Nada	20	64,5%
	Una vez por semana o menos/poco	7	22,6%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	4	12,95%
	5 o más veces por semana/mucho	0	0%
	<b>SOFOCOS</b>		
VP	Nada	17	56,7%
	Una vez por semana o menos/poco	8	26,7%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	5	16,7%
	5 o más veces por semana/mucho	0	0%
VR	Nada	15	48,4%
	Una vez por semana o menos/poco	6	29,4%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	8	25,8%
	5 o más veces por semana/mucho	2	6,5%
	<b>TEMBLORES</b>		
VP	Nada	15	50%
	Una vez por semana o menos/poco	8	26,7%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	5	16,7%
	5 o más veces por semana/mucho	2	6,7%
VR	Nada	16	51,6%
	Una vez por semana o menos/poco	5	16,1%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	5	16,1%
	5 o más veces por semana/mucho	5	16,1%
	<b>IEDO A MORIR</b>		
VP	Nada	13	43,3%
	Una vez por semana o menos/poco	5	16,7%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	5	16,7%
	5 o más veces por semana/mucho	7	23,3%
VR	Nada	13	41,9%
	Una vez por semana o menos/poco	7	22,6%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	5	16,1%
	5 o más veces por semana/mucho	6	19,4%
	<b>IEDO A LA LOCURA</b>		
VP	Nada	12	40%
	Una vez por semana o menos/poco	5	16,7%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	8	26,7%
	5 o más veces por semana/mucho	5	16,7%
VR	Nada	9	29%
	Una vez por semana o menos/poco	6	19,4%
	De 2 a 4 veces por semana/bastante	6	19,4%
	5 o más veces por semana/mucho	10	32,3%

A continuación se resume la sintomatología postraumática, según el estresor tipo I de Terr (VP) o tipo II de Terr (VR), por orden de mayor a menor prevalencia, según las diferentes escalas:

### REEXPERIMENTACIÓN:

#### VP.

1. Recuerdos del trauma: 80%.
2. Malestar psicológico: 66,7%.
3. Reacción fisiológica: 60%.
4. Sueños: 33,3%.
5. Conductas: 40%.

VR.

1. Recuerdos del trauma: 61,3%.
2. Malestar psicológico: 51,6%.
3. Reacción fisiológica: 45,1%.
4. Conductas: 35,5%.
5. Sueños: 29%.

EVITACIÓN:

VP.

1. Ahuyenta pensamientos: 73,3%.
2. Evita las actividades: 66,7%.
3. Extrañeza en las relaciones con los demás: 46,7%.
4. Disminución del interés: 36,6%.
5. Visión de planes de futuro negativos: 36,7%.

VR.

1. Extrañeza en las relaciones con los demás: 54,9%.
2. Incapacidad afectiva: 33,3%.
3. Incapacidad para recordar el trauma: 20%.
4. Ahuyenta pensamientos: 48,4%.
5. Disminución del interés: 48,4%.
6. Evita las actividades: 45,2%.
7. Visión de planes de futuro negativos: 38,7%.
8. Incapacidad afectiva: 35,5%.
9. Incapacidad para recordar el trauma: 16,1%.

ACTIVACIÓN:

VP.

1. Dificultad en la concentración: 70%.
2. Sobresaltos: 66,7%.
3. Alerta: 66,6%.
4. Ira: 57%.
5. Insomnio: 53,4%.

VR.

1. Dificultad en la concentración: 61,3%.
2. Ira: 58%.
3. Alerta: 48,4%.
4. Sobresaltos: 45,2%.
5. Insomnio: 35,5%.

COMPLEMENTARIA:

VP.

1. Miedo a la locura: 43,4%.
2. Taquicardia: 40%.
3. Miedo a morir: 40%.
4. Migraña: 37%.
5. Temblores: 23,4%.
6. Irrealidad: 23,3%.

7. Disnea: 20%.
8. Dolor de pecho: 21%.
9. Sudoración: 21%.
10. Náuseas: 20%.
11. Mareos: 16,7%.
12. Sofocos: 16,7%.
13. Parestesias: 13%.

VR.

1. Miedo a la locura: 51,7%.
2. Irrealidad: 45,2%.
3. Náuseas: 38,5%.
4. Migraña: 37%.
5. Mareos: 35,5.
6. Miedo a morir: 35,5%.
7. Sofocos: 32,3%.
8. Temblores: 32,2%.
9. Disnea: 29,1%.
10. Taquicardia: 29%.
11. Dolor de pecho: 21%.
12. Sudoración: 21%.
13. Parestesia: 13%.

## 5.2. INFERENCIA EN LA MUESTRA DE VS.

Comenzamos con un análisis de la existencia de relación, entre la edad VS y la edad a la que acude a Amuvi a declararla, y a pedir ayuda. Como ya hemos visto dentro de la edad en que la mujer sufre la VS se encuentran dos grupos: A. Cuando el suceso ocurrió hasta los 20 años de edad ( $\leq 20$  años); B. Cuando aconteció después de los 20 años de edad ( $> 20$  años).

La asociación es significativa ( $p=0,002$ ) y su estudio revela que, se debe a que el 40% de las mujeres del grupo A declaran antes los hechos, entre los 16 y los 20 años de edad; y además, a que la prevalencia de acudir a Amuvi entre los 26 y los 30 años de edad, es un 32% más elevada en las mujeres del grupo B que en las del grupo A, lo cual nos indica que al menos las mujeres agredidas entre los 21 y 25 años de edad, esperan entre 5 y 10 años para declarar los hechos (Tabla 64).

**Tabla 64. Relación entre la edad VS (<=20 años/>20 años) y la edad en que acude a Amuvi.**

			EDAD ACUDE AMUVI				Total
			16-20 años	21-25 años	26-30 años	31-35 años	
EDAD VS <=20 años/>20 años	> 20 años	Recuento	0	7	7	4	18
		% de EDAD VS<=20 años/>20 años	,0%	38,9%	38,9%	22,2%	100,0%
	<= 20 años	Recuento	17	13	3	10	43
		% de EDAD VS<=20 años/>20 años	39,5%	30,2%	7,0%	23,3%	100,0%
Total		Recuento	17	20	10	14	61
		% de EDAD VS<=20 años/>20 años	27,9%	32,8%	16,4%	23,0%	100,0%

Considerando ambas edades, edad a la que la mujer sufrió la VS y edad a la que declara este hecho en Amuvi, como menor o igual de 20 años y mayor de 20 años, y estudiando su relación según la violencia haya sido VP o VR, se observa y se confirma sólo en VP, que el 77% de las mujeres agredidas antes de los 20 años de edad declara en poco tiempo los hechos, antes de cumplir esa edad (Tabla 65).

**Tabla 65. Relaciones entre la edad VS (<=20 años/>20 años) y la edad en que acude a Amuvi, y la frecuencia VS.**

VP/VR			EDAD ACUDE AMUVI <=20/>20 años			Total
			> 20 años	<= 20 años	> 20 años	
VP	EDAD VS <=20 años/>20 años	> 20 años	Recuento	17	0	17
			% de EDAD VS <=20 años/>20 años	100,0%	,0%	100,0%
		<= 20 años	Recuento	3	10	13
		% de EDAD VS <=20 años/>20 años	23,1%	76,9%	100,0%	
Total		Recuento	20	10	30	
		% de EDAD VS <=20 años/>20 años	66,7%	33,3%	100,0%	
VR	EDAD VS <=20 años/>20 años	> 20 años	Recuento	1	0	1
			% de EDAD VS <=20 años/>20 años	100,0%	,0%	100,0%
		<= 20 años	Recuento	23	7	30
		% de EDAD VS <=20 años/>20 años	76,7%	23,3%	100,0%	
Total		Recuento	24	7	31	
		% de EDAD VS <=20 años/>20 años	77,4%	22,6%	100,0%	

### 5.2.1. ESTUDIO SEGÚN EDAD VS: <=20 AÑOS/>20 AÑOS.

A continuación, se comentan los resultados de las relaciones que resultan significativas ( $p < 0,05$ ) entre determinadas características sociodemográficas, relativas a las circunstancias de la violencia o representativas del TEPT, con el hecho de haber sufrido la agresión antes o después de los 20 años de edad.

La prevalencia de **VR** es un 64% más elevada en las mujeres del grupo A, respecto a las del grupo B (Tabla 66).

Un 23% más prevalente es el **nivel socioeconómico** alto en las mujeres que sufren la agresión después de los 20 años, respecto a las mujeres agredidas con esa edad o antes, en las que prevalece un nivel medio-bajo (Tabla 67).

Respecto a la **relación víctima-agresor**, un 50% de las mujeres agredidas después de los 20 años de edad, afirma respecto al agresor que era poco conocido o desconocido para ella, frente a sólo el 9,3% de las mujeres del grupo A. A su vez, el 55,8% de éstas últimas, dicen que el agresor era un conviviente o familiar frente al 11% de las agredidas mayores de 20 años (Tabla 68).

En cuanto a la **asimetría de edad**, el 72,2% de las mujeres que sufrieron violencia después de los 20 años, tienen menos de 5 años de diferencia con el agresor y el 22,2% más de 12 años; mientras que en las que sufrieron la agresión o abuso con 20 años o antes, hay un 21% y un 60,5%, respectivamente (Tabla 69).

Al analizar el **tiempo transcurrido desde la última VS**, encontramos que la prevalencia de un tiempo inferior a 6 meses transcurrido desde la última agresión, es un 37% mayor en las mujeres agredidas sexualmente mayores de 20 años, respecto a las menores de 20 años; mientras que, al contrario, en el segundo grupo respecto al primero, también en un 37% es mayor la prevalencia de un tiempo de 6 meses o más desde la última agresión (Tabla 70).

Las **estrategias del agresor** presentan una relación significativa con la edad (<=20 años/>20 años) en la que la mujer sufre la VS. Esto se debe a las diferencias detectadas en el engaño y/o seducción y en la violencia y/o intimidación. Puede afirmarse que el engaño y/o seducción, prevalece un 40% más en las mujeres del grupo A, respecto a las que la padecen después de los 20 años; mientras que, la violencia y/o intimidación la soportan el 46% más las del grupo B que las mujeres del grupo A (Tabla 71).

El **apoyo familiar** inadecuado o inexistente percibido por las mujeres del grupo A es un 30% más elevado, que el percibido como tal

por las mujeres víctimas después de los 20 años. También se incluye en ese porcentaje el hecho de que la familia desconociera lo sucedido (Tabla 72).

El porcentaje de **consecuencias físicas** moderadas tras la violencia es un 42% más elevado, en las mujeres agredidas después de los 20 años, que en las del grupo A. En las secuelas muy leves ocurre al revés, la prevalencia es un 40% más alta en las mujeres agredidas con 20 años o antes, que en las agredidas después de los 20 años (Tabla 73).

Aunque ya se describieron las diferencias detectadas en las **escalas y subescalas del TEPT**, entre los dos grupos de mujeres (A y B) según la edad a la que sufrieron la VS, la relación no puede confirmarse por falta de tamaño muestral. Se observa que, tanto la Escala Global, como las subescalas de Reexperimentación, Evitación y Activación, aunque son patológicas (están por encima de su punto de corte), en ambos grupos de mujeres prevalecían en las mujeres víctimas de VS después de los 20 años, respecto a las agredidas con 20 años o antes, en un 13%, 14,5%, 2,4% y 6%, respectivamente (Tablas 74, 75, 76 y 77).

El síntoma *recuerdos* en la categoría de frecuencia *mucho*, es un 42,5% significativamente más elevado en las mujeres agredidas después de los 20 años, que en las agredidas antes de esa edad (Tabla 78).

La prevalencia del síntoma *evita actividades* en la categoría de frecuencia *mucho*, es un 28% más elevada en las mujeres agredidas después de los 20 años, respecto a las mujeres agredidas con 20 años o menos; mientras que éstas evitan actividades en la categoría de frecuencia *poco* un 25% más que las primeras (Tabla 79).

El síntoma *náuseas* lo padecen en la categoría de frecuencia *bastante*, un 25,6% más las mujeres víctimas de VS del grupo A que las del grupo B (Tabla 80).

Cuando se analizan estas relaciones según que la violencia ocurrida haya sido VP o VR únicamente dos de ellas resultan significativas y ambas sólo en el caso de VP:

- **La situación laboral** difiere significativamente entre las mujeres que sufren la agresión antes y después de los 20 años; ello se debe a que estudian un 53% más las mujeres del grupo A que las del grupo B, y a que trabajan de manera continua un 39% más éstas últimas, que las primeras (Tabla 81).
- Una **asimetría de edad víct-agresor** de menos de 5 años es un 46% mayor en las mujeres víctimas mayores de 20 años, que en

las menores de esta edad; en cambio, una asimetría de entre 6 y 11 años es un 23% más elevada en últimas que en las primeras (Tabla 82).

Tras este análisis pueden establecerse de manera univariante, los siguientes perfiles para las mujeres victimizadas sexualmente según la edad en que ocurrió la agresión o el abuso, según los grupos A y B:

**Cuadro 1. Perfil de la mujer victimizada con 20 años o menos.**

<b>MUJER VICTIMIZADA &lt;=20 AÑOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●VR.</li> <li>●Nivel socioeconómico medio-bajo.</li> <li>●Agresor conviviente o familiar.</li> <li>●Diferencia de edad de más de 12 años con el agresor.</li> <li>●Hace 6 meses o más del último episodio violento.</li> <li>●Estrategia del agresor: engaño y/o seducción.</li> <li>●Apoyo familiar inadecuado o inexistente.</li> <li>●Consecuencias físicas muy leves.</li> <li>●Consecuencias psíquicas observadas graves, escala TEPT patológica por encima de puntos de corte.</li> <li>●El síntoma <i>recuerdos</i> se encuentra en la frecuencia <i>poco</i>.</li> <li>●El síntoma <i>evita actividades</i> se encuentra en la frecuencia <i>poco</i>.</li> <li>●El síntoma <i>náuseas</i> se encuentra en la frecuencia <i>mucho</i>.</li> <li>●La situación laboral de las víctimas de VR es de trabajo continuo.</li> </ul>

**Cuadro 2. Perfil de la mujer victimizada con más de 20 años.**

<b>MUJER VICTIMIZADA &gt;20 años</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●VP.</li> <li>●Nivel socioeconómico alto.</li> <li>●Agresor desconocido o poco conocido.</li> <li>●Diferencia de edad de menos de 5 años con el agresor.</li> <li>●Hace menos de 6 meses del último episodio violento.</li> <li>●Estrategia del agresor: violencia y/o intimidación.</li> <li>●Apoyo familiar existente y adecuado.</li> <li>●Consecuencias físicas moderadas.</li> <li>●Consecuencias psíquicas observadas muy graves, escala TEPT patológica por encima de puntos de corte.</li> <li>●El síntoma <i>recuerdos</i> se encuentra en la frecuencia <i>mucho</i>.</li> <li>●El síntoma <i>evita actividades</i> se encuentra en la frecuencia <i>mucho</i>.</li> <li>●El síntoma <i>náuseas</i> se encuentra en la frecuencia <i>poco</i>.</li> <li>●La situación laboral de las víctimas de VP es estudiante.</li> </ul>

Tabla 66. Relación entre la edad VS y la frecuencia VS.

			VP/VR		Total
			VP	VR	
EDAD VS <=20 años/ >20 años	> 20 años	Recuento	17	1	18
		% de EDAD VS	94,4%	5,6%	100,0%
	<= 20 años	Recuento	13	30	43
		% de EDAD VS	30,2%	69,8%	100,0%
	Total	Recuento	30	31	61
		% de EDAD VS	49,2%	50,8%	100,0%

Tabla 67. Relación entre la edad VS y nivel socioeconómico.

			NIVEL SOCIOECONÓMICO			Total
			Bajo	Medio	Alto	
EDAD VS <=20 años/ >20 años	> 20 años	Recuento	1	12	5	18
		% de EDAD VS	5,6%	66,7%	27,8%	100,0%
	<= 20 años	Recuento	9	32	2	43
		% de EDAD VS	20,9%	74,4%	4,7%	100,0%
	Total	Recuento	10	44	7	61
		% de EDAD VS	16,4%	72,1%	11,5%	100,0%

Tabla 68. Relación entre la edad VS y la relación víctima-agresor.

			RELACION VÍCT-AGRESOR				Total
			Des- conocido	Poco conocd	Conocd	Convivnt/ familiar	
EDAD VS <=20 años/ >20 años	> 20 años	Recuento	6	3	7	2	18
		% de EDAD VS	33,3%	16,7%	38,9%	11,1%	100,0%
	<= 20 años	Recuento	3	1	15	24	43
		% de EDAD VS	7,0%	2,3%	34,9%	55,8%	100,0%
	Total	Recuento	9	4	22	26	61
		% de EDAD VS	14,8%	6,6%	36,1%	42,6%	100,0%

Tabla 69. Relación entre la edad VS y la asimetría de edad vict-agresor.

			ASIMETRÍA EDAD VÍCT-AGRESOR				Total
			Menos 5 años de diferencia	Entre 6 y 1 años de diferencia	Más de 12 años	Ns/nc	
EDAD VS <=20 años/ >20 años	> 20 años	Recuento	13	0	4	1	18
		% de EDAD VS	72,2%	0,0%	22,2%	5,6%	100,0%
	<= 20 años	Recuento	9	6	26	2	43
		% de EDAD VS	20,9%	14,0%	60,5%	4,7%	100,0%
	Total	Recuento	22	6	30	3	61
		% de EDAD VS	36,1%	9,8%	49,2%	4,9%	100,0%

Tabla 70. Relación entre la edad VS y el tiempo transcurrido desde VS.

			TIEMPO DESDE VS			Total
			1-3 meses	3-6 meses	6 meses o más	
EDAD VS <=20 años/ >20 años	> 20 años	Recuento % de EDAD VS <=20 años/>20 años	9 50,0%	1 5,6%	8 44,4%	18 100,0%
	<= 20 años	Recuento % de EDAD VS <=20 años/>20 años	3 7,0%	5 11,6%	35 81,4%	43 100,0%
Total		Recuento % de EDAD VS <=20 años/>20 años	12 19,7%	6 9,8%	43 70,5%	61 100,0%

Tabla 71. Relación entre la edad VS y las estrategias del agresor.

			ESTRATEGIAS DEL AGRESOR			Total
			Engaño y/o seducción n	prevalencia o poder	Violencia y/o intimidació n	
EDAD VS <=20 años/ >20 años	> 20 años	Recuento % de EDAD VS <=20 años/>20 años	1 5,6%	2 11,1%	15 83,3%	18 100,0%
	<= 20 años	Recuento % de EDAD VS <=20 años/>20 años	20 46,5%	7 16,3%	16 37,2%	43 100,0%
Total		Recuento % de EDAD VS <=20 años/>20 años	21 34,4%	9 14,8%	31 50,8%	61 100,0%

Tabla 72. Relación entre la edad VS y el apoyo familiar recibido.

			APOYO FAMILIAR RECIBIDO		Total
			Ausente- Inadecuado- No lo saben	Presente- Adecuado	
EDAD VS <=20 años/ >20 años	> 20 años	Recuento % de EDAD VS <=20 años/>20 años	5 27,8%	13 72,2%	18 100,0%
	<= 20 años	Recuento % de EDAD VS <=20 años/>20 años	25 58,1%	18 41,9%	43 100,0%
Total		Recuento % de EDAD VS <=20 años/>20 años	30 49,2%	31 50,8%	61 100,0%

Tabla 73. Relación entre la edad VS y las consecuencias físicas VS.

			CONSECUENCIA FÍSICAS VS			Total
			No existen o muy leves	No graves	Graves	
EDAD VS <=20 años/ >20 años	> 20 años	Recuento % de EDAD VS <=20 años/>20 años	5 27,8%	11 61,1%	2 11,1%	18 100,0%
	<= 20 años	Recuento % de EDAD VS <=20 años/>20 años	29 67,4%	8 18,6%	6 14,0%	43 100,0%
Total		Recuento % de EDAD VS <=20 años/>20 años	34 55,7%	19 31,1%	8 13,1%	61 100,0%

Tabla 74. Relación entre la edad VS y la Escala Global.

			ESCALA GLOBAL (corte en 15)		Total
			Menos de 15	15 o más	
EDAD VS <=20 años/ >20 años	> 20 años	Recuento	1	17	18
		% de EDAD VS	5,6%	<b>94,4%</b>	100,0%
	<= 20 años	Recuento	8	35	43
		% de EDAD VS	18,6%	<b>81,4%</b>	100,0%
		<=20 años/>20 años			
	Total	Recuento	9	52	61
		% de EDAD VS	14,8%	85,2%	100,0%
		<=20 años/>20 años			

Tabla 75. Relación entre la edad VS y la subescala de Reexperimentación.

			REEXPERIMENTACIÓN (corte en 5)		Total
			Menos de 5	5 o más	
EDAD VS <=20 años/ >20 años	> 20 años	Recuento	2	16	18
		% de EDAD VS	11,1%	<b>88,9%</b>	100,0%
	<= 20 años	Recuento	11	32	43
		% de EDAD VS	25,6%	<b>74,4%</b>	100,0%
		<=20 años/>20 años			
	Total	Recuento	13	48	61
		% de EDAD VS	21,3%	78,7%	100,0%
		<=20 años/>20 años			

Tabla 76. Relación entre la edad VS y la subescala de Evitación.

			EVITACIÓN (corte en 6)		Total
			Menos de 6	6 o más	
EDAD VS<=20 años/ >20 años	> 20 años	Recuento	5	13	18
		% de EDAD VS	27,8%	<b>72,2%</b>	100,0%
	<= 20 años	Recuento	13	30	43
		% de EDAD VS	30,2%	<b>69,8%</b>	100,0%
		<=20 años/>20 años			
	Total	Recuento	18	43	61
		% de EDAD VS	29,5%	70,5%	100,0%
		<=20 años/>20 años			

Tabla 77. Relación entre la edad VS y la subescala de Activación.

			ACTIVACIÓN (corte en 4)		Total
			Menos de 4	4 o más	
EDAD VS <=20 años/ >20 años	> 20 años	Recuento	1	17	18
		% de EDAD VS	5,6%	<b>94,4%</b>	100,0%
	<= 20 años	Recuento	5	38	43
		% de EDAD VS	11,6%	<b>88,4%</b>	100,0%
		<=20 años/ >20 años			
	Total	Recuento	6	55	61
		% de EDAD VS	9,8%	90,2%	100,0%
		<=20 años/>20 años			

Figura 57

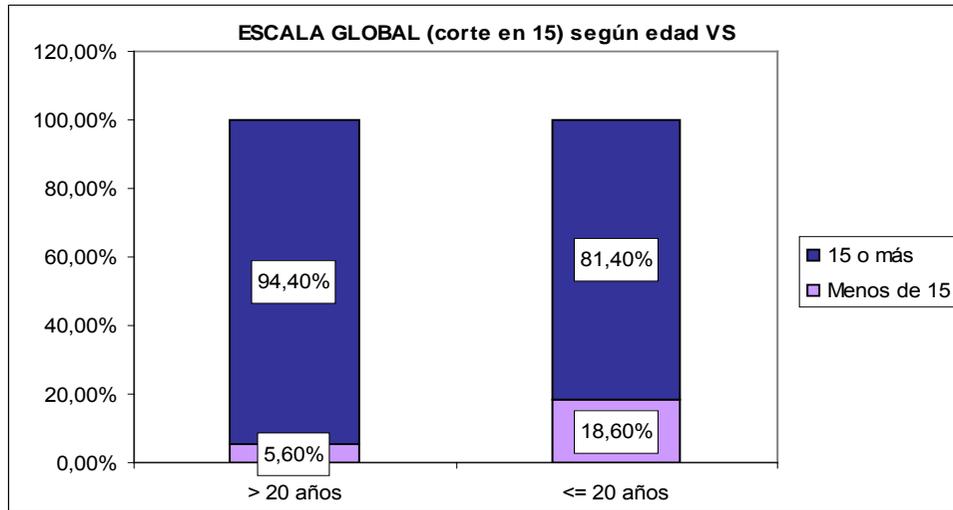


Figura 58

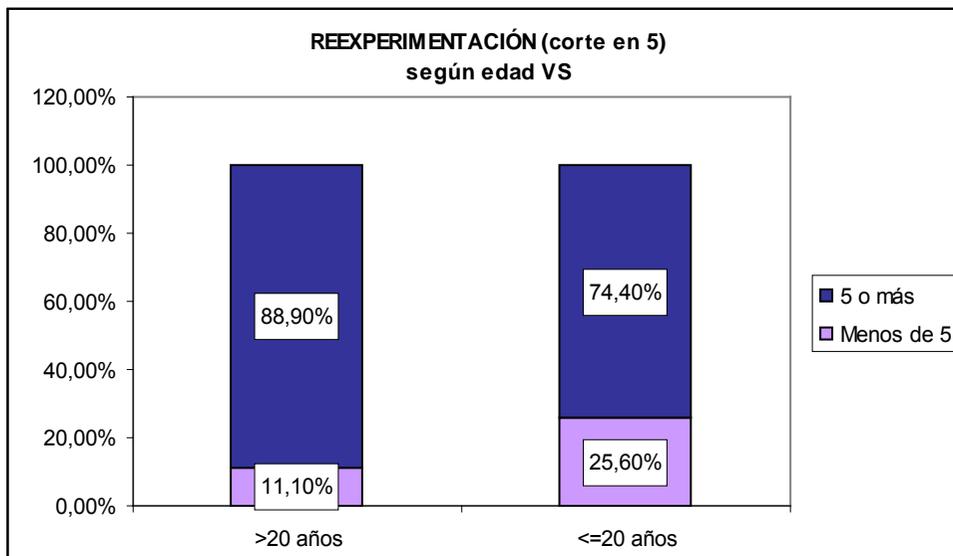


Figura 59

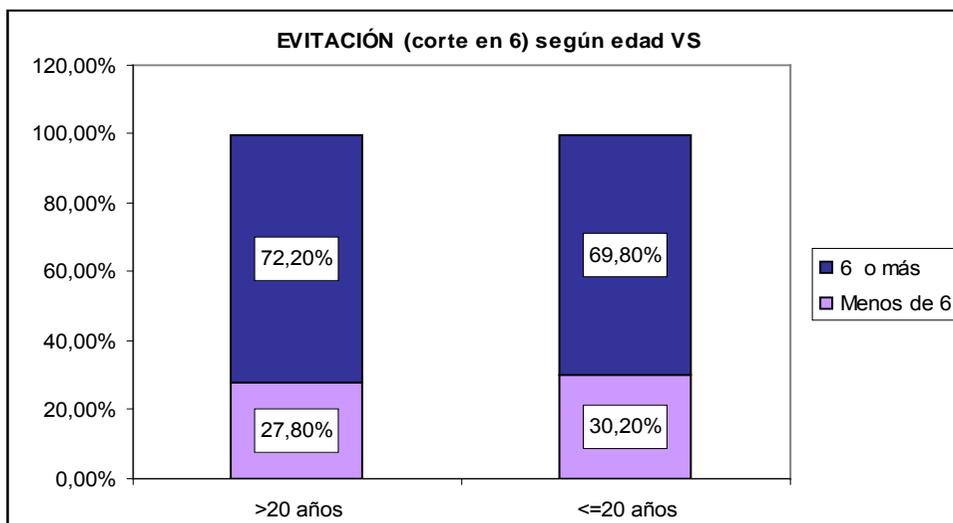


Figura 60

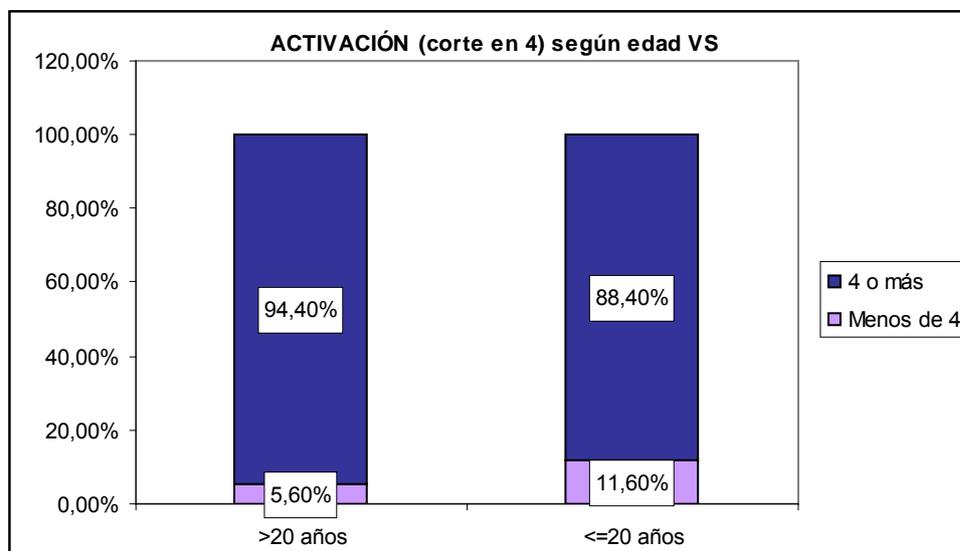


Tabla 78. Relación entre la edad VS y el síntoma *recuerdos*.

			RECUERDOS				Total
			Nada	Una vez por sem o menos/poco	De 2 a 4 veces por sem/bastante	5 o más veces por sem/mucho	
EDAD VS <=20 años/>20 años	> 20 años	Recuento	0	2	5	11	18
		% de EDAD VS <=20 años/>20 años	,0%	11,1%	27,8%	<b>61,1%</b>	100,0%
	<= 20 años	Recuento	4	12	19	8	43
		% de EDAD VS <=20 años/>20 años	9,3%	27,9%	44,2%	<b>18,6%</b>	100,0%
Total		Recuento	4	14	24	19	61
		% de EDAD VS <=20 años/>20 años	6,6%	23,0%	39,3%	31,1%	100,0%

Tabla 79. Relación entre la edad VS y el síntoma *evita actividades*.

			EVITA ACTIVIDADES				Total
			Nada	Una vez por sem o menos/poco	De 2 a 4 veces por sem/bastante	5 o más veces por sem/mucho	
EDAD VS <=20 años/>20 años	> 20 años	Recuento	2	1	7	8	18
		% de EDAD VS <=20 años/>20 años	11,1%	<b>5,6%</b>	38,9%	<b>44,4%</b>	100,0%
	<= 20 años	Recuento	11	13	12	7	43
		% de EDAD VS <=20 años/>20 años	25,6%	<b>30,2%</b>	27,9%	<b>16,3%</b>	100,0%
Total		Recuento	13	14	19	15	61
		% de EDAD VS <=20 años/>20 años	21,3%	23,0%	31,1%	24,6%	100,0%

Tabla 80. Relación entre la edad VS y el síntoma náuseas.

			NÁUSEAS				Total
			Nada	Una vez por sem o menos/poco	De 2 a 4 veces sem/bastante	5 o más veces por sem/mucho	
EDAD VS <=20 años/ >20 años	> 20 años	Recuento % de EDAD VS <=20 años/>20 años	10 55,6%	5 27,8%	0 0%	3 16,7%	18 100,0%
	<= 20 años	Recuento % de EDAD VS <=20 años/>20 años	21 48,8%	7 16,3%	11 25,6%	4 9,3%	43 100,0%
Total		Recuento % de EDAD VS <=20 años/>20 años	31 50,8%	12 19,7%	11 18,0%	7 11,5%	61 100,0%

Tabla 81. Relación entre la edad VS, la frecuencia VS y la situación laboral.

VP/VR					SITUACIÓN LABORAL				Total
					Estudia	Trabajos temporales	Trabajo continuo	Trabajo en el hogar	
VP	EDAD VS <=20 años/ >20 años	> 20 años	Recuento % de EDAD VS <=20 años/>20 años	4 23,5%	3 17,6%	8 47,1%	2 11,8%	17 100,0%	
		<= 20 años	Recuento % de EDAD VS <=20 años/>20 años	10 76,9%	2 15,4%	1 7,7%	0 0,0%	13 100,0%	
	Total		Recuento % de EDAD VS <=20 años/>20 años	14 46,7%	5 16,7%	9 30,0%	2 6,7%	30 100,0%	
VR	EDAD VS <=20 años/ >20 años	> 20 años	Recuento % de EDAD VS <=20 años/>20 años	1 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	1 100,0%	
		<= 20 años	Recuento % de EDAD VS <=20 años/>20 años	10 33,3%	8 26,7%	7 23,3%	5 16,7%	30 100,0%	
	Total		Recuento % de EDAD VS <=20 años/>20 años	11 35,5%	8 25,8%	7 22,6%	5 16,1%	31 100,0%	

**Tabla 82. Relación entre edad VS, frecuencia VS y asimetría de edad entre la víctima y el agresor.**

VP/ VR			ASIMETRÍA EDAD VICT-AGRESOR				Total	
			Menos de 5 años de diferencia	Entre 6 y 11 años diferencia	Más de 12 años	Ns/nc		Menos de 5 años de diferencia
VP	EDAD VS <=20 años/ >20 años	> 20 años	Recuento	13	0	3	1	17
			% de EDAD VS <=20 años/>20 años	76,5%	,0%	17,6%	5,9%	100,0%
	<= 20 años	Recuento	4	3	4	2	13	
		% de EDAD VS <=20 años/>20 años	30,8%	23,1%	30,8%	15,4%	100,0%	
Total			Recuento	17	3	7	3	30
		% de EDAD VS <=20 años/>20 años	56,7%	10,0%	23,3%	10,0%	100,0%	
VR	EDAD VS <=20 años/ >20 años	> 20 años	Recuento	0	0	1		1
			% de EDAD VS <=20 años/>20 años	,0%	,0%	100,0%		100,0%
	<= 20 años	Recuento	5	3	22		30	
		% de EDAD VS <=20 años/>20 años	16,7%	10,0%	73,3%		100,0%	
Total			Recuento	5	3	23		31
		% de EDAD VS <=20 años/>20 años	16,1%	9,7%	74,2%		100,0%	

### 5.2.2. ESTUDIO SEGÚN LA FRECUENCIA DE LA VS: VP/VR.

Se analizan las relaciones que resultan significativas ( $p < 0,05$ ), entre características sociodemográficas o características de la VS (se incluyen las relativas al agresor y a la agresión/abuso), con el hecho de haber sufrido la violencia de manera puntual o reiterada.

La **prevalencia** de las mujeres victimizadas sexualmente que pertenecen al grupo B es un 53% más elevada en VP que en VR. Paralelamente, la prevalencia de mujeres victimizadas hasta los 20 años es en la misma medida en VR que en VP (Tabla 83).

En la **relación víctima-agresor** encontramos que el porcentaje de agresor desconocido o poco conocido para la víctima, es un 43,3% mayor en VP que en VR; mientras que el porcentaje de un agresor conviviente o familiar de la víctima, es un 51% más elevado en VR que en VP (Tabla 84).

La **asimetría de edad** de menos de 5 años de diferencia en la edad víctima-agresor, es un 40,6% mayor en VP que en VR. En cambio, una diferencia de más de 12 años es un 51% más prevalente en VR que en VP (Tabla 85).

El porcentaje de **otros actos agresivos**, es un 34,1% significativamente más elevado en las mujeres que sufrieron VP respecto a VR. En VR prevalece en más del 75% no haber otros actos agresivos además de la violación (Tabla 86).

En cuanto al **tiempo transcurrido desde la VS** hasta que se le aplican los cuestionarios de evaluación, la prevalencia de un tiempo inferior a 6 meses transcurrido desde la última agresión, es un 46,8% mayor en las mujeres victimizadas de forma puntual, respecto a las que lo fueron de forma reiterada. Por el contrario, un tiempo de 6 meses o más desde ese hecho es un 46,8% más prevalente en VR respecto a VP (Tabla 87).

Encontramos relación significativa entre el tipo de VS padecida y las **estrategias del agresor**. Ello se debe a las diferencias detectadas en el engaño y/o seducción y en la violencia y/o intimidación. Se confirma que el engaño y/o la seducción, prevalece un 48% más en las mujeres que sufren la VR que en las que sufren VP; mientras que la violencia y/o intimidación, la sufren un 64% más las víctimas de VP (Tabla 88).

Un **apoyo familiar** percibido como inadecuado, que incluye el desconocimiento por parte de los familiares de los hechos acaecidos, lo reciben un 31% más las mujeres con VR frente a VP (Tabla 89).

Otro factor relacionado significativamente con la frecuencia de la VS son las **consecuencias físicas** derivadas de la misma. No existen secuelas o son muy leves en la VR, un 50,6% más que en VP. En cambio, las secuelas moderadas y las graves tras la violencia, son un 30% y un 20% respectivamente, más elevadas en las mujeres agredidas puntualmente (Tabla 90).

Aunque ya se detectaron diferencias en la muestra en **las escalas y subescalas del TEPT** según la frecuencia de la VS padecida, la relación no se puede confirmar con el tamaño muestral del estudio. Se observó que tanto la Escala Global como las subescalas de Reexperimentación, Evitación y Activación, prevalecían ligeramente en las mujeres con VP respecto a VR en un 9,4%, 2,6%, 5,6% y 6,2%, respectivamente (Tablas 91, 92, 93 y 94).

La frecuencia de la VS padecida afecta al síntoma *ahuyenta pensamientos*, y se debe a que lo hacen en la frecuencia *poco* un 30% más las mujeres con VR que con VP (Tabla 95).

El síntoma de *náuseas* lo padece en frecuencia bastante, un 30% más las mujeres victimizadas reiteradamente, que las que lo son puntualmente (Tabla 96).

Con estas relaciones pueden establecerse de manera univariante, los siguientes perfiles para la mujer victimizada sexualmente según sea la frecuencia de la VS.

**Cuadro 3. Perfil de la mujer que sufre violencia sexual puntual.**

<b>MUJER QUE SUFRE VP</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● El síntoma <i>náuseas</i> se encuentra en la frecuencia <i>poco</i>.</li> <li>● Mujer victimizada después de los 20 años de edad (&gt; 20 años).</li> <li>● Agresor desconocido o poco conocido.</li> <li>● Diferencia de menos de 5 años de edad con el agresor.</li> <li>● Cuando es evaluada han transcurrido menos de 6 meses desde la agresión.</li> <li>● Estrategia del agresor: violencia y/o intimidación.</li> <li>● Apoyo familiar existente y adecuado.</li> <li>● Consecuencias físicas de los hechos moderadas y graves.</li> <li>● Consecuencias psíquicas observadas muy graves, escala TEPT patológica, por encima de los puntos de corte.</li> <li>● El síntoma <i>ahuyenta pensamientos</i> se encuentra en la frecuencia <i>bastante</i>.</li> </ul>

**Cuadro 4. Perfil de la mujer que sufre violencia sexual reiterada.**

<b>MUJER QUE SUFRE VR</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Mujer victimizada hasta los 20 años de edad (&lt;= 20 años).</li> <li>● Agresor conviviente o familiar.</li> <li>● Diferencia de más de 12 años de edad con el agresor.</li> <li>● Cuando es evaluada han transcurrido 6 meses o más del último episodio violento.</li> <li>● Estrategia del agresor: engaño y/o seducción.</li> <li>● Apoyo familiar inadecuado o inexistente.</li> <li>● Consecuencias físicas de los hechos muy leves.</li> <li>● Consecuencias psíquicas observadas graves, escala TEPT patológica, por encima de los puntos de corte.</li> <li>● El síntoma <i>ahuyenta pensamientos</i> se encuentra en la frecuencia <i>poco</i>.</li> <li>● El síntoma <i>náuseas</i> se encuentra en la frecuencia <i>mucho</i>.</li> </ul>

**Tabla 83. Relación entre la frecuencia VS y la edad VS.**

			<b>EDAD VS &lt;= 20 años / &gt; 20 años</b>		<b>Total</b>
			> 20 años	<= 20 años	
VP/VR	VP	Recuento	17	13	30
		% de VP/VR	56,7%	43,3%	100,0%
	VR	Recuento	1	30	31
		% de VP/VR	3,2%	96,8%	100,0%
Total	Recuento	18	43	61	
	% de VP/VR	29,5%	70,5%	100,0%	

Resultados

**Tabla 84. Relación entre la frecuencia VS y la relación víctima-agresor.**

			RELACIÓN VÍCT-AGRESOR				Total
			Desconoci- do	Poco conocido	Conocido	Conviviente/ familiar	
VP/ VR	VP	Recuento	9	4	12	5	30
		% de VP/VR	30,0%	13,3%	40,0%	16,7%	100,0%
	VR	Recuento	0	0	10	21	31
% de VP/VR		,0%	,0%	32,3%	67,7%	100,0%	
Total	Recuento	9	4	22	26	61	
	% de VP/VR	14,8%	6,6%	36,1%	42,6%	100,0%	

**Tabla 85. Relación entre la frecuencia VS y la asimetría de edad entre la víctima y el agresor.**

			ASIMETRÍA EDAD VÍCT-AGRESOR				Total
			Menos de 5 años de diferencia	Entre 6 y 11 años de diferencia	Más de 12 años	Ns/nc	
VP/ VR	VP	Recuento	17	3	7	3	30
		% de VP/VR	56,7%	10,0%	23,3%	10,0%	100,0%
	VR	Recuento	5	3	23	0	31
% de VP/VR		16,1%	9,7%	74,2%	,0%	100,0%	
Total	Recuento	22	6	30	3	61	
	% de VP/VR	36,1%	9,8%	49,2%	4,9%	100,0%	

**Tabla 86. Relación entre la frecuencia VS y otros actos agresivos.**

			OTROS ACTOS AGRESIVOS		Total
			Sí	No	
VP/ VR	VP	Recuento	17	13	30
		% de VP/VR	56,7%	43,3%	100,0%
	VR	Recuento	7	24	31
		% de VP/VR	22,6%	77,4%	100,0%
Total	Recuento	24	37	61	
	% de VP/VR	39,3%	60,7%	100,0%	

**Tabla 87. Relación entre la frecuencia VS y el tiempo transcurrido desde la VS.**

			TIEMPO DESDE VS			Total
			1-3 meses	3-6 meses	6 meses o más	
VP/ VR	VP	Recuento	10	6	14	30
		% de VP/VR	33,3%	20,0%	46,7%	100,0%
	VR	Recuento	2	0	29	31
% de VP/VR		6,5%	,0%	93,5%	100,0%	
Total	Recuento	12	6	43	61	
	% de VP/VR	19,7%	9,8%	70,5%	100,0%	

**Tabla 88. Relación entre la frecuencia VS y las estrategias del agresor.**

			ESTRATEGIAS DEL AGRESOR			Total
			Engaño y/o seducción	prevalencia o poder	Violencia y/o intimidación	
VP/ VR	VP	Recuento	3	2	25	30
		% de VP/VR	10,0%	6,7%	83,3%	100,0%
	VR	Recuento	18	7	6	31
% de VP/VR		58,1%	22,6%	19,4%	100,0%	
Total	Recuento	21	9	31	61	
	% de VP/VR	34,4%	14,8%	50,8%	100,0%	

## Resultados

Tabla 89. Relación entre la frecuencia VS y el apoyo familiar recibido.

			APOYO FAMILIAR RECIBIDO		Total
			Ausente- Inadecuado-No lo saben	Presente- Adecuado	
VP/ VR	VP	Recuento	10	20	30
		% de VP/VR	33,3%	66,7%	100,0%
	VR	Recuento	20	11	31
		% de VP/VR	64,5%	35,5%	100,0%
	Total	Recuento	30	31	61
		% de VP/VR	49,2%	50,8%	100,0%

Tabla 90. Relación entre la frecuencia VS y las consecuencias físicas de la VS

			CONSECUENCIA FISICAS VS			Total
			No existen o muy leves	No graves	Graves	
VP/ VR	VP	Recuento	9	14	7	30
		% de VP/VR	30,0%	46,7%	23,3%	100,0%
	VR	Recuento	25	5	1	31
		% de VP/VR	80,6%	16,1%	3,2%	100,0%
	Total	Recuento	34	19	8	61
		% de VP/VR	55,7%	31,1%	13,1%	100,0%

Tabla 91. Relación entre la frecuencia VS y la Escala Global.

			ESCALA GLOBAL (corte en 15)		Total
			Menos de 15	15 o más	
VP/ VR	VP	Recuento	3	27	30
		% de VP/VR	10,0%	90,0%	100,0%
	VR	Recuento	6	25	31
		% de VP/VR	19,4%	80,6%	100,0%
	Total	Recuento	9	52	61
		% de VP/VR	14,8%	85,2%	100,0%

Tabla 92. Relación entre la frecuencia VS y la subescala de Reexperimentación.

			REEXPERIMENTACIÓN (corte en 5)		Total
			Menos de 5	5 o más	
VP/ VR	VP	Recuento	6	24	30
		% de VP/VR	20,0%	80,0%	100,0%
	VR	Recuento	7	24	31
		% de VP/VR	22,6%	77,4%	100,0%
	Total	Recuento	13	48	61
		% de VP/VR	21,3%	78,7%	100,0%

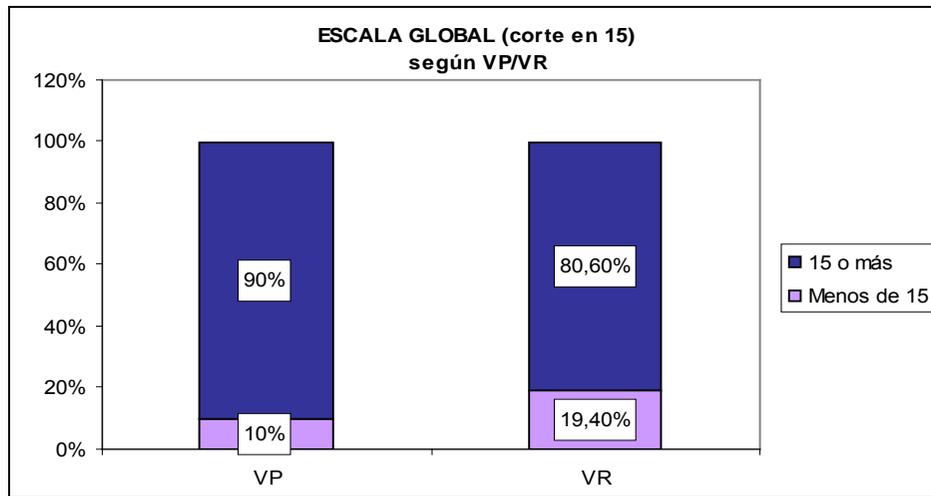
Tabla 93. Relación entre la frecuencia VS y la subescala de Evitación.

			EVITACIÓN (corte en 6)		Total
			Menos de 6	6 o más	
VP/ VR	VP	Recuento	8	22	30
		% de VP/VR	26,7%	73,3%	100,0%
	VR	Recuento	10	21	31
		% de VP/VR	32,3%	67,7%	100,0%
	Total	Recuento	18	43	61
		% de VP/VR	29,5%	70,5%	100,0%

**Tabla 94. Relación entre la frecuencia VS y la subescala de Activación.**

		<b>ACTIVACIÓN (corte en 4)</b>		<b>Total</b>	
		Menos de 4	4 o más		
VP/ VR	VP	Recuento % de VP/VR	2 6,7%	28 93,3%	30 100,0%
	VR	Recuento % de VP/VR	4 12,9%	27 87,1%	31 100,0%
Total		Recuento % de VP/VR	6 9,8%	55 90,2%	61 100,0%

**Figura 61**



**Figura 62**

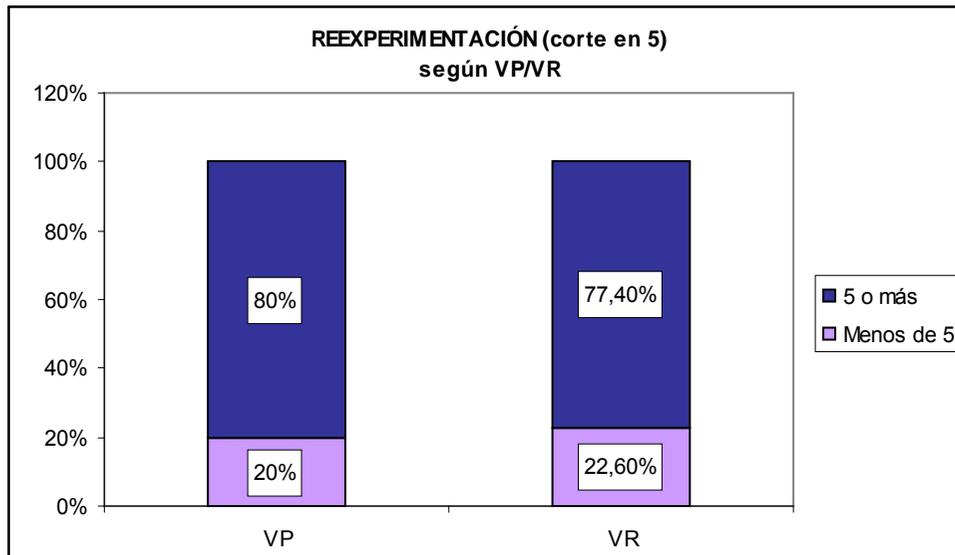


Figura 63

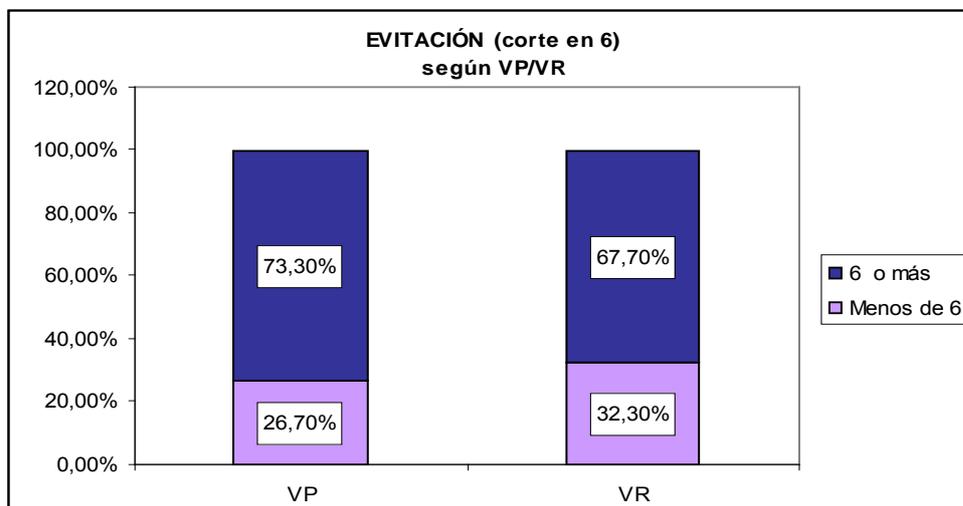


Figura 64

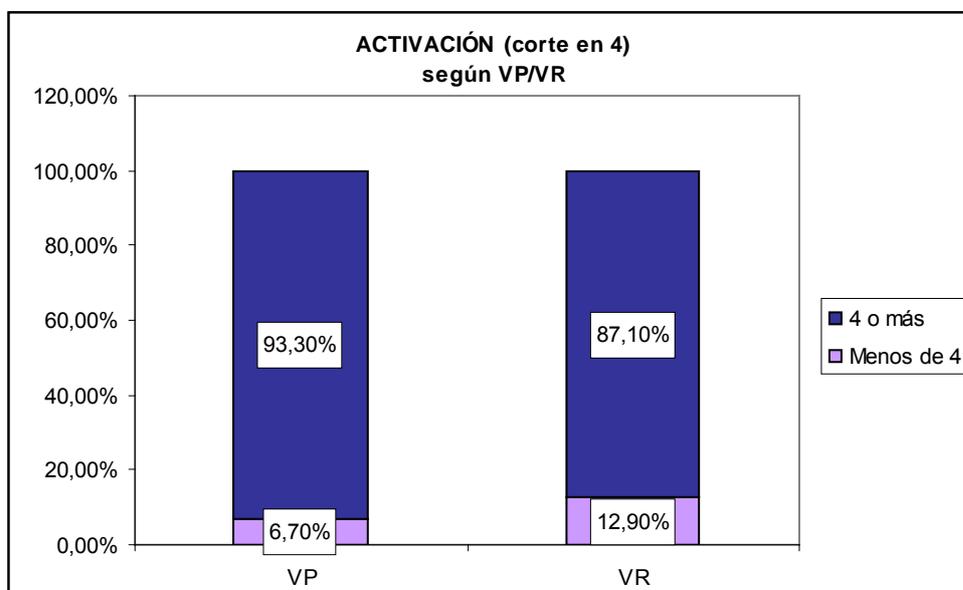


Tabla 95. Relación entre la frecuencia VS y el síntoma *ahuyenta pensamientos*.

			AHUYENTA PENSAMIENTOS				Total
			Nada	Una vez por sem o menos/poco	De 2 a 4 veces por sem/bastante	5 o más veces por sem/mucho	
VP/ VR	VP	Recuento	6	2	15	7	30
		% de VP/VR	20,0%	6,7%	50,0%	23,3%	100,0%
	VR	Recuento	5	11	9	6	31
		% de VP/VR	16,1%	35,5%	29,0%	19,4%	100,0%
Total		Recuento	11	13	24	13	61
		% de VP/VR	18,0%	21,3%	39,3%	21,3%	100,0%

Tabla 96. Relación entre la frecuencia VS y el síntoma náuseas.

			NÁUSEAS				Total
			Nada	Una vez por sem o menos/ poco	De 2 a 4 veces por sem/ bastante	5 o más veces por sem/ mucho	
VP/ VR	VP	Recuento	18	6	1	5	30
		% de VP/ VR	60,0%	20,0%	3,3%	16,7%	100,0%
	VR	Recuento	13	6	10	2	31
		% de VP/ VR	41,9%	19,4%	32,3%	6,5%	100,0%
Total		Recuento	31	12	11	7	61
		% de VP/ VR	50,8%	19,7%	18,0%	11,5%	100,0%

### 5.2.3. ESTUDIO DE LA FRECUENCIA VS SEGÚN EDAD VS.

Se exponen los resultados de las relaciones anteriores en los dos grupos según la edad VS ( $\leq 20$  años/ $>20$  años). Aquellas que son significativas permiten realizar las siguientes afirmaciones:

En el grupo de mujeres que sufrieron la agresión antes de los 20 años, en un 53% es más elevada la **prevalencia de acudir a declarar los hechos** a Amuvi antes de los 20 años, en las que sufrieron VP respecto a las que la sufrieron VR (Tabla 97).

La **situación laboral** de las mujeres agredidas hasta los 20 años, difiere significativamente entre las que sufren la VP o VR, y ello es debido a que su actividad es estudiar en un 44% más las mujeres agredidas puntualmente que las que lo son de manera reiterada (Tabla 98).

En cuanto a la **relación víctima-agresor**, encontramos que en las mujeres agredidas hasta los 20 años de edad, el porcentaje de agresor desconocido para la víctima es un 23% más elevado en VP que en VR; mientras que, el porcentaje de agresor conviviente o familiar de la víctima, es un 47% más elevado en VR que en VP (Tabla 99).

La **asimetría en las edades de la víctima y el agresor**, es un factor relacionado con el tipo de violencia en las mujeres que sufrieron la agresión cuando eran menores de 20 años. Una asimetría de más de 12 años es un 42% más elevada en las que padecieron VR respecto a las mujeres que sufrieron VP, y no saben o no contestan un 15% más de estas mujeres en VP que en VR (Tabla 100).

Respecto al **tiempo transcurrido desde la VS** hasta que se realizó la evaluación -en el grupo de mujeres que sufrieron la VS hasta los 20 años-, la prevalencia de un tiempo menor de 6 meses transcurrido desde la última agresión es un 51% ( $15,4+38,5-1=5,6$ ) mayor en las agredidas puntualmente, que las que lo son de forma reiterada; mientras que, un tiempo de 6 meses o más, prevalece en un

51% de las maltratadas de forma reiterada respecto a puntual (Tabla 101).

Aunque ya se han comentado las diferencias observadas en la relación entre **las escalas y subescalas del TEPT**, y la frecuencia de la VS entre los dos grupos de mujeres según la edad a la que sufrieron la VS (grupos A y B), las mismas no se pueden confirmar con la muestra del estudio. En las mujeres victimizadas hasta los 20 años de edad, se detectó que tanto la Escala Global como la subescala de Activación, prevalecían ligeramente en las mujeres con VP respecto a VR en un 4,6% y 5,6%, respectivamente. Por otra parte, en la subescala de Reexperimentación sucedía al contrario: prevalecía más la VR en un 7,5%. La prevalencia de Evitación era la misma en ambas frecuencias de VS. Por el contrario, en las mujeres victimizadas después de los 20 años de edad, prevalecían la Escala Global y las subescalas de Reexperimentación y Activación en 5,9%, 11,8% y 5,9%, respectivamente, en VR respecto a VP; mientras que hay que resaltar que la Evitación prevalecía en un 76,5% más en VP que en VR (Tablas 103, 104, 105, 106).

Con estos resultados sólo puede perfilarse a la mujer agredida sexualmente hasta los 20 años ( $\leq 20$  años), según haya sufrido VP o VR y determinadas características de esa VS.

**Cuadro 5. Perfil de la mujer victimizada hasta los 20 años, según haya sufrido VP O VR y determinadas características de esa VS.**

<b>MUJER VICTIMIZADA SEXUALMENTE <math>\leq 20</math> AÑOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● El 75% de las mujeres agredidas de manera puntual acuden a declarar los hechos antes de cumplir los 20 años.</li> <li>● Estudia un 45% más de las mujeres agredidas de manera puntual que las agredidas reiteradamente.</li> <li>● El agresor desconocido prevalece en VP y el agresor conviviente o familiar en VR.</li> <li>● Prevalece una diferencia de edad de más de 12 años con el agresor en VR respecto a VP.</li> <li>● Hace menos de 6 meses desde la última agresión en VP y 6 meses o más desde la última agresión en VR.</li> <li>● Las consecuencias psíquicas observadas son todas graves, siendo las escalas y subescalas de TEPT por encima de los puntos de corte:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- En la mujer agredida con 20 años o menos, la Escala Global y la de Activación prevalecen en los casos de VP. La Evitación es la misma en ambas frecuencias de VS y la Reexperimentación prevalece en VR.</li> <li>- En la mujer agredida después de los 20 años, la Escala Global, la de Activación y la de Reexperimentación, prevalecen en los casos de VR, y la de Evitación en VP.</li> </ul> </li> </ul>

Resultados

**Tabla 97. Relación entre la edad VS, la frecuencia VS y la edad en que acude a Amuvi.**

EDAD VS <=20 años / >20 años				EDAD ACUDE AMUVI <=20 / >20 años		Total
				> 20 años	<= 20 años	
> 20 años	VP/VR	VP	Recuento	17		17
			% de VP/VR	100,0%		100,0%
	VR	Recuento	1		1	
		% de VP/VR	100,0%		100,0%	
	Total	Recuento	18		18	
% de VP/VR	100,0%		100,0%			
<= 20 años	VP/VR	VP	Recuento	3	10	13
			% de VP/VR	23,1%	76,9%	100,0%
	VR	Recuento	23	7	30	
		% de VP/VR	76,7%	23,3%	100,0%	
	Total	Recuento	26	17	43	
% de VP/VR	60,5%	39,5%	100,0%			

**Tabla 98. Relación entre la edad VS, la frecuencia VS y la situación laboral.**

EDAD VS <=20 años / >20 años				SITUACIÓN LABORAL				Total
				Estudia	Trabajos temporales	Trabajo continuo	Trabajo en el hogar	
> 20 años	VP/VR	VP	Recuento	4	3	8	2	17
			% de VP/VR	23,5%	17,6%	47,1%	11,8%	100,0%
	VR	Recuento	1	0	0	0	1	
		% de VP/VR	100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%	
	Total	Recuento	5	3	8	2	18	
% de VP/VR	27,8%	16,7%	44,4%	11,1%	100,0%			
<= 20 años	VP/VR	VP	Recuento	10	2	1	0	13
			% de VP/VR	76,9%	15,4%	7,7%	,0%	100,0%
	VR	Recuento	10	8	7	5	30	
		% de VP/VR	33,3%	26,7%	23,3%	16,7%	100,0%	
	Total	Recuento	20	10	8	5	43	
% de VP/VR	46,5%	23,3%	18,6%	11,6%	100,0%			

**Tabla 99. Relación entre la edad VS, la frecuencia VS y la relación entre la víctima y el agresor.**

EDAD VS <=20 años / >20 años				RELACIÓN VÍCT-AGRESOR				Total
				Des-conocido	Poco conocido	Conocido	Conviviente/familiar	
> 20 años	VP/VR	VP	Recuento	6	3	6	2	17
			% de VP/VR	35,3%	17,6%	35,3%	11,8%	100,0%
	VR	Recuento	0	0	1	0	1	
		% de VP/VR	,0%	,0%	100,0%	,0%	100,0%	
	Total	Recuento	6	3	7	2	18	
% de VP/VR	33,3%	16,7%	38,9%	11,1%	100,0%			
<= 20 años	VP/VR	VP	Recuento	3	1	6	3	13
			% de VP/VR	23,1%	7,7%	46,2%	23,1%	100,0%
	VR	Recuento	0	0	9	21	30	
		% de VP/VR	,0%	,0%	30,0%	70,0%	100,0%	
	Total	Recuento	3	1	15	24	43	
% de VP/VR	7,0%	2,3%	34,9%	55,8%	100,0%			

## Resultados

**Tabla 100. Relación entre la edad VS, la frecuencia VS y la asimetría de edad entre la víctima y el agresor.**

EDAD VS <=20 años/ >20 años				ASIMETRIA EDAD VICT-AGRESOR				Total
				Menos de 5 años de diferencia	Entre 6 y 11 años de diferencia	Más de 12 años	Ns/nc	
> 20 años	VP/VR	VP	Recuento	13		3	1	17
			% de VP/VR	76,5%		17,6%	5,9%	100,0%
	VR	Recuento	0		1	0	1	
		% de VP/VR	,0%		100,0%	,0%	100,0%	
	Total		Recuento	13		4	1	18
		% de VP/VR	72,2%		22,2%	5,6%	100,0%	
<= 20 años	VP/VR	VP	Recuento	4	3	4	2	13
			% de VP/VR	30,8%	23,1%	<b>30,8%</b>	<b>15,4%</b>	100,0%
	VR	Recuento	5	3	22	0	30	
		% de VP/VR	16,7%	10,0%	<b>73,3%</b>	<b>,0%</b>	100,0%	
	Total		Recuento	9	6	26	2	43
		% de VP/VR	20,9%	14,0%	60,5%	4,7%	100,0%	

**Tabla 101. Relación entre la edad VS, la frecuencia VS y el tiempo transcurrido desde la VS.**

EDAD VS <=20 años/ >20 años				TIEMPO DESDE VS			Total
				1-3 meses	3-6 meses	6 meses o más	
> 20 años	VP/VR	VP	Recuento	8	1	8	17
			% de VP/VR	47,1%	5,9%	47,1%	100,0%
	VR	Recuento	1	0	0	1	
		% de VP/VR	100,0%	,0%	,0%	100,0%	
	Total		Recuento	9	1	8	18
		% de VP/VR	50,0%	5,6%	44,4%	100,0%	
<= 20 años	VP/VR	VP	Recuento	2	5	6	13
			% de VP/VR	15,4%	<b>38,5%</b>	<b>46,2%</b>	100,0%
	VR	Recuento	1	0	29	30	
		% de VP/VR	3,3%	<b>,0%</b>	<b>96,7%</b>	100,0%	
	Total		Recuento	3	5	35	43
		% de VP/VR	7,0%	11,6%	81,4%	100,0%	

**Tabla 102. Relación entre la edad VS, la frecuencia VS y la Escala Global.**

EDAD VS<=20 años/>20 años				ESCALA GLOBAL (corte en 15)		Total
				Menos de 15	15 o más	
> 20 años	VP/VR	VP	Recuento	1	16	17
			% de VP/VR	5,9%	<b>94,1%</b>	100,0%
	VR	Recuento	0	1	1	
		% de VP/VR	,0%	<b>100,0%</b>	100,0%	
	Total		Recuento	1	17	18
		% de VP/VR	5,6%	94,4%	100,0%	
<= 20 años	VP/VR	VP	Recuento	2	11	13
			% de VP/VR	15,4%	<b>84,6%</b>	100,0%
	VR	Recuento	6	24	30	
		% de VP/VR	20,0%	<b>80,0%</b>	100,0%	
	Total		Recuento	8	35	43
		% de VP/VR	18,6%	81,4%	100,0%	

**Tabla 103. Relación entre la edad VS, la frecuencia VS y la subescala de Reexperimentación.**

EDAD VS<=20 años/>20 años			REEXPERIMENTACIÓN (corte en 5)		Total	
			Menos de 5	5 o más		
> 20 años	VP/VR	VP	Recuento	2	15	17
			% de VP/VR	11,8%	<b>88,2%</b>	
	VR		Recuento	0	1	1
			% de VP/VR	,0%	<b>100,0%</b>	100,0%
	Total		Recuento	2	16	18
		% de VP/VR	11,1%	88,9%	100,0%	
<= 20 años	VP/VR	VP	Recuento	4	9	13
			% de VP/VR	30,8%	<b>69,2%</b>	100,0%
	VR		Recuento	7	23	30
			% de VP/VR	23,3%	<b>76,7%</b>	100,0%
	Total		Recuento	11	32	43
		% de VP/VR	25,6%	74,4%	100,0%	

**Tabla 104. Relación entre la edad VS, la frecuencia VS y la subescala de Evitación.**

EDAD VS<=20 años/>20 años			EVITACIÓN (corte en 6)		Total	
			Menos de 6	6 o más		
> 20 años	VP/VR	VP	Recuento	4	13	17
			% de VP/VR	23,5%	<b>76,5%</b>	100,0%
	VR		Recuento	1	0	1
			% de VP/VR	100,0%	<b>,0%</b>	100,0%
	Total		Recuento	5	13	18
		% de VP/VR	27,8%	72,2%	100,0%	
<= 20 años	VP/VR	VP	Recuento	4	9	13
			% de VP/VR	30,8%	<b>69,2%</b>	100,0%
	VR		Recuento	9	21	30
			% de VP/VR	30,0%	<b>70,0%</b>	100,0%
	Total		Recuento	13	30	43
		% de VP/VR	30,2%	69,8%	100,0%	

**Tabla 105. Relación entre la edad VS, la frecuencia VS y la subescala de Activación.**

EDAD VS<=20 años/>20 años			ACTIVACIÓN (corte en 4)		Total	
			Menos de 4	4 o más	Menos de 4	
> 20 años	VP/VR	VP	Recuento	1	16	17
			% de VP/VR	5,9%	<b>94,1%</b>	100,0%
	VR		Recuento	0	1	1
			% de VP/VR	,0%	<b>100,0%</b>	100,0%
	Total		Recuento	1	17	18
		% de VP/VR	5,6%	94,4%	100,0%	
<= 20 años	VP/VR	VP	Recuento	1	12	13
			% de VP/VR	7,7%	<b>92,3%</b>	100,0%
	VR		Recuento	4	26	30
			% de VP/VR	13,3%	<b>86,7%</b>	100,0%
	Total		Recuento	5	38	43
		% de VP/VR	11,6%	88,4%	100,0%	



## **6. DISCUSIÓN**



En el presente trabajo se han analizado los elementos que componen la violencia sexual (VS) (predelictuales, delictuales y posdelictuales), a fin de determinar cual de ellos podía ser más influyente en el desarrollo y gravedad de la sintomatología postraumática. Tras el estadístico, los siguientes análisis se realizaron en primer lugar, sobre la muestra dividida según la edad que tenían las participantes cuando sufrieron la violencia sexual -antes y después de los 20 años-. En segundo lugar, según la frecuencia de la violencia sexual, puntual y reiterada, basada en la tipología de Terr (1999, citado en INDEPSI, 2009): estresor tipo I y tipo II respectivamente.

En el diseño de la **metodología de estudio**, consciente del problema que presentan las investigaciones consultadas sobre VS, acerca de la falta de definición y los límites imprecisos de los comportamientos sexuales abusivos (López, 1997; Pereda, 2006; Suárez y González, 2003), he utilizado el Código Penal para acotar el concepto de VS y crear un marco de referencia de utilidad, tanto para futuras ampliaciones de este trabajo, como para comparar sus resultados con otros.

Los instrumentos seleccionados para realizar la evaluación psicológica (Escala de Gravedad, entrevista), al ser heteroaplicados, permitieron semidirigir el relato de las participantes, solventar sus dudas, y crear un entorno empático. De acuerdo con González et al. (2000), los instrumentos heteroaplicados requieren de conocimientos clínicos en su utilización, por lo que realicé la evaluación de las participantes, supervisada por las psicólogas de la Asociación Amuvi.

En la **recogida de la muestra** se plantearon una serie de dificultades, que comento a continuación. Por una parte, los estrictos criterios de inclusión para tomar parte como participante en el estudio, me obligaron a rechazar muchos casos. Por otra, se me planteó el mismo dilema ético que tuvo en su tesis Rincón (2003): realizar la evaluación de las víctimas antes que hacer la intervención psicológica. Un alto número de mujeres de las que acuden a la Asociación a pedir ayuda, requieren una atención inmediata para el problema que las aqueja. Por ello, en determinados casos, no se consideró procedente solicitarles su colaboración para el estudio y por este motivo, algunas personas que inicialmente cumplían los requisitos para la investigación, no fueron finalmente evaluadas. Estas dificultades contribuyen al hecho de que, haya que esperar muchos años para poder alcanzar resultados, o bien se tenga que utilizar una muestra más pequeña. Ésta última fue la opción elegida para la presente investigación, basándome en Rincón (2003).

La exclusión como participantes en el estudio, de aquellas mujeres que habían sufrido situaciones gravemente estresantes en los tres años anteriores a la investigación, me impidió observar situaciones de revictimización, como las descritas por López (1999), o Millán et al. (2008). Por ello, he obviado las consecuencias del abuso sexual infantil,

a pesar de ser consideradas como de las más graves por Maker et al. (2001, citados en Pereda, 2006).

La decisión de no aceptar en el estudio casos de personas con algún tipo de psicopatología o discapacidad, por una parte, me facilitó la evaluación psicológica; pero por otra, impidió detectar factores de vulnerabilidad o riesgo de sufrir abusos, que pudieran apoyar a Millán et al., (2008) y a Save the Children (2001), así como apreciar trastornos del comportamiento alimentario o abuso de drogas, relacionados con haber sido víctima de VS en la infancia (Blanco, 2004a, 2004b; Villavicencio y Sebastián, 1999). Considero un campo de interés para futuras investigaciones la posible relación entre estos trastornos y la VS.

**La muestra de este estudio está representada** en su mayoría (77%), por mujeres jóvenes menores de 31 años, principalmente entre 16 y 25 años (60,7% de la muestra), con una mayor prevalencia en el nivel educativo de estudios secundarios, nivel socioeconómico medio-bajo y residentes en zona urbana. La actividad laboral más frecuente en las participantes es la de estudiante y algo más de la mitad (55,7%) refiere no tener pareja estable.

Con los resultados descritos, no se debe entender un predominio de la VS en estratos medios o en niveles más desfavorecidos. La violencia de género se da en todos los niveles, si bien, de acuerdo con Rincón (2003), la experiencia muestra que las mujeres de estratos más altos, no suelen hacer uso tan frecuentemente de servicios públicos.

En la mayor prevalencia de participantes que viven en núcleos urbanos, sin duda, influye el hecho de que el servicio de Amuvi está ubicado en la capital de la provincia, lo que puede dificultar la afluencia de mujeres que residen en zonas rurales. Sin embargo, estudios realizados otros años por la misma Asociación (Amuvi, 2006, 2009; A. Sepúlveda et al., 2002) mostraron que, prácticamente el 50% de las víctimas, procedía de zonas rurales. Por ello, considero que en esta investigación las cifras responden a la casuística del momento en que se recogió la muestra.

Poco más de la mitad (50,8%) de las participantes refirió no haber tenido experiencia sexual previa a la violación o el abuso sexual. Creo este resultado debe ser interpretado con prudencia, ya que las limitaciones encontradas para acotar esta variable, así como la subjetividad y variedad de las respuestas, le conceden un valor relativo.

El lugar donde sucedieron los hechos, en este estudio se distribuye de forma similar entre el medio rural y el urbano. Por el contrario, en la investigación realizada por FUNCOE (2000) sobre población española, la mayor parte de los abusos sexuales se producían en el medio urbano, y de forma coherente con la casuística habitual de Amuvi -reflejada en sus memorias de 2006, 2007, 2008, 2009-. El conocimiento personal de los casos que componen el presente estudio, indica que algunas

participantes sufrieron la VS en sus pueblos, pero no acudieron a Amuvi hasta vivir en la capital por cuestiones laborales o de estudios.

El acto sexual que más frecuentemente aparece ha aparecido en mi investigación es la penetración (destacando la vaginal), de forma similar al estudio de Pereda (2006). Estos datos difieren de lo establecido por el Instituto de la Mujer (2009) en la Comunidad Autónoma Andaluza, en los que la mayor frecuencia de los delitos contra la Libertad e Indemnidad Sexuales, se produce en actos sexuales sin penetración. También se da una proporción importante (37,7%) de mujeres que sufrieron tocamientos sin penetración, en la misma línea que el estudio de A. Sepúlveda et al. (2002).

Considero de interés destacar los resultados obtenidos que chocan con mitos y conceptos sociales estereotipados, como los descritos por López (1999) y A. Sepúlveda et al. (2002). Por ejemplo, frente al mito del agresor desconocido, en este estudio es claramente superior la VS perpetrada por familiares o conocidos de la víctima (80%); contrario al mito de que la VS debe conllevar una gran violencia física (M. Lorente y J.A. Lorente, 1998; A. Sepúlveda, 2001), en la mitad de nuestros casos no existe violencia física, ya que el agresor doblega a su víctima mediante engaño, seducción y prevalencia de poder. Aunque en este estudio sea menos frecuente que, los hechos sexuales se acompañen de otros actos agresivos, no por ello los datos obtenidos dejan de ser dramáticos (39,3% de la muestra), especialmente cuando revisten consecuencias físicas graves (13,1% de la muestra).

La falta de denuncia y el escaso apoyo institucional recibido presentan mayor prevalencia (59%), que el apoyo institucional adecuado. Resultados similares también se encuentran los estudios de Cobo (1998), M. Lorente y J. A. Lorente (1998), y A. Sepúlveda (2001). Mis resultados siguen poniendo de manifiesto que, la mayoría de las víctimas de abusos sexuales son desconocidas para el sistema, no acuden a los servicios a pedir ayuda y están marcadas por el ocultismo, que las encubre y coloca por debajo de la línea de flotación del iceberg que representa el problema (OPS, 2002). No obstante, también quiero resaltar la proporción de participantes (41%) que han recibido apoyo institucional valorado como adecuado; aunque este hecho congratula, no se debe olvidar que sigue siendo una asignatura pendiente, la formación de profesionales para la detección, la sensibilización social sobre la necesidad de la denuncia, y el apoyo que necesita la víctima para dar este importante paso.

**La VS como estresor** muestra en este estudio unos **resultados de relevancia clínica** que permiten señalar, desde una perspectiva dimensional, que el 85,2% de las participantes padecen sintomatología postraumática grave relacionada con el TEPT. Los resultados coinciden con numerosas investigaciones -reseñadas en la introducción teórica de la presente investigación-, sobre la alta prevalencia del trastorno. Dicha prevalencia en mi estudio se asemeja a las cifras de Pereda (2006), y

sobrepasa los datos de Echeburúa et al. (1999), quienes consideran la prevalencia del TEPT en un 50-60% de las víctimas de VS.

Cerca del 15% de las participantes muestran una puntuación por debajo del punto de corte en la Escala Global. En estos casos, a pesar de que su sintomatología es de menor gravedad o intensidad, no se puede negar la existencia de un malestar postraumático. Como postula Rincón en su tesis doctoral (2003), se trata de personas que, aunque no cumplen los criterios del TEPT, están de alguna manera afectadas psicológicamente, por lo que desde un punto de vista empírico, padecen el trastorno. Es posible que en estas participantes, existan procesos protectores y mayor capacidad de resiliencia, que si bien no se han contemplado en este estudio, sin duda son de interés para abrir nuevos campos de investigación.

La forma que adopta el TEPT en este estudio muestra que, la mayor prevalencia de los aspectos nucleares del cuadro clínico, se encuentra en las respuestas de aumento de la activación –*arousal*– (90,2% de la muestra); le sigue la reexperimentación de la experiencia vivida (85,2%), y por último, la evitación conductual y cognitiva de los lugares o situaciones asociados al hecho traumático, junto al embotamiento emocional (70,5%). Este patrón clínico (activación-reexperimentación-evitación), coincide con autores como Araña, Porras y Bussé (2006), Bobes, Bousoño et al. (2000), Elliot et al. (2004), o McFarlane (2010), quienes también señalan la mayor frecuencia en la respuesta de activación y la menor en la de evitación. Desglosando los síntomas de los aspectos nucleares del TEPT, el más prevalente (70,4%) corresponde a los *recuerdos recurrentes e intrusivos del trauma* que provocan malestar, en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones; en segundo lugar, aparece la *dificultad para concentrarse* (65,6%). El menos prevalente (18%) es la *amnesia traumática o incapacidad para recordar el trauma*.

En la **subescala de reexperimentación**, encuentro una evidente proporción (78,7%) de mujeres que cumplen el criterio B de la DSM-IV-TR (2002). En la misma línea, la mayoría de los autores consultados, quienes se pronuncian sobre la alta prevalencia de este factor en víctimas de agresiones sexuales (Echeburúa et al., 1999, 2003; Foa et al., 2003; Herman, 2004; Kelly y Regan, 2003).

Llama la atención, que el porcentaje que supera el punto de corte en la subescala de Reexperimentación, es inferior al que supera el corte en la Escala Global. Teniendo en cuenta la importancia diagnóstica del criterio B, afirmo que en este estudio hay un número de participantes (6%) que no cumplen criterios del TEPT, desde un punto de vista categorial, ni como trastorno, ni como subsíndrome; pero, que sí presentan sintomatología postraumática desde un punto de vista dimensional. Es por ello que, me atrevo a cuantificar dimensionalmente la gravedad y sintomatología postraumática, de acuerdo con las propiedades de la

Escala de Gravedad (Echeburúa et al. 1997; Echeburúa, comunicación personal, 10 de marzo, 2009).

En la sintomatología propia de la reexperimentación, aparece con mayor prevalencia (70,4%), el *recuerdo recurrente e intrusivo* del trauma, que como se ha indicado, es también el más frecuente de todo el conjunto sintomático. Este síntoma es característico del trastorno, considerado también patognomónico por autores como Soria y Hernández (1994). El síntoma que aparece en menor proporción es *sueños recurrentes sobre el acontecimiento que provocan malestar*. Este resultado en un principio me sorprendió, porque uno de los principales motivos de consulta alegados por las víctimas cuando acuden a Amuvi son los *sueños y pesadillas* relacionados con el suceso, que a veces permanecen durante años (Núñez, Torres y Santiago, comunicación personal, 2 de agosto, 2010). Si bien no es menos cierto que, cuando les pedimos a las participantes que definan este síntoma, algunas de ellas lo explicitan como “sueños agitados y tiempos de duermevela”, durante los cuales los recuerdos relacionados con el suceso aparecen, y se ponen de manifiesto otros síntomas relacionados con la activación o la ansiedad, del tipo del *miedo a morir* y *miedo a perder el control*. Considero pues que se debe ser prudente en la práctica clínica con la interpretación del término “pesadillas”.

Continuando con los síntomas relacionados con el sueño, el *insomnio* y las *dificultades para conciliar el sueño*, resultan los síntomas menos prevalentes (44,3%), dentro del criterio D o factor activación, al contrario que el estudio de Ellis (1981, citado en Delgado, 1994), en el que muestra que, casi el 100% de las mujeres violadas presenta el síntoma *dificultades para conciliar o mantener el sueño*.

De acuerdo con Calcedo (2000), la intrusión da paso a los síntomas de evitación. La menor prevalencia en nuestro estudio la **muestra la subescala de Evitación**, en la misma línea que Alonso (2007), McMillen et al. (2000, citados en Araña, Bussé y Pedreira, 2006) y Rincón (2003), quienes también hallaron que la evitación es la categoría que muestra cifras más bajas en el TEPT.

La prevalencia de los síntomas del factor C en este estudio, coincide con los estudios de Araña, Porras y Bussé (2006). El síntoma más frecuente encontrado en la categoría de evitación es la *realización de esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático* (60,6%). Este síntoma, en nuestra práctica, lo relacionamos con la negación de la víctima a formular denuncia y la retractación de ésta. La víctima, ante la posibilidad de enfrentarse de nuevo a los recuerdos y/o al agresor, y tener que declarar otra vez el suceso, se niega a la acción de la justicia o bien prefiere retractarse y negar los hechos. No es raro encontrar adolescentes que, antes del juicio, refieren que “se inventaron” los hechos, para no enfrentarse a los recuerdos. En relación a este síntoma, también he encontrado en la

práctica clínica, la creencia errónea de algunos familiares de las víctimas, acerca de que ésta tiene superado el suceso porque no habla de ello o “no lo recuerda”.

El segundo síntoma más frecuente del criterio C en este estudio, es *evitar actividades, lugares o personas que recuerdan al trauma*. Las víctimas temen salir solas y todo lo que recuerde al suceso tiende a ser rechazado. Las participantes afirman que cuando vuelven al lugar de los hechos o a zonas cercanas, creen que el suceso se va a repetir; por ello, intentan no encontrarse con personas o situaciones que le recuerden la experiencia vivida, así como todo lo que pueda influir para que no ocurra de nuevo. En ocasiones, esto conlleva mayor aislamiento social. Este fenómeno coincide con lo observado por Calcedo (2000), Hales et al. (1996) y Moreno (2002). APA (1994, 2002) también señaló la importancia de este síntoma, en relación a lo desagradable que resulta revivir la experiencia traumática.

Con menor frecuencia encontramos **síntomas de embotamiento emocional**, incapacidad afectiva, creencia de que no a poder enamorarse ni tener una familia, y visión negativa de futuro. La relevancia de estos síntomas se pone de manifiesto, en las consecuencias que generan en la vida de relación personal y social de la víctima. El desapego y la incapacidad afectiva, a veces se traducen en conflictividad con la familia y amistades o en rupturas de pareja (en la línea de lo manifestado por Esbec, 2000b), con el consiguiente sufrimiento e incompreensión para las personas cercanas, que asisten impotentes y sin saber cómo ayudar a la víctima.

La restricción de la vida afectiva y el desapego emocional, también pueden tener matices que hacen que estos síntomas se perciban con confusión. En ocasiones la víctima refiere que, tras la violación, ha sentido menor interés en participar en actividades sociales, y ha manifestado una mayor necesidad de apego familiar; en base a ello, me he planteado la creencia de que su capacidad afectiva, en lugar de mermar, ha aumentado. Considero que lo manifestado, no es sino el reflejo de la defensa de la víctima ante el mundo exterior, por la ansiedad que le supone enfrentarse a la desconfianza, al cambio de valores y a relacionarse con personas fuera de su entorno tras el suceso. Esbec (2000) se refirió a este fenómeno como “modificación en las relaciones, con dependencia afectiva o aislamiento”. A veces, los familiares, en un sentimiento que manifiestan justificado, hiperprotegen a la víctima, lo que aumenta esta sintomatología defensiva hacia el exterior.

El embotamiento de la capacidad de respuesta, puede dar lugar a falsos negativos en determinadas valoraciones forenses, declaraciones policiales o en la presencia de la víctima ante el tribunal. Se insiste en este punto, ya que debido al bloqueo y la incapacidad para verbalizar y describir el acontecimiento traumático, las víctimas no son capaces de explicar con detalle los sucesos, lo que puede restarles credibilidad.

Considero interesante conocer a fondo este síntoma, así como dejarlo traslucir en las peritaciones, señalando que está relacionado con el bloqueo de las estructuras cerebrales, que se encargan de organizar la información que llega a la corteza cerebral, desde las distintas vías sensoriales en el momento del trauma (Calcedo, 2000); y, que no depende en exclusiva de la voluntad de la víctima, como es creencia generalizada en ámbitos judiciales y policiales.

En la observación realizada en este estudio, la relación entre intrusión y embotamiento resulta clara: mientras más altas son las intrusiones, mayor es el embotamiento (“es mejor no sentir nada a sentir angustia). En este sentido, estoy de acuerdo con los diferentes autores (Alonso, 2007; Araña, Porras y Bussé, 2006; Rincón, 2003) que han puesto de manifiesto que, a pesar de que la nosología actual, ha agrupado las conductas de evitación y el embotamiento en una sola categoría (criterio C), la evitación y el embotamiento deberían ser dos categorías diferentes, como establece el modelo de cuatro factores de Asmundson et al. (2000, citados en Alonso, 2007).

El síntoma menos frecuente del factor C es la *amnesia traumática*, que es también el que presenta menor proporción en la totalidad del cuadro clínico. Sin embargo, es un síntoma a tener en cuenta en las evaluaciones forenses, que hay que interpretar con cautela en el diagnóstico diferencial con la simulación.

**Las manifestaciones somáticas de la ansiedad** medidas a través de la Escala Complementaria, que resultan de mayor prevalencia en este estudio son la *migraña o dolores de cabeza*, la *taquicardia, palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado* y las náuseas o malestar abdominal. Con menor frecuencia *mareos o sensación de inestabilidad o desmayo, disnea o sensación de ahogo y dolor de pecho, sudoración* y las *parestias*. Este último grupo sintomatológico -aunque sea menos prevalente-, es de los más conocidos, por resultar muy llamativo y acontecer en situaciones en las que la víctima, más necesita de su autocontrol (como sucede antes de entrar en la sala de juicio o al relatar los hechos). Cuando esto ocurre aumenta la sensación de inseguridad en la víctima y le condiciona el temor de volver a desbordarse.

En **las manifestaciones psíquicas de ansiedad** relacionadas con el suceso, los síntomas más prevalentes, medidos a través de la Escala Complementaria, son los miedos: a volverse loca, a perder el control y a morir; temores que la víctima a su vez relaciona con los síntomas propios de la reexperimentación y con la *alerta e hipervigilancia* tras el suceso, con el aumento consiguiente de la angustia. Todo ello produce un gran desgaste en la víctima, que escruta el ambiente buscando señales de peligro e incluso averiguando, obsesivamente, soluciones a problemas magnificados o inexistentes, que vivencia como amenazas reales (P. Sepúlveda, 2002b).

En relación a la **edad de la víctima**, he encontrado que las investigaciones consultadas, se realizan sobre el abuso sexual infantil o sobre la violencia ejercida contra mujeres adultas, pero no sobre ambas. En los estudios de mujeres que sufrieron VS siendo adultas, no se diferencia entre la edad de la víctima en el momento del estudio y la que tenía en el momento de la agresión. En los análisis retrospectivos de abuso sexual infantil, como los estudios de Echeburúa y Guerricaechevarría (2000), López (1994), Sanmartín (2002, citado en Pereda, 2006) o Pereda (2006), sí se establece este matiz. En esta investigación, establecí esta diferencia a fin de poder extraer la edad de la víctima, como factor modulador de la sintomatología postraumática con el mayor rigor metodológico. Los diferentes criterios y metodologías de los estudios consultados dificultan la comparación de mis resultados con los de otros autores.

La edad que tiene la participante cuando acude a Amuvi, presenta una evidente mayor frecuencia en el caso de las mujeres mayores de 20 años (72,10% de la muestra); este hecho tiene una fácil explicación, y es que el programa de Amuvi está destinado a mujeres mayores de 16 años (Amuvi, 2009).

La edad de victimización es más prevalente en menores de 20 años (70,5%), lo que coincide con la mayoría de las investigaciones estudiadas, que establecen que el mayor riesgo de abuso está en la infancia o adolescencia (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000; Jiménez et al., 1995, citados en Pereda, 2006; Pereda, 2006). El número de mujeres de este estudio, que sufrieron el abuso siendo menores de 6 años, no por menos prevalente puede considerarse insignificante (18%) y nos pone en alerta sobre la temprana edad de comienzo de la victimización sexual infantil, de acuerdo con Barudy (1998), Gómez de Terreros y Gil (2009), y A. Sepúlveda y P. Sepúlveda (1999). Considero que esta cifra probablemente esté subestimada en mi estudio, al igual que en otros, debido a que las víctimas no recuerdan con claridad el momento de comienzo del abuso cuando acontece en la primera infancia (Fleming, 1997, citado en Pereda, 2006).

Llama la atención que no concuerdan las cifras de prevalencia de los dos tipos de edades estudiadas. A fin de profundizar en este punto, quiero destacar que los resultados del estudio de inferencia entre las dos edades (edad en que sufre la VS y edad en la que acude a Amuvi), y los del tiempo transcurrido desde la última agresión sexual hasta que acude a Amuvi, resultan significativos; porque muestran que el grupo de mujeres victimizadas después de los 20 años, acude más frecuentemente a Amuvi, en un periodo de tiempo menor de 6 meses desde que sucedió la última agresión. Sin embargo, el grupo de mujeres victimizadas menores de 20 años, deja transcurrir más de 6 meses desde la última agresión hasta pedir ayuda, lo que me orienta a un tiempo a veces de años, antes de que la víctima rompa el silencio, por el temor y el pacto de secreto víctima/abusador, descrito por autores como Perrone y Nannini (1998), o

Barudy (1998, 2003); así como, a las muchas dificultades y limitadas opciones, que puede tener una niña para revelar el secreto (Finkelhor, 1995, citado en Garbarino y Eckenrode, 1999; Pérez y Borrás, 1996). Este último hecho ha sido observado también en la experiencia profesional en Amuvi.

Con las relaciones significativas que he encontrado, se pueden establecer de forma univariante, **perfiles de victimización**, compuestos por los diferentes elementos que caracterizan la VS. Encontramos claras coincidencias en los perfiles de mujeres victimizadas antes y después de los 20 años, con los de violencia sexual reiterada y puntual (VR y VP) respectivamente. En este hecho es probable que influya, que la VP resulta mayoritaria (94,4%) en las mujeres mayores de 20 años, y la VR aparece como más prevalente (69,8%), en las menores de esa edad. Estos resultados coinciden con Echeburúa (2005), pero no con los estudios de prevalencia de López (1994, 1995, 1999), que muestran mayor porcentaje en la frecuencia “una sola vez”, aunque no son comparables esos estudios con mis resultados, ya que la metodología seguida es diferente.

Los resultados de inferencia entre la frecuencia de VS y la edad de victimización, de nuevo muestran las coincidencias entre los perfiles reseñados, así como el hecho de que los elementos de la VS se encuentran relacionados unos con otros. Con ello, se pone de manifiesto que es muy difícil aislar un solo elemento de la VS. De acuerdo con autores como Allard-Dansereau et al. (1997, citados en Pereda, 2006), Barudy (1998, 2003), Millán et al. (2008), A. Sepúlveda et al. (2002), A. Sepúlveda y P. Sepúlveda (1999), P. Sepúlveda (2002b), y Vázquez y Calle (1997), la VS y más concretamente el abuso sexual a menores, presenta unas características en las que los diferentes elementos que la componen (estrategias del agresor, actos, conductas sexuales, consecuencias, etc.), se entremezclan y se condicionan entre sí.

**La relación agresor/víctima** más prevalente, en los casos de victimización sexual de menores de 20 años, es de convivientes o familiares, con una diferencia de edad de más de 12 años; lo que concuerda con la VR y orienta a que el perpetrador sea el padre de familia/compañero de la madre, como refieren López (1997) y Perrone y Nannini (1998). En un 16% de casos de VR, los abusadores tienen menos de 5 años de diferencia con la víctima. En la casuística del presente estudio, estos casos corresponden a hermanos o primos. Resulta duro señalar que la mayor vulnerabilidad de las menores, se encuentra en su entorno cercano y dentro de su propia familia. En este dato, a pesar de las diferencias metodológicas, hay acuerdo mayoritario de diferentes autores como Garbarino y Eckenrode (1999), Gómez de Terreros y Gil (2009), López (1999), Pereda (2006), Rincón (2010), y Sanmartín (2002, citado en Pereda, 2009). En menor proporción los agresores de las menores de 20 años, son desconocidos o poco conocidos por la víctima y nunca, lógicamente, esto sucede en VR. Los resultados significativos en

mujeres victimizadas con menos de 20 años apoyan que, si la violencia es puntual, prevalece el agresor desconocido.

En la victimización después de los 20 años sucede al contrario, la mayor prevalencia de la relación agresor/víctima, aparece en desconocidos o poco conocidos, con una asimetría de edad de menos de 5 años, lo que coincide con la VP. La mayor autonomía que tienen las mujeres de más de 20 años (viajes, salidas de fin de semana, etc.), respecto a las menores de esa edad, orienta estos resultados. También se encuentran en este grupo las relaciones entre iguales o más cercanas en edad, como citas amistosas o violación de fin de semana (Rojas-Marcos, 1996; P. Sepúlveda, 2002b). Aun así, encuentro en la descripción de variables, que la VP puede también ser ejecutada por conocidos.

La violencia perpetrada por varios agresores (más de uno), aparece tanto en VP como en VR, aunque en considerable menor frecuencia que los casos en los que existe un solo agresor. Se esboza aquí la sombra del tan temido pandillaje y las violaciones en grupo, descritos por García-Pablos (2000) en los casos de VP; así como los abusos perpetrados por “sagas familiares”, donde el padre y el hermano abusan sexualmente de la víctima, acontecido en dos casos de VR de nuestra muestra.

**Las estrategias que el agresor pone en juego para acceder a la víctima**, también presentan una relación significativa con la edad en la que se sufre la VS. En los casos de victimización con menores de 20 años, el engaño y la seducción muestran mayor prevalencia que en la victimización de mayores de 20 años, en cuyos caso es más frecuente la violencia e intimidación. Si extrapolamos las estrategias a los delitos de abuso y agresión (Código Penal, 2008), observamos que coinciden estos datos con los de menores y mayores respectivamente reseñados en las memorias de Amuvi (2009), y de la Fiscalía General del Estado (2009). Así mismo, coinciden con la mayoría de los autores estudiosos del abuso a menores, que consideran como estrategia más habitual, el engaño, la seducción, la coacción y otros métodos que no requieren violencia física (Díaz, 2001). Este resultado es una consecuencia directa de la transversalidad de la presente investigación, que no me ha permitido observar las diferentes estrategias que a lo largo de años de abusos, el perpetrador pone en juego, y que incluye el engaño, la seducción, la violencia y la intimidación -entre otras-, secuenciadas o mezcladas entre sí (Barudy, 1998, 2003; Millán et al., 2008; A. Sepúlveda et al., 2002; A. Sepúlveda y P. Sepúlveda; 1999; P. Sepúlveda, 2002b; Vázquez y Calle, 1997).

En la VP la estrategia más significativa del agresor es la violencia o intimidación, que se acompaña de otros actos agresivos de humillación y sadismo, con consecuencias físicas para la víctima graves o moderadas. En el caso de la VR también encontramos, aunque en menor proporción, violencia e intimidación y otros actos agresivos, que generalmente suelen

acontecer en las fases finales de la cadena de abuso, y que se utilizan como métodos para asegurarse el silencio de la víctima, de acuerdo con Finkelhor (1999a) y Garbarino y Eckenrode (1999).

El apoyo familiar es menor en las mujeres victimizadas con menos de 20 años, que en las victimizadas mayores de esa edad. Abundando en esto, el apoyo inadecuado o inexistente percibido por las mujeres violadas o abusadas antes de los 20 años, es un 30% más elevado que el percibido como tal en mayores de esa edad. En esta falta de apoyo se incluye el desconocimiento de la familia de lo que está sucediendo. Este resultado me conduce a la reflexión acerca de que, las menores poseen menos credibilidad que las adultas y ocultan más los hechos. Se estima que influye que el abuso se produzca dentro del entorno cercano/familiar perpetrado por adultos, que tienen más credibilidad que las menores. En este sentido, según los postulados de Finkelhor (1999b) acerca de la Victimología Evolutiva -de acuerdo con la evolución de riesgo-, puedo afirmar que, si bien a medida que las niñas crecen tienen más posibilidad de sufrir ataques sexuales, cuando son más pequeñas, parte de su vulnerabilidad se encuentra en su menor credibilidad, lo que las coloca en una posición de mayor riesgo.

También existe, significativamente, menor apoyo familiar en la VR que en la VP. Esto puede deberse en parte, como se ha dicho anteriormente, a la relación de conviviente/familiar entre víctima y agresor. La crisis familiar que tiene lugar cuando sale a la luz el abuso, a veces se traduce en que la familia niega los hechos, no da credibilidad a la víctima e incluso apoya más al propio abusador, sacrificando a la víctima, para proteger prioritariamente a la familia (Perrone y Nannini, 1998).

Aunque la falta de tamaño muestral no me permite hacer otras afirmaciones, que ayuden a establecer diferencias entre la victimización antes y después de los 20 años de edad, he encontrado diferencias descriptivas en el tipo de **actos cometidos**. Mientras que la penetración vaginal o anal se observan en la misma proporción tanto en mujeres victimizadas antes de los 20 años, como en las que lo fueron después de esa edad, la penetración oral y las diversas formas de penetración, presentan un porcentaje mayor en las menores de 20 años, respecto a las mayores.

También encuentro diferencias en el estudio descriptivo de los datos relacionados con **la asistencia institucional a las víctimas**, que muestran que la inadecuación o la falta de asistencia, ocurre de forma más frecuente en la victimización de menores de 20 años, que en mayores de esa edad. Posiblemente este hecho este relacionado con la ignorancia ya que en VP (que coincide con los resultados de la victimización en mayores de 20 años), hay mayor prevalencia de lesiones, lo que hace más creíbles los hechos, y al requerir atención sanitaria, hace que salga a la luz más fácilmente el suceso.

En el presente estudio se confirma que en los casos de VP, el 77% de las mujeres agredidas antes de los 20 años de edad, acude a solicitar asistencia en un tiempo menor tras los hechos, que en el caso de la VR. Este resultado es coherente con las afirmaciones de Millán et al. (2008), y A. Sepúlveda et al. (2002) acerca de que se denuncian más los casos de violencia ocasional que los de reiterada, comprobado también en la experiencia clínica de Amuvi y en mi propia práctica.

**La VS como estresor presenta graves consecuencias psicológicas postraumáticas**, tanto en mujeres victimizadas sexualmente antes de los 20 años, como después de esa edad. Si bien, desde una perspectiva dimensional, la prevalencia del TEPT es superior (13%) en la victimización de mujeres mayores de 20 años, que en la de menores de esa edad. En este punto, coincido con Galiana y de Marianas (1998), en que a mayor edad de la víctima, mayor es el impacto de la agresión; también con Thornille y Thornille (1990, citados en Echeburúa et al., 1995), acerca de la peor adaptación al trauma, que presentan las mujeres de más de 20 años, respecto de las más jóvenes.

Los resultados descritos concuerdan, respectivamente, con las respuestas postraumáticas al tipo de estresor, que a su vez muestran una prevalencia mayor del TEPT (9,4%), del estresor tipo I de Terr -violencia sexual puntual-, sobre el tipo II –reiterada-; aunque la VPI presenta una ligera mayor prevalencia en la intensidad y gravedad de los síntomas, que la VR.

Quiero destacar que, en la respuesta postraumática he encontrado nuevamente, la coincidencia entre los perfiles de edad y frecuencia de la VS, que asemejan los resultados de la victimización en mayores de 20 años, con la VP y en menores de 20 años, con la VR. El **patrón clínico** de los aspectos nucleares del TEPT es similar en todos los grupos, y se corresponde con el de la muestra global: mayor respuesta de activación, seguida de reexperimentación y por último, de evitación.

El patrón descrito para la VR coincide con los estudios de Alonso (2007), Echeburúa y de Corral (1998) y Rincón (2003), sobre estresores crónicos interpersonales, como el maltrato doméstico. De acuerdo con estos autores, la activación fisiológica sería una respuesta adaptativa a la situación de violencia crónica, como consecuencia del temor constante de vivir un nuevo abuso, la imposibilidad de predecir y controlar la ocurrencia de los hechos, y la mayor percepción de vulnerabilidad y ruptura del marco de seguridad de la víctima. Coincide Rincón (2010) en que, lógicamente, las conductas de evitación son menores en la violencia repetida. Los abusos se producen en el entorno de la víctima, perpetrados por personas cercanas, por lo que, sería paradójico evitar lugares que rememoran el suceso y continuar en su hogar.

Las coincidencias entre perfiles clínicos, abundan en la dificultad de aislar un elemento como modulador de la respuesta postraumática, por lo

que, señalo los resultados del análisis de inferencia de esta investigación, destinado a distinguir si el factor más influyente en la respuesta postraumática, era la edad de victimización o el tipo de estresor.

Este estudio confirma que en las mujeres victimizadas antes de los 20 años, prevalece ligeramente el TEPT en VP sobre la VR (en un 4,6%), lo que orienta al tipo de estresor como factor modulador de la intensidad y gravedad de la respuesta postraumática. Como se expone en la introducción teórica, hay otros factores asociados a la VS, he mostrado en forma de perfiles de victimización, que relacionan los distintos elementos de la violencia que interactúan entre sí. Por ello, considero que el tipo de estresor, por sí solo, no explica en su totalidad las diferentes reacciones de las víctimas de violación (Koss y Burkhat, 1989, citados en Villavicencio y Sebastián, 1999; M. Lorente y J. A. Lorente, 1998). Basándome en lo anterior, y partiendo de los perfiles de victimización resultantes en esta investigación, considero que el mayor impacto de la VP, se relaciona con las estrategias de violencia e intimidación que el agresor pone en juego; así como, con más graves consecuencias físicas de la agresión. Estos factores, de acuerdo con Echeburúa y Guerricaechevarría (2006) y con López et al. (1995), producen mayor miedo y ansiedad; así mismo, la violencia asociada al acto sexual, produce un efecto psicológico negativo mayor.

En las mujeres victimizadas después de los 20 años de edad, prevalece la intensidad y gravedad de los síntomas en VR frente a la VP. De acuerdo con los perfiles de victimización inferidos en este estudio, he asociado el efecto más negativo a la relación víctima/agresor de conocido o familiar, que da lugar a un mayor sensación de vulnerabilidad e indefensión; así como al menor e inadecuado factor de apoyo familiar, que reciben las víctimas de VR, tengan la edad que tengan.

Aunque no puedo confirmarlo por falta de tamaño muestral, las diferencias clínicas entre los grupos de edad según la tipología del estresor, se establecen también en la proporción de las subescalas del TEPT. De esta forma, en mayores de 20 años, si la VS es puntual es más frecuente la evitación, y si es reiterada, prevalecen las escalas de activación y reexperimentación. Por otra parte, en las víctimas menores de 20 años, si la VS es puntual predomina la activación; por el contrario, en el caso de la VR prevalece la reexperimentación, atribuible a la exposición frecuente y prolongada al estímulo abusivo, que me da explicación de los recuerdos intrusivos asociados al estresor crónico.

**El análisis de la sintomatología** en función de la edad, muestra diferencias significativas en los síntomas de los distintos grupos: dentro de la categoría de **reexperimentación**, los *recuerdos recurrentes e intrusos del trauma que provocan malestar* -en los que se incluyen imágenes, percepciones y pensamientos- son los más frecuentes en ambos grupos de edades y tipos de estresores, aunque prevalecen con mayor frecuencia en las mujeres que fueron victimizadas con más de 20

años, que en las menores de esa edad. Coincido con Alonso (2007), Echeburúa y de Corral (1998) y Rincón (2003), en la menor prevalencia en ambos grupos de los *sueños recurrentes sobre el acontecimiento* y de los *flashback*, si bien, en nuestro estudio muestran una ligera mayor frecuencia, sin llegar a ser significativa, en la VR que en la VP.

En la categoría de **evitación**, los esfuerzos para *evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma* presentan una muy significativa diferencia, con mayor prevalencia en las mujeres victimizadas mayores de 20 años, que en las menores de esta edad. Entiendo la lógica de este resultado, en función de la mayor frecuencia en menores de la VR, producida por conocidos y dentro de su entorno cotidiano; lo que impide a la víctima salir fuera del lugar donde sufre la agresión y evitar el lugar o a la persona que está abusando de ella.

El síntoma de *ahuyentar o realizar esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático*, muestra una alta prevalencia en ambos tipos de estresores, si bien es significativamente mayor en la VP. Este resultado presenta la misma lógica que el anterior: las agresiones reiteradas suelen acontecer en lugares cercanos a la víctima, y suelen ser ejecutadas por personas conocidas o familiares, por lo que resulta más difícil evitar los pensamientos relacionados con el suceso, ya que se está dentro del entorno del mismo.

Dentro de la categoría **activación**, destaco la elevada prevalencia que presenta la *dificultad de concentración* en ambas edades de victimización y en los dos tipos de estresores; si bien, resulta más alta en mujeres victimizadas cuando tenían menos de 20 años, resultado que coincide con A. Sepúlveda y P. Sepúlveda (1999) y con Echeburúa y Guerricaechevarría (2000).

La *irritabilidad o ataques de ira* es un síntoma prevalente en las mujeres victimizadas antes de los 20 años, en contraste con las mujeres agredidas mayores de 20 años, en las que ese síntoma presenta más baja prevalencia, y se corresponde también con la mayor prevalencia en los casos de VR. La ira se relaciona con la frustración, el esfuerzo que supone mantener el secreto, la indefensión y la revelación retardada y poco convincente de los abusos. Las personas en las que se muestra este síntoma, suelen tener dificultades en la relación con los demás. A veces se detecta en un discurso muy reivindicativo y cargado de reproches, a su agresor o a la familia. Este síntoma condiciona a veces también la sensación de falta de apoyo institucional, sobre todo cuando no se cumplen las expectativas de la víctima o sus familiares (por ejemplo, cuando el abusador queda en libertad o es absuelto). De hecho, a veces se centra la recuperación de la víctima en el castigo al abusador. Coincido con Alonso (2007) en que, sin entrar en el justo castigo al delincuente, no puede reducirse a ello el bienestar o malestar de la

víctima. La ira es un predictor negativo que debe conocerse bien, para su correcto enfoque.

En las manifestaciones somáticas de la ansiedad, este estudio muestra una relación significativa entre los síntomas relacionados con *náuseas y malestar abdominal*, que presenta mayor prevalencia en las mujeres que sufrieron VS con menos de 20 años. En los estudios consultados sobre víctimas de abuso sexual infantil, aparecen habitualmente referencias a estos síntomas por parte de diversos autores, como Echeburúa et al. (2004a), Esbec (2000) y Ramos et al. (2000). Otros autores, como Pereda (2010), también ponen de manifiesto que, uno de los principales problemas que afecta a las funciones básicas de las víctimas a largo plazo de abuso sexual infantil, junto a los dolores físicos, son los problemas gastrointestinales sin causa que lo justifique. Las náuseas o molestias abdominales, como manifestaciones somáticas de la ansiedad, muestran también una diferencia significativa mayor en VR que en la VP. Estos resultados me parecen de interés, para orientar los diagnósticos en los servicios médicos de atención a la infancia y adolescencia.

De acuerdo con Brewin et al. (1996, citados en Alonso, 2007), los elementos que subyacen en el desarrollo del TEPT, están relacionados con el procesamiento de la información en el momento del suceso; otros elementos como la capacidad de resiliencia, o el momento personal que atraviesa la víctima, son fundamentales para el mayor o menor impacto del estresor. Con ello, pueden abrirse otros campos de estudio, al igual que en la profundización en la aceptación del entorno de la víctima y la asistencia institucional que ésta recibe; campos de estudio enfocados a buenas prácticas, que ayuden a prevenir problemas psicológicos posteriores y que mejoren el afrontamiento del suceso.

Entre las **limitaciones** encontradas para realizar este estudio y establecer conclusiones, destaco el pequeño tamaño muestral -ya referido-, y la amplia variedad de metodologías empleadas por otros autores estudiosos del tema, que han impedido comparaciones rigurosas entre sus resultados y los míos.

Las principales **aportaciones** de esta investigación, considero que son, el establecimiento de perfiles de victimización y las asociaciones de factores moduladores de la respuesta postraumática, partiendo de un concepto objetivo de VS (Código Penal, 2008), de utilidad tanto para ampliar este trabajo como para comparar sus resultados con otros.

La descripción del impacto de la VS cuando se produce en menores de 20 años, comparándola con el impacto en las mayores de esa edad, y cruzándola con otros elementos determinantes de la VS, estimo que dota al estudio de originalidad y rigor metodológico.

Los resultados en víctimas menores de 20 años, evidencian el grave problema del abuso sexual contra menores en relación con el de mujeres adultas; orientan pautas de detección en servicios médicos; y ayudan a clarificar las complejas perituciones en esta materia. No obstante, creo que, en esta línea, se podrían realizar nuevos estudios que además, marcasen pautas de prevención en el procesamiento cognitivo del trauma.

Por último, quiero indicar que la capacidad de resiliencia es básica para la recuperación de la víctima, y quizás el principal factor modulador del impacto de la VS. La sociedad tiene un papel fundamental para ello, y la responsabilidad de prevenir las consecuencias negativas de estos deleznable sucesos, creando una opinión pública que repruebe estos actos, fortaleciendo a las víctimas; y detectando y eliminando comportamientos abusivos, para lo que es fundamental el conocimiento real de los mismos. Como dijo Proust, “el verdadero viaje de descubrimiento, no consiste en buscar nuevos caminos, sino en tener nuevos ojos”. Este trabajo, no pretende sino ayudar a dar un paso adelante para estos logros.

## **7. CONCLUSIONES**



En base a lo hasta aquí expuesto, se exponen las siguientes conclusiones:

1. La violencia sexual (VS) es un estresor para el desarrollo del trastorno de estrés postraumático (TEPT), tanto en mujeres menores de 20 años, como mayores de esa edad.
2. Los diferentes elementos que componen la VS, son factores que actúan interrelacionados unos con otros, modulando la respuesta postraumática.
3. La edad en la que acontece el suceso, por sí sola, no es determinante para el desarrollo y gravedad de la sintomatología postraumática.
4. Tanto la violencia sexual puntual (VP) como la reiterada (VR), son elementos que inciden en el impacto psicológico.
5. La victimización según la edad en el momento de la agresión y el tipo de estresor, muestran características comunes, con las que se establecen los siguientes perfiles:
  - En el caso de mujer que sufrió la VS con edad igual o menor de 20 años, el perfil de victimización se corresponde a la VR, perpetrada por agresor conviviente o familiar, el cual tiene una diferencia de edad de más de 12 años con la víctima, y utiliza el engaño y la seducción para acceder a ésta; no existen consecuencias físicas o son muy leves, y el apoyo familiar es inadecuado o inexistente. La intensidad y gravedad de los síntomas, es menor que en el caso de las mujeres victimizadas con más de 20 años mediante VP.
  - En el caso de la mujer que sufrió la VS con una edad superior a los 20 años, el perfil de la victimización se corresponde con la VP, perpetrada por agresor desconocido o poco conocido para la víctima, el cual tiene una diferencia de edad de menos de 5 años con ésta, y utiliza la violencia y/o intimidación para consumir los hechos; las consecuencias físicas son moderadas o más graves para la víctima, y el apoyo familiar que ésta recibe es adecuado. La intensidad y gravedad de los síntomas es mayor que en el caso de mujeres victimizadas con menos de 20 años mediante VR.
6. En las mujeres que sufrieron la VS cuando tenían 20 años o menos, según el tipo de estresor se puede perfilar:
  - Estresor tipo I de Terr (VP): la ocupación más prevalente es estudiar, el agresor es desconocido, la intensidad y gravedad

de los síntomas son mayores que en la VR y prevalece la Activación dentro de su perfil clínico. Acuden a declarar los hechos antes de los 6 meses de acontecer el suceso.

- Estresor tipo II de Terr (VR): el agresor es conviviente o familiar, con una diferencia de edad de más de 12 años con la víctima, los síntomas son ligeramente menos intensos y graves que en VP, y prevalece la Reexperimentación dentro del perfil clínico. Acuden a declarar los hechos, cuando han transcurrido más de 6 meses desde el suceso.

## 8. RESUMEN



## 8. RESUMEN

Los estudios realizados sobre violencia sexual contra mujeres y menores constatan que producen graves consecuencias psicológicas a corto y a largo plazo; en el caso de menores, muchas secuelas pueden perdurar hasta la edad adulta. El trastorno de estrés posttraumático (TEPT) es señalado como uno de los principales efectos de la violencia sexual; su desarrollo y gravedad dependen de múltiples variables relacionadas con la víctima, su entorno, las características del agresor y la situación de abuso.

El presente trabajo tiene como objetivo general profundizar en el conocimiento del impacto que tiene la violencia sexual contra mujeres, cuando la victimización sucede en menores de 20 años, a través de la evaluación del TEPT en las víctimas, analizando las características sociodemográficas de éstas y las circunstancias de la agresión, en comparación con mujeres que fueron victimizadas siendo mayores de 20 años.

La obtención de la muestra se hizo de manera intencional bajo unos determinados criterios de inclusión y exclusión, entre los años 2002 y 2007.

La población objeto del estudio se formó con 61 mujeres, entre 16 y 35 años, procedentes de Sevilla (capital y provincia), que fueron víctimas de violencia sexual en algún momento de su vida y acudieron a pedir ayuda a los servicios de Amuvi. Todas ellas debían firmar el consentimiento voluntario para la investigación y en todos los casos. No se incluyeron en la investigación mujeres que padecieran enfermedad psiquiátrica, discapacidad, abuso de alcohol o drogas, ni tampoco las que habían sufrido cualquier tipo de acontecimiento o situación estresante grave en los 3 años anteriores a la evaluación o estaban sometidas a situaciones estresantes crónicas, ni las que hubieran realizado cualquier terapia.

La metodología de trabajo constituye un estudio analítico observacional de cohorte retrospectivo. A las participantes se les realizó una entrevista semiestructurada para conocer los datos sociodemográficos y las variables relativas a la agresión; para evaluar los síntomas y la gravedad del TEPT se les aplicó la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Posttraumático (Echeburúa et al., 1997). El estudio estadístico se realizó con el paquete *Spss 17.0* para *Windows*. El análisis entre variables cualitativas se hizo mediante tablas de contingencia y se utilizó la prueba *Chi-Cuadrado*, o bien los *métodos no asintóticos de Montecarlo* y la *prueba Exacta*. La interpretación de las tablas se efectuó mediante los residuos tipificados corregidos.

Tras realizar el primer estudio general de las variables, los siguientes análisis se realizaron sobre la muestra dividida según la edad que tenían las participantes cuando sufrieron la VS -antes y después de los 20 años-; y según la frecuencia del estresor, basada en la tipología de Terr (1999, citado en INDEPSI, 2009), esto es, violencia sexual ocasional o puntual -estresor tipo I de Terr-, y violencia reiterada -estresor tipo II de Terr-.

Los resultados del estudio muestran un grupo mayoritario (77,7%) de mujeres menores de 31 años (principalmente entre 16 y 25 años), con una mayor prevalencia en el nivel educativo de estudios secundarios, nivel socioeconómico medio-bajo y residentes en zonas urbanas. La actividad laboral más frecuente en las participantes es la de estudiante y algo más de la mitad (55,7%) refiere no tener pareja estable.

El lugar donde sucedieron los hechos se distribuye de forma similar entre el medio rural y el urbano. En el 80% de los casos, la VS es perpetrada por familiares o conocidos de la víctima, el acto sexual más frecuente es la penetración (destacando la vaginal) y en la mitad de los casos no existe violencia física, siendo la estrategia del agresor el engaño, la seducción y la prevalencia de poder. La existencia de otros actos agresivos se encuentra en el 39,3% de la muestra y tienen consecuencias físicas graves en un 13 % de los casos. La frecuencia en el tiempo con la que sucedieron los hechos es un 49,2% de manera puntual y un 50,8% reiterada. La falta de denuncia y el escaso apoyo institucional presentan ligera mayor prevalencia (59%) que el apoyo institucional adecuado. La mitad de las mujeres de la muestra, el 50,8%, afirma haber tenido apoyo familiar, mientras que un 49,2% mantiene que la familia desconocía el hecho o no hubo apoyo.

La VS se muestra como un estresor que da lugar, desde una perspectiva dimensional, a sintomatología postraumática grave relacionada con el TEPT en el 85,2% de las participantes. El cuadro clínico muestra que la mayor prevalencia de los aspectos nucleares se encuentra en las respuestas de aumento de la activación (*arousal*), seguida de la reexperimentación de la experiencia vivida y por último la evitación conductual y cognitiva de los lugares o situaciones asociados al hecho traumático junto al embotamiento emocional.

Con las relaciones significativas encontradas en nuestro estudio, se pueden establecer, de forma univariante, perfiles de victimización según edad en que la mujer sufrió la VS (antes y después de los 20 años de edad) y frecuencia del estresor (reiterada y puntual). Existen coincidencias entre los dos grupos de perfiles de victimización, que relacionan la VS antes de los 20 años con el perfil de reiterada, y la VS después de los 20 años, con el perfil de puntual. En estos perfiles encontramos sintomatología postraumática grave relacionada con el TEPT.

En las mujeres que sufrieron la VS cuando eran menores de 20 años, según el tipo de estresor se pueden perfilar:

VS puntual (estresor tipo I de Terr): la ocupación más prevalente es estudiar, el agresor es desconocido, utiliza para doblegar a la víctima, la violencia y/o intimidación, siendo las consecuencias físicas de los hechos moderadas y graves. Existe apoyo familiar y es adecuado; el tiempo que transcurre desde que sucede la agresión hasta que las víctimas acuden a la asociación Amuvi, es menor de 6 meses. La intensidad y gravedad de los síntomas del TEPT son mayores que en VS y prevalece la activación dentro de su perfil clínico.

VS reiterada (estresor tipo II de Terr): el agresor es conviviente o familiar, con una diferencia de edad de más de 12 años con la víctima, que utiliza como estrategia el engaño, la seducción o la prevalencia de poder; no hay consecuencias físicas para la víctima o son muy leves. El apoyo familiar es inexistente y/o inadecuado y el tiempo que transcurre desde que sucede la agresión hasta que las víctimas acuden a la asociación Amuvi, es mayor de 6 meses, incluso pasan años. La sintomatología postraumática es ligeramente menor en intensidad y gravedad que en VS puntual y prevalece la reexperimentación dentro del perfil clínico.

Se concluye que la edad en la que acontece la VS, por sí sola, no es determinante para el desarrollo y gravedad de la sintomatología postraumática. Los diferentes elementos que componen la VS, son factores que, actúan interrelacionados unos con otros, modulando la respuesta postraumática. La frecuencia del estresor es un elemento que incide en el impacto psicológico.



## **9. REFERENCIAS**



- Ackerman, P., Newton, J., McPherson, B., Jones, J. y Dykman, R. (1998). Prevalence of post traumatic stress disorder and other psychiatric diagnoses in three groups of abused children (sexual, physical, and both). *Child Abuse y Neglect*, 22, 759–774.
- Ackerman, P., Sugar, N. F., Fine, D. N. y Eckert, L. O. (2005). *Sexual Assault Victims. Factors associated with follow-up care*. Recuperado el 26 de febrero de 2008, de [http://www.ajog.org/article/S0002-9378\(06\)00337-1/fulltext](http://www.ajog.org/article/S0002-9378(06)00337-1/fulltext)
- Alario, S. (1993) *Intervención psicológica en víctimas de violación*. Valencia: Promolibro.
- Albarrán, J., del Campo, A., Pizarro, P., Moriche, L., Horno, P., Molino, C., et al. (2001). Conceptualización del Abuso Sexual Infantil. En Save the Children (Eds.), *Abuso Sexual Infantil. Manual de formación para Profesionales* (pp. 13-20). Madrid: Save the Children y Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Almeida, C. (1999). *En Defensa de la Mujer*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- Alonso, E. (2007). *Mujeres víctimas de violencia doméstica con trastorno de estrés postraumático: validación empírica de un programa de tratamiento*. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3a. ed.) DSM-III*. Washington: APA.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-R, (3a. ed. rev.) DSM-III-TR*. Washington: APA.
- American Psychiatric Association. (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4a. ed.) DSM-IV*. Madrid: Masson.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4a. ed. rev.) DSM-IV-TR*. Madrid: Masson.
- Amnistía Internacional. (2009). *¡Ni abuso de poder ni impunidad!. Combatir la violencia sexual contra las mujeres a manos de agentes del estado*. Madrid: Amnistía Internacional.
- Amuvi. (2006, 2007, 2008, 2009). *Memoria Global de los Programas de la Asociación*. Manuscrito no publicado. Sevilla, España.

- Anónimo. (1986 versión). El escarnio de doña Elvira y doña Sol. *Cantar de Mío Cid* (13a. ed.). Madrid: Cátedra.
- Araña, M., Bussé, D. y Pedreira, J. L. (2006). Síntomas restrictivos actuales en el criterio C TEPT-DSM: un problema clínico, psicopatológico y forense. *Interpsiquis*. Recuperado el 30 de junio de 2006, de <http://www.psiquiatria.com/>
- Araña, M., Porras, S. y Bussé, D. (2006). Insuficiencias del TEPT-DSM, a partir de la Escala de Evaluación del Impacto de Eventos. *Interpsiquis*. Recuperado el 30 de junio de 2006, de <http://www.psiquiatria.com>
- Arata, C. M. (2002): Child sexual abuse and sexual revictimization. *Clinical psychology: science and practice*, 9.
- Argimón, J. M. y Jiménez, J. (2004). *Métodos de investigación clínica y epidemiológica*. Madrid: Elsevier.
- Arruabarrena, M. I. y de Paúl, J. (2005). *Maltrato a los niños en la familia. Evaluación y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Asensi, L. F. y Arama, M. (2006). TEPT complejo en Violencia de Género. *Interpsiquis*. Recuperado el 12 de julio de 2006, de <http://www.psiquiatria.com>
- Asociación Andaluza para la Defensa de la Infancia y la Prevención del Maltrato Infantil. (1993). *Guía de atención al maltrato infantil*. Sevilla: ADIMA.
- Báguena, M. J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el estrés postraumático. *Psicothema*, 13 (3), 479-492.
- Báguena, M. J., Villarroya, E., Beleña, A., Díaz, A., Roldán, C. y Reig, R. (2001). Propiedades psicométricas de la versión española de la escala revisada de impacto del estresor (EIE-R). *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 581-604.
- Bain, Q. y Sanders, M. (1996): *A plena luz. Abusos sexuales en la infancia*. Salamanca: Lóguez Lector Joven.
- Barea, C. (s.f.). Erradicar la violencia de género: un reto social y sanitario *Mujeres y salud*. Recuperado el 3 de marzo de 2008, de [http://www.matriz.net/mys/mys-06/dossier/doss\\_06\\_011.html](http://www.matriz.net/mys/mys-06/dossier/doss_06_011.html)
- Barrón, A. (1989). *Estrés psicosocial, apoyo social y depresión en mujeres. Un estudio empírico en Aranjuez*. Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid.

- Barudy, J. (1998). *El dolor invisible de la infancia. Una lectura ecosistémica del maltrato infantil*. Barcelona: Paidós, Terapia Familiar.
- Barudy, J. (2003). *Ontogénesis del Abuso Sexual. Rompe el Silencio*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Bass, E. y Davis L. (1995). *El Coraje de Sanar, Guía para las Mujeres Supervivientes de Abusos Sexuales en la Infancia*. Barcelona: Urano.
- Bentolila, S. (s.f.). *Trastorno por estrés postraumático y trastorno por estrés extremo. Diferencias diagnósticas y de tratamiento*. Recuperado el 16 de enero de 2010, de [www.lundbeck.com/Argentina/archivos/conf\\_apsa/206.doc](http://www.lundbeck.com/Argentina/archivos/conf_apsa/206.doc)
- Berliner, L. y Elliott, D. M. (1996). Sexual abuse of the children. En Briere, J., Berliner, L., Bulkley, J. A., Jennit, C. y Reid, T. (Eds.), *The APSAC Handbook on Child Maltreatment* (pp. 51-71). London: Sage Publication.
- Birmes, P., Hatton, L., Brunet, A. y Schmitt, L. (2003). Early historical literature for post-traumatic symptomatology. *Stress and Health*, 19, 17-26.
- Blake, D. D., Weathers, F. W., Kaloupek, D. G., Gusman, F., Charney, D. S. y Keane, T. M. (1995). The development of a clinician-administered PTSD scale. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 75-90.
- Blanco, P. (2004a). Consecuencias de la Violencia en la Salud de las Mujeres, la Detección Precoz en Consulta. En Ruiz, C. y Blanco, P. (Eds.), *La violencia contra las Mujeres. Prevención y Detección* (pp. 103-117). Madrid: Díaz de Santos.
- Blanco, P. (2004b). La Violencia contra las mujeres jóvenes, prevención y atención desde los servicios sanitarios. En Ruiz, C. y Blanco, P. (Eds.), *La violencia contra las Mujeres. Prevención y Detección* (pp. 171-188). Madrid: Díaz de Santos.
- Bobes, J., Bousoño, M., Calcedo, A. y González, M. P. (2000). *Trastorno de estrés postraumático*. Barcelona: Masson.
- Bobes, J., González, M. P., Bousoño, M., Sáiz, P. A., Bascarán, M. T. y Jiménez-Treviño, L. (2000). Sintomatología y diagnóstico diferencial. En Bobes, J., Bousoño, M., Calcedo, A. y González, M. P. (Eds.), *Trastorno de estrés postraumático* (pp. 94-102). Barcelona: Masson.

- Brecklin, L. R. y Ullman, S. E. (2010). The roles of victim and offender substance use in sexual assault outcomes, *Interpers Violence, Jan*, 40-45.
- Breslau, N., Peterson, E. L., Kessler, R. C. y Schultz, L. R. (1999). Short Screening Scale for DSM-IV Posttraumatic Stress Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 156, 908-911.
- Bromberg, D. S. y Johnson, B. T. (2001). Sexual interest in children, child sexual abuse and psychological sequelae for children. *Psychology in the Schools*, 38 (4), 343-355.
- Brownmiller, S. (1981). *Contra nuestra voluntad*. Barcelona: Planeta.
- Caballero, R., Mojarro, M. D. y Rodríguez-Sacristán, J. (1995). El Estrés Postraumático. En Rodríguez-Sacristán, J. (Ed.), *Psicopatología del niño y del adolescente* (pp. 583-595). Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Calcedo, A. (2000). Concepto de trastorno de estrés postraumático. En Bobes, J., Bousoño, M., Calcedo, A. y González, M. P. (Eds.), *Trastorno de estrés postraumático* (pp. 1-14). Barcelona: Masson.
- Cárcamo, J., Sánchez-Lacay, A. y Lewis-Fernández, R. (2002). El impacto psicológico de los ataques terroristas del 11 de septiembre de 2001 en la ciudad de Nueva York: el trastorno por estrés postraumático y la recuperación de una ciudad traumatizada. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 40 (2), 86-96.
- Carmona, R. (2006). Introducción. Monográfico: la Violencia Sexual de Género. *La Boletina*, 24, 1-4.
- Carrasco-Ortiz, M. A., Rodríguez-Testal, J. F. y Mass, B. (2001). Problemas de conducta de una muestra de menores institucionalizados con antecedentes de maltrato. *Child Abuse and Neglect*, 6, 819-833.
- Cazabat, E. (2006). *Un breve recorrido por la traumática historia del trauma psicológico*. Recuperado el 15 de abril de 2006, de <http://www.psicotrauma.com.ar/dic02/Breve%20recorrido%20por%20la%20historia-Cazabat.pdf>
- Centro de Asistencia a Víctimas de Agresiones Sexuales. (s.f.). *Falsas Creencias*. Recuperado el 10 de junio de 2006, de <http://www.violacion.org/falsas/default.html>
- Chaffin, M., Wherry, J. N. y Dykman, R. (1997). School age children's coping with sexual abuse: abuse stresses and symptoms

- associated with four coping strategies. *Child Abuse and Neglect*, 21 (2), 227-240.
- Cloitre, M. (2004). Trauma and PTSD. Scientific Symposium Monograph. *CNS-Spectrums*, 9, 4-5.
- Cobo, J. A. (1998). *Asistencia Integral a las Mujeres Víctimas de Agresión Sexual*. Barcelona: Masson.
- Código Penal. (2008). (14a. ed.). Título VIII: Delitos contra la libertad e indemnidad sexuales. Madrid: Tecnos
- Coffey, P., Leitenberg, H., Henning, K., Turner, T. y Bennett, R. T. (1999). Mediators of the long-term impact of child sexual abuse: Perceived stigma, betrayal, powerlessness, and self-blame. *Child Abuse y Neglect*, 20, 447-455.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P. y Deblinger, E. (2006). *Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents*. New York: Guilford.
- Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, Junta de Andalucía. (2009). *Datos sobre abuso sexual a menores*. Recuperado el 4 de enero de 2010, de [http://www.elpais.com/articulo/andalucia/deteccion/abusos/menores/sube/1000/anos/elpepiespand/20100104elpand\\_3/Tes](http://www.elpais.com/articulo/andalucia/deteccion/abusos/menores/sube/1000/anos/elpepiespand/20100104elpand_3/Tes)
- Consejo de Europa. (2009). *El Consejo de Europa y la violencia de género. Documentos elaborados en el marco de la campaña pan europea para combatir la violencia contra las mujeres (2006-2008)*. Madrid: Ministerio de Igualdad.
- Consejo General del Poder Judicial. (2002). *Memoria Informe sobre fallecimientos por violencia contra las mujeres en los años 2001 y 2002*. Recuperado el 25 de julio de 2005, de <http://www.isis.cl/>
- Consejo General del Poder Judicial. (2004). *Memoria Informe de las actuaciones de los Órganos Judiciales sobre Violencia Doméstica primer semestre 2004*. Recuperado el 18 de diciembre de 2004, de <http://www.poderjudicial.es/eversuite/GetRecords?Template=default>
- Consejo de Ministros. (2009). *Reforma del Código Penal*. Recuperado el 13 de noviembre de 2009, de <http://www.lamoncloa.es/ConsejodeMinistros/>
- Cooper, C. L. y Dewe, P. (2004). *Stress. A brief history*. Oxford: Blackwell.

- Corral de, P., Echeburúa, E., Sarasúa, B. y Zubizarreta, I. (1998). Variables predictoras de fracaso terapéutico en el tratamiento del Trastorno de Estrés Postraumático en víctimas de agresiones sexuales. *Análisis y Modificación de la Conducta*, 24, 175-194.
- Craig, L. A. (2008). How should we understand the effect of age on sexual recidivism?. *Journal of Sexual Aggression*, 14, 185-198.
- Cruz, J. (2004). *Las agresiones y abusos sexuales en la infancia y su repercusión en la edad adulta*. Recuperado el 4 de febrero de 2004, de <http://www.psiquiatria.com>
- Cyrułnik, B. (2001). *Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida*. Madrid: Gedisa.
- Davidson, J. R. T., Weisler, R. H., Malik, M. y Tupler, L. A. (1998). Fluvoxamine in civilians with posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 18 (1), 93-95.
- Delgado, S. (1994). *Psiquiatría Legal y Forense*. Madrid: Colex.
- Delgado, S. (1996). *Estudio Epidemiológico de la Conducta de Violación en Santa Cruz de Tenerife*. Tesis doctoral. Universidad de La Laguna.
- Díaz, J. A. (2001). Abuso Sexual en la Historia, Concepto y Tipos. En Díaz, J. A., Casado, J., García, E., Ruiz, M. A. y Esteban, J. (Eds.), *Atención al Abuso Sexual Infantil* (pp. 49-57). Madrid: Instituto Madrileño del Menor y la Familia.
- Durrant, M. y White, C. (1993). *Terapia del Abuso Sexual*. Barcelona: Gedisa.
- Eadie, E. M., Runtz, M. y Spencer-Rodgers, J. (2008). Posttraumatic Stress Symptoms as a Mediator between Sexual Assault and Adverse Health Outcomes in Undergraduate Women. *Journal of Traumatic Stress*, 21 (6), 540-547.
- Echeburúa, E. (2005). *Superar un trauma. El tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*. Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E. y de Corral, P. (1995). Trastorno Estrés Postraumático. En Belloch, A., Sandin, B. y Ramos, F. (Eds.), *Manual de Psicopatología. Vol. 2*. Madrid: McGraw-Hill.
- Echeburúa, E. y de Corral, P. (1998). *Manual de Violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI Editores.

- Echeburúa, E. y de Corral, P. (2005). ¿Cómo evaluar las lesiones psíquicas y las secuelas emocionales de las víctimas de delitos violentos?. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 5, 57-74.
- Echeburúa, E. y de Corral, P. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuadernos de Medicina Forense*, 12,75-82.
- Echeburúa, E. y de Corral, P. (2009). *Trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia*. Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E., de Corral, P. y Amor, P. J. (1999). Perfiles diferenciales del Trastorno Estrés Postraumático en Distintos Tipos Víctimas. En Echeburúa, E., de Corral, P. y Amor, P. J. (Eds.), *Agresiones Sexuales* (pp. 116-141). Madrid: Reprografía Doppel.
- Echeburúa, E., de Corral, P. y Amor, P. J. (2002). Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Psicothema*, 14 (Supl.), 139-146.
- Echeburúa, E., de Corral, P. y Amor, P. J. (2003). *Agresiones Sexuales*. Madrid: Reprografía Doppel.
- Echeburúa, E., de Corral, P. y Amor, P. J. (2004a). Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Psicopatología Legal y Forense*, 4, 227-244.
- Echeburúa, E., de Corral, P. y Amor, P. J. (2004b). Nuevos enfoques terapéuticos en el trastorno estrés postraumático en víctimas de terrorismo. *Clínica y Salud*, 15 (3), 273-292.
- Echeburúa, E., de Corral, P., Amor, P. J., Zubizarreta, I. y Sarasúa, B. (1997). Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno Estrés Postraumático: Propiedades psicométricas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23 (90), 503-522.
- Echeburúa, E., de Corral, P. y Sarasúa, B. (1989). El impacto psicológico en las víctimas de violación. En Beristáin, A. y la Cuesta, J. L. (Eds.), *Cárcel de mujeres. Ayer y hoy la mujer delincuente y víctima*. Bilbao: Mensajero.
- Echeburúa, E., de Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasúa, B. (1995). *Trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de agresiones sexuales*. La Coruña: Fundación Paia.
- Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. (1999). Concepto, factores de riesgo y efectos psicopatológicos. En Sanmartín, J. (Ed.), *Violencia contra niños* (pp. 81-105). Barcelona: Ariel.

- Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. (2000). *Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores. Un enfoque clínico*. Barcelona: Ariel. Estudios sobre violencia.
- Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. (2006). Especial consideración de algunos ámbitos de victimización. En Baca, E., Echeburúa, E. y Tamarit, J. M. (Coords.), *Manual de victimología* (pp. 129-205). Valencia: Tirant lo Blanch.
- Elliott, D. M., Mok, D. S. y Briere, J. (2004). Adult Sexual Assault: Prevalence, symptomatology, and sex differences in the general population. *Journal of Traumatic Stress*, 17 (3), 203-211.
- Esbec, E. (1994). Daño psíquico y su reparación en víctimas de delitos violentos: una línea general de investigación. Los centros de ayuda. En Delgado, S. (Dir.), *Psiquiatría legal y forense*. (pp. 1357-1414). Madrid: Colex.
- Esbec, E. (2000a). Aspectos psicopatológicos de la Agresión Sexual: Antecedentes y Revisión. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 1, 35-58.
- Esbec, E. (2000b). Evaluación Psicológica de la Víctima. En Esbec, E. y Gómez, G. (Eds.), *Psicología forense y tratamiento jurídico legal de la discapacidad*. Madrid: Edisofer.
- Esbec, E. (2004). Causalidad en Victimología Forense: Daño Psíquico, Victimización Secundaria y Factores Psicosociales de Vulnerabilidad. *I Congreso de Psicología Jurídica en Red*. Recuperado el 16 de febrero de 2006, de [www.psiquiatria.com](http://www.psiquiatria.com)
- Esteban, J. (2001). Etiología del Abuso Sexual Infantil. En Díaz, J. A., Casado, J., García, E., Ruíz, M. A. y Esteban, J. (Eds.), *Atención al Abuso Sexual Infantil*, (pp. 65-82). Madrid: Instituto Madrileño del Menor y la Familia.
- Eva-Condemarín, P. (2001). Trasgresión Sexual en la Relación Médico-Paciente. *Revista chilena de Neuropsiquiatría* 39 (4), 329-344. Recuperado el 4 de abril de 2006, de [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272001000400008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272001000400008&script=sci_arttext)
- Felipe, L. (1980). ¡Oh, el barro, el barro!. *Obra Poética Escogida*. Madrid: Espasa Calpe.
- Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (1997). Variables psicopatológicas y distorsiones cognitivas de los maltratadores en el hogar: un análisis de descriptivo. *Análisis y Modificación de Conducta* 23, 151-812.

- Finkelhor, D. (1986). *A source book on child sexual abuse*. Newbury Park, CA: Sage.
- Finkelhor, D. (1994). The international epidemiology in child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, (18) 5, 409-417.
- Finkelhor, D. (1999a). Efectos del abuso sexual. En Sanmartín, J. (Ed.), *Violencia contra Niños* (173-195). Barcelona: Ariel.
- Finkelhor, D. (1999b). Victimología infantil. En Sanmartín, J. (Ed.), *Violencia contra Niños* (pp. 149-169). Barcelona: Ariel.
- Finkelhor, D. y Hotalnig, G. T. (1984). Sexual abuse in the national study of child abuse and neglect: an appraisal. *Child Abuse & Neglect* (8), 23-33.
- Fiscalía General del Estado. (2009). *Memoria 2008*. Madrid: Ministerio de Justicia.
- Foa, E. B., Cashman, L., Jaycox, L. y Perry, K. (1997). The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: The Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychological Assessment*, 9, 445-451.
- Foa, E. B., Keane, T. y Friedman, M. (2003). *Tratamiento del estrés postraumático*. Barcelona: Ariel Psicología.
- Franco, S. (1994). *La Violencia en Colombia*. Asociación AFECTO contra el Maltrato Infantil, serie Temas y Técnicas (no. 3). Recuperado el 17 de junio de 2006, de <http://www.afecto.org.co/servicios>
- Frans, Ö., Rimmö, P., Åberg, L. y Fredricson, M. (2005). Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in the general population. *Acta Psychiatr Scand*, 111 (4), 291-290.
- Freud, S. (1969). *Etiología de la histeria*. Madrid: Alianza Editorial.
- Fundación para la Cooperación y Educación. (2000). *Abuso Sexual Infantil. Informe sobre la incidencia, efectos y prevención de los abusos a menores*. Madrid: FUNCOE.
- Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. (2007). *Consenso evaluación y tratamiento del trastorno por estrés postraumático*. Barcelona: Ars Médica.
- Galiana, S. (1996). *Causas y Situaciones de las Agresiones Sexuales. En Asociación de Asistencia a Mujeres Violadas, Estudios sobre*

- Agresiones Sexuales* (pp. 41-53). Madrid: Servicio de Publicaciones del Decanato de los Juzgados.
- Galiana, S. y de Marianas, H. (1998). *Efectos psicológicos de la agresión sexual*. Madrid: Asociación de Asistencia a Mujeres Violadas.
- Garbarino, J. y Eckenrode, J. (1999). *Por qué las familias abusan de sus hijos*. Barcelona: Granica.
- García-Pablos, A. (2000). *Manual de Criminología*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Garrido, V., Stangeland, P. y Redondo, S. (1999). *Principios de Criminología*. Valencia: Tirant lo Blanc.
- Garza de la, J. y Díaz, E. (1997). Elementos para el Estudio de la Violación Sexual. *Estudios de Salud Pública*, 39, 539-545.
- Genovés, A. (2007). Una Carrera de Obstáculos: la Victimización Secundaria. En Genovés, A., García, C., Bravo, C., Olivares, M. C., Santiago, M. C., González, P., et al. *El Derecho al Revés, Estudio sobre Victimización Secundaria en Mujeres Maltratadas*. Córdoba: Themis y Ayuntamiento de Córdoba.
- Genovés, A. (2009). *El Delito de Homicidio en el Ámbito de la Pareja*. Barcelona: Bosch.
- Gil, J., Ostos, R., Largo, E., Acosta, L. y Caballero, M. A. (2006). Valoración médica de la sospecha de abuso sexual en personas menores de edad: a propósito del estudio de tres casos. *Cuadernos de Medicina Forense*, 12 (43-44), 57-74.
- Gilaberte, I. (1993). *Trastorno por estrés postraumático: estudio de una población de riesgo*. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Madrid.
- Gilaberte, I. (2003). Accidente ferroviario de Chinchilla. En Valerio, M. (Ed.), *La mente tras el trauma*. Madrid: Europa Press.
- Goleman, D. (1996). *La Inteligencia Emocional*. Barcelona: Kairós.
- Gómez de Terreros, I. (1995). *Los Profesionales de la Salud ante el Maltrato Infantil*. Granada: Comares.
- Gómez de Terreros, I. (1997). Etiopatogenia. En Casado, J., Díaz, J. A. y Martínez, C. *Niños Maltratados* (pp. 27-33). Madrid: Díaz de Santos.

## Referencias

---

- Gómez de Terreros, I. y Gil, J. (2009). *Abuso sexual a menores, análisis intersectorial de resultados en su detección e intervención y efectividad en la práctica profesional*. Material no publicado.
- Gómez de Terreros, M. (2006). Maltrato psicológico. *Cuadernos de Medicina Forense*, 12 (43-44), 103-116.
- González, M. P., Bascarán, M. T., Sáiz, P. A, Bousoño, M., Bobes, J. y Calcedo, A. (2000). Instrumentos de evaluación. En Bobes, J., Bousoño, M., Calcedo, A. y González, M. P. (Eds.), *Trastorno de Estrés Postraumático* (pp. 137-158). Barcelona: Masson.
- González, P. y Castillo, M. D. (2010, febrero-marzo). *Sucesos vitales estresantes, afrontamiento y personalidad*. XI Congreso Virtual de Psiquiatría. Recuperado el 30 de abril de 2010, de [www.interpsiquis.com](http://www.interpsiquis.com)
- González-Brignardello, M. P. y Martín, A. M. (2004). Tratamiento de un caso de trastorno por estrés postraumático con EMDR dentro de un marco cognitivo-conductual. *Clínica y Salud*, 15 (3), 337-354.
- Green, B. (2003). Post-traumatic stress disorder: Symptom profiles in men and women. *Current Medical Research and Opinion*, 19 (3), 200-204. Recuperado el 11 de enero de 2010, de <http://www.psiquiatria.com>
- Guimón, J. (2008). Prevención y tratamiento de cuadros de estrés por terrorismo. *Avances en Salud Mental Relacional*, 7 (2). Recuperado el 1 de octubre de 2008, de [http://www.bibliopsiquis.com/asmr/0702/epidemiologia\\_estres.pdf](http://www.bibliopsiquis.com/asmr/0702/epidemiologia_estres.pdf)
- Gutiérrez, J. M. (1998). Eustrés: Un nuevo modelo de superación del estrés. *Biblioteca virtual, sección Psicología Clínica*. Recuperado el 30 de julio de 2005, de <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-170-1-eustres-un-modelo-de-superacion-del-estres.html>
- Hales, R. E., Yudofsky, S. C. y Talbott, J. A. (1996). *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: ANCORA.
- Helzer, J. E., Robins, L. N. y McEvoy, L. (1987). Post-traumatic stress disorder in the general population: findings of the Epidemiologic Catchment Area Survey. *England Journal Medical*, 317, 1630-1634.
- Hemingway, E. (1980). *Adiós a las Armas*. Barcelona: Bruguera.

- Herman, J. (2004). *Trauma y recuperación. Cómo superar las consecuencias de la violencia*. Madrid: Espasa.
- Herrera, M. E. y Sierra, M. (2000). Factores de riesgo del trastorno de estrés postraumático en Colombia en 1997. *I Congreso Virtual de Psiquiatría*, 1 de Febrero-15 de Marzo. Recuperado el 8 de marzo de 2008, de <http://hdl.handle.net/10401/1209>
- Hollander, E., Simeon, D. y Gorman, J. (1996). Trastornos de ansiedad. En Hales, R. E., Yudofsky, S. C. y Talbott, J. A. (Eds.), *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: ANCORA.
- Horowitz, N. J., Wilmer, N. y Kaltreiner, N. (1980). Signs and symptoms of posttraumatic stress disorders. *Archive General of Psychiatry*, 37, 88-92.
- Instituto Andaluz de la Mujer. (2009). *Estadística sobre violencia*. Recuperado el 11 de enero de 2010, de [www.juntadeandalucia.es/iam/-Estadisticas-](http://www.juntadeandalucia.es/iam/-Estadisticas-)
- Instituto de Desarrollo Psicológico. (2009). *Revisión sobre el Trauma*. Recuperado el 11 de enero de 2010, de [www.indepsi.cl/ferenczi/articulos](http://www.indepsi.cl/ferenczi/articulos)
- Instituto de la Mujer. (2000). *La Atención Sociosanitaria ante la Violencia contra las Mujeres*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Instituto de la Mujer. (2009). *Estadísticas sobre violencia*. Recuperado el 11 de enero de 2010, de [www.inmujer.migualdad.es/MUJER/mujeres/cifras/violencia/](http://www.inmujer.migualdad.es/MUJER/mujeres/cifras/violencia/)
- Jiménez, L., Sáiz, P. A., Bascarán, M. T., González, M. P., Bobes, J. y Bousoño, M. (2000). Epidemiología. En Bobes, J., Bousoño, M., Calcedo, A. y González, M. P. (Eds.), *Trastorno por Estrés Postraumático*. (pp. 19-32). Barcelona: Masson.
- Juárez, J. R. (2004). *La Credibilidad del Testimonio Infantil ante Supuestos de Abuso Sexual. Indicadores Psicosociales*. Tesis doctoral. Universidad de Girona.
- Kawada, J. y Kevin, G. (Dir.). (2002). *California Medical protocol for Examinations of Sexual Assault and Child Sexual Abuse Victims*. California: Office of Criminal Justice Planning.
- Kempe, R. y Kempe, H. (1982). *Niños Maltratados*. Madrid: Morata.
- Kelly, L. y Regan, L. (2001). *Rape: The forgotten Issue?*. Londres: Child and Woman Abuse Studies Unit & University of North London.

- Kelly, L. y Regan, L. (2003). *Good Practice in Medical Responses to Recently Reported Rape, Especially Forensic Examinations. A Briefing paper for the Daphne Strengthening the Linkages Project*. London: London Metropolitan University.
- Kilpatrick, D., Edmonds, C. N. y Seymour, A. K. (1992). *Rape in America: a report to the Nation*. Arlington, VA: National Victims Center.
- Kubany, E. S., Haynes, S. N., Leisen, M. B., Owens, J. A., Kaplan, A. S., Watson, S. B., et al. (2000). Development and preliminary validation of a brief broad-spectrum measure of trauma exposure: The Traumatic Life Events Questionnaire (TLEQ). *Psychological Assessment*, 12, 210-224.
- Labrador, F. (1996). *El estrés. Nuevas técnicas para su control*. Madrid: Grupo Correo de Comunicación.
- Lagarde, M. (2003). *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. México: Universidad Autónoma de México.
- Lameiras, M., Carrera, M. V. y Failde, J. M. (2008). Abusos sexuales a menores: estado de la cuestión a nivel nacional e internacional. *Revista d'estudis de la violencia*, 6, 2-23.
- Lasheras, M. L. y Pires, M. (2003). *La Violencia contra las mujeres considerada como problema de salud pública, documento de apoyo para la atención a la salud de las mujeres. Documentos técnicos de Salud Pública*. Madrid: Instituto de Salud Pública.
- Lev-Wiesel, R. (2006). Intergenerational Transmission of Sexual Abuse?. Motherhood in the Shadow of Incest. *Journal of Child Sexual Abuse*. 15 (2), 75-101.
- Ley 1/1998, de 20 de abril, de los Derechos y la Atención al Menor. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía (Presidencia): no. 53, de 12 de mayo de 1998. Recuperado el 30 de marzo de 2009, de <http://www.juntadeandalucia.es/boja/boletines/1998/53/d/3.html>
- Ley 27/2003, de 31 de julio, reguladora de la Orden de protección de las víctimas de la violencia doméstica. Boletín Oficial del Estado (Jefatura del Estado): no. 183, de 1 de agosto de 2003. Recuperado el 30 de marzo de 2009, de <http://www.boe.es/boe/dias/2003/08/01/pdfs/A29881-29883.pdf>
- Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. Boletín Oficial del Estado (Jefatura del

Estado): no. 15, de 17 de enero de 1996. Recuperado el 30 de marzo de 2009, de <http://www.boe.es/boe/dias/1996/01/17/pdfs/A01225-01238.pdf>

Ley Orgánica 11/1999, de 30 de abril, de Modificación del Título VIII del Libro II del Código Penal, aprobado por Ley Orgánica 10/1995 de 23 de noviembre. Boletín Oficial del Estado (Jefatura del Estado): no. 104, de 1 de mayo de 1999. Recuperado el 30 de marzo de 2009, de <http://www.boe.es/boe/dias/1999/05/01/pdfs/A16099-16102.pdf>

Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Boletín Oficial del Estado (Jefatura del Estado): no. 313, de 29 de diciembre de 2004. Recuperado el 30 de marzo de 2009, de <http://www.boe.es/boe/dias/2004/12/29/pdfs/A42166-42197.pdf>

López, E. y Tovar, B. (s.f.). *Evaluación del Trastorno de Estrés Postraumático*. Recuperado el 17 de junio de 2010, de [www.grupoisis.com/articulos/evaluacion%20estres.doc](http://www.grupoisis.com/articulos/evaluacion%20estres.doc)

López, F. (1994). *Abusos Sexuales a Menores, lo que recuerdan de mayores*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.

López, F. (1995). *Prevención de los abusos sexuales a menores y educación sexual*. Salamanca: Amarú Ediciones.

López, F. (1997). Abuso Sexual: un problema desconocido. En Casado, J., Díaz, J. A. y Martínez, M. P. (Eds.), *Niños Maltratados* (pp. 161-167). Madrid: Díaz de Santos.

López, F. (1999). *La inocencia rota. Abusos sexuales a menores*. Barcelona: Océano..

López, F., Carpintero, E., Hernández, A., Martín, M. J. y Fuentes, A. (1995). Prevalencia y consecuencias del abuso sexual al menor en España. *Child Abuse & Neglect*, 9, 1039-1050.

López-Lucas, M. (2006). La Violencia Sexual Legitimada. *Monográfico: la Violencia Sexual de Género. Revista Asociación Mujeres para la Salud*. 24, 5-15.

Lorente, M. (2001). *Mi marido me pega lo normal*. Barcelona: Ares y Mares.

Lorente, M. (2004). *El Rompecabezas. Anatomía del Maltratador*. Madrid: Crítica.

Lorente, M. (2009). *Los Nuevos Hombres Nuevos*. Barcelona: Destino.

- Lorente, M. y Lorente, J. A. (1998). *Agresión a la mujer: Maltrato, violencia y acoso*. Granada: Comares.
- Lovett, J., Regan, L. y Kelly, L. (2004). *Sexual Assault Referral Centres: developing good practice and maximising potentials*. London: Home Office Research Study.
- Lozoya, J. A. (s.f.). Hombres contra la violencia masculina hacia las mujeres. *Revista Mujeres y Salud* (no. 6). Recuperado el 10 de enero de 2006, de [http://www.matriz.net/mys/mys-06/dossier/doss\\_06\\_14p.html](http://www.matriz.net/mys/mys-06/dossier/doss_06_14p.html)
- Manero, R. y Villamil, R. (s.f.). *El síndrome de Estrés Postraumático y las víctimas de violación*. Recuperado el 10 de enero de 2010, de [http://www.uv.mx/psicysalud/Psicysalud%2013\\_1/](http://www.uv.mx/psicysalud/Psicysalud%2013_1/)
- Marcos, E., Medina, J. L., Gámez, A., Rodríguez-Palancas, A., Muñoz, I., Suárez, R., et al. (2010, febrero-marzo). *El desarrollo de las secuelas postraumáticas: factores que intervienen y elementos clínicos*. XI Congreso Virtual de Psiquiatría. Recuperado el 30 de abril de 2010, de <http://www.bibliopsiquis.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/1199/3/8cof745728.pdf>
- Marías, J. (2002). *Tu rostro mañana*. Madrid: Alfaguara.
- Marshall, W. y Marshall, L. (2002). ¿Cómo llega alguien a convertirse en agresor sexual?. En Redondo, S. (Coord.), *Delincuencia Sexual y Sociedad* (pp. 225-249). Barcelona: Ariel.
- Martín, J. L. y de Paúl, J. (2004). Trastorno por estrés postraumático en víctimas de situaciones traumáticas. *Psicothema*, 16, 45-49.
- Martínez, M. (2005). Reactividad al estrés y psicopatología. *Interpsiquis*. Recuperado el 18 de junio de 2005, de [www.psiquiatria.com](http://www.psiquiatria.com)
- McFarlane, A. C. (1990). Vulnerability to posttraumatic stress disorder. En Wolf, M. E. y Mosnaim, A. D. (Eds.), *Posttraumatic Stress Disorder: etiology, phenomenology and treatment* (pp. 2-20). Washington: American Psychiatric Press.
- McFarlane, A. C. (2010). Los costes del estrés traumático a largo plazo: consecuencias físicas y psicológicas entrelazadas. *World Psychiatry* 9.3-10.
- Medina, M. E., Borges, G., Lara, C., Ramos, L., Zambrano, J. y Fleiz, C. (2005). Prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés postraumático en la población mexicana. *Salud Pública de México*, 47 (1), 8-22.

- Meléndez, J. (1925). *Poesías*. Madrid: La Lectura.
- Miguel-Tobal, J. J., Cano, A., Iruarrizaga, I., González, H. y Galea, S. (2004). Repercusiones psicopatológicas de los atentados del 11-M en Madrid. *Clínica y Salud*, 15 (3), 293-304.
- Miguel-Tobal, J. J., Cano, A., Iruarrizaga, I., González, H., Muñoz, M. y Casado, I. (2004). *Resultados de la investigación sobre las consecuencias de los atentados del 11-M en Madrid*. Recuperado el 14 de febrero de 2010, de [http://www.ucm.es/info/seas/tep/resultados\\_investigac\\_atentados\\_11-M](http://www.ucm.es/info/seas/tep/resultados_investigac_atentados_11-M)
- Millán, S., Sepúlveda, A., Sepúlveda, P. y González, B. (2008). *Mujeres con Discapacidad y Violencia Sexual, Guía para Profesionales*. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería para la Igualdad y Bienestar Social.
- Mingote, C. (2000). Trastorno por Estrés Postraumático en Víctimas de Maltrato Familiar. En Carrasco, J. J. (Dir.), *Estudios sobre violencia familiar y agresiones sexuales*. Madrid: Solana e hijos.
- Moreno, P. (2002). *Guía de la Ansiedad. Superar la Ansiedad y el Miedo*. Recuperado el 15 de diciembre de 2007, de [www.ansede.com](http://www.ansede.com)
- Muñoz, A. (2002). *Trastorno de estrés postraumático*. Recuperado el 10 de junio de 2005, de <http://www.cepvi.com/articulos/trauma.shtml>
- Muruaga, S. (2006). Efectos de la Violencia Sexual en la Salud de las Mujeres. Monográfico: la Violencia Sexual de Género. *La Boletina*, 24, 1-4.
- Newman, E., Kaloupek, D. G. y Keane, T. M. (1996). Assessment of PTSD in clinical and research setting. En Van der Kolk, B., MacFarlane, A. y Weisaeth, L. (Eds.), *Traumatic Stress*. New York: Guilford Press.
- Nietzsche, F. (1972). *Más allá del bien y del mal*. Madrid: Alianza Editorial.
- Njenga, F. G., Nicholls, P. J., Nyamai, C. y Davidson, J. R. T. (2004). Estrés postraumático después de un ataque terrorista: reacciones psicológicas que siguieron al bombardeo de la embajada de los EE. UU. en Nairobi. *British Journal of Psychiatry*, 185, 328-333.

- Norris, F. H. y Riad, J. K. (1997). Standardized self-report measures of civilian trauma and PTSD. En Wilson, J. y Keane, T. (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD: A practitioner's handbook*. New York: Guilford Press.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones Clínicas y Pautas para el Comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Organización Mundial de la Salud. (1996). *Resolución 49.25 de la Asamblea Mundial de la Salud. WHA 49.25. Prevención de la Violencia, Una Prioridad en Salud Pública*. OMS: Ginebra.
- Organización de las Naciones Unidas. (1985). *Declaración de las Naciones Unidas sobre Principios Básicos de Justicia para las Víctimas del Crimen y Abuso de Poder*. Recuperado el 17 de junio de 2006, de <http://funvic.org/paginas/legislacion/legi2.htm>
- Organización de las Naciones Unidas. (1994a). Declaración de los Derechos del Niño, Declaración de Ginebra en 1924. *Los Derechos del Niño*. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Trabajo y Asuntos Sociales (Dirección General de Atención al Niño).
- Organización de las Naciones Unidas. (1994b). Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. *Violencia contra las Mujeres*. Recuperado el 17 de mayo de 2005, de [http://www.unhcr.ch/huridocda/huridoca.nsf/\(symbol\)/a.res.48.104.sp?opendocument](http://www.unhcr.ch/huridocda/huridoca.nsf/(symbol)/a.res.48.104.sp?opendocument)
- Organización de las Naciones Unidas. (1994c). Declaración Universal de los Derechos del Niño, de 20 de noviembre de 1959. *Los Derechos del Niño*. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Trabajo y Asuntos Sociales (Dirección General de Atención al Niño).
- Organización de las Naciones Unidas. (1995, septiembre). *Informe de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer. Declaración de Beijing y Plataforma para la acción*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, Instituto de la Mujer.
- Organización de las Naciones Unidas, Comisión Europea. (1998). *Glosario 100 palabras para la igualdad. Glosario de términos relativos a la igualdad entre hombres y mujeres*. Recuperado el 17 de mayo de 2005, de [http://www.europarl.europa.eu/trans\\_es/plataforma/pagina/celter/glosario\\_genero.htm](http://www.europarl.europa.eu/trans_es/plataforma/pagina/celter/glosario_genero.htm)
- Organización Panamericana de la Salud. (2002). *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud*. Washington: OPS.

- Orozco, R., Borges, G., Benjet, C., Medina-Mora, M. E. y López-Carrillo, L. (2008). Traumatic life events and posttraumatic stress disorder among Mexican adolescents: results from a survey. *Salud Pública*, 50 (1), 29-37.
- Oxfam International. (2010). *Now, the world is without me, an investigation of sexual violence in Eastern Democratic Republic of Congo*. Harvard: Harvard Humanitarian Initiative.
- Paúl de, J., Milner, J. S. y Múgica, P. (1995). Childhood maltreatment, childhood social support and child abuse potential in a Basque sample. *Child Abuse & Neglect*, 19, 907-920.
- Paz, O. (1996). *El Laberinto de la Soledad*. Madrid: Cátedra.
- Pedreira, J. L. (2003). La infancia en la familia con violencia: factores de riesgo y contenidos psico(pato)lógicos. *Psiquiatria.com*, 7 (4). Recuperado el 1 de febrero de 2004, de [www.psiquiatria.com](http://www.psiquiatria.com)
- Peláez, J. (2010). El abuso sexual y su asociación con las infecciones de transmisión sexual. *Ginecología y Salud Reproductiva*. Recuperado el 29 de marzo de 2010, de [http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol\\_36\\_01\\_10/gin13110.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol_36_01_10/gin13110.pdf)
- Peralta, V., Cuesta, M. J., Giraldo, C., Cárdenas, A. y González, F. (2002). Classifying psychotic disorders: issues regarding categorial vs. Dimensional approaches and time frame to assess symptoms. *European Archives Psychiatry Clinic Neurosciences*, 252 (1), 12-18.
- Pereda, N. (2006). *Malestar psicológico en estudiantes universitarios víctimas de abuso sexual infantil y otros estresores*. Tesis Doctoral. Universidad de Barcelona.
- Pereda, N. (2009). Consecuencias psicológicas iniciales del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo*, 30 (2), 135-144.
- Pereda, N. (2010). Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo*, 31 (2), 101-201.
- Pereda, N. y Arch, M. (2009). Abuso sexual infantil: evaluación e intervención clínico-forense. Formación Continuada a Distancia (7a. ed.), *Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos*. Recuperado el 30 de abril de 2010, de <http://www.cop.es/focad/pdf/011-FOCAD-02.pdf>
- Pereyra, J. L. (2009). *Trastorno por estrés postraumático aumenta riesgo de suicidio*. Recuperado el 11 de enero de 2010, de

<http://www.revistainfotigre.com.ar/2009/04/07/trastorno-por-estrés-posttraumatico-aumenta-riesgo-de-suicidio/>

- Pérez, J. (2002). Bases Biológicas de la Agresión Sexual. En Redondo, S. (Coord.), *Delincuencia Sexual y Sociedad* (pp. 221-233). Barcelona: Ariel.
- Pérez, S. (2008). Sintomatología de estrés postraumático en pacientes con cáncer de mama e identificación de posibles factores de riesgo. Tesis doctoral. Universitat de València. Recuperado el 8 de marzo de 2009, de [http://www.tdr.cesca.es/TESIS\\_UV/AVAILABLE/TDX-0608109-095515/PEREZ.pdf](http://www.tdr.cesca.es/TESIS_UV/AVAILABLE/TDX-0608109-095515/PEREZ.pdf)
- Pérez del Campo, A. M. (2007). *La Violencia de Género ¿tiene solución?*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED).
- Pérez y Borrás, J. L. (1996). *Sexo a la fuerza*. Madrid: Aguilar.
- Pérez, C. I., Vicente, B., Zlotnick, C., Kohn, R., Johnson, J., Valdivia, S., et al. (2009). Estudio epidemiológico de sucesos traumáticos, trastorno de estrés post-traumático y otros trastornos psiquiátricos en una muestra representativa de Chile. *Salud Mental*, 32 (2), 145 – 153.
- Perrone, R. y Nannini, M. (1998). *Violencia y Abusos sexuales en la Familia. Un abordaje Sistémico y Comunicacional*. Buenos Aires: Paidós SAICF.
- Raghavan, C. y Kingston, S. (2006): Child Sexual Abuse and Posttraumatic Stress Disorder: The Role of Age at First Use of Substances and Lifetime Traumatic Events. *Journal of Traumatic Stress*, 19 (2), 269–278.
- Ramos, Y., González, J. C. y Ballesteros, M. C. (2000). Trastorno de Estrés Postraumático en la infancia y adolescencia. En Bobes, J., Bousoño, M., Calcedo, A. y González, M. P. (Eds.), *Trastorno de estrés postraumático* (pp. 103-136). Barcelona: Masson.
- Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la Lengua Española* (22a. ed.). Madrid: Espasa Calpe.
- Redondo, C. y Ortiz, M. R. (2005). El Abuso Sexual Infantil. *Boletín de Pediatría*, 45, 3-17.
- Rilke, R. M. (traducido en 1999). Oda al Conde de Kalkreutz. *Nueva Antología Poética*. Madrid: Espasa Calpe.

- Rincón, P. P. (2003). *Trastorno de Estrés Postraumático en Mujeres víctimas de violencia doméstica: evaluación de programas de intervención*. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid.
- Rincón, P., Cova, F., Bustos, P., Aedo, J. y Valdivia, M. (2010). Estrés postraumático en niños y adolescentes abusados sexualmente. *Revista Chilena de Pediatría*, 81. 234-240. Recuperado el 19 de agosto de 2010, de <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v81n3/art06.pdf>
- Rodrigo, M. J. y Palacios, J. (1998): *Familia y desarrollo humano*. Madrid: Alianza Editorial.
- Rodríguez-Sacristán, J. (1995). La experiencia sexual infantil, aspectos Evolutivos. En Rodríguez, J. (Ed.), *Psicopatología del niño y del adolescente 1* (pp. 617-624). Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Roig, E. (1996). Estudios Sociológicos de Violencia Sexual. En Asociación de Asistencia a Mujeres Violadas (Ed.), *Estudios sobre Agresiones Sexuales* (pp. 15-29). Madrid: Servicio de Publicaciones del Decanato de los juzgados.
- Roig, E. (1998/2000). *La libertad Sexual Violada*. Madrid: Dirección General de la Mujer.
- Rojas-Marcos, L. (1996). *Las Semillas de la Violencia*. Madrid: Espasa Calpe.
- Rozanski, C. A. (s.f.). El delito menos resuelto es el abuso sexual infantil. Recuperado el 26 de febrero de 2010, de [http://www.arte-sana.com/articulos/espanol/delito\\_sexual\\_infantil\\_article.htm](http://www.arte-sana.com/articulos/espanol/delito_sexual_infantil_article.htm)
- Rubin, B. y Bloch, E. L. (2003). *Intervención en crisis y respuesta al trauma. Teoría y práctica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Sáiz, P. A., González, M. P., Fernández, J. M. y Calcedo, A. (2000). Bases biológicas. En Bobes, J., Bousoño, M., Calcedo, A. y González, M. P. (Eds.), *Trastorno de Estrés Postraumático* (pp. 35-77). Barcelona: Masson.
- Sánchez-Hernández, C. (2000). *Qué es la Agresión Sexual*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Sau, V. (1990). *Diccionario Ideológico Feminista*. Barcelona: Icaria.
- Save the Children. (2001). *Abuso Sexual Infantil. Manual de formación para Profesionales*. Madrid: Save the Children y Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

- Save the Children y Equipo de Investigación "Márgenes y Vínculos". (2006). *Atención a los Niños y Niñas Víctimas de Violencia de Género en Andalucía*. Sevilla: Junta de Andalucía.
- Seedat, S. y Stein, D. J. (2000). Trauma and posttraumatic stress disorder in women: a review. *International Clinical Psychopharmacology*, 15 (3), 25-33.
- Séneca, L. A. (2002). *Sobre la felicidad*. Madrid: Alianza Editorial.
- Sepúlveda, A. (1995). Diagnóstico de Maltrato Infantil. A propósito de dos casos. *Cuadernos de Medicina Forense* 2, 11-21.
- Sepúlveda, A. (1999). Consecuencias de la Violación y Aspectos Médico-Forenses. En Delegación de Justicia (Eds.), *Manual de Curso de Formación Aspectos Jurídicos y respuestas multidisciplinarias en los casos de Violencia contra la Mujer* (pp. 40-65). Sevilla: Delegación de Justicia.
- Sepúlveda, A. (2000). Psicopatología de las Víctimas de Malos Tratos y Agresiones Sexuales. En Consejo General del Poder Judicial (Eds.), *Estudios sobre Violencia Familiar y Agresiones Sexuales* (pp. 383-441). Madrid: Solana e Hijos.
- Sepúlveda, A. (2001). Atención a las Mujeres Víctimas de Agresiones Sexuales, Aspectos Médico-Forenses. En Servicio Andaluz de Salud (Eds.), *Atención Sanitaria a Mujeres Víctimas de Malos Tratos* (pp. 53-82). Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud.
- Sepúlveda, A. (2003). La Violencia contra las Mujeres. En Instituto Andaluz de la Mujer (Eds.), *Por la Igualdad* (pp. 78-87). Sevilla: IAM.
- Sepúlveda, A. (2006a). Aspectos Médico-Forenses de las Agresiones Sexuales a la Mujer. En Comisiones obreras (Eds.), *Intervención de los servicios públicos en la atención a las agresiones a menores y mujeres* (pp. 10-26). Madrid: Ediciones GPS.
- Sepúlveda, A. (2006b). La Violencia de Género como forma de Maltrato Infantil. *Cuadernos de Medicina Forense*, 12 (43-44), 149-164.
- Sepúlveda, A. (2008). Detección de las agresiones y abusos sexuales en mujeres y niñas con discapacidad. En Millán, S., Sepúlveda, A., Sepúlveda, P. y González, B. (Eds.), *Mujeres con Discapacidad y Violencia Sexual, Guía para Profesionales* (pp. 24-37). Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería para la Igualdad y Bienestar Social.

- Sepúlveda, A., Millán, S., Sepúlveda, P., Nevado, C. y Solís, E. (2002). *La Violencia Sexual, un Problema Cercano, una Solución Posible. Estudio Comparativo de la Violencia Sexual en Zonas Rurales y Urbanas: Un Enfoque para la Prevención*. Sevilla: Diputación de Sevilla.
- Sepúlveda, A. y Sepúlveda, P. (1999). *Abusos sexuales a menores*. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Asuntos Sociales.
- Sepúlveda, P. (1999) La violación desde el punto de vista de la abogacía. En Delegación de Justicia (Eds.), *Manual de Curso de Formación Aspectos Jurídicos y respuestas multidisciplinares en los casos de Violencia contra la Mujer* (pp. 4-30). Sevilla: Delegación de Justicia.
- Sepúlveda, P. (2002a). *Aspectos Jurídicos de las Agresiones Sexuales*. En AMUVI (Eds.), *Curso de Formación Especializado en Intervención con Víctimas de Violencia Sexual*. Baeza, Jaén. Ponencia y manuscrito de publicación interna.
- Sepúlveda, P. (2002b). Examen Especial de la Violencia Sexual sobre Víctimas Menores de Edad. En Rico, M. (Coord.), *Victimología y Menores* (pp 30-52). Sevilla: Publicaciones El Monte.
- Sepúlveda, P. (2009). *La situación de la víctima*. Curso de Intervención con Víctimas de Violencia Sexual: Prevención en el noviazgo. Sevilla. Docencia y manuscrito no publicado.
- Servicio Nacional de Menores. (2004, octubre). *Peritajes Sicológicos en Abuso Sexual Infantil*. Serie Estudios y Seminarios. Santiago de Chile: Autor. Recuperado el 25 de noviembre de 2005, de [http://www.sename.cl/wsename/otros/doc\\_sename/E\\_Peritajes\\_sicol\\_abuso\\_sexual\\_inf.pdf](http://www.sename.cl/wsename/otros/doc_sename/E_Peritajes_sicol_abuso_sexual_inf.pdf)
- Shakespeare, W. (traducido en 1997). *La violación de Lucrecia*. Barcelona: Clásicos Ucieza.
- Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés. (s.f.). *El Trastorno de Estrés Postraumático*. Recuperado el 14 de febrero de 2010, de <http://www.ucm.es/info/seas/tep/index.htm>
- Soria, M. A. y Hernández, J. A. (1994). *El agresor sexual y la víctima*. Barcelona: Marcombo-Boixeau.
- Spivak, B., Vered, Y., Graff, E., Blum, I., Mester, R. y Weizman, A. (1999). Low platelet-poor plasma concentrations of serotonin in patients with combat-related posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 45, 840-845.

## Referencias

---

- Stein, M. B., Koverola, C., Hanna, C., Torchia, M. G. y McClarty, B. (1997). Hippocampal volume in women victimized by childhood sexual abuse. *Psychological Medicine*, 27, 951-959.
- Suárez, M. L. y González, F. J. (2003). Estadística y Trascendencia de la Violencia Sexual en Menores. *Cuadernos de Medicina Forense*, 32 (4), 49-62.
- Taylor, S., Kunch, K., Koch, W. J., Crockett, D. J. y Passey, G. (1998). The structure of posttraumatic stress symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 44, 154-160.
- Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *The American Journal of Psychiatry*, 48, 10-20.
- Trujillo, M. (2002). *Psicología para después de una crisis. Cómo superar el estrés en situaciones críticas*. Madrid: Santillana.
- Vallejo, C. (1998). *Los heraldos negros. Los heraldos negros*. Madrid: Cátedra.
- Vázquez, B. (1995). *Agresión sexual. Evaluación y tratamiento en menores*. Madrid: Siglo XXI.
- Vázquez, B. y Calle, M. (1997). Secuelas postraumáticas en niños: análisis prospectivo de una muestra de casos de abuso sexual denunciados. *Revista Española de Psiquiatría Forense, Psicología Forense y Criminología*, 1, 14-29.
- Vázquez, C. (2005). Reacciones de estrés en la población general tras los ataques terroristas del 11S, 2001 (EE.UU.) y del 11M, 2004 (Madrid, España): mitos y realidades. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 9-25.
- Villarroel, A. M. (2008). *El Abuso Infantil y su Relación con Sintomatología Alimentaria*. Tesis Doctoral. Universidad de Barcelona.
- Villavicencio, P. (1993). Mujeres Maltratadas, Conceptualización y Evaluación. *Clínica y Salud*, 4 (3), 215-228.
- Villavicencio, P. y Sebastián, J. (1999). *Violencia Doméstica: su impacto en la salud física y mental de las mujeres*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de la Mujer.
- Watson, C. G. (1990). Psychometric posttraumatic stress disorder measurement techniques: A review. *Psychological Assessment*, 2, 460-469.

## Referencias

---

- Wilson, D. R. (2010). Health consequences of childhood sexual abuse. *Perspect Psychiatr Care*, 46 (1), 56-64.
- Zlotnick, C., Zimmerman, M., Wolfsdorf, B. y Mattia, J. I. (2001). Gender differences in patients posttraumatic stress disorder in a general psychiatric practice. *The American Journal of Psychiatry*, 158 (11), 1923-1925.

## **ANEXOS**

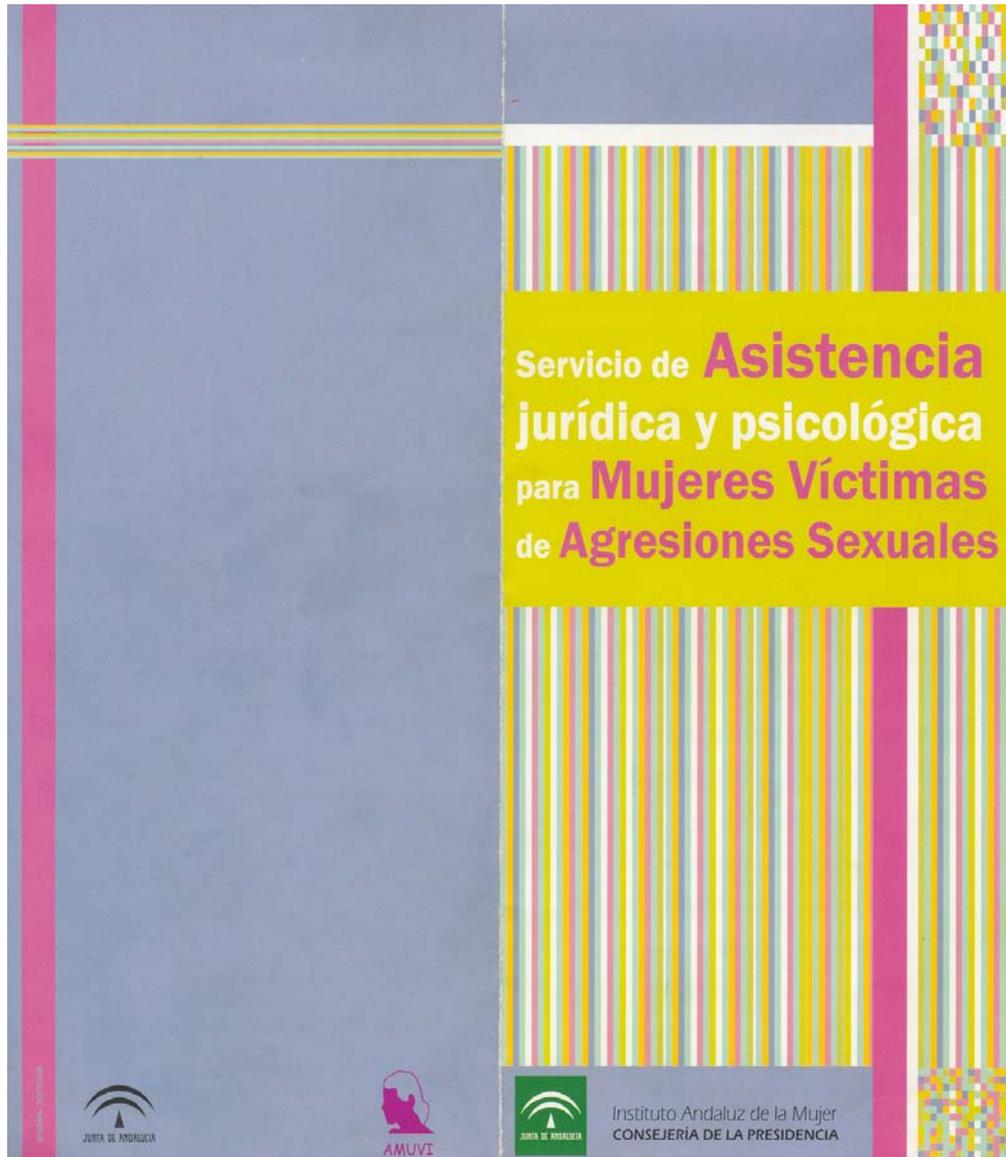


## ÍNDICE DE ANEXOS

- ANEXO 1.** DÍPTICO INFORMATIVO DEL SERVICIO DE ASISTENCIA A VÍCTIMAS DE AGRESIONES SEXUALES DE LA ASOCIACIÓN AMUVI (portada e interior).
- ANEXO 2.** FICHA DE DATOS PERSONALES.
- ANEXO 3.** FICHA DE APERTURA DEL EXPEDIENTE EN AMUVI.
- ANEXO 4.** ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA.
- ANEXO 5.** ESCALA DE GRAVEDAD PARA EL TEPT (Echeburúa et al., 1997).
- ANEXO 6.** CUADRANTE DE CUANTIFICACIÓN DE ÍTEMS DE LA ESCALA DE GRAVEDAD PARA EL TEPT.
- ANEXO 7.** PROTOCOLOS DE VARIABLES PARA LA INVESTIGACIÓN.



**ANEXO 1. DÍPTICO INFORMATIVO DEL SERVICIO DE ASISTENCIA A VÍCTIMAS DE AGRESIONES SEXUALES DE LA ASOCIACIÓN AMUVI (portada).**



## ANEXO 1. DÍPTICO INFORMATIVO DEL SERVICIO DE ASISTENCIA A VÍCTIMAS DE AGRESIONES SEXUALES DE LA ASOCIACIÓN AMUVI (interior).

La violencia contra las mujeres es un problema de gran magnitud tanto por su frecuencia como por sus graves consecuencias para la salud de las mujeres, siendo la violencia sexual el más oscuro y secreto maltrato posible, en ella están presentes todos los mecanismos de poder y desigualdad hacia las mujeres.

La colaboración entre el Instituto Andaluz de la Mujer y la Asociación de Asistencia a Mujeres Víctimas de Agresiones Sexuales, AMUVI, ha propiciado la creación de un Servicio de asistencia legal y de apoyo psicológico a las mujeres víctimas de agresiones sexuales en Andalucía, para desarrollar en todas las provincias andaluzas.

### SOLICITA APOYO Y ASESORAMIENTO

**TELÉFONO GRATUITO DEL  
INSTITUTO ANDALUZ DE LA MUJER**

**900 200 999**

#### Direcciones Provinciales del IAM

**ALMERÍA:** C/ Doctor Ferrán, 5. Tlf: 950 00 66 50

**CÁDIZ:** Plza. Escritor Ramón Solís 16-17, 1º. Tlf: 956 00 73 00

**CÓRDOBA:** Avda del Aeropuerto. Tlf: 957 00 34 00

**GRANADA:** Avda de la Constitución 20, 2º. Tlf: 958 29 03 03

**HUELVA:** Plza. de San Pedro 10. Tlf: 959 00 56 50

**JAÉN:** C/ Isaac Albeniz, 2(dircc.provisional.) Tlf: 953 19 05 96

**MÁLAGA:** C/ San Jacinto 7. Tlf: 951 04 08 47 - 951 04 08 07

**SEVILLA:** C/ Alfonso XII, 26. Tlf: 955 03 59 50 - 955 33 49 53

#### AMUVI

C/ Alberto Lista, 16. Centro Taracea. 41003 Sevilla  
Tlf: 954 90 31 46 - 954 90 56 49

### Qué ofrece

Las mujeres víctimas de abusos o agresiones sexuales pueden obtener de forma gratuita:

- Información y asesoramiento jurídico.
- Asistencia legal en el proceso judicial.
- Asesoramiento psicológico.
- Asesoramiento para el ejercicio de los derechos de indemnización de la Ley de Asistencia a Víctimas de delitos violentos y agresiones sexuales.

### Qué hacer

Si has sufrido una agresión o abuso sexual:

- Denuncia al agresor, no sólo por ti sino por otras posibles víctimas.
- No te quedes sola. Habla con las personas en las que confíes, es una buena medida.
- Busca ayuda especializada para superar esta situación, no importa el tiempo que haya pasado.
- Y piensa que lo que ha ocurrido no es culpa tuya. El único culpable es el agresor.

### Dónde puedes denunciar:

- En la Comisaría de Policía
- Guardia Civil
- Juzgado de Guardia

### Si la agresión es reciente:

- No te laves ni te cambies de ropa.
- Acude lo antes posible a poner la denuncia.
- Pide que te acompañen a un hospital para ser atendida. Solicita reconocimiento ginecológico y toma de muestras biológicas.
- Pide que el tratamiento preventivo del embarazo y de las enfermedades de transmisión sexual se haga lo antes posible.
- Y no olvides solicitar copia del parte hospitalario.

## ANEXO 2. FICHA DE DATOS PERSONALES.

### FICHA DE ANTECEDENTES PERSONALES

ID: \_\_\_\_\_

Nombres: \_\_\_\_\_ Fecha de Entrevista: \_\_\_\_\_

Apellidos: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Hijos: No  Sí  Cuantos: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Nivel Educativo: \_\_\_\_\_ Profesión: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Horario Disponible: \_\_\_\_\_

Cita con Abogada? Con Psicóloga?

Teléfonos: Casa: \_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Con Quién Vive: \_\_\_\_\_

Con el Agresor: No  Sí  Depende Económicamente de Él: No  Sí

Domicilio: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ Fuente de Derivación: \_\_\_\_\_

Observaciones? \_\_\_\_\_



### ANEXO 3. FICHA DE APERTURA DEL EXPEDIENTE EN AMUVI.

FICHA DE APERTURA EXPEDIENTE (relato por detrás)					1.Registro en AMUVI	
2.PROVINCIA	3.Nº REG	4.AÑO	5.FECHA ENTREV	6.PROFESIONAL/ES QUE RECIBE/N		
7.NOMBRE Y 8. APELLIDOS (víctima)				9.EDAD	10.F. NAC.	11.NACIONALIDAD
12.DIRECCIÓN		13.LOCALIDAD	14.PROVINCIA	15.TELÉFONOS		
16.ACOMPAÑANTES Y RELACIÓN			17.DERIVACIÓN			
18.En caso de presentarse en lugar de la víctima, especificar nombre, apellidos y relación con la víctima						
19.Caso de sospecha de abuso sexual:    SI            NO						
20.PRIMERAS ACTUACIONES REALIZADAS			21.POSTERIORES ACTUACIONES			
a. Información y asesoramiento jurídico b. Intervención psicológica en crisis c. Información sobre recursos sociales d. Derivación e. Apoyo emocional f. Otros			a. Personación como acusación particular b. Tratamiento psicológico			
22.VARIABLES RELATIVAS A LA VÍCTIMA						
22,1 ESTADO CIVIL	22,2 PAREJA ESTABLE	22,3 SITUACION LABORAL	22,4 NIVEL ESTUDIOS			
a. Soltera	a. Sí	a. Trabaja	a. Sin estudios			
b. Casada	b. No	b. Demandante empleo	b. Primarios			
c. Viuda		c. Trabajo en el hogar	c. Secundarios o medios			
d. Divorciada		d. Economía irregular	d. Técnico-profesionales			
e. Separada		e. Estudia	e. Universitarios y otros			
		f. Pensionista				



## **ANEXO 4. ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA.**

### **ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA**

Fecha de Entrevista

Identificación:

***Incluir los datos de la FICHA DE ANTECEDENTES PERSONALES***

Nombres y Apellidos:

Fecha de Nacimiento:

Estado Civil:            Hijos:

Nivel Educacional:

Profesión:

Horario Disponible:

Clase Social (Subjetiva):

Teléfonos:    Casa:            Móvil:                            Trabajo:

Domicilio:

Código Postal

Fuente de Derivación:

1. ¿Qué le ha ocurrido? ¿Cómo describiría usted la situación a la que se ha visto sometida?
2. Explíqueme de la manera más clara posible lo que le ha pasado.

***INCLUIR AQUÍ LOS DATOS DE LA FICHA DE APERTURA DE EXPEDIENTE, en especial los datos relativos a la agresión.***

3. ¿Podría describir cuando ocurrió/o la última vez que esto sucedió?
4. ¿Qué edad tenía? *Preguntar si es posible, si era su primera relación sexual y la experiencia sexual previa.*
5. ¿Dónde y cómo sucedió?. ¿Cuánto tiempo ha durado la agresión?
6. ¿Puede identificar al agresor?
7. ¿Qué relación tiene con el agresor?
8. *Si el agresor es conocido preguntar acerca del: acceso que tiene a la usuaria.*
9. ¿De qué manera le ha afectado este problema en su vida?
10. ¿En qué momento o situación el problema ha sido más intenso o le ha afectado más?
11. ¿En qué momento o situación el problema ha tenido menos intensidad o le ha afectado menos?
12. ¿Cómo sitúa su estado actual, en relación a los dos anteriores?  
NO ENTIENDO
13. ¿Qué ha hecho usted para solucionar este problema? ¿A quien ha acudido?
14. ¿Qué resultados ha obtenido con esto?
15. ¿Ha denunciado?

16. ¿Ha recibido asistencia médica por lesiones provocadas por el hecho?
17. La ha reconocido el/la forense
18. Cuénteme como ha sido el trato/eficacia, etc. en los diferentes organismos que le han asistido.
19. ¿Ha tenido que abandonar su hogar?
20. ¿Con quien vive? ¿Tiene pareja estable?
21. ¿Le ha contado este problema a alguien? ¿A quién?
22. ¿Cómo han reaccionado?
23. ¿Ha recibido algún tipo de tratamiento debido a este problema?  
¿Médico y/o psicológico?.

***Registrar si está tomando medicamentos.***

24. ¿Ha sufrido anteriormente algún otro tipo de maltrato?
25. ¿Ha sufrido accidentes?. ¿La muerte de un ser querido?.  
¿Abandono?. ¿Problemas en el trabajo?. ¿Otras situaciones estresantes?
26. ¿Cuándo?
27. ¿Tiene algún familiar dependiente a su cargo?

**ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:**

28. ¿Tiene problemas de salud importantes? ¿Cuáles?
29. Posibles tratamientos
30. Presenta algún tipo de discapacidad física, psíquica o sensorial?
31. ¿Bebe alcohol o ha bebido en el pasado?
32. ¿Ha tenido o tiene problemas de abuso de drogas?
33. ¿Ha tenido algún intento o pensamiento persistente de suicidio?

## **ANEXO 5. ESCALA DE GRAVEDAD PARA EL TEPT (Echeburúa et al., 1997).**

### **ESCALA DE GRAVEDAD DE SINTOMAS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (Echeburúa et al. 1997)**

NOMBRE \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

Puntúe cada frase con la puntuación correspondiente de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad del síntoma:

0: NADA

1: UNA VEZ POR SEMANA O MENOS/POCO

2: DE 2 A 4 VECES POR SEMANA/BASTANTE

3: 5 O MÁS VECES POR SEMANA/MUCHO

SUCESO TRAUMÁTICO:

\_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo hace que ocurrió?

\_\_\_\_\_

¿Desde cuando experimenta el malestar?

#### **REEXPERIMENTACIÓN:**

1 ¿Tiene recuerdos desagradables y recurrentes del suceso, incluyendo imágenes, pensamientos o percepciones? \_\_\_\_\_

2 ¿Tiene sueños desagradables y repetitivos sobre el suceso? \_\_\_\_\_

3 ¿Realiza conductas o experimenta sentimientos que aparecen como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo? \_\_\_\_\_

4 ¿Sufre malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso? \_\_\_\_\_

5 ¿Experimenta una reactividad fisiológica al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso? \_\_\_\_\_

**PUNTUACIÓN DE SÍNTOMAS DE REEXPERIMENTACIÓN** \_\_\_\_\_

(Rango 0-15)

**EVITACIÓN:**

- 1 ¿Se ve obligado a realizar esfuerzos para ahuyentar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociadas al suceso? \_\_\_\_\_
- 2 ¿Tiene que esforzarse para evitar actividades, lugares o personas que evocan el recuerdo del suceso? \_\_\_\_\_
- 3 ¿Se siente incapaz de recordar alguno de los aspectos importantes del suceso? \_\_\_\_\_
- 4 ¿Observa una disminución marcada del interés por las cosas o de la participación en actividades significativas? \_\_\_\_\_
- 5 ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a los demás? \_\_\_\_\_
- 6 ¿Se siente limitado en la capacidad afectiva (por ejemplo, incapaz de enamorarse, sentir emociones) \_\_\_\_\_
- 7 ¿Nota que los planes o esperanzas de futuro han cambiado negativamente como consecuencia del suceso? (ejemplo: hacer una carrera, casarse, tener hijos) \_\_\_\_\_

**PUNTUACIÓN DE SÍNTOMAS DE EVITACIÓN** (rango 0-21) \_\_\_\_\_

**AUMENTO DE LA ACTIVACIÓN:**

- 1 ¿Se siente con dificultad para dormir o mantenerse dormido? \_\_\_\_\_
- 2 ¿Está irritable o tiene explosiones de ira? \_\_\_\_\_
- 3 ¿Tiene dificultades de concentración? \_\_\_\_\_
- 4 ¿Está usted excesivamente alerta (por ejemplo, se para de repente para ver quien está a su alrededor, etcétera) desde el suceso? \_\_\_\_\_
- 5 ¿Se sobresalta o se alarma más fácilmente desde el suceso? \_\_\_\_\_

**PUNTUACIÓN DE SÍNTOMAS DE ACTIVACIÓN** (rango 0-15) \_\_\_\_\_

**PUNTUACIÓN TOTAL DE LA GRAVEDAD DEL TEPT** \_\_\_\_\_  
(rango 0-51)

Gravedad del TEPT	PUNTO DE CORTE	PUNTUACIÓN OBTENIDA
ESCALA GLOBAL	15	
ESCALAS ESPECÍFICAS		
Reexperimentación	5	
Evitación	6	
Aumento activación	4	

**ESCALA COMPLEMENTARIA: MANIFESTACIONES SOMÁTICAS DE LA ANSIEDAD EN RELACIÓN CON EL SUCESO:**

1. Respiración entrecortada o sensación de ahogo \_\_\_\_\_
2. Dolores de cabeza \_\_\_\_\_
3. Palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado (taquicardia) \_\_\_\_\_
4. Dolor o malestar en el pecho \_\_\_\_\_
5. Sudoración \_\_\_\_\_
6. Mareos, sensación de inestabilidad o desmayo \_\_\_\_\_
7. Náuseas o malestar abdominal \_\_\_\_\_
8. Sensación de extrañeza respecto a uno mismo o de irrealidad \_\_\_\_\_
9. Entumecimiento o sensación de cosquilleo (parestias) \_\_\_\_\_
10. Sofocos y escalofríos \_\_\_\_\_
11. Temblores o estremecimientos \_\_\_\_\_
12. Miedo a morir \_\_\_\_\_
13. Miedo a volverse loco o perder el control \_\_\_\_\_

***PUNTUACIÓN ESPECÍFICA DE LAS MANIFESTACIONES SOMÁTICAS DE LA ANSIEDAD (rango 0-39) \_\_\_\_\_***

**TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO:**

Se requiere la presencia de 1 síntoma en el apartado de Reexperimentación; de 3 en el de evitación; y de 2, en el de aumento de la activación.

SI: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Agudo (1-3 meses)

\_\_\_\_\_ Crónico (más de tres meses)

\_\_\_\_\_ Demorado

NO: \_\_\_\_\_



## ANEXO 6. CUADRANTE DE CUANTIFICACIÓN DE ITEMS DE LA ESCALA DE GRAVEDAD PARA EL TEPT.

NOMBRE \_\_\_\_\_ Nº  
N/R

24- <b>ESCALA GLOBAL</b> (punto de corte 15)	1) menos de 15 2) 15 o más
25- <b>REEXPERIMENTACIÓN</b> (punto de corte 5)	1) menos de 5 2) 5 o más
26- <b>EVITACIÓN</b> (punto de corte en 6)	1) menos de 6 2) 6 o más
27- <b>ACTIVACIÓN</b> (punto de corte en 4)	1) menos de 4 2) 4 o más
<b>SOMATIZACIÓN</b>	
28- RECUERDOS 1 R	
29- SUEÑOS 2 R	
30- CONDUCTAS 3 R	
31- MALESTAR 4 R	
32- REACCIÓN FISIOLÓGICA 5 R	
33- AHUYENTA PENSAMIENTOS 1 E	
34- EVITA ACTIVIDADES 2 E	
35- INCAPAZ DE RECORDAR 3 E	
36- DISMINUCIÓN DEL INTERÉS 4 E	
37- EXTRAÑEZA CON LOS DEMÁS 5 E	
38- INCAPACIDAD AFECTIVA 6 E	
39- PLANES FUTURO NEGATIVOS 7 E	
40- INSOMNIO 1 A	
41- IRA 2 A	
42- CONCENTRACIÓN 3 A	
43- ALERTA 4 A	
44- SOBRESALTOS 5 A	
45- DISNEA 1 S	
46- MIGRAÑA 2 S	
47- TAQUICARDIA 3 S	
48- DOLOR DE PECHO 4 S	
49- SUDORACIÓN 5 S	
50- MAREOS 6 S	
51- NÁUSEAS 7 S	
52- IRREALIDAD 8 S	
53- PARESTESIAS 9 S	
54- SOFOCOS 10 S	
55- TEMBLORES 11 S	
56- MIEDO A MORIR 12 S	
57- MIEDO A LA LOCURA 13 S	



## **ANEXO 7. PROTOCOLOS DE VARIABLES PARA LA INVESTIGACIÓN.**

NOMBRE \_\_\_\_\_ N°  
N/R  
FECHA PROTOCOLO

### **A. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS**

1. EDAD ACUDE AMUVI:
  1. 16-20 años.
  2. 21-25 años.
  3. 26-31 años.
  4. Más de 31 años.
2. EDAD ACUDE AMUVI <=20 años/>20 años:
  1. <= 20 años (grupo A).
  2. > 20 años (grupo B).
3. NIVEL EDUCATIVO:
  1. Estudios primarios completos-incompletos.
  2. Estudios secundarios.
  3. Estudios universitarios.
4. NIVEL SOCIOECONÓMICO:
  1. Bajo.
  2. Medio.
  3. Alto.
5. SITUACIÓN LABORAL:
  1. Estudia.
  2. Trabajos temporales.
  3. Trabajo continuo.
  4. Trabajo en el hogar.
6. LUGAR DE RESIDENCIA:
  1. Rural.
  2. Urbano.
7. PAREJA ESTABLE:
  1. Con pareja estable.
  2. Sin pareja estable.
8. HISTORIA SEXUAL:
  1. Sí.
  2. No.

### **B. VARIABLES RELATIVAS A LA VS**

9. FRECUENCIA VS:
  1. VP
  2. VR
10. EDAD VS:
  1. Menos de 6 años.
  2. 7-15 años.
  3. 16-20 años.
  4. 21-25 años.
  5. 26 o más
11. EDAD VS (<= 20 años/>20 años):
  1. <= 20 años: menor o igual a 20 años (grupo A).
  2. >20 años: mayor de 20 años (grupo B).
12. RELACIÓN VÍCT-AGRESOR:
  1. Desconocido.
  2. Poco conocido.
  3. Conocido.
  4. Conviviente/familiar.

13. ASIMETRÍA EDAD VÍCT-AGRESOR:
1. Menos de 5 años de diferencia.
  2. Entre 6 y 11 años de diferencia.
  3. Más de doce años de diferencia.
  4. No sabe, no contesta.
14. NÚMERO DE AGRESORES.
1. Un agresor.
  2. Más de un agresor.
15. TIPO VS ACTOS COMETIDOS:
1. Con penetración anal.
  2. Con penetración vaginal.
  3. Con penetración oral.
  4. Varias formas de penetración.
  5. Tocamientos.
16. OTROS ACTOS AGRESIVOS:
1. Sí.
  2. No.
17. TIEMPO DESDE VS:
1. 1-3 meses.
  2. 3-6 meses.
  3. 6 meses o más.
18. DURACIÓN VS REITERADA:
1. No es reiterada.
  2. Menos de 1 año.
  3. 1-5 años.
  4. 5 años o más.
19. MEDIO DESARROLLA VS:
1. Rural.
  2. Urbano.
20. ESTRATEGIAS DEL AGRESOR:
1. Engaño y/o seducción.
  2. Prevalencia o poder.
  3. Violencia y/o intimidación.
21. ASISTENCIA INSTITUCIONAL RECIBIDA:
1. Ausente - no ha recibido - no denuncia.
  2. Presente - adecuada.
22. APOYO FAMILIAR RECIBIDO:
1. Ausente – inadecuado – no lo saben.
  2. Presente – adecuado.
23. CONSECUENCIAS FÍSICAS VS:
1. No existen o son muy leves.
  2. No graves.
  3. Graves.

**C. VARIABLES RELATIVAS AL TEPT**

24. ESCALA GLOBAL (corte en 15).
1. Menos de 15.
  2. 15 ó más.
25. REEXPERIMENTACIÓN (corte en 5).
1. Menos de 5.
  2. 5 ó más.
26. EVITACIÓN (corte en 6).
1. Menos de 6.
  2. 6 ó más.
27. ACTIVACIÓN (corte en 4).
1. Menos de 4.
  2. 4 ó más.

**REEXPERIMENTACION**

**28.RECUERDOS:**

1. Nada.
2. Una vez por semana o menos / poco.
3. De 2 a 4 veces por semana / bastante.
4. 5 ó mas veces por semana / mucho.

**29.SUEÑOS:**

1. Nada.
2. Una vez por semana o menos / poco.
3. De 2 a 4 veces por semana / bastante.
4. 5 ó mas veces por semana / mucho.

**30.CONDUCTAS:**

1. Nada.
2. Una vez por semana o menos / poco.
3. De 2 a 4 veces por semana / bastante.
4. 5 ó mas veces por semana / mucho.

**31.MALESTAR:**

1. Nada.
2. Una vez por semana o menos / poco.
3. De 2 a 4 veces por semana / bastante.
4. 5 ó mas veces por semana / mucho.

**32.REACCIÓN FISIOLÓGICA:**

1. Nada.
2. Una vez por semana o menos / poco.
3. De 2 a 4 veces por semana / bastante.
4. 5 ó mas veces por semana / mucho.

**EVITACION**

**33.AHUYENTA PENSAMIENTOS:**

1. Nada.
2. Una vez por semana o menos / poco.
3. De 2 a 4 veces por semana / bastante.
4. 5 ó mas veces por semana / mucho.

**34.EVITA ACTIVIDADES:**

1. Nada.
2. Una vez por semana o menos / poco.
3. De 2 a 4 veces por semana / bastante.
4. 5 ó mas veces por semana / mucho.

**35.INCAPAZ DE RECORDAR:**

1. Nada.
2. Una vez por semana o menos / poco.
3. De 2 a 4 veces por semana / bastante.
4. 5 ó mas veces por semana / mucho.

**36.DISMINUCIÓN DEL INTERÉS:**

1. Nada.
2. Una vez por semana o menos / poco.
3. De 2 a 4 veces por semana / bastante.
4. 5 ó mas veces por semana / mucho.

**37.EXTRAÑEZA CON LOS DEMÁS:**

1. Nada.
2. Una vez por semana o menos / poco.
3. De 2 a 4 veces por semana / bastante.
4. 5 ó mas veces por semana / mucho.

**38.INCAPACIDAD AFECTIVA:**

1. Nada.
2. Una vez por semana o menos / poco.
3. De 2 a 4 veces por semana / bastante.
4. 5 ó mas veces por semana / mucho.

39.PLANES DE FUTURO NEGATIVOS:

1. Nada.
2. Una vez por semana o menos / poco.
3. De 2 a 4 veces por semana / bastante.
4. 5 ó mas veces por semana / mucho.

**ACTIVACION**

40.INSOMNIO:

1. Nada.
2. Una vez por semana o menos / poco.
3. De 2 a 4 veces por semana / bastante.
4. 5 ó mas veces por semana / mucho.

41.IRA:

1. Nada.
2. Una vez por semana o menos / poco.
3. De 2 a 4 veces por semana / bastante.
4. 5 ó mas veces por semana / mucho.

42.CONCENTRACIÓN:

1. Nada.
2. Una vez por semana o menos / poco.
3. De 2 a 4 veces por semana / bastante.
4. 5 ó mas veces por semana / mucho.

43.ALERTA:

1. Nada.
2. Una vez por semana o menos / poco.
3. De 2 a 4 veces por semana / bastante.
4. 5 ó mas veces por semana / mucho.

44.SOBRESALTOS:

1. Nada.
2. Una vez por semana o menos / poco.
3. De 2 a 4 veces por semana / bastante.
4. 5 ó mas veces por semana / mucho.

**ESCALA COMPLEMENTARIA. MANIFESTACIONES SOMÁTICAS DE LA ANSIEDAD**

45.DISNEA:

1. Nada.
2. Una vez por semana o menos / poco.
3. De 2 a 4 veces por semana / bastante.
4. 5 ó mas veces por semana / mucho.

46.MIGRAÑA:

1. Nada.
2. Una vez por semana o menos / poco.
3. De 2 a 4 veces por semana / bastante.
4. 5 ó mas veces por semana / mucho.

47.TAQUICARDIA:

1. Nada.
2. Una vez por semana o menos / poco.
3. De 2 a 4 veces por semana / bastante.
4. 5 ó mas veces por semana / mucho.

48.DOLOR DE PECHO:

1. Nada.
2. Una vez por semana o menos / poco.
3. De 2 a 4 veces por semana / bastante.
4. 5 ó mas veces por semana / mucho.

49.SUDORACIÓN.

1. Nada.
2. Una vez por semana o menos / poco.
3. De 2 a 4 veces por semana / bastante.
4. 5 ó mas veces por semana / mucho.

50.MAREOS:

1. Nada.
2. Una vez por semana o menos / poco.
3. De 2 a 4 veces por semana / bastante.
4. 5 ó mas veces por semana / mucho.

51.NÁUSEAS:

1. Nada.
2. Una vez por semana o menos / poco.
3. De 2 a 4 veces por semana / bastante.
4. 5 ó mas veces por semana / mucho.

52.IRREALIDAD:

1. Nada.
2. Una vez por semana o menos / poco.
3. De 2 a 4 veces por semana / bastante.
4. 5 ó mas veces por semana / mucho.

53.PARESTESIAS:

1. Nada.
2. Una vez por semana o menos / poco.
3. De 2 a 4 veces por semana / bastante.
4. 5 ó mas veces por semana / mucho.

54.SOFOCOS:

1. Nada.
2. Una vez por semana o menos / poco.
3. De 2 a 4 veces por semana / bastante.
4. 5 ó mas veces por semana / mucho.

55.TEMBLORES:

1. Nada.
2. Una vez por semana o menos / poco.
3. De 2 a 4 veces por semana / bastante.
4. 5 ó mas veces por semana / mucho.

56.MIEDO A MORIR:

1. Nada.
2. Una vez por semana o menos / poco.
3. De 2 a 4 veces por semana / bastante.
4. 5 ó mas veces por semana / mucho.

57.MIEDO A LA LOCURA:

1. Nada.
2. Una vez por semana o menos / poco.
3. De 2 a 4 veces por semana / bastante.
4. 5 ó mas veces por semana / mucho.