



FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y
TRATAMIENTO PSICOLÓGICOS

TESIS DOCTORAL

CARACTERÍSTICAS Y CONSECUENCIAS
PSICOLÓGICAS DE LA VIOLENCIA SEXUAL EN
ADOLESCENTES

Presentada por:
CELIA NEVADO FERNÁNDEZ

Dirigida por:
DR. D. JOSE LUIS LEON FUENTES

Sevilla, 2008



FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN
Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICOS

Camilo José Cela, s/n
Teléf 954 55 78 13 - Fax 954 55 78 07
41018 SEVILLA

DR. D. JOSE LUIS LEÓN FUENTES Y DRA. D^a. M^a JOSÉ LÓPEZ MIGUEL, PROFESORA COLABORADORA, DEL DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICOS DE LA UNIVERSIDAD DE SEVILLA

INFORMAN

Que D^a. CELIA NEVADO FERNÁNDEZ ha realizado bajo mi dirección la Tesis Doctoral titulada: CARACTERÍSTICAS Y CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DE LA VIOLENCIA SEXUAL EN ADOLESCENTES, presentada para optar al título de Doctor en Psicología y que a mi juicio, reúne las condiciones exigibles para proceder a la lectura y defensa de la Tesis Doctoral

Lo que firmo a instancias del interesado, para que surta los efectos oportunos donde haya lugar, en Sevilla, a 15 de septiembre de 2008

Fdo.: Dr. D. José Luís León Fuentes
DIRECTOR DE TESIS

Fdo.: Dra. D^a M^a José López Miguel
TUTORA DE TESIS

Fdo.: D^a. Celia Nevado Fernández
DOCTORANDO

DEDICATORIA

*A mi familia, porque su cariño es mi aliento y energía.
A mis padres y abuelos por ser un ejemplo de superación.
A mis hermanos, porque su alegría y complicidad son mi soporte.*

*A Enrique, por su apoyo ante cualquier reto,
confiar en mí y mostrarme cada día
lo fabuloso que es el ser humano*

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar a la Fundación Márgenes y Vínculos, por su confianza tanto en mi trabajo diario como en esta investigación, desde que la planteé. Con vosotros he aprendido que el amor, y dedicación a la infancia deben ir de la mano de la calidad y rigurosidad profesional.

Muchas gracias también a los magníficos profesionales con los que he tenido y tengo el placer de trabajar, y de descubrir nuevas perspectivas en el abordaje de las víctimas de violencia sexual: Fundación Márgenes y Vínculos, AMUVI (Asociación de Asistencia a Víctimas de Violencia Sexual de Andalucía), y CAVAS (Centro de Asistencia a Víctimas de Agresiones Sexuales de la Comunidad de Madrid). Vuestra humanidad, compañía y experiencia han sido cruciales.

Especialmente, a mi Director de Tesis, Dr. D. Jose Luis León Fuentes, por guiarme en el camino de la investigación con tesón, genialidad y paciencia. Gracias a su generosidad y entusiasmo ha sido posible este trabajo.

Por último quiero agradecer a todos los niños, niñas, mujeres y hombres, que habiendo sufrido vivencias tan duras, me han enseñado lo que es el coraje para salir adelante y sonreír.

ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTOS	I
ÍNDICE GENERAL	III
ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS	X
INTRODUCCIÓN	XV
PARTE I. ESTUDIO TEÓRICO	1
I. CONCEPTUALIZACIÓN	3
I. 1. VIOLENCIA SEXUAL.....	7
I. 2. AGRESIÓN SEXUAL/VIOLACIÓN.....	10
I. 2. 1. Evolución histórica de la agresión sexual/violación....	10
I. 2. 2. Concepto jurídico de agresión sexual/violación.....	12
I. 2. 3. El concepto de agresión sexual/violación desde la psicología.....	13
I. 2. 4. Tipologías de la agresión sexual/violación.....	14
I. 3. ABUSO SEXUAL.....	16
I. 3. 1. Evolución histórica de los abusos sexuales.....	16
I. 3. 2. Concepto jurídico de abuso sexual.....	16
I. 3. 3. El concepto de abuso sexual desde la psicología.....	17
I. 4. VÍCTIMA.....	22
I. 4. 1. Evolución histórica del concepto de víctima.....	22
I. 4. 2. El concepto jurídico de víctima.....	22
I. 4. 3. El concepto de víctima/victimización desde la psicología.....	23
I. 5. AGRESOR SEXUAL/VIOLADOR/ABUSADOR.....	24
I. 6. OTRAS FORMAS DE VIOLENCIA SEXUAL.....	25

II. EPIDEMIOLOGÍA.....	27
II.1. ASPECTOS A TENER EN CUENTA EN EL ESTUDIO DE LA INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE LA VIOLENCIA SEXUAL.....	29
II. 2. CIFRAS DE LA VIOLENCIA SEXUAL: INCIDENCIA Y PREVALENCIA.....	34
II. 2. 1. Incidencia.....	34
II. 2. 1. 1. Incidencia de las agresiones sexuales.....	39
II. 2. 1. 2. Incidencia de los abusos sexuales.....	40
II. 2. 2. Prevalencia.....	44
II. 2. 2. 1. Prevalencia de las agresiones sexuales.....	45
II. 2. 2. 2. Prevalencia de los abusos sexuales.....	47
II.3. CARACTERÍSTICAS DE LA VIOLENCIA SEXUAL.....	51
II. 3. 1. Sexo de la víctima.....	52
II. 3. 2. Edad de la víctima.....	54
II. 3. 3. Otras características de la víctima y su entorno.....	56
II. 3. 4. La relación víctima-agresor.....	59
II. 3. 5. Características del abusador o agresor sexual.....	63
II. 3. 6. Estrategias utilizadas por el abusador o el agresor.....	67
II. 3. 7. Actos y forma de desarrollarse la violencia sexual.....	69
II. 3. 8. Lugar y momento temporal de la violencia sexual.....	72
II. 3. 9. Forma de terminación y desvelamiento de la violencia sexual	75
II. 3. 10. Otras variables presentes en la violencia sexual.....	76
 III. MODELOS EXPLICATIVOS DE LAS CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DE LA VIOLENCIA SEXUAL.....	 79
III. 1. MODELOS EXPLICATIVOS DE LAS SECUELAS PSICOLÓGICAS DEL ABUSO SEXUAL.....	81
III. 1. 1. Modelos de múltiples dinámicas.....	82
III. 1. 1. 1. Síndrome de acomodación al abuso.....	82
III. 1. 1. 2. Modelo traumatogénico del abuso sexual..	83
III. 1. 1. 3. Modelo explicativo del proceso de adaptación al abuso.....	84
III. 1. 2. Modelo de procesamiento de la información.....	85
III. 1. 3. Modelos nucleares.....	86
III. 1. 4. Modelos evolutivos.....	88
III. 1. 4. 1. Modelos basados en las teorías del apego.	88
III. 1. 4. 2. Modelos explicativos de los efectos del	

incesto a largo plazo.....	89
III. 1. 4. 3. Modelos basados en la psicopatología del desarrollo.....	90
III. 1. 5. Modelo Transaccional de Spaccarelli.....	91
III. 1. 6. Modelos Cognitivo-conductuales.....	91
III. 1. 7. Modelos Cognitivos.....	94
III. 1. 8. Modelo de la traición de Freyd.....	95
III. 1.9. Situación actual de los modelos explicativos del abuso sexual o de la violencia sexual contra menores.....	95
III. 2. MODELOS EXPLICATIVOS DE LAS CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DE LAS AGRESIONES SEXUALES.....	96
III. 2. 1. Modelos de fases.....	96
III. 2. 2. Modelos de condicionamiento.....	99
III. 2. 3. Modelos cognitivos.....	100
III. 2. 4. Modelo del procesamiento de la información.....	104
III. 2. 5 Modelos del estrés.....	104
III. 2. 6. Modelo explicativo de las consecuencias de la agresión sexual como trastorno de estrés postraumático.....	105
III. 2. 7. Modelo transaccional de la victimización aplicado a la agresión sexual.....	106
III. 3. CONCLUSIONES SOBRE LOS MODELOS EXPLICATIVOS DE LAS CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DE LAS AGRESIONES Y ABUSOS SEXUALES.....	106
IV. CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DE LA VICTIMIZACIÓN SEXUAL.....	111
IV. 1. LA VIOLENCIA SEXUAL COMO FUENTE DE ALTERACIONES PSICOLÓGICAS.....	113
IV. 2. EFECTOS INICIALES Y A LARGO PLAZO DE LA VIOLENCIA SEXUAL.....	115
IV. 2. 1. Efectos iniciales.....	116
IV. 2. 2. Consecuencias a largo plazo.....	120
IV. 3. SECUELAS PSICOLOGICAS DE LA VIOLENCIA SEXUAL.....	124
IV. 3. 1. Consecuencias emocionales.....	125
IV. 3. 2. Sintomatología ansiosa.....	128
IV. 3. 3. Sintomatología del trastorno de estrés Postraumático.....	129
IV. 3. 4. Alteraciones de la de personalidad.....	133
IV. 3. 5. Comportamiento sexual alterado.....	136

IV. 3. 6. Otras secuelas.....	137
IV. 4. VARIABLES MEDIADORAS O MODULADORAS DE LOS EFECTOS DE LA VIOLENCIA SEXUAL.....	141
IV. 4. 1. Género de la víctima.....	145
IV. 4. 2. Edad de la víctima.....	148
IV. 4. 3. Otras características sociodemográficas, personalidad e historia previa de la víctima.....	152
IV. 4. 4. Características del agresor.....	156
IV. 4. 5. Tipo de violencia sexual.....	160
IV. 4. 6. Otras características de la violencia sexual.....	163
IV. 4. 7. Conductas de la víctima y el agresor durante la violencia sexual.....	165
IV. 4. 8. Otras secuelas directas de la violencia sexual.....	166
IV. 4. 9. Desvelamiento y Victimización secundaria.....	166
IV. 4. 10. Apoyo social y/o familiar.....	167
IV. 4. 11. Afrontamiento.....	171
IV. 4. 12. Otras variables cognitivas.....	173
IV. 4. 13. Otros eventos estresantes posteriores.....	177
IV. 5. COMPARACIÓN DE LAS SECUELAS DE LA AGRESIÓN SEXUAL Y OTROS TIPOS EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS.....	177
PARTE II. ESTUDIO EMPÍRICO	181
<hr/>	
VI. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA, OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	183
V.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	185
V. 2. OBJETIVOS.....	186
V. 3. HIPÓTESIS.....	187
VI. METODOLOGÍA.....	189
VI.1. PARTICIPANTES.....	191
VI. 2. PROCEDIMIENTO.....	192
VI. 2. 1. Grupo víctimas.....	193

VI. 2. 2. Grupo control.....	195
VI.3. INSTRUMENTOS.....	196
VI. 3. 1. Cuestionario de personalidad para Adolescentes HSPQ de Cattell y Cattell.....	198
VI. 3. 2. Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado/Rasgo Niños STAI-C de Spielberger y colaboradores....	199
VI. 3. 3. Escala de Depresión para Niños CDS de Lang y Tisher.	199
VI. 3. 4. Test Evaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil TAMAI de Hernández Hernández	199
VI. 3. 5. Escala de Habilidades Sociales EHS de Gismeros	200
VI. 3. 6. Escala de Autoestima EA de Rosenberg	200
VI. 3. 7. Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS) de Echeburúa et al.....	201
VI. 3. 8. Adaptación del Trauma-Related Guilt Inventory (TRGI) Kubany y Haynes.....	201
VI. 3. 9. Cuestionario sobre información socio-demográfica- familiar.....	202
VI. 3. 10. Cuestionario sobre información relativa a la violencia sexual.....	202
VI. 3. 11. Cuestionario sobre consecuencias sexuales y conductuales de la violencia sexual.....	203
VI. 4. VARIABLES.....	203
VI. 4. 1. Variables socio-demográficas-familiares.....	204
VI. 4. 2. Variables sobre la forma de desarrollarse la violencia sexual.....	207
VI. 4. 3. Variables relativas al agresor.....	212
VI. 4. 4. Variables previas a la violencia sexual.....	213
VI. 4. 5. Variables posteriores a la violencia sexual.....	215
VI. 4. 6. Variables sobre características de personalidad.....	218
VI. 4. 7. Variables sobre habilidades sociales.....	224
VI. 4.8. Variables sobre sintomatología psicológica.....	225
VI. 4. 9. Variables sobre sintomatología psicológica postraumática.....	230
VI. 5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	233
VII. RESULTADOS.....	237
VII. 1. ORGANIZACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	239
VII. 2. DESCRIPTIVOS GENERALES COMUNES DE LOS GRUPOS VÍCTIMAS Y CONTROL, Y COMPARACIÓN DE GRUPOS.....	240

VII. 2. 1. Variables sociodemográficas grupo víctimas y grupo control.....	240
VII. 2. 2. Características y sintomatología psicológica en los grupos víctimas y control.....	242
VII. 3. DESCRIPTIVOS DE LAS VARIABLES EXCLUSIVAS DEL GRUPO DE VÍCTIMAS.....	247
VII. 4. DESCRIPTIVOS DE LOS GRUPOS VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL Y VÍCTIMAS DE AGRESIÓN SEXUAL, Y COMPARACIÓN ENTRE AMBOS GRUPOS.....	255
VII. 5. ANALISIS DE LAS VARIABLES MODULADORAS DE LA SINTOMATOLOGÍA PSICOLÓGICA EN LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL.....	264
VII. 5. 1. Variables que inciden en la sintomatología comportamental.....	264
VII. 5. 2. Variables que inciden en la sintomatología ansiosa...	268
VII. 5. 3. Variables que inciden en la sintomatología depresiva	269
VII. 5. 4. Variables que inciden en el déficit de habilidades sociales.....	283
VII. 5. 5. Variables que inciden en la autoestima.....	287
VII. 5. 6. Variables que inciden en la adaptación	288
VII. 5. 7. Variables que inciden en la sintomatología del trastorno de estrés postraumático	304
VII. 5. 8. Variables que inciden en la sintomatología de culpa..	310
VIII. DISCUSIÓN	315
VIII. 1. ASPECTOS DIFERENCIALES DE LAS ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL.....	317
VIII. 2. CARACTERÍSTICAS DE LA VIOLENCIA SEXUAL Y SINTOMATOLOGÍA PSICOLÓGICA Y POSTRAUMÁTICA EN MUJERES ADOLESCENTES VICTIMIZADAS.....	322
VIII. 3. PERFIL DIFERENCIAL DE LAS VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUALES FRENTE A LAS DE AGRESIÓN SEXUAL.....	327
VIII. 4. EFECTO DE LAS VARIABLES REFERIDAS A LA VÍCTIMA, A LA VICTIMIZACIÓN, Y A ASPECTOS PREVIOS Y POSTERIORES A LA MISMA, EN LA AFECTACIÓN PSICOLÓGICA DE LAS VÍCTIMAS.....	331
VIII. 4. 1. Variables moduladoras de la afectación comportamental.....	332

VIII. 4. 2. Variables moduladoras de la sintomatología ansiosa.....	333
VIII. 4. 3. Variables moduladoras de la sintomatología depresiva.....	334
VIII. 4. 4. Variables moduladoras de las habilidades sociales....	335
VIII. 4. 5. Variables moduladoras de la autoestima.....	337
VIII. 4. 6. Variables moduladoras de inadaptación.....	337
VIII. 4. 7. Variables moduladoras de los síntomas del trastorno de estrés postraumático	340
VIII. 4. 8. Variables moduladoras de los sentimientos/ pensamientos de culpa.....	343
VIII.5. PUNTOS FUERTES Y LIMITACIONES.....	345
IX. CONCLUSIONES.....	349
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	355
ANEXO.....	389

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

TABLAS

Tabla 1. DELITOS CONTRA LA LIBERTAD SEXUAL CONOCIDOS EN ESPAÑA (1.964-1.993).....	35
Tabla 2. DELITOS CONTRA LA LIBERTAD SEXUAL EN ESPAÑA. CONOCIDOS-ESCLARECIDOS (1987-1993).....	36
Tabla 3. TIPOS DE DELITOS CONTRA LA LIBERTAD SEXUAL CONOCIDOS EN ESPAÑA (1987-1993).....	36
Tabla 4. INCIDENCIA DE DELITOS CONTRA LA LIBERTAD E INDEMNIDAD SEXUAL EN ESPAÑA (1998-2000).....	37
Tabla 5. DELITOS SEXUALES CONOCIDOS EN ESPAÑA (1997-2001).....	37
Tabla 6. DELITOS SEXUALES CONOCIDOS (Año 2002: Acumulado hasta septiembre).....	38
Tabla 7. DELITOS CONTRA LA LIBERTAD E INDEMNIDAD SEXUAL EN ESPAÑA (1997-2006).....	38
Tabla 8. TIPOS DE DELITOS CONTRA LA LIBERTAD E INDEMNIDAD SEXUAL EN ESPAÑA (2006).....	39
Tabla 9. INCIDENCIA DE DIVERSAS FORMAS DE MALTRATO EN ESPAÑA	42
Tabla 10. PORCENTAJES DE DETECCIÓN DE MALTRATO INFANTIL POR TIPOLOGÍA E INCIDENCIA ESTIMADA EN ESPAÑA.....	42
Tabla 11. INCIDENCIA DEL MALTRATO INFANTIL INTRAFAMILIAR POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS (1997/1998).....	43
Tabla 12. PREVALENCIA EN ESPAÑA DE DELITOS CONTRA LA LIBERTAD E INDEMNIDAD SEXUAL POR CADA 1.000 HABITANTES (1998-2000).....	45
Tabla 13. PREVALENCIA AGRESIONES SEXUALES PUNTUALES EN DAKOTA DEL SUR (EE.UU.).....	46
Tabla 14. ESTUDIOS SOBRE LA PREVALENCIA DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL EN MUESTRAS PROCEDENTES DE LA POBLACION GENERAL.....	47
Tabla 15. PREVALENCIA DEL MALTRATO INFANTIL INTRAFAMILIAR POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS (1997/1998).....	50
Tabla 16. RELACIÓN VÍCTIMA-AGRESOR.....	60
Tabla 17. CARACTERÍSTICAS DE LOS AGRESORES.....	67
Tabla 18. COMPARACIÓN DELITOS SEXUALES (MEDIO RURAL Y URBANO).....	69
Tabla 19. REITERACIÓN Y TIPO DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL ABUSO SEXUAL.....	70
Tabla 20. ACTOS COMETIDOS EN CASOS DE VIOLACIÓN.....	71
Tabla 21. LUGAR Y HORA DEL DÍA DE LA VIOLENCIA SEXUAL.....	73
Tabla 22. MARCO TEMPORAL DE LAS AGRESIONES SEXUALES.....	74

Tabla 23. CONTINUO DESAFÍO-ESTRÉS-TRAUMA.....	92
Tabla 24. EFECTOS INICIALES DE LOS ABUSOS SEXUALES.....	117
Tabla 25. DESCRIPTIVOS GENERALES Y COMPARACIÓN DE GRUPOS VÍCTIMAS Y CONTROL EN RELACIÓN CON LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.....	241
Tabla 26. DESCRIPTIVOS GENERALES Y COMPARACIÓN DE GRUPOS VÍCTIMAS Y CONTROL EN RELACIÓN CON LAS PUNTUACIONES EN EL HSPQ.....	243
Tabla 27. DESCRIPTIVOS GENERALES Y COMPARACIÓN DE GRUPOS VÍCTIMAS Y CONTROL EN RELACIÓN CON LAS PUNTUACIONES EN LAS ESCALAS EHS	244
Tabla 28. DESCRIPTIVOS GENERALES Y COMPARACIÓN DE GRUPOS VÍCTIMAS Y CONTROL EN RELACIÓN CON LAS PUNTUACIONES EN EL STAIC Y CDS...	246
Tabla 29. DESCRIPTIVOS GENERALES Y COMPARACIÓN DE GRUPOS VÍCTIMAS Y CONTROL EN RELACIÓN CON LAS PUNTUACIONES EN EL TAMAI.....	246
Tabla 30. DESCRIPTIVOS GENERALES EN RELACIÓN CON LAS VARIABLES RELATIVAS A LA VIOLENCIA SEXUAL.....	248
Tabla 31. DESCRIPTIVOS GENERALES EN RELACIÓN CON LAS VARIABLES PREVIAS Y POSTERIORES A LA VIOLENCIA SEXUAL.....	250
Tabla 32. DESCRIPTIVOS GENERALES EN RELACIÓN CON LAS VARIABLES DEL AGRESOR SEXUAL.....	252
Tabla 33. DESCRIPTIVOS GENERALES EN RELACIÓN CON LAS VARIABLES CONSECUENCIAS COMPORTAMENTALES POSTRAUMÁTICAS EN VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL.....	253
Tabla 34. DESCRIPTIVOS GENERALES EN RELACIÓN CON LAS VARIABLES PUNTUACIÓN EN ESCALAS SOBRE SINTOMATOLOGÍA POSTRAUMÁTICA EN VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL.....	254
Tabla 35. RELACIONES ENTRE LAS VARIABLES INDEPENDIENTES.....	255
Tabla 36. DESCRIPTIVOS GENERALES Y COMPARACIÓN DE GRUPOS ABUSO Y AGRESIÓN EN RELACIÓN CON LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS....	256
Tabla 37. DESCRIPTIVOS GENERALES Y COMPARACIÓN DE GRUPOS ABUSO Y AGRESION.....	258
Tabla 38. DESCRIPTIVOS GENERALES Y COMPARACIÓN DE GRUPOS ABUSO Y AGRESIÓN EN RELACIÓN CON LAS VARIABLES RELATIVAS AL AGRESOR	260
Tabla 39. DESCRIPTIVOS GENERALES Y COMPARACIÓN DE GRUPOS ABUSO Y AGRESIÓN EN RELACIÓN CON LAS VARIABLES PREVIAS Y POSTERIORES A LA VIOLENCIA SEXUAL.....	261
Tabla 40. DESCRIPTIVOS GENERALES Y COMPARACIÓN DE GRUPOS ABUSO Y AGRESIÓN EN RELACIÓN LAS PUNTUACIONES EN STAIC, CDS, EHS, EGSTEPT, EAR, TAMAI y TRGI.....	263
Tabla 41. CONDUCTAS AUTOLESIVAS.....	265
Tabla 42. ACTITUD HACIA LA SEXUALIDAD.....	266
Tabla 43. CONSUMO DE LACOHOL O DROGAS POR LA VÍCTIMA.....	267
Tabla 44. RENDIMIENTO ESCOLAR.....	267
Tabla 45. VARIABLES QUE INCIDEN EN LA VARIABLE DE MEDIDA DE SINTOMATOLOGÍA ANSIEDAD-ESTADO (STAIC).....	268
Tabla 46. VARIABLES QUE INCIDEN EN LA VARIABLE DE MEDIDA DE SINTOMATOLOGÍA ANSIEDAD-RASGO (STAIC).....	269

Tabla 47. VARIABLES QUE INCIDEN EN LA VARIABLE DE MEDIDA DE RESPUESTA AFECTIVA (CDS).....	270
Tabla 48. VARIABLES QUE INCIDEN EN LA VARIABLE DE MEDIDA DE PROBLEMAS SOCIALES (CDS).....	272
Tabla 49. VARIABLES QUE INCIDEN EN LA VARIABLE DE MEDIDA DE AUTOESTIMA (CDS).....	273
Tabla 50. VARIABLES QUE INCIDEN EN LA VARIABLE DE MEDIDA DE PREOCUPACION POR LA MUERTE (CDS)	274
Tabla 51. VARIABLES QUE INCIDEN EN LA VARIABLE DE MEDIDA DE SENTIMIENTO DE CULPABILIDAD (CDS).....	275
Tabla 52. VARIABLES QUE INCIDEN EN LA VARIABLE DE MEDIDA DE DEPRESIVOS VARIOS (CDS).....	276
Tabla 53. VARIABLES QUE INCIDEN EN LA VARIABLE DE MEDIDA DE ÁNIMO-ALEGRÍA (CDS).....	278
Tabla 54. VARIABLES QUE INCIDEN EN LA VARIABLE DE MEDIDA DE POSITIVOS VARIOS (CDS).....	279
Tabla 55. VARIABLES QUE INCIDEN EN LA VARIABLE DE MEDIDA DE TOTAL POSITIVOS (CDS).....	280
Tabla 56. VARIABLES QUE INCIDEN EN LA VARIABLE DE MEDIDA DE TOTAL DEPRESIVO (CDS).....	282
Tabla 57. VARIABLES QUE INCIDEN EN LA VARIABLE DE MEDIDA DE AUTOEXPRESIÓN EN SITUACIONES SOCIALES (EHS).....	283
Tabla 58. VARIABLES QUE INCIDEN EN LA VARIABLE DE MEDIDA DE EXPRESIÓN DE ENFADO O DISCONFORMIDAD (EHS).....	284
Tabla 59. VARIABLES QUE INCIDEN EN LA VARIABLE DE MEDIDA DE DECIR NO Y CORTAR INTERACCIONES (EHS).....	285
Tabla 60. VARIABLES QUE INCIDEN EN LA VARIABLE DE MEDIDA DE HACER PETICIONES (EHS).....	285
Tabla 61. VARIABLES QUE INCIDEN EN LA VARIABLE DE MEDIDA DE INICIAR INTERACCIONES POSITIVAS CON EL SEXO OPUESTO (EHS).....	286
Tabla 62. VARIABLES QUE INCIDEN EN LA VARIABLE DE MEDIDA DE HABILIDADES SOCIALES TOTAL (EHS).....	287
Tabla 63. VARIABLES QUE INCIDEN EN LA VARIABLE DE MEDIDA DE AUTOESTIMA (EAR).....	288
Tabla 64. VARIABLES QUE INCIDEN EN LA VARIABLE DE MEDIDA DE INADAPTACIÓN GENERAL (TAMAI).....	290
Tabla 65. VARIABLES QUE INCIDEN EN LA VARIABLE DE MEDIDA DE INADAPTACIÓN PERSONAL (TAMAI).....	291
Tabla 66. VARIABLES QUE INCIDEN EN LA VARIABLE DE MEDIDA DE INADAPTACIÓN ESCOLAR (TAMAI).....	292
Tabla 67. VARIABLES QUE INCIDEN EN LA VARIABLE DE MEDIDA DE INADAPTACIÓN SOCIAL (TAMAI).....	293
Tabla 68. VARIABLES QUE INCIDEN EN LA VARIABLE DE MEDIDA DE PROIMAGEN (TAMAI).....	294

Tabla 69. VARIABLES QUE INCIDEN EN LA VARIABLE DE MEDIDA DE CONTRADICCIONES (TAMAI)	296
Tabla 70. VARIABLES QUE INCIDEN EN LA VARIABLE DE MEDIDA DE INSATISFACCIÓN FAMILIAR (TAMAI).....	298
Tabla 71. VARIABLES QUE INCIDEN EN LA VARIABLE DE MEDIDA DE INSATISFACCIÓN CON HERMANOS (TAMAI).....	299
Tabla 72. VARIABLES QUE INCIDEN EN LA VARIABLE DE MEDIDA DE EDUCACIÓN ADECUADA DEL PADRE (TAMAI).....	301
Tabla 73. VARIABLES QUE INCIDEN EN LA VARIABLE DE MEDIDA DE EDUCACIÓN ADECUADA DE LA MADRE (TAMAI).....	302
Tabla 74. VARIABLES QUE INCIDEN EN LA VARIABLE DE MEDIDA DE DISCREPANCIA EDUCATIVA (TAMAI).....	303
Tabla 75. VARIABLES QUE INCIDEN EN LA VARIABLE DE MEDIDA SÍNTOMAS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (EGSTEPT).....	305
Tabla 76. VARIABLES QUE INCIDEN EN LA VARIABLE DE MEDIDA SÍNTOMAS DEL REEXPERIMENTACIÓN (EGSTEPT).....	306
Tabla 77. VARIABLES QUE INCIDEN EN LA VARIABLE DE MEDIDA SÍNTOMAS DE EVITACIÓN (EGSTEPT).....	308
Tabla 78. VARIABLES QUE INCIDEN EN LA VARIABLE DE MEDIDA SÍNTOMAS DE AUMENTO DE LA ACTIVACIÓN (EGSTEPT).....	309
Tabla 79. VARIABLES QUE INCIDEN EN LA VARIABLE DE MEDIDA SÍNTOMAS DE CULPA RELACIONADA CON EL TRAUMA (TRGI).....	310
Tabla 80. VARIABLES QUE INCIDEN EN LA VARIABLE DE MEDIDA SÍNTOMAS DE ESTRÉS (TRGI).....	312
Tabla 81. VARIABLES QUE INCIDEN EN LA VARIABLE DE MEDIDA SÍNTOMAS DE RESPONSABILIDAD (TRGI).....	313
Tabla 82. VARIABLES QUE INCIDEN EN LA VARIABLE DE MEDIDA SÍNTOMAS DE MAL ACTUADO (TRGI).....	313
Tabla 83. VARIABLES QUE INCIDEN EN LA VARIABLE DE MEDIDA SÍNTOMAS DE FALTA DE JUSTIFICACIÓN (TRGI).....	314
Tabla 84. VARIABLES QUE INCIDEN EN LA VARIABLE DE MEDIDA SÍNTOMAS DE COGNICIÓN DE CULPA (TRGI).....	314
Tabla 85. RELACIONES DE VARIABLES INDEPENDIENTES.....	418
Tabla 86. RELACIONES DE VARIABLES DEPENDIENTES.....	420

FIGURAS

Figura 1. Ejemplo de ítems del Cuestionario de Personalidad para Adolescentes (HSPQ) de Cattell y Cattell (2001).....	400
Figura 2. Ejemplo de ítems de la Escala de Habilidades Sociales (EHS) de Gismero (2002).	401
Figura 3. Ejemplo de ítems del Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado/Rasgo Niños (STAI-C) de Spielberger y colaboradores (2001).....	402
Figura 4. Ejemplo de ítems de la Escala de Depresión para Niños (CDS) de Lang y Tisher (2000)	403
Figura 5. Ejemplo de ítems del Test Evaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil (TAMAI) de Hernández Hernández (2002)	404
Figura 6. Ejemplo de ítems de la Escala de Autoestima (EAR) de Rosenberg (1989).....	405
Figura 7. Ejemplo de ítems de la Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT (EGSTEPT) de Echeburúa et al., (1997).....	414

INTRODUCCIÓN

La lucha por los derechos de los sectores de la población más desprotegidos socialmente, tales como la infancia y las mujeres, ha sacado a la luz la gran cantidad de ataques a la libertad y bienestar de los mismos. Los medios de comunicación nos inundan constantemente con noticias sensacionalistas sobre delitos sexuales y con ello consiguen que nuestra sociedad contemple con espanto pero a la vez con lejanía este tipo de actos del ser humano. A la demanda social de soluciones a esta grave problemática se une la solicitud de asesoramiento técnico a través de la investigación que hacen los profesionales que trabajan en el ámbito de la asistencia a víctimas. También desde la psicología jurídica se resalta la importancia de las secuelas psicológicas como daños derivados de los delitos sexuales y violentos, pero la identificación de dichas secuelas es una labor compleja que necesita de una sólida base científica. Sin embargo, cuando echamos mano de los trabajos científicos que existen comprobamos que la mayoría se han realizado en el ámbito anglosajón y por tanto sus resultados no son totalmente extrapolables a nuestro medio.

Todas estas demandas deben ser respondidas desde la psicología española procurando trabajos rigurosos en los que se facilite la prevención tanto a nivel primario como secundario y terciario, a través de un mejor conocimiento sobre cómo tiene lugar la violencia sexual en nuestro entorno y cómo afecta a corto y largo plazo a las víctimas este tipo de experiencias. Asimismo, se constata la necesidad de profundizar en los mecanismos que facilitan la superación de la victimización, identificando aquellos factores que favorecen una mejor o peor recuperación en general, así como aquellos que se relacionan con la aparición de un tipo u otro de consecuencias psicológicas.

A la vista de las investigaciones que se han desarrollado en este campo, se comprueba que es en la adolescencia donde confluyen una serie de factores que

facilitan una mayor riqueza de información sobre la afectación psicológica de las víctimas, ya que por un lado, se trata de una etapa de transición entre la infancia y la edad adulta, donde se comienzan a establecer más claramente los rasgos de personalidad, y por otra parte, se produce un despertar a la sexualidad y se enriquecen las relaciones interpersonales, pasando de restringirse casi exclusivamente a la familia a distribuirse por otras personas del entorno social. Además, en la adolescencia, los chicos y chicas alcanzan un mayor grado de autoconocimiento y capacidad para expresar sus emociones, lo que implica que la información que pueden aportar facilita un mejor acercamiento a sus emociones y pensamientos.

El presente trabajo de investigación pretende analizar cuales son los efectos psicológicos que la experiencia de violencia sexual tiene en un grupo de adolescentes, así como si el grado y tipo de afectación se ve modulado por las características previas, posteriores y de la propia victimización. Para ello hemos comparado una muestra de adolescentes andaluzas atendidas en un servicio público especializado en asistencia a menores víctimas de violencia sexual, y otro grupo de adolescentes no victimizadas. Además se estudian las características previas, posteriores y propias de la violencia sexual que presentaban las víctimas, así como su relación con la sintomatología detectada.



PARTE I
ESTUDIO TEÓRICO



CAPITULO I

CONCEPTUALIZACIÓN

CONCEPTUALIZACIÓN

Para poder llevar a cabo un trabajo científico sobre cualquier campo, hay que partir de la delimitación del objeto de estudio y determinar qué se entiende por cada uno de los conceptos que se manejen al respecto. Este aspecto es importante pues de las distintas definiciones y sus diferentes matices dependen las estimaciones estadísticas y la objetivación de las necesidades en relación con el problema a abordar.

Al enfrentarnos a la labor de delimitar los comportamientos de carácter sexual que atentan contra el desarrollo sexual adecuado o la libertad sexual de las personas, lo que denominaremos en el presente estudio “violencia sexual”, comprobamos inmediatamente la multidisciplinaridad que rodea a este fenómeno y por tanto, afecta a su definición. Por eso sabemos que en este trabajo nunca debemos perder de vista que desde cada campo relacionado con nuestro objeto de estudio existen terminologías profesionales que no suelen coincidir e incluso que dan significados muy distintos al mismo término.

Con el objetivo de realizar un adecuado acercamiento a los conceptos relacionados con la violencia sexual vamos a partir de la evolución histórica de cada uno de los términos que a lo largo de los tiempos se han utilizado para denominar este tipo de conductas, para posteriormente analizarlo desde el punto de vista jurídico, y finalmente exponer las explicaciones psicológicas más actuales del concepto y las posibles tipologías que del mismo se han establecido.

Es importante conocer el fenómeno de la violencia sexual a lo largo de la historia porque de este modo podremos comprender cómo la evolución de las concepciones y percepciones éticas, religiosas, morales y sociales, condicionan que una conducta sexual sea desaprobada socialmente, así como perseguida y castigada mediante las leyes. Por ello vamos a realizar el acercamiento a los distintos conceptos relacionados con la violencia sexual teniendo en cuenta su evolución histórica, la tipificación de las leyes y normas sociales, pero también, al tratarse éste de un trabajo científico

centrado en la afectación a la salud mental que causa este fenómeno, recabaremos la diversidad de conceptualizaciones que se han realizado desde la psicología. Al respecto, Echeburúa y Guerricaecheverría (2000) señalan la gran diferencia que existe entre las definiciones legales de los conceptos relacionados con la violencia sexual y las realizadas desde la psicología. En el análisis que hemos llevado a cabo comprobamos que estas diferencias se basan principalmente en las necesidades de delimitación de cada materia. Por un lado, desde la jurisprudencia se han desarrollado conceptualizaciones muy concretas y rígidas debido a la necesidad de establecer tipos delictivos perseguibles y punibles que den lugar a pocas confusiones. Sin embargo, la psicología precisa adaptarse a la corriente teórica desde la que se parta y además a responder a la enorme variabilidad de circunstancias psicológicas que rodean el comportamiento humano, siendo por ello sus conceptualizaciones mucho más variadas y extensas. Podemos decir, que la psicología va un paso por delante del derecho ya que nutre al mismo de los nuevos conocimientos sobre las conductas para de ese modo adaptar el marco legal a las personas y no al contrario.

Otro de los propósitos del presente capítulo es analizar las diferentes clasificaciones establecidas en relación con nuestro objeto de estudio. Y como ocurre en la mayoría de los fenómenos psicosociales, se han propuesto para el estudio de los tipos de violencia sexual gran diversidad de sistemas de clasificación, ya que el concepto incluye un amplio espectro de situaciones y de variables (Alario, 1993; Urra y Vázquez, 1993; Soria y Hernández, 1994; Vázquez, 1995; Echeburúa et al., 1995; Instituto Andaluz Mujer, 1999; Garrido, Stageland y Redondo, 1999; Horno, Santos y Molino, 2001; Lameiras, 2002; Sepúlveda et al., 2002). Hay que tener en cuenta que el establecimiento de distintos tipos de violencia sexual puede facilitar el estudio de las consecuencias psicológicas de los mismos y por tanto su tratamiento más específico. De ahí la importancia de establecer clasificaciones basadas en criterios relevantes a través de los resultados de estudios científicos.

Al estudiar las conceptualizaciones realizadas en distintos momentos históricos y desde distintas perspectivas, hemos comprobado que actualmente no existe un término que se utilice de forma generalizada entre los distintos especialistas implicados en el estudio o trabajo directo en este ámbito. Sin embargo, sí hemos detectado que se habla principalmente de dos formas bien diferenciadas: el abuso sexual y la agresión sexual/violación, aunque la definición de cada una varía de una fuente a otra.

Así que, a continuación expondremos en primer lugar, de qué forma se ha tratado el fenómeno global y por qué utilizaremos nosotros el término violencia sexual para referirnos a los denominados jurídicamente delitos sexuales. Y posteriormente se

ahondará en el origen y significado hasta nuestros días de los conceptos agresión sexual/violación y abuso sexual. También se abordará, a la vista de las discrepancias existentes a la hora de delimitar la terminología, los matices que aportan términos como sexual, género, violencia, víctima, menores, coerción, consentimiento, etc. ya que, para realizar una adecuada conceptualización de la violencia sexual, es necesario tener en cuenta los límites que establece cada autor sobre lo que entiende por violencia sexual y sus formas (Vázquez, 1995).

I. 1. VIOLENCIA SEXUAL

Tras realizar una búsqueda bibliográfica del término violencia sexual, hemos comprobado que su uso no está tan extendido como el de otros términos tales como abuso sexual, violación o agresión sexual, detectando su uso en menos publicaciones (Sepúlveda et al., 2002; Suárez y González, 2003; Marx, 2005; Echeburúa, 2008).

Este uso restringido del concepto es mucho más llamativo en los trabajos escritos en castellano, ya que, en vez de utilizar el término violencia sexual, se suele recurrir en la mayoría de los casos al término legal delito sexual (Soria y Hernández, 1994; Vázquez, 1993) o agresión sexual (Vázquez, 1995; Echeburúa et al., 1995) aunque se traten de trabajos no correspondientes a las ciencias jurídicas. Al extrapolar el uso de la terminología legal al campo psicológico, creemos que se está limitando la definición a aquella que la jurisprudencia aporta en un determinado momento histórico y por tanto se reduciría la visión del problema a lo que en cada legislación, y por tanto país, se entienda por delito sexual. Por eso, consideramos necesario utilizar un término que pueda ser manejado multidisciplinariamente y no se vea influenciado por el país o momento histórico en el que se utilice.

Nosotros hemos decidido hablar de violencia sexual, para referirnos a cualquier tipo de actividad sexual cometida contra el deseo, voluntad o que atente contra el desarrollo sexual adecuado de una persona, ya sea con la utilización de la fuerza, amenaza, intimidación, engaño o coacción, o aprovechándose de la situación de vulnerabilidad física o psíquica. El hecho de que se emplee la palabra violencia hace referencia a la violencia psíquica implícita en este tipo de conductas. Por otra parte, desde tiempos remotos ha existido cierta confusión en la utilización de los términos “género” y “sexo”, y que si unimos a esto el hecho de que hasta hace poco tan sólo se conocían casos de violencia sexual en los que las víctimas eran mujeres y los agresores hombres, cabe esperar, como así sucede, que la concepción del término violencia sexual se haya confundido o generalizado en ocasiones con el término violencia de género. Ciertamente, la violencia sexual contra las mujeres puede considerarse como

una forma de violencia de género en la que se sitúa a la mujer como un objeto devaluado y carente de autonomía, pero nosotros consideramos que la violencia sexual debe considerarse como una transgresión de la libertad sexual del individuo independientemente de su género. Con la denominación de violencia sexual se unen dos términos tan antitéticos como violencia, que señala destrucción, y sexual, que conlleva acercamiento y cariño (Echeburúa, 2008). Se pasa a describir de esta forma cómo, algo destinado al contacto positivo, la sexualidad, se convierte en algo dañino debido a su inadecuada expresión, ya sea por unirse a la agresividad o por tener como protagonista a personas no preparadas psicoevolutivamente o sin capacidad de dar un consentimiento, o que éste no sea válido por circunstancias estables o episódicas.

La violencia sexual puede comprender gran cantidad de actos, desde la penetración vaginal o anal, con pene, objetos o dedos, sexo oral, masturbación o tocamientos de carácter sexual, hasta proposiciones sexuales, miradas y llamadas obscenas, exhibicionismo, participación forzada en pornografía y explotación sexual (Sepúlveda, et al., 2002). Todas estas actividades al tener como víctimas, en muchas ocasiones, a mujeres y niños, y ser éstos unos colectivos que hasta bien entrado el siglo XX no han comenzado a gozar de sus derechos, ha sido un tema al que se le había prestado poca atención en comparación a otros tipos de conductas alteradas.

Si comenzamos indagando en nuestra jurisprudencia, observamos que se han utilizado gran variedad de términos que con el paso de los años se han ido modificando y reestructurando, ya que han desaparecido algunos términos y aparecidos otros nuevos: Estupro, abusos deshonestos, rapto, corrupción de menores, agresión sexual, violación, abusos sexuales, etc. El estupro, concepto legal actualmente desaparecido, por ejemplo, era un término utilizado para definir el acceso carnal con otra persona conseguido por seducción real o presunta, es decir mediante engaño (Vázquez, 1993). Con la Ley Orgánica 3/1989 de 21 de junio se eliminó la expresión “honestidad” ya que afortunadamente se estimó necesario cambiar la denominación de “delitos contra la honestidad” a “delitos contra la libertad sexual” (actualmente “delitos contra la libertad e indemnidad sexual”). Se pasó, por tanto, a considerar que el bien jurídico a proteger no era ya la honestidad, concepto sujeto a la moralidad sexual, sino la libertad del individuo a la hora de vivir su sexualidad (De Vega, 1999). Actualmente los delitos sexuales en nuestro país se encuentran recogidos en el Título VIII del Libro II del Código Penal Español aprobado por Ley Orgánica /1995, de 23 de noviembre, y modificado por la Ley Orgánica 11/1999 de 30 de abril (Gimbernát y Mestre, 2007), bajo el enunciado “delitos contra la libertad e indemnidad sexuales”, donde el bien jurídico principalmente protegido es la libertad sexual, y en el caso de menores o incapaces, se protege el adecuado proceso de formación sexual (Tamarit, 2000). La última modificación establecida ha sido mediante la Ley Orgánica 15/2003,

de 25 de noviembre, ([BOE de 26 de noviembre de 2003, nº 283](#)), donde se matiza y aclara aspectos como que el delito de violación o el de abuso sexual se lleva a cabo también con la introducción de miembros corporales u objetos, ya que hasta entonces la penetración digital no se entendía como violación. Además se endurecen las penas del delito de pornografía infantil y se introducen tipos como la posesión para el propio uso del material pornográfico en el que se hayan utilizado menores o incapaces.

Con respecto a las tipologías de la violencia sexual, hemos comprobado que se han establecido distintos criterios clasificatorios, extrapolables a las diversas formas de violencia sexual que trataremos en los siguientes apartados. Teniendo en cuenta el ámbito en el que se desarrolla este tipo de violencia, se puede diferenciar entre violencia sexual intrafamiliar y extrafamiliar. La violencia sexual intrafamiliar sería aquella en la que existe consanguinidad, a lo que se denomina incesto, o cuando se da convivencia como familia entre la víctima y el agresor, aunque no exista consanguinidad. La violencia sexual extrafamiliar, sería aquella en la que no existe vínculo sanguíneo o de convivencia como familiar, y dentro de este tipo de violencia sexual se ha distinguido entre violencia sexual por conocido, por recientemente conocido y por extraño, ya que se tiene en cuenta el grado de confianza entre la víctima y el agresor (Vázquez, 1995; Cortés y Cantón, 2000; Sepúlveda et al., 2002; Echeburúa y Gerricaechevarría, 2000; Marshall, 2001; Lameiras, 2002). Este aspecto, que trataremos nuevamente en posteriores capítulos, puede relacionarse con la forma de desarrollarse la violencia y las consecuencias psicológicas de la misma.

Otra variable también considerada a la hora de establecer tipos de violencia sexual es la repetición o no de dicha violencia, diferenciándose, por tanto, dos formas de violencia sexual, la puntual y la reiterada. Se considera que la violencia sexual es puntual cuando la agresión o abuso sexual cometido por un mismo individuo o individuos hacia otro individuo se lleva a cabo en una única ocasión. Por tanto, la violencia sexual reiterada es aquella que es cometida por un mismo agresor o agresores, sobre una misma víctima en más de una ocasión. Esto quiere decir que si una persona es victimizada en más de una ocasión pero por distintos agresores, no podemos hablar de que se trate de violencia sexual reiterada, sino que se trataría de revictimización sexual. También se pueden diferenciar categorías de violencia sexual a partir de las características de la víctima o del agresor (Sepúlveda et al., 2002).

A continuación se tratan los principales tipos de violencia sexual, así como la evolución histórica del concepto y las distintas perspectivas desde las que se contempla.

I. 2 AGRESIÓN SEXUAL/VIOLACIÓN

En general, los términos violación y agresión sexual son utilizados como sinónimos excepto por nuestra legislación (Gimbernat y Mestre, 2007), la cual establece el delito de violación como una forma agravada de la agresión sexual. Lo mismo sucede en otros idiomas como el inglés, donde existen términos distintos como “rape” y “sexual attack” que se emplean muchas veces para referirse a la misma forma de violencia. El origen etimológico de estos términos nos señala ya la utilización de la fuerza, tanto física como psíquica, como elemento primordial en este tipo de conductas. La palabra inglesa “rape”, que significa violación, proviene del latín “rapere” que significa robar, tomar, apoderarse de algo. Por su parte, la palabra “violación”, proviene del vocablo latino “violare”, el cual procede de “vis”, que significa “fuerza” (Masters et al., 1987; en Alario, 1993).

I. 2. 1. Evolución histórica de la agresión sexual/violación.

Para comprender este tipo de violencia sexual en toda su extensión, debemos partir de la evolución histórica del fenómeno de las agresiones sexuales/violaciones, ya que ésta se encuentra muy vinculada a los cambios sociales y políticos, tales como la transformación experimentada en las relaciones sexuales, el respeto a la dignidad humana o la igualdad de las personas de distintos sexos y condición.

Se tiene constancia de la existencia de ataques con intimidación o fuerza física a la libertad sexual del ser humano, y principalmente de las mujeres, desde los primeros testimonios escritos de la humanidad. Así, ya en la mitología griega se recogen historias como las de Zeus, Poseidón y Apolo, donde los dioses del Olimpo fuerzan sexualmente a diosas y a jóvenes mortales (Sepúlveda et al., 2002). Desde las teorías feministas Brownmiller (1975; en Sepúlveda et al., 2002) considera que el descubrimiento por el hombre de que sus genitales podrían servirle de arma generadora de miedo, fue uno de los descubrimientos prehistóricos más importantes, junto con el fuego o el hacha rudimentaria de piedra, ya que desde tiempos remotos hasta nuestros días, la violación ha sido un método consciente de intimidación mediante el cual los hombres intentan mantener a las mujeres en un estado de continuo miedo.

Conforme avanzamos en la historia, vemos que la violación a mujeres de clases sociales bajas o del bando contrario, en casos de situaciones bélicas, comienza a considerarse una forma más de reafirmar el poder o dominio del agresor. La violencia sexual estaba vinculada por entonces, a los derechos de la mujer en relación a su posición en la escala social. También se veía como una forma para procurarse esposa y

posteriormente el hombre debía proteger la propiedad adquirida, es decir su mujer, de los hombres que podían codiciarla.

Puede que por ello se creasen las primeras leyes contra la violación en las que el ofendido no era la mujer victimizada sino su dueño: el hombre. En Babilonia, por otro lado, el Código de Hammurabi de 4.000 años de antigüedad establecía que aquel hombre que violase a una mujer prometida y virgen era condenado a muerte, sin embargo si la víctima era casada tanto el agresor como la víctima eran condenados a morir por inmersión (Alario, 1993). Incluso en la Biblia (Herder, 2005), concretamente en el Deuteronomio (22, 22-28) se recoge cómo se trataba en la época estos hechos, estipulándose que la mujer casada que fuese violada sería considerada culpable de su agresión al igual que su agresor y, por tanto merecía morir.

Con el nacimiento y expansión de la religión cristiana y sus principios morales que exaltaban la pureza en la mujer, se llega, en algunos casos, a premiar con la canonización eclesiástica el suicidio como defensa de la castidad ante los ataques sexuales. Ejemplos de ello son la precipitación de las mártires Pelagia, su madre y sus hermanas, a un río para no ser violadas por unos soldados, y el suicidio de Sofronia ante los requerimientos sexuales del emperador Magencio (García Saldaña, 1994).

Durante la Edad Media y el apogeo de la estratificación social, las diferencias de clase e injusticias sociales se reflejan también en el fenómeno de las agresiones sexuales a mujeres, ya que por entonces, tan sólo las mujeres nobles tenían el privilegio de no ser utilizadas sexualmente (Masters et al., 1987; en Alario, 1993) describen cómo en tiempos de Guillermo el Conquistador (1035-1087) la violación de una mujer virgen de clase alta se pagaba con la castración o la ceguera, pero si la víctima no tenía un defensor, su agresión solía quedar sin demostrar. No es hasta el siglo XII cuando comienzan a realizarse juicios en los cuales se dictaminaba la culpabilidad en el delito, aunque seguía primando la desigualdad entre nobles y lacayos. En Inglaterra, las leyes del siglo XIII por fin borrarón la diferenciación que anteriormente existía entre la violación a mujeres vírgenes de las cometidas contra mujeres casadas, y también desaparecía la obligación de que agresor y víctima contrajeran matrimonio (Brownmiller, 1987; en Alario, 1993).

Ya en el Renacimiento, con ese espíritu de liberación característico de la época, comienzan a alzarse voces de protesta. Cristina de Pisan, pensadora italiana, afirmaba a principios del siglo XV que lo que le preocupaba era que los hombres argumentasen que muchas mujeres desean que las violen, aún cuando éstas manifestaban su oposición (Gilbert y Roche, 1987; en Soria y Hernández, 1994).

Al comenzar el desarrollo industrial y cultural en los siglos posteriores, se inicia un proceso de reconocimiento de derechos que van desde el sufragio femenino a la libertad sexual de las mujeres. Vigarello (2000) estudió el fenómeno de las agresiones sexuales en Francia entre los siglos XVI y XX, y enumeró tres factores como motores del cambio en los derechos de la mujer que se ha producido a lo largo de estos siglos. Por un lado la evolución de la mayoría de los profesionales de la ley en el siglo XIX, incluyendo el desarrollo de la medicina legal, en segundo lugar el psicoanálisis postuló la presencia de patologías en los agresores sexuales, y en tercer lugar, a finales del siglo XX el movimiento feminista puso de relieve la situación de las mujeres victimizadas.

Pero no es hasta los años setenta, en pleno siglo veinte, cuando se sientan las bases para el estudio científico de esta cuestión empujado por los movimientos feministas. Según Cornell y Olio (1991) las consecuencias que tuvo en la sociedad estadounidense la guerra del Vietnam pusieron en el punto de mira de materias como la psicología, la psiquiatría y la sociología las distintas formas de violencia que acompañan las actuaciones bélicas, y entre ellas las agresiones sexuales.

I. 2. 2. Concepto jurídico de agresión sexual/violación

El derecho español reguló por primera vez este tipo de delitos en el denominado Fuero Juzgo, en el que se establecía que si un hombre libre hiciera por la fuerza “fornicio o adulterio” recibiría cien azotes y posteriormente sería dado como siervo a la víctima, y si el agresor era siervo sería quemado en fuego. Posteriormente en las partidas de Alfonso X el Sabio se penaba la violación en función del estatus social de la víctima (Sepúlveda et al., 2002).

Nuestro actual Código Penal (Gimbernat y Mestre, 2007) recoge los delitos de agresión sexual y violación en los artículos 178 y 179. En el artículo 178 se establece que, aquel que atente contra la libertad sexual de otra persona, con violencia o intimidación, será castigado como responsable de agresión sexual con la pena de prisión de uno a cuatro años. Por otro lado, el artículo 179 establece que cuando la agresión sexual consista en acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o introducción de objetos por alguna de las dos primeras vías, el responsable será castigado, como reo de violación, con la pena de prisión de seis a doce años. Existen asimismo una serie de circunstancias que permiten imponer al violador una pena mayor, y éstos son: 1- El hecho de que la violencia o intimidación ejercidas revistan un carácter particularmente degradante o vejatorio; 2- que en la comisión de los hechos participen dos o más personas; 3- que la víctima sea particularmente vulnerable por razón de su

enfermedad o situación, y en todo caso, cuando sea menor de trece años; 4- prevalimiento de una relación de superioridad o parentesco entre la víctima y el autor; 5- El uso de armas u otros medios igualmente peligrosos para la comisión del delito” (Tamarit, 2000).

Según Suárez-Mira (2002), el legislador se refiere a la agresión sexual como delito que requiere por un lado una acción lúbrica, que esté realizada con violencia o intimidación y que no exista consentimiento válidamente prestado por el sujeto pasivo. El elemento característico de los delitos de agresión sexual a diferencia de los de abuso sexual, sería por tanto, el empleo de violencia o intimidación, lo cual explica la superioridad penal que la ley otorga a las conductas agresivas frente a las meramente abusivas.

I. 2. 3. El concepto de agresión sexual/violación desde la psicología

En contraposición a nuestra legislación, desde un punto de psicológico no se establecen claras distinciones entre violación y agresión sexual, pero sí entre estos dos conceptos y el de abuso sexual. Ambos términos se diferencian principalmente por la gravedad de la conducta que se lleva a cabo, utilizando normalmente el término agresión sexual para aquellas en las que concurra violencia física o amenazas, pero lo cierto es que no existen unos criterios claros, y se observan discrepancias entre los distintos estudiosos de la materia. Por un lado Masters et al., (1987; en Alario, 1993) distingue entre violación por la fuerza y violación no forzada. Esta última se refiere a la relación sexual o acceso carnal con menores de edad pudiendo dicho acto ser iniciado por el/la menor, es decir, lo que para la mayoría de especialistas se denominaría abuso sexual. En esta misma línea Marshall (2001) considera violación desde un tocamiento sexual no consentido hasta la agresión sexual acompañada de violencia. En el otro extremo se sitúan aquellos que entienden el abuso sexual infantil como una forma de maltrato y conciben la agresión sexual infantil como un subtipo de abuso sexual en el que se emplea la violencia.

Echeburúa, et al. (1995) establecen tres características que diferencian a la violación de otro tipo de delitos: En primer lugar, se trata del delito que con más frecuencia sufren las mujeres, en segundo lugar, es el delito de mayor “cifra negra”, es decir de más casos no denunciados, y por último son las agresiones que mayor daño psicológico causan.

Como anteriormente hemos expuesto, desde la psicología hay que partir del concepto de víctima y de sus percepciones para poder establecer una adecuada

definición de los términos agresión sexual y abuso sexual. Esto mismo opinan Veronen y Kilpatrick (1983; en Echeburúa, et al., 1995) en relación con la definición del término violación, considerando como tal, cualquier actividad no consentida que se ha alcanzado mediante la coacción, la amenaza de utilizar la fuerza o la utilización de la fuerza. Por tanto, se pone el énfasis en la percepción que tenga la víctima de sí misma como objeto de una agresión, independientemente de las características de dicha agresión. Para nosotros será la utilización de estrategias violentas como el empleo de la fuerza física, amenazas o coacción, lo que determine que un tipo de violencia sexual sea concretamente agresión sexual/violación. Sin embargo, nos hemos encontrado que muchos autores emplean los términos de agresión o violación, para referirse específicamente a casos de víctimas adultas.

Centrándonos en algunas de las puntualizaciones que desde la psicológica se ha realizado, se señala que en nuestra cultura son muchas las ideas erróneas que persisten sobre las agresiones sexuales/violaciones y que se deben modificar. Uno de los ejemplos más claros es aquella creencia que sigue relacionando las agresiones sexuales o violaciones con la idea de agresor hombre y víctima mujer. Llama la atención al respecto, que hasta 1978 se consideraba que en el delito de estupro la víctima era siempre de sexo femenino y el agresor masculino, o que la jurisprudencia entendía como engaño la “falsa promesa de matrimonio” (Urrea y Vázquez, 1993). Hasta en documentos medianamente recientes encontramos un reflejo de este estereotipo, y así el Diccionario de Psicología Larousse (Sillamy, 1996) describe el término violación como un crimen sexual cometido por un hombre, que abusa por la fuerza de una mujer o niña. Del mismo modo, muchos autores con una perspectiva de género aportan definiciones de los conceptos de violación o agresión sexual en las que la víctima es mujer y el agresor hombre (Sau, 1990; en Sepúlveda et al., 2002). Los estudios epidemiológicos, que se tratarán en profundidad en el siguiente capítulo, arrojan al respecto distintos resultados según el rigor empleado. En gran parte de estos estudios, los cuales se suelen basar tan sólo en estadísticas oficiales, se dice que las agresiones sexuales son cometidas casi en la mayoría de los casos por hombres, siendo las víctimas mayoritariamente mujeres, aunque también hay hombres (Stermac et al., 1996; en Marshall, 2001). En cambio cuando abordemos la incidencia y prevalencia de la violencia sexual comprobaremos que se estima que los casos cometidos por mujeres son más difíciles de detectar por distintos motivos, y que cuando las víctimas son menores las diferencias entre géneros se suavizan. Y es que socialmente la etiqueta de violación se suele aplicar a situaciones de sexo no consentido cuando el agresor es un extraño violento, el incidente se denuncia inmediatamente y la víctima manifiesta una resistencia activa, es decir, el asalto callejero (Soria y Hernández, 1994).

La opinión pública además suele poner mayor énfasis en el carácter sexual del acto, sin embargo, desde la psicología se hace hincapié en la necesidad de contemplar las agresiones sexuales no como hechos meramente “sexuales”, sino primordialmente como hechos agresivos y actos de poder (Echeburúa, et al., 1995). Una relación sexual normal se caracteriza por la existencia de consentimiento, y si dicho consentimiento no se da por ambas partes, cabe esperar una reacción física y/o emocional no “normal” por parte de la persona que no da su consentimiento. Muchos estudios han demostrado que las víctimas de agresiones sexuales vivencian los hechos como un atentado no contra su “sexo”, sino fundamentalmente contra su integridad física y psicológica. El grado de sufrimiento padecido por la víctima viene descrito por la magnitud de violencia física o moral ejercida, ya se traduzca en vivencias de indefensión, dolor físico o temor por la propia vida (Urza y Vázquez, 1993). Pero algunos autores afirman que no hay que perder de vista el componente sexual de dicha agresión, por un lado porque el agresor actúa no sólo por ira y deseos de control, sino que además puede existir un móvil sexual, también porque las posibles secuelas de la victimización sufrida se suelen reflejar en la esfera sexual, y por último porque la víctima experimenta los hechos como vinculados a la sexualidad (Veronen y Kilpatrick, 1983; en Echeburúa, et al., 1995).

Otras de las muchas creencias sociales erróneas son las que afirman que a las mujeres les gusta ser dominadas sexualmente, que cuando dicen no en realidad quieren decir sí, que las mujeres decentes no son violadas, que una mujer nunca es violada si no quiere, e incluso que muchas de ellas hacen falsas denuncias para vengarse de algún hombre o porque están embarazadas. En posteriores capítulos veremos cómo estas creencias repercuten en los efectos psicológicos de la victimización sexual.

I. 2. 4. Tipologías de la agresión sexual/violación

En cuanto a las tipologías de agresiones sexuales/violaciones Alario (1993) señala que varios estudios diferencian entre la violación en solitario, es decir, la cometida por un único individuo, frente a la violación en grupo, cometida por varios sujetos, mientras que otros especialistas distinguen entre la violación por el amigo y la violación por el esposo, y también indica otra forma de agresión sexual estudiada, la violación en las prisiones, que se caracterizan por realizarse en el medio carcelario y ser cometido principalmente por bandas de internos hacia otros internos más jóvenes o con menos poder en ese medio. Otros autores como Soria y Hernández (1994) recogen tipologías de las agresiones sexuales que tienen en común que su criterio clasificatorio principal son las características del agresor.

I. 3. ABUSO SEXUAL

I. 3. 1. Evolución histórica de los abusos sexuales

En el estudio sobre las definiciones del abuso sexual, hemos podido comprobar que la gran mayoría se refieren a los casos en que las víctimas son menores, y al no reconocerse los derechos de la infancia hasta la segunda mitad del siglo XX, no se le había prestado atención social y jurídica a este tipo de delito contra los niños y niñas (Soria y Hernández, 1994). Jackson (2000) describe un estudio en el que se analizó una muestra de 1146 casos de abuso sexual a menores en Inglaterra durante la época Victoriana. El autor sugiere que las víctimas de abusos suponían un gran problema para aquella sociedad, y que variables como el idioma, la clase social y la moralidad combinadas daban como resultado que estos delitos permanecieran ocultos.

I. 3. 2. Concepto jurídico de abuso sexual

Ya en nuestro contexto actual, concretamente desde la legislación española, se aborda este tipo de delitos operativizando claramente en los artículos 181, 182 y 183 del Código Penal (Gimbernat y Mestre, 2007), el tipo de actos en que consisten. El artículo 181 dice que aquella persona que lleve a cabo actos que atenten contra la libertad o indemnidad sexual de otra persona, sin violencia o intimidación y sin que medie consentimiento, será castigado, como responsable de abuso sexual, con la pena de prisión de uno a tres años o multa de dieciocho a veinticuatro meses. Además 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 abusara. La misma pena la prevé el legislador cuando el consentimiento se obtenga prevaliéndose el responsable de una situación de superioridad manifiesta que coarte la libertad de la víctima. El artículo 182 añade que en todos los casos del artículo 181, cuando el abuso sexual consista en acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o introducción de objetos por alguna de las dos primeras vías el responsable será castigado con la pena de prisión de cuatro a diez años. Por último en el artículo 183 se enuncian dos formas de agravante, dadas por el empleo de engaño, para cometer abuso sexual con una persona mayor de trece años y menor de dieciséis, y cuando el abuso consista en acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o introducción de objetos por alguna de las dos primeras vías (Tamarit, 2000).

Vemos que el Código Penal español define el abuso sexual por tres elementos fundamentales que recoge Suárez-Mira (2002). En primer lugar que se trata de una

acción lúbrica, en segundo lugar que es realizada sin violencia ni intimidación y por último que no existe el consentimiento válidamente prestado por el sujeto pasivo.

Partiendo de ésta última premisa nos encontramos con que puede existir abuso sexual por ausencia de consentimiento, es decir, cuando el agresor lleva a cabo la acción de forma que la víctima no puede expresar su consentimiento o rechazo, o no puede oponer resistencia física. El legislador contempla aquí aquellos casos en los que existe una privación de sentido, la cual no tiene por qué ser transitoria pero sí plena. Al mencionarse la imposibilidad del sujeto pasivo para expresar su rechazo, se está aludiendo tanto a la imposibilidad material como jurídica. Por ello se establece que el consentimiento dado por menores de trece años no es válido jurídicamente ya que carecen, según el Código Penal, de las capacidades suficientes para entender el significado de la sexualidad y actuar en consecuencia. De igual modo se interpreta como consentimiento no válido legalmente el que dieran personas con trastornos mentales de cierta entidad, pero en estos casos para que se pueda contemplar los hechos como abuso sexual es necesario que el sujeto activo sepa que dicho trastorno afecta a la víctima y por tanto se aproveche de ello para cometer el delito. Un tercer caso de consentimiento no válido para nuestros legisladores es aquel en el que existe consentimiento por parte de la víctima pero éste esté viciado, lo cual se refiere a las situaciones donde se de una situación de superioridad o engaño. Esta situación de superioridad se produce cuando el sujeto activo posea una predominancia o ventaja apta y manifiesta para influir de manera intensa en la decisión adoptada por el sujeto pasivo, como por ejemplo por una relación de dependencia laboral, docente, socioeconómica, afectiva, etc., pero además esta situación ha de ser utilizada para lograr el consentimiento de la víctima. Cuando se habla de abuso sexual por situación de superioridad en relación con la edad, se exige que la víctima tenga una edad comprendida entre los trece y dieciséis años, pues si fuese menor de trece años se hablaría, como antes hemos mencionado, de abuso sexual pero por ausencia legal de consentimiento.

I. 3. 3. El concepto de abuso sexual desde la psicología

Uno de los primeros en abordar este problema desde la psicología fue Freud (2002) quien en torno a 1890 dictó una serie de conferencias en relación a la “etiología de la histeria” donde aparece la cuestión de las relaciones sexuales precoces y sus repercusiones en el desarrollo emocional del individuo. Entre los años 1940 y 1950, Kindsey y sus colaboradores documentaron por primera vez la extensión de los abusos sexuales de menores (Alic, 2002). En los años ochenta se inician los estudios que relacionan los abusos sexuales sufridos en la niñez y los trastornos comportamentales,

emocionales y del desarrollo en la infancia y otros trastornos en la edad adulta (Vázquez, 1995).

Aunque no existe un concepto suficientemente preciso y aceptado por la mayoría de la comunidad científica sobre lo que representa el abuso sexual, en general podemos decir que se considera que existe abuso sexual si en ausencia de violencia física o amenazas, se utiliza una situación de poder para lograr la gratificación sexual de uno mismo en contra de los derechos de la víctima. Esto sucede con los menores y con aquellos adultos que presentan problemáticas de carácter psicológico o físico y que por lo tanto se encuentran también en una situación de desigualdad frente a otras personas.

Pero para muchos autores se entiende el abuso sexual como un subtipo de maltrato infantil inflingido en el área sexual, como el manual publicado por Save The Children España (Horno, Santos y Molino, 2001), donde distinguen dentro de su concepción de abuso sexual tres categorías. Por un lado el abuso sexual en sí, entendido como cualquier forma de contacto físico con o sin acceso carnal, con contacto y sin contacto físico, realizado sin violencia o intimidación y sin consentimiento. Puede incluir: penetración vaginal, oral y anal, penetración digital, caricias o proposiciones verbales explícitas. Otro subtipo de abuso sexual sería la agresión sexual, la cual la definen como cualquier forma de contacto físico con o sin acceso carnal con violencia o intimidación y sin consentimiento. Un tercer tipo de abuso pero sin contacto físico sería el exhibicionismo. Y por último la explotación sexual infantil la definen como una categoría de abuso sexual infantil en la que el abusador persigue un beneficio económico y que engloba el tráfico, turismo, prostitución y pornografía infantil.

Ante semejantes discrepancias se hace necesario una mayor homogeneidad de criterios de clasificación para que las estadísticas sean adecuadamente interpretables y aplicables en la práctica (Muela, 2008).

Sí existe, sin embargo, un consenso entre los expertos sobre los criterios necesarios para que exista abuso sexual infantil. Por un lado que haya desigualdad entre la víctima y el agresor, y por otro que exista una utilización del menor como objeto sexual (Echeburúa y Guerricaecheverría, 2000). Estos dos criterios quedan claramente plasmados en la definición más aceptada por los estudiosos de la materia y que propone el National Center for Child Abuse and Neglect (1978, en Echeburúa y Guerricaecheverría, 2000), según la cual existe abuso sexual en los contactos e interacciones entre un niño y un adulto, cuando el adulto agresor, usa al niño para estimularse sexualmente él mismo, al niño o a otra persona. El abuso sexual puede ser

cometido por una persona mayor de 18 años, cuando ésta es significativamente mayor que el niño, la víctima, o cuando está, el agresor, en una posición de poder o control sobre otro menor. Por eso las definiciones que resultan más adecuadas son aquellas que unen a una especificación clara del significado del término sexual, una guía sobre el nivel de desigualdad de poder, edad o madurez de los participantes.

Analizaremos, por tanto, a continuación los criterios que se han empleado con mayor frecuencia para definir el abuso sexual:

- La desigualdad entre la víctima y el agresor.

Por una parte se considera que la asimetría de edad impide la verdadera libertad de decisión y hace imposible una actividad sexual común, ya que los participantes tienen experiencias, grado de madurez biológica y expectativas muy diferentes, Esta asimetría supone en sí misma, un poder que vicia toda posibilidad de relación igualitaria (López, 1996). La mayoría de expertos consideran que existe asimetría de edad cuando el abusador es mayor que la víctima en 5 años si ésta tiene menos de 12 años, y de 10 años si tiene más de esta edad (Finkelhor, 1979; en Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000).

Nosotros consideramos, al igual que autores como Sosa y Capafons (1996; en Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000), que teniendo en cuenta la diferencia de edad se pierden de vista los abusos sexuales entre menores y por ello es preferible poner el énfasis en la existencia de una relación de desigualdad entre una persona con mayores habilidades para manipular y otra que no las posee al mismo nivel. Entendemos, por tanto, que una persona es víctima de abuso sexual cuando ésta, debido a su falta de conocimiento del significado social y los efectos psicológicos del contacto sexual, no muestra resistencia frente a su agresor, o que a causa de la relación de confianza o dependencia con él, no se encuentre en situación de prestar consentimiento válido. En los casos de adolescentes que ya pueden poseer los conocimientos adecuados, serían igualmente víctimas de abuso sexual si existe una situación de dependencia o de coacción con el adulto. A este respecto, hay que tener en cuenta que por su condición de niños y/o adolescentes la dependencia a algún adulto es un elemento definitorio y necesario, y los menores tienen derecho a vivirla con confianza (Glaser y Frosh, 1997). Por otra parte, los adultos son vulnerables a sufrir abusos, principalmente cuando por circunstancias estables, como déficits intelectuales, o por circunstancias puntuales, como estar bajo efecto de sustancias psicoactivas, no pueden manifestar su oposición a un contacto sexual.

- La utilización de la víctima como objeto sexual:

Cuando se traspasa el límite de la evolución natural de la sexualidad infantil se puede hablar de una sexualidad abusiva, ya que en ese momento el/la menor pierde el control sobre su propia sexualidad y con ello el control del autodescubrimiento de su cuerpo y su placer para pasar a ser instrumentalizado en beneficio de un placer ajeno (Lameiras, 2002). Así Kempe (1978; en Vázquez, 1995) señala que por abuso sexual sobre menores de edad debemos entender la implicación de menores en actividades sexuales ejercidas por los adultos y que buscan principalmente la satisfacción de éstos, siendo los menores de edad aún inmaduros y dependientes, y por tanto no pudiendo ni comprender el sentido radical de estas actividades ni dar su consentimiento real.

Baker y Duncan (1985; en Glaser y Frosh, 1997) tienen en cuenta la búsqueda de gratificación para su particular descripción del concepto de abuso sexual, ya que para estos autores cualquier menor de dieciséis años es abusado sexualmente cuando otra persona, que es sexualmente madura, involucra al niño en un acto que esa otra persona espera conduzca a la excitación sexual de ambos. Nosotros no coincidimos con esta última matización ya que el perpetrador del abuso busca tan sólo su gratificación, y ésta la puede conseguir, según el tipo de agresor que sea, percibiendo que a la víctima también le resulta placentero, o al contrario, que disfrute con el sufrimiento de ésta, y en otros muchos casos el agresor no tiene en cuenta las posibles sensaciones de la víctima.

- El uso o no de la coerción:

Hemos observado que existe una gran diversidad de opiniones a la hora de establecer si es necesario o no el uso de la coerción para que se pueda calificar una conducta como abuso sexual. Wolfe, Wolfe y Best (1988; en Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000) consideran que el mero contacto sexual entre un niño y un adulto es de por sí inapropiado, sin embargo otros autores como López, Hernández y Carpintero (1995) dicen que se tendría que tener en cuenta, a parte del concepto de asimetría de edad, el concepto de coerción. Cortés y Cantón (2000) matizan que la coerción, entendida como el uso de la fuerza física, la presión o el engaño, debe considerarse por sí misma como suficiente criterio para definir una conducta de abuso sexual a un menor. El tipo de acto no sería crítico para la definición de abuso sexual, ya que un menor que es inmaduro evolutivamente no debería implicarse en actividades sexuales, del tipo que sean, para cuyo consentimiento no se encuentran capacitados, o no las comprenden plenamente. Así Berliner y Elliott (1996) entienden el abuso sexual como cualquier actividad sexual con un niño en la que se emplee la fuerza o la

amenaza, con independencia de la edad de los participantes, y cualquier contacto sexual entre un adulto y un niño, con independencia de que haya engaño o de que el niño comprenda la naturaleza sexual de la conducta. Si el contacto sexual se produce entre un adolescente y un niño significativamente menor de edad (una diferencia de cinco o más años), de desarrollo o de tamaño que haga que el niño más pequeño no esté en condiciones de dar un consentimiento informado, se considerará también contacto abusivo.

Browne y Finkelhor (1986), por su parte, consideran que el abuso sexual consiste en dos superpuestos pero distinguibles tipos de interacción: conductas sexuales impuestas a un niño mediante fuerza o coerción; y actividad sexual entre un niño/a y otra persona más mayor, implique o no una clara coerción.

Otros autores como Schechter y Roberge (1976; en Glaser y Frosh, 1997) basan su definición tanto en las normas sociales como en la capacidad del menor para consentir la actividad sexual, ya que definen el abuso sexual como la participación de niños dependientes o niños de desarrollo inmaduro y adolescentes en actividades sexuales que no son capaces de comprender ni de prestar un consentimiento informado o que violan los tabúes sociales de los roles familiares.

Scosa (1984; en Glaser y Frosh, 1997) proporciona una definición que engloba aspectos que aparecen en la mayoría de definiciones. Considera que cualquier niño por debajo de una edad adecuada para el consentimiento puede considerar haber sido sexualmente abusado cuando una persona sexualmente madura, por designio o por descuido de sus responsabilidades sociales o específicas en relación con el niño, ha participado o permitido su participación en cualquier acto de una naturaleza sexual que tenga el propósito de conducir a la gratificación sexual de la persona sexualmente madura. Esta definición es procedente aunque este acto contenga o no una coacción explícita por cualquier medio, aunque comporte o no contacto físico o genital, sea o no iniciado por el niño, y aunque sea o no sea discernible el efecto pernicioso en el corto plazo.

A la hora de determinar cuales serían las conductas que deben considerarse como abusivas, también se observa cierta confusión. Por un lado, autores como Wolfe et al., (1988; en Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000), incluyen desde el contacto, anal, genital y oral hasta el exhibicionismo, el voyeurismo o la utilización del niño con fines pornográficos. Mientras que otros consideran que tan solo pueden considerarse abuso sexual aquellas conductas que impliquen contacto físico directo.

Como hemos comprobado la definición del término abuso sexual y su delimitación desde la psicología, resulta una labor ardua y compleja por la gran cantidad de teorías al respecto. Principalmente se ha empleado este término para definir la violencia sexual ejercida sin fuerza física, amenaza o coacción, pero en muchas ocasiones el abuso sexual se ha utilizado para describir la violencia sexual sufrida específicamente por menores.

Para nuestro estudio, hemos considerado abuso sexual cuando en la violencia sexual se han empleado estrategias que podemos denominar suaves, como el engaño o seducción, y por tanto no se emplean conductas violentas por parte del agresor.

I. 4. VÍCTIMA

I. 4. 1. Evolución histórica del concepto de víctima

Mediante un pequeño repaso sobre el desarrollo del concepto psicosocial de víctima comprobaremos que la dificultad para definir y acotar el término nace ya en el origen del vocablo latino “vincere” que se refiere, por un lado, a los animales sagrados que se sacrificaban para dar culto a los dioses y, por otro lado, al sujeto vencido en una lucha. En 1947 se acepta la utilización del término “victimología” en una conferencia dictada por Mendelshon, y en 1948 se publica una obra de Von Heting “El criminal y su víctima, estudio sobre sociología del crimen”. La definición más completa es la que hace la ONU en 1985, y establece que víctima es aquella persona que ha sufrido un perjuicio, ya sea lesión física o mental, sufrimiento emocional, pérdida o daño material, menoscabo importante de sus derechos, como consecuencia de una acción u omisión que constituya un delito con arreglo a la legislación nacional o del derecho internacional, o bien constituya un abuso de los poderes públicos (Soria y Hernández, 1994).

I. 4. 2. El concepto jurídico de víctima

La Ley 35/1995, de 11 de diciembre sobre asistencia a víctimas de delitos violentos y contra la libertad sexual, define como víctima directa a la persona que sufre grave lesión corporal o grave trastorno de su salud física o mental (Tamarit, 2000). Desde nuestro punto de vista esta Ley no está teniendo en cuenta la complejidad que rodea al proceso de determinación de la gravedad de un perjuicio psicológico o social, aunque, bien es cierto, que desde la jurisprudencia se va tomando conciencia poco a poco de la necesidad de tener en cuenta las “lesiones psicológicas”. Dicha sensibilización tan sólo puede darse si se parte de una perspectiva multidisciplinar

desde la cual la psicología informe sobre la gran variedad de consecuencias que la violencia sexual puede provocar en la víctima desde el mismo momento en que sufre la agresión y la evolución de estas secuelas.

I. 4. 3. El concepto de víctima/victimización desde la psicología

Uno de los primeros acercamientos teóricos al término víctima, desde un campo no judicial, lo realiza Mendelson en 1936 (Vázquez, 1993), cuando especifica que con el concepto de víctima se hace referencia a la personalidad del individuo o colectivo de personas en tanto que es afectada por las consecuencias sociales de su sufrimiento, determinado por diversos factores físicos, psíquicos, sociales y políticos; así como por el medio ambiente o la técnica. Esta concepción sobre la víctima parte de la idea de que la víctima posee un determinado tipo de personalidad que la predispone a ser victimizada. Este tipo de ideas se recogen en la teoría victimológica denominada con el término inglés “victim precipitation”, que otorga a la víctima gran parte de responsabilidad de los hechos (Vázquez, 1993). Desde nuestra perspectiva estas teorías carecen de base científica y se derivan de ideas irracionales que necesitan ser desbancadas por su efecto negativo tanto directamente en las víctimas como en la actitud de la sociedad hacia los delitos violentos y los de carácter sexual. Pero este tema será tratado con mayor profundidad en posteriores capítulos donde se ahondará en la atribución de culpa a la víctima por parte de ella misma y/o de su entorno.

Soria (1993) propone clasificar el fenómeno de la victimización a través de seis ejes: el sistema básico afectado por el delito, la conducta desarrollada por la víctima, los resultados de la victimización, la relación previa con el agresor, la duración del hecho delictivo y la actitud penal.

Más recientemente Finkelhor (2005) define la victimización como el daño que a un individuo le causan otros seres humanos cuyo comportamiento viola las reglas sociales, siendo este tipo de suceso traumatizante de un impacto especial frente a otro tipo de eventos dado que es el ser humano quien causa este daño y se percibe por tanto por la víctima como especialmente injusto, pudiendo modificar su percepción del género humano.

Nuestro concepto de víctima parte de la perspectiva psicológica y pretende ser menos restrictivo que el utilizado desde el marco legal y así desterrar las teorías culpabilizadoras. Consideramos que se debe partir de la propia percepción del individuo respecto a haber sido perjudicado, porque quién, sino la propia persona dañada, puede ser quien determine que ha sufrido un daño así como el grado del mismo, independientemente de que este perjuicio se derive de un hecho considerado

como delictivo o sea reprochable social o culturalmente. Y es que, en los casos de delitos considerados no muy graves, la víctima puede, sin embargo, sentirse afectada fuertemente en el plano emocional, y viceversa.

A la vista de la catalogación jurídica de las distintas formas de violencia sexual a lo largo de la historia y hasta nuestros días, debemos criticar dos aspectos fundamentales: Primero que se suele otorgar el papel de simple testigo a la víctima y por otra parte que se castiga el delito y por consiguiente, se valora el daño sufrido, tan sólo teniendo en cuenta las lesiones claramente “manifiestas”.

I. 5. AGRESOR SEXUAL/VIOLADOR/ABUSADOR:

A diferencia de lo que sucede con las víctimas, son muchos los estudios que se han dedicado a conocer las características de los sujetos que comenten la violencia sexual, las hipótesis aclaratorias de este tipo de conductas y las posibles medidas preventivas al respecto. Muchos de estos trabajos se basan en datos epidemiológicos, en los cuales nos centraremos en el próximo capítulo, pero otros muchos buscan teorías explicativas sobre este tipo de comportamientos.

Se ha intentado establecer clasificaciones sobre los agresores sexuales a partir de diversos criterios según el estudio de su motivación, como por ejemplo, violador de agresión desplazada, violador compensatorio, violador sexual agresivo y violador impulsivo; según el grado de impulsividad del agresor, porque sea ésta baja o elevada; según la utilización del acto como expresión de poder o de violencia, considerándolo violador instrumental y violador expresivo; según el tipo de víctima preferente, lo que diferencia entre agresores de niños, heterosexuales, homosexuales o incestuosos (Soria y Hernández, 1994).

Urra y Vázquez (1993) aseguran que para poder responder a la pregunta ¿quién es el agresor sexual? hay que comenzar desterrando los mitos que califican al agresor sexual como un perturbado o un hombre con impulsos incontrolables, ya que la etiología multicausal es la que actualmente es defendida por la mayoría de expertos. Y uno de los modelos comprensivos que trata de recoger los resultados de las distintas investigaciones sobre los delincuentes sexuales, es el desarrollado por Marshall y Barbaree (1989; en Garrido, Stangeland y Redondo, 1999). Este modelo tiene en cuenta aspectos biológicos como la semejanza de los circuitos y funciones de regulación de la conducta sexual y la agresiva, y la exigencia social de autocontrol de los impulsos sexuales innatos del ser humano. Otros de los planteamientos de este modelo es el fracaso de los controles inhibitorios de dichos impulsos por múltiples

factores que afectan al aprendizaje de habilidades sociales, a lo que se suma la existencia de mitos y actitudes sociales facilitadoras de la violencia, la exposición a pornografía y la concurrencia de circunstancias próximas desencadenantes de la violencia sexual en este tipo de sujetos, como situaciones prolongadas de estrés, consumo de sustancias psicoactivas o una reacción de cólera. Y finalmente las distorsiones cognitivas y la coincidencia de circunstancias oportunas, como disponibilidad de una víctima y bajo riesgo de ser detectado, explicarían, con mayor peso de uno u otros factores, la emisión de este tipo de conductas.

Finkelhor (1986; en Garrido, Stangeland y Redondo, 1999) elaboró un modelo explicativo de los abusos sexuales, el cual establece que existen cuatro procesos complementarios que concurren combinados según cada sujeto para que se de un interés sexual por los menores. Estos procesos son, la congruencia emocional de las necesidades del adulto de dominar y la vulnerabilidad de los menores, la excitación sexual potencial que pueden representar los menores por experiencias previas del agresor o por exposición a material pornográfico que lo facilite, el bloqueo que presentan los agresores en las interacciones con adultos y la alternativa que para ellos ofrecen los niños/as, y la desinhibición que puede precipitarse a través del consumo de drogas y mediante distorsiones cognitivas que neutralizan su sentimiento de responsabilidad o su percepción negativa del abuso.

I. 6. OTRAS FORMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Aunque, como ya se ha mencionado, el abuso y la agresión sexual son las formas de violencia sexual que mayor atención han recibido por parte de las ciencias sociales y de la salud, existen otros tipos de violencia sexual que al estar mas restringidos a contextos o fines específicos han sido menos estudiados hasta el momento. Sin embargo, en el apogeo actual de la defensa de los Derechos Humanos y gracias a la concienciación social sobre el derecho a la libertad sexual y a un adecuado desarrollo psicosexual, se ha comenzado a estudiar y analizar estas otras formas de violencia sexual.

Hartman y Burgess (1989; en Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000) distinguen entre abuso y explotación sexual, refiriéndose éste último a situaciones en las que un menor es forzado física o psicológicamente a mantener contactos sexuales con adultos teniendo como móvil un beneficio económico. Para López y Del Campo (1997) se considera explotación sexual cuando se implica a menores de edad en conductas o actividades relacionados con pornografía, se promueve la prostitución de menores o se obliga a niños/as a presenciar actividades sexuales.

Otra de las formas de violencia sexual que con el paso de los años está acaparando más atención social y mediática es el acoso sexual. Según el Instituto Andaluz Mujer (1999) el acoso sexual comprende todo comportamiento sexual considerado ofensivo y no deseado por la persona acosada desarrollado en el ámbito laboral, docente o similar, utilizando una situación de superioridad o compañerismo, y que repercute en sus condiciones de trabajo o estudio, creando un entorno laboral o de aprendizaje hostil, intimidatorio o humillante.

También se han descrito formas más leves de victimización sexual, como sería la victimización sexual verbal o visual, consistentes en ser involuntariamente expuestos a imágenes o comentarios sexuales (Fishen, Cullen y Turner, 2000).

Y con la evolución de las tecnologías, nos encontramos también con formas novedosas de violencia sexual, como sería la exposición involuntaria a material sexual en Internet o mediante teléfono móvil sin que exista una persona concreta que sea autor de dicha exposición (Mitchell, Finkelhor y Wolak, 2001). Concretamente se trata de las situaciones en las que un menor se encuentra involuntariamente con imágenes, relatos, etc. de contenido explícitamente sexual, que tiene un impacto psicológico en los menores.

A lo largo de este trabajo utilizaremos los términos anteriormente descritos de violencia sexual en general, y abuso sexual o agresión sexual de forma más específica, para facilitar la claridad en nuestras exposiciones y el entendimiento por parte de todo tipo de profesional.



CAPITULO II

EPIDEMIOLOGÍA

II. EPIDEMIOLOGÍA

La magnitud de la violencia sexual, tanto en cuanto a la cantidad de personas a las que afecta como a las repercusiones que tiene para su vida, hacen de este fenómeno un problema social de carácter mundial, que acarrea un elevado coste sobretodo humano pero también económico y político. Conocer cual es el impacto de este tipo de violencia resulta muy complicado a la vista del análisis realizado sobre la literatura especializada que existe. Lo cual señala la necesidad de establecer criterios comunes para valorar la extensión y evolución de este fenómeno, ya que a partir de una información más adecuada a la realidad se podrán establecer estrategias de acción y prevención.

A continuación llevaremos a cabo un acercamiento a la extensión de esta problemática desde la perspectiva cuantitativa, a través de los estudios epidemiológicos que se han realizado, describiendo inicialmente las dificultades que existen para su estudio, y posteriormente presentaremos algunos datos de distintos ámbitos geográficos sobre la incidencia y prevalencia de la violencia sexual. Por último, se mencionan los resultados que investigaciones epidemiológicas más específicas arrojan sobre las características de este tipo de victimización.

II.1. ASPECTOS A TENER EN CUENTA EN EL ESTUDIO DE LA INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE LA VIOLENCIA SEXUAL

Para conocer la dimensión del problema objeto de nuestra investigación, encontramos dos formas de acercamiento a esta compleja realidad: los estudios de prevalencia y los de incidencia de la violencia sexual. Los estudios de incidencia son aquellos que intentan estimar el número de nuevos casos que han sucedido en un periodo determinado de tiempo, a diferencia de las investigaciones sobre la prevalencia de la violencia sexual, que tienen como objetivo determinar la proporción

de una población que ha sido víctima en algún momento de su vida de este tipo de violencia, utilizando muestras al azar de una población para obtener resultados más representativos.

Si deseamos conocer las cifras sobre la incidencia/prevalencia de la violencia sexual, existen diversas fuentes de información a las que se puede recurrir. En el ámbito oficial tenemos las estadísticas judiciales, publicadas anualmente en España por el INE (Instituto Nacional de Estadística), y estadísticas facilitadas por la Fiscalía y varios cuerpos de la policía anexas a sus Memorias anuales. Además, cada año los Ministerios de Justicia de la mayoría de países emiten una serie de datos sobre los delitos cometidos. Al comparar las cifras judiciales y las policiales, se ha comprobado que las cifras judiciales superan a las policiales, lo cual nos informa del pésimo estado de las estadísticas sobre el fenómeno delictivo en nuestro país (Stangeland, 1995).

Pero existen otras vías no oficiales para conocer las cifras en relación a la delincuencia en general y a la violencia sexual en particular, se trata de las encuestas de victimización y los autoinformes. Las primeras se aplican a la población general y preguntan a los encuestados si en un determinado periodo de tiempo han sufrido algún tipo de delito. Los autoinformes están destinados a la población general o a grupos de riesgo o con antecedentes criminales, y preguntan si en un determinado periodo de tiempo han cometido algún delito. A la vista de los datos se ha comprobado que en la mayoría de los delitos, tan sólo uno de cada tres españoles denuncia lo ocurrido (Stangeland, 1995).

Y es que, a la hora de comparar las estadísticas oficiales con la realidad nos encontramos con grandes desfases. Así Schneider (1977; en Fariña y Arce, 1995) observó que tan sólo el 45% de los delitos detectados mediante encuestas de victimización se encontraban registrados en las estadísticas policiales. Esta discrepancia de cifras es lo que en Criminología se llama el iceberg de la delincuencia, denominado así porque tan sólo es visible oficialmente una muy pequeña parte de la problemática real, ya que por debajo de la superficie se encontrarían aquellos casos en los que la víctima no denuncia o que ni siquiera se percibe a sí misma como víctima de un delito, serían las denominadas víctimas ocultas que al no aparecer en las estadísticas oficiales forman lo que se conoce como Cifra Negra.

Si el desfase de cifras resulta llamativo a la hora de contemplar las estadísticas sobre hechos delictivos, al hablar específicamente de la violencia sexual se suman otros motivos, principalmente el tabú de la sexualidad, que hacen que la discrepancia entre las cifras oficiales y las reales se incremente. Muchos autores consideran los delitos de agresión sexual y de abuso sexual como los que presentan una mayor cifra

negra (Aragón, 1994; Soria y Hernández, 1994; Echeburúa et al., 1995; Gándara, 1996; Lameiras 2002). Así vemos que, delitos como el robo tiene cifras de denuncia del 61,5%, y sin embargo en el caso de las agresiones sexuales disminuye hasta un 5 o 20% (Kilpatrick et al., 1987; en Echeburúa et al., 1995).

Entre los motivos por los cuales la violencia sexual ofrece una cifra negra tan elevada, destacamos por parte de la víctima el hecho de no tener autonomía para denunciarlo o no percibirse como objeto de un delito, debido principalmente a su edad o a la falta de información sobre sus derechos (Brilleslijper-Kater, Friedrich y Corwin, 2004). Esto suele suceder cuando cuentan con poca edad y desconocen que el hecho que han sufrido es un delito, o en personas adultas que no denuncian al no haber sufrido una agresión sexual “típica”, es decir, en la calle, por un desconocido y con violencia (Rickert, Wiemann y Vaughan, 2005). También se observa que esto sucede con las víctimas que presentan alteraciones mentales (Balogh et al., 2001), ya que la afectación de sus capacidades intelectuales impide que se perciba la victimización sexual como un ataque a sus derechos o si es así, el temor a las amenazas del agresor puede ser mayor que en otras víctimas.

Otro posible motivo de recelo ante la denuncia es el temor a que no se le tome en serio o se le culpabilice. En ocasiones esto sucede por percibir la víctima que por sus características o las del agresor, como raza, tipo de relación, consumo de alcohol, se va a poner en tela de juicio su declaración (Rickert, Wiemann y Vaughan, 2005). Un ejemplo muy claro son las agresiones sexuales a prostitutas, las que suceden dentro del matrimonio o contra menores.

A veces lo que se quiere es evitar, al no denunciar, el estigma social de ser víctima de violencia sexual, ya que al ser un tipo de delito referente a la sexualidad del individuo, se trata de un aspecto sobre el cual persiste en nuestra sociedad el secreto, el miedo y las falsas creencias.

Como ya hemos comentado, a pesar del cambio de mentalidad que actualmente se está produciendo, persisten todavía prejuicios que hacen que las víctimas, y muchas veces en el caso de menores, sus familias, prefieran silenciar lo sucedido. En ocasiones, es el haber experimentado una reacción inadecuada, culpabilizándola o poniendo en duda los hechos, al revelar los hechos a familiares o allegados, lo que hace que la víctima que en principio decide desvelar lo sucedido finalmente no lo comunique a las autoridades. Otras veces se oculta lo ocurrido por el deseo de olvidar los hechos. Esta forma de afrontamiento evitativo de lo sucedido es muy común y será comentada con posterioridad.

También nos encontramos con el miedo a las represalias del agresor, ya que no hay que olvidar que la violencia sexual la comete una persona con una situación de superioridad, ya sea física, intelectual o socioeconómica, sobre otra que al haberse percibido en una o varias ocasiones indefensa, este sentimiento va a persistir, lo que podemos considerar como una indefensión permanente, y más aún si existen amenazas claras en relación al desvelamiento de los hechos. A la indefensión permanente, en ocasiones se suma la habituación, que en los abusos sexuales se ha denominado síndrome de acomodación al abuso (Summit, 1983), lo que, como consecuencia de una violencia sexual reiterada, puede impedir que la víctima rompa su silencio. Pero además el silencio puede partir de los deseos de la víctima por proteger a su agresor, dado que se ha establecido una vinculación perversa, en la que el agresor responsabiliza a la víctima de los hechos y de su situación posterior. Y también los deseos de proteger el orden familia y que no existan rupturas o conflictos familiares, en los casos de violencia sexual intrafamiliar, puede estar llevando a la víctima a ocultar su situación.

Pero existen otros motivos ajenos a la víctima, que influyen en la elevada cifra negra de la violencia sexual, tales como, el miedo en algunos profesionales y ciudadanos a las implicaciones que puede originar la denuncia, que gran parte de los procedimientos legales en este tipo de delitos no se finalizan por falta de pruebas o terminan con la absolución, o que muchos de los casos de violencia sexual se incluyen oficialmente en otros grupos de delitos y por tanto no aparecen en las estadísticas oficiales como delitos contra la libertad sexual.

En cuanto a la magnitud de la cifra negra en los delitos de agresión sexual/violación, Rusell (1982; en Soria y Hernández, 1994) comprobó que tan sólo el 8% de las víctimas de agresión o abuso sexual, detectadas en una muestra de 930 mujeres de San Francisco, habían denunciado los hechos. Por su parte Carrobbles (1985; en Aragón, 1994) establece que la relación entre violaciones reales y denunciadas es de 5 a 10 casos reales por cada caso que se denuncia, mientras que Kilpatrick et al. (1987) lo sitúan entre 3 y 5 victimizaciones por cada caso denunciado.

Con respecto la violencia sexual contra menores, Rusell (1984; en Fariña y Arce, 1995) estudió 647 casos de abuso sexual a menores, de los cuales sólo un 5 por ciento habían sido denunciados. Besten (1997) recoge los resultados de diversos estudios sobre los casos desconocidos de violencia sexual contra menores y describe cómo los expertos en la materia consideran que por cada caso conocido existen hasta 20 casos más que no constan como violencia sexual o simplemente se desconocen. Otros autores como Mrazek, Lynch y Bentovim (1983; en Glaser y Frosh, 1997) realizaron una encuesta entre 1599 profesionales de Estados Unidos relacionados con la detección

del abuso sexual, dando como resultado la identificación de un total de 1072 casos en los años 1977 y 1978, lo cual indicaría una incidencia de 1500 casos por año, pero, claro está, tan sólo se refieren a casos identificados por profesionales. En cuanto al incesto Urra (2003) manifiesta que se calcula que se denuncian tan sólo el 10 ó 15% de los casos.

Pero hay que ser optimistas al respecto y contemplar el aumento del número de denuncias de este tipo de delitos en los últimos años (Lamb, 1994; Echeburúa et al., 1995) como el reflejo de un cambio en nuestra sociedad que cada vez se encuentra más informada y sensibilizada. Un ejemplo del esfuerzo que desde hace décadas se ha comenzado a poner en práctica, es el estudio realizado por Wild (1986) en el que analizó durante seis años los casos de violencia sexual contra menores detectados por pediatras en Leeds (Inglaterra), y comprobó que el aumento era significativo pasando de ninguna derivación en 1979, a 50 en 1984 y 161 en 1985. Además, este autor pone de relieve la necesidad de que pediatras y psiquiatras infantiles cuenten con protocolos de detección adecuados y se interviniese para que no sólo salgan a la luz los casos que se dan en entornos desfavorecidos.

A parte del gran problema de la cifra negra en cuanto a las estadísticas oficiales, debemos resaltar otras dificultades con las que nos encontramos cuando se intenta buscar datos semejantes que den una visión global y coherente. Estos problemas se relacionan con la metodología empleada por los investigadores a la hora de llevar a cabo sus estudios y explica gran parte de las diferencias de resultados entre unas investigaciones y otras. En primer lugar, como ya hemos comentado en el capítulo dedicado a la conceptualización, el uso de diferentes definiciones de la problemática a estimar tiene como consecuencia grandes discrepancias en las cifras (Lameiras, 2002). Según un estudio sobre algunos de los principales problemas para estimar la incidencia y prevalencia del abuso sexual, realizado por Goldman y Padayachi (2000), los puntos más conflictivos a la hora de comparar definiciones empleadas en las investigaciones fueron la inclusión o no de actos sexuales sin contacto físico, de experiencias sexuales consentidas, y el establecimiento de una diferencia de edad entre la víctima y el agresor que diferencie la violencia sexual de contactos sexuales entre iguales. Otro de los motivos de variación en los resultados de las investigaciones estudiados por estos autores fue el momento histórico en el que se realiza la obtención de los datos. Este aspecto resulta de gran importancia en el caso de la violencia sexual, ya que tanto la publicidad como el trato que desde la jurisdicción o desde la moral social imperante se dé a este fenómeno repercuten de forma importante en la detección de nuevos casos.

La misma variedad se detecta si analizamos los criterios empleados para seleccionar la muestra, tanto por el tamaño, las diferencias culturales, como por el

método en sí de selección (Lameiras, 2002). Las técnicas de selección de las muestras más utilizadas son: la selección al azar, las que emplean muestras de estudiantes, y las que utilizan voluntarios. Goldman y Padayachi (2000) encontraron que los estudios sobre violencia sexual contra menores que utilizan muestras de estudiantes obtenían prevalencias más bajas, en torno a un 15%, mientras que los que empleaban muestras de la población general señalaban prevalencias de casi un 50%. Hay que tener en cuenta que las muestras de estudiantes están excluyendo los casos de menores o adultos no escolarizados o que no continúan sus estudios, los cuales pueden sufrir otras situaciones que incrementen su vulnerabilidad.

La diversidad de formas de recoger los datos también repercute en las diferencias de resultados. Los autoinformes tienen como ventaja el anonimato, mientras que las entrevistas personales favorecen la empatía y por consiguiente la revelación de experiencias de abuso o agresión sexual, pero son más costosas que las encuestas telefónicas, las que sin embargo pierden cierto nivel de intimidad (Lameiras, 2002). De los tres sistemas más utilizados, entrevistas cara a cara, autoinformes de victimización o encuestas telefónicas, es el primero el que según Goldman y Padayachi (2000) muestra menos dificultades a la hora de estimar de manera más fidedigna la prevalencia de la violencia sexual, aunque también se tiene que tener en cuenta el efecto del paso del tiempo en la información que se aporta sobre la violencia sexual vivida (Aalsma, et al., 2002).

II. 2. CIFRAS DE LA VIOLENCIA SEXUAL: INCIDENCIA Y PREVALENCIA

Podemos afirmar que la gran mayoría de autores que han investigado sobre la violencia sexual coinciden en la gravedad y extensión del problema. Como ya se ha comentado, las distintas cifras que se recogen en estudios oficiales o en investigaciones de carácter científico deben interpretarse con precaución y teniendo en cuenta todas las dificultades anteriormente enumeradas. A continuación se presentan datos sobre la prevalencia e incidencia de este tipo de violencia, deteniéndonos sobretodo en los datos más recientes y los obtenidos en España, para tener una visión más realista y adecuada a nuestro medio.

II. 2. 1. Incidencia

En nuestro país se comenzaron a registrar estadísticas criminales en 1960, cuando la entonces denominada Comisaría General de Investigación Criminal, confeccionó una Memoria Anual de Estadística Criminal. Si deseamos analizar la evolución de los datos oficiales sobre la violencia sexual en España debemos tomar

como punto de partida el año 1964 ya que es cuando la Policía comienza a disponer de datos más homogéneos. Por su parte, en la Guardia Civil no existían datos estadísticos sobre la delincuencia detectada hasta que en 1987 se pone en marcha el Plan Estadístico de Seguridad, y en ese mismo año se comienza a utilizar en el Cuerpo Nacional de Policía los medios informáticos para la recogida de datos. A través de estas fuentes, Gándara (1996) lleva a cabo un análisis estadístico de la criminalidad sexual violenta en España y aporta interesantes datos que recopilamos en las tablas 1, 2 y 3.

Al observar la incidencia de los delitos contra la libertad sexual (tabla 1), comprobamos que el crecimiento es constante, duplicándose desde 1.964 a 1.993 los casos conocidos de delitos contra la libertad sexual, y específicamente multiplicándose por casi doce veces el delito de violación.

**Tabla 1. DELITOS CONTRA LA LIBERTAD SEXUAL
CONOCIDOS EN ESPAÑA (1.964-1.993)**

AÑO	LIBERTAD SEXUAL	VIOLACIONES
1.964	2.481	109
1.965	2.999	109
1.966	2.732	85
1.967	2.372	128
1.968	2.328	118
1.969	2.234	100
1.970	2.390	187
1.971	2.568	200
1.972	2.641	159
1.973	2.600	191
1.974	3.097	218
1.975	2.676	226
1.976	2.967	267
1.977	2.822	369
1.978	2.974	409
1.979	2.986	465
1.980	4.030	865
1.981	4.299	964
1.982	3.973	921
1.983	3.861	1.087
1.984	4.028	1.166
1.985	4.279	1.186
1.986	4.464	1.228
1.987	4.776	1.360
1.988	4.790	1.361
1.989	4.692	1.366
1.990	4.367	1.382
1.991	4.678	1.490
1.992	4.516	1.262
1.993	4.810	1.234

Fuente: Gándara (1996).

Se recogen datos de la Comisaría General de Policía Judicial.

Si se comparan los delitos contra la libertad sexual conocidos en España entre los años 1.987 y 1.993, con los esclarecidos en ese mismo periodo de tiempo, vemos que las dificultades para la investigación y esclarecimiento de los hechos siguen manifestándose (tabla 2), (Gándara, 1996).

Tabla 2. DELITOS CONTRA LA LIBERTAD SEXUAL EN ESPAÑA. CONOCIDOS-ESCLARECIDOS (1987-1993)

	1.987	1.988	1.989	1.990	1.991	1.992	1.993
Delitos conocidos	5.901	5.829	5.782	5.436	5.890	5.736	6.178
Delitos esclarecidos	3.722	3.822	3.737	3.594	3.821	4.173	4.410

Fuente: Gándara (1996).

Se recogen datos del Cuerpo Nacional de Policía, Guardia Civil.

En esta tercera tabla se recogen datos de los distintos tipos de delitos contra la libertad sexual conocidos entre los años 1.987 y 1.993 en nuestro país, dándose los mayores índices en los delitos de violación y agresión sexual, lo cual muestra cómo los delitos de más fácil conocimiento o ante los cuales la sociedad estaba más sensibilizada en aquella época, eran finalmente los más detectados.

Tabla 3. TIPO DE DELITOS CONTRA LA LIBERTAD SEXUAL CONOCIDOS EN ESPAÑA (1987-1993)

TIPO DE DELITO	CONOCIDOS	%
Violación	12.112	29,72
Agresión sexual	16.688	40,85
Exhibicionismo/provocación sexual	7.209	17,69
Estupro	630	1,55
Incesto	91	0,22
Corrupción de menores	714	1,75
Rapto	1.181	2,90
Proxenetismo	737	1,81
Trata de blancas	65	0,16
Otros	1.325	3,25
Total	40.752	100

Fuente: Gándara (1996).

Se recogen datos del Cuerpo Nacional de Policía, Guardia Civil.

En la tabla 4 se compara la incidencia de las agresiones sexuales con y sin penetración, y abusos sexuales con y sin penetración en los años 1.998, 1.999 y 2000, y se observa un descenso gradual en el caso de las agresiones sexuales con y sin penetración, y en los abusos sexuales con penetración, sin embargo incrementaron los casos de abusos sexuales sin penetración. Nosotros consideramos que esta diferencia se puede deber a que los abusos sexuales sin penetración son mucho más difíciles de

detectar pero a lo largo de estos últimos años, los especialistas cada vez ofrecen más información e instrumentos que facilitarán la detección y comprobación de este tipo de casos.

Tabla 4. INCIDENCIA DE DELITOS CONTRA LA LIBERTAD E INDEMNIDAD SEXUAL EN ESPAÑA (1998-2000)

	1998	1999	2000	INCREM. 98-00
Agresiones sexuales con penetración	1.325	1.126	1.265	-4,53%
Agresiones sexuales sin penetración	2.808	2.739	2.496	-11,11%
Total agresiones sexuales	4.133	3.865	3.761	-9%
Abusos sexuales con penetración	143	166	137	-4,20%
Abusos sexuales sin penetración	1.728	1.825	1.766	2,20%
Total abusos sexuales	1.871	1.991	1.903	1,71%
Total delitos sexuales	7.755	7.563	7.276	-6,18%

Fuente: Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia a partir del Ministerio del Interior (2002). Se recogen datos del Cuerpo Nacional de Policía, Guardia Civil y Policía Autónoma Vasca.

Por otro lado, en el informe del Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia se compararon datos obtenidos entre los años 1997 al 2001 (tabla 5) sobre los delitos de abuso, acoso y agresión sexual, y observamos que fue en los años 1998 y 1999 cuando mayor número de delitos de este tipo se detectó.

Tabla 5. DELITOS SEXUALES CONOCIDOS EN ESPAÑA (1997-2001)

	ABUSO SEXUAL	ABUSO SEXUAL CON PENETRACIÓN	ACOSO SEXUAL	AGRESION SEXUAL	AGRESION SEXUAL CON PENETRACIÓN	TOTAL
1997 (1)	1.504	138	374	2.548	1.083	5.647
1998 (2)	1.644	142	433	2.679	1.279	6.177
1999 (3)	1.727	162	362	2.581	1.082	5.914
2000 (4)	1.675	128	348	2.371	1.228	5.750
2001 (4)	1.685	163	364	2.231	1.219	5.662

Fuente: Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia a partir de los datos facilitados por el Ministerio del Interior (2002). Nota: A partir del año 2002, en el País Vasco, Girona y Lleida sólo se incluyen datos en relación con las denuncias presentadas ante los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado.

(1) No se incluyen datos del País Vasco; (2) No se incluyen datos del País Vasco ni de Girona; (3) No se incluyen datos del País Vasco y Girona, referidos a todo el año, ni de Lleida desde noviembre. (4) No se incluyen datos del País Vasco, Girona y Lleida.

En la tabla 6 se presentan datos facilitados por el Ministerio del Interior sobre delitos de abuso, acoso y agresión sexual, acumulados en el 2002 hasta septiembre, por Comunidades Autónomas. Las Comunidades de Madrid, la Comunidad Valenciana, Cataluña y Andalucía fueron donde se detectaron mayor número de casos, y Melilla, Ceuta y La Rioja, donde menos delitos de este tipo se detectaron. La agresión sexual sin penetración y el abuso sexual sin penetración fueron los delitos que en mayor número de casos fueron detectados.

Tabla 6. DELITOS SEXUALES CONOCIDOS EN ESPAÑA (Año 2002: Acumulado hasta septiembre)

	ABUSO SEXUAL	ABUSO SEXUAL CON PENETRACIÓN	ACOSO SEXUAL	AGRESIÓN SEXUAL	AGRESIÓN SEXUAL CON PENETRACIÓN	TOTAL
Total Nacional	1.356	98	261	1.822	1.055	4.592
Andalucía	256	18	43	267	171	755
Aragón	32	1	4	46	38	121
Asturias	31	1	5	39	13	89
Baleares	67	7	21	78	37	210
Canarias	129	12	29	139	100	409
Cantabria	14	0	2	13	15	44
Castilla y León	62	4	8	73	34	181
Castilla-La Mancha	38	0	7	47	39	131
Cataluña	144	16	26	256	142	584
C. Valenciana	181	18	33	241	141	614
Extremadura	30	1	3	20	22	76
Galicia	52	3	9	93	33	190
Madrid	192	10	50	275	189	716
Murcia	44	2	6	68	36	156
Navarra	13	2	2	19	7	43
País Vasco	49	2	11	114	15	191
La Rioja	7	1	0	16	11	35
Ceuta	12	0	2	8	3	25
Melilla	3	0	0	10	9	22

Fuente: Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia a partir de los datos facilitados por el Ministerio del Interior (2002).

Nota: En el País Vasco, Girona y Lleida sólo se incluyen datos en relación con las denuncias presentadas ante los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado.

Los datos más recientes de los que disponemos en nuestro país son los reflejados en el Anuario Estadístico del Ministerio del Interior, referido al año 2006 (Ministerio del Interior, 2007). Se comprueba (tabla 7) que la evolución de este tipo de delitos es creciente, y se aprecia, comparando con los datos de la tabla 3, que en los últimos años dicho aumento de casos es más claro, pasando en casi diez años de 6.963 casos a 8.188. Según este informe, el número de delitos contra la libertad e indemnidad sexual detectados en 2006 por la Guardia Civil, Policía Nacional y Policía Autónoma Vasca, es de 8.376 consumados y 146 en grado de tentativa, con un total de 4.886 detenciones de hombres y 292 mujeres.

Tabla 7. DELITOS CONTRA LA LIBERTAD E INDEMNIDAD SEXUAL EN ESPAÑA (1997-2006)

	1.997	1.998	1.999	2.000	2.001	2.002	2.003	2.004	2.005	2.006
Delitos conocidos	6.963	7.418	7.198	6.964	6.907	7.115	7.234	8.025	8.657	8.188

Fuente: Ministerio del Interior (2007)

En la tabla 8 se presentan el desglose por tipo de delito, donde se aprecia que la agresión sexual sin penetración, seguido del abuso sexual, fueron los dos delitos contra la libertad e indemnidad sexual más frecuentes en 2006, siendo en la mayoría de los casos delitos consumados y cometidos por hombres.

Tabla 8. TIPO DE DELITOS CONTRA LA LIBERTAD E INDEMINIDAD SEXUAL EN ESPAÑA (2006)

	CONOCIDOS			DETENCIONES		
	TOTAL	Consumados	Tentativa	TOTAL	Hombres	Mujeres
AGRESIÓN SEXUAL	2.468	2.354	114	1.430	1.407	23
AGRESIÓN SEXUAL CON PENETRACIÓN	1.481	1.480	1	975	964	11
ABUSO SEXUAL	2.182	2.156	26	1.161	1.146	15
ABUSO SEXUAL CON PENETRACIÓN	258	258	0	170	170	0
ACOSO SEXUAL	409	406	3	134	133	1
EXHIBICIONISMO	644	644	0	335	326	9
PROVOCACIÓN SEXUAL	73	73	0	16	16	0
CORRUPCIÓN DE MENORES	206	204	2	165	142	23
COACCIÓN/LUCRO POR PROSTITUCIÓN	395	395	0	548	349	199
PORNOGRAFÍA DE MENORES	406	406	0	244	233	11
TOTAL	8.522	8.376	146	5.178	4.886	292

Fuente: Ministerio del Interior (2007)

Tras presentar estos datos sobre la violencia sexual en general, a continuación se muestran datos de incidencia en primer lugar referidos específicamente a las agresiones sexuales y en un segundo subapartado los referidos a los abusos sexuales.

II. 2. 1. 1. Las agresiones sexuales

La mayoría de los estudios sobre la incidencia de las agresiones sexuales se centran en poblaciones de riesgo como son adolescentes o estudiantes universitarias. Así, estudios como el llevado a cabo por Vicary, Klingaman y Harkness (1995) analizaron la incidencia de agresiones sexuales y violaciones en citas o por novios en una población rural de chicas adolescentes, durante cuatro años. Estos investigadores comprobaron que un 23% de la muestra manifestaba haber sufrido alguna forma de violencia sexual, reduciéndose esta cifra al 15% cuando se refería específicamente a casos de violación.

Según el FBI y sus Uniform Crime Reports, hasta el año 1980 se observó un aumento llamativo de casos de violación en los Estados Unidos, detectándose ese año una incidencia del 71 por 1000 mujeres, descendiendo posteriormente y volviendo en 1989 ha observarse una incidencia semejante a la de 1980. Pero estos datos los considera poco realista Koss (1990; en Marshall, 2001) quien manifiesta que anualmente el número de casos de violación podía llegar hasta dos millones de casos en Estados Unidos.

En el caso de las agresiones sexuales, cuando el método de obtención de la información fueron las encuestas de victimización, se llega a conocer mejor qué tipo de violencia sexual es más frecuente, aunque muchas víctimas de agresiones más graves niegan o evitan hacer alusión a dicha experiencia, como mecanismo defensivo (Garrido, Stangeland y Redondo, 1999). Esto se comprueba observando los resultados obtenidos por estos autores a partir de 1800 mujeres entrevistadas en Málaga en 1995, se llegó así a la detección de 28 casos de agresiones sexuales pero ninguna violación consumada. También mediante encuestas de victimización llevadas a cabo con adultos entre 2001 y 2003 en Estados Unidos, Basile et al. (2007) detectaron que uno de cada 59 adultos, es decir, 2,7 millones de mujeres y 978.000 hombres, confirmaron haber sufrido en el último año algún episodio de contacto sexual no deseado.

A través de estos estudios algunos autores han llegado a predecir la probabilidad de ser víctimas de una agresión sexual. Por ejemplo Kilpatrick y Best (1990; en Marshall, 2001) consideran que el 25% de las mujeres en Estados Unidos sufrirán alguna vez en su vida una agresión sexual.

II. 2. 1. 2. Los abusos sexuales

Al analizar las investigaciones sobre epidemiología de la violencia sexual, comprobamos que en el campo de los abusos sexuales se realizan mayor número de estudios que en el de las agresiones sexuales, pero hay que tener en cuenta que muchas ocasiones bajo el término abuso sexual se están refiriendo a violencia sexual contra menores.

Según un informe de la American Humane Association (1988; en Salter, 1992), de 1976 a 1986 se produjo un incremento del 2000% de casos de abuso sexual infantil. Alrededor de este aumento de las cifras se ha creado un debate entre los expertos que consideran que realmente es un problema alarmante, y los que aseguran que cada vez existen más herramientas que facilitan la detección de estos casos y por eso se produce tal aumento. Sin embargo, algunos investigadores indican que en las

sociedades más avanzadas el número de casos de abuso sexual está comenzando a disminuir (Dunne et al., 2003).

Estados Unidos es uno de los países donde se han realizado mayor número y más potentes investigaciones sobre la epidemiología del abuso sexual. El Estudio Nacional de Incidencia (Cappelleri, Eckenrode y Powers, 1993; en Marsahll, 2001) analizó informes de profesionales que habían identificado casos de abuso sexual, finalmente se detectaron 133.619 menores que habían sufrido abuso sexual en 1986, una incidencia por tanto, del 2,11 por 1000 niños.

En la revisión realizada por Goldman y Padayachi (2000) de las investigaciones más importantes sobre la epidemiología de los abusos sexuales destacan trabajos como el realizado por Safarino en 1979 donde se estimaba que la incidencia nacional de los abusos sexuales a menores, detectados y no detectados, en Estados Unidos era de 336.000 casos al año. Otro de los trabajos mencionados por Goldman y Padayachi es el estudio nacional llevado a cabo en Estados Unidos por el National Centre on Child Sexual Abuse and Neglect o NNCAN (Centro Nacional sobre Abuso Sexual y Maltrato) en 1981, donde a través del total de casos de abuso sexual conocidos por los profesionales se estimó que cada año 44.700 menores sufrían esta forma de maltrato. Más recientemente, el U.S. Department of Health Services (2008), publicó los datos sobre la incidencia que diversas formas de maltrato tuvieron en los E.E.U.U. en 2006, señalando una mayor incidencia de casos de negligencia, concretamente 565.726 casos, 141.527 de maltrato físico, 133.976 de otras formas de maltrato, frente a 77.941 de violencia sexual, aunque ésta tenía mayor incidencia que el maltrato psicológico y médico.

Lameiras (2002) considera el estudio realizado por Finkelhor en 1997, como uno de los más rigurosos a la hora de establecer la incidencia de los abusos sexuales contra menores. En dicho estudio se entrevistó a 1000 madres y padres de menores de edad de Estados Unidos y se comprobó que el 1,9 por cien de los menores habían sufrido algún tipo de victimización sexual en el último año. Cortés y Cantón (2000) señalan el aumento considerable del número de denuncias de abuso sexual infantil en los países industrializados a lo largo de las últimas décadas, pasando en Estados Unidos de 325.000 denuncias en 1985 a medio millón en 1992.

En nuestro país se han llevado a cabo diversos estudios que reflejan la incidencia del abuso sexual así como otras formas de maltrato en las diferentes Comunidades Autónomas. Inglés (1995), informa de unos 7590 casos de maltrato a menores en Cataluña, de los cuáles el 2,8 % de los casos eran de abuso sexual. En Andalucía Moreno et al. (1995) estudiaron los datos relativos a la incidencia del abuso sexual

infantil durante el año 1992, concluyendo que la cifra ascendía a 171 casos, lo que supone un 3,6 % de los casos de malos tratos detectados.

En la tabla 9 se comparan la incidencias de las diferentes formas de maltrato en el año 1991 y el 2000.

Tabla 9. INCIDENCIA DE DIVERSAS FORMAS DE MALTRATO EN ESPAÑA

	1991	2000
Negligencia	78.5%	73%
Maltrato psíquico o emocional	43.6%	39%
Maltrato físico	27%	15%
Maltrato prenatal	3.1%	4%
Abuso sexual	2.1%	9%
Explotación laboral o mendicidad	9.3%	2%

Fuente: Horno, Santos y Molino (2001).

De una forma más global, la organización Save The Children (Horno, Santos y Molino, 2001) realizó un análisis en el que se contrastan cifras sobre distintas formas de maltrato detectado en varias Comunidades Autónomas (tabla 10) y observamos que en algunas de ellas no se dispone de cifras sobre la incidencia estimada del abuso sexual. Esto se debe principalmente a la antigua falsa creencia de que este tipo de maltrato es muy poco frecuente, y a la falta de información sobre el tema y por tanto la dificultad de los profesionales para detectarlo. El hecho de que para cada comunidad autónoma se utilice una fuente de información distinta impide establecer comparaciones concluyentes entre ellas.

Tabla 10. PORCENTAJES DE DETECCIÓN DE MALTRATO INFANTIL POR TIPOLOGÍA E INCIDENCIA ESTIMADA EN ESPAÑA

	CATALUÑA (1991)	CASTILLA Y LEÓN(1993) ²	ANDALUCÍA (1995)	EXPEDIENTES ESPAÑA(1995)	GUIPÚZCOA (1995) ¹
Negligencia	78,5%	92%	72,2%	79,1%	49,4%
Maltrato emocional	43,6%	82% 65% ³	45,4%	42,5%	17,4%
Maltrato físico	27%	31%	22%	30,1%	8,1%
Explotación laboral	9,3%	4%	9,4%	4,2%	0,5%
Mendicidad	-	-	14,3%	9,3%	1,2%
Corrupción	-	-	16%	4,2%	1,5%
Abuso sexual	2,8%	-	3,6%	4,2%	1,8%
Maltrato prenatal	3,1%	-	-	5%	-
Tasa de incidencia	5‰	11,5‰ ⁴	15‰	0,44‰	15‰
Número de casos	7.590	848	4.714	8.575	189

Fuente: Horno, Santos y Molino (2001).

1. Demanda potencial calculada a través de diferentes profesionales.

2. Se investigan aquí menores minusválidos a partir de los archivos de protección de menores.

3. Se distinguen una modalidad activa (abuso emocional 65%) y una modalidad pasiva (abandono emocional 82%).

4. Prevalencia de maltrato infantil en la población minusválida tutelada en Castilla y León.

En un estudio a nivel nacional, Saldaña, Jiménez y Oliva (1995), identifican 359 casos de abuso sexual infantil, lo cual suponían un total del 4,2% de los casos de maltrato. En el seguimiento de la detección de casos de maltrato infantil que se realizó en Cataluña, la única forma de maltrato que aumentó significativamente fue el abuso sexual infantil, que pasó de un 2,1% en 1988 al 9% en el año 1998 (Inglés, 1995). Como vemos la negligencia y el maltrato emocional y físico son las formas de maltrato más detectadas, ante lo cual debemos preguntarnos si estas cifras responden fielmente a una realidad o si se realmente reflejan la dificultad o falta de sensibilidad e información para detectar unas formas de maltrato u otros.

Afortunadamente hoy en día se están realizando en nuestro país importantes esfuerzos por conocer de forma más exhaustiva la situación real de la infancia en España, y así el Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia realizó el informe Maltrato infantil en la familia (2002). Esta investigación recopiló los datos más importantes sobre maltrato infantil intrafamiliar a través del estudio de 32.741 expedientes de protección de menores de las distintas Comunidades Autónomas. Lo relevante de este estudio es que los expedientes de protección de menores cuentan con información de muy diversas fuentes que van desde los servicios sociales, policía, juzgados, hasta el teléfono de atención al menor. Como se observa en la tabla 11, existen gran cantidad de casos en los que un menor sufre diversos tipos de maltrato, lo cual explica que la suma de los casos de los distintos tipos de maltratos supere al total de víctimas. La negligencia es la forma más común de maltrato, siguiendo en incidencia el maltrato emocional, el maltrato físico y por último el abuso sexual.

Tabla 11. INCIDENCIA DEL MALTRATO INFANTIL INTRAFAMILIAR POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS (1997/1998)

	MALTRATO EN GRAL.	MALTRATO FÍSICO	NEGLIGENCIA	MALTRATO EMOCIONAL	ABUSO SEXUAL
Andalucía	2.389	469	2.176	1.028	68
Aragón	272	27	245	48	9
Asturias	355	62	313	107	8
Baleares	332	47	234	142	19
Canarias	461	117	404	172	13
Cantabria	45	10	42	14	2
Cataluña	1.433	301	1.203	613	86
C. de Madrid	1.049	275	868	422	37
C. Valenciana	1.379	270	1.233	177	70
Extremadura	309	37	273	85	6
Galicia	731	126	613	191	22
J.C.C.M.	619	107	531	243	12
J.C.Y L.	628	98	572	266	6
La Rioja	64	15	52	15	2
Murcia	490	124	450	156	11
Navarra	118	26	86	54	3

País Vasco	372	87	249	176	21
Ceuta	50	13	46	21	0
Melilla	52	9	39	14	1
Total	11.148	2.220	9.629	3.944	396

Fuente: Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia a partir de datos propios del Programa Nacional de Epidemiología de la Violencia en el ámbito familiar (2002).

II. 2. 2. Prevalencia

Los estudios de prevalencia, al referirse al número de personas que han sufrido alguna vez en su vida violencia sexual en una determinada muestra, resultan muy dispares y difíciles de comparar. Pero este tipo de investigaciones nos ayudan a conocer qué poblaciones son más vulnerables a sufrir abuso/agresión sexual ya que informan sobre el porcentaje de cada población que ha sido, o informa haber sido victimizado. Muchos de estos estudios se realizan en poblaciones que se pueden considerar de riesgo, señalando el porcentaje que manifiesta haber sufrido violencia sexual.

A través de la comparación de los datos de prevalencia de un grupo con los de la población general se puede establecer si realmente se trata de grupos más vulnerables. Por ejemplo, en una investigación con mujeres atendidas en consulta médica primaria, se detectó que el 37% tenían antecedentes de violencia sexual en la infancia y el 29% lo habían sufrido en la edad adulta (Walker, et al., 1993), en una muestra de adolescentes de zonas rurales de Taiwan, un 2,5% habían sufrido algún tipo de victimización sexual (Yen, et al., 2008); en otra investigación se detectó el 59% en una muestra de hombres encarcelados habían sufrido algún tipo de victimización sexual antes de la pubertad (Johnson et al., 2006); y en una muestra de chicos de la calle de Tehran, el 20,9% habían sido agredidos/abusados sexualmente (Ahmadkhaniha et al., 2007). Otras veces se ha realizado dicha comparación analizando el porcentaje de víctimas que presentaban determinadas características y comparándolo con la distribución de esa característica en la población general. Así en se comprobó que de 40.430 casos de menores víctimas de violencia, aquellos que presentaban algún tipo de retraso presentaban en mayor proporción victimizaciones sexuales que los menores sin retraso (Hershkowitz, Lamb y Horowitz, 2007).

Algunos estudios han llevado a cabo su acercamiento a la violencia sexual analizando su incidencia en poblaciones clínicas estudiando pacientes con determinados tipos de cuadros psicopatológicos y comparando la frecuencia de antecedentes de violencia sexual con otro tipos de muestras, así como cotejando las características de los pacientes que poseían una historia de abuso sexual con las de pacientes sin dicha historia (Salter, 1992; Zlotnick, Mattia y Zimmerman, 2001).

Diversos estudios con poblaciones clínicas indican que una historia de abuso sexual correlaciona con síntomas como: Comportamientos sexuales compulsivos, dependencia a fármacos, fantasías sexuales sadomasoquistas, problemas de identidad sexual, fatiga crónica, y bajo interés en el sexo (Craine et al., 1988; en Salter 1992). En general se ha comprobado que la prevalencia de la violencia sexual y específicamente del incesto, ha mostrado ser muy alta en muestras clínicas (Salter, 1992).

Los datos sobre la prevalencia de la violencia sexual en general, indican que a lo largo de la vida este tipo de experiencias son mucho más habituales de lo que se cree. En un reciente estudio llevado a cabo en los Estados Unidos, se estimó que uno de cada 15 adultos, lo que corresponde a 11,7 millones de mujeres y 2,1 millones de hombres, han sido victimizados sexualmente alguna vez en su vida, siendo a los 17 años o antes en el 69,2% de los hombres y el 60,4% de las mujeres (Basile et al., 2007).

Al contemplar los datos referidos a nuestro país, que el Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia (2002) aporta a partir información del Ministerio del Interior en relación a la prevalencia de delitos contra la libertad e indemnidad sexual por cada 1.000 habitantes desde 1998 hasta el año 2000 (tabla 12), se observa un incremento en la detección del abuso sexual y una disminución en el caso de las agresiones sexuales.

Tabla 12. PREVALENCIA EN ESPAÑA DE DELITOS CONTRA LA LIBERTAD E INDEMNIDAD SEXUAL POR CADA 1.000 HABITANTES (1998-2000)

	1998	1999	2000	INCREM. 98-00
Agresiones sexuales	0,103	0,095	0,091	-11,65%
Abusos sexuales	0,047	0,049	0,046	1,71%
Total delitos contra la libertad e indemnidad sexual	0,19	0,18	0,17	-10,53%

Fuente: Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia a partir del Ministerio del Interior (2002). Se recogen datos del Cuerpo Nacional de Policía, Guardia Civil y Policía Autónoma Vasca.

II. 2. 2. 1. Las agresiones sexuales

Veamos más detenidamente los datos respecto a la prevalencia específicamente de las agresiones sexuales en distintas muestras. De los primeros estudios llevados a cabo, destacamos el realizado por Kilpatrick (1983; en Alario, 1993), quien teniendo en cuenta los 75 millones de mujeres adultas americanas que había en 1980, estimó que 3.750.000 habían sido víctimas de violación en algún momento de su vida.

Otro estudio pionero, elaborado en el ámbito anglosajón, es el realizado por Rusell en 1982 (en Soria y Hernández, 1994), en el que a través de una encuesta a 930

mujeres de San Francisco descubrió que el 19% aseguraba haber sufrido una violación extramatrimonial y el 31% haber sufrido abusos sexuales. Por su parte en el estudio efectuado por Koss, Gidycz y Wisniewski en 1987 (en Marshall, 2001) se comprobó sorprendentemente que en una muestra de 3.187 universitarias más de la mitad afirmaban haber sufrido alguna forma de violencia sexual después de cumplir 14 años, y el 76 por 1.000 aseguró haber sufrido alguna agresión sexual o intento en su último año de vida.

Conforme pasa el tiempo este tipo de estudios va siendo metodológicamente más exigente, como por ejemplo el realizado por Schubot (2001) quien dirigió una investigación en el Estado de Dakota del Sur, cuyo propósito era determinar la prevalencia de agresiones sexuales puntuales en una muestra chicas de estudiantes de secundaria durante los años 1993, 1995 y 1997. En estos años se administraba en los centros educativos una encuesta sobre conductas de riesgo que incluía un ítem sobre agresiones sexuales sufridas. En la tabla 13 se presentan los resultados obtenidos. El autor considera que las deficiencias de la encuesta impiden encontrar explicaciones adecuadas que relacionen la prevalencia de las agresiones sexuales con la experiencia sexual previa.

Tabla 13. PREVALENCIA AGRESIONES SEXUALES PUNTUALES EN DAKOTA DEL SUR (EE.UU.)

	1993	1995	1997
Agresiones sexuales puntuales	14,9%	11,8%	11,8%
% de las víctimas con experiencia sexual previa no abusiva	90%	80,7%	77,5%

Fuente: Schubot (2001).

Por países Carrobles (1987; en Alario, 1993) recoge que en Estados Unidos un 36 por 100.000 de las mujeres habían sufrido agresiones sexuales, en Turquía un 14, en Japón un 12, en Polonia un 7, en Inglaterra un 3 y en Noruega un 1%.

Dowdeswell (1987; en Vázquez, 1995) señala que a través de una encuesta realizada en el Reino Unido sobre experiencias de agresión sexual, se detectaron 1.500 casos de violación en 1984, siendo el 12% de las mujeres y el 8% de los hombres los que manifestaron haber sufrido este tipo de experiencias antes de los 16 años.

En una investigación desarrollada por el Departamento de Justicia de los EE.UU. (Fishen, Cullen y Turner, 2000), se analizó la prevalencia de victimizaciones sexuales que iban desde la violación a recibir llamadas o comentarios obscenos, en una muestra nacional de 4446 estudiantes universitarias. Según este estudio, más de la mitad de las jóvenes habían recibido comentarios sexistas, el 48,2% habían recibido comentarios

desagradables de tipo sexual sobre su apariencia o sonidos sexuales, el 21,9% fueron objeto de llamadas o mensajes obscenos, el 6% habían sido expuestas a imágenes pornográficas de forma involuntaria, el 5% habían sufrido algún episodio de exhibicionismo, el 2,8 % habían sufrido una agresión sexual y el 2,4% habían sido expiadas estando desnudas.

A pesar de esta gran variabilidad de datos, muchas investigaciones sugieren que entre el 13 y el 25% de las mujeres sufren agresiones sexuales, siendo el porcentaje mucho más bajo para los hombres, entre un 0,6 y un 7,2% (Elliott, Mok y Briere, 2004).

II. 2. 2. 2. Los abusos sexuales

Al igual que sucede en los estudios de incidencia, existen mayor número de investigaciones de prevalencia referida a los abusos como forma de violencia sexual, aunque en algunos casos realmente se refieran a casos de violencia sexual contra menores. Esto puede verse ilustrado a través del análisis realizado por Salter (1992) sobre los estudios más relevantes que hasta el momento se habían hecho sobre el tema. En la recopilación de los resultados que lleva a cabo, se observa, como anteriormente hemos señalado, que las cifras bailan según los criterios que se tienen en cuenta para considerar que existe abuso sexual (tabla 14).

Tabla 14. ESTUDIOS SOBRE LA PREVALENCIA DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL EN MUESTRAS PROCEDENTES DE LA POBLACION GENERAL

Autor/es y año	N	Definición de abuso sexual	Edad víctima	%Mujeres	%Hombres
Badgley, 1984	1006 hombres	Conductas con contacto físico no deseadas	<16 años	15	6
	1002 mujeres	Conductas con y sin contacto físico no deseadas	<18años	22	9
			<16 años	25	10
			<18años	34	14
Bagley & Ramsay, 1986	377 mujeres	Diferencia de edad o conductas con contacto físico no deseadas	<16 años	22	
Finkelhor, 1984	334 mujeres 187 hombres	Diferencia de edad y autodefinirlo como abuso	<16 años	15	6
Kercher & McShane, 1984	593 mujeres 461 hombres	Definición vaga, autodefinirlo como abuso e incluye sólo ccon contacto físico no deseadas	Infancia	11	3
Kilpatrick, 1986	501 mujeres	Experiencias sexuales en la infancia	<15	24	
Timnick, 1985	1374 mujeres 1252 hombres	Autodefinirlo como abuso	Infancia	27	16

Murphy, 1987	402 mujeres 357 hombres	Agresor adulto e incluye sólo conductas con contacto físico no deseadas	<18 años	12	3
		Diferencia de edad o conductas sólo con contacto físico no deseadas	<14 años <18 años	28 38	
Russell, 1984	930 mujeres	Diferencia de edad o conductas con y sin contacto físico no deseadas	<14 años <18 años	48 54	
Wyatt, 1985; Wyatt & Peters, 1986	248 mujeres	Diferencia de edad o conductas con y sin contacto físico no deseadas con coerción	<18 años	62	
		Diferencia de edad o conductas solo con contacto físico no deseadas con coerción	<18 años	45	

Fuente: Salter (1992)

En Canadá se llevó a cabo un estudio por el Comité sobre Delitos Sexuales contra los Niños y los Jóvenes (Committee on Sexual Offenses against Children and Youth, 1984; en Marshall, 2001), que mediante encuestas obtuvo resultados que indicaban que la mitad de las mujeres y la tercera parte de los hombres habían sufrido alguna vez abusos sexuales, produciéndose en más de un 80% de los casos antes de que la víctima tuviera la mayoría de edad, estando en la prepubescencia en el momento del abuso el 70% de los chicos y el 62% de las chicas. En el ámbito anglosajón Baker y Duncan (1985) publicaron una investigación de gran calidad desarrollada en Gran Bretaña a través del análisis de entrevistas sobre experiencias de abuso sexual a 2019 hombres y mujeres mayores de quince años seleccionados mediante un muestreo representativo. El 10% de la muestra, es decir 206 personas, afirmaron haber sufrido este tipo de violencia sexual antes de los 16 años, lo cual hace que estos autores sugirieran que más de 4.500.000 de adultos en Gran Bretaña podían haber sufrido abusos sexuales en su infancia, y que 1.117.000 niños lo sufrirán antes de cumplir los 15 años.

Una década más tarde, en los 90, destacamos diversos trabajos, como el realizado por Finkelhor (1994) sobre abusos sexuales, donde se analizan investigaciones llevadas a cabo en 21 países, incluyendo España. Se extrae de ese estudio la gravedad y extensión del problema, siendo las mayores prevalencias de un 27% en mujeres y 16% en hombres en Estados Unidos, y de un 22,5% en mujeres y 15% en hombres en España, pero hay que tener en cuenta las limitaciones que pueden existir y que mencionamos con anterioridad. Pocos años más tarde, Fleming, (1997) en Australia, detectó que entre el 15 y 30% de las mujeres y del 5 al 15% de los hombres sufrieron durante su infancia alguna forma de contacto sexual no deseado, pero que

tan sólo el 10% lo revelaron. En otro estudio realizado por Gorey y Leslie (1997) tras llevar a cabo una revisión de los últimos estudios elaborados desde los años setenta a los noventa en Norteamérica, y después de controlar la variable tipo de definición de abuso sexual, excluyendo las más amplias, encontraron que la prevalencia del abuso sexual infantil observada no varió significativamente a lo largo de las tres décadas revisadas, y obtuvieron como prevalencia del abuso sexual el 22,3% en las mujeres y el 8,5% en los hombres. También en Estados Unidos, Molnar, Buka y Kessler (2001) analizaron de forma retrospectiva las manifestaciones que 5877 adultos daban respecto a haber sufrido o no violencia sexual antes de los 18 años. Estos investigadores encontraron que el 13,5% de las mujeres y el 2,5% de los hombres comunicaron este tipo de antecedentes. En otro estudio con una muestra de más de 17.000 adultos, y también retrospectivamente, Dong et al. (2003) comprobaron que el 25% de las mujeres y el 16% de los hombres manifestaron haber sufrido abusos sexuales en su infancia.

Por otra parte, en el ámbito latinoamericano, la Federación Internacional de Planificación de la Familia (1992), realizó un informe sobre la situación en Latinoamérica respecto a los abusos sexuales, donde se recogen los datos aportados desde los distintos países que la componen. Se menciona en dicho informe, que en Costa Rica, se detectó a través de un estudio realizado por la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Costa Rica, que cerca del 30% de una muestra de jóvenes universitarios habían sufrido abusos sexuales en su niñez. También se describe una investigación realizada en Chile, donde se comprobó que el 57% de las víctimas de violación tenían edades comprendidas entre los 5 y los 15 años. Por otra parte, se recogen datos de 1997 de la Comisaría de la Mujer en Ecuador, los cuales describen que en dicho país el 76% de los casos detectados de abuso sexual afectaban a niñas, quedando el 25% de las víctimas embarazadas como consecuencia de la agresión, y el 85% de los agresores eran conocidos por la víctima. Una investigación en Jamaica con una población de 450 escolares con edades entre 13 y 14 años detectó que un 13% había sufrido intento de violación. En México se llevaron a cabo en 1997 aproximadamente 25.000 denuncias por maltrato infantil siendo la principal causa el abuso sexual. Y según los datos judiciales, en Nicaragua del total de denuncias por violencia sexual, el 94,7% eran niñas. Si observamos las estadísticas que este informe de la Federación Internacional de Planificación de la Familia ofrece en torno a la explotación sexual las cifras resultan todavía más escalofriantes. Por ejemplo, en Bogotá en una investigación realizada en 1994 se comprobó que entre 5.000 y 7.000 niñas y adolescentes ejercían la prostitución. En Costa Rica se encontró que un 80% de los menores que se prostituían habían sufrido abusos sexuales antes de los 12 años. Y un informe de la Fundación Institucional de Capacitación e Investigación y del Centro de Investigación Social, Formación y Estudios de la Mujer de Venezuela, llevado a cabo

en 1994 con el apoyo de Unicef, estimó que cerca de 40.000 niños y niñas se prostituían en dicho país.

En España, cabe destacar el estudio dirigido por López (1996) donde se estima que en general, el 23% de las niñas y un 15% de los niños sufren abusos sexuales antes de los 17 años. Pero sobre los resultados obtenidos en este trabajo hay que tener en cuenta la amplitud del concepto de abuso sexual que maneja y que se trata de reportes de los propios sujetos, por lo que hay que contar con posibles falsos positivos. También en nuestro país, en el estudio realizado por el Centro Reina Sofía (2002) se recopilaron datos sobre la prevalencia entre 1997 y 1998 de diversas formas de maltrato intrafamiliar en cada Comunidad Autónoma (tabla 15). Se comprueba que de nuevo las tasas de prevalencia del abuso sexual infantil son en todas las Comunidades Autónomas las más bajas en relación con otras formas de maltrato, y que es en Baleares (0,60), la Comunidad Valenciana (0,44), Cataluña (0,39), y el País Vasco (0,31), donde las prevalencias son más altas, y en Ceuta (0), Castilla y León (0,07), Cantabria (0,11) y Navarra (0,16), donde se obtuvieron cifras más bajas.

Tabla 15. PREVALENCIA DEL MALTRATO INFANTIL INTRAFAMILIAR POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS (1997/1998)

	MALTRATO EN GRAL.	MALTRATO FÍSICO	NEGLIGENCIA	MALTRATO EMOCIONAL	ABUSO SEXUAL
Andalucía	7,06	1,38	6,43	3,04	0,20
Aragón	6,85	0,68	6,19	1,21	0,23
Asturias	10,69	1,87	9,42	3,22	0,24
Baleares	10,50	1,49	7,40	4,49	0,60
Canarias	6,42	1,63	5,63	2,40	0,18
Cantabria	2,41	0,53	2,25	0,75	0,11
Cataluña	6,50	1,37	5,46	2,78	0,39
C. de Madrid	5,46	1,43	4,51	2,19	0,19
C. Valenciana	8,60	1,68	7,69	1,10	0,44
Extremadura	6,56	0,79	5,80	1,80	0,13
Galicia	7,74	1,33	6,49	2,02	0,23
J.C.C.M.	8,62	1,49	7,39	3,38	0,17
J.C.Y L.	7,51	1,17	6,84	3,18	0,07
La Rioja	6,97	1,63	5,66	1,63	0,22
Murcia	9,53	2,41	8,75	3,03	0,21
Navarra	6,43	1,42	4,69	2,94	0,16
País Vasco	5,54	1,30	3,71	2,62	0,31
Ceuta	12,92	3,36	11,89	5,43	0
Melilla	15,19	2,63	11,39	4,09	0,29
Total	7,16	1,43	6,19	2,53	0,25

Prevalencias por cada 10.000 menores. Datos de población del INE.

Fuente: elaborado por el Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia a partir de datos propios del Programa Nacional de Epidemiología de la Violencia en el ámbito familiar (2002).

Retrospectivamente, Pereda (2006) ha estudiado en una población universitaria la prevalencia de acontecimientos traumáticos a lo largo de la vida de los estudiantes, detectando que el 10,1% de los varones y el 10,95% de las mujeres afirmaban haber sufrido abuso sexual antes de los 13 años, y un 1,9% de los chicos y un 1,8% de las chicas comunicaron haber sido victimizado sexualmente entre los 13 y 18 años.

II.3. CARACTERÍSTICAS DE LA VIOLENCIA SEXUAL

Al estudiarse la incidencia y prevalencia de la violencia sexual, se ha indagado también en la presencia de otra serie de variables relacionadas que pueden informar sobre las características de esta forma de violencia. Las variables más estudiadas han sido el sexo, tanto de la víctima como del agresor, sus edades, sus características socio-económicas-culturales, la relación o no existente entre ambos, el tipo de violencia sexual, incluyendo actos en los que consistió, forma de desarrollarse, y las coordenadas de tiempo y lugar en las que se produjo el abuso/agresión sexual. Este tipo de investigaciones tienen como propósito además de conocer más profundamente las características de la violencia sexual, poder detectar indicadores de riesgo de victimización y así, diseñar programas de prevención más ajustados a las poblaciones de riesgo.

La mayor o menor presencia de un tipo de característica de la víctima, el agresor o de la propia violencia sexual, consideramos que muchas veces más que responder esta relación a una causa-efecto, se debe simplemente a la probabilidad detectada mediante los estudios epidemiológicos, y las hipótesis explicativas suelen ser complejas por la gran cantidad de factores implicados. Además, en el estudio de algunas variables, como la personalidad de la víctima, hay que mostrar mucha cautela en la interpretación de los datos, ya que extrapolar que un tipo de población por contar con determinadas características es más vulnerable que otra, reduce nuestra visión de la realidad, ya que la constelación de variables es muy amplia. De hecho, estudios relacionados con otro tipo de víctimas, como las de bulling, interpretan las dimensiones de personalidad detectadas sólo como propiciadoras del mantenimiento de la dinámica violenta, siguiendo explicaciones de los modelos interactivos persona-situación (Cerezo, 2001).

Como se ha mencionado, el sexo y la edad de la víctima y del agresor han sido las variables, junto a la relación entre ambos, que más han sido analizadas en las investigaciones epidemiológicas sobre la violencia sexual, aunque también se ha estudiado pero en menor medida la presencia de otras variables, tales como la confluencia de otro tipo de maltrato o el consumo de alcohol/drogas por parte de la

víctima y/o el agresor. Según Finkelhor (1993) las investigaciones epidemiológicas no han identificado características demográficas o familiares de las víctimas que puedan emplearse para excluir la posibilidad de que un menor sea victimizado sexualmente, aunque sí se detectan ciertas características asociadas a un mayor riesgo, pero que no se pueden considerar por sí solas factores causales, como ser chica, ser preadolescente o adolescente, tener padrastro, vivir sin alguno de los padres biológicos, que la madre presente problemas, dificultades en el ejercicio del rol parental y la existencia de conflictos familiares. Lo cierto es que las investigaciones a cerca de las características principales de la violencia sexual contra menores muestran generalmente resultados dispares, y de nuevo tenemos que entender esto partiendo de las diferentes metodologías y fuentes de información empleadas.

Con respecto a las agresiones sexuales, cabe destacar que gran cantidad de investigaciones, y principalmente las de origen anglosajón se han basado en muestras universitarias, lo cual hay que tener en cuenta al interpretar los resultados (Kalra et al., 1998).

II. 3. 1. Sexo de la víctima

Algunos autores consideran que mayoritariamente las víctimas de abusos sexuales son de sexo femenino. Así Marc et al. (1998) a través de su estudio de la casuística detectada en el Hospital francés Jean-Verdier de Bondy en 1995, detectaron 275 casos de menores de 15 años víctimas de violencia sexual, siendo un 78% niñas y un 22% niños. Lameiras (2002) también mantiene que el sexo de la víctima es principalmente femenino entre 1,5 y 3 veces más que masculino, al igual que Hayez (1992; en Vázquez, 1995) quien exponía que de un 15 a 20% de las mujeres pueden haber sufrido abusos en la infancia, siendo la mitad de los casos abusos reiterados y la otra mitad puntuales, y los hombres son victimizados en una proporción de 1 a 3 respecto a las mujeres.

Sin embargo, otros especialistas aportan datos que abogan por una distribución de la victimización sexual más igualada entre sexos, y señalan la necesidad de tener en cuenta también las características de los chicos como víctimas (Bolton, Morris y McEarhron, 1989). Autores como Marshall (2001) defienden que las víctimas son en porcentajes similares de sexo masculino y femenino. Y Echeburúa y Gerricaechevarría (2000) recogen los resultados de diversos estudios epidemiológicos que indican que las víctimas de abuso sexual son en un 59,9% mujeres y en un 40,1% varones. Los resultados de la investigación dirigida por López (1996) con una muestra retrospectiva de 2000 españoles, también apoyan la hipótesis de que cada vez se están detectando mayor número abusos en los chicos, ya que el 18,9% de las personas consultadas

afirmaban haber sido víctima de abusos, y se comprobó que correspondía al 15,2% de los varones y al 22,5% de las mujeres. Otros resultados que muestran la alta prevalencia de los abusos sexuales entre los chicos, en contra de lo que tradicionalmente se pensaba, son los obtenidos por Finkelhor et al. (1990) donde a través de una encuesta a adultos en Estados Unidos, comprobaron que un 27% de mujeres y un 16% de hombres afirmó haber sufrido este tipo de violencia en algún momento de sus vidas. La mayoría de los chicos/hombres que confirmaron su victimización, informaban además haber vivido en familias con problemas, y en algún momento con ausencia de la figura paterna.

A pesar de que la mayoría de estudios informan de una prevalencia de los abusos sexuales en chicos de aproximadamente el 16%, Goldman y Padayachi (2000) opinan que en la actualidad esta cifra del 16% está en aumento, comprobándose que la cifra negra en casos de víctimas de sexo masculino es mucho mayor que en las de sexo femenino. Las explicaciones que aportan estos autores para dicha cifra negra en las víctimas masculinas, es la forma de socialización de los chicos mediante la cual se les enseña a ser fuertes y a no quejarse, y también la existencia de un miedo a que se le considere homosexual por haber sufrido el abuso por otra persona de sexo masculino.

Nosotros estimamos que repercute en este aumento de detecciones de abusos sexuales en menores de sexo masculino, el hecho de que tanto profesionales como la sociedad en general se encuentra más informada y se van desterrando mitos como el que considera al sexo masculino como posible agresor sexual pero no como posible víctima. Para Holmes y Slap (1998) las investigaciones sobre los abusos sexuales hacia chicos carecen de definiciones consensuadas del abuso, recolección de datos rigurosas y análisis de datos suficientemente sofisticadas, que unido a la falta de sensibilidad de los profesionales ante la posibilidad de que los niños también sufran este tipo de victimización, hace que el abuso sexual contra chicos esté aún menos reconocido en cuanto a su extensión que en el caso de las chicas.

Respecto a las agresiones sexuales, Rozee y Koss (2001) aseguran que el género femenino es hasta el momento el mejor predictor de ser víctima. Y diversos estudios han mostrado que las víctimas de agresiones sexuales son principalmente mujeres, con porcentajes que rondan un 95% de víctimas de sexo femenino frente a un 5% de sexo masculino (Garrido et al., 1993; Riggs et al., 2000; Avegno, Mills y Mills, 2008). Y en un estudio elaborado en 2001 con 13.601 adolescentes, se comprobó que el 10,2% de las chicas y el 5,1% de los chicos habían sufrido relaciones sexuales forzadas (Howard y Wang, 2005).

II. 3. 2. Edad de la víctima

Al estudiar la edad de las víctimas de abusos sexuales, aunque en la mayoría de las investigaciones se analizan casos de menores, también nos encontramos con resultados dispares. A grandes rasgos los estudios coinciden en la preadolescencia como franja de edad de mayor incidencia de los abusos sexuales en las víctimas (López, 1996; Del Campo, 2003). Por ejemplo, Baurmann (1985; en Besten, 1997) quien a petición de la policía criminal realizó un estudio sobre los abusos sexuales, concluyó que un 66% de las víctimas tenían entre 7 y 13 años, y el 80% del total eran menores de 14 años. Semejantes resultados son expuestos por Gómez-Schwartz et al. (1985; en Vázquez, 1995) quienes detectaron que la edad de las víctimas en la muestra estudiada se distribuía, en un 7% de menores de 4 años, un 22% con edades comprendidas entre los 4 y 6 años, un 49% entre 6 y 13 años, y un 22% mayores de 13 años.

También Finkelhor (1993) coincide con las anteriores investigaciones cuando afirma que las edades de mayor riesgo son las franjas entre los 6 y 7 años y los 10 y 12. Por su parte Marshall (2001) considera que aunque la edad de las víctimas suele oscilar entre los 7 y 13 años, entre el 25 y el 35% de las víctimas tienen menos de 7 años. Sin embargo, otros datos como los aportados por el U.S. Department of Health Services (2008), respecto a casi 78.000 menores que sufrieron violencia sexual en 2006, señalan la franja de edad entre los 12 y 15 años como la que más casos presentaba (28.138), seguida de la franja de 8 a 11 años (18.314).

Aunque se comprueba que hay franjas de edad donde se produce con mayor frecuencia la violencia sexual, no se puede decir que haya edades fuera de peligro. Esto queda demostrado en el estudio sobre violencia sexual contra menores realizado en Sudáfrica, donde se comprobó que aunque la edad media era de 5,8 años, la cual es más baja que la obtenida en otros estudios, el rango de edad de las víctimas iba desde los 10 meses a los 13 años (Cox et al., 2007).

Algunas investigaciones analizan la edad de las víctimas en relación con otras variables de la violencia sexual. Así, en la investigación desarrollada por Marc et al. (1998) se detectó que en cuanto al género, la media de edad de las víctimas en el caso de los varones era de 8,2 años y de 11,1 años para las niñas. En San Francisco, en 1978, se llevó a cabo una investigación sobre la prevalencia de los abusos sexuales teniendo en cuenta si se incluía o no en su definición la existencia de contacto físico (Russell, 1983; en Glaser y Frosh, 1997). Y cuando se restringía el concepto a actos con contacto físico, 357 mujeres manifestaron haber sufrido este tipo de incidente antes de los 18 años, lo que correspondían al 38% de la muestra, y 258 (el 29%) afirmaron que fueron victimizadas sexualmente antes de los 14. Al ampliar la definición de abuso sexual

utilizada a casos sin contacto físico, como el exhibicionismo, la cifra se incrementaba hasta un llamativo 54% de la muestra.

Briere y Runtz (1988) estudiando concretamente la edad en la que se producía el primer episodio de abuso sexual, obtuvieron como resultado en su muestra de estudio que la edad media era de 9 años. Por su parte Echeburúa y Gerricaechevarría (2000), establecen la edad media general de inicio entre los 6 y 12 años, siendo las víctimas, en el ámbito intrafamiliar, principalmente niñas con edades comprendidas entre los 7 y 8 años, y en el ámbito extrafamiliar los niños y niñas con edad de inicio del abuso posterior a los 11 o 12 años.

En el estudio realizado por Silbert (1981; en Salter, 1992) se entrevistó a prostitutas con antecedentes de violencia sexual, detectándose que el 60% habían sido victimizadas antes de los 16 años, y que lo fueron por una media de dos personas y durante un periodo de tiempo medio de 20 meses.

López, Hernández y Carpintero (1995) consideran que el hecho de que el riesgo de sufrir violencia sexual aumente en torno a la pubertad puede deberse a que en edades posteriores la resistencia ante los agresores es más eficaz. Por otra parte, los abusos sufridos en etapas más tempranas se olvidan con mayor facilidad que los que tienen lugar cuando las víctimas son más mayores, y por último, en la preadolescencia al coincidir los primeros signos de madurez sexual con rasgos aún infantiles puede resultar especialmente atractivo a los abusadores. Por otra parte, también se ha detectado que la menarquía temprana y el abuso sexual se encuentran relacionados, aunque aún no se conoce a través de qué mecanismos (Vicary, Klingaman y Harkness, 1995; Zabin, Emerson y Rowland, 2005).

En cuanto a las agresiones sexuales, algunos estudios han concluido que los adolescentes tienen un riesgo aumentado de sufrir este tipo de victimización (Salter, 1992; Clements et al., 2004), aunque otros hacen referencia a que son las mujeres más jóvenes, con edades comprendidas entre los 16 y 25 años las que tienen mayor riesgo de ser agredidas sexualmente (Hollin, 1989; en Redondo, 1996). En un estudio realizado a través de los datos de 1172 pacientes atendidos en un servicio de emergencia en EE.UU. por haber sufrido una agresión sexual, la edad media de las víctimas era de 27 años, siendo las víctimas de raza negra las que tenían edades más bajas (Avegno, Mills y Mills, 2008). Semejantes resultados se mencionan en la investigación llevada a cabo por Riggs et al. (2000) con víctimas de agresiones sexuales que acudían a Urgencias, donde detectaron que la edad media de las víctimas era de 25 años. Y en Irlanda, tras analizar 890 casos se comprobó que la mayoría de las víctimas tenían entre 16 y 30 años (McDermott, McBride y Lee-Gorman, 2008).

En nuestro país, Pulido, et al. (1988; en Garrido, Stangeland y Redondo, 1999) analizaron 193 casos de agresión sexual que tuvieron lugar en la provincia de Valencia durante la década de 1974 a 1985, y en los que hubo sentencia judicial, hecho que hay que tener en cuenta a la hora de contemplar los resultados. Observaron que tanto víctima como agresor solían ser jóvenes, ya que el 70% de las víctimas y el 66% de los agresores no superaban los 21 años. Según fuentes del Ministerio del Interior (1991; en Aragón, 1994) el 12% de las víctimas de violación detectadas eran menores de doce años. Y otra investigación realizada, esta vez a través de los datos aportados por delincuentes sexuales en España (Garrido et al., 1993) señala que el 69% de las víctimas eran menores de 20 años.

Analizando ya las características de un grupo de víctimas de una franja de edad determinada, Muram, et al. (1995) cuando estudiaron las características de un grupo de adolescentes victimizadas sexualmente, detectaron que el 79% poseían experiencia sexual previa, el 18% habían estado embarazadas con anterioridad a la victimización, y el 19% habían sido revictimizadas sexualmente.

II. 3. 3. Otras características de la víctima y su entorno

Diferentes estudios, tras analizar datos epidemiológicos, enumeran una serie de factores relativos al entorno sociofamiliar de la víctima que considera de riesgo por su alta presencia en esta población. Por ejemplo, Finkelhor y Browne (1985) enumeran como factores de alto riesgo que el menor viva sin alguno de sus progenitores, que la madre no pueda atender al menor por tener que ausentarse o encontrarse incapacitada, que perciba la relación entre sus padres o la de él/ella con sus padres como conflictiva, y la existencia de un padrastro. Según Madansky (1996; en Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000) son menores de alto riesgo aquellos que a ojos del abusador tienen menos posibilidad para revelar los abusos o resistirse, es decir, con retraso del desarrollo, alguna minusvalía física o psíquica, o que todavía no se expresan verbalmente. A este respecto, la mayoría de investigadores coinciden en que el hecho de que el menor tenga algún tipo de dificultad psicológica o cognitiva, lo hace más vulnerable (Del Campo, 2003), siendo la incidencia en menores con discapacidad, según el National Center on Child Abuse and Neglect (1993; en Cortés y Cantón, 2000), 1,75 veces mayor que la de niños no discapacitados. También se presentan más vulnerables aquellos menores que carecen de la atención y afecto adecuados por parte de su familia, pues pueden ser más fácilmente atraídos a muestras de afecto que esconden el inicio de unos abusos (Vázquez, 1995).

Según investigadores como Fleming, Mullen y Bammer (1997; en Horno, Santos y Molino, 2001) las familias a las que pertenecen las víctimas de abusos sexuales

presentan una menor cohesión, mayor desorganización y disfuncionalidad que las familias de menores no victimizados. También Kellogg y Menard (2003) comprobaron en su análisis de 164 adolescentes victimizados sexualmente, que el 52% manifestaban que en su casa había problemas de pareja, y de los casos en los que el agresor convivía en casa de la víctima el 58% cometía también violencia contra su pareja. Además Echeburúa y Guerricaechevarría (2000) señalan como situaciones familiares de riesgo, la ausencia de alguno o ambos padres biológicos, familias con padres dominantes y violentos y madres maltratadas, con problemas de hacinamiento, antecedentes de abuso y en general desestructuración familiar.

También López (1996) detectó en su investigación que las víctimas de abusos sexuales pertenecían más frecuentemente a familias con relaciones conflictivas, y plantea que esta relación puede interpretarse como que la pertenencia a este tipo de familias es un factor de riesgo o que es una consecuencia de los abusos, por la problemática que puede suponer para las relaciones familiares el desvelamiento y sobretodo en los casos de abuso intrafamiliar. La mayor vulnerabilidad de aquellos menores cuya madre fue víctima de abusos en la infancia, aunque se ha detectado en varios estudios, todavía no ha recibido una explicación clara, aunque lo más probable sea que madre e hijo compartan una serie de factores de riesgo para ser victimizados (Del Campo, 2003)

Por otra parte se ha detectado una alta concurrencia de los abusos sexuales con otros tipos de maltrato (Marshall, 2001) detectándose que el 36% de maltratadores de menores sometían además a sus víctimas a alguna actividad sexual. Bonner (1999; en Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000) señala que alrededor del 15% de los maltratos infantiles confirmados están relacionados con agresiones sexuales, y Marina (1991; en Vázquez, 1995) apunta que esto sucede en un 12% de los casos. También en el estudio desarrollado por Marc et al. (1998) se comprueba dicha relación, ya que de los 275 casos de menores de 15 años víctimas de violencia sexual, 230 eran también víctimas de violencia intrafamiliar.

Para estudiar con más profundidad este aspecto, Dong et al. (2003) analizaron la concurrencia de experiencias de violencia sexual en la infancia con otras experiencias adversas, como maltrato emocional, físico, negligencia emocional, negligencia física, maltrato de la madre, consumo de sustancias o enfermedad mental de alguno de los progenitores, separación o divorcio de los padres, o historia criminal de algún miembro de la familia. Los resultados obtenidos tras entrevistar a más de 17.000 adultos sobre sus experiencias en la infancia, informan que aquellos que afirmaron haber sufrido violencia sexual presentaban más del doble de probabilidades de haber sufrido otro

evento adverso en la infancia que los que no informaron haber sido victimizado sexualmente.

En la línea de todo lo anteriormente mencionado, Finkelhor (2005) considera que el abuso sexual, refiriéndose a la victimización sexual de menores, no es fruto de la casualidad, sino que suele ocurrir en menores que están envueltos en otras situaciones vitales negativas, como ser víctimas de otras formas de maltrato, pertenecer a familias desestructuradas, con otras formas de violencia y falta de respeto a los derechos de otros, consumo de sustancias, psicopatologías en los progenitores, etc. Este autor señala como posibles razones, la mayor probabilidad de que estos entornos conflictivos y desestructurados favorezcan la aparición de personas con un perfil de agresor sexual. Por otra parte, en este tipo de entorno sociofamiliar, muchos progenitores no responden a las necesidades de afecto y protección de los menores, poniéndoles en situaciones de clara vulnerabilidad, siendo identificados por los agresores como víctimas más factibles a la hora de intercambiar aparente afecto por sexo.

Respecto a las agresiones sexuales, uno de los factores denominados de riesgo que más ha sido estudiado y sobretodo en muestras universitarias, es el consumo de alcohol. Por ejemplo, en la investigación realizada por Corbin et al., (2001) se estudió una muestra de 238 universitarias, detectando 84 casos de victimización sexual moderada y 55 casos de victimización sexual severa. Al contrastar el consumo de alcohol con el hecho de haber sufrido alguna agresión sexual se obtuvo que el grupo de mujeres que habían sufrido una victimización sexual severa presentaban un consumo de alcohol significativamente mayor que las que habían sufrido una victimización sexual moderada y que las que no habían sufrido agresión sexual.

Recientes estudios han señalado un factor de riesgo al cual hay que prestar especial atención, ya que al parecer el haber sufrido abusos sexuales u otro tipo de victimizaciones durante la infancia es uno de los mejores predictores de ser víctima de agresión sexual en la adolescencia y edad adulta (Gagné, Lavoie y Hébert, 2005). Investigaciones como la realizada por Elliot, Mok y Briere (2004), arrojan datos tan contundentes como que las víctimas que sufrieron abuso sexual en la infancia tenían dos veces más posibilidades, en el caso de las mujeres, y cinco veces más posibilidades en el caso de los hombres de sufrir agresión sexual en la edad adulta. Ante esto debemos preguntarnos ¿qué mecanismo hace que una persona sea revictimizada sexualmente?, ¿son características de la víctima o de su entorno presentes ya antes de la primera victimización?, ¿son por el contrario las consecuencias psicológicas del abuso factores de riesgo para una revictimización? Nosotros consideramos que puede

existir una confluencia de fenómenos complejos, ante lo cual se abre una nueva puerta a futuras investigaciones.

En cuanto a otras características sociodemográficas de la víctima, cuando se ha intentado analizar si la presencia de violencia sexual es mayor en el medio urbano o el rural, los resultados no han señalado ninguna tendencia clara (López, 1996). Tampoco se ha identificado un perfil de clase social, nivel económico, educativo o de raza, con respecto a la violencia sexual en la infancia, en el que sean significativamente más frecuentes (Salter, 1992; López, 1996; Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000; Cortés y Cantón, 2000). Algunos autores explican que se detecten en ocasiones mayor número de casos en niveles económicos bajos, por su contacto más directo con los Servicios Sociales, resultando más fácil a los profesionales detectar estos casos (Cortés y Cantón, 2000; Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000). Por otra parte, Ajuriaguerra (1980; en Vázquez, 1995) afirma que este tipo de delito se distribuyen por igual en las distintas clases sociales, y gran parte de las víctimas de violencia sexual, tanto intrafamiliar como extrafamiliar, provienen de familias desestructuradas. Para Lameiras (2002) la familia a la que pertenece la víctima suele tener cierto nivel de desestructuración pero no existe una clase social donde se de con mayor frecuencia. Excepcionalmente Murphy (1987; en Salter 1992) encontró que las víctimas de abuso sexual en su adultez, a menudo vivían en familias con rentas inferiores a 25.000 dólares al año.

Respecto a las variables de raza y religión, tampoco se ha detectado una presencia significativa de casos de violencia sexual en un tipo u otro de comunidad (Salter 1992). Aunque en la investigación desarrollada por Decker, Raj y Silverman (2007) se evidenció que ser inmigrante se asociaba con una mayor recurrencia de agresiones sexuales, en los casos de chicas adolescentes de 15 años o menos, de raza negra y en los casos de hispanas sexualmente activas.

II. 3. 4. La relación víctima-agresor

El estudio de la posible relación existente entre la víctima y el agresor ha aportado resultados muy valiosos que dan una visión más próxima a la realidad de las victimizaciones sexuales, facilitando de este modo su prevención primaria. Podemos decir que casi todos los especialistas consideran que en la mayoría de los casos de violencia sexual contra menores, el agresor y la víctima se conocen, y muchas veces por el tipo de relación, la víctima debía confiar en su agresor (Escaff y Sagües, 1994; Finkelhor, 1994; Vázquez, 1995; Besten, 1997; Marc et al., 1998; Cortés y Cantón, 2000; Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000; Marshall, 2001; Lameiras, 2002; Sepúlveda, et al., 2002; Suárez y González, 2003).

Para Pilhet (1989; en Vázquez, 1995) en 2 de cada 3 casos la víctima y el agresor se conocen. Sin embargo en el estudio realizado por López (1996) no se detectó una tendencia clara al respecto, siendo los porcentajes de agresores conocidos y desconocidos poco dispares, aunque se constató que a mayor conflictividad familiar mayor probabilidad de que el agresor fuese un familiar.

En la tabla 16 se presentan algunos estudios realizados en diversos países, con muestras diferentes y en distintos años, que analizan el tipo de relación que une a la víctima y al agresor. Del análisis de la misma se puede extraer que, en general la víctima suele conocer a su agresor, aunque esto suceda más en algunas muestras que otras estudiadas.

Tabla 16. RELACIÓN VÍCTIMA-AGRESOR

ESTUDIO	RELACIÓN VÍCTIMA-AGRESOR	%
Silbert (1981; en Salter, 1992) Muestra de prostitutas víctimas de violencia sexual	Padres o padrastros,	67
Muram, et al. (1995) Adolescentes víctimas de agresiones sexuales	Conocidos	64
Stermac, Du Mont y Kalemba (1995) Adultas víctimas de agresión sexual en Canadá.	Desconocidos	32,6
	Amigo o conocido	31
	Ex o actuales parejas	15
	Familiar	3
Fleming, (1997) Víctimas de violencia sexual, muestra australiana	Familiar	41
Riggs et al. (2000) Víctimas de agresiones sexuales	Conocidos	61
Haugen, Slungård y Schei (2005) Víctimas de agresiones sexuales, muestra de Noruega	Conocidos:	
	Accidentalmente	20
	Conocidos de tiempo	42
	Parejas	7
	Desconocidos	18
Cox et al. (2007) Menores víctimas de violencia sexual en Sudáfrica	Conocidos	79
Eckert y Sugar (2008) Mujeres mayores de 55 años víctimas de violencia sexual en la edad adulta	Desconocido	18
	Persona de apoyo	16
Avegno, Mills y Mills (2008) Víctimas adultas de agresión sexual	Conocido	53

Fuente: Elaboración propia

Muchos estudios se han centrado en analizar la incidencia de casos en los que el agresor es un familiar, ya que de entre los agresores conocidos es uno de los más habituales, ya sea cometido por el padre, hermano o padrastro fundamentalmente (Cyr et al., 2002). De las primeras investigaciones destacamos la realizada por Russell (1983; en Glaser y Frosh, 1997), en la que se distinguía entre los casos que se producen en el ámbito intrafamiliar y en el extrafamiliar, y obtuvo cifras de un 16% de casos intrafamiliares y un 31% de casos extrafamiliares con víctimas menores de 18 años.

Según las estadísticas del Centro Medicin-Confident de Amberes, que recoge Clara (1987; en Vázquez, 1995) en el 10% de los casos el abusador es el padre de la víctima. Para Cortés y Cantón (2000) dependiendo de la muestra que se estudie se observan diferencias en los porcentajes, ya que en las investigaciones con muestras clínicas suele detectarse con mayor frecuencia que el abusador sea alguna figura paterna o algún familiar en comparación con porcentajes más bajos en los estudios realizados con la población general. En el estudio realizado por Mian, Marton y LeBaron (1996) a través de cuestionarios cumplimentados por las madres de 70 niñas víctimas de abuso sexual, se detectó que el agresor había sido la figura paterna en el 55% de los casos, y de los abusos extrafamiliares el 36% fue cometido por un cuidador, el 23% por un conocido, el 11% por un novio de la madre, un 4% por algún pariente lejano y tan sólo un 7% por desconocidos.

Ya en un entorno más cercano a nosotros, a través de la casuística de 1998 de la asociación AMUVI de asistencia psicológica y jurídica a víctimas de violencia sexual de Andalucía se realizó un estudio (Sepúlveda et al., 2002) que analizó gran cantidad de variables presentes en la violencia sexual, y se compararon principalmente los valores teniendo en cuenta que el medio geográfico fuese rural o urbano. La muestra estaba compuesta por 124 víctimas de sexo femenino, de las cuales 81 eran menores y 43 adultas. La violencia sexual fue cometida en el 80% de los casos por conocidos, y el 20% por desconocidos. Se compararon los casos que sucedían en el medio rural y en el medio urbano y se observó que en el medio urbano un 50% de los agresores eran desconocidos por las víctimas frente al 30,04% de los abusos en el medio rural. También en España, López (1996) al interrogar a la víctima sobre el tipo de relación que tenían con el agresor, obtuvo un porcentaje del 42,56% de víctimas que afirmaban haber sido agredidas por un desconocido, y el 32,74% por un conocido, pero con el que guardaban poca relación.

Al diferenciar entre los casos en los que la víctima es un niño y cuando es una niña, Faller (1989; en Vázquez, 1995) observó en su investigación que siendo la víctima de sexo masculino dos de cada tres abusadores eran conocidos por el menor, mientras que los casos en los que la víctima es chica la mayoría de los abusadores eran

conocidos. También en los abusos sexuales a personas con alteraciones mentales, se ha comprobado que el agresor suele ser una persona cercana, familiar o cuidador (Balogh et al., 2001).

Centrándonos en las agresiones sexuales en adultos, cuando se ha estudiado la relación que podía existir entre la víctima y su agresor, se detectaron, en contra de creencias erróneas sobre la figura del agresor, porcentajes en torno al 60 y el 80% de violaciones producidas por conocidos, siendo lo más frecuente que se trate de familiares (Soria y Hernández, 1994; Stermac, Du Mont y Kalemba, 1995; Logan, Cole y Capillo, 2007). Sin embargo, según el trabajo en nuestro país de Roig (1999), el 38% de los agresores estudiados desconocían previamente a la víctima, el 23% eran reincidentes que desconocían previamente a la víctima, el 10% la acababa de conocer y el 29% guardaba algún tipo de relación con la víctima ya sea de parentesco o de otro tipo. Y semejantes resultados se detectaron en la investigación de Gándara (1996) ya que al indagar sobre la relación que existía entre la víctima y el agresor, se descubrió que en el 58% de los casos no existía relación previa alguna, en el 12,4% eran amigos, en el 10,8% existían una relación casual, en el 7,4% había otro tipo de relación, en el 4,5% eran cónyuges y en el 2,9% eran familiares no directos.

Estas discrepancias se pueden deber al hecho de que la obtención de la información sea distinta, ya que muchos de los casos de violencia sexual dentro de la pareja son pocas veces comunicados de forma oficial, pudiendo considerarse las conductas coercitivas dentro de la relación como algo normalizado (Hogben y Waterman, 2000).

Si nos fijamos en muestras más específicas de determinadas características, se comprueba que la relación de conocimiento con el agresor facilita su acceso y situación de poder hacia la misma. Por ejemplo, en San Francisco se realizó un estudio con 200 prostitutas, donde el 70% afirmaron haber sido violadas por un cliente conocido y el 73% por un desconocido fuera de su trabajo (Silbert, 1988; en Soria y Hernández, 1994). También se ha indagado sobre la incidencia de las violaciones dentro del matrimonio, y autores como Pagelow (1981; en Soria y Hernández, 1994) aseguran que la relación de dependencia y la vulnerabilidad de la víctima, producen que la violencia se prolongue e intensifique. De hecho, un 46,3% de las víctimas estudiadas por este investigador, fueron asaltadas sexualmente por sus parejas durante el embarazo. Más recientemente Martin, Tarft y Resnick (2007) explican que las agresiones sexuales son un importante problema social que experimentan entre el 10 y 14% de las mujeres casadas, y entre un 40 y 50% de las mujeres maltratadas.

Otra forma de victimización sexual analizada de forma específica por el tipo de relación víctima-agresor, es la agresión en citas o “date rape”, en la cual durante una cita se produce un contacto sexual no deseado por alguno de los miembros de la pareja. Según la revisión llevada a cabo por Rickert y Wiemann (1998), los estudios sobre este tipo de victimización refieren que entre el 13 y 27% de las jóvenes universitarias, y entre el 20 y 68% de las adolescentes han sufrido un agresión sexual durante una cita, identificándose como variables sociodemográficas de riesgo para ser víctima: tener una edad muy joven en la primera cita, ser precoz en las relaciones sexuales, edad temprana de menarquía, poseer antecedentes de haber sido victimizada sexualmente, y manifestar una alta aceptación de los mitos respecto a la violencia sexual contra mujeres.

Teniendo en cuenta el grado de conocimiento entre la víctima y el agresor, se han detectado diferencias en el grado de violencia empleados, siendo las violaciones por extraños las que presentan mayor violencia (Stermac, Du Mont y Kalemba, 1995), aunque también se detecta mucha violencia en las agresiones intrafamiliares donde no existe consumo de alcohol o drogas (Koss, Dinero y Seibel, 1988).

Comparando también las características de las agresiones sexuales cometidas por conocidos con las cometidas por desconocidos, Stermac, Du Mont y Kalemba (1995) detectaron que las agresiones por desconocidos se caracterizaban por una mayor reiteración, obligar más frecuentemente a la víctima a realizar una felación, usar armas y fuerza física, tener peores consecuencias físicas y cometerse fuera de casa; mientras que las agresiones por conocidos se caracterizaban por tener lugar mientras la víctima dormía o estaba drogada y ocurrir en casa de la víctima o del agresor. En la misma línea, Ullman y Siegel (1993) encontraron en un análisis de 240 casos de mujeres agredidas sexualmente en la edad adulta, que el empleo de violencia por el agresor se relacionaba de manera curvilínea con el grado de relación víctima-agresor, mientras que la resistencia por parte de la víctima no parecía variar. E igualmente, al estudiar las características de los agresores que principalmente emplearon la fuerza frente a los que utilizaban otro tipo de estrategias, Lydon, White y Kadlec (2007) han detectado que en aquellos casos donde se han empleado estrategias más violentas es donde la relación víctima-agresor era más casual.

II. 3. 5. Características del abusador o agresor sexual

Los investigadores coinciden en que en la mayoría de las victimizaciones interviene un único agresor (Briere y Runtz, 1988; Sepúlveda et al., 2002), sin embargo, en otros estudios principalmente relativos a víctimas adultas de agresiones sexuales, se detectan porcentajes no desdeñables de casos cometidos por varios agresores de

un 18% (Avegno, Mills y Mills, 2008), 20% (Riggs et al., 2000) o hasta de un 30% (Pulido et al., 1988; en Garrido, Stangeland y Redondo, 1999).

El consenso es más claro en cuanto al género del agresor, manifestando la gran mayoría de investigadores, que los sujetos que cometen violencia sexual suelen ser varones. Lameiras (2002) considera que esto sucede entre el 80 y el 95% de los casos, Cantón y Cortes (2000) mantienen que el porcentaje oscila entre el 80 y 92%, y Baurmann (1985; en Besten, 1997) lo sitúa en el 99,6%. Vázquez (1995) refiere también que el abusador suele ser de sexo masculino, pero sobretodo cuando la víctima es de sexo femenino, teniendo una profesión con autoridad sobre el menor en un 10% de los casos. López (1996) sitúa en un 86,6% la frecuencia de abusadores sexuales de sexo masculino, frente a las mujeres con un 13,9%. También describe unos interesantes resultados sobre la preferencia en el sexo de sus víctimas, ya que los varones abusaron de niñas en un 68,04% de los casos y de niños en un 31,96%, sin embargo los abusos cometidos por mujeres tuvieron como víctimas a niños en el 91,1% de los casos frente al 8,9% en el que eran niñas.

No podemos ignorar la existencia de mujeres que cometen este tipo de delitos, y aunque su frecuencia es mucho menor que en el caso de agresores varones, se han detectado porcentajes cada vez más elevados que podrían ocultar una importante cifra negra. Esto puede ser debido a influencias sociales que han minimizado su existencia, o a que estas victimizaciones suelen ser con estrategias menos violentas y por tanto menos identificables por sus víctimas. Sin embargo, datos como los aportados por Russell y Finkelhor (1984; en Goldman y Padayachi, 2000) indican que aproximadamente el 24% de las víctimas de sexo femenino y al menos un 13% de las de sexo masculino lo fueron por mujeres. Según autores como Lawson (1993; en Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000) los casos en los que es la mujer la que comete el abuso, suelen ser cometidos por madres que carecen de pareja, con una historia de adicción a drogas o alcohol y antecedentes de haber sufrido abuso. Al respecto Kelley, Brant y Waterman (1993) aportan un curioso dato, ya que, según estos investigadores, en el 40% de casos de abusos detectados en guarderías se encontraba implicada una mujer.

Y en cuanto a la edad, expertos como Lameiras (2002) o Veneziano y Veneziano (2002) consideran que el agresor, en los casos de abuso sexual, normalmente se encuentra en la madurez aunque se están detectando cada vez más casos de agresores adolescentes y menores. López (1996), al estudiar la edad de los autores de abusos sexuales, encontró que la edad del agresor se distribuía en un 11,90% de agresores con menos de 20 años, un 30,06% con edades comprendidas entre 21 y 30 años, y un

44,64% que tenía entre 31 y 50 años. En la muestra estudiada por Baurmann (1985; en Besten, 1997) un 80% tenía una edad comprendida entre los 25 y los 30 años.

Con la aparición a la luz pública del gran número de casos de abusos y agresiones sexuales cometidos por adolescentes, los investigadores están aunando esfuerzos por estudiar este tipo de delincuencia y sus características (Veneziano y Veneziano, 2002). Por ejemplo, Glasgow, et al. (1994; en Cortés y Cantón, 2000) analizaron 45 casos de abuso sexual cometidos por menores de 17 años, de ellos tan sólo un caso fue cometido por una menor, y de los casos restantes el 70% fue cometido por varones hacia niñas y el 30% de varones hacia varones. Por otra parte, en la investigación realizada por Allard-Dansereau et al. (1997) se compararon los abusos sexuales cometidos por menores y los cometidos por adultos, no obteniendo diferencias en cuanto a la frecuencia entre abusos extrafamiliares e intrafamiliares. Se observó que 10 de los 19 casos cometidos por menores de dieciséis años, el agresor era hermano biológico de la víctima y que el 76% de las víctimas de abusos cometidos por menores de 19 años, eran de sexo femenino.

También resultan muy interesantes los resultados obtenidos por Burton, Nesmith y Badten (1997; en Cortés y Cantón, 2000) ya que de los 287 niños que habían cometido alguna agresión sexual contra otros menores, el 72% había sufrido abusos sexuales y el 48% tenía algún progenitor que también había sufrido abusos sexuales. Además cada uno de los menores agresores tenía un promedio de dos o tres víctimas conocidas y el análisis de regresión mostró que a menor edad del agresor mayor riesgo de que en los abusos se realice penetración.

Sepúlveda, et al., (2000), diferenciando entre delitos cometidos en el medio urbano y en el medio rural, detectaron que el 44% de los casos ocurridos en la capital tenían como autor a adultos de entre 26 y 35 años, así como que en el medio rural el número de casos cometidos por agresores casados superaba al de agresores solteros, mientras que en el medio urbano se cambiaban las tornas. Y cuando se le preguntó a las víctimas por el aspecto del agresor, en la mayoría de los casos respondían que tenía buen aspecto o que presentaba un aspecto deportivo/juvenil.

En cuanto a otro tipo de características del agresor, Marshall (2001) manifiesta que pese a los mitos existentes, el autor de abusos sexuales puede proceder de cualquier raza, grupo étnico y tener cualquier profesión.

Como sucede en el caso de los abusos sexuales, los estudios sobre las características de las agresiones sexuales aportan datos que refutan gran cantidad de mitos sobretodo respecto a los autores del delito. Así en uno de los primeros estudios,

el realizado por Amir (1977; en Vázquez 1993), tras analizar datos de los Estados Unidos expone que los violadores son con mayor frecuencia que en otro tipo de delitos, jóvenes no blancos, solitarios y de bajo nivel económico.

En la investigación llevada a cabo por Hollin (1989; en Redondo, 1996) los agresores solían ser varones con edades entre los 16 y 30 años, en el 50% de los casos casados y el 60% con hijos. Christie y otros (1979; en Marshall 2001) afirman que el 71% de los violadores realizan actos de violencia gratuita, mientras que Darke (1990; en Marshall 2001) dice que el 60% cometen actos con el fin de degradar a la víctima. Otra fuente de información, a considerar con cautela, son aquellas personas que han sido condenadas por delitos sexuales, y así Garrido, Stangeland y Redondo (1999) presentan algunas de las características de estos delincuentes que han sido señaladas por diversos estudios, donde en general se consideran que el perfil de delincuente sexual condenado sería: Edad media rondando los 30 años, bajo nivel de estudios, ya que tan sólo un tercio ha superado los estudios primarios, trabajador, predominando trabajadores no cualificados, sin pareja estable en la mayoría de los casos, menos de un 10% han sido condenados con anterioridad por delitos sexuales, entre el 30 y el 50% poseen antecedentes penales en general, y en un 64% de los casos no padecen trastorno mental.

La investigación de Garrido et al. (1993) ofrece datos que pueden conformar un perfil sobre el agresor sexual y el delito en sí, tales como que éste solía ser varón con edad comprendidas entre los 26 y 30 años, tan sólo el 2% de los agresores tenían antecedentes penales previos, las agresiones sexuales solían suceder entre los meses de septiembre y diciembre, durante la noche, y en el 94% de los casos el agresor utilizó algún arma para intimidar a la víctima.

En el estudio desarrollado por Gándara (1996) también se analizan algunas de las características de los agresores sexuales a partir de datos de la Secretaría General de Asuntos Penitenciarios del Ministerio de Justicia. Entre los datos más destacables está el número de agresores implicados, que era de un único individuo en un 74% de las violaciones, dos agresores en el 18%, tres en el 6%, y más de tres en un 2% de los casos. Pero uno de los datos más interesantes de este estudio es el obtenido a través del análisis de las declaraciones de los detenidos. Así Gándara establece seis formas diferenciadas de motivaciones expresadas por los agresores para cometer la violación: Percibir a la víctima como indefensa (80%); percibir a la víctima como deseable (7%); sentir un deseo amoroso hacia la víctima (5%); considerar que lo ha provocado la víctima (4%); coincidir la víctima con la aparición del deseo en el agresor (2%); y por motivos que no sabe identificar el agresor (2%).

Desde la Dirección General de la Mujer de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid, se realizó a través de la Asociación de Asistencia a Mujeres Violadas un estudio sociológico (Roig, 1999) sobre las características de los reclusos por delitos sexuales de los Centros Penitenciarios madrileños (tabla 17). Se estudió una muestra de 105 agresores, todos de sexo masculino, y como resultado del análisis inferencial de los datos, se concluyó que podían diferenciarse dos tipologías de agresores. En primer lugar estarían los jóvenes, cuya víctima es desconocida, que frecuentemente presentan algún tipo de adicción y suelen llevar a cabo violaciones utilizando la fuerza o intimidación, o armas blancas. Y un segundo tipo de agresores estaría formado por adultos que rozan la vejez cuya víctima principalmente es menor y familiar, y suelen utilizar el abuso de autoridad o el engaño como estrategias para llevar a cabo el delito, el cual no suele incluir la violación. Se indagó también sobre hechos de la vida del agresor que podrían resultar significativos, dando como resultado que el 40% había sufrido carencias afectivas familiares, el 38% no había tenido control familiar, el 25% presentaba primariedad delictiva, y el 18% había accedido precozmente al mundo laboral.

Tabla 17. CARACTERÍSTICAS DE LOS AGRESORES SEXUALES

EDAD	%	ESTADO CIVIL	%	Nº HIJOS	%	NIVEL INTELECT.	%
16-25 años	23,8	Soltero	55,9	Ninguno	56	Deficiente	1
26-35 años	30,5	Casado	34,3	1 hijo	15	Muy bajo	17,3
36-45 años	30,7	Separado	5,9	2 hijos	10	Bajo	27,6
46-55 años	7	Divorciado	2,9	3 hijos	10	Medio-bajo	21,4
56-65 años	6	Viudo	1	4 hijos	4	Medio	20,4
Más de 65 años	2			Más de 4 hijos	5	Medio alto	9,2

Fuente: Roig (1999).

A la hora de abordar las características del agresor sexual, nos encontramos de nuevo con gran variedad de resultados, no pudiéndose definir un único perfil, aunque pueda establecerse como algo común la dificultad para reconocer los hechos, la presencia de alteraciones emocionales o relacionales que se unen a procesos de socialización centrados en la adquisición del rol sexual dominante para el varón (Galiana y de Marianas, 2002).

II. 3. 6. Estrategias utilizadas por el abusador o el agresor

Sin diferenciar entre abusos o agresiones sexuales, se ha comprobado que el empleo de la relación de superioridad del agresor sobre la víctima, es mucho más frecuente que el de la violencia física, sobretodo en casos de víctimas menores (López, 1996; Sepúlveda et al., 2002; Echeburúa, 2006).

Así en la investigación dirigida por López (1996) sobre violencia sexual contra menores, se identificó que en la mayoría de los casos no se emplearon estrategias de violencia física o verbal, aunque en el caso de que las víctimas fueran niñas el nivel de violencia era mayor que si las víctimas eran niños. Lameiras (2002) por su parte considera que las estrategias utilizadas por el abusador son principalmente la confianza y la familiaridad, unidas al engaño y la sorpresa, y casi la mitad de los casos de abusos suelen ser reiterados. Para Cortés y Cantón (2000) los abusadores suelen llevar a cabo un proceso gradual de sexualización de la relación, estimulando al menor para que considere los abusos como algo gratificante, aunque en muchos casos se emplea, sin embargo, la violencia física o las amenazas.

En los casos de víctimas adultas, es evidente que el agresor tiene que emplear normalmente estrategias violentas para intentar contrarrestar la resistencia de las víctimas. En diferentes estudios se comprueba que el empleo de la fuerza física se produce en un importante porcentaje de casos. Por ejemplo, el 80% según Riggs et al. (2000) y para Avegno, Mills y Mills (2008) es del 72,4%. Roig (1999) detectó que las estrategias utilizadas por los reclusos agresores sexuales entrevistados fue en el 63% de los casos la fuerza o intimidación, el 30% algún arma blanca, el 12% empleó amenazas, el 10% abuso de autoridad familiar, y el 7% algún tipo de engaño.

Para Gándara (1996) los medios de coacción más empleados son la violencia física, seguido de otros medios no específicos y las armas blancas. Y comparando los agresores que actúan en las ciudades y los que lo hacen en el medio rural, los primeros utilizan más frecuentemente la fuerza física, mientras que en las agresiones sexuales que tienen lugar en los pueblos se emplea más la relación de superioridad, la amenaza o violencia verbal y la seducción (Sepúlveda et al., 2002).

En la investigación elaborada por Boykins y Mynatt (2007) se detectó que el 29% de los casos se produjo unido al rapto y que en más de la mitad de las agresiones se empleó un arma o fuerza física. El empleo de armas se ha constatado en porcentajes que van desde un 27% de los casos (Riggs et al., 2000), a un 52% (Pulido et al., 1988; en Garrido, Stangeland y Redondo, 1999).

Cuando se han analizado las características de las agresiones sexuales sufridas por adolescentes y las sufridas por mujeres jóvenes se ha comprobado que en el caso de las victimizaciones de adolescentes, el empleo de armas o de violencia física es mucho menor, siendo las armas de fuego muy infrecuentes (Muram, et al., 1995)

II. 3. 7. Actos y forma de desarrollarse la violencia sexual

Según Finkelhor y Browne (1985) los actos más comunes dentro de los abusos son las caricias por encima o por debajo de la ropa. Lameiras (2002) en el mismo sentido especifica que el tipo de actos cometidos durante el abuso suele ser tocamientos y masturbación mutua, siendo menos frecuente la penetración.

Los datos obtenidos por otros investigadores que emplearon muestras de adultos que informaban sobre su victimización en la infancia (Briere y Runtz, 1988; López, 1996), son acordes con lo anteriormente mencionado, indicando que en menos del 15% de los casos se llegó al coito. Al respecto Cortés y Cantón (2000) señalan que hay que diferenciar entre los resultados obtenidos en muestras clínicas de los obtenidos en la población general, ya que en estos últimos se suelen detectar con más frecuencia caricias genitales y menos penetraciones.

En la investigación desarrollada por Marc et al. (1998), el 31% de las víctimas de violencia sexual, es decir tanto de abuso como de agresión sexual, de la muestra estudiada, habían sufrido tocamientos y el 69% penetración o intento, presentando el 43% desfloración en el sentido medicolegal del término, el 9% lesiones recientes en el himen, el 12% lesiones recientes vagino-himeneales, y el 14% lesiones anales. Otras consecuencias derivadas fueron la presencia de enfermedades de transmisión sexual superior a 8 días en algo menos del 3%, y de duración menor a 8 días aproximadamente un 7%.

Respecto al análisis de la reiteración o no de la violencia sexual, Finkelhor y Browne (1985) señalan que entre el 42 y el 75% de los abusos son puntuales, y el resto se producen de forma reiterada. Datos aproximados presentan Briere y Runtz (1988), quienes detectaron que los abusos sexuales manifestados por las víctimas a las que entrevistaron tenían lugar una media de 7,2 veces, sufriendo el 41,1% de las víctimas una única vez los abusos, el 46,4% en varias ocasiones durante un año y el 12,2% en varias ocasiones durante un periodo superior a un año. Por otra parte Baurmann (1985; en Besten, 1997) considera que aproximadamente el 50% de los abusos que estudiaron se repetían en el tiempo.

En Andalucía, Sepúlveda et al., (2002) estudiaron la diferencia entre los casos que se producen de forma reiterada y los que son puntuales, evidenciándose que las victimizaciones urbanas son menos reiteradas que las rurales (tabla 18).

**Tabla 18. COMPARACIÓN DELITOS SEXUALES
MEDIO RURAL-URBANO**

	Puntual/Reiterado	Tipo de violencia sexual	Actos de la violencia sexual
• Medio rural	Puntual 28% Reiterado 72%	Agresión sexual 43% Intento agresión sexual 17% Abuso sexual 40%	Penetración vaginal/intento 75% Tocamientos o similares 48% Maniobras masturbatorias 15% Sexo oral 12% Penetración anal/intento 8%
• Medio urbano	Puntual 80% Reiterado 20%	Agresión sexual 58% Intento agresión sexual 24% Abuso sexual 18%	Penetración vaginal/intento 46% Tocamientos o similares 64% Maniobras masturbatorias 32% Sexo oral 29% Penetración anal/intento 15%

Fuente: Sepúlveda et al. (2002).

En la investigación de López (1996) al analizar la reiteración y el tipo de conductas realizadas durante el abuso (tabla 19), se obtuvieron resultados semejantes a los obtenidos en las investigaciones anteriormente nombradas.

Tabla 19. REITERACIÓN Y TIPO DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL ABUSO SEXUAL

REITERACION	%	TIPO DE ACTIVIDADES	%
Nunca	55,79%	Caricias por debajo de la cintura	39,75%
2-3 veces	20,18%	Caricias por encima de la cintura	11,87%
4-10 veces	11,28%	Exhibicionismo	15,73%
Más de 25 ocasiones	8,01%	Masturbación	9,79%
Total de abusos reiterados	44,2%	Sexo oral	6,23%
2-3 veces	20,18%	Coito vaginal	4,93%
		Coito anal	1,78%

Fuente: López (1996)

Como vemos, la mayoría de las investigaciones específicas sobre abusos sexuales, es decir que no incluyen casos de agresiones sexuales, coinciden en que los actos más frecuentes en este tipo de delitos son los tocamientos. Este dato informa sobre la dificultad en la detección debido a que no quedan señales físicas observables y sobre el error de gran parte de la población que relaciona principalmente actos de penetración a los abusos sexuales (Horno, Santos y Molino, 2001).

Para conocer el tipo de actos que se realizan durante la agresión sexual y las características de los mismos, algunos investigadores han analizado datos policiales para conocer las frecuencias de los distintos tipos de actos y así Gándara (1996),

descubrió que en la mayoría de los casos de violación, es decir en los que hubo penetración, ésta fue de tipo vaginal (tabla 20).

Tabla 20. ACTOS COMETIDOS EN CASOS DE VIOLACIÓN

ACTOS COMETIDOS	%
Penetración vaginal	58%
Penetración buco-vaginal	17%
Penetración bucal	11%
Penetración buco-ano-vaginal	7%
Penetración ano-vaginal	4%
Penetración anal	2%
Penetración buco-anal	1%

Fuente: Gándara (1996)

A través del análisis de expedientes médicos, Riggs et al. (2000) encontraron que el 83% de las víctimas estudiadas sufrieron penetración vaginal, el 25% oral y el 17% anal, presentando lesiones en el cuerpo el 67% y genitales el 53%. En el estudio llevado a cabo a través de entrevistas con reclusos realizado por Roig (1999) se detectó que el 55% de los casos fueron violaciones, el 7% violaciones a menores, el 20% tocamientos, otro 20% agresión sexual, un 10% agresión sexual a menores, un 7% intento de violación y un 1% exhibicionismo. Además, en el 21% de los casos, la agresión era reiterada hacia la misma víctima. Y Boykins y Mynatt (2007) al estudiar una muestra de mujeres que habían sufrido una agresión sexual recientemente encontraron que el 63% eran agresiones por vía vaginal, produciéndose en un 86% de los casos penetración con pene.

En cuanto a la consumación de los hechos o no, en Londres se llevó a cabo una investigación con el objetivo de estimar la prevalencia real de las agresiones sexuales o intentos entre los años 1983-1984 con una muestra de 1236 sujetos. El resultado fue la detección de un 17% de mujeres que habían sido violadas, un 31% que habían sufrido un asalto sexual, y un 20% que padecieron intento de violación. El 1% fue violada en grupo, el 10% en el hogar, el 16% fue victimizada sexualmente ante de los 16 años, y tan sólo el 10% de los casos fueron denunciados (Aragón, 1994). Sin embargo en el 82% de las agresiones analizadas por Garrido et al. (1993) se consumó la misma, siendo lo más frecuente en forma de coito vaginal. En muchos casos las víctimas sufrieron también robos, y en casi la mitad de los casos presentaron lesiones. En otro trabajo Pulido et al. (1988; en Garrido, Stangeland y Redondo, 1999) manifiestan con respecto a los actos en que consistieron las agresiones, que el coito vaginal fue lo más frecuente, produciéndose en un 44% de los casos.

En algunos estudios se analizan también las reacciones y estados tanto de la víctima como del agresor durante los hechos, intentando establecer si existen patrones de conductas por parte del agresor y reacciones por parte de la víctima, pero hasta el momento no ha sido posible identificar dichos patrones de desarrollo de la violencia sexual. Así, en la investigación llevada a cabo por Sepúlveda et al. (2002) se estudiaron estos aspectos a través del relato de la víctima. Los resultados arrojaron que en más de la mitad de los casos percibía al agresor en un estado "normal". La reacción de la víctima en el medio urbano o en el rural se puede relacionar con la media de edad de las víctimas en cada sitio, ya que las víctimas de la capital cuya media de edad era mayor reaccionaban con mayor frecuencia intentando convencer al agresor, lloraba o suplicaba, luchar, e intentaba amenazarle, mientras que en los casos sucedidos en el resto de la provincia, la víctima principalmente se quedaba bloqueada, lloraba y suplicaba. Tras producirse la violencia sexual la mayoría de los agresores amenazó a la víctima y se fue, se iba simplemente o huía al ser descubierto. La víctima, tras los hechos solía encontrarse confusa, con rabia e indefensión o asustada, y relataba lo sucedido a sus padres. Se denunció más de la mitad de los casos, y los motivos que relataban las víctimas que no habían denunciado para no hacerlo era fundamentalmente para olvidar lo sucedido, por temor o miedo a represalias y por vergüenza. Por otro lado, Pulido et al. (1988; en Garrido, Stangeland y Redondo, 1999) comprobaron que en más de la mitad de las agresiones sexuales que estudiaron, la víctima presentó resistencia, y un 37% de las víctimas presentó algún tipo de lesión, sin existir ningún caso en el que ésta muriese. López (1996) también analizó las reacciones de víctimas menores de edad, comprobando que conforme la edad iba incrementando las conductas de resistencia eran más comunes, además en los casos que comprendían actos más invasivos, las víctimas oponían mayor resistencia.

Cuando se ha intentado analizar si la respuesta de la víctima influye en el resultado de la violencia sexual, no se han encontrado resultados que señalen una tendencia clara. Siegel et al. (1989) tras estudiar 365 casos de agresión sexual, comprobaron que los adultos son quienes más presentan conductas de resistencia, y es que aunque dicha resistencia disminuye la posibilidad del contacto sexual no deseado, es el empleo de la fuerza por parte del agresor la variable que con más fuerza determina el resultado de la agresión.

II. 3. 8. Lugar y momento temporal de la violencia sexual

Echeburúa y Guerricaechevarría (2000) manifiestan que en los casos de abuso sexual intrafamiliar lo habitual es que se produzca en casa de la víctima o del abusador, y en los casos extrafamiliares predominan los abusos en la calle, parques, portales, o en casa del agresor. En su estudio López (1996) detectó que no había diferencias claras

entre el porcentaje de casos que tuvieron lugar en un domicilio particular, de la víctima o el agresor, y el porcentaje que sucedió en la calle u otro lugar público, ambos 30%. Y según el estudio de Garrido et al. (1993), la situación más frecuente en la que se encontraban las víctimas cuando se toparon con el agresor era entrar o salir de una vivienda aunque en otros muchos casos se encontraban en lugares solitarios o eran conducidas por el agresor a los mismos.

Los datos que aporta Pulido et al. (1988; en Garrido, Stangeland y Redondo, 1999) sobre el estudio de una muestra de víctimas de violencia sexual, es decir tanto casos de abuso como de agresión sexual, es que la mayoría de los delitos sucedieron por la noche, y el lugar donde se producía el delito era en un 27,5% en descampados, el 19,5% en casa del agresor, sobretodo cuando la víctima era de menor edad, y el 17,3% en casa de la víctima. Y en la investigación desarrollada por Sepúlveda et al. (2002) se analizan los lugares donde se producía con más frecuencia los casos de violencia sexual así como la hora del día, distinguiendo entre los casos que tenían lugar en el medio urbano y los del medio rural (tabla 21). Se comprueba que los casos que tienen lugar en un entorno urbano se caracterizan por suceder más frecuentemente en la vía pública y en horario nocturno, que los casos ocurridos en el entorno rural.

Tabla 21. LUGAR Y HORA DEL DÍA DE LA VIOLENCIA SEXUAL

	MEDIO RURAL	MEDIO URBANO
LUGAR		
Domicilio familiar	48%	24%
Vía pública	5%	22%
Domicilio del agresor	23%	17%
Carreteras o descampados	9%	14%
Domicilio propio	3%	5%
Lugar de trabajo/estudio	5%	8%
Otros	16%	20%
HORA DEL DÍA		
08:00-13:00 horas	29%	10%
13:00-18:00 horas	8%	27%
18:00-22:00 horas	12%	8%
22:00-03:00 horas	20%	34%
03:00-08:00 horas	5%	19%

Fuente: Sepúlveda et al. (2002)

En los casos de agresiones sexuales se ha comprobado que también es frecuente que suceda en casa de la víctima pero en menor grado que en los casos de abuso. Por ejemplo, Grossin et al. (2003) detectaron que entre el 35 y 56% de los casos de agresiones sexuales se produjeron en la casa de la víctima.

El marco temporal en el que se suelen presentar las agresiones sexuales fue estudiado en nuestro país por Gándara (1996) a través de las estadísticas policiales de los años 1980 a 1993, y resalta la existencia de dos semestres diferenciados, de mayo a octubre en el que el número de denuncias es ligeramente mayor, concretamente el 53,5%; y el periodo de noviembre a abril, en el que el porcentaje de denuncias desciende a un 46,5%. Otros datos sobre el marco temporal de las agresiones sexuales estudiadas por este autor se exponen en la tabla 22, donde se aprecia principalmente que las agresiones sexuales suelen tener lugar por la tarde-noche.

TABLA 22. MARCO TEMPORAL DE LAS AGRESIONES SEXUALES

DÍA / SEMANA	%	DÍA /MES	%	HORA	%	DURACIÓN	%
Lunes	14%	1 al 5	22%	00:00-08:00	44%	< 15 minutos	20%
Martes	12%	6 al 10	14%	08:00-15:00	14%	15-30 minutos	35%
Miércoles	14%	11 al 15	16%	15:00-20:00	9%	30-60 minutos	15%
Jueves	14%	16 al 20	13%	20:00-24:00	33%	1-5 horas	10%
Viernes	16%	21 al 25	15%			5 horas- días	5%
Sábado	15%	26 al 30	20%			> 1 semana	15%
Domingo	15%						

Fuente: Gándara (1996).

Semejantes resultados fueron los obtenidos en el trabajo realizado por Roig (1999), ya que los intervalos de tiempo en los que ocurrieron mayor número de los delitos estudiados fueron entre las 12 de la noche y las 4 de la madrugada, seguido de las 4 a las 8 de la tarde. La duración del delito osciló principalmente entre 11 y 20 minutos en el 30% de los casos, de 21 a 30 minutos en el 10%, y entre 1 y 10 minutos en otro 10%. El lugar del delito era en 15% la vía pública, un 15% en un automóvil, un 15% en el domicilio de la víctima, un 15% en el domicilio familiar, un 11% en el domicilio del agresor y el 29% restante en otros lugares.

En el estudio realizado en Irlanda por McDermott, McBride y Lee-Gorman, (2008) se identificó el sábado por la noche y domingo por la mañana como los momentos en los que se producían mayor número de agresiones sexuales.

También estudiando el lugar donde tienen lugar las agresiones sexuales, Hollin (1989; en Redondo, 1996) realizó un estudio de varias encuestas realizadas en Estados Unidos entre los años setenta y ochenta, y extrae como conclusiones que las violaciones solían suceder en la casa de la víctima, en las grandes ciudades, y en coches en ciudades pequeñas, siendo la noche el momento en el que se producían mayor número de agresiones, el sábado el día de la semana en el que era más frecuente y los meses de mayo y noviembre en los que mayor número de violaciones detectadas se

producían. También Boykins y Mynatt (2007) señalan que un tercio de las agresiones sexuales que estudiaron habían tenido lugar en casa de la víctima.

Como vemos al estudiar las coordenadas espaciotemporales, los datos varían según el tipo de violencia sexual que se analice: abuso intrafamiliar/extrafamiliar, violencia sexual en general, violencia sexual en el medio urbano/rural. Estos resultados apuntan a la necesidad de estudiar los diferentes tipos de violencia sexual para poder establecer distintos patrones de tiempo y lugar.

II. 3. 9. Forma de terminación y desvelamiento de la violencia sexual

En el acercamiento a la violencia sexual, no debemos obviar la última fase de la misma que sería la revelación. Los estudios sobre cómo tiene lugar este desvelamiento señalan principalmente la existencia de un alto porcentaje de casos que se silencian, como se apuntó en el apartado sobre la cifra negra, pero además se detecta que la persona a quien se revela los hechos varía según la edad de la misma y el sexo (López, 1996; Sepulveda et al., 2000).

Echeburúa y De Corral (2006) consideran que sólo el 50% de los menores revelan el abuso sexual, comunicándose a las autoridades en el 15% de los casos, y llegando a proceso judicial sólo un 5%. Y en un estudio llevado a cabo por Suárez y González (2003) sobre los casos que sí salen a la luz, de los 58 casos de menores atendidas por violencia sexual en los servicios de medicina forense de Santa Cruz de Tenerife, se compró que en 39 de los casos, es la propia niña la que da la alarma sobre lo sucedido.

También se ha comprobado la relación existente entre la edad de la víctima y la forma de revelación, principalmente en casos de víctimas menores. Así Kogan (2004) encontró que los niños menores de 7 años que habían sufrido alguna forma de violencia sexual presentaban una baja probabilidad de desvelamiento inmediato de lo sucedido, mientras que los que se encontraban en la franja de edad entre los 7 y 13 solían contarle a un adulto, y los adolescentes entre 14 y 17 revelaban su victimización a un igual.

Con respecto al tiempo transcurrido hasta que se solicita ayuda, Grossin et al. (2003) realizaron un interesante estudio comparativo entre las características de las víctimas de agresión sexual que fueron examinadas por el forense en menos de 72 horas de haber sufrido la victimización y aquellas víctimas que fueron exploradas con posterioridad por no demandar ayuda hasta pasados al menos 3 días. Curiosamente la edad media del primer grupo era de 22,4 años, mientras que en el segundo grupo el 76% tenían menos de 15 años. La victimización se produjo en una única ocasión para el

87% de las víctimas del primer grupo frente al 64% del segundo. Además el agresor empleó amenazas en el 66% de las víctimas atendidas en menos de 72 horas, y en el 33% de las agresiones a víctimas atendidas pasadas 72 horas. Se comprueba, por tanto que existe un perfil distinto de víctimas respecto al tiempo que tardan en revelar lo sucedido.

Resulta también relevante, el análisis que realiza Gándara (1996) del tiempo que transcurre desde que sucede la violación hasta que se denuncian los hechos, resultando significativamente más frecuente que se comunicara a las autoridades la agresión durante la primera hora posterior al delito, lo cual sucedía en el 65% de los casos, siguiendo en frecuencia las denuncias interpuestas entre 1 y 3 horas después de los hechos, con un porcentaje del 7%.

II. 3. 10. Otras variables presentes en la violencia sexual

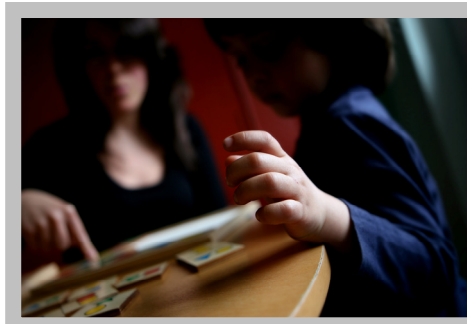
Muchos investigadores han señalado la presencia significativa del empleo de alcohol o drogas por la víctima o/y el agresor (Koss, Gidycz y Wisniewski, 1987; Muram, et al., 1995; Rickert y Wiemann, 1998; Abbey et al., 2001; Corbin et al., 2001, Grossin et al., 2003; Costello y Blyth, 2004; Avegno, Mills y Mills, 2008; McDermott, McBride y Lee-Gorman, 2008). De hecho se ha llegado a denominar este tipo de victimizaciones como “date rape drug” o agresiones en citas facilitadas por drogas. Entre las sustancias facilitadoras de la violencia sexual, se encuentran tanto el alcohol y otras drogas de consumo más habitual, como un tipo de sustancias inhibitoras de la posibilidad de respuesta por parte de la víctima, como son el Gamma Hidroxibutirato o GHB y el Flunitrazepan, conocido como Rohipnol, que suele emplearse por el agresor para dejar inconsciente o incapaz de responder físicamente a la víctima (Schwartz, Milteer y LeBeau, 2000).

Al estudiar la influencia del empleo de alcohol por parte de la víctima y/o del agresor con respecto a los resultados de la victimización, Brecklin y Ullman (2002), tras revisar 859 casos de violencia sexual contra mujeres, detectaron que el consumo de alcohol por el agresor se relacionaba con un mayor número de agresiones donde se llegó a la penetración, pero no parecía influir en el daño físico en las víctimas. Sin embargo, el consumo de alcohol por la víctima tanto en el momento de la agresión como su historia de consumo el año anterior a su victimización no influía en el resultado de su victimización.

Abbey et al. (2001) al analizar el papel del consumo del alcohol en la violencia sexual, señalan diversos factores que explican esta relación, que van desde las creencias erróneas previas tanto de la víctima como del agresor sobre el consumo de

alcohol y el sexo, la influencia del alcohol en la percepción errónea de las actitudes de la víctima o utilizar el haber bebido como excusa para sus comportamientos por parte del agresor, como la dificultad que produce el consumo en la víctima para detectar situaciones de riesgo y responder ante ellas.

Este tipo de investigaciones son muy importantes tanto para efectuar adecuadas campañas de prevención, como a la hora de tener en cuenta el impacto que tiene el consumo de sustancias, dado que su presencia ejerce un efecto importante sobre la valoración social de la responsabilidad por la victimización (Girard y Senn, 2008).



CAPITULO III

MODELOS EXPLICATIVOS

III. MODELOS EXPLICATIVOS DE LAS CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DE LA VIOLENCIA SEXUAL

A continuación vamos a describir algunos de los principales modelos que se han elaborado para comprender cómo afecta a nivel psicológico la vivencia de la violencia sexual como víctima. Al aproximarnos a las teorías explicativas en torno a la violencia sexual, hemos detectado que son mucho más numerosos los trabajos que se centran en describir los mecanismos por los cuales una persona llega a cometer este tipo de actos. Las teorías sobre cómo afecta la experiencia en las víctimas, se desarrollan con mayor fuerza a partir de los movimientos en favor de los derechos de las víctimas y de la detección de graves alteraciones en personas que habían sufrido experiencia violentas, sobretodo veteranos de guerra.

Al tratarse los abusos sexuales y las agresiones sexuales de dos formas distintas del mismo fenómeno, la violencia sexual, a la hora de explicar sus efectos en las víctimas nos encontramos con modelos teóricos que en ocasiones serán específicos de cada uno de estos fenómenos, y otras veces se pueden aplicar al fenómeno de manera global aunque existan pequeños matices.

Se exponen a continuación los modelos que se han desarrollado para explicar el efecto de los abusos sexuales, aunque algunos hacen referencia en general a las victimizaciones de menores. Posteriormente se describen los modelos que se centran en los mecanismos que dan lugar a la afectación psicológica de las víctimas de agresiones sexuales. Y por último se realiza una breve reflexión respecto a los modelos teóricos analizados.

III. 1. MODELOS EXPLICATIVOS DE LAS SECUELAS PSICOLÓGICAS DEL ABUSO SEXUAL

A la hora de describir como se llega a desarrollar la sintomatología asociada a los abusos sexuales en la infancia nos encontramos con modelos que parten de las distintas teorías psicológicas explicativas del comportamiento humano y sus

desviaciones. De entre ellos los más conocidos son el modelo traumatogénico de Finkelhor y Browne (1985) y el modelo de estrés postraumático de Wolfe et al. (1989; en Wolfe y Gentile, 1992). Ambos consideran el abuso sexual como un hecho traumático, pero mientras el modelo traumatogénico postula que la sintomatología es explicada por diversos mecanismos psicológicos de adaptación, el modelo de estrés postraumático defiende que las consecuencias psicológicas del abuso se manifiestan a través de los diversos síntomas de los trastornos de estrés postraumático. Además existen otros muchos más modelos que aportan puntos de vista distintos sobre las consecuencias de los abusos sexuales, y que a continuación también expondremos.

III. 1. 1. Modelos de múltiples dinámicas

Los denominados modelos de múltiples dinámicas, reciben ese nombre porque tienen en cuenta la influencia de diversos factores relacionados con la situación de abuso, y no sólo el acto abusivo en sí. Tanto el modelo traumatogénico, como el centrado en el papel de la vergüenza, desarrollado por Feiring, Taska y Lewis, así como el modelo del Síndrome de acomodación al abuso responderían a este tipo de teorías explicativas del efecto del abuso sexual en las víctimas (Freeman y Morris, 2001).

III. 1. 1. 1. Síndrome de acomodación al abuso

Summit (1983) expuso una teoría referida específicamente a las consecuencias del incesto, resaltando la incidencia en las víctimas de un segundo momento traumático que se corresponde con el descubrimiento de los hechos, y englobando las reacciones más típicas de los menores victimizados con el nombre de Síndrome de acomodación al abuso. El objetivo de esta teoría es explicar las reacciones adaptativas de muchas víctimas de abuso que resultan para muchos adultos incomprensibles, como por ejemplo, la aparente normalidad de las conductas de las víctimas. Según estos autores, dicho síndrome está compuesto por cinco factores, dos de los cuales están relacionados con la vulnerabilidad del menor y los otros tres son secuencialmente contingentes a la experiencia de victimización.

En primer lugar, suele imponerse el secreto por parte del perpetrador del abuso mediante mensajes como: “Éste es nuestro secreto, nadie más lo entendería”, “nadie te va a creer”, “si tu madre se entera te odiará”, “si se enteran se romperá la familia”, “si se lo dices a alguien te hará daño”, etc. Otras veces es el mismo menor quien a través de semejantes razonamientos se autoimpone el silencio. Esto sumerge a las víctimas en una situación de aislamiento, creando sentimientos de estigmatización, culpabilidad e indefensión, que se ven reforzados cuando se descubre el abuso y un

adulto protector pregunta, con tono de reproche, al no entender el mantenimiento del secreto: “¿Por qué no me lo dijiste?”.

Una segunda situación, que se suele dar en los casos de abusos cometidos por figuras protectoras o de confianza del menor, es la indefensión. Los niños suelen ser educados en la idea de desconfiar de los extraños pero no de las personas cercanas a la familia y también se les inculca el deber de obedecer a los adultos, de modo que cuando en una situación interpersonal en la que consideran inicialmente estar seguros se produce el abuso sexual, la víctima se sumerge en un estado de indefensión que puede tener como consecuencia la adopción de una actitud hiperalerta, y/o pasiva y de sumisión al abusador.

La acomodación o atrapamiento, tercer tipo de fenómeno que sucede en el abuso, se produce cuando éste se da de forma reiterada, y la única opción que encuentran las víctimas suele ser aprender a aceptar la situación y sobrevivir. Esta actitud puede tener consecuencias en el menor que van desde la dependencia patológica, la autoinculpación, autocastigos, hasta trastornos disociativos.

Otra de las situaciones que según Summit, se suelen producir en los casos de incesto es el descubrimiento tardío, conflictivo y poco creíble de los hechos, motivado principalmente por el hecho de que la madre suele considerar increíble que algo así suceda en su familia y a esto se une que el menor, por el paso de los años sufriendo en silencio los abusos, suele convertirse en un adolescente problemático y esto resta su credibilidad.

La retractación de las víctimas, tras haber en un principio confirmado los hechos, no es un fenómeno poco habitual en estos casos. Este es el quinto componente del Síndrome descrito por Summit (1983) y viene motivado principalmente por la gran cantidad de consecuencias negativas que percibe la víctima como consecuencia del descubrimiento de los hechos, sobretodo el hecho de no haber sido creída y de haber “destruido” el equilibrio familiar.

III. 1. 1. 2. Modelo traumatogénico del abuso sexual

Finkelhor y Browne (1985) desarrollaron otra conceptualización sobre el impacto del abuso sexual basándose en cuatro dinámicas o factores causales a los que denominaban procesos traumatogénicos. El primer factor hace referencia a la sexualización traumática, que se refiere a la interferencia en el desarrollo sexual adecuado del menor que se produce como consecuencia de sufrir abusos sexuales. Es decir, el niño aprende erróneamente a utilizar y considerar la sexualidad, repercute en

su forma de autodescubrir su cuerpo e interactuar con los demás confundiendo las expresiones eróticas y afectivas, y pudiendo producir comportamientos sexuales agresivos, o inapropiados, disfunciones sexuales y confusión respecto a la propia identidad sexual.

Un segundo factor explicativo es la pérdida de confianza o sensación de traición que experimenta el menor como consecuencia de ser victimizado por una persona de confianza o protectora. Esta pérdida de confianza y sentimiento de indefensión, explican según estos autores que las víctimas generalicen esta desconfianza a otras personas, y que experimenten miedos y ansiedad, retraimiento social, dificultades en las relaciones íntimas, y reacciones compensatorias de tipo agresivo o abusivo hacia otras personas, que responden a necesidades de control o dominio.

La estigmatización, otro de los factores, se refiere a la sensación de pérdida de valor, culpa o vergüenza que vivencian las víctimas, y que explica muchas de las consecuencias que la baja autoestima produce a corto y largo plazo, tales como intentos de suicidio o conductas autodestructivas que se manifiestan mediante la identificación y participación en estratos estigmatizados de la sociedad, prostitución o drogadicción.

Y por último, el sentimiento de indefensión, fruto de la constante victimización o de la situación de vulnerabilidad del menor, produciría un temor y ansiedad constante, así como síntomas depresivos, una actitud pasiva o agresiva y de retraimiento frente a los demás.

III. 1. 1. 3. Modelo explicativo del proceso de adaptación al abuso: El papel de la vergüenza y el estilo atribucional

Basándose en el trabajo de Finkelhor y Browne (1985), Feiring, Taska y Lewis (1996) estudiaron con mayor detalle el papel de la estigmatización en las consecuencias del abuso sexual, proponiendo que el abuso sexual en niños y adolescentes conduce a la culpa a través de la mediación de atribuciones cognitivas sobre el abuso. La culpa, a su vez, deriva en un bajo nivel de ajuste, distorsionando la visión que tiene la víctima sobre sí misma, las relaciones y el mundo en general, y modulando el estrés psicológico que sufre. Según estos autores existen tres factores que modulan el proceso de estigmatización, y estos serían el apoyo social, el género y el estadio evolutivo en el que la víctima se encuentre. La edad y el número de episodios de abuso sufridos predecirían la presencia y gravedad de sintomatología depresiva y baja autoestima, mientras que ser varón y haber sufrido un mayor número

de episodios de abuso predeciría la emisión de mayor número de conductas sexualizadas.

Pero, tanto los modelos del Síndrome de acomodación al abuso y el modelo traumatógeno, como el modelo más reciente sobre la estigmatización, han sido criticados debido a la falta de estudios empíricos con muestras no sólo clínicas que los avalen (Freeman y Morris, 2001).

Podemos considerar en parte que el modelo que desarrollaron inicialmente Wolfe y Wolfe (1988; en Wolfe y Gentile, 1992) también se basa en la influencia de diversos factores en las consecuencias del abuso y en la posterior recuperación, por lo que tendría que venir recogido en este apartado como modelo de múltiples dinámicas. Estos autores consideran que dichos factores influyen en el continuo del abuso que va desde el abuso sexual en sí y la etapa previa al desvelamiento de los hechos, hasta la fase de crisis del descubrimiento del abuso, seguido de un periodo de mejora y reajuste. Según este modelo, el desarrollo que tendrá el menor, así como sus patrones de comportamiento adaptativos o no, reflejan el influjo de factores estresores o de apoyo, actuales o del pasado. Estos factores se agrupan en cuatro categorías: Características del abuso sexual, de la víctima, de su familia, y factores estresantes o de apoyo a nivel social. Sin embargo, estos autores, posteriormente se centraron en estudiar el trastorno de estrés postraumático (de ahora en adelante TEPT) como secuela principal del abuso sexual, lo cual se describe en un apartado posterior, pero continuaron considerando la importancia de los factores contextuales en las repercusiones y recuperación de este tipo de violencia sexual.

III. 1. 2. Modelo de procesamiento de la información

Los anteriores modelos de múltiples dinámicas también han sido criticados por no tener ninguna corriente psicológica clara de la que partan, lo cual no sucede respecto al modelo desarrollado por Hartman y Burgues (1987; en Freeman y Morris, 2001), ya que parten claramente de los postulados de determinadas teorías psicológicas. Estos autores se basan en la teoría del procesamiento de la información para defender que la resolución del trauma no puede realizarse hasta que la memoria del evento no sea transferida del presente o estado activo, a la memoria pasada, y esto sucede cuando se da un adecuado procesamiento de lo ocurrido. Si la víctima no obtiene ningún tipo de respuesta tras presentar los primeros síntomas derivados del abuso, se producirá un periodo de quietud en el que se encapsula el acontecimiento traumático. El encapsulamiento del recuerdo traumático se produce como consecuencia de diversos mecanismos defensivos como son la disociación, fragmentación, supresión, desarmonía, represión y compartimentación. Entonces la

persona reexperimenta continuamente el suceso tanto a nivel consciente como inconsciente, aumentando el riesgo de padecer el TEPT.

Según este modelo, existen una serie de parámetros que influyen en las distintas fases modulando las repercusiones del trauma. En la fase pretrauma la vulnerabilidad de la víctima se relaciona con la historia temprana de la misma, sus creencias y valores sobre el abuso, su capacidad de afrontamiento y las condiciones de estrés existentes. Durante la fase de encapsulación del trauma, la edad de la víctima, su relación con el agresor, el tipo de actos en los que consistió el abuso, la violencia y posible pornografía empleada, y la forma de afrontamiento de la situación por parte de la víctima, funcionarán como factores críticos. Y ya en la fase postrauma, serán variables a tener en cuenta, el nivel de adaptación de la víctima, la alteración de su estilo de vida anterior al abuso, la reacción de su entorno familiar y el tipo de desarrollo de la víctima a largo plazo.

La adaptación del menor durante esta última fase podrá realizarse de diversas formas o modelos. Si la víctima supera la ansiedad que provoca el abuso, es consciente de que la responsabilidad del mismo es del agresor, se integra socialmente, y afronta su futuro con optimismo, se considera que la adaptación ha seguido un modelo integrado. Si por el contrario, la víctima sigue experimentando ansiedad alrededor del abuso y de su recuerdo, se percibe como culpable, llegando a presentar sintomatología depresiva o autolesiva, y sus relaciones sociales y familiares continúan viéndose afectadas, la adaptación ha seguido un modelo de evitación. Aquellas víctimas cuya adaptación se ajusta al modelo sintomático sufren la cronificación de los síntomas relacionados con el abuso y su vida sigue viéndose alterada por el recuerdo, encontrando grandes dificultades en sus relaciones sociales y familiares. Pero en otros casos la víctima llega a identificarse con el agresor como única forma de afrontar su ansiedad, y en general se produce un cambio en su sistema de creencias, optando por conductas antisociales y minimizando el abuso sufrido (Cortés y Cantón, 1997).

Al utilizar el modelo de procesamiento de la información diversos constructos no observables para explicar las consecuencias del abuso sexual, se le ha criticado la dificultad para comprobar empíricamente estas propuestas teóricas.

III. 1. 3. Modelos nucleares

Algunos autores, como Wolfe, Gentile y Wolfe (1989; en Echeburúa et al., 1995) y Kendall-Tackett, Williams y Finkelhor (1993), han defendido que la gran diversidad de síntomas manifestados por las víctimas de abuso, puede explicarse por la alteración sufrida en áreas principales a nivel psicológico.

Desde mitad de los años 80 los investigadores Wolfe, Gentile y Wolfe (1989; en Echeburúa y Guerricaecheverría, 1995) se han centrado en estudiar la aplicación de los criterios del trastorno de estrés postraumático a las consecuencias del abuso sexual. Esta teoría es defendida por tres motivos principales. En primer lugar, porque cumple los criterios requeridos por la American Psychiatric Association (A.P.A.) para el diagnóstico del TEPT del DSM-III-R, DSM-IV y DSM-IV-R (A.P.A., 1987; 1994 y 2002), ya que este tipo de trastorno puede darse cuando una persona se ve envuelta o percibe un importante peligro para sí o para otras personas. En segundo lugar, porque muchos investigadores han demostrado que un gran número de personas que sufren abuso sexual presentan claros síntomas del TEPT. Por último, porque según la literatura sobre estudios de adultos que en su infancia sufrieron abusos sexuales, las diferencias detectadas entre las víctimas pueden explicarse mediante tres variables que modulan el impacto del abuso sexual: La severidad del trauma, el apoyo social y estilo atribucional para eventos negativos. Estos tres tipos de variables también influyen en la reacción psicológica de las personas ante otro tipo de eventos traumáticos.

Los síntomas característicos del trastorno de estrés postraumático son la existencia de pensamientos intrusivos, la evitación de estímulos relacionados con el evento traumático, alteraciones del sueño, irritabilidad y dificultades de concentración, presentándose en los menores con conductas de agitación o desestructuradas, pesadillas y somatizaciones. Basándose en estos síntomas, surge una de las principales críticas que se realizan a este modelo, ya que existen otros síntomas que aparecen en menores víctimas de abuso sexual pero que no forman parte de los síntomas de estrés postraumático, principalmente síntomas de carácter cognitivo.

Otra de las críticas a este modelo es que no se puede aplicar a todas las víctimas de abuso sexual, ya que algunas no perciben el evento como traumático, sobretodo si no existió violencia física. Investigadores como Finkelhor (1986; en Wolfe y Gentile, 1992) han sugerido que el trauma que produce la experiencia de abuso sexual estaría más relacionado con el significado social del acto o la relación anormal que se produce alrededor del abuso, que con la percepción de peligro que pueda tener la víctima.

También se ha criticado que se pierde de vista la perspectiva evolutiva y por tanto no se especifica la relación entre el abuso, el cuadro clínico derivado y su curso (Wolfe y Gentile, 1992; Echeburúa y Guerricaecheverría, 2000; Lameiras, 2000; Freeman y Morris, 2001). Como ventaja se ha destacado el hecho de que este modelo facilita la descripción operativa de la sintomatología derivada del abuso y así la utilización de conceptos que comprendan todos los profesionales (Catalán, 2004).

Según el modelo de Kendall-Tackett, Williams y Finkelhor (1993) las manifestaciones básicas del trauma y de las que se deriva toda la sintomatología de los abuso, son además de los síntomas de estrés postraumático, las conductas sexualizadas y la afectación de la autoimagen.

III. 1. 4. Modelos evolutivos

Desde la perspectiva evolutiva se han desarrollado diversos modelos explicativos de las consecuencias del abuso sexual que se centran en aquellas teorías que sugieren que el abuso sexual interfiere en el adecuado desarrollo del menor en áreas como el funcionamiento social y personal.

III. 1. 4. 1. Modelos basados en las teorías del apego

Alexander (1992) expone que las consecuencias a largo plazo de la violencia sexual en la infancia deben entenderse a partir de la teoría del apego, según la cual las interacciones entre el niño y su cuidador en las primeras etapas de su vida dan como resultado el desarrollo de modelos cognitivos internos y expectativas sobre futuras relaciones sociales que posteriormente guiarán los comportamientos sociales del niño. Alexander considera que la aplicación de esta teoría a las consecuencias de la violencia sexual en la infancia se produce en dos formas: para explicar como las relaciones abusivas pueden desarrollarse dentro de la estructura familiar, y también para explicar cómo la violencia sexual influye en las distintas secuelas de los adultos que lo sufrieron en su infancia. Esta autora considera que una historia de vínculos inseguros o desorganizados tanto del padre abusivo como del no abusivo, establece el adecuado escenario para que se produzca el abuso. El rechazo durante la infancia, el cambio de roles y los traumas no resueltos que pueden desarrollarse como consecuencia de un vínculo inseguro pueden producir la disminución de la capacidad de los padres para procurar su propio cuidado, los cuidados necesarios a su hijo y las estrategias que pueden ayudar a parar la situación abusiva.

En cuanto a las consecuencias a largo plazo de la violencia sexual, Alexander considera que los diferentes tipos de vínculos inseguros que se pueden desarrollar como consecuencia de la experiencia de victimización sexual se relaciona con la diversidad de sintomatología que puede desarrollarse a largo plazo. El vínculo resistente o apego de resistencia, predispondría a la sobreidealización del compañero e infravaloración de sí mismo, pudiendo producir la revictimización del adulto, dificultades en las relaciones interpersonales, hipervigilancia, síntomas de ansiedad y el trastorno límite de la personalidad. El vínculo desorganizado puede conducir a un estilo de afrontamiento confuso o disociativo y un alto riesgo para el TEPT y trastornos

de personalidad de tipo límite o disociativo. Por último un vínculo evitativo o apego de evitación, predispondría a la evitación del recuerdo del abuso a través de la negación, y a disminuir la habilidad para expresar emoción e intimidad con otras personas. Según los autores que defienden esta perspectiva, la victimización sexual se relaciona con una posterior forma de percepción de las relaciones románticas, parentales y entre iguales, que suele producir interacciones negativas (Cortés y Cantón, 1997; Flanagan y Furman, 2000; Freeman y Morris, 2001).

Para Kempe y Kempe (1978; en Bagley y King, 1991) las teorías evolutivas sobre el apego explican fenómenos que se detectan entre algunas víctimas de abuso, tales como el fuerte vínculo con los padres, o la tendencia a desmentir lo sucedido simpatizando con su agresor.

III. 1. 4. 2. Modelos explicativos de los efectos del incesto a largo plazo

Otros autores como Cole y Putman (1992) también parten de las teorías del vínculo para explicar las consecuencias del abuso sexual, pero en este caso se centran en aplicarlas concretamente a los efectos psicológicos del incesto. Según estos especialistas, la exposición temprana a vivencias traumatizantes incide en las actitudes hacia uno mismo y hacia los demás interfiriendo en el proceso de definición de la imagen de uno mismo y en la capacidad para experimentar seguridad y confianza en otros. Estos conflictos consigo mismo y en el funcionamiento social se traducen en alteraciones de la autoimagen, un bajo control de los impulsos y de la modulación de los afectos, incluyendo comportamientos autodestructivos, y una actitud suspicaz y de inseguridad en las relaciones interpersonales.

El tipo de estrategias de afrontamiento inadecuadas que utilice la víctima dependerá de la edad en la que comenzaron los abusos y la duración en el tiempo de los mismos. Así las víctimas de mayor edad al utilizar estrategias más introspectivas, tendrán mayor riesgo de sufrir secuelas de tipo cognitivo tales como culpabilidad y vergüenza y menos reacciones de tipo disociativo. En el caso de adolescentes las estrategias suelen ser inmaduras, principalmente conductas impulsivas que en ocasiones derivan en el consumo de drogas o conductas sexuales de riesgo (Cortés y Cantón, 1997; Liem y Boudewy, 1999; Freeman y Morris, 2001).

Como resultado de la combinación de las perspectivas dinámicas, biológicas y del desarrollo, Putman (1990; en Freeman y Morris, 2001) formula un modelo explicativo sobre cómo los abusos sexuales incestuosos pueden interferir en el desarrollo de adecuadas autopercepciones ya que como consecuencia del abuso se pueden producir alteraciones en la memoria infantil debido a la experimentación de estados

disociativos, llegando a desencadenarse una fragmentación del self. Según Putman, la fragmentación puede derivar en el desarrollo de patrones de conducta patológicos, descritos como trastorno de la personalidad tipo borderline o trastorno de personalidad múltiple. Igualmente la experimentación repetida de pérdidas de autocontrol podría desembocar en alteraciones de conciencia, como flashbacks, disociaciones o ataques de pánico. Por otra parte, las alteraciones en áreas de la identidad sexual o el desarrollo de la identidad como víctima, puede conducir a relaciones patológicas y revictimizaciones como adultos. Este autor también sugiere que las alteraciones en la percepción del propio cuerpo podrían estar acompañadas de problemas como conductas regresivas, automutilaciones, y reacciones de conversión. Por último, la baja autoestima observada en las víctimas de abuso sexual puede ser el resultado de alteraciones en el propio sentido del self.

III. 1. 4. 3. Modelos basados en la psicopatología del desarrollo

Según Bukowski (1992), son tres las formas en las que el abuso sexual afecta al desarrollo normal de los menores que lo sufren, interfiriendo en dicho desarrollo, y estas tres áreas son estudiadas por la psicopatología del desarrollo. En primer lugar nos encontramos con el proceso de socialización del individuo que facilita el desarrollo de habilidades de interrelación, y que como consecuencia del abuso se ve afectado ya que el menor percibe que los estándares sociales que regulan las interacciones sociales han sido violados así como su percepción de los roles sociales. En segundo lugar, el autoconcepto de la víctima puede dañarse al percibirse como un objeto o al percibir información negativa sobre sí misma procedente del agresor y/o de su entorno. El tercer componente, que según estos autores, se puede ver distorsionado a partir de la experiencia de abuso, es la sexualidad del menor. Esto ocurre así, tanto por la confusión que puede producir la victimización en la integración del concepto de sexualidad del menor, como por la posible alteración que se produce en la secuencia normal de desarrollo sexual.

Para Mullen et al., (1994; en Vázquez y Calle, 1996) las principales consecuencias del abuso en el desarrollo adulto de la víctima son el declive de su estatus socioeconómico, los problemas sexuales crecientes y la tendencia a percibir a su pareja como poco cariñosa e hipercontroladora.

Estos modelos explicativos basados en las teorías del desarrollo describen los procesos por los cuales se desarrollan los diversos síntomas posteriores al abuso sexual, pero como principales limitaciones se considera que no aclaran por qué se mantienen dichas secuelas y además en muchos casos se centran en explicar tan sólo los abusos intrafamiliares.

III. 1. 5. Modelo Transaccional de Spaccarelli

Desde las premisas de la teoría transaccional del desarrollo, Spaccarelli (1994; en Freeman y Morris, 2001) explica que el desarrollo de las víctimas al producirse como resultado de las interacciones persona-ambiente, viene en gran parte modulado por las reacciones del entorno tras el desvelamiento de los hechos. Las consecuencias del abuso estarían, según esta perspectiva, relacionadas con la cantidad de estresores que se vivencien tras la revelación de lo sucedido, estresores que pueden ir desde la desestructuración familiar hasta las diversas reacciones sociales negativas. Además los efectos del abuso se relacionarían también con el desarrollo de estrategias cognitivas negativas y la utilización de formas de afrontamiento inadecuadas que incrementan la sintomatología. Por tanto, las víctimas adolescentes se sienten más culpables por los cambios que se produzcan en la familia, y tienen más miedo a no ser creídas o a tener que abandonar su hogar (Cortés y Cantón, 1997; Freeman y Morris, 2001).

Uno de los aspectos a resaltar de este modelo es que considera que las víctimas de abuso sexual no presentan siempre problemas psicológicos importantes, sino que por el contrario, considera que la interacción entre los aspectos evolutivos y las transacciones de la persona con el medio es algo complejo que puede dar como resultado diversas patologías a lo largo del desarrollo de la víctima o la protección ante posibles síntomas, y por tanto una afectación leve. Por eso, este modelo defiende la investigación de aquellas variables que funcionan como protectoras del adecuado desarrollo de las víctimas de abuso (Cortés y Cantón, 1997).

III. 1. 6. Modelos Cognitivo-conductuales

Basándose en las teorías cognitivo-conductuales, Hoier et al. (1992) proponen que los efectos del abuso sexual se deben entender considerando las experiencias abusivas como niveles en un continuo que va desde las provocaciones o desafíos producidos por eventos abusivos que requieren en la víctima una respuesta adaptativa, a un nivel estresor más alto cuando la víctima percibe su imposibilidad de afrontamiento, o hasta un nivel traumático. En la tabla 23 se exponen los distintos tipos de violencia sexual a lo largo del continuo propuesto por estos autores según la gravedad de los hechos en relación al impacto en la víctima. Esta gravedad de los hechos tiene que ver no sólo en el tipo de actos en los que consista la violencia sexual, sino también con las características temporales, de intensidad, incontrolabilidad y recurrencia.

Tabla 23. CONTINUO DESAFÍO-ESTRÉS-TRAUMA.

DESAFÍO	ESTRES	ESTRÉS SEVERO	TRAUMA	TRAUMA SEVERO	TRUMA BIZARRO
Exposición a pornografía	Ser fotografiado	Simulación de coito	Coito vaginal	Sexo oral	Esclavitud sexual
Observar sexo	Observar una violación	Caricias genitales	Múltiples agresores	Sexo anal	Bestialismo
Besos inapropiados	Caricias no genitales	Masturbación mutua		Anilingus	Ritualismo sexual
Exhibicionismo		Penetración digital		Violación	Penetración con objetos afilados

Fuente: Hoier et al. (1992).

Los efectos negativos incrementarán cuando las experiencias se acercan más al polo traumático y para explicar estos efectos hay que recurrir a procesos tanto cognitivos como conductuales. Por una parte el condicionamiento clásico explicaría el proceso por el cual estímulos neutros, tales como un lugar o un pensamiento, al asociarse a un estímulo incondicionado del abuso, como sería un fuerte sonido o una agresión física, automáticamente provocará una respuesta que puede ir desde el incremento del ritmo cardíaco o temor. Así el estímulo neutro, tanto interno como externo, se convierte en un estímulo condicionado que produce la misma o similar respuesta que produce el estímulo incondicionado. Según estos autores las respuestas de las víctimas de abuso sexual que pueden explicarse a través de este tipo de condicionamiento serían el incremento del arousal, la afectación a corto plazo de funciones físicas como el ritmo cardíaco, hiperactividad, problemas del sueño y de concentración, alteración del apetito, enuresis, quejas somáticas, conductas sexualizadas y autolesivas. También aplicaron este modelo de aprendizaje para explicar los síntomas de reexperimentación, recreación de los hechos, así como la ansiedad y tristeza generalizada.

Las teorías del condicionamiento operante sobre el reforzamiento y el castigo también se han aplicado para explicar las consecuencias psicológicas del abuso. Así, el mecanismo del reforzamiento negativo, es decir cómo la retirada de un estímulo siguiendo una respuesta incrementa la probabilidad de su emisión, se ha empleado para entender las respuestas de evitación de las víctimas, tales como fobias o la evitación de contactos sexuales, disfunciones sexuales, retraimiento social, huidas de casa, consumo de alcohol y drogas, ideación suicida, procesos disociativos y agresividad. El reforzamiento positivo se emplea sin embargo para explicar el incremento de conductas sexuales en la víctima. Y la teoría del castigo y la extinción, también se ha empleado para comprender la disminución de respuestas de afrontamiento así como comportamientos depresivos. La extinción se producirá en

aquellas respuestas que pese a ser emitidas repetidamente por la víctima, no producen la retirada del estímulo negativo, lo cual suele suceder cuando se manifiestan protestas ante el abuso o se revelan los mismos y éstos no dejan de producirse.

Con respecto a las consecuencias a largo plazo del abuso, Hoier y sus colaboradores consideran que la generalización de los estímulos condicionados, la secuencia y complejidad de los estímulos asociados al abuso y diversos procesos cognitivos producen el mantenimiento de la sintomatología. Entre los procesos cognitivos implicados, los autores destacan la construcción de reglas cognitivas que describen las relaciones causa-respuesta-consecuencia y que hacen que respuestas como la evitación se continúen emitiendo.

En cuanto a la aplicación de las teorías cognitivas en este modelo, los autores consideran que a través de los distintos mecanismos de aprendizaje la víctima adquiere una serie de reglas cognitivas que regularán las respuestas ante los estímulos del entorno. El funcionamiento de estas reglas como mediadoras entre el estímulo ambiental y las respuestas se lleva a cabo de tres formas. En primer lugar, actuarían como estímulos que compiten con las contingencias ambientales para controlar el comportamiento. En segundo lugar, estas reglas funcionan como programas comportamentales complejos que describen cómo funciona el mundo que rodea a la víctima. Finalmente, estas normas incluyen descripciones de las probabilidades y valencias de los resultados de las respuestas para cada individuo. Se trata de mecanismos semejantes a los descritos por otros autores como procesos atribucionales, relacionales, de expectativas o de evaluación cognitivos (Hoier et al., 1992; Freeman y Morris, 2001).

Para explicar las consecuencias a largo plazo de los abusos, otros autores, como Polusny y Follette (1995; en Freeman y Morris, 2001), recurren a las teorías del comportamiento sin hacer referencia a ningún proceso cognitivo como variable causal. Principalmente establecen que la evaluación de las experiencias que hace la víctima, así como de los sistemas en los que se desenvuelve, tales como la escuela, la familia, y de su contexto socioeconómico, aporta gran información sobre las secuelas de los abusos sexuales en la edad adulta. Estos autores echan mano de la teoría de la evitación emocional para explicar cómo los adultos que han sufrido una experiencia de abuso durante su infancia, llevan a cabo patrones de comportamiento para reducir o evitar temporalmente las sensaciones negativas e internas relacionadas con el abuso. El uso de estos patrones o estrategias de evitación se ve reforzado por el alivio o reducción temporal de esas sensaciones desagradables. Por ejemplo, a través del consumo de alcohol antes de mantener relaciones sexuales se evitan los pensamientos

sobre el pasado abuso durante la experiencia actual, pero también se incrementa la posibilidad de ser revictimizado.

Desde una conceptualización analítico-comportamental, Freeman y Morris (2001) aplican una serie de principios para explicar las secuelas que presentan aquellos adultos que sufrieron abuso en su infancia. Concretamente consideran que las consecuencias que se observan a largo plazo en las víctimas se ven explicadas si se analizan las reacciones que se produjeron en el contexto del abuso. A través de los refuerzos positivos o negativos se puede explicar el mantenimiento de la sintomatología, y también destacan la importancia del comportamiento verbal y de la generalización de las respuestas aversivas, así como de las experiencias de vida temprana para comprender las estrategias de adaptación del adulto.

Por otra parte, Browne (1980; Bagley y King, 1991) aplicando los resultados obtenidos por Seligman en sus trabajos experimentales, intenta explicar las respuesta de los niños ante situaciones aversivas de las que no pueden escapar, fundamentalmente la actitud pasiva que pueden tomar ante una situación abusiva reiterada.

Aunque todos estos modelos comportamentales presentan como aspecto positivo el hecho de poder verificar empíricamente sus proposiciones, ya que se basan en variables contextuales fácilmente objetivables, se les ha criticado que las relaciones que defienden entre las distintas variables no resulten tan fáciles de demostrar.

III. 1. 7. Modelos Cognitivos

Existen otros modelos que se basan fundamentalmente en mecanismos cognitivos para explicar algunas de las reacciones que presentan las víctimas de abuso sexual. Uno de ellos es el modelo atribucional, que aplicándolo al abuso sexual, hace hincapié en la necesidad de la víctima de dar sentido a lo sucedido, y así su silencio toma sentido al evitar el desmembramiento de la familia, o incluso sus sentimientos de culpa le permiten obtener cierta percepción de control.

Algo similar son las explicaciones que se pueden extraer a partir de las teorías sobre el Locus de Control. Estas teorías parten de la base de que las personas tiene distintos estilos a la hora de considerar su grado de control en lo que les sucede. En relación con los abusos sexuales, se ha comprobado que muchas víctimas crecen sintiendo que su único valor es su cuerpo y a través de él encuentran cierta sensación de control (Bagley y King, 1991).

III. 1. 8. Modelo de la traición de Freyd

Centrándose en la violencia sexual en la infancia ejercida por el padre o una persona con semejante rol, Freyd (1994; en Freyd, DePrince y Gleaves, 2007) desarrolló una teoría, a la que denomina Teoría de la traición, sobre cómo afecta el hecho de que el abusador sea un cuidador. Según esta teoría, cuando la persona o instituciones de quien se depende para sobrevivir nos dañan de forma significativa, la supervivencia de la víctima puede requerir que la traición permanezca inconsciente. Esta autora considera el abuso sexual por una figura de quien se depende como una traición traumática, que puede tener como consecuencia una ceguera tanto de la víctima como del agresor sobre lo sucedido como forma de mantener el sistema del cual ambos dependen. Principalmente en la víctima se produce lo que Freyd denomina aislamiento del recuerdo o amnesia aparente, ya que se vuelve inaccesible aquella información que hace referencia al hecho traumático y por tanto cuando el agresor es un cuidador se presentan mayores niveles de sintomatología disociativa.

III. 1. 9. Situación actual de los modelos explicativos del abuso sexual o de la violencia sexual contra menores

Cantón y Cortes (1997) mencionan varios retos que las investigaciones sobre modelos explicativos de los efectos de los abusos sexuales deben plantearse. Por un lado proponen la inclusión de grupos control con homogeneización de las variables sociodemográficas, por otra parte realizar la evaluación de los trastornos familiares que pueden explicar parte de los efectos que en ocasiones se atribuyen únicamente al abuso sexual, también consideran necesario depurar la metodología de muestreo y mejorar las técnicas de evaluación de los efectos del abuso, así como adoptar una perspectiva evolutiva y multidimensional.

Otros investigadores como Freeman y Morris (2001) consideran como asignatura pendiente en este tipo de modelos la aplicabilidad de los mismos respetando una adecuada base empírica. El estudio de la efectividad de los distintos tratamientos puede ser un buen instrumento de validación de los diferentes modelos. Actualmente todavía son pocas las investigaciones que se están centrando en comprobar, desde un enfoque prospectivo, la vinculación entre ciertas variables del abuso, tales como la relación entre la víctima y el agresor o el empleo de fuerza física, con las consecuencias psicológicas en la víctima. También se señala la necesidad de unificar los conocimientos aportados por los distintos modelos que se han limitado a explicar parcialmente las consecuencias del abuso, ya que centraban sus investigaciones en formas específicas del fenómeno, como el incesto, o en determinadas poblaciones de víctimas, como menores de sexo femenino.

III. 2. MODELOS EXPLICATIVOS DE LAS CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DE LAS AGRESIONES SEXUALES

III. 2. 1. Modelos de fases

La primera descripción de un conjunto de síntomas específico de las agresiones sexuales fue a través de la denominada Teoría de la crisis, según la cual la agresión sexual produce un desequilibrio en la vida de la víctima a través de distintas fases que se superarán en un periodo de tiempo de entre 6 y 8 semanas (Echeburúa, et al., 1995). Basándose en este modelo, Burgess y Holmstrom (1974; en Aragón, 1994) tras entrevistar 146 víctimas, describen el Síndrome del trauma de la violación o Síndrome de la violación y cinco años más tarde vuelven a evaluar dicha muestra para estudiar la sintomatología que presentaban a largo plazo, superando así la crítica realizada a la teoría de la crisis, sobre su corto alcance explicativo.

Estos autores intentan explicar los síntomas que típicamente presentan las mujeres jóvenes tras sufrir un episodio puntual de agresión sexual. Hay que tener en cuenta que las reacciones descritas según este modelo no son aplicables a víctimas de corta edad debido a que el impacto de la agresión es mucho mayor como consecuencia de sus limitaciones para entender el mundo que le rodea, su dificultad para expresar verbalmente lo sucedido, el hecho de pensar que lo que le ha ocurrido no le ha pasado a nadie más y que puede vivir en soledad el trauma durante mucho tiempo (Bagley y King, 1991). Según este modelo la víctima se sumerge en un estado de crisis al fracasar su intento de combatir la situación estresante que se le presenta, y dicho estado se presenta en forma de proceso con varias fases.

La primera fase, llamada fase de shock o aguda, tiene lugar inmediatamente después de la agresión y su duración varía según los distintos expertos que la describen. Para Lorente y Lorente (1999) puede oscilar desde minutos a horas, mientras que para Vázquez (1995) su duración puede llegar a ser de días. Durante este primer estadio, la víctima presenta un alto grado de miedo y ansiedad generalizada, que puede manifestarse a través de trastornos psicósomáticos como fatiga generalizada, alteraciones del apetito y del sueño, alta reactividad e hiperalerta, y disfunciones sexuales. Este pánico inicial estará relacionado con el grado de violencia física sufrido durante la agresión, ya que en algunos casos de agresiones altamente violentas, el miedo a morir que presenta la víctima tendrá importantes repercusiones. A nivel afectivo la víctima se ve dominada por sentimientos de vulnerabilidad, impotencia, aislamiento y bloqueo emocional. En cuanto a las repercusiones a nivel cognitivo durante esta fase, se observa confusión, así como sentimientos de

humillación, culpa y vergüenza. Y en este estado es en el que la víctima tiene que enfrentarse a varios importantes procesos: Decidir si denuncia o no los hechos, someterse a una exploración medico-forense, revelar lo sucedido a sus familiares o amigos o silenciarlo, ser interrogada por las autoridades judiciales y conservar o no las pruebas de los hechos, por ejemplo ducharse. Conductualmente la víctima puede responder con alteraciones leves, como conductas errantes, o alteraciones severas tales como desorientación tempoespacial o bloqueo físico. En resumen, se produce una desorganización en la vida de la víctima, la cual debido al shock inicial, realiza conductas incoherentes y dependientes, dejando en muchos casos que sean los demás los que actúen y decidan por ella (García Andrade, 1993; Aragón, 1994; Soria y Hernández, 1994; Vázquez, 1995).

Esta primera fase la divide Symonds (1975, 1976; en Soria y Hernández, 1994) en dos: una reacción inicial caracterizada por un shock, acompañado de parálisis temporal, negación e incredulidad, y una segunda subfase que denomina ducha fría, y en la cual la víctima muestra conductas regresivas e intenta calmarse.

Posteriormente aparece una segunda fase de pseudo-adaptación, reorganización o ajuste externo, que puede durar días o semanas y se caracteriza por un estado de disforia y reevaluación cognitiva del suceso, en el que aparentemente se recupera el estilo de vida. El temor principal de las víctimas en esta fase es en relación a la violencia interpersonal, aunque se comienzan a elaborar reacciones emocionales que pueden ir desde el deseo de venganza a la inculpación, y se intenta integrar el suceso dentro de los esquemas personales. Ante la incapacidad de afrontar lo sucedido, la víctima experimenta dos tipos de reacciones durante este periodo: Una reacción de tipo expresivo, en la que se manifiestan sentimientos de pánico, ira, y ansiedad; Y una reacción en forma de estados que alternan miedo, euforia, o de tipo controlado, en la que se ocultan los sentimientos a través de un aparente sosiego y depresión, unido a pesadillas o conductas de evitación. Como consecuencia del estado de ánimo bajo se puede originar una disminución del repertorio de conductas lúdicas, que a su vez influirá negativamente en el estado de ánimo de la víctima (García Andrade, 1993; Aragón, 1994; Soria y Hernández, 1994; Vázquez, 1995; Lorente y Lorente, 1999).

En esta fase intermedia también se han descrito dos subfases (Horowitz, 1979, 1982; en Soria y Hernández, 1994): Un primer estado con ideas intrusivas, conductas compulsivas y sentimientos alterados, y un estado posterior de negación en el que se ignora la gravedad de lo sucedido. Por su parte Symonds (1978; en Bagley y King, 1991) expone que en esta segunda fase se produce lo que él denomina “infantilismo psicológico traumático”, y que se trata de una reacción en la que la víctima utiliza mecanismos de afrontamiento de su infancia temprana resultando obediente y pasiva

con su entorno. Esto puede explicar la vulnerabilidad de las víctimas tras sufrir abusos sexuales y el gran número de ellas que son revictimizadas, incrementándose también sus sentimientos de culpa.

La última fase, denominada de integración, readaptación o resolución, puede prolongarse en el tiempo de forma indefinida, y aparece en forma de cuadro depresivo y necesidad de desahogarse. En este periodo, la desorganización inicial comienza a adquirir una serie de patrones específicos consistentes en: Pesadillas, aumento de la actividad motora, fobias relacionadas con la agresión y la posible aparición de conflictos personales anteriores no resueltos. Aparecen también sentimientos de culpa, humillación, vergüenza, deseos de venganza y miedo a la violencia interpersonal o a volver a ser victimizada sexualmente. La víctima puede comenzar en ese momento a establecer defensas psicológicas más efectivas (García Andrade, 1993; Aragón, 1994; Soria y Hernández, 1994). Según Burgess y Holmstrom (1974; en Vázquez, 1995) este tipo de reacción se considera normal y adaptativa, pero también pueden aparecer reacciones patológicas. Estos autores definen como reacción combinada aquella que tiene lugar en víctimas con una problemática física o psicológica anterior, y que sufren brotes psicóticos, depresión severa con posibles intentos de suicidio o sintomatología psicósomática grave. Pero también puede producirse una reacción patológica de forma silenciosa o inhibida, y entonces la ansiedad será progresivamente más alta, produciéndose trastornos de tipo fóbico y evitación de la actividad sexual. En muchas de las víctimas que manifiestan este tipo de reacción, ha existido en su infancia o adolescencia un anterior episodio de agresión sexual. Según Bagley y King (1991) en esta fase los sentimientos de culpa pueden aumentarse por el recuerdo de su anterior docilidad, refugiándose la víctima en un estado de silencio y vergüenza, que puede convertirse en un rasgo de personalidad difícil de modificar si no es a través de un proceso terapéutico.

Bard y Sangery (1979; en Aragón, 1994) proponen tres fases distintas a las descritas por Burgess y Holmstrom: Una primera fase de impacto, semejante a la fase aguda; La denominada fase de retroceso, en la que las víctimas experimentan fuertes emociones que intentan negar como forma de vivir con lo sucedido, así como cierta labilidad emocional; Y una última fase de reorganización en la que se asimila lo sucedido y se experimentan emociones menos intensas.

Según la investigación realizada por Koss y Harvey (1987; en Soria y Hernández, 1994), se añaden a las fases anteriores una fase anticipatoria, que se asemeja a la evaluación primaria descrita por Lazarus y Folkman (1984; en Bal, et al., 2002), y cuya función es que la víctima llegue a percibir la situación como peligrosa y así esto le ayude más tarde a mantener la creencia de invulnerabilidad.

La posible recuperación del nivel de funcionamiento previo a la agresión, va a depender de múltiples factores. Según Burgess y Holmstrom (1974, 1979; en Soria y Hernández, 1994) la recuperación total a nivel sexual y de contacto interpersonal no llega a producirse en este tipo de víctimas.

Este tipo de modelos basados en fases es uno de los más utilizados en el estudio de la victimización en general. Concretamente Browne (1980; en Bagley y King, 1991) describe el que denomina Síndrome por desastres o Reacción por combate, basándose en el estudio de víctimas de diversos tipos de traumas, y que está compuesto por tres estados: impacto, reorganización y recuperación.

De estos modelos, se han criticado y alabado diversos aspectos. La principal crítica realizada se refiere a que se trata de modelos no explicativos sino meramente descriptivos, puesto que aunque presentan de forma clara cómo son las diversas etapas que atraviesa una víctima, no exponen el motivo de la aparición y desarrollo de los diversos síntomas que enumeran. Además, tampoco analizan los procesos psicosociales que modulan una adecuada recuperación (Soria y Hernández, 1994).

Como sucede en otros modelos, se ha criticado la utilización de constructos hipotéticos, sin llegar a centrarse en la conducta de la víctima que sí puede ser directamente observable. También se ha expuesto la imprecisión en la descripción de las fases, y la dificultad para determinar si la víctima se encuentra en una fase u otra. El modelo de Bard y Sangery (Aragón, 1994), por otra parte, describe una fase de negación que según algunos especialistas, no está empíricamente demostrado. Pero también se han señalado algunas ventajas, como el hecho de que hallan superado algunas concepciones psicoanalíticas que sugerían que algunas víctimas desean inconscientemente ser agredidas.

III. 2. 2. Modelos de condicionamiento

En general podemos decir que los modelos teóricos del aprendizaje se aplican de forma semejante para explicar las consecuencias de los abusos sexuales y de las agresiones sexuales. Pero existen pequeños matices derivados de las diferencias entre estas dos formas de violencia sexual.

La elaboración de un modelo teórico sobre la etiología de los problemas psicológicos posteriores a las agresiones sexuales ha sido desarrollado mediante la utilización de constructos como la ansiedad o el trastorno por estrés postraumático (Veronen y Kilpatrick, 1983; en Kilpatrick, 1992).

Para estos especialistas, las víctimas perciben la agresión sexual como una situación en la que peligra su vida, y esto produce una respuesta natural, y por tanto incondicionada, de gran ansiedad. Pero, cualquier estímulo que se asocie a la agresión podrá producir también una respuesta de ansiedad y temor. De este modo estímulos como la oscuridad, la imagen del agresor, o señales asociadas a cualquier actividad sexual, actuarán como estímulos condicionados, provocando en la mayoría de las víctimas gran ansiedad y miedo. Por tanto si se desea predecir las situaciones que posteriormente desencadenarán respuestas de ansiedad y temor, se tendrá que analizar el contexto en el que se produjo la agresión y todos los estímulos presentes. Basándose en el paradigma del condicionamiento de segundo orden, los autores explican el fenómeno de la generalización de las respuestas de ansiedad, ya que dichas reacciones podrán dispararse no sólo ante estímulos condicionados presentes durante la agresión, sino también ante otros estímulos semejantes. Por ejemplo, en algunos casos las víctimas no sólo reaccionarán con miedo y ansiedad ante la figura del agresor, sino también ante cualquier figura masculina (Alario, 1993; Aragón, 1994).

Cuando las víctimas experimentan ansiedad anticipatoria ante situaciones, estímulos o incluso, cogniciones o pensamientos que les recuerdan la agresión, desarrollan respuestas de evitación y de este modo su respuesta de evitación o escape se ve reforzada por la disminución de la ansiedad. Existe una serie de señales o estímulos discriminativos que informan a la víctima de la presencia de estímulos que desencadenan su ansiedad, y así estos estímulos discriminativos dispararán la respuesta de evitación. Debido al gran número de estímulos que funcionan como señal discriminativa, el repertorio conductual de la víctima se verá gravemente afectado, pudiendo desarrollar un cuadro depresivo (Alario, 1993; Aragón, 1994). Al respecto, Lewinshon (1974; en Aragón, 1994) manifiesta que la reducción de la tasa de respuestas de la víctima hace que deje de recibir refuerzos positivos por su comportamiento, lo cual lleva a la sintomatología depresiva.

Por lo anteriormente descrito, consideramos que desde la perspectiva del condicionamiento se está aplicando la teoría de los dos factores propuesta por Mowrer (1960; en Echeburúa et al., 1995) para explicar la adquisición y mantenimiento de la ansiedad y el miedo en las víctimas de agresiones sexuales, puesto que se unen los postulados del condicionamiento clásico y del condicionamiento operante.

III. 2. 3. Modelos cognitivos

A través del estudio de las víctimas de agresiones sexuales, se ha comprobado la afectación que este tipo de eventos produce en el mundo de los significados. En primer lugar, las víctimas intentan comprender por qué ocurrió el suceso y si podría

haberse evitado (Wortman y Silver, 1989; en Lorente y Lorente, 1999). Al intentar conciliar concepciones previas sobre el mundo y las personas, con el daño imprevisto producido tanto psíquica como físicamente por otro ser humano, se destruyen los modelos internos produciendo un estado de crisis. Y entre los esquemas que pueden verse afectados, destacan la sensación de seguridad, eficacia, confianza o intimidad (McCann, 1990; en Lorente y Lorente, 1999).

La percepción de uno mismo también se ve modificada y por eso se crea la necesidad de reafirmarse a través de la validación por parte de otros. Sin embargo, las víctimas de agresión sexual se enfrentan a la posible culpabilización, y a la carencia de la ayuda necesaria por parte de su entorno. Todo esto incidirá en los esquemas previos que la víctima poseía sobre la ayuda que podían recibir ante este tipo de situaciones (Lorente y Lorente, 1999).

Veronen y Kilpatrick (1983; en Kilpatrick, 1992) también explicaron a través de diversos mecanismos cognitivos, cómo la afectación que sufren las víctimas desde el punto de vista psicológico, depende en gran parte de las creencias, expectativas y cogniciones sobre sí mismas, su entorno y el suceso traumático. Estos autores desarrollan al respecto la teoría de la expectativa, la teoría de la atribución y la teoría de la valoración cognitiva. Según dichos modelos, las víctimas interpretan la agresión sufrida según las expectativas, creencias y atribuciones que realicen, ya que en ocasiones se mantienen una serie de creencias erróneas, atribuciones causales de autoinculpación o elevadas expectativas sobre su recuperación, que pueden funcionar como precursores de cambios negativos.

Como hemos mencionado, según las teorías atribucionales, uno de los procesos cognitivos fundamentales tras sufrir un hecho inesperado es el análisis de la situación en busca de una causa. Para algunos especialistas, las personas parten de la concepción de que alguien arremete contra otro cuando existe motivo, pero en el caso de las víctimas, al no encontrar motivo en su victimización, se crea en ella una creencia de inequidad, es decir, se rompe su esquema de mundo justo. Uno de los primeros estudios sobre este tema fue el realizado por Adams en 1963 y posteriormente completado por Walster, Walster y Berscheir en 1978 (en Soria y Hernández, 1994). Estos autores formularon la denominada teoría de la equidad, la cual analiza el mecanismo por el cual las personas valoran los hechos como justo o merecido. En el caso de las víctimas, la percepción de haber sido objeto de una injusticia produce sentimientos de ira y tensión, y éstas buscarán recuperar el equilibrio perdido tras la agresión y ruptura de sus esquemas, a través de diversas estrategias de afrontamiento.

Algunos teóricos consideran que esa necesidad psicológica de la víctima de comprender el mundo que nos rodea y entenderlo como justo, hace que se autoinculpen por lo sucedido (Taylor y Brown, 1988; en Lorente y Lorente, 1999). Se trataría teóricamente, de una estrategia cognitiva adaptativa, ya que las personas al considerarse dueñas de su destino afrontan más activamente el mismo. Pero en el caso de las víctimas de experiencias violentas se ha observado, como más adelante trataremos, que la autoinculpación correlaciona con un proceso de recuperación dificultoso (Frazier, 1990; Alario 1993; Aragón, 1994; Hazzar et al., 1995; Mannarino y Cohen, 1996; Arata y Burkhart, 1998; Graham y Juvonen, 1998; Dunmore, Clark, y Ehlers, 1999; Barker-Collo, 2001). Al respecto Janoff-Bulman (1979) distingue entre dos tipos de sentimientos de culpa, la culpabilidad conductual, que se produce cuando la víctima considera que la agresión sufrida es consecuencia de alguna conducta que realizó o algo que no hizo, y la culpabilidad caracteriológica que se refiere a la creencia de la víctima de que lo que le ha sucedido se debe a su forma de ser, por ejemplo, a ser demasiado confiada. Este último tipo de culpabilización tiene peor pronóstico que cuando la víctima dirige la culpa específicamente a su conducta. El modelo cognitivo creado por Janoff-Bulman (1979), para comprender las consecuencias de los sucesos traumáticos, se centra en la preexistencia de creencias sobre sí mismo y el mundo que influyen en la asimilación de la experiencia por parte de la víctima, ya que las creencias de invulnerabilidad, de un mundo comprensible y la visión positiva de sí mismo se ven atacadas por el hecho traumático dando lugar a confusión, pensamientos intrusivos y un estado de hiperalerta.

Otro modelo explicativo es el que sugiere que la inequidad sufrida da lugar a una sensación de vulnerabilidad e indefensión, y que las reacciones de depresión irascibilidad, miedo y ansiedad, de las víctimas provienen de dos fuentes de tensión: la pérdida del sentido de seguridad y de invulnerabilidad (Greenberg, Ruback y Westcott, 1983; en Soria y Hernández, 1994).

Para explicar por qué algunas víctimas se vuelven pasivas tras la violación Peterson y Seligman (1983; en Echeburúa et al., 1995) aplicaron el modelo sobre la indefensión aprendida. Estos autores establecen un paralelismo entre la indefensión aprendida y la victimización, ya que, en ambos casos existe un suceso aversivo que resulta incontrolable, generando una expectativa de incontrolabilidad para el individuo que lo sufre, al producirse en la víctima una creencia generalizada de que su conducta no puede influir en lo que le ha sucedido o en su futuro.

También se puede considerar como modelo surgido de teorías cognitivas, el modelo de la victimización como violación del self, el cual se basa en los principios de la intervención en crisis para explicar cómo las personas que son objeto de un delito

consideran éste como una crisis personal, en la cual la víctima pierde la sensación de control de su vida, y su autoestima, y en el caso particular de las víctimas agresión sexual estos sentimientos se agudizan, llegando en algunos casos a una desestructuración del self a largo plazo que puede desenvocar incluso en sentimientos positivos hacia su agresor (Symonds, 1975, 1976; en Soria y Hernández, 1994). Nosotros consideramos que este tipo de reacción es más propia de víctimas de abusos sexuales continuados en los que además el agresor utiliza estrategias de engaño para que la víctima acceda a sus requerimientos.

Por otra parte, Abransom et al. (1978; en Echeburúa et al., 1995), utilizando el modelo de la indefensión aprendida y la teoría de los estilos atribucionales, tratan de explicar la autocolpabilización y la baja autoestima en las víctimas de violación. Para estos investigadores, el ser humano busca explicaciones a todos los eventos aunque le resulten incontrolables, y estas explicaciones pueden ser de distinto tipo atendiendo al origen (externo-interno), la generalización a través de situaciones (global-específico), y la generalización a través del tiempo (estable-inestable). De modo que, aquellas víctimas que atribuyen a ellas mismas las causas de la violación (causa interna) tendrán una mayor pérdida de autoestima, si además perciben que la incontrolabilidad es crónica (estable), los problemas consecuentes serán más persistentes, y si consideran que la causa del evento es global, los síntomas se generalizarán a más situaciones. En resumen, las víctimas con atribuciones causales internas, estables y globales presentarán sintomatologías más intensas que aquellas que emplean otro tipo de atribuciones.

Refiriéndose también al descenso del nivel de autoestima de las víctimas, Soria y Hernández (1994) consideran que al percibir la víctima que la agresión que ha sufrido es consecuencia de no actuar de forma correcta o por características personales de ella misma, se produce una autopercepción negativa. Las víctimas de violación se consideran a sí mismas como, diferentes del resto, percibiendo su victimización como una desviación, y esto explica, según algunos autores (Taylor, Word y Lichtman, 1983; en Soria y Hernández, 1994), el descenso en el nivel de autoestima que suelen experimentar las víctimas como consecuencia de la agresión sexual.

Otro de los principales modelos cognitivos aplicables a las víctimas de agresión sexual es el desarrollado por Beck (1963, 1970, 1976; en Echeburúa et al., 1995), y que se centra en explicar las alteraciones cognitivas que se producen en los trastornos afectivos, y concretamente en la depresión. Para Beck, en este tipo de trastorno se producen una serie de cogniciones erróneas y/o autoevaluaciones negativas que se pueden producir en la percepción que el sujeto tiene sobre sí mismo, sobre su entorno y sobre su futuro, lo que el autor denomina la Triada Cognitiva. Los principales errores

cognitivos que pueden darse son las interferencias arbitrarias, la abstracción selectiva, la sobregeneralización y la magnificación o minimización de alguna experiencia.

III. 2. 4. Modelo del procesamiento de la información

Las teorías del procesamiento de la información forman parte de los modelos cognitivos pero éstas se centran en estudiar cómo se producen y modulan los procesos de atención, percepción y memoria. Para entender las consecuencias de las agresiones sexuales, estas teorías analizan el modo en el que las víctimas atienden y recuperan la información relacionada con el miedo, sobretodo para explicar de qué forma el procesamiento de la información se ve alterado dando lugar a pesadillas, hipervigilancia, dificultades de concentración, dificultades de rememoración, etc.

Foa y Kozak (1986; en Dalglish, 2000) tras analizar la estructura de miedo desarrollada por Lang (1977, 1979; en Echeburúa et al., 1995), proponen un modelo en el cual, el miedo se estructura como una red en la memoria que incluye 3 tipos distintos de información: la información sobre la situación que se relaciona con los estímulos a los que se teme, la información sobre las distintas formas de respuesta, ya sea verbal, fisiológica o conductual, y la información sobre el significado de los elementos que forman los estímulos y respuestas de forma global. Según estos autores, la estructura del miedo se distingue de otras estructuras de información tanto por los elementos de estímulo y respuesta, como por ciertos significados o informaciones complementarias, y esto explicaría cómo las víctimas van dando un significado de amenaza a diversas estructuras, produciéndose respuestas de escape y evitación. Se trataría de la formación de una estructura de miedo patológico que contiene representaciones de amenaza erróneas.

Otra de las teorías expuesta dentro del marco del modelo del procesamiento de la información, es la defendida por Chemtob, et al., (1990; en Echeburúa et al., 1995), llamada teoría de la “acción-cognitiva”. Para estos autores la organización de la estructura de la memoria influye tanto en la conducta como en el proceso de atención, formándose un “círculo vicioso de retroalimentación”. En el caso de las víctimas, éstas tienden a interpretar los estímulos ambiguos como amenazantes y por tanto focalizan su atención en aquellos estímulos que perciben como peligrosos, algo que forma parte de las características del trastorno de estrés postraumático.

III. 2. 5. Modelos del estrés

Sales, Baum y Shore (1984; en Soria y Hernández, 1994) describieron que aquellas personas que sufren un delito reaccionan a la ansiedad producida por el

mismo de la misma forma que reaccionan ante otras fuentes de tensión o crisis, considerando por tanto la victimización como una fuente de estrés. El grado de peligrosidad, física o psicológica, que la víctima otorga a su agresión estará relacionado con sus características de personalidad y con sus vivencias (Bard y Sangrey, 1980; en Soria y Hernández, 1994).

Son varios los modelos explicativos de las secuelas de la victimización derivados de esta teoría del estrés y que recoge Burgess (1985; en Soria y Hernández, 1994). Por un lado el modelo desarrollado por Ochberg y Spates, defiende que en función de la gravedad del delito y la forma de afrontamiento se desencadenará un proceso de adaptación normal o patológico. Según Seyle y su modelo del síndrome general de adaptación, cuando se llega a un nivel determinado de estrés, el organismo reacciona mediante un mecanismo psicofisiológico, bloqueando su capacidad de respuesta. Desde un modelo más psicosocial, Dohrenwend y Dohrenwend consideran que al efecto del evento estresante se suma la combinación de factores psicológicos y sociales, dando lugar a un reajuste que puede resultar adaptativo o patológico.

Según Horowitz (1979; en Soria y Hernández, 1994) la respuesta de la víctima al estrés puede ser descrita como un síndrome caracterizado por la alternancia entre fases de negación con fases de ira, apareciendo también pensamientos intrusivos y alteraciones de los procesos cognitivos, que pueden concluir de forma adaptada o patológica.

III. 2. 6. Modelo explicativo de las consecuencias de la agresión sexual como trastorno de estrés postraumático

No hay que confundir los anteriormente descritos modelos de la agresión sexual como fuente de estrés con aquellos modelos que describen las secuelas de la agresión sexual específicamente como la sintomatología del TEPT. Al igual que autores como Wolfe, Gentile y Wolfe (1989; en Wolfe y Gentile, 1992) investigaron la aplicación de los criterios del TEPT a las consecuencias del abuso sexual, otros investigadores como Kilpatrick (1992) o Goyer y Eddelman (1984; en Alario, 1993) se han centrado en comprender por qué el TEPT suele presentarse como principal reacción psicológica ante la experiencia de una agresión sexual.

Diversos estudios han mostrado precisamente que las víctimas de agresión sexual presentan una serie de síntomas que se corresponden con aquellos necesarios para el diagnóstico del TEPT. En primer lugar el suceso en sí de la agresión puede considerarse como un evento no habitual y altamente angustiante. Por otra parte, la reexperimentación de lo sucedido es un síntoma habitualmente mencionado por este

tipo de víctimas. Igualmente se suele detectar miedo y ansiedad ante estímulos relacionados con la agresión sexual que producen la evitación de los mismos. Esta evitación restringe las actividades que normalmente realizaría la víctima así como sus interacciones con otras personas. También se comprueba que aparece un aumento de la activación principalmente con hipervigilancia, aumento del nivel de ansiedad ante estímulos relacionados con la agresión y dificultades de concentración que pueden afectar laboral o académicamente (Aragón, 1994). Cuando tratemos en el próximo capítulo la sintomatología que presentan las víctimas de violencia sexual nos centraremos más en cómo se presenta el TEPT en este tipo de víctimas.

III. 2. 7. Modelo transaccional de la victimización aplicado a la agresión sexual

La teoría del estrés transaccional de Lazarus y Folkman (1984; en Bal, et al., 2002) explica cómo el sujeto valora el medio que le rodea como neutro o amenazante dando lugar al estrés psicológico si desborda sus recursos de afrontamiento. A partir de esta teoría, Soria (1993) desarrolla su Modelo Transaccional de la Victimización (MTV) a través de una investigación con víctimas de agresión sexual. Este investigador señala la importancia de las evaluaciones cognitivas que realizan las víctimas, las cuales varían según las características personales de la misma y las características propias del delito, ya que las evaluaciones cognitivas que se realicen influirán en los procesos de afrontamiento.

Según Soria (1993), para el análisis de las formas y la efectividad del afrontamiento, habrá que tener en cuenta las expectativas sociales o lo esperado de la víctima, la relación entre las evaluaciones cognitivas y los esquemas mentales de las víctimas, y la influencia de las emociones positivas. Las estrategias de afrontamiento tienen como función reducir de forma objetiva y subjetiva el estrés, aunque en algunas ocasiones no resulten efectivas. Entre las estrategias cognitivas Soria destaca la atribución, la reevaluación de resultados y la negación; y entre las estrategias comportamentales, la denuncia, el apoyo social y el apoyo profesional.

III. 3. CONCLUSIONES SOBRE LOS MODELOS EXPLICATIVOS

Tras estudiar los distintos modelos teóricos que se han empleado para entender las consecuencias psicológicas de la violencia sexual, hemos percibido tres aspectos a destacar:

En primer lugar detectamos la existencia de algunos modelos que se centran más la descripción de las consecuencias de la violencia sexual y otros que se centran en

explicar los mecanismos psicológicos relacionados con estas consecuencias. El caso más claro de modelo no explicativo sería el Modelo de Fases (Burgess y Holmstrom, 1974; en Aragón, 1994) que se limita a describir qué le sucede a las víctimas a nivel psicológico a través de diversos estadios, pero no propone explicaciones para estas reacciones. Otros modelos como los cognitivos, sin embargo, analizan y exponen los mecanismos psicológicos que median entre la violencia sexual y las consecuencias psicológicas de la misma.

En segundo lugar, hemos comprobado que algunos modelos hacen una explicación parcial de las consecuencias de la violencia sexual, ya que se refieren casi exclusivamente a determinados tipos de secuelas pero no a la afectación global que a nivel psicológico se produce en las víctimas. Así el modelo desarrollado por Beck (1963, 1970, 1976; en Echeburúa et al., 1995) se centra en las consecuencias a nivel afectivo y el modelo del trastorno de estrés postraumático (Wolfe, Gentile y Wolfe (1989; en Wolfe y Gentile, 1992) explica principalmente las reacciones de tipo ansioso.

Por último, hay que mencionar el hecho de que determinados modelos explicativos no pueden aplicarse en general al fenómeno de la violencia sexual, sino que se trata de modelos explicativos específicamente de las consecuencias del abuso sexual o de las agresiones sexuales. Consideramos que serían modelos explicativos aplicables sólo a las agresiones sexuales aquellos que guardan relación con las características de este tipo de violencia sexual cuyo elemento diferenciador es el uso de la fuerza física o coacción. Así nos encontramos con el Modelo de Fases (Burgess y Holmstrom, 1974; en Aragón, 1994) ya que describe las distintas etapas que las víctimas de agresión sexual experimentan y el modelo cognitivo desarrollado por Beck (1963, 1970, 1976; en Echeburúa et al., 1995).

Por otra parte, también hemos identificado algunos modelos que se aplican preferentemente a los abusos sexuales en la infancia, ya que tienen en cuenta la especificidades de este tipo de violencia sexual para explicar sus consecuencias, como el Modelo Traumatogénico (Finkelhor y Browne, 1985) y el Modelo del Síndrome de acomodación al abuso (Summit, 1983). Otros modelos analizan las consecuencias del abuso sexual pero a largo plazo, como sería el desarrollado por Alexander (1992), a partir de las teorías del apego, la teoría transaccional del desarrollo de Spaccarelli (1994; en Freeman y Morris, 2001) o la conceptualización analítico-comportamental de Freeman y Morris (2001). También hemos encontrado modelos cuya explicación se restringe al ámbito de los abusos de tipo incestuoso, como son los descritos por Cole y Putman (1992) y por Putman (1990; en Freeman y Morris, 2001).

Sin embargo, otros modelos se pueden aplicar de forma generalizada a las distintas formas de violencia sexual, aunque habría que establecer ciertos matices. Por ejemplo, el modelo de Indefensión aprendida descrito por Browne (1980; en Bagley y King, 1991) aplica los resultados obtenidos por Seligman para explicar la actitud pasiva que las víctimas de abuso reiterado pueden sufrir, y este tipo de reacción también se han descrito en víctimas de agresión sexual (Peterson y Seligman, 1983; en Echeburúa et al., 1995). También los modelos cognitivos se han empleado para explicar las consecuencias del abuso y de la agresión sexual, y así las teorías atribucionales hacen hincapié en la búsqueda de sentido de lo sucedido en ambos tipos de víctimas, desencadenándose en muchos casos como solución, sentimientos de culpa. Algo similar sucede con las teorías sobre el Locus de Control, la teoría de la expectativa, y la teoría de la valoración cognitiva. Otro modelo derivado de teorías cognitivas, el modelo de procesamiento de la información ha sido empleado por diversos autores para explicar las consecuencias de ambos tipos de violencia sexual (Echeburúa et al., 1995). Lo mismo sucede con las teorías cognitivo-conductuales, a partir de las cuales Hoier et al. (1992) proponen un continuo para explicar las consecuencias del abuso, y otros autores emplean los distintos tipos de condicionamiento para explicar las consecuencias de las agresiones sexuales (Kilpatrick, 1992). Por último, también hemos detectado que algunos especialistas han aplicado las teorías sobre el estrés postraumático para explicar las consecuencias de los abusos sexuales (Wolfe, Gentile y Wolfe, 1989; en Wolfe y Gentile, 1992), pero también para los efectos de las agresiones sexuales (Steketee y Foa, 1986; en Alario 1993).

El hecho de que muchos modelos puedan aplicarse tanto a los abusos como a las agresiones sexuales, demuestra la existencia de importantes puntos en común de este tipo de experiencias, pero nosotros consideramos que además estas teorías podrían aplicarse tras ciertas adaptaciones a otras formas de victimización no sexual, como el Modelo Transaccional de la Victimización (MTV) (Soria, 1993), siempre y cuando se tenga en cuenta que al no relacionarse con el área sexual, muchas secuelas y sus mecanismos explicativos serán rotundamente distintos.

Tras este análisis hemos percibido la necesidad de que se creen modelos que respondan de forma general al interrogante sobre qué efectos tiene la violencia sexual en las víctimas, ya que, en general no se han detectado diferencias importantes respecto al impacto de los abusos y las agresiones, sino que, como ya hemos comentado en el capítulo de conceptualización, muchos de los modelos han diferenciado entre violencia sexual contra menores y violencia sexual contra adultos, y por tanto se trataría de un mismo fenómeno cuyo efecto se ve modulado por las características de la violencia, pero también de la víctima y de su entorno. Por tanto, resulta necesario un modelo explicativo global y útil para los profesionales que

trabajan en el campo de la violencia sexual, que partiese de una explicación general de los efectos de este tipo de violencia, para completarse explicando cómo las variables relativas a la víctima (como la edad), o la violencia sexual (como su reiteración o las estrategias empleadas por el agresor), influyen en la afectación psicológica de las víctimas.



CAPITULO IV

CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DE LA VICTIMIZACIÓN SEXUAL

IV. CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DE LA VICTIMIZACIÓN SEXUAL

IV. 1. LA VIOLENCIA SEXUAL COMO FUENTE DE ALTERACIONES PSICOLÓGICAS

La mayoría de los expertos e investigadores, pese a utilizar diferentes metodologías y teorías de partida, consideran que el hecho de sufrir algún tipo de violencia sexual puede considerarse una vivencia traumática que repercute negativamente en el estado psicológico de las víctimas (Kendall-Tackett, Williams y Finkelhor, 1993; Vázquez, 1995; López, 1996; Vázquez y Calle, 1996; Cortés y Cantón, 1997; De Corral et al., 1997; Friedrich, 1998; Intevi, 1998; Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000; Martínez y Figeroa, 2000; Rozee y Koss, 2001; Zlotnick, Mattia y Zimmerman, 2001; American Psychiatric Association, 2002; Lameiras, 2002; Swanston et al., 2002; Bal et al., 2003; Banyard, 2003; Quas, Goodman y Jones, 2003; Rosenthal, Feiring y Taska, 2003; Walrath et al., 2003; Clements, et al., 2004; Elliott, Mok y Briere, 2004; Gustafson y Sarwer, 2004; Kalmuss, 2004; Simonich, et al., 2004; González y Pardo, 2007). Incluso, para varios estudiosos de la materia, si la víctima no recibe el tratamiento psicológico adecuado, el malestar puede prolongarse en el tiempo (Jumper, 1995).

Pero hay que añadir, en contra de falsas creencias sobre la violencia sexual, que no todas las víctimas presentan sintomatología asociada (Calam et al., 1998; Lameiras, 2002; Catalán, 2004; Marx, 2005). Así, expertos como López y Del Campo (1997) y Echeburúa y Guerricaechevarría (2000) recogen porcentajes de entre un 20-30% de víctimas que permanecen emocionalmente estables tras la agresión, entre el 17 y 40% que presentan cuadros clínicos y el porcentaje restante que experimenta algún tipo de síntoma. Por otra parte, cuando se ha interrogado a las víctimas sobre la importancia atribuida a lo sucedido (López, 1996) un 35% de las mismas manifestaba que ninguna.

Otra muestra de la controversia existente en este punto, son las afirmaciones realizadas por Rind, Tromovitch y Bauserman (1998), quienes a través de un metaanálisis de investigaciones sobre las consecuencias del abuso sexual infantil

sugirieron que no existen diferencias entre el ajuste psicológico que presentan las víctimas y el que presentan individuos no victimizados. Y en el estudio realizado por Caffaro-Rouget, Lang y VanSanten (1989; en Cortés y Cantón, 1997) se detectó que el 49% de las víctimas de abuso sexual que componían la muestra analizada, no presentaron ningún síntoma. Pero este porcentaje tan llamativo ha sido explicado por Kendall-Tackett, Williams y Finkelhor (1993) señalando varias posibilidades que pueden coexistir y dar respuesta, en parte, a esta discrepancia de conclusiones: la no evaluación de todos los síntomas, la inadecuación de los instrumentos, la aparición con posterioridad al estudio de los síntomas o la baja gravedad y duración de los abusos.

Refiriéndose a la violencia sexual en la infancia, Vázquez (1995) considera que debe quedar claro que no todas las personas que sufren abuso sexual en su infancia quedan “marcadas” o “traumatizadas”, ya que la elaboración de una vivencia de ese tipo es individual, y por tanto el curso puede variar sustancialmente de una persona a otra.

También se ha señalado que aunque existan secuelas en las víctimas de violencia sexual, en muchas ocasiones éstas no revisten tal magnitud que requiera tratamiento. Según López y del Campo (1994; en Horno, Santos y Molino, 2001) una postura demasiado intervencionista, involucrando a las víctimas en un proceso terapéutico, puede sobredimensionar las consecuencias del abusos sexual. Por eso, estos autores defienden la necesidad de realizar una adecuada evaluación sobre la incidencia del suceso en la víctima y así determinar la necesidad o no de un proceso terapéutico. También destacan que independientemente de que se considere necesaria una intervención terapéutica, lo que sí precisan todas las víctimas es ayuda, entendida como apoyo incondicional, tanto por parte del entorno de la víctima, como de los profesionales.

Tras analizar gran cantidad de estudios sobre el impacto psicológico de la violencia sexual, podemos decir que este tipo de victimización incrementa la probabilidad de que una persona experimente problemas psicológicos, pero que este incremento dependerá de un amplio espectro de variables (Kendall-Tackett, Williams y Finkelhor, 1993; Boney-McCoy y Finkelhor, 1995; Cortés y Cantón, 2000; Meyerson et al., 2002).

Por otra parte, se han encontrado discrepancias entre los expertos respecto a la existencia o no de un cuadro diferencial de la violencia sexual, es decir, sobre si existe un síndrome característico de este tipo de victimización, sobre todo en el caso del violencia sexual contra menores (Thériault, Cyr y Wright, 2003). Por su parte, Horno, Santos y Molino (2001) consideran que no se produce en las víctimas un cuadro

diferencial, sino que sus consecuencias pueden permanecer o agudizarse con el paso del tiempo, llegando incluso a formar patologías determinadas que requerirán de una atención multidisciplinar. Para Kendall-Tackett, Williams y Finkelhor (1993) los menores que han sufrido abuso sexual presentan más síntomas que aquellos que no lo han sufrido, pero no existe un síndrome específico ni un único tipo de proceso traumático, y aunque al comparar este tipo de víctimas con muestras clínicas de menores, se detectan mayor sintomatología postraumática y conductas sexualizadas, esto no quiere decir que dichos síntomas aparezcan en todos los casos de violencia sexual. Según Cortés y Cantón (1997) si se compara un grupo de menores víctimas de violencia sexual con una muestra clínica de las mismas edades, se detecta que en mucha sintomatología el grupo clínico supera al de víctimas, pero hay dos tipos de síntomas en los que sucede al contrario: en los que conforman el TEPT, y en los que afectan a la esfera sexual. Asimismo, al comparar en muestras clínicas la sintomatología de aquellos que han sufrido violencia sexual con los que no, también se comprueba un mayor número de diagnósticos en las víctimas, así como una mayor presencia del TEPT (Holt, Montesinos y Christensen, 2007; Wolff, 2007). Por eso gran cantidad de expertos se han centrado en identificar síntomas que podrían señalar, en el caso de presentarse en un menor, que éste haya sufrido violencia sexual, por lo que son denominados indicadores de la violencia sexual (Cortés y Cantón, 2000; Brilleslijper-Kater et al., 2004).

A partir del análisis realizado de las investigaciones sobre las consecuencias psicológicas de la violencia sexual, se aprecia claramente que la mayoría de estudios se centran en la violencia sexual en la infancia, siendo muy diversos los acercamientos a ésta. Sin embargo, en el caso de la violencia sexual hacia adultos, las investigaciones han empleado principalmente muestras de población universitaria o adolescentes, aunque comienzan a desarrollarse estudios más específicos como los referidos a las agresiones intramatrimoniales (Por ej.: Martin, Taft y Resick, 2007).

IV. 2. EFECTOS INICIALES Y A LARGO PLAZO DE LA VIOLENCIA SEXUAL

A la hora de describir los síntomas que presentan las víctimas de violencia sexual, se suelen establecer distintos tipos de clasificaciones, como por ejemplo al diferenciar entre síntomas internalizantes y externalizantes, refiriéndose los primeros a síntomas relativos a la ansiedad, depresión, somatizaciones, de estrés postraumático e inhibición; y los segundos a conductas agresivas, delictivas, problemas sexuales y a un incremento del nivel de actividad (Friedrich, 1998; Hébert et al., 2006). Sin embargo, lo más común es diferenciar entre efectos psicológicos iniciales, y a largo plazo, variando esta diferenciación en sus límites de unos autores a otros.

Refiriéndose a la violencia sexual contra menores, la mayoría de los expertos, consideran síntomas a corto plazo aquellos que aparecen durante los dos años posteriores a la violencia sexual, y síntomas a largo plazo aquellos que se manifiestan con posterioridad a este periodo (López y Del Campo, 1997; Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000; Horno, Santos y Molino, 2001; Catalán, 2004). Otros especialistas, como Cortés y Cantón (1997), identifican como efectos a largo plazo aquellos que se producen en la edad adulta.

El gran interés de los investigadores sobre la influencia del paso del tiempo en las repercusiones psicológicas de la violencia sexual en menores se debe principalmente a que al efecto del paso del tiempo, se suma como variable de gran repercusión, el paso de la víctima por los distintos estadios evolutivos y las características de los mismos.

Sin embargo las investigaciones sobre agresiones sexuales, al referirse principalmente a violaciones hacia personas adultas, no suelen analizar con tanta profundidad, como en el caso de víctimas menores, las diferencias entre consecuencias a corto y largo plazo. En los casos de agresiones sexuales los investigadores suelen diferenciar las reacciones que presentan las víctimas los primeros tres meses tras la agresión, es decir inmediatas, de las que presentan posteriormente, que se consideran a largo plazo (Echeburúa, et al., 1995).

Hay que mencionar en este apartado, la dificultad para determinar el tiempo transcurrido desde que tuvieron lugar los hechos ya que en muchos casos, ni las propias víctimas pueden determinarlo, y en ocasiones lo investigadores establecen estudios sobre la evolución de los síntomas con respecto al momento del develamiento (Bal et al., 2005).

IV. 2. 1. Efectos iniciales

Al igual que Browne y Finkelhor (1986) nosotros preferimos hablar de efectos iniciales en lugar de síntomas a corto plazo, ya que ésta última denominación implica la no persistencia de los efectos de manifestación temprana, lo cual no siempre sucede. Si repasamos los resultados de las principales investigaciones sobre los efectos inmediatos de la violencia sexual en la infancia, comprobamos que coinciden en que existen una serie de síntomas que presentan con mayor frecuencia las víctimas de este tipo de violencia que los controles (Browne y Finkelhor, 1986; Beitchman et al., 1991; Trickett y McBride-Chang, 1995; McLeer et al., 1998). También coinciden los especialistas en señalar cuales son esos efectos iniciales característicos de las víctimas de abuso sexual (Kendall-Tackett, Williams y Finkelhor, 1993; Echeburúa y

Guerricaechevarría, 2000; Onostre, 2000; Lameiras, 2002; Catalán, 2004; Vázquez, 2005), que resumimos en la tabla 24.

Tabla 24. EFECTOS INICIALES DE LOS ABUSOS SEXUALES

TIPO DE EFCTO	EFFECTOS
Físicos	Problemas de sueño (pesadillas) Cambios en los hábitos de comida Pérdida del control de esfínteres
Conductuales	Consumo de drogas o alcohol Huidas del hogar Conductas autolesivas o suicidas Hiperactividad Bajo rendimiento académico
Emocionales	Miedo generalizado Hostilidad y agresividad Culpa y vergüenza Depresión Ansiedad Baja autoestima Sentimientos de estigmatización Rechazo del propio cuerpo Desconfianza hacia los adultos Trastorno de estrés postraumático
Sexuales	Conocimiento sexual precoz-inapropiado Masturbación compulsiva Excesiva curiosidad sexual Conductas exhibicionistas Problemas de identidad sexual
Sociales	Déficit en habilidades sociales Retraimiento social Conductas antisociales

Fuente: Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000; Lameiras, 2002; Vázquez, 2005.

Uno de los primeros estudios que analizaron los resultados que se habían obtenidos hasta el momento en investigaciones sobre las consecuencias iniciales y a largo plazo de la violencia sexual contra menores, es el desarrollado por Browne y Finkelhor (1986). Estos investigadores señalaron como efectos iniciales más comúnmente detectados en los estudios realizados hasta el momento, reacciones emocionales (principalmente miedo, tristeza, irritabilidad y hostilidad) que se pueden expresar en forma de conductas antisociales o agresivas, así como sentimientos de culpa y vergüenza. También citaban consecuencias de tipo psicossomático, que son indicadores de ansiedad y estrés, tales como alteraciones del sueño y del apetito; Efectos sobre la sexualidad en forma de conductas sexuales inapropiadas, como

conductas exhibicionistas, masturbación compulsiva o excesiva curiosidad sexual; Y consecuencias en el funcionamiento social de los menores, como dificultades escolares, absentismo escolar, abandono de los estudios, fugas del hogar, e incluso conductas de tipo delictivo.

Beitchman et al. (1991) al igual que hicieron Browne y Finkelhor en 1986, publican una revisión de los principales resultados obtenidos en estudios sobre las consecuencias iniciales de la violencia sexual en la infancia. En esta revisión se señala que en vista de las investigaciones realizadas y los resultados obtenidos, no se puede describir un síndrome post-violencia sexual determinado, ya que el curso y las consecuencias de la victimización detectadas son muy variadas y dependen de gran cantidad de factores. Según estos autores, la mayoría de las secuelas inmediatas son también características en muestras clínicas de menores en general, exceptuando las conductas sexualizadas que no se detectan con tanta frecuencia como en las muestras de víctimas de violencia sexual.

Semejantes resultados fueron descritos en la revisión que Kendall-Tackett, Williams y Finkelhor (1993) realizaron de 45 estudios sobre menores víctimas de abuso sexual. Pese a detectar altos índices de tristeza, estrés postraumático, trastornos de conducta, conductas sexualizadas y baja autoestima, consideran que no se puede establecer una sintomatología característica de estas víctimas.

Dejando atrás las revisiones y centrándonos en las investigaciones a nivel práctico en este tema, una de las pioneras es la realizada en el Tufts Family Crisis Program (1984; en Vázquez, 1995), donde se analizó las reacciones de 113 niños un año después de desvelarse los hechos. Se detectó que el 17% de los niños con edades comprendidas entre los 6 y los 4 años, y el 40% de los que tenían entre 7 a 13 años, manifestaban algún rasgo patológico. Los principales rasgos eran agresividad (en un 50% de los casos), conductas antisociales (en un 45%), comportamientos de tipo neurótico (en un 38%), e inmadurez (en el 40%), observándose que el orden el que se presentaban era miedo-ira-hostilidad. Otro de los primeros estudios sobre los efectos iniciales del abuso, es la que desarrollaron Cohen y Mannarino (1988), cuyos resultados muestran gran discrepancia entre los síntomas que manifestaban experimentar los menores y aquellos que señalaban sus padres, ya que mientras los primeros reportaban no experimentar sintomatología significativa, sus progenitores sí aportaban datos sobre la existencia de síntomas relevantes.

Ya en nuestro país, en un estudio realizado por Vázquez y Calle (1996), tras aplicar cinco instrumentos para valorar variables relacionadas con el abuso, la víctima, el agresor y las secuelas a efectos iniciales del abuso, las investigadoras concluyeron

que los abusos provocan un gran impacto en las víctimas, en forma de repentinas emociones acerca del abuso, episodios de flash-back, pesadillas o evitación de estímulos que relacionan con el suceso. Además estas investigadoras señalan que los menores que sufren abusos tienen creencias erróneas sobre sí mismos, sus familias y el mundo que les rodean, y presentan de forma alarmante sentimientos depresivos, que manifiestan en forma de tristeza, alteraciones del sueño y del apetito, preocupaciones por su salud, inadaptación personal, escolar y social, e incluso, en un gran porcentaje, ideas de suicidio.

Por su parte, López y Del Campo (1997) consideran que los efectos iniciales pueden desglosarse en varias áreas: consecuencias relacionadas con el agresor y/o los familiares de la víctima, como serían la desconfianza, miedo, hostilidad, abandono del hogar o conductas antisociales; consecuencias relacionadas consigo mismo, como por ejemplo vergüenza, culpa, estigmatización y baja autoestima; consecuencias en la esfera sexual, como exceso de curiosidad, precocidad de conductas o prostitución infantil; y otro tipo de consecuencias como serían problemas de sueño y/o del apetito, problemas escolares, etc. También desde nuestro país, en una ponencia realizada por Monpeán en 1997 (Horno, Santos y Molino, 2001), psicóloga del Servicio del Menor del Instituto de Servicios Sociales (ISSORM) de la Región de Murcia, se expone que, de los menores ingresados en los Centros de Protección, aquellos que habían sido víctimas de violencia sexual presentaban más baja autoestima, inestabilidad emocional, bajo rendimiento escolar, conductas sexualizadas y emociones negativas, que los que no habían sufrido este tipo de victimización.

Por otra parte, Horno, Santos y Molino (2001) consideran el Síndrome de Acomodación al Abuso, descrito en nuestro anterior capítulo, como una importante consecuencia inicial de los abusos sexuales contra menores. Para nosotros, las consecuencias descritas a través de este Síndrome pueden afectar de forma importante también a largo plazo si no existe una ayuda terapéutica, ya que la víctima puede desarrollar una alta tolerancia a cualquier tipo de relación abusiva.

En resumen, podemos decir que la mayoría de los investigadores que han estudiado las consecuencias inmediatas de la violencia sexual en la infancia, informan de la tendencia a manifestar más frecuentemente que los menores no victimizados, problemas en sus manifestaciones conductuales, tales como agresividad, huidas del hogar, disminución en el rendimiento escolar; y problemas emocionales, como baja autoestima y síntomas depresivos y ansiosos (Rust y Troupe, 1991; Ruggiero, McLeer y Dixon, 2000; Echeburúa y De Corral, 2006).

En cuanto a las agresiones sexuales, Kilpatrick y Veronen (1984; en De Corral, Echeburúa y Amor, 1997) investigaron tanto los síntomas cognitivos y psicofisiológicos durante y horas después de una violación. Más del 80% de las víctimas manifestaron haber experimentado susto, preocupación, terror, confusión, indefensión, rabia, temblores y taquicardia. Y después de 2 o 3 horas, disminuía levemente la sensación de susto, terror, confusión, indefensión, y taquicardia, incrementándose los sentimientos de vergüenza.

En general, los efectos iniciales que se han descrito en la literatura en los casos de agresiones sexuales, se pueden resumir en: miedos intensos a situaciones relacionadas con la agresión, ansiedad general, temblores, preocupación, confusión, indefensión, terror, un estado depresivo caracterizado por sentimientos de humillación y vergüenza, desajuste temporal en el funcionamiento social y laboral y afectación en la conducta sexual. Se han descrito asimismo, sentimientos de culpa respecto a lo que la víctima considera que podía haber hecho o qué cosas no debía de haber realizado para evitar lo sucedido (Echeburúa, et al., 1995; De Corral, Echeburúa y Amor, 1997; Marshall, 2001).

También se ha estudiado la evolución de los síntomas en periodos cortos de tiempo, y así Bal et al. (2005) analizaron cómo variaban en víctimas adolescentes después de seis meses de la revelación, comprobando los investigadores que mientras la sintomatología internalizante disminuía, la externalizante persistía, y que uno de los predictores del tipo de sintomatología a los seis meses, era la presentada inmediatamente después de la revelación.

IV. 2. 2. Consecuencias a largo plazo

Tras décadas de estudios se ha comprobado que las consecuencias de la violencia sexual pueden seguir manifestándose después de transcurrir años desde la victimización (Biere y Runtz, 1988; Coffey et al., 1996; Neumann et al., 1996; Mullen y Fleming, 1998; Lange et al., 1999; Nurcombe, 2000; Zlotnick, Mattia y Zimmerman, 2001; Briere y Elliott, 2003; Owens y Chard, 2003; Swanston et al., 2003; Roberts et al., 2004; Steel et al., 2004; Marx, 2005; Aspelmeier, Elliott y Smith, 2007). Incluso se ha comprobado que los efectos tanto físicos como psicológicos de la victimización sexual en la infancia pueden prolongarse hasta pasado los 60 años (Draper et al., 2008). Sin embargo, los efectos de la violencia sexual a largo plazo son menos frecuentes y más difusos que los que se presentan inicialmente (López et al., 1995; Echeburúa y De Corral, 2006).

Las investigaciones sobre las consecuencias a largo plazo suelen ser transversales y estudiar la sintomatología que presentan adultos tras ser victimizados en su infancia. Pero otros estudios, de corte longitudinal, se centran en analizar cómo van evolucionando las consecuencias psicológicas de la violencia sexual. Muchos especialistas aseguran al respecto, que no todas las víctimas que desarrollan sintomatología a corto plazo o aguda, sufrirán la cronificación de la misma (Kendall-Tackett, Williams y Finkelhor, 1993; De Corral, Echeburúa y Amor, 1997; Ackerman et al., 1998; Nurcombe, 2000; Feiring, Taska y Lewis, 2002; Rosenthal, Feiring y Taska, 2003).

Inicialmente las investigaciones han estudiado específicamente las características de la violencia sexual en menores, tales como duración, frecuencia o edad de la víctima, como contribuidores del desarrollo de sintomatología psicológica en la edad adulta, sin embargo los resultados eran inconsistentes y sugerían que podían existir otros factores responsables de los diferentes resultados obtenidos. Así, factores como el tipo de afrontamiento, estilo atribucional, han sido estudiados como posibles variables protectoras para el desarrollo de síntomas a largo plazo, obteniéndose resultados diversos (Steel et al., 2004).

Generalmente los estudios sobre las consecuencias de la violencia sexual a largo plazo se centran en las consecuencias en la edad adulta de la victimización en la infancia. Así, investigadores como Owens y Chard (2001) se han interesado en analizar cómo afecta el abuso sexual en la vida adulta de las víctimas y a través de qué mecanismos. Para estos autores, los efectos del abuso en los menores pueden iniciarse con una serie de distorsiones cognitivas sobre sí mismos y el mundo que les rodea, que llegan a consolidarse como esquemas cognitivos que pueden contribuir a la afectación psicológica que experimentan las víctimas cuando llegan a la adultez. Mullen y Fleming (1998) también consideran que la irrupción de la violencia sexual en la vida de los menores conlleva a la afectación de su autoestima, su sentido de pertenencia, de que el mundo que les rodea es seguro, su capacidad para entablar relaciones interpersonales y el desarrollo de su sexualidad. Todo esto deriva en la edad adulta en un incremento del riesgo de presentar baja autoestima, dificultades sociales y económicas, inseguridad y sentimientos de soledad, así como dificultades en situaciones de intimidad y problemas sexuales.

Una de las primeras investigaciones sobre el tema fue la desarrollada por Briere y Runtz (1988), en la que comprobaron que las mujeres que habían sufrido violencia sexual en su infancia mostraban niveles más altos de sintomatología disociativa, somática aguda y crónica, así como ansiosa y depresiva, que las que no habían sufrido dicha victimización.

Beitchman et al. (1992), realizaron sobre la misma temática una revisión en la que analizaron los estudios que hasta entonces se habían llevado a cabo, y concluyeron que todavía no se había clarificado el efecto específico a largo plazo del abuso, independientemente de la utilización de la fuerza y/o amenaza por el agresor, o de las variables familiares. Entre las principales secuelas detectadas en las mujeres victimizadas en su infancia, en comparación con aquellas que no lo habían sido, destacaron la existencia de disfunciones sexuales y sintomatología depresiva, así como la presencia de experiencias de tipo homosexual en su adolescencia o adultez y el riesgo más elevado de revictimización. En los casos en los que la violencia sexual había sido acompañado del uso de la fuerza o la amenaza, se detectaba más frecuentemente la presencia de sintomatología ansiosa, miedo e ideación o intentos suicidas.

Otro importante metaanálisis sobre las consecuencias a largo plazo de la victimización sexual infantil es el realizado por Jumper (1995), en el cual concluye que las investigaciones que emplean muestras universitarias detectan menor grado de deterioro que aquellas que emplean muestras clínicas o de la comunidad, aunque independientemente del tipo de muestras se aprecia una relación significativa entre la violencia sexual en la infancia y dificultades psicológicas en la edad adulta.

También Neumann et al., (1996) hicieron una revisión, en este caso de 38 estudios sobre las consecuencias en la adultez de un victimización sexual en la infancia, e identificaron como efectos más significativos: ansiedad, rabia, depresión, revictimización, conductas autolesivas, problemas sexuales, consumo de drogas, afectación de la autoimagen, problemas interpersonales, obsesiones y compulsiones, disociación, TEPT y somatización. Estos autores señalan a partir del análisis que realizaron, la necesidad de identificar variables intermedias entre la victimización y la sintomatología detectada a largo plazo.

Como última revisión a destacar, señalamos la realizada por Nurcombe (2000) sobre el mismo tema, se recogen como principales efectos a largo plazo: baja autoestima, sentimientos de vulnerabilidad, desprecio hacia sí mismo, dificultades en las relaciones interpersonales, depresión, ansiedad, trastornos de la alimentación, disociación, trastorno de la personalidad tipo borderline, somatización, tendencias suicidas, conductas autolesivas, huidas del hogar, delincuencia, abuso de sustancias, prostitución y alteración en las conductas o el deseo sexual.

De entre las investigaciones destacamos la realizada por Swanston et al. (2003), quienes comprobaron que tras transcurrir un periodo de nueve años posterior a haber sufrido violencia sexual en la infancia, las víctimas, en comparación de un grupo control, presentaban significativamente más síntomas depresivos, baja autoestima,

ansiedad, desesperanza, atracones de comida, vómitos autoinducidos y consumo de drogas.

Briere y Elliott (2003) realizaron otra importante investigación sobre la prevalencia de antecedentes de abuso sexual y maltrato en la infancia en la población general de adultos, detectando en el caso de aquellos con antecedentes de violencia sexual, la presencia significativa de activación, sintomatología depresiva, irritabilidad, pensamientos intrusivos, sintomatología evitativa y disociativa, disfunciones sexuales, preocupación sobre aspectos sexuales, afectación de la autoimagen y comportamientos para la reducción de la tensión.

Otro de los estudios a destacar, es el elaborado por Conway et al., (2004), en cual se centraron en analizar dos tipos de secuelas a largo plazo, como son la tendencia a la rumiación de los pensamientos de tristeza y la disforia. Con este objetivo estudiaron una muestra de estudiantes universitarios compuesta por 101 mujeres y 100 hombres. A cada sujeto se le administró un cuestionario sobre experiencias de victimización sexual en la infancia y en la etapa adulta, y una escala sobre rumiación de tristeza, y tras analizar los datos obtenidos, se comprobó que aquellos sujetos que habían referido haber sufrido un tipo de victimización sexual más grave, presentaban un nivel más alto de rumiación melancólica. Además se identificó que la presencia de experiencias de victimización y la rumiación estaban relacionados con la disforia.

También se han estudiado las consecuencias a largo plazo de la violencia sexual sufrida en la infancia a través de la indagación en la historia previa de adultos con distintos cuadros clínicos. Por ejemplo, Hutching y Dutton (1998), en el estudio de una muestra clínica de pacientes, detectaron que el 18% de los hombres y el 59% de las mujeres habían sufrido algún tipo de violencia sexual en su infancia, y la presencia de este tipo de antecedentes personales se relacionaba con una mayor severidad de la patología y con trastornos de tipo ansioso y afectivo.

Más recientemente, en una investigación realizada por Peleikis, Mykletun y Dahl (2004) con una muestra clínica de 112 mujeres noruegas que eran atendidas por trastornos de ansiedad y/o depresivo, se estudió la influencia de haber sufrido abuso o agresión sexual en la infancia y otros factores de riesgo, como relaciones negativas con los padres o poco contacto con iguales, en la probabilidad de padecer trastornos mentales y en el tipo de relaciones íntimas que se establecían. De la muestra de 112 pacientes, 56 admitieron haber sufrido abusos sexuales en su infancia. Y tras aplicar distintos instrumentos de evaluación a todos los sujetos de la muestra, los investigadores concluyeron que la mujeres en tratamiento por trastornos de ansiedad y/o depresivo que habían sufrido abusos en su infancia, también habían sido expuestas

frecuentemente a otros factores de riesgo. Además se comprobó que guardaban relación con la experiencia de violencia sexual, el tener más altas puntuaciones en TEPT, conductas autolesivas previas a la terapia y haber sufrido agresión sexual después de los 16 años. Sin embargo, los trastornos del estado de ánimo y la calidad del apego en las relaciones interpersonales actuales no se asociaban a los antecedentes de victimización sexual pero sí a la exposición a otros factores de riesgo.

Como consecuencias a largo plazo, otras investigaciones se han centrado en los efectos de la violencia sexual para la siguiente generación a las víctimas, es decir analizan el estilo de maternaje y el tipo de familia que forman las víctimas cuando llegan a la edad adulta, sin que se lleguen a conclusiones claras al respecto (DiLillo, Tremblay y Peterson, 2000; Roberts et al., 2004).

Con respecto a las agresiones sexuales hacia adultas, Echeburúa, et al. (1995) resumen la sintomatología en víctimas no recientes de agresiones sexuales en: trastornos de tipo ansioso, como fobias, pensamientos recurrentes, depresión, inadaptación social y disfunciones sexuales. Elliott, Mok y Briere (2004) también comprobaron que se detectan efectos psicológicos incluso 14 años después del incidente. Asimismo, en los casos de mujeres violadas en conflictos armados se aprecia la permanencia de síntomas de tipo depresivo, fobia social, TEPT y disfunciones sexuales, más de un año después de los hechos (Lončar et al., 2006).

IV. 3. SECUELAS PSICOLOGICAS DE LA VIOLENCIA SEXUAL

Según los principales estudios sobre las consecuencias del abuso sexual, los síntomas que más comúnmente aparecen son el trastorno de estrés postraumático y conductas sexualizadas, aunque también suelen referirse problemas de tipo internalizante como síntomas depresivos, ansiedad, retraimiento, o somatizaciones, y de tipo más externalizante, como síndromes disociativos, trastornos de conducta, dificultades académicas, agresividad y alteraciones de la conducta sexual y alimentaria (Kendall-Tackett, Williams y Finkelhor, 1993; Tremblay, Hébert y Piché, 1999; Cortés y Cantón, 2000; Paolucci, Genuis y Violato, 2001; Ackard y Neumark-Sztainer, 2002; Rosenthal, Feiring y Taska, 2003).

En el caso de las agresiones sexuales, se han señalado como síntomas más frecuentes los que configuran el TEPT. Pero también se han identificado síntomas de tipo afectivo, como sintomatología depresiva, así como sintomatología ansiosa, en forma de trastornos del sueño, miedos, confusión, trastornos de la alimentación, sentimientos de culpa, baja autoestima, vergüenza, irritabilidad, fatiga e incluso ideas

autolíticas; problemas de inadaptación social, disminuyendo el disfrute general y la capacidad para encontrar satisfacciones; y disfunciones sexuales, que suelen concretarse en miedo al sexo o disminución del deseo (Echeburúa, et al., 1995; Darves-Bornoz et al., 1999; Marshall, 2001; Varma et al., 2007; Martin, Tarft y Resick, 2007).

Hay que mencionar también respecto a las consecuencias psicológicas de la violencia sexual, el importante grado de comorbilidad de diversos diagnósticos que se ha detectado en muchos estudios. Por ejemplo, Zlotnick, Mattia y Zimmerman (2001) al estudiar una muestra de pacientes con trastorno depresivo, descubrieron que aquellos que habían sufrido en su infancia abuso sexual presentaban a su vez más diagnósticos del TEPT, trastorno de personalidad tipo borderline y otros trastornos del eje I.

IV. 3. 1. Consecuencias emocionales

En las víctimas de violencia sexual se ha detectado la presencia significativa de síntomas de tipo depresivo, que pueden manifestarse como trastornos del sueño y de la alimentación, sentimientos de culpa, descenso de la autoestima, vergüenza, irritabilidad, fatiga e ideas o intentos de suicidio (Browne y Finkelhor, 1986; Briere y Runtz, 1988; Beitchman et al., 1992; Echeburúa, et al., 1995; López, 1996; Vázquez y Calle, 1996; De Corral, Echeburúa y Amor, 1997; McLeer et al., 1998; Roosa, Reinholtz y Angleini, 1999; Whiffen, Thompson y Aube, 2000; Marshall, 2001; Nelson et al., 2002). Así Conway et al., (2004) comprobaron que aquellos sujetos que habían sufrido algún tipo de violencia sexual, tanto abuso como agresión sexual a lo largo de su vida, presentaban más tristeza, disforia y rumiaciones.

En otro estudio realizado por Swanston et al. (1997) se comparó la presencia de diversa sintomatología depresiva en dos grupos de menores, uno de ellos con historia de abuso sexual, a través de entrevistas con los menores y sus padres. Los resultados indicaron que los menores víctimas de abuso presentaban más baja autoestima, se sentían más infelices y tristes, y poseían niveles significativamente más altos de intentos de suicidio y conductas autolesivas que los menores no victimizados.

A partir de tres fuentes de información (los propios menores, sus cuidadores y los especialistas) Walrath et al., (2003) evaluaron las consecuencias psicológicas de la violencia sexual infantil. De este modo comprobaron que los menores que habían sufrido abusos sexuales tenían más probabilidad de recibir un diagnóstico de depresión que los que no lo habían sufrido. Y según el estudio desarrollado por Meyerson, Long, Miranda y Marx (2002), tanto la experiencia de maltrato físico como

la de abuso sexual en la infancia son predictores significativos de trastorno depresivos en la adolescencia.

Al igual que en casos de adultos con antecedentes de otros tipos de maltrato (Brown, 1999), se ha comprobado que las adultas con antecedentes de violencia sexual en la infancia presentan significativamente más sintomatología depresiva (Whiffen, Thompson y Aube, 2000), así como diagnósticos de depresión mayor (Zuravin y Fontanella, 1999) que adultas no victimizadas.

En el caso de las agresiones sexuales, estudios pioneros como el de Frank y Stewart (1984), a través de un análisis de 90 víctimas recientes de violación, comprobaron que el 43% cumplían criterios para ser diagnosticadas de trastorno mayor depresivo, con trastornos del sueño y disforia como principal sintomatología. Y más recientemente Martin, Taft y Resick (2007) en una investigación sobre las agresiones sexuales intramatrimoniales, detectaron niveles significativos de sintomatología depresiva, entre otras muchas consecuencias.

La violencia sexual es además un factor de riesgo para conductas o pensamientos suicidas y autolesivos, tratándose de un factor que unido a otros, como las disfunciones familiares y otros eventos estresantes, incrementan el riesgo de actos, ideas de muerte o autolesiones (Vázquez y Calle, 1996; Brad, et al., 1996; Ackard y Neumark-Sztainer, 2002; Tyler, 2002; Ullman, 2004; Oates, 2004; Lončar et al., 2006; Campbell et al., 2007; Sinclair et al., 2007; Sigfusdottir, et al., 2008; Weierich y Nock, 2008).

También se ha comprobado que la violencia sexual produce un descenso de la autoestima, sintiéndose la víctima menos valiosa, más vulnerable y con menos recursos (Rust y Troupe, 1991; Echeburúa et al., 1995; Kendall-Tackett, Williams y Finkelhor, 1993; De Corral, Echeburúa y Amor, 1997; Ruggiero, McLeer y Dixon, 2000; Marshall, 2001; Swantson et al., 2003; Neville et al., 2004; Lacasse y Mendelson, 2007). Para algunos especialistas es esta afectación de la autoimagen, y no la violencia sexual en sí, la que conduce a otras problemáticas psicológicas (Bagley y Young, 1989; en Kendall-Tackett, Williams y Finkelhor, 1993). En estudios sobre la afectación a largo plazo de la victimización en la infancia, se evidencian importantes discrepancias entre la imagen de sí mismo actual y la imagen de sí mismo futura o ideal (Classen et al., 1998). En cuanto a las áreas del autoconcepto que se ven afectadas tras la violencia sexual, Murthi, Serbaty-Seib y Elliott (2006) han comprobado que en una muestra de estudiantes universitarias, las víctimas de violencia sexual en la infancia diferían de las no victimizadas en cuatro áreas del autoconcepto (familiar, afectivo, competencial y

físico), no detectándose diferencias significativas en cuanto al autoconcepto social y académico.

Pero no sólo se puede producir un cambio en la imagen que la víctima tiene de sí misma tras su victimización, sino que otras de las consecuencias, actualmente poco estudiadas, son los cambios en su forma de ver el mundo, pudiéndose perder la confianza en las relaciones humanas en general o en particular, y que aparezcan actitudes racistas y políticamente reaccionarias (Aboud, 1993; en Finkelhor, 2005) o sexistas (Lacasse y Mendelson, 2007).

Debemos señalar en este apartado, que la violencia sexual suele tener como consecuencia una serie de miedos a salir de casa o a los contactos sociales que provoca un descenso del número de actividades reforzantes. A esto se suma que la victimización repercute en un peor funcionamiento social, y dificultades en las relaciones de pareja, lo cual puede mediar en la aparición de sintomatología depresiva (Whiffen, Thompson y Aube, 2000).

Uno de los fenómenos relacionados con la sintomatología depresiva que a nivel tanto cognitivo como emocional se producen tras experimentar violencia sexual y cuyo estudio está iniciándose es la autoinculpación o sentimientos de culpa (Niederberger, 2002; Quas, Goodman y Jones, 2003; Steel et al., 2004; Walker, Archer y Davies, 2005). Dicha autoinculpación se manifiesta como atribuciones sesgadas que hace la víctima sobre lo sucedido, y que le producen malestar, al considerarlo consecuencia de errores cometidos, y pensamientos obsesivos sobre lo que pudo haber hecho para evitar su victimización o algunos aspectos de la misma (Resick y Schnicke, 1992). En el caso de los menores victimizados, la culpa principalmente se debe a la naturaleza secreta que suele tener la victimización, la posibilidad de haber experimentado placer y los autorreproches por no haberlo detenido (Toledo, Barreto y Ferrero, 1998). Se perfila por tanto la culpa como cognición, o mala conciencia, y como emoción o remordimiento, que se convierte en anormal al no adaptarse a la realidad e influir negativamente en el bienestar personal (Echeburúa, De Corral y Amor, 2001).

En cuanto a los sentimientos de culpa como consecuencia psicológica de la violencia sexual, se ha estudiado cómo inciden algunos factores en su forma y grado de aparición. Se ha constatado una mayor autoinculpación en los casos de tener una relación más cercana con el agresor, una duración prolongada de la victimización y el percibir como negativo el abuso por parte de la víctima (Barker-Collo, 2001; Quas, Goodman y Jones, 2003), así como el hecho de ser revictimizada en la edad adulta (Filipas y Ullman, 2006). También se ha comprobado que con el paso del tiempo las atribuciones de culpa que hace la víctima respecto a la responsabilidad del agresor son

más consistentes que las que hace respecto a su propia responsabilidad (Feiring y Cleland, 2007). En otra investigación Steel et al., (2004), analizaron la influencia de diversas variables de la violencia sexual en la infancia, en el resultado de la misma a largo plazo, y detectaron que la victimización a una edad mayor, la participación de la víctima y el grado de relación más estrecho con el agresor, se encuentra más relacionado con la asunción por parte de la víctima de la responsabilidad sobre su victimización, con el consiguiente malestar emocional.

En la actualidad, las intervenciones terapéuticas y las investigaciones sobre las mismas se están centrando cada vez más en la culpa como elemento fundamental a trabajar en la terapia con víctimas de violencia sexual (Resnick et al., 1999; Malacrea, 2000; McNally et al., 2000; Gorey, Richter y Snider, 2001; Nishith, Nixon y Resick, 2005).

IV. 3. 2. Sintomatología ansiosa

La violencia sexual es un predictor significativo de ansiedad, que se puede manifestar en forma de alteraciones del sueño, fobia social, nerviosismo, irritabilidad, dificultades de concentración y alteraciones psicósomáticas (Briere y Runtz, 1988; Echeburúa, et al., 1995; López, 1996; De Corral, Echeburúa y Amor, 1997; Swanston et al., 1997; McLeer et al., 1998; Kendall-Tackett, 2000; Marshall, 2001; Meyerson et al., 2002; Nelson et al., 2002; Swanson et al., 2003; Walrath et al., 2003; Lončar et al., 2006).

La presencia de una activación y nerviosismo continuo en estas víctimas hace que fácilmente aparezcan síntomas a nivel somático, y las investigaciones así lo avalan, como es el caso del estudio de Walrath et al., (2003), en el que los menores que habían sufrido abuso sexual presentaban más síntomas de somatización, frente a los menores que no habían sido victimizados. También se han detectados más quejas sobre su salud que en la población general en el caso de víctimas adultas de violación (Conoscenti y McNally, 2006) o con antecedentes de violencia sexual en la infancia (Ramos et al., 2001; Willumsen, 2001).

Por otra parte se ha comprobado que poseer antecedentes de violencia sexual en la infancia suele relacionarse con una mayor severidad tanto de trastornos de ansiedad, como del trastorno de pánico (Friedman et al., 2002). Y según Echeburúa, et al., (1995), a pesar de algunos resultados no coincidentes, se puede afirmar que el miedo y la ansiedad son para las víctimas de agresiones sexuales, los síntomas más persistentes y problemáticas a lo largo del tiempo.

IV. 3. 3. Sintomatología del trastorno de estrés postraumático

La mayoría de los investigadores defienden que el TEPT es uno de los efectos más a menudo presentes y característicos de la violencia sexual tanto en casos de abuso como de agresión sexual, así como a corto y a largo plazo (Kendall-Tackett, Williams y Finkelhor, 1993; Murray, 1993; Echeburúa, et al., 1995; De Corral, Echeburúa y Amor, 1997; McLeer et al., 1998; Tremblay, Hébert y Piché, 1999; Nurcombe, 2000; Marshall, 2001; Paolucci, Genuis y Violato, 2001; Elklit, 2002; Owens y Chard, 2003; Brilleslijper-Kater, Friecrich y Corwin, 2004; Peleikis, Mykletun y Dahl, 2004; Marx, 2005; Lončar et al., 2006; Martin, Taft y Resick, 2007; Masho y Ahmed, 2007; Ullman et al., 2007b; Wolff, et al., 2007).

El estudio del trastorno de estrés postraumático se inició a partir de que expertos en salud mental analizaran el impacto de la guerra en los excombatientes y posteriormente se aplicó el mismo modelo en el estudio de las consecuencias de otros eventos traumatizantes. Según este modelo, el hecho de experimentar un suceso inusual y aversivo de forma brusca, tales como accidentes, desastres naturales, la experiencia de combate en guerras o agresiones sexuales, suele tener como consecuencias el aumento de la activación o hiperarousal fisiológico, y la presencia de recuerdos y pensamientos no deseados, así como de conductas de evitación. En el caso de delitos violentos, según Kilpatrick, Veronen y Best (1985; en De Corral, et al., 1992), el 25% de las víctimas sufre como consecuencia de los mismos estrés postraumático, elevándose el porcentaje a un 50-60% cuando el delito es agresión sexual. También en una investigación pionera desarrollada por Kilpatrick et al. (1989) se comprobó que de entre diversos tipos de crímenes, la violación es el tipo de victimización que más estrés postraumático genera, y es la variable, frente a otras relativas a las características del crimen o de la víctima, que más contribuye al desarrollo de este trastorno.

En la investigación llevado a cabo por Echeburúa, De Corral y Amor (1998) con población española, la tasa de prevalencia del trastorno en víctimas de agresiones sexuales resultó ser similar a la de víctimas de maltrato y de terrorismo (un 50%), aunque descendía al 30% cuando se trataba de pacientes diagnosticados de una enfermedad grave, y al 12% en casos de víctimas de accidentes de tráfico. La mayor probabilidad de experimentar este tipo de trastornos en víctimas de agresiones sexuales también se observa si se compara con excombatientes, lo cual, como explican De Corral, et al., (1992), puede deberse a que las agresiones sexuales tienen lugar normalmente en zonas y momentos en los que la víctima se siente segura, y a los que a lo largo de su vida probablemente tendrá que volver a enfrentarse. La activación aumentada en víctimas de violencia sexual funciona como una respuesta adaptativa

ante el temor a experimentar una nueva agresión al exponerse nuevamente a estímulos relacionados con su victimización.

Teniendo en cuenta la gran incidencia de este trastorno en las víctimas de agresiones sexuales, especialistas como Resnick, Kilpatrick y Lipovsky (1991) hicieron hincapié en la necesidad de desarrollar nuevos métodos para evaluar el TEPT en estas víctimas, sobretudo en los primeros estados del mismo. Y así lo hicieron McLeer et al. (1998) en una muestra no clínica de menores víctimas de violencia sexual entre el mes y dos meses posteriores al desvelamiento de los hechos, confirmando que la presencia del TEPT era significativa.

En el caso de adultos víctimas de violencia sexual en la infancia, Owens y Chard (2001) también estudiaron los mecanismos de aparición del TEPT y descubrieron que las víctimas que muestran mayor severidad de estos síntomas, presentan a su vez más creencias distorsionadas sobre su autoconcepto. Asimismo, otras distorsiones cognitivas relativas a la seguridad, confianza y creencias irracionales sobre la violencia sexual, mostraron guardar una relación significativa con la severidad del TEPT.

Al analizar los núcleos de síntomas del TEPT en víctimas de agresiones sexuales, Echeburúa, De Corral y Amor (1998), detectaron que la reexperimentación es especialmente alta en este tipo de víctimas, seguida de la activación fisiológica, siendo la evitación la menos elevada. Otros estudios, como el elaborado por Krakow et al. (2002), se han centrado en evaluar la incidencia de algunos de los síntomas en particular, como las pesadillas, mostrando su alta incidencia en las víctimas de violencia sexual.

En el estudio del TEPT en víctimas de violencia sexual también se ha analizado por muchos expertos las distintas formas en las que se presenta según las características de la agresión/abuso, la víctima y su entorno. Por un lado, Echeburúa, De Corral y Amor (2002) comprobaron que las víctimas recientes de agresiones sexuales manifiestan sintomatología del trastorno postraumático más intensa que las víctimas no recientes. Semejantes resultados han obtenido Surís et al., (2004) al estudiar una muestra de 270 mujeres veteranas de guerra, ya que aquellas que sufrieron agresiones sexuales durante el desempeño de su trabajo, presentaba más estrés postraumático que las que fueron victimizadas en la adultez pero en la vida civil, y éstas a la vez tenían más diagnósticos que las veteranas que sufrieron la violencia sexual en la infancia. En cuanto al desarrollo del TEPT a corto plazo, Kaplow et al., (2005) al analizar el papel de variables previas a la victimización sexual, posteriores y de la propia victimización en menores, han comprobado que la presencia de síntomas de evitación, reexperimentación o ansiedad/arousal elevado, tanto durante como

inmediatamente después de salir a la luz los hechos, incrementa el riesgo de desarrollar síntomas del TEPT con posterioridad.

También con el objetivo de determinar el efecto de diversas variables en la aparición del TEPT y su diagnóstico, Wolfe, Sas y Wekerle (1994; en Ruggiero, McLeer y Dixon, 2000) llevaron a cabo un estudio a partir del cual comprobaron que este trastorno era diagnosticado más frecuentemente cuando las víctimas tenían más edad, manifestaban haber experimentado también otra forma de violencia, la victimización sexual se había producido en un periodo de tiempo elevado y presentaban sentimientos de culpa con respecto a lo sucedido. En cuanto a las variables previas, Ruggiero, McLeer y Dixon (2000), identificaron en su investigación que el 36,3% de las víctimas de violencia sexual en la infancia estudiadas presentaban el TEPT, y que en esos casos era más frecuente que las víctimas tuvieran una historia previa de maltrato físico y una mayor frecuencia de victimización sexual. De los síntomas del TEPT, sólo los síntomas de evitación se relacionaban significativamente con las variables estudiadas por estos investigadores. Concretamente se comprobaba que la combinación de una mayor edad al inicio del abuso, una alta frecuencia y duración, y el hecho de que el agresor sea una persona distinta al padre o padrastro, se asociaba a un mayor número de conductas de evitación. Ullman y Filipas (2000) señalan, por su parte, como predictores de la gravedad del TEPT en víctimas adultas de violencia sexual, el poseer menos educación, percibir la vida como más amenazante y haber recibido más reacciones negativas tras la victimización. En un estudio posterior, también referido a mujeres adultas víctimas de agresión sexual, Fairbrother y Rachman (2006), han comprobado que la valoración que hacía la víctima sobre su agresión y las secuelas de la misma, están relacionadas con la intensidad de la sintomatología postraumática que presentaban.

Recientemente Miller y Resick (2007) han llevado a cabo un interesante estudio de la sintomatología postraumática de tipo interanlizante y externalizante en una muestra de 143 mujeres víctimas de agresiones sexuales y que presentan el TEPT. Dividieron la muestra en tres grupos diferenciados, formado el primero de ellos por las víctimas con características de personalidad más pronunciadas y moderada sintomatología, y los otros dos distinguían entre tendencias más severas hacia sintomatología de tipo externalizante o internalizante. Las víctimas con tendencia externalizante se caracterizaban por su desinhibición, dependencia a sustancias y rasgos del trastorno de personalidad tipo B; mientras que las víctimas internalizantes presentaban niveles más elevados de sintomatología depresiva, y rasgos de trastornos de personalidad tipo esquizoide y evitativo.

Gran cantidad de investigaciones han estudiado la correlación entre el TEPT y otros síntomas de tipo cognitivo como la culpa, vergüenza o el sentimiento de estigmatización en víctimas de delitos (Resick y Schnicke, 1992). Específicamente en la violencia sexual infantil, se ha comprobado que la presencia de sintomatología depresiva y un trastorno de personalidad tipo evitativo en la edad adulta funcionan como predictores del TEPT, así Owens y Chard (2003) defienden que la presencia de síntomas psicopatológicos a lo largo de la vida de mujeres víctimas de violencia sexual en la infancia que en algún momento han sufrido un TEPT, es significativamente mayor que en las mujeres no victimizadas.

A través de diversos estudios Ullman et al., (2006a, 2006b, 2006c), han explorado la comorbilidad del TEPT con otros problemas psicológico en víctimas adultas de asaltos sexuales. Concretamente trataron de identificar las diferencias entre las víctimas de agresión sexual con diagnóstico de estrés postraumático sólo y aquellas que además presentaban problemas con el consumo de alcohol, o politoxicomanía. En el caso del consumo de alcohol comprobaron que aquellas víctimas con un nivel educativo más bajo, historia de otros traumas previos, aquellas que se culpabilizaban de lo ocurrido, aquellas que creían que el alcohol podía reducir su malestar y las que habían recibido una respuesta social negativa, tenían más probabilidad de presentar comorbilidad del TEPT con problemas de alcohol que el TEPT en solitario. Ya al analizar las características de las víctimas que presentaban comorbilidad del TEPT con politoxicomanía, comprobaron que, éstas poseían un nivel socioeconómico más bajo, una mayor historia de traumas, peor funcionamiento psicológico actual, más experiencias psicosociales problemáticas tras la victimización y mayor revictimización, frente a las que sólo presentaban el segundo diagnóstico.

Brad, et al., (1996) emplearon otro diseño en su estudio sobre comorbilidad, ya que compararon la presencia de sintomatología del TEPT entre dos grupos de adolescentes, uno de ellos con antecedentes de abuso sexual, encontrando que éste último grupo era el que presentaba mayor prevalencia de comorbilidad entre trastornos.

Por otra parte, Weinstein, Staffelbach y Biaggio (2000) llaman la atención sobre la comorbilidad del TEPT y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad en menores víctimas de maltrato, incluido el sexual, indicando la necesidad de establecer un adecuado diagnóstico diferencial ya que muchos síntomas se solapan.

Hay que hacer mención a críticas, como la expresada por Finkelhor (2005), respecto a la atención prioritaria que la comunidad científica ha prestado al TEPT en los casos de violencia sexual, sobretudo en menores, en detrimento del análisis de

otros aspectos que no se deben obviar, tales como las consecuencias a nivel cognitivo y actitudinal en las víctimas, o profundizar en cómo este trastorno se manifiesta según los estadios evolutivos en los que se produce la victimización y las etapas del desarrollo por las que pasa la víctima.

IV. 3. 4. Alteraciones de la de personalidad

Diversos estudios han mostrado que las experiencias de maltrato en la infancia, pueden interferir en el desarrollo adecuado de la personalidad (Moncrieff y Farmer, 1998) e incluso llevar a problemas persistentes en la edad adulta en las relaciones interpersonales, alteración de la identidad e inestabilidad emocional (Briere y Rickards, 2007). A corto plazo, menores que han sido maltratados, se muestran más serios, tímidos, inhibidos, con baja autoestima, pocos amigos, más problemas de conducta y menos ambiciosos que menores no maltratados (Oates, 1984). También en el caso concreto de la violencia sexual en la infancia se han detectado cambios en la forma de ser y comportarse de los menores, principalmente menos confianza con los padres, menos amigos, ser más agresivos, problemas de conducta, y en el caso de las chicas, menos autoestima (Tong, Oates y McDowell, 1987). Con respecto a la incidencia que la victimización sexual en la infancia tiene en los rasgos de personalidad en la edad adulta, Talbot et al. (2000) comprobaron que aquellas mujeres que fueron abusadas/agredidas sexualmente en la infancia por sus padres, presentaban menos búsqueda de experiencias como característica de personalidad, que las victimizadas por otra persona, y aquellas cuya victimización fue cometida por su padre y se llegó a la penetración, se mostraban menos extravertidas que las que sufrieron los hechos de otra forma.

Wonderlich et al. (2001) quisieron valorar el efecto que la victimización sexual, tanto en la infancia como en la edad adulta, tiene en la personalidad de las víctimas, a través del estudio de cuatro grupos: uno de mujeres victimizadas en la infancia, otro de mujeres agredidas en la edad adulta, otro compuesto por mujeres victimizadas tanto en la infancia como en la adultez y un último grupo control no victimizado. Estos investigadores comprobaron que los grupos victimizados en la infancia eran los que presentaban mayores alteraciones de la personalidad. Estos resultados señalan que la infancia es una etapa en la cual al estar formándose las características de personalidad, la ocurrencia de eventos traumáticos como la victimización sexual, incide de forma clara en el desarrollo posterior de dicha personalidad.

Sin embargo, resulta muy complicado determinar si las características de personalidad se ven moduladas por la experiencia traumática, o por el contrario pueden funcionar como variables protectoras respecto al impacto de eventos

traumático, ya que para analizarlo se debería estudiar la personalidad previa de personas en riesgo de victimización y posteriormente a ser victimizadas analizar los cambios, y esto no es tarea sencilla e incluso éticamente comprometida. Por eso, posteriormente también analizaremos los estudios que señalan el efecto modulador de la personalidad en el impacto de la victimización.

Principalmente se ha relacionado la violencia sexual, así como otras formas de maltrato grave en la infancia, con sintomatología del trastorno de personalidad disociativo (Briere y Runtz, 1988; Murray, 1993; Johnson et al., 1995; Nurcombe, 2000) y con el trastorno límite de la personalidad (Cole y Putnam, 1992; Murray, 1993; Zanarini, 1997; Johnson et al., 1999; Zlotnick, Mattia y Zimmerman, 2001; McLean y Gallop, 2003; Trippany, Heather y Simpson, 2006).

Briere y Rickards (2007) han estudiado recientemente cómo diversas experiencias de victimización en la infancia y la adultez pueden influir en la aparición de síntomas del trastorno límite de la personalidad. Los resultados obtenidos por estos autores sugieren que los problemas en las relaciones interpersonales, con uno mismo y en el área afectiva, están más relacionados con victimizaciones interpersonales que con victimizaciones no causadas por personas. Específicamente, la vivencia de violencia sexual en la infancia muestra una importante relación con problemas de idealización-desvalorización variable de los demás, hipersensibilidad o miedo al rechazo, susceptibilidad a la influencia de los demás, falta de regulación de los afectos y presencia de actividades distractivas para la reducción de la tensión o malestar interno.

En la misma línea Becker-Lausen y Mallon-Kraft (1997; en Kendall-Tackett, 2002) consideran que una de las principales consecuencias de los abusos sexuales en la infancia es el desarrollo de estilos de relación interpersonal disfuncionales, principalmente evitativo o intrusivo. Así las víctimas que desarrollan un estilo evitativo poseen menos vínculos sociales, menos amistades y parejas, mientras que aquellos que presentan un estilo intrusivo poseen una enorme necesidad de cercanía que resulta excesiva así como afectivamente asfixiante, demasiado exigentes y controladores con los demás.

Sin embargo, Beitchman et al., (1992) tras estudiar gran cantidad de investigaciones sobre las consecuencias a largo plazo de la violencia sexual en la infancia, expusieron que no se habían encontrado suficientes evidencias para confirmar una relación clara entre el hecho de haber sufrido esta victimización y la presencia de un trastorno de personalidad límite o múltiple. Otros estudios como el realizado por Owens y Chard (2003) también discrepan de la influencia de la

victimización sexual en la infancia en el desarrollo de trastornos de personalidad, mientras que Trippany, Helm y Simpson (2006) hacen hincapié en la necesidad de diagnosticar con precaución este tipo de trastornos y no confundirlos con episodios de reactivación de la sintomatología postraumática.

Con respecto a la sintomatología disociativa y del trastorno disociativo de la personalidad, aunque dichos síntomas están también presentes en el TEPT, ambas constelaciones de síntomas representan constructos distintos, incrementándose con la victimización sexual la probabilidad de aparición de los dos tipos de cuadros (Collin-Vezina y Hebert, 2005; Kaplow et al., 2008). Diversas investigaciones señalan la presencia significativa tanto de la sintomatología disociativa (Kaplow et al., 2005), como del trastorno disociativo de la personalidad o trastorno de personalidad múltiple, en víctimas de violencia sexual, sobretodo cuando ésta se sufre en la infancia y la adolescencia (Chu y Dill, 1990; Murray, 1993; Quas, Goodman y Jones, 2003).

La sintomatología disociativa se ha detectado principalmente en los casos de abusos de duración prolongada y gran severidad (Quas, Goodman y Jones, 2003), y se ha demostrado que la experiencia traumática en sí no da lugar a este tipo de sintomatología, sino que tienen que confluír adicionalmente otras variables relacionadas principalmente con las dificultades en la regulación de las emociones, siguiendo la teoría de que la sintomatología disociativa es una respuesta compensatoria ante experiencias emocionales extremas (Briere, 2006).

Según Vázquez (1995) mediante la disociación, las víctimas intentan separar el conocimiento del hecho de los sentimientos que éste desencadena, anulando la emoción. Si el proceso de disociación es pronunciado éste puede interferir progresivamente en las actividades de la vida cotidiana, y la víctima termina por desconocer sus propios sentimientos, no sólo relativos al abuso sino a valores primarios como la compasión por los demás o las relaciones afectivas con otros.

Putnam (1997; en Kaplow et al., 2008) considera que los síntomas disociativos son una irrupción en las funciones normales de integración de la conciencia, memoria, identidad o percepción del entorno, que interfiere en la integración asociativa de la información. Por lo tanto, la presencia de estos síntomas repercute en diversas áreas, pudiéndose derivar problemas de atención, memoria, etc.

En la investigación llevada a cabo por Collin-Vezina y Hebert (2005) se comprobó que a través de la experiencia de violencia sexual se cuadruplican los síntomas del TEPT, y se multiplica por ocho en el caso de la sintomatología disociativa. Estos autores aunque no detectaron variables de la violencia sexual que predijeran la presencia de

los síntomas disociativos, sí comprobaron que la naturaleza más invasiva de los actos sexuales llevados a cabo predecía la presencia de síntomas de estrés postraumático. Kisiel y Lyons (2001) identificaron, por otra parte, que los menores victimizados sexualmente presentan mayores niveles de sintomatología disociativa que los que han sufrido violencia física, así como que dicha sintomatología en el caso de las víctimas de violencia sexual, funciona como mediador en los otros síntomas psicopatológicos, principalmente en los comportamientos destructivos y autolesivos.

IV. 3. 5. Comportamiento sexual alterado

En el caso de los menores víctimas de violencia sexual se ha identificado como síntoma a corto plazo la presencia de conductas y conocimientos sexuales inapropiados para la edad del menor, de hecho la observación de estas conductas se considera un indicador de abuso o agresión sexual (Kendall-Tackett, Williams y Finkelhor, 1993; Cortés y Cantón, 1997; Balogh et al., 2001; Hall, Mathews y Pearce, 2002; Brilleslijper-Kater, Friedrich y Corwin, 2004) aunque niños no abusados también pueden presentar estas conductas sexualizadas (Sandnabba et al., 2003). A largo plazo también se ha comprobado que la violencia sexual incide en una mayor hostilidad hacia el otro sexo así como insatisfacción sexual (López, 1996).

Otro de los posibles síntomas que experimentan las víctimas tanto a corto como a largo plazo son las conductas sexuales de riesgo (López, 1996; Buzi et al., 2003). Según Kalmuss (2004), el sexo no deseado puede tener como consecuencia gran diversidad de conductas sexuales de riesgo en las víctimas, tales como una temprana iniciación sexual, embarazos adolescentes, sexo sin medidas de protección respecto a enfermedades, gran número de parejas sexuales e intercambio de sexo por dinero o drogas. Este autor explica que todas estas conductas sexuales de riesgo pueden derivarse de que las víctimas han aprendido a relacionar la sexualidad con el placer del otro pero no de sí mismas. También Van Dorn et al. (2005) detectó un aumento significativo de conductas de riesgo entre los adultos con enfermedad mental grave que habían sufrido violencia sexual en su infancia, y semejantes resultados se han obtenido en estudios con adolescentes victimizados en la infancia (Shrier et al., 1998).

En esta misma línea algunos investigadores han estudiado la relación que se establece entre violencia sexual y revictimización (Messman-More, Long y Siedfried, 2000; Classen et al., 2001). Por ejemplo, Livigston, Testa y VanZile-Tamsen (2007) obtuvieron resultados en su estudio de adultas con antecedentes de abuso, que apoyaban la existencia de una relación recíproca entre victimización sexual y asertividad, ya que el hecho de tener una historia de abusos resulta ser predictor de

menor asertividad para rehusar contactos sexuales no deseados, y esta menor asertividad a su vez predice un mayor riesgo de revictimización.

Otros estudios se han centrado en valorar el llamado círculo de la violencia sexual, es decir, si el haber sufrido violencia sexual en la infancia o adolescencia supone un mayor riesgo para cometer algún tipo de violencia sexual, (Hecht y Hansen, 1999), obteniéndose para algunos evidencias positivas que apoyan esta hipótesis (NCH, 1992; en Balogh et al., 2001), aunque para otros, estas evidencias son todavía escasas (Wilcox Richards y O’Keeffe, 2004). Incluso se ha señalado la transmisión generacional del incesto, considerándose que los papeles de víctima y abusador se pueden repetir en las siguientes generaciones (François, 1998). No obstante, las investigaciones más recientes, tienen como objetivo determinar las diferencias entre aquellas víctimas que llegan a convertirse en agresoras sexuales y aquellas que no, como es la llevada a cabo por Lambie et al. (2002), cuyos resultados señalan que las víctimas que no llegan a agredir sexualmente presentan menos fantasías y masturbación relacionada con el abuso, relatan menos placer derivado del abuso, tienen contactos sociales más frecuentes con adolescentes de su misma edad y tuvieron mayor apoyo tanto familiar como de fuera de su familia durante la infancia.

Las consecuencias en la vida sexual adulta de la violencia sexual infantil pueden ir desde la evitación de los contactos sexuales hasta un alto grado de disfunción sexual, o sentimientos de culpa respecto a su vida sexual (Walser y Kern, 1996). Por otra parte, los efectos a largo plazo de la agresión sexual en la adolescencia, pueden ir desde arrestos por delitos sexuales a prostitución, riesgo de embarazos no deseados, un número elevado de parejas sexuales o enfermedades de transmisión sexual (Wordes y Núñez, 2002; en Clements et al., 2004).

En el caso de las víctimas de agresión sexual, y sobretodo en la edad adulta, ya sean hombres o mujeres, se ha comprobado que estas presentan comúnmente disfunciones sexuales, principalmente miedos y disminución del deseo, que pueden prolongarse durante mucho tiempo, así como crisis en su orientación sexual (Echeburúa et al., 1995; De Corral, Echeburúa y Amor, 1997; Marshall, 2001; Walker, Archer y Davies, 2005; Lončar et al., 2006).

IV. 3. 6. Otras secuelas

Siguiendo las teorías sobre el vínculo, diversos estudios han señalado que la violencia sexual, sobretodo sufrida en la infancia y adolescencia, repercute en un peor funcionamiento social (Cole y Putnam, 1992; Whiffen, Thompson y Aube, 2000; Nelson et al., 2002). Según la investigación llevada a cabo por Liem y Boudewyn (1999) este

mal funcionamiento personal y social viene predicho por una mayor autoinculpación respecto a la violencia sexual. Además la victimización afecta al desarrollo de la identidad y seguridad del individuo en sí mismo y a las relaciones que se establecen con los demás, sobretodo a la dificultad en las mismas, y la sensación de riesgo en situaciones de intimidad (McEwan, De Man y Simpson-Housley, 2002). Según el estudio realizado por Flanagan y Furman (2000), la victimización sexual afecta a las percepciones posteriores de las relaciones con los iguales, con parejas sentimentales y con los padres.

Por otra parte, el haber sufrido violencia sexual ha mostrado guardar relación con conductas agresivas o de rechazo tanto hacia los demás como hacia uno mismo. Cuando la víctima de violencia sexual es un menor, se ha detectado la presencia significativa de trastornos de conducta y principalmente de conductas agresivas y disruptivas (Swanston et al. 1997; Cortés y Cantón, 2000; Nelson et al., 2002) e incluso delictivas (Lawyer et al., 2006; Feiring, Miller-Johnson y Cleland, 2007), así como huidas del hogar o vagabundeo (Tyler, 2002). De hecho, en la muestra clínica estudiada por Walrath et al., (2003) se les preguntó a los propios menores por sus problemas conductuales, y aquellos que habían sufrido violencia sexual manifestaron verse más agresivos, aunque no expresaban lo mismo sus cuidadores. En este mismo estudio se detectó que los menores victimizados sexualmente presentaban más problemas de conducta, abuso de sustancias, y déficit de atención que los componentes de la muestra clínica no victimizados. En uno de los primeros estudios sobre la materia, Cohen y Mannarino (1988) detectaron que aquellas menores que habían sufrido tanto violencia física como penetración durante su victimización, mostraban, según informaban sus padres, mayor número de conductas crueles. Southwick Bensley et al., (1999), por otra parte, afirman que aquellos adolescentes que tienen antecedentes de abuso sexual o maltrato, tienen mayor probabilidad que los no victimizados, de iniciarse más tempranamente en el consumo de drogas, presentar conductas delictivas y arrestos en la edad adulta. También se ha detectado que el haber huido de casa es tres veces más frecuente en las víctimas de violencia sexual en la infancia (López, 1996).

En el caso de adultos con historia de victimización sexual en la infancia se ha identificado que este antecedente en su vida incrementa el riesgo de que sufran maltrato tanto físico como psicológico por su pareja (Picó-Alfonso et al., 2006), formen familias no tradicionales, ya sea monoparental o reconstituidas, y las consecuencias psicológicas afecten a su papel de madre, y por tanto al ajuste psicológico de sus hijos (Roberts et al., 2004), e incluso presenten conductas maltratantes a nivel físico hacia su descendencia (DiLillo, Tremblay y Peterson, 2000).

Centrándonos en otras áreas que pueden verse afectadas, según el modelo de Kendall-Tackett (2002) sobre la influencia de la victimización infantil en la salud física de las víctimas, aquellas personas que en su infancia se vieron envueltas en situaciones de maltrato suelen presentar posteriormente más conductas de riesgo para su salud física y autodestructivas, como alteraciones del sueño, consumo de sustancias nocivas, desórdenes alimenticios, actos suicidas, conductas sexuales de riesgo, problemas en las relaciones interpersonales, convertirse en sin techo, o presentar alteraciones emocionales. Además, se detecta una alta presencia de antecedentes de violencia sexual en la infancia en mujeres adultas que ejercen la prostitución (Medrano et al., 2003).

Gran número de especialistas señalan la presencia de un consumo significativo tanto de drogas como de alcohol en víctimas de violencia sexual (López, 1996; Moncrieff y Farmer, 1998; Shrier et al., 1998; Larimer, 1999; Freeman, Collier y Parillo, 2002; Nelson et al., 2002; Tyler, 2002; Swanson et al., 2003; McMullin y White, 2006). En la investigación realizada por Simpson y Miller (2002) sobre la concomitancia de la violencia sexual y el maltrato con el abuso de sustancias, se detectó que en el caso de mujeres y adolescentes de sexo femenino con antecedentes de victimización sexual en la infancia, éstas presentaban un mayor consumo de sustancias que aquellas que no habían sido victimizadas. Sin embargo, los resultados no fueron significativos en las chicas de edad universitaria y tampoco en los varones. Se comprobó también que la relación entre haber sufrido algún tipo de victimización sexual en la infancia, y el consumo de sustancias, no se encuentra relacionado de forma directa, sino que se ve moderada por diversos trastornos como el TEPT, la depresión, síntomas de ansiedad general y trastornos de conducta. Testa, Livingston y Hoffman (2007) tampoco detectaron una influencia directa de la victimización sexual en los problemas graves de alcoholismo, tras controlar la presencia previa a la victimización de este consumo elevado. Con respecto a las variables que pueden influir en que las víctimas desarrollen o no problemas con el consumo de alcohol, Ullman et al. (2005) identifican el poseer una historia previa de traumas y emplear el alcohol como forma de reducir la tensión.

Asimismo se han detectado niveles más elevados de otros indicadores de riesgo para la salud, como el consumo de tabaco, obesidad, hipertensión y colesterol alto, en víctimas de agresiones sexuales en comparación con mujeres no victimizadas (Cloutier, Martin y Poole, 2002). Por su parte Littleton, Breikopf y Berenson (2007) comprobaron que antecedentes de violencia sexual en la infancia por desconocido se asociaba con una menor detección de empleo de preservativos en las relaciones sexuales más recientes.

Referidos también a la salud física, pero en relación a la autoestima y el autoconcepto, diversos estudios han detectado que la violencia sexual se relaciona de forma significativa con trastornos alimenticios como el uso inadecuado de laxantes, de pastillas adelgazantes, vómitos provocados, o ayuno como formas de controlar el peso (Laws y Golding, 1996; Thompson et al., 2001; Ackard y Neumark-Sztainer, 2002; Gustafson y Sarwer, 2004). Otros estudios han observado insatisfacción con la imagen corporal, baja autoestima, sentimientos de vergüenza y culpa, tanto en víctimas de abuso sexual como en pacientes con trastornos de la alimentación (Swantson et al., 2003). Y en cuanto a la relación entre abuso sexual y obesidad en la edad adulta, Gustafson y Sarwer (2004) sugieren que la obesidad puede cumplir una función adaptativa, detectando estos autores que la relación abuso-obesidad era más fuerte conforme aumentaba la severidad del abuso.

A nivel neurobiológico los especialistas han comenzado recientemente a investigar cómo afecta el hecho de haber vivido un evento traumático, y al parecer han encontrado evidencias de que se ve afectado el eje adrenal-pituitario-hipotalámico, el sistema nervioso simpático y el sistema inmunológico (Grisolía, 2005). A nivel anatómico se ha observado una reducción del volumen del hipocampo en las víctimas de violencia sexual infantil, hallazgo similar al detectado anteriormente en excombatientes con TEPT (Clements, et al., 2004). Lo que resta aún por estudiar es cómo afectan todas estas alteraciones neurobiológicas al funcionamiento psicológico de la víctima. También respecto a los sistemas endocrinos Zabin, Emerson y Rowland (2005) encontraron relación entre una menarquía temprana y el abuso sexual, sin poder determinar la causa-efecto.

También en menores, se ha evidenciado problemas de hiperactividad, de atención y concentración, así como un alto grado de desajuste académico, y bajo rendimiento en las víctimas de abuso sexual y otras formas de maltrato (López, 1996; Dykman et al., 1997; Cortés y Cantón, 2000; Shonk y Cinchetti, 2001). Según estudios referidos a estos problemas de adaptación en menores víctimas de violencia sexual, se han detectado altos índices de hiperactividad y problemas de atención y concentración (Cohen y Mannarino, 1988; Shonk y Cicchetti, 2001). En un estudio más reciente Kaplow et al. (2008) ha comprobado que en los menores víctimas de abuso sexual, cuando es un familiar quien les arremete y/o presentan sintomatología disociativa en el momento del descubrimiento de los hechos, tienen un riesgo mayor de padecer problemas atencionales.

IV. 4. VARIABLES MEDIADORAS O MODULADORAS DE LOS EFECTOS DE LA VIOLENCIA SEXUAL

La gran variabilidad de formas de reaccionar a nivel psicológico detectada en las víctimas de violencia sexual responde, según los expertos a la influencia de variables cuyo estudio comenzó en los años 90 pero actualmente se está ahondando en aspectos más concretos (La Fontaine, 1990; Kendall-Tackett, Williams y Finkelhor, 1993; Trickett y McBride-Chang, 1995; Friedrich, 1998; Niederberger, 2002; Thériault, Cyr y Wright, 2003; Quas, Goodman y Jones, 2003; Wilcox, Richards y O’Keeffe, 2004; Marx, 2005; Echeburúa y Guerricaechevarría, 2005; Finkelhor, 2005; Hérbert, et al., 2006). De hecho, actualmente se ha señalado que una de las áreas más importantes a estudiar en los próximos diez años es la forma en que variables y procesos influyen en las distintas respuestas que cada individuo tiene ante el trauma sexual (Marx, 2005), sobretodo teniendo en cuenta la disparidad de resultados (Friedrich, 1998; Echeburúa, De Corral y Amor, 2002). En algunos casos, el efecto de estas variables se ha detectado tras transcurrir varios meses de la victimización (Calam et al., 1998), y en los estudios más recientes se analiza el efecto de la conjunción de varias de ellas, detectándose variables que modulan el efecto de otras variables (Por ejemplo: McEwan, De Man y Simpson-Housley, 2002; McCrae, Chapman y Christ, 2006).

Antes de pasar a describir cómo diversas variables han mostrado influenciar en la afectación psicológica de las víctimas de violencia sexual, debemos aclarar algunos conceptos relacionados con este tema.

Con respecto al concepto de variable moduladora, al comprobarse que una variable influye en las consecuencias de un acontecimiento traumático, podemos pasar a denominarla variable predictora o moduladora de la sintomatología, siendo considerada ésta protectora o amortiguadora si se comprueba que minimiza la afectación psicológica (Wilcox, Richards y O’Keeffe, 2004; Finkelhor, 2005). Por su parte, Echeburúa, De Corral, y Amor (2002) denominan víctimas más vulnerables, a aquellas víctimas que presentan mayor probabilidad de sufrir un impacto psicológico intenso tras sufrir un delito violento. Estos autores consideran como variables mediadoras de las reacciones psicológicas de las víctimas de los delitos violentos: la intensidad y percepción del suceso vivido, el carácter inesperado de lo sucedido, el riesgo real sufrido, la mayor o menor vulnerabilidad de la víctima, la concurrencia de otros problemas actuales, el apoyo social recibido y los recursos psicológicos de afrontamiento con los que cuenta la víctima. En la actualidad se están centrando muchos estudios en analizar qué variables influyen en la superación a largo plazo de vivencias traumáticas, y de este modo poder mejorar las estrategias de intervención con las víctimas (Hunter, 2006). Se trataría por tanto del análisis de las variables que

facilitan la resiliencia ante este tipo de eventos, entendida ésta como la capacidad del individuo para adaptarse exitosamente a los eventos adversos y traumáticos que se producen en su vida (Luthar, Cincchetti y Becker, 2000; Wilcox, Richards y O'Keeffe, 2004).

En el caso concreto de la violencia sexual, inicialmente se estudiaron las variables específicas de la agresión o abuso sexual, tales como duración, violencia empleada, relación víctima-agresor, etc., sin que se llegue a un consenso sobre la relevancia de las mismas a la hora de explicar el proceso de ajuste psicológico de la víctima, pero más recientemente se ha pasado a prestar atención a otro tipo de variables como son la edad al inicio de la victimización, la evaluación cognitiva que hace la víctima de lo sucedido, la forma de afrontamiento psicológico, o la reacción paterna tras la revelación de los hechos, entre otras (Tremblay, Hébert y Piché, 1999).

Por ejemplo, Katerndahl, Burge y Kellogg (2005) investigaron sobre las variables que incidían en una mejor salud mental en mujeres con antecedentes de victimización sexual en su niñez, identificando como factores que potenciaban dicha recuperación, un menor número de agresores, poca frecuencia del abuso, ausencia de alcoholismo en la familia y adecuado apoyo familiar.

A la hora de señalar cuales son esas variables que podemos considerar predictoras de las secuelas de la violencia sexual, vemos que algunos investigadores las agrupan en tres bloques: las características de la víctima, como la edad y género; características del entorno sociofamiliar, tales como el apoyo y reacción social y familiar ante el descubrimiento de los hechos; y las características de la violencia sexual en sí, como es el tipo de violencia sexual, actos en que consistió la violencia sexual, duración, frecuencia, estrategias del agresor y relación que le une a la víctima (Ruggiero, McLeer y Dixon, 2000; Hazzard, et al., 1995; Vazquez, 1995; Johnson, Pike y Chard, 2001; Ruggiero, McLeer y Dixon, 2000; Quas, Goodman y Jones, 2003; Echeburúa y Guerricaechevarría, 2005). En otras ocasiones se han agrupado las variables según el momento temporal, es decir variables previas a la violencia sexual, como son la cohesión familiar anterior u otras experiencias negativas vividas; variables de la propia experiencia, como por ejemplo la frecuencia y duración; variables posteriores a la violencia sexual, como serían otros eventos en la vida, la forma de desarrollarse el proceso judicial; y otras variables mediadoras, tales como la actitud de la víctima hacia sí misma y su entorno o el estilo de afrontamiento (Nurcombe, 2000).

En cuanto a las agresiones sexuales, las variables que establecen las diferentes formas psicológicas de reaccionar de las víctimas son agrupadas por De Corral et al., (1992) en tres grupos. El primero se refiere a las habilidades específicas que posee

cada víctima para hacer frente a situaciones estresantes, las cuales dependen de la historia previa, el apoyo social con el que cuenta, y el momento psicológico en el que se encontraba cuando sufrió la agresión. En un segundo grupo de variables se hallan aquellas que inciden en las consecuencias inmediatas de la agresión, como son la intensidad de la victimización sufrida y las habilidades de la víctima para hacer frente a esa situación. Por último, se encuentran las interacciones sociales posteriores a la agresión, y que influyen considerablemente en la readaptación de la víctima aportando habilidades de afrontamiento o por el contrario siendo fuentes de estrés. También, respecto a las secuelas de las agresiones sexuales, Aragón (1994) menciona como variables moduladoras del efecto de este tipo de violencia sexual: la atribución que hace la víctima sobre la causa de su victimización, su capacidad de adaptación, el grado de conocimiento previo con el agresor, la severidad del asalto, la edad de la víctima, su vida laboral, el estado civil, los tratamientos psiquiátricos anteriores y la existencia o no de denuncia.

Específicamente, en el caso de la violencia sexual en menores, de entre las variables estudiadas, las más mencionadas en las investigaciones son la edad, el género y la relación que une a la víctima y el agresor (Quas, Goodman y Jones, 2003). Aunque hay otros factores que juegan un papel esencial en el impacto de la victimización por parte de quien lo vive, como son: Tener o no una red de apoyo psicosocial, la actitud de esta red psicosocial ante la revelación de la violencia sexual, recibir o no un apoyo psicológico, la identidad del agresor, el verse obligado o no a seguir conviviendo con él, la prontitud y efectividad de las medidas sociales y judiciales tomadas por el entorno del menor, la victimización secundaria que la víctima puede vivir durante el procedimiento penal, y el género de la víctima (Vázquez; en Horno, Santos y Molino, 2001).

Sin embargo, hay variables, que aunque en algunos estudios muestran tener efecto en la mayor o menor afectación de las víctimas, existen estudios que no perciben dichos efectos. Por ejemplo, Paolucci, Genuis y Violato (2001) encontraron en su revisión de 680 investigaciones sobre las secuelas del abuso sexual, que el género, el nivel socioeconómico, tipo de violencia sexual, edad a la que fue victimizada, relación con el agresor y número de episodios de abuso no influían en las secuelas del abuso. Al igual, Quas, Goodman y Jones (2003) no encontraron relación significativa entre las variables de la victimización, de la víctima o posteriores a la victimización sexual, y síntomas emocionales o de tipo ansioso. Esta discrepancia la explican estos investigadores como consecuencia de un análisis global de investigaciones que utilizan distintas formas de metodología y en algunos casos por la pobreza de los datos.

A parte de los resultados de las revisiones de estudios, también en investigaciones, como la llevado a cabo por Mannarino, Cohen y Gregor (1989; en Ruggiero, McLeer y Dixon, 2000), se identifican efectos nulos. Concretamente estos investigadores estudiaron la influencia de la relación víctima-agresor, severidad del abuso o agresión, frecuencia y el uso de la fuerza, en una serie de síntomas específicos, que se referían en este caso a los niveles de depresión y ansiedad manifestados por las víctimas, no encontrando ninguna relación significativa.

Por otro lado otras investigaciones se han centrado en conocer qué variables influyen en que una víctima de violencia sexual vuelva a ser victimizada sexualmente como adulto y qué variables explican la respuesta que cada víctima tiene ante el tratamiento. Según los investigadores (Meadow y Foa, 1999; en Max, 2005) la edad más elevada, el consumo de drogas, los trastornos de personalidad y la dificultad para establecer vínculos emocionales, pueden impedir los progresos terapéuticos.

Como se ha mencionada, en los estudios iniciales sobre la relación entre variables de la violencia sexual y las consecuencias de la misma, el propósito era analizar los efectos individuales que las distintas variables podían explicar, pero posteriormente comenzaron a realizarse investigaciones sobre la psicopatología de las víctimas y el efecto que en ella tenían diversas variables predictoras en combinación. Al respecto Ruggiero, McLeer y Dixon (2000), señalan la gran dificultad para valorar los resultados que se han obtenido en este último tipo de estudios dada la variabilidad de metodologías empleadas. Por ejemplo las investigaciones se centran en analizar consecuencias psicológicas distintas, como las secuelas de tipo cognitivo, la sintomatología del TEPT; también difiere en su metodología, al llevarse a cabo la evaluación después de haber transcurrido periodos de tiempo distintos tras el desvelamiento de lo sucedido, y también utilizaban diferentes definiciones de las variables relacionadas con el abuso. Por dicho motivo, Ruggiero, McLeer y Dixon (2000), realizaron una investigación sobre el poder predictor de distintas variables controlando el tiempo transcurrido desde que sucedieron los hechos hasta la evaluación, que oscilaba entre 30 y 60 días, y establecieron como variables a estudiar aquellas que en anteriores investigaciones habían mostrado relación con la sintomatología posterior a la violencia sexual. Estas variables eran las características de la agresión o abuso: frecuencia, duración, severidad y relación víctima-agresor; variables sociodemográficas como la edad al inicio del abuso; y factores posteriores o anteriores al suceso, como consecuencias físicas, la existencia de proceso judicial, una historia previa de victimización sexual o momento en el que la víctima revela los hechos. Los resultados mostraron que cinco de las variables contribuían de forma significativa a explicar el funcionamiento global de la víctima tras los hechos: Edad al inicio del la victimización, frecuencia, duración, tipo de agresor y persona a quien la

víctima reveló por primera vez lo ocurrido. Pero, no se pudo identificar ninguna variable que explicase específicamente la sintomatología de tipo depresiva, ansiosa, agresividad, conductas alteradas, problemas sociales o sexuales.

Los estudios más recientes también se centran en analizar el efecto de variables de tipo cognitivo o emocional, como la culpa (Feiring y Cleland, 2007) o la tristeza y el enfado (Sigfusdottir, et al., 2008) en el desarrollo de la sintomatología derivada de la victimización.

Nosotros hemos recopilado en los posteriores subapartados, las variables que según los estudios sobre el tema han revelado guardar relación con el grado de afectación de las víctimas de violencia sexual. Aunque se han clasificado en diversos apartados, hay que advertir que los efectos de cada una estas variables por separado resulta complicado de analizar, ya que en ocasiones algunas de ellas se encuentran relacionadas. Por ejemplo, se ha comprobado que la edad de la víctima cuando se inicia la victimización guarda una gran relación con la edad a la que el abuso termina, ya que cuanto mas temprano sea el inicio, mayor duración y severidad de la victimización, y además las víctimas de menor edad al inicio de la victimización suelen tener como agresor a una persona de mayor confianza (Ruggiero, McLeer y Dixon, 2000). Sin embargo Steel et al., (2004) observaron en sus resultados una tendencia opuesta, ya que las víctimas que sufrían la violencia sexual a mayor edad solían tener una relación más cercana con el agresor.

Independientemente de estas discrepancias de resultados, algo queda claro y es que se debe ser muy cauteloso al señalar la influencia por sí sola de alguna variable ya que a veces es imposible estudiarlo de forma aislada. Algunos intentos como el realizado por los investigadores Nelson et al. (2002) emplearon la comparación entre gemelos, y analizaron la relación entre la experiencia de violencia sexual en la infancia y su impacto en la salud mental, controlando el efecto de factores de riesgo familiares. Los resultados informaron que, tras controlar dichas variables familiares, la experiencia de violencia sexual seguía siendo un factor de riesgo importante para el desarrollo de alteraciones en la edad adulta, sin embargo dicha influencia de la victimización se comprobó que era poco significativa en el caso de no incluir relaciones sexuales completas.

IV. 4. 1. Género de la víctima

Las diferencias entre sexos en las consecuencias de la violencia sexual en las víctimas, han sido mostradas en diversos estudios (López, 1996; Southwick Bensley et al., 1999; Ruggiero, McLeer y Dixon, 2000; Feiring, Taska y Lewis, 2002; Rosenthal,

Feiring y Taska, 2003; Elliot, Mok y Briere, 2004; Ullman y Filipas, 2005b; McCrae, Chapman y Christ, 2006). Estas diferencias se aprecian ya en las primeras reacciones de hombres y mujeres tras una agresión sexual, acudiendo estas últimas con mayor frecuencia a la policía y a los centros médicos (Elliot, Mok y Briere, 2004). Sin embargo, según revisiones como la realizada por Kendall-Tackett, Williams y Finkelhor (1993), no son tantos los estudios que presentan resultados concluyentes sobre el impacto diferencial de este tipo de delitos.

Algunas de las diferencias de género señaladas por los investigadores en materia de violencia sexual en la infancia son que las chicas presentan más síntomas depresivos (McCrae, Chapman y Christ, 2006) y una tendencia más marcada a culpabilizarse a ellas mismas que los chicos. Por otra parte, el empleo de la fuerza por el agresor se relaciona con mayores sentimientos de culpa en las víctimas de sexo masculino, lo cual puede guardar relación con el tipo de mensaje que se manda a los chicos sobre la importancia de ser suficientemente fuerte como para defenderse (Hunter et al., 1992; en Quas, Goodman y Jones, 2003). Por otra parte Ullman y Filipas (2005b) encontraron más autoinculpación, malestar tras el suceso, sintomatología del TEPT y estrategias de afrontamiento de tipo evitativo en las víctimas de sexo femenino. Sin embargo, Kaplow et al. (2005) detectaron que inmediatamente después de la revelación, se presenta un mayor empleo de estrategias evitativas en los chicos víctimas de violencia sexual que en las chicas.

Otros investigadores afirman que las secuelas más frecuentes en las niñas suelen ser la ansiedad y los problemas de autoestima, y en el caso de los niños, sin embargo, son el fracaso escolar y los problemas de inadaptación social. (Vázquez; en Horno, Santos y Molino, 2001). Por su parte Feiring, Taska y Lewis (2002) detectaron en las chicas victimizadas niveles más elevados de estrés postraumático y depresión que en los chicos. También en la investigación dirigida por Chandy, Blum y Resnick (1996; Meyerson et al., 2002) con víctimas de violencia sexual en la infancia, se detectaron diferencias, ya que los adolescentes de sexo masculino experimentaban más dificultades escolares, consumo de marihuana, conductas delictivas y comportamientos sexuales de riesgo, que las víctimas de sexo femenino, las cuales sin embargo presentaban más trastornos de la alimentación, ideación y conducta suicida, y mayor frecuencia en consumo de alcohol. En otro estudio con adolescentes víctimas y no víctimas, Garnefski y Arends (1998) obtuvieron resultados que indican que la violencia sexual acarrea mayores consecuencias para los chicos que para las chicas, respecto al consumo de alcohol y drogas, la emisión de conductas agresivas o delictivas, mayor absentismo escolar, así como los pensamientos y conductas suicidas.

Con respecto a las consecuencias a largo plazo, Whiffen, Thompson y Aube (2000) identificaron en su estudio que aunque tanto hombres como mujeres con antecedentes de violencia sexual en la infancia, presentaban más problemas en sus relaciones de pareja que adultos no victimizados, las mujeres se caracterizaban por ser distantes y controladoras mientras que los hombres mostraban poca asertividad y tomaban demasiada responsabilidad respecto a su relación.

En nuestro país, López (1996) también detectó diferencias entre las consecuencias psicológicas a largo plazo en víctimas de violencia sexual en la infancia de sexo femenino y masculino, ya que mientras que las primeras presentaban mayor rechazo ante la sexualidad, los varones manifestaban un aumento de interés por la misma.

En oposición a todo lo anterior, hemos encontrado estudios de tipo metaanalíticos sobre las secuelas de la violencia sexual que aseguran no haber detectado diferencias de sintomatología teniendo en cuenta el género de la víctima (Marshall, 2001; Paolucci, Genuis y Violato, 2001; Jumper, 1995).

En las agresiones sexuales hacia adultos también se ha estudiado la discrepancia de consecuencias entre hombres y mujeres, y así Elliot, Mok y Briere (2004) obtuvieron resultados en su estudio que señalan que frente a las mujeres, los hombres presentan unos niveles más altos de sintomatología directamente relacionada con el trauma, mayor afectación en su autoimagen, disforia y conductas sexuales disfuncionales como forma de reducción de la ansiedad generada. Walter, Archer y Davies (2005) tras realizar un análisis descriptivo sobre los efectos que la violación tiene en las víctimas de sexo masculino, destacaron, como se ha hecho respecto a las víctimas menores, el papel que los esquemas de socialización diferencial entre hombres y mujeres tienen en las consecuencias de su victimización, como por ejemplo que las víctimas de sexo masculino se culpabilizan más que las de sexo femenino si perciben que podían haber luchado durante el ataque.

Con respecto a las diferencias en el modo de afrontamiento de la violencia sexual, Frazier (1993; en Walter, Archer y Davies) comprobó que los hombres mostraban más hostilidad, enfado y síntomas depresivos que las víctimas de sexo femenino. Según este autor los hombres suelen presentar más enfado porque esta es una forma "masculina" de afrontar las situaciones traumáticas. Sin embargo algunos investigadores consideran que los hombres presentan principalmente reacciones contenidas, minimizando lo sucedido. Esta inexpresividad también supone una consecuencia de la socialización de los hombres, y la utilización de este tipo de

estrategias de afrontamientos puede acarrear gran cantidad de problemática psicológica a largo plazo (Rogers, 1998; en Walter, Archer y Davies, 2005).

Esta discrepancia de resultados, podemos relacionarla de nuevo con las dificultades metodológicas que surgen al comparar muestras de distintos tamaños o diseños. Una pregunta sigue sin embargo planteándose, hasta qué punto responden estas diferencias a las características psicológicas diferenciales de hombres y mujeres, y hasta qué punto influye que el tipo de violencia sexual que sufren hombres y mujeres y la actitud sociofamiliar también sean distintas. Recientes estudios han trabajado para aclarar este aspecto, e indican que las chicas suelen presentar típicamente unos niveles más altos de sintomatología ansiosa, depresiva y de retraimiento, que los chicos, tanto fuesen víctimas como si no (Merrell y Dobmeyer, 1996; en Quas, Goodman y Jones, 2003). Otras investigaciones señalan que el abuso sexual que experimentan las víctimas de sexo femenino se caracteriza a diferencia del que sufren los chicos, por una relación con el agresor más cercana y de mayor duración en el tiempo (Kendall-Tackett, Williams y Finkelhor, 1993), además de ser más severo (Feiring, Taska y Lewis, 2002; Ullman y Filipas, 2005b). Por otro lado en el estudio desarrollado por Meyerson et al. (2002), se comprobó que en los adolescentes de sexo masculino que habían sufrido maltrato físico en la infancia, el entorno familiar funciona como variable predictora tanto de sintomatología depresiva como ansiosa. Sin embargo, en el caso de las adolescentes de sexo femenino el entorno familiar funciona como variable predictora de sintomatología en los casos de abuso sexual y no de maltrato físico. Cuando se ha intentado ahondar más y analizar si el apoyo sociofamiliar variaba según el sexo de la víctima, los resultados que obtienen Rosenthal, Feiring y Taska, (2003) no son concluyentes, mientras que Ullman y Filipas (2005b) comprobaron que las mujeres tienden a revelar más frecuentemente lo sucedido y recibir más reacciones positivas del entorno.

IV. 4. 2. Edad de la víctima

En este apartado debemos diferenciar entre la influencia que tiene en las secuelas la edad de la víctima en el momento de la evaluación, en el momento de la revelación, en el momento la victimización; y en casos de violencia reiterada además, la influencia de la edad de inicio y la de finalización de la victimización. Analizando de forma combinada estas variables se estudia también la influencia del tiempo transcurrido desde que finalizó la violencia sexual hasta que se produce la evaluación, aspecto que no debemos obviar pese a la escasez de estudios al respecto (Kendall-Tackett, Williams y Finkelhor, 1993), ya que en ocasiones no se tiene en cuenta que la sintomatología que detectamos puede haberse visto influenciada por el efecto del tiempo en sí, además de por otras experiencias posteriores a la victimización.

Además de este apunte aclaratorio sobre los distintos aspectos relativos a la edad de la víctima, hay tres factores relevantes que pueden explicar la influencia de la variable edad en las secuelas de la victimización sexual en general.

Un primer aspecto que no debemos olvidar en este apartado es que adoptar una perspectiva evolutiva resulta imprescindible en el estudio de la victimización sexual, lo que Finkelhor (2005) denomina “victimología del desarrollo”. Hay que tener en cuenta que las características emocionales y cognitivas que aparecen a cada edad son distintas e inciden en cómo afecta la violencia sexual. Esta perspectiva evolutiva ha sido defendida por gran cantidad de especialistas (Friedrich, 1998; Balogh et al., 2001; Ackard y Neumark-Sztainer, 2002; Rosenthal, Feiring y Taska, 2003; Clements et al., 2004; Finkelhor, 2005), y ya ha sido analizada brevemente en nuestro capítulo anterior. Además los menores víctimas de violencia presentan distintas formas y estrategias de afrontamiento de lo sucedido según la edad que presentan. Así, se han detectado en las víctimas de menor edad, niveles de arousal emocional elevados, teniendo dificultades para aprender a controlar sus emociones, así como para seguir instrucciones, mostrando también afectación en cuanto a la madurez cognitiva y el coeficiente intelectual (Finkelhor, 2005). Conforme el menor va creciendo, su capacidad para enfrentarse a lo ocurrido y sus estrategias de afrontamiento van siendo más elaboradas (Maccoby, 1983; en Finkelhor, 2005). Por otro lado, hay que contar con que los procesos atribucionales serán distintos según el estadio evolutivo del menor y así, los niños de menor edad suelen mostrar una tendencia a considerarse responsables de los sucesos que le rodean, lo cual contribuye a que las víctimas de corta edad presenten importantes sentimientos de culpa y vergüenza ante el suceso (Quas, Goodman y Jones, 2003; Brilleslijper-Kater et al., 2004; Echeburúa y De Corral, 2006). Por otra parte, Finkelhor (2005) señala que el impacto de la victimización varía en las diferentes etapas evolutivas por la forma en que la víctima valora lo sucedido. A menor edad se tiende a valorar lo sucedido principalmente por el dolor, lo que denomina este autor denomina “victimización mediatizada por el dolor”, pero conforme la víctima es más mayor ésta comienza a valorar lo sucedido por “el significado”, como por ejemplo por el peligro que ha podido correr, o el sentimiento de humillación.

En segundo lugar, también se ha detectado que varía el apoyo sociofamiliar según la edad de la víctima, modificándose lo que Finkelhor y Kendall-Tackett (1997; en Finkelhor, 2005) denominan amortiguadores ambientales. Se suele dar menos credibilidad a los adolescentes y niños más pequeños frente a los de edad intermedia (Finkelhor, 2005). Además se ha comprobado que el apoyo desciende de manera inversa a la edad de la víctima, porque se produce mayor sentimiento de responsabilidad con respecto a las víctimas más mayores (Back y Lips, 1998; Quas,

Goodman y Jones, 2003), considerándose muchas veces en el caso de los adolescentes, que su victimización se debe a sus conductas rebeldes (Finkelhor y Asdigian, 1996; en Finkelhor, 2005). Por otra parte, se percibe a las víctimas más jóvenes como más vulnerables y con mayor necesidad de protección, procediendo a responder, tanto la sociedad como la familia con un mayor apoyo que en el caso de víctimas de más edad (Celano, 1992). Por otro lado, las víctimas de abuso sexual cuando eran niños muestran más satisfacción con el apoyo que le prestan sus cuidadores, en comparación con los victimizados como adolescentes, los cuales expresan más satisfacción con el apoyo de los amigos (Rosenthal, Feiring y Taska, 2003).

Por último hay que señalar, respecto a los factores a tener en cuenta, que los actos y la forma en la que se lleva a cabo la violencia sexual suelen variar según la edad de la víctima, incrementando la severidad del abuso cuanto más temprano sea el inicio de este (Quas, Goodman y Jones, 2003). Para comprender esto hay que tener en cuenta, como mencionamos anteriormente, que al comenzar la victimización a una edad más joven, la duración de la misma suele aumentar y con ésta la severidad de los actos, al tratarse los abusos reiterados de un proceso en el que se va incrementando gradualmente la gravedad del abuso (Brilleslijper-Kater, Friedrich y Corwin, 2004; Kogan, 2004).

En cuanto a la influencia de la edad de la víctima en general, cuando no son adutos, se han encontrado resultados dispares, ya que para algunos investigadores a menos edad más vulnerabilidad y sintomatología disociativa, pero para otros las víctimas más mayores identifican mejor la gravedad del hecho abusivo y por tanto pueden verse más afectadas (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2005).

Respecto a la edad de inicio de la victimización, hemos detectado que según las investigaciones, es la variable relacionada con la edad que más claramente incide en la forma de presentarse las secuelas, aunque se señalan efectos distintos. Por ejemplo Ruggiero, McLeer y Dixon (2000), concluyeron tras analizar los resultados obtenidos en su investigación, que a mayor edad de la víctima al comienzo del abuso sexual peor funcionamiento global tras los hechos, así como mayor gravedad de síntomas de TEPT. Sin embargo, Quas, Goodman y Jones (2003) observaron que la edad al comienzo de la victimización, concretamente en casos de menores, se relaciona inversamente con el grado de autoinculpación experimentado por la víctima. También se detectan mayores niveles de síntomas del TEPT en aquellos casos de inicio de la victimización a una edad más temprana en el momento de la revelación (Kaplow et al., 2008). En otro estudio, Kaplow et al., (2005) detectaron que una edad de inicio de la violencia sexual menor, predice un mayor desarrollo de posteriores síntomas de ansiedad e hiperarousal. Y al comparar la frecuencia de diagnósticos del TEPT entre mujeres victimizadas por vez

primera antes o después de los 18 años, estos investigadores comprobaron que aquellas victimizadas inicialmente como menores de edad presentaban mayor número de este diagnóstico.

Cuando se ha investigado sobre el efecto de la variable edad en el momento de la evaluación, la mayoría de los estudios con menores, indican que las víctimas de violencia sexual de mayor edad en el momento de obtenerse datos sobre su afectación, muestran más síntomas que las de menor edad, aunque en muchas ocasiones estos estudios no controlan los efectos de variables como la duración del abuso, o la gravedad e identidad del agresor (Kendall-Tackett, Williams y Finkelhor, 1993; Feiring, Taska y Lewis, 1998; Tyler, 2002; Briere y Elliott, 2003).

De acuerdo con todo lo mencionado, Echeburúa y De Corral (2006) consideran que la violencia sexual en la adolescencia adquiere una especial gravedad pues en los casos reiterados el agresor puede intentar el coito, existe un riesgo real de embarazo y la víctima tiene ya la capacidad para interpretar el alcance de los hechos. Por ello los síntomas en esta etapa son muy variados, pudiéndose presentar huidas de casa, consumo abusivo de alcohol y drogas, promiscuidad e incluso intentos de suicidio.

Por otra parte, la adolescencia supone una etapa de transición a la edad adulta, con la consecuente formación del autoconcepto o autoimagen, afianzamiento de las relaciones sociales, inicio de los contactos sexuales, así como cambios físicos, por lo que la victimización en esta etapa supone una afectación amplia en cuanto al abanico de síntomas y áreas que pueden afectarse, así como las repercusiones para la edad adulta (Pine y Cohen, 2002; Katerndahl, Burge y Kellogg, 2005; Livingston et al., 2007; Underwood, Stewart y Castellanos, 2007). Así en el estudio de una amplia muestra de adolescentes de ambos sexos víctimas de relaciones sexuales forzadas, Howard y Wang (2005) detectaron como síntomas más comunes sentimientos de tristeza y desesperanza, pensamientos o intentos de suicidio, tener un consumo elevado de cigarrillos y alcohol, y presentar conductas sexuales de riesgo.

Estas tres formas en que la edad puede influir en las secuelas de la violencia sexual, aunque son aplicables en los casos de víctimas menores y adolescentes, en el caso de víctimas adultas hay que tener en cuenta más que el efecto de la edad en sí, el efecto del momento vital en el que se pueda encontrar la víctima, y cómo su victimización puede romper al plan de vida diseñado. De hecho, uno de los síntomas del TEPT mencionados en el DSM-IV (APA, 1994) es la percepción de que los planes de futuro han sido modificados por la experiencia traumática. Tras un análisis de estudios al respecto, Echeburúa et al., (1995) concluyen que las víctimas de agresiones sexuales adultas y casadas tienen peor pronóstico que las jóvenes y solteras. Por otra parte,

Kalra et al., (1998) comprobaron que las mujeres de mayor edad tenían más falsas creencias sobre las agresiones sexuales y por tanto un mayor riesgo de, en caso de ser victimizadas, presentar un grado mayor de autodesprecio y culpa, que las víctimas de menos edad. Y resultados semejantes fueron hallados anteriormente por Frank y Stewart (1984), quienes detectaron más riesgo de trastorno depresivo mayor en las víctimas de violación adultas de mayor edad.

IV. 4. 3. Otras características sociodemográficas, personalidad e historia previa de la víctima

Las características previas de personalidad y los sucesos estresantes y cambios de vida en la víctima, anteriores a la victimización, son variables importantes a estudiar en los casos de agresiones sexuales. Echeburúa, De Corral y Amor (2002) enumeran como características de la personalidad resistentes al estrés en casos de delitos violentos, el control de las emociones, un estilo de vida equilibrado, poseer apoyo social y participar en actividades sociales, implicación activa en un proyecto de vida, afrontamiento de las dificultades cotidianas, tener aficiones gratificantes, poseer sentido del humor, presentar una actitud positiva ante la vida, aceptar las limitaciones personales y contar con una vida espiritual. Investigadores como Maten y Garmez (1985; en Lambie et al. 2002), también identifican las características de personalidad como factores de protección frente a eventos adversos durante la infancia. Por su parte, Moran y Eckenrode (1992) comprobaron tras estudiar un grupo de 33 chicas adolescentes que habían sufrido maltrato que, características de personalidad como el locus de control o la autoestima, funcionaban como factores protectores para el desarrollo de sintomatología depresiva. Pero este efecto protector se detectaban en aquellas adolescentes que fueron victimizadas a edades más mayores, frente a aquellas cuya victimización se inició en la infancia. Además las características de personalidad no influyeron en el desarrollo de los síntomas de tipo depresivo.

Los modelos psicológicos explicativos del TEPT también otorgan a la personalidad previa el papel de variable moduladora o mediadora entre la experiencia traumática y el desarrollo de dicho trastorno (Miller, 2004), siendo un factor de riesgo psicopatológico el caracterizarse por una emocionalidad negativa. Asimismo, en el caso de las víctimas de violencia sexual en la infancia se ha detectado relación entre los rasgos de personalidad y el desarrollo del TEPT (Barker-Collo, Melnyk y McDonald-Miszczak, 2000; en Pereda, 2006). Por otra parte, las características de personalidad de la víctima también influyen en aspectos como la revelación, por ejemplo, en el estudio de Kahn y Hessling (2001; en Clements et al., 2004) los investigadores comprobaron que aquellos adolescentes con mayor autoestima y mas conciencia del deber son los que tienen mas probabilidad de desvelar su victimización sexual.

Otras características de la víctima, como su pertenencia a determinada etnia, ha mostrado influir en las consecuencias psicológicas detectadas, pero hay que tener en cuenta que las características de la victimización también varían (Ullman y Filipas, 2005a). Así, en la investigación desarrollada por Feiring, Coates y Taska (2001) se evidenció la presencia de diferencias en cuanto al impacto de la violencia sexual en varias muestras de menores de distintos grupos étnicos. Por una parte, los de origen euroamericano presentaban más atribuciones causales internas sobre lo sucedido. Por otro lado, mientras que la severidad del abuso sexual incidía en las víctimas de origen hispano disminuyendo la satisfacción con el primer apoyo recibido por sus cuidadores, para las víctimas de origen europeo, incidía en un estilo atribucional más pesimista, y más sentimientos de vergüenza, y en el grupo afroamericano no se detectó un efecto claro de dicha variable. Sin embargo, no hemos encontrado estudios empíricos que analicen específicamente el papel de las creencias religiosas, aunque Kennedy (2000) sí describe las experiencias y manifestaciones de víctimas de violencia sexual con creencias religiosas cristianas, y enumera una serie de factores asociados a estas creencias que pueden incidir en la afectación de las víctimas: pensamiento patriarcal, culpabilizar a las víctimas por airear escándalos, hacerles sentir culpables por sentir odio, y el concepto de contaminación espiritual que agravaría el sentimiento de estigmatización.

La influencia del entorno familiar, social y la calidad de las relaciones ha mostrado funcionar como un factor de riesgo o protección en el desarrollo de psicopatología tanto a corto como a largo plazo en estas víctimas (Lange et al., 1999; Meyerson et al., 2002; Katerndahl, Burge y Kellogg, 2005). Las teorías sobre el vínculo, aportan un marco conceptual explicativo, para entender la relación entre los antecedentes familiares y las consecuencias a largo plazo de la violencia sexual en la infancia, señalando la alta presencia de vínculos inseguros en las familias donde se produce el abuso, y la relación entre algunas secuelas y las experiencias de vinculación (Alexander, 1992).

Además, se ha identificado que el clima familiar influye en otros aspectos de la victimización, como por ejemplo el desvelamiento de los hechos. Así, en la investigación desarrollada por Kogan (2004) se comprobó que el no haber vivido nunca con alguno de los progenitores incrementaba el tiempo de mantenimiento en secreto de la victimización. Por otro lado, observó que cuando existía algún familiar de apoyo de la víctima que consumía drogas, ésta tenía mayor tendencia al descubrimiento inmediato de lo sucedido. El autor explica estos resultados por la relación existente entre la revelación a un igual y que dicha revelación sea inmediata, además de que la presencia de problemas de consumo de sustancias implica una intervención de entidades públicas que pueden detectar los hechos.

La existencia de conflictos familiares también ha mostrado guardar relación con el ajuste psicosocial tras el suceso y con sintomatología depresiva. Específicamente el grado de apoyo maternal en general, es decir no circunscrito a la victimización, se relaciona significativamente con síntomas de tipo depresivo y con el consumo excesivo de alcohol en las víctimas de abuso sexual en la infancia (Meyerson et al., 2002). En la misma línea recientemente Monette, Tourigny y Daigneault (2008), comprobaron que la calidad de la relación madre-hija se asocia con los problemas de conducta externalizantes en las adolescentes victimizadas sexualmente. También en el estudio longitudinal realizado por Fergusson et al., (1996; en Meyerson, et al., 2002) el abuso sexual y el entorno familiar, concretamente la estabilidad familiar, las relaciones paternofiliales y el ajuste parental, muestran poder modulador en la posibilidad de que un adolescente presente depresión así como otros trastornos psicológicos. Por otra parte, Aspelmeier, Elliott y Smith, (2007), han detectado que el apego seguro con iguales y con las figuras paternas protege del impacto de los abusos sexuales, no siendo así en el caso de apego con otros adultos cercanos. Y otro factor relativo al entorno familiar que ha mostrado gran poder modulador respecto a los efectos de la violencia sexual es la presencia de consumo de sustancias por parte de los progenitores (Katerndahl, Burge y Kellogg, 2005).

Diversos estudios se han centrado en valorar concretamente cómo influyen en las consecuencias de la violencia sexual, la vivencia previa o paralela de otras formas de maltrato, tanto directo como entre otros miembros de la familia, ya que el sufrir varios tipos de victimización es un fenómeno más común de lo que se cree (Finkelhor et al., 2007). Así, el metaanálisis realizado por Sternberg et al., (2006) de 24 investigaciones sobre maltrato infantil, detectó que aquellos menores que además de haber sido victimizados directamente, habían sido testigos de violencia intrafamiliar, presentaban mayores problemas comportamentales, que aquellos que sólo habían sufrido los hechos directamente. Semejantes resultados apuntan en su estudio con víctimas de violencia sexual McCrae, Chapman y Christ (2006), ya que en el caso de menores con edades entre los 3 y 7 años, se detectó más sintomatología comportamental en los casos que presentaban también violencia doméstica entre sus cuidadores o enfermedad mental de alguno de ellos; y en las víctimas de entre 8 y 11 años, la presencia de violencia doméstica, o consumo de drogas por sus cuidadores se relacionaba con más síntomas internalizantes y depresivos. También Katerndahl, Burge y Kellogg (2005) detectaron mayor prevalencia a largo plazo del TEPT y agorafobia, en aquellas adultas víctimas de violencia sexual en la infancia que habían vivido en un entorno familiar violento. Ackerman et al. (1998), ya observaron que los menores víctimas tanto de maltrato físico como sexual, presentaban significativamente más afectación psicológica que aquellos tan sólo victimizados sexualmente. Y en otra investigación más reciente, Hébert et al. (2006), a través de un análisis de regresión

múltiple, desarrollaron 3 modelos explicativos sobre los problemas internalizantes, los externalizantes y la sintomatología disociativa que presentaban 150 niñas víctimas de violencia sexual, y la principal variable explicativa para los tres tipos de síntomas fue la presencia previa de maltrato.

Sobre este mismo tema y a través de la valoración que las propias víctimas sobre su entorno familiar, Meyerson, et al., (2002) estudiaron cómo afecta al funcionamiento psicológico de los adolescentes el abuso sexual, el maltrato físico, el conflicto familiar y la cohesión familiar. Los resultados arrojaron que las adolescentes que habían sufrido maltrato físico o abuso sexual, percibían su ámbito familiar como con más conflictos y menor cohesión que las adolescentes que no habían sufrido estas experiencias. En el caso de los varones, no se detectaron diferencias entre los que habían sufrido abuso sexual y los que no lo habían sufrido a la hora de valorar su ambiente familiar. Pero en este tipo de estudios nos encontramos con la dificultad de determinar si la problemática familiar es previa a la violencia sexual o en parte se deriva de la misma.

Si a lo anteriormente mencionado unimos, como se describió en el capítulo sobre la epidemiología, el hecho de que gran parte de los menores victimizados sexualmente, también han sido víctimas de otras problemáticas sociofamiliares, nos encontramos con que las consecuencias psicológicas que podríamos atribuir a la victimización sexual, tienen sin embargo una etiología más compleja (Finkelhor, 2005).

También respecto a la violencia sexual en la infancia se ha constatado la influencia de otros factores previos a la victimización, como problemas en el desarrollo o de tipo psiquiátrico, en el incremento de trastornos comportamentales y emocionales, así como de sintomatología depresiva y baja autoestima (Mannarino, Cohen y Berman, 1994).

Con respecto a la historia previa en casos de víctimas adultos, diversos estudios, como señala la revisión realizada por Echeburúa et al., (1995), indican que los estresores anteriores a la agresión sexual pueden influir en la reducción de habilidades de afrontamiento, y así en un peor proceso a largo plazo. Algunos de los estresores más estudiados han sido el poseer antecedentes de abuso u otro tipo de maltrato (Gibson y Leitenberg, 2001; Hébert et al., 2006), otros sucesos traumáticos en la vida de la víctima, estrés acumulativo, historia psiquiátrica familiar, y la existencia de divorcio de los progenitores durante la adolescencia de la víctima (Echeburúa, De Corral y Amor, 2002).

Otras de las principales variables que han mostrado incidir en un peor pronóstico en víctimas adultas de agresiones sexuales, es la presencia de antecedentes

psiquiátricos (Brewin, Andrews y Gotlib, 1995) y poseer antecedentes de victimización sexual. En la investigación realizada por Elliot, Mok y Briere (2004), se mostraba que una historia previa de abusos sexuales en la infancia aumentaba el nivel de afectación psicológica en las víctimas de agresión sexual a edad adulta, pero no en las víctimas adultas de agresión física. Estos investigadores también obtuvieron una correlación significativa entre el hecho de que la víctima sea divorciada y el mayor grado de impacto de la agresión sexual. También Filipas y Ullman (2006) comprobaron una mayor presencia de síntomas del TEPT, sentimientos de culpa, consumo de alcohol o drogas, evitación de otras personas y más búsqueda de atención terapéutica, en las víctimas que sufrieron una segunda agresión sexual en la edad adulta, siendo el único predictor de revictimización la variable número de estrategias de afrontamiento inadecuadas. Asimismo, otros investigadores han encontrado que el haber sufrido violencia sexual con anterioridad incrementa el riesgo de padecer depresión (Frank y Stewart, 1984; Sorenson y Golding, 1990) o presentar conductas sexuales de riesgo (Wyatt, Guthrie y Notgrass, 1992). Y en un reciente estudio Ullman et al. (2007b) analizaron la influencia de factores previos y posteriores a las agresiones sexuales en la presencia de síntomas del TEPT en 600 víctimas adultas de sexo femenino. Según los resultados obtenidos, pocas variables demográficas o relativas a la agresión predecían la sintomatología. Concretamente, de entre las variables previas a la agresión, tan sólo la presencia previa de traumas en la vida de la víctima se relacionaba con la presencia significativa de dicha sintomatología postraumática.

IV. 4. 4. Características del agresor

El principal factor relativo al agresor cuya influencia se ha estudiado es la relación que pueda guardar con la víctima. Esta variable no sólo ha mostrado influir en las consecuencias psicológicas de la victimización, sino también en cómo ésta se produce y en otro tipo de consecuencias como la reacción social, por lo que se mezclaría el efecto directo e indirecto de esta variable. Así, cuando se han comparado los casos de violencia sexual cometido por familiares con los cometidos por no familiares, se ha comprobado que los casos intrafamiliares suelen venir acompañados de conductas sexuales de mayor gravedad y se producen con mayor frecuencia que cuando el agresor es externo a la familia, tanto en caso de víctimas menores (Mennen, 1993; en Quas, Goodman y Jones, 2003), como cuando son víctimas adultas cuyo agresor es su pareja (McFarlane et al., 2005). Por otra parte, se ha detectado una mayor presencia de reacciones negativas del entorno, como por ejemplo no ser creída la víctima, cuando el agresor era un pariente, frente a los casos en los que el agresor era simplemente conocido o desconocido, y esto sucedía principalmente si la revelación era en la infancia (Ullman, 2007). Por tanto, como señalamos anteriormente, en las investigaciones sobre este aspecto, los efectos de identidad del

agresor pueden mezclarse con el de otras variables relacionadas. Por eso investigaciones como la desarrollada por Ruggiero, McLeer y Dixon (2000), intentan controlar el efecto de esas otras variables. Concretamente estos investigadores tras controlar las variables duración y frecuencia en casos de abuso sexual, comprobaron que existía una relación significativa entre la relación víctima-agresor y la sintomatología de estrés postraumático. Las víctimas de abuso intrafamiliar tendían a presentar mayor grado de ajuste y menos síntomas de evitación, cuando se las comparaba con las víctimas de abuso extrafamiliar.

La mayoría de los estudios sobre este punto señalan que de un tipo de relación más cercana entre víctima y agresor suelen derivarse peores consecuencias psicológicas (Beitchman et al., 1991; Resick y Schnicke, 1992; Kendall-Tackett, Williams y Finkelhor, 1993; Echeburúa et al., 1995; Ruggiero, McLeer y Dixon, 2000; Paolucci, Genuis y Violato, 2001; McEwan, De Man y Simpson-Housley, 2002; Echeburúa y Guerricaechevarría, 2005; Lawyer et al., 2006; Ullman, 2007; Kaplow et al., 2008). Por ejemplo, en la investigación elaborada por Tremblay, Hébert y Piché (1999) los resultados sugieren que cuando el agresor tiene una relación próxima a la víctima ésta suele presentar más síntomas ansiosos, depresivos, quejas somáticas y retraimiento, que aquellos casos en los que guardan menos relación con el agresor. Lawyer et al. (2006) en el caso de víctimas adolescentes, detectaron una sintomatología más elevada de TEPT en las víctimas de agresiones cometidas por conocidos, frente a las cometidas por desconocidos. Estos autores señalan varias posibles explicaciones a esta influencia de las victimizaciones por conocidos. Por una parte, en la violencia sexual por conocidos se ve dañada tanto la confianza como la intimidad, además este tipo de violencia se ve más relacionada con entornos abusivos, y asimismo ser victimizado por un familiar o conocido suele relacionarse con menos tendencia a revelar los hechos y por tanto cronificarse la situación.

En el estudio llevado a cabo por McEwan, De Man y Simpson-Housley (2002) se investigó el papel de la relación de conocimiento o desconocimiento entre la víctima y el agresor, en el adecuado desarrollo de la identidad y seguridad en sí mismas, y la sensación de seguridad en situaciones de intimidad en una muestra de adultas. Los resultados informaban que la identidad del agresor incidía en estos aspectos en el caso de las mujeres que fueron victimizadas en su adolescencia, pero no en aquellas victimizadas en la adultez, mostrando el primer grupo más inseguridad en sí misma y en las situaciones de intimidad cuando su agresor había sido un conocido. También se ha detectado un mayor sentimiento de culpa en víctimas de agresores con quienes mantenían una relación más cercana (Quas, Goodman y Jones, 2003). Estos investigadores señalan como posible explicación, el que las personas victimizadas por desconocidos pueden situar el motivo de lo sucedido en factores externos y por tanto

sentirse en general más vulnerable, pero las víctimas de agresores conocidos se sienten más responsables de lo sucedido, por no haber detectado el riesgo o reaccionado adecuadamente, además de ser más fácilmente cuestionadas por su entorno.

Sin embargo, en la investigación llevada a cabo por Nagy (2000) con chicas adolescentes que sufrieron violencia sexual con penetración vaginal, el grupo agredido por un familiar era el que menos difería en cuanto a conductas de riesgo de las chicas no victimizadas pero activas sexualmente, aunque sí presentaban un alto riesgo de embarazo no deseado, mientras que el grupo agredido por desconocidos manifestaba más síntomas depresivos e ideas de suicidio.

En cuanto a las victimizaciones intrafamiliares, Browne y Finkelhor (1986) en una de las primeras revisiones de la literatura científica sobre el tema, encontraron que la violencia sexual en la que el perpetrador era el padre y existía contacto genital y con fuerza, era el tipo de abuso que producía peores consecuencias. La relación paternofilial también ha mostrado ser un predictor de comportamientos disruptivos e impulsivos en las víctimas (Trickett et al., 1997; en Kaplow et al., 2008). Además Beitchman et al., (1992) comprobaron una mayor permanencia de las secuelas cuando el agresor es el padre o el padrastro. Sin embargo, investigadores como Russell (1983; en Ruggiero, McLeer y Dixon, 2000) han encontrado evidencias de que cuando el agresor era el padrastro la severidad de la victimización era mayor que cuando era el padre.

En el caso específico de las agresiones sexuales con penetración, es decir de las violaciones, se ha detectado que aquellos casos en los que el agresor era un familiar, se detectaba un mayor grado de síntomas del TEPT, síntomas disociativos, agorafobia y baja autoestima (Darves-Bornoz et al., 1999). Y según los resultados del estudio de Mennen y Meadow (1995) esta variable, la penetración, era el mayor predictor de severidad de la sintomatología cuando el agresor era el padre, ya que cuando era otra figura, fue el uso de la fuerza lo que más predijo consecuencias más graves. Sin embargo se comprobó que en aquellos casos en los que el agresor es el padre, el empleo de la fuerza no influye en la gravedad de la sintomatología, ya que la influencia de los sentimientos de traición, pueden neutralizar el efecto de la variable fuerza.

Esta mayor afectación psicológica de las víctimas de violencia sexual cuyo agresor es el padre, viene defendido teóricamente por Freyd, DePrince y Gleaves (2007) y la denominada teoría de la traición, según la cual cuando el agresor es una persona de quien se depende, sobretodo cuando ejerce el papel de padre, esto incide en una mayor sintomatología disociativa, sobretodo en forma de amnesia.

También en el caso de violencia sexual hacia adultas se han obtenido resultados que informan que aquellas víctimas que guardan una relación de conocimiento, matrimonio o cohabitación con su agresor, presentan más síntomas de ansiedad (Culbertson y Dehle, 2001), así como más quejas sobre su salud (Conoscenti y McNally, 2006), que aquellas víctimas agredidas por una persona desconocida. Sin embargo, según el estudio llevado a cabo por Ullman y Siegel (1993), aunque las víctimas agredidas por sus parejas manifestaban mayor afectación en el área sexual, las agredidas por desconocidos presentaban más miedos y ansiedad, mientras que los síntomas depresivos no variaban según la relación con el agresor. Ahondando más en el tema, en un estudio posterior desarrollado por Ullman et al. (2006b) se analizaron las características de las agresiones sexuales y sus consecuencias según el grado de relación con el agresor, comprobando que aquellas victimizaciones cometidas por desconocidos presentaban de forma significativa actos sexuales de mayor gravedad, más víctimas pertenecientes a minorías étnicas y mayor sensación de amenaza constante por parte de las víctimas. Estas víctimas manifestaban además haber sufrido peores reacciones sociales que las víctimas de agresores conocidos o por sus parejas. Por otra parte las agresiones por desconocidos o parientes se asociaban con una mayor presencia de síntomas del TEPT, que las agresiones por conocidos o parejas. Además la relación víctima-agresor también mostró un efecto modulador de la influencia de otras variables en la presencia de sintomatología postraumática.

En el caso de violencia sexual dentro de la pareja, se ha comprobado su concomitancia con la presencia de violencia física y psicológica, incrementándose la severidad de los síntomas depresivos cuando a la situación de maltrato se le suma la de violencia sexual (Picó-Alfonso et al., 2006).

Algunas de las explicaciones que se pueden aplicar a la intensificación de los síntomas cuando el grado de relación es más cercano, es como expusieron Schepple y Bart (1983; en Resick y Schnicke, 1992) el hecho de que las víctimas de violación que habían percibido su entorno como peligroso mostraban menos afectación que las que habían sufrido la agresión cuando consideraban encontrarse en un ambiente que valoraban seguro. Por otra parte, también se ha observado que cuando una víctima revela haber sido agredida o abusada sexualmente por un desconocido es más probable que su familia crea lo relatado y disminuyan así sus sentimientos de culpa y vergüenza (Ullman, 1996). Además se ha observado que la relación con el agresor también se encuentra vinculada con la forma de desvelamiento de los hechos, ya que el abuso por una persona del hogar suele retrasar o impedir la revelación de lo sucedido (Kogan, 2004).

Sin embargo algunos investigadores no obtienen resultados que indiquen que el grado de relación entre la víctima y el agresor influya en los efectos psicológicos de la violencia sexual (Katerndahl, Burge y Kellogg, 2005), y otros consideran que la gravedad de las consecuencias es peor si el agresor es desconocido. Como Mennen y Meadow (1995) en cuyo estudio, tras controlar la variable uso de la fuerza, se evidenció que aquellos síntomas de tipo depresivo o relativos a la autoestima se presentaban con mayor frecuencia en víctimas de agresión sexual extrafamiliar, que en víctimas de agresión sexual intrafamiliar. Además comprobaron que los niveles altos de ansiedad eran más comunes en víctimas de violencia sexual extrafamiliar que fueron sacados de su hogar, que en las víctimas que sufrieron el abuso por un familiar.

En cuanto a otros aspectos del agresor, como su edad, se detecta que cuando la violencia sexual era ejercida por un igual, como en el caso de las violaciones en citas con adolescentes, también tenía como resultado una afectación psicológica más elevada, aunque pocos estudios ahondan en esta materia (Ackard y Neumark-Sztainer, 2002).

También se ha comprobado que el número de agresores influye en la forma en que la violencia sexual afecta a la víctima aumentando la gravedad de los síntomas conforme aumenta el número de agresores (Ruggiero, McLeer y Dixon, 2000; Steel et al., 2004).

IV 4. 5. Tipo de violencia sexual

Como se puso de manifiesto en la conceptualización de nuestro estudio, la diferenciación entre abuso y agresión sexual es compleja y se encuentra sujeta a criterios muy diversos. A la hora de analizar sus consecuencias tomaremos el concepto que establecimos de cada una de estas formas de violencia sexual. Al estudiar el efecto que el empleo de estrategias violentas por el agresor tiene en las víctimas, debemos tener en cuenta, como se expuso en el capítulo sobre epidemiología, que al diferenciar entre los efectos del abuso y de la agresión sexual estamos también diferenciando entre aquella violencia sexual en la que la víctima suele ser un menor, no se emplea violencia física ni amenazas, sino engaño y seducción, y se produce normalmente de forma reiterada, frente a la violencia sexual en la que la víctima es de mayor edad, existe violencia física y amenazas, y suele producirse de forma más puntual. Por tanto, al estudiar las diferencias entre las consecuencias psicológicas del abuso y las de la agresión sexual, se está comparando la influencia combinada de diversas variables de la violencia sexual.

Los estudios sobre la materia no llegan a un acuerdo sobre si el uso de la violencia y su grado aumentan el impacto de la violencia sexual (Browne y Finkelhor, 1986; Echeburúa et al., 1995). En la revisión llevada a cabo por Kendall-Tackett, Williams y Finkelhor (1993), de los 45 estudios analizados tan sólo 6 habían analizado el papel de la variable empleo de métodos violentos, y de éstos 5 obtuvieron resultados significativos y señalaban el impacto en las consecuencias psicológicas posteriores. Sin embargo, otros estudios como el elaborado por Feiring, Taska y Lewis (1998) no obtuvieron resultados significativos sobre la influencia del empleo de violencia en los efectos psicológicos de la victimización sexual.

Entre aquellos especialistas que abogan por la influencia clara del empleo de estrategias violentas, también se constatan posiciones dispares. Para algunos investigadores el uso de la fuerza o coerción, y la severidad de las mismas, aumenta los problemas comportamentales y emocionales (Browne y Finkelhor, 1986; Cohen y Mannarino, 1988; Kilpatrick et al., 1989; Beitchman et al., 1992; Vázquez, 1995; Ruggiero, McLeer y Dixon, 2000; Echeburúa y Guerricaechevarría, 2005; Varma et al., 2007).

Sin embargo, otros autores consideran que violencia sexual sin utilización de estrategias violentas, la cual suele caracterizarse por ser cometida por un agresor conocido, y ser de mayor reiteración, puede tener peores consecuencias ya que la víctima se percibe más fácilmente como copartícipe y esto puede conllevar una mayor severidad de los síntomas (McFarlane, 1978; Arata y Burkhart, 1998). Así en el estudio desarrollado por Feiring y Cleland (2007), se pone de relieve que el uso de la fuerza durante la victimización se relaciona con que la víctima deposite la responsabilidad de lo ocurrido en la figura del agresor, mientras que cuando la víctima se autoinculpa, se desarrolla una sintomatología depresiva de manera más significativa.

Una tercera posición sobre la influencia del empleo de la fuerza en la sintomatología postraumática, es la que defiende que este tipo de estrategia no conlleva ni peor ni mejor afectación en la víctima, sino que las consecuencias psicológicas varían según la confluencia de otras variables o simplemente tienen una incidencia distinta según el tipo de sintomatología en que nos fijemos.

Por ejemplo, Mennen y Meadow (1995) detectaron que el uso de la violencia supone una mayor afectación psicológica en la víctima, excepto en los casos en los que el agresor es el padre, ya que aquí es el hecho de que hubiese penetración la variable que predijo mayor afectación. Como posible explicación se menciona que el uso de la fuerza incrementa el efecto traumático de la victimización, pero cuando es el padre el agresor al verse dañada la confianza en una figura protectora el impacto de dicha

traición tiene más efecto que el empleo de la fuerza o no. Además, al ser complicado para las víctimas identificar la responsabilidad de lo sucedido cuando el agresor es cercano, el empleo de la fuerza puede facilitar que cuando el padre sea el agresor la víctima tenga más claro que ella no es la responsable de lo sucedido. Aunque los investigadores también plantean la posibilidad de que estos resultados se deban a que las victimizaciones por padres en la muestra que estudiaron son menos brutales que las cometidas por otros agresores.

Por su parte, Calam et al. (1998) no encontraron efecto en la sintomatología del empleo de la fuerza, sin embargo cuando hicieron un análisis más pormenorizado, descubrieron que el uso de amenazas verbalmente hacia las víctimas de sexo masculino, y el empleo de sobornos en las chicas, se relacionaba con mayores problemas psicológicos.

Para Niederberger (2002) la utilización de estrategias no violentas por parte del agresor, unido a la necesidad de afecto por parte de la víctima en casos de menores, se relaciona con una mayor sintomatología en general y de tipo depresivo sobretodo, mientras que el uso de estrategias coercitivas y amenazas suele llevar a manifestaciones de tipo ansioso y sentimientos de culpa. Según este investigador, la relación entre sentimientos de culpa y empleo de violencia, puede venir explicada por el hecho de que la víctima interprete el empleo de violencia física como un castigo que se relaciona finalmente con considerar que se es castigado por algo malo que ha hecho, lo cual nos lleva a la culpa.

En ocasiones los estudios sobre este tema se centran en alguno de los aspectos del empleo de la violencia o en el efecto que tiene en determinados tipos de síntomas. Por ejemplo, Thériault, Cyr y Wright (2003) a través de una muestra de 71 adolescentes víctimas de violencia sexual que se encontraban en centros de acogida de Canadá, comprobaron que el empleo de violencia física o verbal por parte del agresor se relacionaba significativamente con mayor sintomatología ansiosa, del TEPT, así como síntomas disociativos y enfado. Por su parte, Katerndahl, Burge y Kellogg (2005) detectaron que la utilización de amenazas por el agresor se relacionaba con el desarrollo a largo plazo de trastornos de personalidad borderline. Y Cohen y Mannarino (1988) comprobaron, que aquellas menores que habían sufrido tanto violencia física como penetración durante su victimización, mostraban, según informaban sus padres, mayor número de conductas crueles.

Por otra parte, según Ullman y Filipas (2000) y Ullman et al., (2007b), cuando el uso de la violencia hizo temer a la víctima por su vida, los síntomas de estrés

postraumático se presentan de forma más significativa que cuando la víctima no percibe ese riesgo.

Otro tipo de estrategia que puede utilizar el agresor para silenciar a la víctima, es el empleo de sobornos y según un estudio realizado por Calam et al., (1998) su empleo se relaciona con un incremento de problemas psicológicos en el caso de víctimas de sexo femenino.

Por último, también se ha constatado que el uso de coerción o agresión está más relacionado con un desvelamiento inmediato o una silenciación total (Sauzier, 1989; en Kogan, 2004), lo cual puede repercutir en cómo afecte psicológicamente lo sucedido.

IV. 4. 6. Otras características de la violencia sexual

A la hora de analizar cómo influyen las características de la violencia sexual en los distintos síntomas que pueden presentar las víctimas, encontramos que las principales variables estudiadas son la frecuencia de la victimización, la severidad, duración y el tipo de actos sexuales que tuvieron lugar.

En cuanto a la severidad, se detecta que cada autor tiene su propio concepto de esta variable, aunque generalmente se refieren a la combinación de la gravedad de los actos, la duración y frecuencia de la victimización. Investigaciones como las elaboradas por Ruggiero, McLeer y Dixon (2000), Quas, Goodman y Jones (2003) y McFarlane et al. (2005), señalan que esta variable influye en la gravedad de los síntomas detectados. Concretamente, Quas, Goodman y Jones (2003) obtuvieron resultados que indican que la severidad del abuso sexual funciona como variable moduladora del efecto del grado de relación víctima-agresor en los sentimientos de culpa. Respecto a los síntomas depresivos y ansiosos, el efecto de las variables frecuencia y severidad del abuso, parece ser el incremento de la gravedad de estos síntomas (Friedrich et al., 1986; en Quas, Goodman y Jones, 2003). También se ha detectado que la severidad de la violencia sexual predice la presencia de síntomas depresivos y comportamientos destructivos (Trickett et al., 1997; en Kaplow et al., 2008). Y aunque en el estudio posterior, McCrae, Chapman y Christ (2006) confirmaron el efecto significativo de la variable severidad en la sintomatología que presentaban adolescentes víctimas de violencia sexual, esto no sucedía en el caso de los síntomas depresivos. Estos investigadores comprobaron además que en los casos de mayor severidad y cronicidad de la violencia sexual, las adolescentes manifestaban más sintomatología externalizante y del TEPT. Sin embargo en la investigación llevada a cabo por Bal et al. (2005) con 65 adolescentes que habían sufrido violencia sexual, ni el tipo de violencia

sexual ni la severidad de la misma, mostraba influir significativamente en la sintomatología que presentaban las víctimas seis meses después de la revelación.

La mayor frecuencia de la violencia sexual es otro de los factores que incide, según diversos estudios, en el aumento de las secuelas. Así, en la investigación desarrollada por Hérbert et al. (2006), de todas las variables de la violencia sexual estudiadas, tan sólo la frecuencia se reveló como un predictor significativo de las consecuencias de la victimización, estando esta variable relacionada con los problemas comportamentales de tipo internalizante. En el estudio sobre las consecuencias en la edad adulta de antecedentes de violencia sexual en la infancia, Briere y Elliott (2003) encontraron que a mayor número de episodios mayor sintomatología. Los resultados del estudio realizado por Ruggiero, McLeer y Dixon (2000), también señalan la gran importancia de la variable frecuencia de victimizaciones a la hora de predecir el funcionamiento global tras los hechos, relacionándose con un mayor número de conductas de evitación como síntoma del TEPT. Por su parte Laws y Golding (1996) comprobaron que a mayor frecuencia de la victimización, mayor riesgo de valorarse con sobrepeso y presentar síntomas de anorexia.

La duración de la violencia sexual también ha mostrado influir en las consecuencias psicológicas de la victimización, siendo más graves las consecuencias conforme mayor es la duración de la victimización (Beitchman et al., 1992; Ruggiero, McLeer y Dixon, 2000; Quas, Goodman y Jones, 2003; Steel et al., 2004).

En cuanto a la influencia del tipo de actos sexuales que se llevaron a cabo durante la victimización, principalmente se ha detectado el efecto negativo que tiene la existencia de penetración u otras conductas sexuales altamente implicativas durante la violencia sexual, incrementando la gravedad de la sintomatología (Mennen y Meadow, 1995; López, 1996; Nelson et al., 2002; Briere y Elliott, 2003). Por ejemplo, Beitchman et al., (1992) detectaron una mayor permanencia de las secuelas cuando existía penetración. Y en la investigación desarrollada por Owens y Chard (2001) se comprobó que la única variable que tenía algún efecto significativo en la aparición de distorsiones cognitivas era la presencia de penetración durante la victimización, la cual incrementaba la aparición de distorsiones sobre el autoconcepto, poder y confianza. Esto coincide con los resultados obtenidos por Feiring y Cleland (2007), quienes señalan que la existencia de penetración durante la violencia sexual aumenta los posteriores sentimientos de culpa de la víctima.

IV. 4. 7. Conductas de la víctima y el agresor durante la violencia sexual

La conducta de resistencia por parte de la víctima requiere una especial atención debido a la importancia que su emisión o no tiene en la valoración posterior que hace la víctima sobre su comportamiento. Además en nuestra sociedad existen mensajes contradictorios al respecto que inciden en la valoración externa e interna de la resistencia que puede ofrecer la víctima. Por un lado, se sugiere que la resistencia ante este tipo de ataques puede resultar peligroso e inútil, pero por otro, se manifiesta que aquellas mujeres que no oponen resistencia tienen mayor probabilidad de ser violadas, de ser más dañadas durante la agresión y sufrir peores consecuencias físicas y psicológicas. Algunos de los estudios sobre agresiones sexuales por desconocidos o personas que tienen poca relación con la víctima, han mostrado que la resistencia puede prevenir la agresión y no incrementa el riesgo de ser herido, además de facilitar una posterior postura más positiva de la víctima hacia su comportamiento (Roze y Koss, 2001). Para Wade (1997; en Roze y Koss, 2001) la resistencia a la violencia es un síntoma de salud a la vez que un inductor de salud, ya que tiene como consecuencia un mejor pronóstico a nivel psicológico. Pero este es un área que requiere de mayor profundización a través de más investigaciones.

Por otra parte, el hecho de que la víctima participe o colabore en los actos sexuales, ha mostrado influir en un mayor sentimiento posterior de culpa (Steel et al., 2004) lo cual le confiere un papel de variable mediadora entre la victimización y las consecuencias a largo plazo, aunque como se mencionará más adelante, también se podría relacionar con una mayor sensación de control de la situación.

También la percepción por parte de la víctima de la amenaza, ha mostrado tener influencia en cómo se desarrollan los síntomas posteriores a la victimización, incrementando el impacto de la victimización (Ruggiero, McLeer y Dixon, 2000). En la investigación realizada por Walter, Archer y Davies (2005) sobre hombres que habían sufrido una violación, el 72% expresaron que la sensación de vulnerabilidad y falta de control durante el asalto fue peor que el aspecto sexual de la agresión.

Otro factor que cobra gran importancia en nuestros días es el consumo de sustancias o alcohol por parte de la víctima, ya que las víctimas pueden sentirse culpables si han sido agredidas y han consumido alcohol, por ello los programas sobre prevención de la violencia sexual facilitada por el alcohol intentan centrarse en potenciales agresores, y dar algunas medidas de autoprotección a las posibles víctimas sin que se centre la responsabilidad en ellas (Corbin et al., 2001).

IV. 4. 8. Otras consecuencias directas de la violencia sexual

Hemos decidido analizar las consecuencias físicas posteriores a la victimización como variables moduladoras de los efectos de la violencia sexual, porque consideramos que juegan un importante papel a la hora de agravar el impacto psicológico. Echeburúa, De Corral y Amor (2002) señalan que el hecho de tener lesiones físicas como consecuencias de un delito violento incrementa el daño psicológico derivado de la victimización, aunque cuando se trata de heridas graves el pronóstico suele ser mejor que el de los heridos leves, ya que el entorno los identifica más claramente como víctimas y reciben, por tanto, más apoyo social y familiar.

Pero en general, hemos encontrado pocas investigaciones que analicen específicamente como influye en la afectación psicológica otro tipo de consecuencias de la violencia sexual como son el embarazo y posibles aborto o renuncia del posterior bebe, o la presencia de enfermedades de transmisión sexual. Lončar et al. (2006) en su estudio sobre las consecuencias de violaciones en mujeres victimizadas durante el conflicto de Bosnia Herzegovina, detectaron que casi la mitad de las víctimas resultaron embarazadas, y que en estos casos la recuperación fue mucho más dificultosa. Además, se evidenció una mayor presencia de pensamientos de suicidio cuando se habían experimentado abortos artificiales.

IV. 4. 9. Desvelamiento y victimización secundaria

Desvelar la victimización sexual influye en la afectación de la víctima, no solo por la reacción posterior del entorno (Soria, 1991; Ruggiero et al., 2004; Bal et al., 2005), sino también por el periodo de ansiedad e indecisión previo (Clements et al., 2004). En general se considera que hablar de lo sucedido puede ser positivo, tanto por iniciar un proceso de curación del daño psicológico producido, como por eliminar los efectos de mantener en silencio lo sucedido (Sinclair y Gold, 1997; en Kogan, 2004). Así, en el estudio realizado por Ruggiero et al. (2004) los investigadores detectaron una mayor prevalencia del TEPT y episodios depresivos mayores, en aquellas víctimas adultas que tardaron más de un mes en revelar la violencia sexual sufrida.

Principalmente se ha comprobado que una reacción negativa del entorno tras revelar los hechos es un predictor de la aparición posterior de psicopatología (Lange et al., 1999). Por ejemplo, el no ser creído incrementa el impacto de la violencia sexual (Mannarino y Cohen, 1996). A su vez, las reacciones positivas o negativas ante el desvelamiento de la violencia sexual, pueden verse moduladas por otros factores. Por ejemplo, Ullman et al. (2008) señalan que recibir reacciones de tipo negativo tras la revelación se da por igual en mujeres víctimas de agresión sexual con o sin problemas

de alcoholismo, aunque resultaba más común en aquellas mujeres que presentaban problemas con el alcohol y menos interacciones sociales. En el caso de las víctimas de violencia sexual en la infancia, se ha comprobado que el hecho de retrasar la revelación de lo sucedido incide en una mayor sintomatología del TEPT en los casos de víctimas de violencia sexual por parientes (Ullman, 2007), y en víctimas de sexo femenino (Ullman y Filipas, 2005b).

Otro aspecto de interés en este tema es cómo influye el desvelar los hechos ante fuentes de apoyo formal o informal, teniendo en cuenta el tipo de respuestas que dan a la víctima (Ullman y Filipas, 2001). Starzynski et al. (2005) detectaron que aquellas víctimas que revelaron los hechos a ambos tipos de fuentes de apoyo, habían sufrido agresiones sexuales más estereotipadas, presentaban más síntomas del TEPT y recibieron más reacciones sociales negativas que aquellas víctimas que sólo lo contaron ante apoyos informales.

Al sufrimiento que supone la violencia sexual, en muchos casos se suma lo que se denomina victimización secundaria, es decir, un trato inadecuado por parte tanto de las entidades, como de profesionales que intervienen en el proceso legal que se inicia (Echeburúa et al., 1995; Campbell et al., 2001; Rubio y Monteros, 2001). Para Echeburúa, De Corral y Amor (2002), la victimización secundaria es generada por: la actuación de la policía, que en ocasiones se muestra tan interesada por esclarecer los hechos que ignora la situación por la que está pasando la víctima con sus indagaciones; la intervención de los médicos forenses, que pueden no llevar a cabo su labor con la delicadeza debida o suponer un cuestionamiento a la salud mental de la víctima o a su credibilidad; y por último el papel que desempeñan los jueces, interesados principalmente en perseguir el delito. Todo este proceso se ve aderezado por la dilación que existe en el sistema judicial y de la posible mala praxis de los medios de comunicación. El hecho en sí de verse envuelto en un proceso judicial puede dificultar la recuperación de la víctima (Kendall-Tackett, Williams y Finkelhor, 1993), aunque sólo se han detectado resultados determinantes al respecto en los casos de procesos judiciales especialmente duros (Finkelhor, 2005). Como posibles soluciones, estudios como los desarrollados por Resnick et al. (2007) demuestran que la ansiedad de la víctima en el momento del examen forense está fuertemente relacionada con la sintomatología postraumática posterior, y que el empleo de herramientas como la intervención mediante vídeo disminuyen la afectación posterior.

IV. 4. 10. Apoyo social y/o familiar

Gran cantidad de expertos han destacado el papel que el entorno familiar y social, tienen en las consecuencias de la violencia sexual (Johnson y Kenkel, 1991;

Echeburúa et al., 1995; Faust, Runyon y Kenny, 1995; Ullman, 1996; Kalra et al., 1998; Tremblay, Hébert y Piché, 1999; Ruggiero, McLeer y Dixon, 2000; Quas, Goodman y Jones, 2003; Rosenthal, Feiring y Taska, 2003; Finkelhor, 2005; Katerndahl, Burge y Kellogg, 2005; Borja, Callahan y Long, 2006; Ullman et al., 2007a).

Tanto a través del trabajo directo con víctimas como por las nuevas investigaciones, debemos aclarar un aspecto a tener en cuenta respecto al papel del apoyo social y familiar en las consecuencias psicológicas de la violencia sexual. En ocasiones se ha investigado este aspecto a través de indicadores directos del mismo, como por ejemplo entrevistas con los familiares o personas del entorno (Conte y Schuerman, 1987; en Ruggiero, McLeer y Dixon, 2000), sin embargo la importancia que tiene el papel del entorno suele radicar más en la percepción por parte de la víctima del apoyo exterior que en el apoyo real prestado (Tremblay, Hébert y Piché, 1999). Lo cierto es que cuantas más fuentes de información, más se aproximan las investigaciones a su objetivo real de estudio de la violencia sexual (Friedrich, 1998).

Autores como Echeburúa et al., (1995) consideran que hay que diferenciar entre el apoyo sociofamiliar previo a la agresión sexual, al cual nosotros hacemos mención en el apartado de historia previa, y el que recibe la víctima posteriormente. Al parecer, el apoyo previo puede relacionarse con las habilidades de afrontamiento que posee la víctima y que se asocian a su recuperación a largo plazo.

El apoyo social, entendido como satisfacción con el entorno social y el sentimiento positivo de pertenencia a una comunidad, se relaciona según investigaciones como la desarrollada por Banyard y Williams (2007), con un adecuado funcionamiento a largo plazo en víctimas de abuso sexual infantil. Por su parte, Ullman (1996) comprobó que el ser creído y escuchado por otros son las reacciones sociales relacionadas con un mejor ajuste psicológico en víctimas de violencia sexual en la edad adulta.

Con respecto al apoyo familiar, se debe tener en cuenta que el apoyo familiar también se dará en función del impacto de conocer lo sucedido en la familia (Manion et al., 1998). Investigaciones como la llevada a cabo por Luster y Small (1997) indican que un mayor grado de supervisión paterna y un mayor apoyo por al menos uno de los padres, disminuye el riesgo de presentar problemática psicológica relacionada con la victimización sexual en la adolescencia. Otro ejemplo es el estudio desarrollado por Rosenthal, Feiring y Taska (2003), donde se comprobó que las víctimas de violencia sexual en la infancia que estaban más satisfechas con el apoyo de sus cuidadores, tenían menos sintomatología depresiva y mejor autoestima, aunque presentaban más ansiedad sexual, que aquellos que estaban insatisfechos con el apoyo de sus

cuidadores, presentando estos últimos un peor ajuste general. Por otro lado, las víctimas que mostraban más satisfacción con el apoyo prestado por amigos, presentaban mayor sintomatología depresiva y baja autoestima, aunque la ansiedad sexual era más baja. La excepción del efecto positivo ejercido por el apoyo de los cuidadores se puede relacionar con la dificultad que suelen presentar, sobretudo los adolescentes, para hablar sobre sexualidad con sus padres o educadores, y la incomodidad de estos últimos ante dicha temática.

La reacción paterna ante la revelación ha demostrado ser un importante factor modulador de la afectación que sufre la víctima (Ruggiero, McLeer y Dixon, 2000; Finkelhor, 2005; Echeburúa y De Corral 2006). En muchas ocasiones, sobretudo en las víctimas de corta edad, se utilizan la forma de reacción paterna tras la revelación, como herramienta para entender un suceso que la víctima no llega a comprender (Alessandri y Lewis, 1996; Celano, 1992). Algunos expertos señalan que el impacto que los hechos producen en la familia, tiene grandes repercusiones en las víctimas de abuso, incluso mayores que algunos aspectos de la victimización (Friedrich, 1998; en Quas, Goodman y Jones, 2003). Así el apoyo familiar tras el desvelamiento también afecta a la posterior recuperación de la víctima, siendo ésta mucho más rápida si existe dicho apoyo (Kendall-Tackett, Williams y Finkelhor, 1993; Ruggiero, McLeer y Dixon, 2000). Además la percepción de un adecuado apoyo de los padres, se asocia a menos problemas comportamentales (Tremblay, Hébert y Piché, 1999).

En el caso concreto de las madres, se ha comprobado que si la reacción materna era de culpabilizar a la víctima, se detectaba un incremento en los sentimientos de culpa de esta última (Hazzard et al., 1995). También se ha detectado que existe relación entre la falta de apoyo materno en el momento de la revelación y un mayor nivel de malestar general en la víctima (Johnson y Kenkel, 1991), así como que el malestar psicológico de las madres y sus estrategias de afrontamiento inciden en los problemas de conducta internalizantes y en los niveles de sintomatología disociativa de los menores victimizados (Hébert, 2006). Sin embargo, los resultados que arrojan los estudios sobre la relación entre el apoyo materno en casos de abuso sexual intrafamiliar y la sintomatología que presenta la víctima no resultan consistentes (Thériault, Cyr y Wright, 2003).

También se ha estudiado la influencia que tiene la identidad de quien presta el apoyo a la víctima y el momento en el que se ofrece. Según Scholte, Lieshout y Aken (2001), el efecto que produzca el apoyo a la víctima viene determinado por el tipo de relación que la persona que ejerce el apoyo tiene con ella. El apoyo de los padres se ha relacionado con un nivel de afectación psicológica más bajo y una mayor competencia social a corto plazo, y resulta vital para el posterior ajuste (Hazzard et al., 1995). Según

el estudio elaborado por Ruggiero, McLeer y Dixon (2000) cuando la madre o madrastra era la primera persona a la que se había revelado los hechos, la víctima presentaba un nivel más alto de ajuste. Por su parte el apoyo de los amigos ha mostrado ser más influyente en el caso de niños más mayores (Finkelhor, 2005).

En cuanto a cómo afecta el momento en el que se ofrece el apoyo a la víctima, la mayoría de las investigaciones se centran en los momentos inmediatamente posteriores a la revelación, donde se ha mostrado un efecto beneficioso del mismo. Pero el estudio de este apoyo emocional a largo plazo todavía no ha sido suficientemente desarrollado, aunque sí se ha detectado que influye en los cambios que se producen en el ajuste de las víctimas a lo largo del tiempo (Rosenthal, Feiring y Taska, 2003).

Conte y Schuerman (1987; en Ruggiero, McLeer y Dixon, 2000) a través de los datos que los padres aportaban sobre los problemas emocionales y comportamentales que sus hijos presentaban tras haber sufrido recientemente abuso sexual, señalaron una serie de variables predictoras de dichos problemas. Estas variables predecían el 20% de las dificultades comportamentales y emocionales, y consistían en: la tendencia paterna a valorar negativamente los circunstancias de la vida, el número de eventos estresantes que manifestaban las víctimas, la accesibilidad de los menores al apoyo de adultos y la presencia o no de presiones externas para retractarse de las manifestaciones sobre el abuso sufrido.

Por último, respecto a este apartado, debemos hacer mención de un aspecto que en pocos estudios ha sido analizado pero que requiere un análisis detenido para valorar empíricamente su papel en las consecuencias de la violencia sexual, y se trata de la retirada de los menores de su familia por parte de los organismos oficiales (Vázquez, 1995; Muela, 2008). Como ya se explicó en el capítulo sobre la epidemiología, en los casos de violencia sexual contra menores, el agresor en muchas ocasiones suele encontrarse en el entorno más próximo a la víctima y, en otros muchos casos, el abuso se produce en un contexto negligente por parte de los padres así como de otras formas de violencia intrafamiliar. Todo esto suele desencadenar la asunción de la tutela del menor por parte de la Entidad Pública, y por tanto ser trasladados a un centro de acogida o con una familia acogedora. Para estas víctimas, a los efectos de la violencia sexual se le suman los de ser apartado de aquellas personas que son su único referente, llegando a veces a interpretar su retirada como un castigo por revelar o simplemente experimentar los abusos o agresiones sexuales, incrementando por tanto los sentimientos de culpa (Calam et al., 1998).

En nuestro país se realizó un estudio con menores víctimas de violencia sexual ingresados en los Centros de Protección (Monpeán 1997; en Horno, Santos y Molino, 2001), y se detectó que éstos presentaban baja autoestima, inestabilidad emocional, bajo rendimiento escolar y emociones negativas. Consideramos éste un aspecto a tener en cuenta en la investigación de las consecuencias psicológicas, ya que al igual que se ha comprobado la diferencia existente entre las víctimas de violencia sexual intrafamiliar y extrafamiliar, como se ha mencionado anteriormente, la influencia de la posible negligencia familiar, independientemente de si el agresor es de la propia familia o externo, se ve muchas veces potenciada por el efecto de ser “sacado/a” del hogar y tener que vivir fuera de su ambiente familiar.

En el caso de víctimas de violencia sexual en la edad adulta, también se ha comprobado que la reacción negativa por parte del entorno social es una de las variables que más fuertemente incide en la sintomatología del TEPT, y que afecta a la relación entre los sentimientos de culpa de la víctima y la sintomatología de estrés postraumático (Ullman et al., 2007a; Ullman et al., 2007b).

IV. 4. 11. Afrontamiento

Al comprobar que los resultados de investigaciones sobre variables como frecuencia o duración de la victimización, no arrojaban conclusiones unidireccionales, se comenzó a plantear que el afrontamiento, estilo atribucional y de apego o el apoyo sociofamiliar percibido, funcionan como variables moduladoras del efecto que variables más específicas de la violencia sexual, tienen en la forma de afectación psicológica sufrida (Johnson y Kenkel, 1991; Arata y Burkhart, 1998; Shapiro y Levendosky, 1999; Tremblay, Hébert y Piché, 1999).

Según Finkelhor (2005) no existe una serie de estrategias de afrontamiento características de las víctimas de violencia sexual, sino que según la etapa evolutiva en la que se encuentren las víctimas emplean una serie de estrategias u otras. Además el tipo de estrategia que se emplea depende de otros factores como son el género, la clase social y otras características personales.

Echeburúa, De Corral y Amor (2002) enumeran estrategias de afrontamiento positivas y negativas, que median en el grado de daño psicológico que presentan las víctimas de delitos violentos. Como estrategias de afrontamiento positivas, y por tanto que amortiguan o protegen del daño, mencionan: La aceptación y resignación sobre lo ocurrido, compartir el dolor y la pena, reorganización del sistema familiar y la vida cotidiana, reinterpretación positiva del suceso, establecimiento de nuevas metas y relaciones, búsqueda de apoyo social e implicación en grupos de autoayuda u ONGs. Y

como estrategias de afrontamiento negativas, o reacciones y actitudes tras la victimización que aumentan el riesgo de afectación psicológica: Anclaje en los recuerdos y planteamiento de interrogantes al respecto, sentimientos de culpa, emociones negativas de odio y venganza, aislamiento social, implicación en procesos judiciales, consumo excesivo de drogas, alcohol o medicamentos.

Otra clasificación de los tipos de estrategias de afrontamiento es la que diferencia entre estrategias de afrontamiento centradas en las emociones, las cuales se dirigen al control de las respuestas emocionales frente al estresor, como por ejemplo el uso de alcohol o drogas, el apoyo social o la distracción; y otro tipo de estrategias que serían las focalizadas en el problema, que se centran en reducir las demandas de la situación o aumentar los recursos para afrontarlas. El primer tipo de estrategias no proporciona la sensación de enfrentarse a la situación y se relaciona con un mayor malestar psicológico, mientras que el empleo del segundo tipo de estrategias se ha relacionado con un mejor funcionamiento psicológico en víctimas de abuso sexual (Steel et al., 2004). Lazarus y Folkman (1984; en Bal et al., 2003) también destacan el papel de las estrategias de afrontamiento en la relación entre un evento estresante y sus consecuencias emocionales. Para estos expertos las estrategias de afrontamiento no son un estilo global sino una serie de estrategias específicas utilizadas por una persona en una situación concreta, diferenciando entre estrategias activas y estrategias de evitación.

Por otra parte, Shapiro y Levendosky (1999) explican que el afrontamiento se relaciona con las consecuencias de la violencia sexual por dos vías. Por un lado, por la forma en la que se enfrenta la persona a un estresor específico, y por otro lado, por cómo las consecuencias del afrontamiento empleado afecta a posteriores afrontamientos. Esto último indica que el hecho de sufrir una victimización sexual puede afectar al estilo de apego y afrontamiento de la víctima, conduciendo a un apego más inseguro y a la evitación como forma de afrontamiento, y estas dos consecuencias incrementan la afectación psicológica de la víctima.

En cuanto a variables que inciden en la presencia de un tipo de estrategias u otras de afrontamiento, Littleton y Breilkopf (2006) identificaron como predictores del empleo de estrategias de afrontamiento evitativas, la presencia de sentimientos de culpa sobre lo sucedido, así como de reacciones negativas del entorno.

Centrándonos en los estudios que se dedican a analizar cómo influye cada tipo de estrategias en las consecuencias psicológicas de la violencia sexual, se detecta que estos señalan que la utilización de estrategias de evitación se relaciona con mayor gravedad de la afectación (Tremblay, Hébert y Piché, 1999; Quas, Goodman y Jones,

2003), detectándose, una fuerte relación entre sintomatología de estrés postraumático y estrategias de tipo evitativo tanto en víctimas de violencia sexual adultas (Ullman et al., 2007a), como en menores (Kaplow et al., 2005). En el caso de la violencia sexual en la infancia, se ha comprobado que cuando se emplea la evitación unida a una reacción paterna negativa, se detecta una mayor tendencia a autoculpabilizarse, presentar sintomatología depresiva, ansiedad y otros síntomas emocionales (Quas, Goodman y Jones, 2003). En la misma línea Spaccarelli y Fuchs (1997) detectaron que los síntomas de tipo depresivo y ansioso estaban relacionados con un mayor empleo de estrategias de afrontamiento evitativas, mientras que los problemas sociales se relacionaban con la utilización de estrategias de distracción. Sin embargo, Arata y Burkhart (1998), en contra de los resultados de la investigaciones anteriormente mencionadas, detectaron que el empleo de estrategias de afrontamiento activas se presentaba con más frecuencia en las víctimas que actualmente presentaban sintomatología frente a las asintomáticas, aunque para interpretar estos resultados hay que tener en cuenta que se analizan consecuencias a largo plazo, y aquellas víctimas que seguían presentando sintomatología eran las continuaban empleando diferentes estrategias para paliar su malestar aunque no resultaran útiles.

IV. 4. 12. Otras variables cognitivas: Atribución causal, sentimientos de vergüenza y percepción de sí misma

Las investigaciones más recientes se centran en papel de diversas variables cognitivas en la aparición y el mantenimiento de los síntomas en las víctimas de violencia sexual. Se ha estudiado el efecto de la valoración que hacen las víctimas del impacto de lo sucedido, su actuación y la imagen de ellas mismas, en la afectación que presentan. De hecho, son diversos los instrumentos que se centran en valorar dichas cogniciones relativas a la vivencia traumática (Foa et al., 1999; Kubany y Haynes, 2001).

El efecto de las distorsiones cognitivas en la afectación es defendido tanto por los modelos cognitivos como por el modelo Transaccional de Spaccarelli (1994; en Freeman y Morris, 2001), descritos en el capítulo anterior. De hecho, muchas investigaciones están apoyando de forma empírica el que las variables referidas a la víctima o a la victimización en sí, tienen un valor predictivo de las consecuencias psicológicas muy bajo, ya que su influencia se ve mediatizada por variables de tipo cognitivo (Feiring, Taska y Lewis, 1998; Monette, Toutigny y Daigneault, 2008).

Según la investigación elaborada por Dunmore, Clark y Ehlers (1999), el desarrollo, tras un asalto sexual o físico, del TEPT, así como su duración, se ve modulado por la valoración que la víctima hace de diversos aspectos del asalto, como

las emociones que sintió o la confusión, así como por la valoración que hace sobre las consecuencias, como la aparición de síntomas psicológicos, las reacciones del entorno u otros cambios en su vida, y por el tipo de estrategias de afrontamiento que emplee. También se ha analizado el efecto que tiene el que la víctima etiquete su experiencia como violencia sexual o no, no detectándose diferencias significativas respecto a la afectación psicológica (McMullin y White, 2006).

Centrándonos en la autoinculpación, aunque podemos considerar los sentimientos de culpa como un síntoma consecuente a la violencia sexual, también se ha identificado que sentirse culpable, como distorsión cognitiva o forma de atribución causal de lo sucedido, ha mostrado un efecto significativo como variable moduladora de la afectación de las víctimas. Generalmente, los sentimientos de culpa no se refieren tanto a sentir que lo sucedido no es culpa del agresor sino de uno mismo, si no más bien a sentir responsabilidad por aspectos que consideran podrían haber hecho o evitado (Lange et al., 1999).

Una de las primeras investigadoras en abordar esta temática fue Janoff-Bulman (1979), a través de un estudio que pretendía analizar las diferencias entre los sentimientos de culpa comportamentales, o referidos a un hecho, y la culpa caracterológica, como estilo de atribución causal que es permanente en el sujeto. Según los hallazgos de esta autora, las adolescentes con depresión difieren de las no deprimidas respecto a una mayor presencia de culpa caracterológica, mientras que en el caso de las víctimas de violencia sexual, las diferencias con respecto a las no víctimas se detectaron en los sentimientos de culpa relacionados con su victimización. Esta culpa centrada en la situación específica de la victimización, puede señalar el intento de la víctima por considerar que tiene control ante este tipo de situaciones, y así considerar que podría controlar futuras situaciones semejantes.

Posteriormente, Arata y Burkhart (1998) detectaron en un grupo de adultas victimizadas sexualmente en algún momento de su vida por conocidos, que aquellas que actualmente presentaban sintomatología, mostraban mayor culpa caracterológica así como comportamental, que las asintomáticas. Sin embargo, esto variaba según la severidad de la victimización, ya que las que habían sufrido violencia sexual con fuerza y penetración presentaban mayor autoinculpación que las que habían sufrido otras formas menos graves de victimización. También el estudio elaborado por Feiring, Taska y Lewis (1998) se centraba en analizar el papel de la autoinculpación como estilo de atribución estable, en la afectación que produce la violencia sexual. Estos autores comprobaron que el estilo atribucional de autoinculpación y las cogniciones de vergüenza median en la relación entre número de episodio de la violencia sexual y la sintomatología depresiva, baja autoestima y conductas sexualizadas, incrementándose

la afectación en los casos en los que las víctimas tenían un estilo de atribución interno para eventos negativos. Semejantes resultados son señalados por Mannarino y Cohen (1996), al comprobar en su investigación que las chicas victimizadas que presentaban un estilo autoinculpatorio para eventos negativos puntuaban más alto en las pruebas que valoraban sintomatología postraumática.

En otros casos se ha estudiado la autoinculpación respecto a la situación concreta de la victimización. Así, Lev-Wiesel (2000; en Wilcox et al., 2004) sugieren que las víctimas pueden superar el abuso sexual con un buen nivel de autoestima y si sitúan la responsabilidad del abuso en las características del agresor y no en sí mismas o en las características de la situación. También Mannarino y Cohen (1996) detectaron peores consecuencias psicológicas en las víctimas de violencia sexual con un locus de control externo.

Por otra parte, Frazier, Mortensen y Steward (2005) tras estudiar la percepción de control sobre la situación que tiene la víctima de asaltos sexuales, comprobaron que la percepción de control se relacionaba con mayor malestar así como una disminución significativa de los contactos sociales, mientras que la percepción de control sobre la situación presente, es decir sobre el proceso de recuperación, disminuía el malestar psicológico, siendo más frecuente los contactos sociales y la reestructuración de pensamientos. Por tanto el hecho de que la víctima perciba que tiene control sobre su proceso de recuperación, funciona como un predictor de sintomatología menos elevada (Frazier, Mortensen y Steward, 2005; Ullman et al., 2007b).

Aunque a veces resulta difícil determinar si la culpa caracteriológica que se detecta, es previa o modulada por la vivencia de la violencia sexual, lo que queda claro a la vista de las investigaciones es la gran diversidad de formas en que la culpa como variable moduladora del impacto de la violencia sexual, incide sobre la sintomatología psicológica. Se ha evidenciado un efecto modulador tanto en síntomas como la tristeza, y la ansiedad (Niederberger, 2002; Feiring y Cleland, 2007), los sentimientos de indefensión y de desvalorización (Quas, Goodman y Jones, 2003), las relaciones interpersonales (Liem y Boudewyn, 1999) y en áreas como la autoestima, la expresión y percepción de sentimientos, las relaciones sexuales, y por tanto en el ámbito psicológico pero también social (De Corral et al., 1992; Steel et al., 2004). Así, en la investigación desarrollada recientemente por Monette, Tourigny y Daigneault (2008) con una muestra de 158 adolescentes de sexo femenino que habían sufrido violencia sexual, quedó de manifiesto que tanto los sentimientos de culpa como la desconfianza hacia los demás funcionaban como factores asociados los problemas conductuales tanto internalizantes como externalizantes.

También se ha comprobado que la autoatribución de culpa en la infancia de las víctimas de abuso sexual es un predictor significativo de peor funcionamiento psicológico en la edad adulta (Lange et al., 1999), así como mayor riesgo de intentos de suicidio (Barker-Collo, 2001). Recientemente, en la investigación desarrollada por Feiring, Miller-Johnson y Cleland (2007) se comprobó que los sentimientos de culpa, de estigmatización y la presencia de sintomatología internalizante tras el abuso sexual predice la presencia de conductas delictivas a través de la ira o la afiliación a iguales de conductas desviadas.

Incluso controlando el género y edad de la víctima, y los actos sexuales del abuso, Feiring, Taska y Chen (2002) encontraron que atribuciones internas respecto al abuso se correlacionaban con elevados niveles de psicopatología, fundamentalmente sintomatología del TEPT y problemas conductuales informados por padres y profesores. Ullman et al. (2007b) también detectaron una correlación significativa entre autoinculpación posterior a las agresiones sexuales de adultas por parte de la víctima y la presencia de síntomas del TEPT.

En una interesante investigación desarrollada por Feiring, Rosenthal y Taska (2000) se estudió la relación de adolescentes víctimas de violencia sexual con sus iguales del mismo y de distinto sexo, en función de los sentimientos de culpa respecto a la victimización. Estos autores comprobaron que los niveles más altos de autoinculpación se relacionaban con mayor satisfacción con los amigos del sexo contrario y menos satisfacción con amigos del mismo sexo, percibiendo menor aceptación por los iguales y amigos más cercanos, así como considerándose menos atractivo para gustar a posibles parejas.

Teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado, no hay que obviar la importancia de la atribución causal que realizan otras personas que no son las víctimas, ya que en último término esta culpabilización o no hacia ellas, influye en su propia percepción de la responsabilidad respecto a lo sucedido (Dowdeswell y Astelarra, 1987). Los estudios sobre la opinión que se tiene de la responsabilidad de las víctimas han identificado factores que aumentan el hecho de que otros depositen la responsabilidad en la víctima, como el consumo de alcohol por parte de ella o la resistencia que ofrezca (Por ej.: Williams y Holmes, 1982; Trujano y Raich, 2000; Sims, Noel y Maisto, 2007).

Otras variables cognitivas a destacar son la autoimagen y la vergüenza. Diversos estudios han corroborado cómo la victimización sexual afecta a la autoimagen y ésta a su vez modula la sintomatología a largo plazo, de tipo ansioso, depresivo y del TEPT (Classen et al., 1998; Owens y Chard, 2001; Underwood, Stewart y Castellanos, 2007).

En un estudio llevado a cabo por Feiring y Taska (2005) con 118 jóvenes víctimas de violencia sexual, al preguntarles sobre la vergüenza que experimentaban respecto a dicha vivencia en el momento de desvelarse los hechos, un año después y seis años después de la victimización, los autores comprobaron que aquellos sujetos que presentaban un elevado nivel de vergüenza al año, tenían mayor riesgo de que persistiesen esos altos niveles de vergüenza a los seis meses. Pero lo más interesante fue que en aquellas víctimas que tanto al año como a los seis años presentaban un alto grado de vergüenza, también presentaban niveles clínicamente significativos de recuerdos intrusivos. Según estos investigadores la persistencia de la vergüenza respecto a la violencia sexual podría explicar el fracaso a la hora de procesar esta vivencia y el mantenimiento de la sintomatología postraumática.

Por otra parte, Feiring, Taska y Lewis (2002) comprobaron que un estilo atribucional pesimista detectado en el momento del desvelamiento de lo sucedido hace que la severidad del abuso prediga mayor sintomatología depresiva y baja autoestima. Estos investigadores señalan la importancia como proceso emocional de los sentimientos de vergüenza sobre lo sucedido, por su efecto en la sintomatología del TEPT, sobretodo en cuanto a los síntomas de tipo evitativo.

IV. 4. 13. Otros eventos estresantes posteriores

A parte del momento de la revelación de la victimización y la comparecencia durante el proceso judicial, poco se ha investigado sobre la incidencia de experimentar otros sucesos posteriores a la victimización en la sintomatología de las víctimas. Los estudios que sí han analizado este tema, apoyan la denominada teoría de la suma/acumulación de estresores, según la cual el incremento de número e interacciones de estresores incide en una mayor severidad de la sintomatología (Hecht y Hansen, 2001; en Hébert et al., 2006).

Principalmente los investigadores se han centrado en analizar los factores que favorecen o dificultan la resiliencia, Así, Banyard y Williams (2007), detectaron índices de menor resiliencia en aquellas víctimas de violencia sexual en la infancia que a lo largo de su vida se habían vuelto a ver implicadas en nuevas situaciones traumáticas.

IV. 5. COMPARACIÓN DE LAS SECUELAS DE LA VIOLENCIA SEXUAL Y OTROS TIPOS EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS

Anteriormente hemos expuesto cómo muchos autores defienden que no existe un cuadro diferencial característico de las víctimas de violencia sexual, pero ¿se

detectarán diferencias al comparar las secuelas de este tipo de violencia con las derivadas de otro tipo de victimización?

A pesar del gran número de estudios que existen sobre la sintomatología que presentan las víctimas de violencia sexual y también aquellos que analizan la que presentan supervivientes de maltrato físico y/o psíquico en la infancia, no se ha podido establecer un patrón de secuelas característico para cada forma de maltrato infantil (Dykman et al., 1997). Incluso, algunos estudios sobre las secuelas a largo plazo indican que tanto el maltrato físico como el abuso sexual en la infancia tienen semejantes consecuencias a nivel psicológico (Meyerson et al., 2002). Y en estudios sobre consecuencias inmediatas de distintas formas de victimización, tampoco se ha podido detectar una diferencia significativa entre los niveles de gravedad de la sintomatología post-victimización (Boney-McCoy y Finkelhor, 1995). Lo que sí se ha detectado es la mayor afectación de las víctimas que sufren tanto maltrato físico como sexual frente a las que sólo sufren un tipo de maltrato en la infancia o adolescencia (Luster y Small, 1997), y esto sucede incluso cuando se valora el impacto a largo plazo en personas mayores de 60 años (Draper et al., 2008). Y también se han identificado distintas formas de autovalorar la víctima su papel en lo sucedido, según el tipo de victimización sufrida (Littleton, Magee y Axson, 2007).

Sin embargo, otras investigaciones sí encuentran diferencias, como es el caso del estudio realizado por Meyerson et al. (2002), en el que sugieren que las víctimas de violencia física en la infancia perciben el ambiente familiar como más conflictivo que las víctimas de abuso sexual o los menores no victimizados. En este estudio también se observa que en las víctimas de sexo masculino, las experiencias de maltrato físico eran de mayor gravedad que las de violencia sexual, siendo a la inversa en el caso de las chicas. Por otra parte, al analizar el efecto que la victimización sexual y el maltrato tenían por separado y cuando los sufría una misma persona, estos investigadores concluyeron que la combinación de violencia sexual y maltrato producía más conductas antisociales y autodestructivas que el abuso o el maltrato por separado.

Según la investigación llevada a cabo por Biere y Rickards (2007), el maltrato emocional por la figura materna tiene una afectación semejante al de la violencia sexual en las relaciones con los demás y con uno mismo en la edad adulta, aunque frente a la victimización sexual, las víctimas de maltrato emocional por la madre presentan más claramente conflictos interpersonales y de identidad. Kisiel y Lyons (2001) también detectaron diferencias respecto a la sintomatología disociativa, siendo más elevada en el caso de menores victimizados sexualmente frente a los que sufrieron maltrato físico.

Centrándose en víctimas adolescentes, Bal et al. (2003) detectaron en su investigación que los adolescentes que habían sufrido una experiencia sexual traumática eran menos estables emocionalmente, y presentaban más tristeza, quejas de tipo depresivo, sintomatología postraumática y disociativa, irritabilidad y problemas sexuales que aquellos que habían sufrido otro tipo de suceso estresante, y sin embargo valoraban sus relaciones con el sexo contrario como más positivas que los demás. Una posible explicación partiría de la forma en que las víctimas de violencia sexual utilizan la distracción como forma de afrontamiento. También identificaron que las víctimas de violencia sexual utilizan más la evitación como forma de afrontamiento que quienes no han vivido un suceso traumático, o éste era distinto de violencia sexual, y que dicha evitación funciona como variable moduladora de las consecuencias psicológicas de la victimización.

Por otra parte Echeburúa, De Corral y Amor (1998), observaron que los síntomas de evitación eran más significativos en las víctimas de terrorismo y de maltrato doméstico, que en las víctimas de agresiones sexuales, aunque dicha diferencia no era muy marcada. Tampoco detectaron perfiles psicopatológicos muy dispares entre las víctimas de maltrato doméstico y las de agresiones sexuales que estudiaron. Y respecto a la sintomatología a largo plazo, en la investigación desarrollada por Pereda (2006) en la que se comparaban las consecuencias de experiencias de violencia sexual y otros eventos estresantes durante la infancia en una muestra de universitarios, se constató que las víctimas de violencia sexual presentaban mayor sentimiento de culpa global, cogniciones de culpa, sentimiento de responsabilidad y de haber actuado mal, que el resto de víctimas.

Queda patente a la vista de todas estas investigaciones, que existen diversos frentes abiertos para que futuros estudios ahonden en temas como por ejemplo: El efecto sumatorio de vivir diversas vivencias violentas o de maltrato, la influencia de variables cognitivas en la afectación de las víctimas tanto menores como adultas, o la distinción entre efectos directo o indirectos de las diversas variables que rodean la violencia sexual en el posterior ajuste psicológico.



PARTE II
ESTUDIO EMPÍRICO



CAPITULO V

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA, OBJETIVOS E HIPÓTESIS

V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA, OBJETIVOS E HIPÓTESIS

V.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A lo largo del desarrollo del marco teórico de la presente investigación ha quedado patente que la violencia sexual es un problema de gran magnitud, tanto cuantitativamente, por la frecuencia con la que se presenta en la población, como cualitativamente, por su efecto en el bienestar psicológico de las víctimas, a corto y a largo plazo. Se percibe, por tanto, la necesidad de realizar un acercamiento empírico a esta realidad que haga frente a las dificultades y retos evidenciados en investigaciones anteriores.

Principalmente se ha detectado que el número de investigaciones en nuestro país sobre esta materia es muy bajo. Son muy pocos los estudios que replican en nuestro medio los resultados obtenidos más recientemente de ámbito principalmente anglosajón. Estos estudios realizados en otros países analizan la influencia de variables previas, posteriores y propias de la victimización, así como otros factores que pueden acomañar a la violencia sexual y colaborar en que se produzca un mayor o menor impacto psicológico. Al no poder obviar la influencia que el origen cultural de los estudios, tiene en los resultados, y sobretodo en materias tan sensibles como la libertad sexual, consideramos que es necesario replicar este tipo de estudios en nuestro medio, y así poder garantizar la extrapolación de los resultados.

Por otra parte, las investigaciones con las que contamos en nuestro país suelen basarse en estudios retrospectivos con adultos, y principalmente sobre las consecuencias a largo plazo de la violencia sexual en la infancia (López, 1996; Beltrán, 2006). Sin embargo, poco se ha estudiado en nuestro entorno sobre el impacto a corto o medio plazo de este tipo de violencia en las adolescentes. Al respecto, hay que tener en cuenta que los adolescentes, por presentar éstas mayor capacidad que sujetos de menos edad para describir experiencias internas (Kisiel y Lyons, 2001), pueden aportar más detalles tanto de la victimización como de sus sentimientos y pensamientos al

respecto, y responder a los cuestionarios con menor influencia del entrevistador. Además, al haber experimentado los hechos en un plazo de tiempo no prolongado hasta la evaluación, se evitan problemas relacionados con la distorsión del recuerdo por el efecto del paso del tiempo en la memoria y la incidencia de otros eventos que vaya viviendo la víctima. Todo esto, unido al hecho de que en la adolescencia se expresa el malestar psicológico a través de gran variedad de síntomas, hace que resulte de gran interés investigar, a nivel clínico sobre esta temática, en esta etapa evolutiva.

Por último, al analizar las investigaciones más recientes sobre las consecuencias psicológicas de la violencia sexual, también se percibe que todavía no se han podido delimitar de forma consensuada, qué variables tienen más o menos poder modulador del efecto de la victimización en la salud psicológica de las víctimas. Algunas investigaciones se centran en analizar concretamente el papel de una o dos posibles variables, si dicho efecto es directo o se ve mediado por terceras variables. Por eso consideramos que es necesario valorar inicialmente el efecto de las variables que en las investigaciones sobre el tema han podido resultar relevantes, para en posteriores estudios, determinar cómo se interrelacionan estos efectos.

A partir del análisis del panorama de investigaciones más recientes y teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado, hemos identificado la necesidad de investigar sobre las consecuencias psicológicas que la violencia sexual tiene en las adolescentes, y se han desarrollado los objetivos e hipótesis de nuestro estudio.

V. 2. OBJETIVOS

El objetivo principal de nuestra investigación es conocer las consecuencias psicológicas de la violencia sexual en mujeres adolescentes.

Los objetivos específicos que se asocian a este objetivo principal son:

Analizar las diferencias entre adolescentes víctimas de violencia sexual y adolescentes no victimizadas en cuanto a aspectos psicológicos.

Conocer las características de las víctimas, así como de los agresores, de la victimización, de aspectos posteriores a la misma, y del impacto psicológico.

Determinar el posible efecto modulador que las características previas, posteriores y propias de la victimización, la víctima y el agresor, tienen en la afectación psicológica.

V. 3. HIPÓTESIS

Hipótesis 1

Las adolescentes víctimas de violencia sexual no difieren, en cuanto a sus características sociodemográficas y psicológicas, de adolescentes no victimizadas.

Hipótesis 2

Las víctimas de violencia sexual presentan mayor sintomatología psicológica que las adolescentes no victimizadas.

Hipótesis 3

Las adolescentes víctimas de abuso sexual no difieren, en cuanto a sus características sociodemográficas y psicológicas, de las adolescentes víctimas de agresión sexual.

Hipótesis 4

Las adolescentes víctimas de agresión sexual presentan mayor afectación psicológica que las adolescentes víctimas de abuso sexual.

Hipótesis 5

Las adolescentes víctimas de violencia sexual se ven afectadas en distinto grado según el tipo de sintomatología que se valore y los efectos de los aspectos previos, posteriores y propios de la victimización, de la víctima y del agresor varían según el tipo de sintomatología:

Las víctimas con antecedentes de otras formas de victimización, desestructuración familiar u otros problemas familiares muestran mayor afectación que las víctimas sin estas circunstancias.

Las adolescentes victimizadas con mayor violencia y menor capacidad de respuesta durante la victimización, presenta más síntomas de ansiedad y estrés postraumático que las que sufrieron los hechos con menor violencia.

Las adolescentes victimizadas por personas más cercanas presentan mayor afectación psicológica en general que las victimizadas por personas más alejadas.

Las adolescentes victimizadas a una edad tardía presentan más sintomatología en general que las victimizadas más tempranamente.

Las adolescentes victimizadas en un mayor número de ocasiones presentan mayor afectación psicológica en general que las victimizadas en una única o en pocas ocasiones.

La sintomatología de culpa que presentan las adolescentes víctimas de violencia sexual, se ve modulada por el apoyo recibido y por sus características de personalidad.



CAPITULO VI

METODOLOGÍA

VI. METODOLOGÍA

Teniendo en cuenta que el objetivo principal de nuestra investigación es determinar las consecuencias psicológicas de la violencia sexual a corto y medio plazo se ha procedido, en primer lugar, a comparar la sintomatología psicológica que presentaban un grupo de adolescentes víctimas de violencia sexual y un grupo de adolescentes que no han sufrido este tipo de violencia. Posteriormente se analiza en el grupo de víctimas las características previas, posteriores y propias de la violencia sexual, así como la sintomatología postraumática. Por último se estudia la relación que existe entre las variables que pueden ser moduladoras, refiriéndonos a variables sociodemográficas, características psicológicas y relativas a la violencia sexual, con la sintomatología psicológica detectada.

VI.1. PARTICIPANTES

Nuestra muestra está formada por 67 mujeres, con edades comprendidas entre los 12 y 18 años, ambos inclusive. Dicha muestra se divide en dos grupos, estando compuesto uno de ellos, al que denominaremos grupo víctimas o grupo experimental, por 40 mujeres adolescentes andaluzas que han demandado, bien directamente o a través de sus cuidadores, asistencia psicológica especializada dado que referían haber sufrido algún tipo de violencia sexual. El otro grupo, el grupo control, está formado por 27 mujeres adolescentes andaluzas que no habían sufrido violencia sexual.

Se ha decidido emplear una muestra de adolescentes, tanto por estar expuestas tanto a agresiones sexuales como abusos sexuales, poseer un desarrollo de las capacidades cognitivas que ayuda a obtener información más rica en detalles que con muestras de menor edad, y por ser una etapa de la vida en la que la afectación psicológica se expresa mediante sintomatología muy variada.

VI. 2. PROCEDIMIENTO

La primera parte de la investigación se ha centrado en el diseño y elección de los instrumentos para valorar las variables objeto de nuestro estudio, que podemos agrupar en variables sociodemográficas, variables sobre características psicológicas, variables sobre aspectos previos y posteriores a la violencia sexual, variables relativas a las características y forma de desarrollarse la violencia sexual, variables del agresor, y variables sobre sintomatología psicológica. Dichas variables se han seleccionado tras revisar los principales estudios sobre la materia que analizaban el efecto en la sintomatología de las víctimas, de variables pretrauma, trauma y postrauma (Por ej.: Kaplow et al., 2005) y analizar la susceptibilidad de ser valoradas. Para ello, se solicitó autorización a la Fundación Márgenes y Vínculos, para analizar 100 expedientes al azar de los que constaban en el Centro con Servicios de Granada, de chicas adolescentes atendidas. Esta Fundación, es una organización sin ánimo de lucro que gestiona desde el Centro con Servicios de Granada el programa asistencial para menores víctimas de violencia sexual. Dicho programa tiene como ámbito de actuación las cuatro provincias andaluzas orientales, es decir Almería, Granada, Jaén y Málaga, y se viene desarrollando desde el año 2001, siendo financiado por la Dirección General de Infancia y Familia, de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía. Los expedientes constan de información documental y cintas de audio/video en las que se recogen informes sociales y psicológicos previos, información judicial sobre los procesos legales, las pruebas psicométricas aplicadas, así como la información recogida en las entrevistas clínicas llevadas a cabo en el Centro. Mediante este análisis se han determinado las variables de las cuales se posee suficiente información como para incluirlas en nuestro estudio.

Posteriormente se ha procedido a seleccionar la muestra, formada por un grupo de adolescentes víctimas de violencia sexual y el grupo control formado por chicas adolescentes no victimizadas, y recabar los datos de las variables seleccionadas, para posteriormente codificar y someter estos datos a un análisis estadístico.

Se ha empleado un diseño descriptivo y correlacional a través de una evaluación transversal, ya que la muestra se estudia en un único momento, que en el caso del grupo de víctimas coincide con la fase de evaluación y diagnóstico, previa a la intervención terapéutica. Inicialmente se realiza la comparación de los grupos de víctimas con el grupo control con respecto a las variables valoradas. En la segunda parte, se estudia, ya únicamente en el grupo de víctimas, la diferencia entre los subgrupos de víctimas de abuso sexual y el subgrupos de víctimas de agresión sexual, para más tarde analizar la influencia que las distintas variables consideradas

predictoras, moduladoras o independientes, realizan sobre las variables dependientes, que se refieren a la diversa sintomatología psicológica.

A continuación describiremos más detalladamente el procedimiento seguido con el grupo de víctimas, en un primer apartado, y en el grupo control en segundo lugar.

VI. 2. 1. Grupo víctimas

Como se ha mencionado, en una fase previa se solicitó y obtuvo la autorización de la Fundación Márgenes y Vínculos, para llevar a cabo la obtención de datos referidos a las variables seleccionadas, garantizando la protección de datos personales y la no interferencia en los objetivos evaluativos y de tratamiento de sus programas asistenciales.

Para proceder a seleccionar los sujetos que forman el grupo experimental, no se ha podido realizar ningún tipo de muestreo, teniendo en cuenta la difícil accesibilidad a esta población, es decir, víctimas detectadas de violencia sexual menores de edad, y por eso nos limitamos a ir seleccionando a los usuarios del programa de Evaluación y Tratamiento a Menores Víctimas de Violencia Sexual y Familias, en Andalucía Oriental, que cumplen con los requisitos de acudir al Centro asistencial, ser valorado su testimonio respecto a la victimización como probablemente veraz, tener una edad comprendida entre los 12 y 18 años y ser de sexo femenino. Para que formen parte del grupo víctimas, deben haber accedido, tanto las adolescentes, como sus cuidadores, ya sean padres o tutores de centros de acogida, a que los datos de la evaluación psicológica pudieran ser utilizados para nuestra investigación, tras informarles de que se va a respetar el anonimato de las mismas.

La obtención de los datos, por tanto, se produce a través de la información extraída durante el proceso de evaluación y plasmada en los expedientes de las menores, y que se realiza por la doctoranda, quien ha estado desempeñando las funciones de psicóloga en el Programa de evaluación y diagnóstico con menores víctimas de violencia sexual y posteriormente directora de dicho programa. En el proceso de evaluación se llevan a cabo sesiones semanales o quincenales en las salas de la Unidad de Evaluación y Tratamiento del Abuso Sexual, ubicada en Granada. Las salas están dotadas de una mesa amplia, dos sillas, decoración adaptada a menores, una cámara de vídeo, que forma parte de un circuito cerrado, y una grabadora de audio.

Durante la fase de evaluación, la psicóloga evaluadora solicita el relato libre de la violencia sexual, y posteriormente se realizan preguntas aclaratorias al respecto, registrándose en audio o en video, previa autorización de los tutores legales de los menores. A lo largo de las sesiones de evaluación, se llevan a cabo una media de 4 entrevistas y se van administrando, en el momento que se considera más oportuno a nivel psicológico, las pruebas psicométricas seleccionadas. Posteriormente la psicóloga valora el testimonio de las menores mediante el Análisis de la Validez de la Declaración (SVA, Statement Validity Analysis; Steller y Boychuck, 1992; en Cortés y Cantón, 2000) catalogando dicho testimonio como creible, probablemente creible, dudoso, probablemente no creible o no creible.

Nuestro protocolo se comienza a completar con la información que aparece en los documentos que forman parte del expediente de las menores (como informes de otros organismos, o documentos judiciales). La información restante se ha obtenido tras cada sesión de evaluación, ya que se procede a codificar y volcar la información correspondiente en los diversos apartados del protocolo que se diseñó para el vaciado de información. Mediante este sistema se va determinando qué información falta por extraer y así se tiene en cuenta en las posteriores entrevistas. De esta forma, se evita tener que aplicar entrevistas cuyo único objetivo sea obtener datos para nuestro estudio, y así las sesiones de evaluación de las víctimas seleccionadas no difieren sustancialmente de las entrevistas a víctimas que no participan en la investigación. Se busca por tanto, impedir una victimización secundaria y que los datos de la evaluación se contaminen por el hecho de participar en el presente estudio.

Se inicia la recogida de información con el grupo experimental en el año 2003 y se finaliza en el 2006, cuando se cuenta con 40 protocolos completos y válidos. Durante el proceso de obtención de información hemos tenido que desestimar cinco casos seleccionados inicialmente, ya que dos de ellos no pudieron completarse por dejar de acudir las víctimas a las entrevistas de evaluación, y en otros tres casos no pasó a formar parte de nuestro estudio debido a la actitud de minimización y negación del impacto percibida por la psicóloga en la víctima, aportando poca información sobre su estado psicológico.

Tanto en el grupo de víctimas como en el grupo control la aplicación de las pruebas ha sido individual y de forma oral, para asegurarnos la comprensión adecuada de los items, además de adaptarlos al nivel cultural de los sujetos, procurando no distorsionar su significado.

VI. 2. 2. Grupo control

Para la elección del grupo control se determina que se los sujetos deben cumplir los requisitos: Ser de sexo femenino, tener de 12 a 18 años y no haber sufrido violencia sexual. Se ha contado con la colaboración de 18 alumnos de último curso de Psicología, quienes se ofrecieron voluntarios para colaborar en nuestro estudio, y a quienes se ha entrenado para entrevistar a adolescentes, aplicar y corregir las pruebas psicométricas seleccionadas. Se encomendó a cada alumno que entrevistase a tres adolescentes seleccionados al azar, que cumplan con los criterios anteriormente descritos, de este modo obtendríamos 54 protocolos, aunque finalmente sólo se pudieron completar 35. Se decidió controlar algunas variables de tipo sociodemográfico (la edad y el núcleo poblacional de residencia) que podían funcionar como variables extrañas, a través de la homogenización de los valores. Por tanto, se determinó que las proporciones de víctimas en los distintos niveles de edad y en los distintos tipos de domicilio, núcleo rural o urbano, debían ser semejantes en el grupo control a los que se habían obtenido en el grupo víctimas. Para ello se asignó aleatoriamente a cada alumno colaborador las características sociodemográficas de edad y tipo de domicilio de los tres sujetos a los que entrevistar.

Las entrevistas se han realizado durante varios días, siendo las sesiones de una duración aproximada de dos horas, siendo necesario para obtener toda la información requerida, dos o tres sesiones que no distaban temporalmente en más de una semana. Todas las entrevistas han tenido lugar entre el último trimestre de 2005 y el primer trimestre de 2006. Las adolescentes son entrevistadas en lugares que procuran la intimidad necesaria para que los sujetos del grupo control contesten con confianza y concentración, siendo en la mayoría de los casos la propia casa del entrevistado, en una habitación sin distracciones. Tras las entrevistas se procede a corregir las pruebas y categorizar y volcar la información en los protocolos del grupo control.

Se han tenido que descartar algunos protocolos por no encontrarse completos. De esta forma se obtienen 27 protocolos completos y válidos, tras descartar aquellos en los que se observa falta de algún tipo de información o información confusa, como aportar datos contradictorios sobre un mismo aspecto.

Tras completarse 40 protocolos pertenecientes al grupo de víctimas y 27 del grupo control se finaliza la fase de recogida de información para pasar al análisis de los datos.

VI.3. INSTRUMENTOS

Previamente a la selección de la muestra se han diseñado y seleccionado los instrumentos que mejor se adaptan a los objetivos de nuestra investigación. Y tras determinar las variables que deseamos estudiar, se han diseñado los cuestionarios sobre información socio-demográfica-familiar, relativa a la violencia sexual, y sobre las consecuencias sexuales y conductuales.

Respecto a las pruebas psicométricas, al tener en cuenta que nuestro objetivo es valorar sintomatología en las víctimas adolescentes y poder comparar en lo posible con el grupo control, no se han seleccionado instrumentos creados específicamente para evaluar síntomas en víctimas de violencia sexual (Por ej.: Ruch et al., 1991), ya que éstos no permiten dichas comparaciones (Briere y Elliott, 1997). Por lo tanto, se han valorado los instrumentos psicométricos que normalmente se emplean en el Centro, y se propuso a la dirección del mismo, la posibilidad de añadir otros instrumentos complementarios de acuerdo a los objetivos de nuestra investigación, y que además pueden proporcionar información valiosa para la intervención terapéutica y el informe de evaluación psicológica que se emite desde dicho equipo, a lo cual no se ha presentado ninguna objeción. Aunque existen gran variedad de pruebas destinadas a valorar la afectación traumática en menores (Crouch et al., 1999), se descartaron aquellas pruebas destinadas a menores de corta edad que en población adolescente resultasen poco apropiadas. Las pruebas empleadas permiten evaluar áreas que pueden verse afectadas por la vivencia de la violencia sexual o valorar características psicológicas de las víctimas. Además se han elegido porque muchas son las que habitualmente se administran en las evaluaciones, y han dado muestras de efectividad previamente en esta población respecto al objetivo perseguido.

A partir del diseño de los cuestionarios y la selección de pruebas psicométricas a emplear, se ha determinado cómo codificar la información, y todo ello queda organizado en los protocolos y hojas de recogida de información del grupo víctimas y del grupo control. En estas hojas de recogida de la información, las puntuaciones obtenidas en las pruebas psicométricas se anotan directamente como información cuantitativa pero también se codifican a través de intervalos, de esta forma cuando se realiza el análisis estadístico se pueden utilizar las variables relativas a las puntuaciones como variables cuantitativas o categóricas ordinales según fuese más apropiado.

Tanto para el grupo control como para el experimental, se ha llevado a cabo un estudio piloto con 10 casos de cada tipo, para poder establecer los protocolos definitivos, subsanando los errores que se detectasen. Hemos tenido, por un lado, que desestimar algunas variables, tras comprobar que no poseíamos información suficiente

al respecto. Esto ha sucedido con la variable antecedentes psicopatológicos, ya que al intentar obtener información al respecto, muchas adolescentes y sus padres o tutores, tanto del grupo control como del experimental, no pueden aportar ningún dato y tampoco existe suficiente documentación. Específicamente, en el grupo control, hemos determinado a través del estudio piloto, la dificultad para controlar la variable nivel socioeconómico-cultural, ya que la mayoría de los sujetos entrevistados pertenecían a un nivel medio. De modo que la homogeneidad con el grupo víctimas en cuanto a esta variable no se ha podido llevar a cabo, lo cual nos puede informar sobre las diferencias entre ambos grupos, que ya se comentarán en el apartado de resultados.

El protocolo definitivo del grupo de víctimas (ver anexo pp. 310-326) presenta la siguiente estructura:

Módulo 1: Características sociodemográficas. Este módulo contiene información sobre las principales características sociodemográficas de los sujetos y se cumplimenta a través del Cuestionario sobre información socio-demográfica-familiar, de elaboración propia.

Módulo 2: Características de personalidad y habilidades sociales. Éste módulo contiene las puntuaciones en el cuestionario de Personalidad para Adolescentes HSPQ de Cattell y Cattell (2001) y la Escala de Habilidades Sociales EHS de Gismero (2000).

Módulo 3: Sintomatología psicológica general. En este apartado se presentan las puntuaciones obtenidas a través de cuatro pruebas:

- Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado/Rasgo Niños STAI-C de Spielberger y colaboradores (2001).
- Escala de Depresión para Niños CDS de Lang y Tisher (2000).
- Test Evaluativo Multifactorial De Adaptación Infantil TAMAI de Hernández Hernández (2002).
- Escala de Autoestima EAR de Rosenberg (1989).

Módulo 4: Características de la Violencia sexual. Esta parte del protocolo está compuesta por variables sobre la forma de desarrollarse la violencia sexual, variables relativas al agresor, variables previas a la violencia sexual y variables posteriores. Se definieron a través del Cuestionario sobre información relativa a la violencia sexual, de elaboración propia.

Módulo 5: Sintomatología psicológica postraumática. Esta sección incluye información sobre sintomatología característica de víctimas de violencia sexual según estudios previos. Se cumplimenta a través de diversos instrumentos:

- Cuestionario sobre consecuencias sexuales y conductuales de la violencia sexual, que elaboramos específicamente con ese fin.
- Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT de (Echeburúa et al., 1997b)
- Adaptación del Trauma-Related Guilt Inventory (TRGI) (Kubany y Haynes, 2001).

El protocolo del grupo control queda diseñado tras eliminar los módulos no aplicables, ya que se refieren a información relativa a la violencia sexual o sintomatología específicamente postraumática. Por tanto su esquema general resultante está formado por los Módulos 1, 2 y 3 del protocolo de víctimas.

Describimos a continuación con más profundidad los instrumentos que se emplearon para obtener la información descrita en el protocolo. En los anexos se presentan ejemplos de los ítems de las pruebas psicométricas, así como el Cuestionario sobre información sociodemográfica-familiar, el Cuestionario sobre información relativa a la violencia sexual, el Cuestionario sobre consecuencias sexuales y conductuales de la violencia sexual, y la traducción al castellano del Trauma-Related Guilt Inventory (TRGI).

VI. 3. 1. Cuestionario de personalidad para Adolescentes HSPQ de Cattell y Cattell (2001)

Este instrumento fue creado por Cattell y Cattell en 1968, y adaptado por TEA a población española. Está destinado a sujetos de entre 12 a 18 años de edad y consta de 140 elementos con tres opciones de respuesta. Se estima que la duración de su aplicación es de aproximadamente 40-50 minutos, y puede ser tanto individual como colectiva. Esta prueba valora 14 rasgos primarios de personalidad y cuatro de segundo orden. Seleccionamos este cuestionario de personalidad, por su adaptación al rango de edad de nuestra muestra y por que al estar dividido en dos partes no resulta excesivo si se aplica durante unos 20 minutos en una primera sesión y una segunda sesión, facilitando además por las características de sus preguntas de carácter general, el establecimiento del rapport.

VI. 3. 2. Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado/Rasgo Niños STAI-C de Spielberger (2001)

Se trata de un cuestionario elaborado por Spielberger y colaboradores en 1973, y adaptado por TEA en 1989. Dado que consta de dos escalas independientes, con 20 ítems cada una, resulta sencillo y rápido de aplicar. Puede aplicarse de forma individual o colectiva a niños de 9 a 15 años. Su finalidad es determinar los niveles de ansiedad como estado A/E o sea la ansiedad experimentada en determinadas situaciones; y como rasgo A/R, es decir una ansiedad relativamente estable. Aunque está destinado para niños y adolescentes de hasta 15 años, lo hemos utilizado en nuestra investigación al no existir ningún instrumento específico para adolescentes que valore ansiedad y posea tanta solidez a nivel científico. Además preferimos utilizar un instrumento que resulte más sencillo para los sujetos mayores, antes que emplear uno para un nivel superior con los sujetos de menor edad, garantizando así la comprensión de los ítems por parte de las adolescentes.

VI. 3. 3. Escala de Depresión para Niños CDS de Lang y Tisher (2000)

Esta escala, compuesta por 66 ítems fue diseñada por Lang y Tisher, y tiene como objetivo evaluar global y específicamente la depresión en menores. Su aplicación puede ser tanto individual como colectiva para sujetos de entre 8 y 16 años, y puede requerir entre 30 y 40 minutos. La mayoría de los ítems, 48 de los 66, que lo componen están formulados en sentido depresivo, afirmando una situación indicativa del síndrome depresivo, y 18 elementos son de tipo positivo. Se obtienen dos dimensiones generales: Total depresivo y total positivo; seis más específicas, de tipo depresivo: Respuesta afectiva, Autoconcepto negativo, Autoestima, Preocupación por la muerte/salud, Sentimientos de culpabilidad y Depresivos varios; y dos dimensiones específicas de tipo positivo: Ánimo-alegría y Positivos varios. Como en el caso de la elección del STAI-C, se ha empleado este instrumento para valorar sintomatología depresiva, dada su demostrada validez y fiabilidad, y por su fácil manejo y comprensión por las menores de edades entre 12 y 18 años.

VI. 3. 4. Test Evaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil TAMAI de Hernández Hernández (2002)

Este instrumento creado por Hernández Hernández, consta de 145 ítems de respuesta dicotómica Sí/No, más una serie de datos a rellenar sobre la familia. Su aplicación, que puede ser individual o colectiva, y puede requerir aproximadamente 40

minutos. Está diseñado para valorar la apreciación de sujetos de entre 8 a 18 años, sobre su propia inadaptación personal, social, escolar, familiar y actitudes educadoras de los padres, y factores específicos de cada una de estas áreas, además de dos escalas de fiabilidad. Tiene una estructura factorial, con tres modalidades factoriales según tres niveles de edad establecidos: De 8 a 11 años y 5 meses, de 11 años y 6 meses a 14 años y 5 meses, y de 14 años y 6 meses a 18 años aproximadamente. Este test ha sido elegido para nuestra investigación, debido a su gran capacidad para valorar la relación de adolescentes consigo mismo y con los diversos entornos sociales en los que se desenvuelve: su familia, sus amigos y su medio escolar.

VI. 3. 5. Escala de Habilidades Sociales EHS de Gismero (2000)

Esta escala permite identificar con precisión la existencia de déficits de habilidades sociales en diversas áreas, y está formada por 6 escalas específicas y una global, siendo las escalas específicas: Autoexpresión en situaciones sociales, Defensa de los propios derechos como consumidor, Expresión de enfado o disconformidad, Decir no y cortar interacciones, Hacer peticiones, Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto. Una mayor puntuación indica que la persona tiene más habilidades sociales y más capacidad de aserción en distintos contextos. Este instrumento está compuesto por 33 ítems, con 4 opciones de respuesta que van desde “No me identifico en absoluto; la mayoría de las veces no me ocurre o no lo haría” hasta “Muy de acuerdo y me sentiría o actuaría así en la mayoría de los casos”. Se eligió este instrumento por ser breve, ya que tan sólo requiere aproximadamente 15 minutos para su cumplimentación, y por estar construido, validado y tipificado para población española, poseyendo además unas adecuadas propiedades psicométricas. Se puede administrar tanto de forma individual como colectiva.

VI. 3. 6. Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR), (1989; en Echeburúa y De Corral, 1998)

Rosenberg (1965) diseñó originalmente esta escala para valorar la autoestima en adolescentes, siendo actualmente una de las más utilizadas para valorar autoestima también en población adulta. La versión española de esta escala se puede encontrar en Echeburúa y De Corral (1998) y se ha demostrado su fiabilidad y validez en la población española (Vázquez-Morejón, Jiménez y Vázquez-Morejón, 2004; Martín-Albo et al., 2007). Se trata de un instrumento de autoinforme que consta de 10 ítems, en forma de frases, de las que la mitad están enunciadas de forma positiva y la otra mitad de forma negativa, para controlar el efecto de la aquiescencia. Los ítems tienen cuatro opciones

de respuesta, que van de “muy de acuerdo” a “muy en desacuerdo”, pasando por “de acuerdo” y “no estoy de acuerdo”, puntuándose de 1 a 4, siguiendo una escala tipo Likert. El rango de la puntuación final va de 10 a 40 puntos, y permite valorar el grado de satisfacción o insatisfacción que tiene la persona consigo misma, considerándose que a mayor puntuación mayor nivel de autoestima. El punto de corte en la población adulta, según el estudio de Ward (1977; en Amor et al., 2002), es de 29. Hemos seleccionado este instrumento debido a su sencillez y fácil aplicación, así como por ser una prueba muy utilizada para valorar autoestima en distintos tipos de víctimas.

VI. 3. 7. Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGSTEPT) de Echeburúa et al. (1997)

Es actualmente el instrumento más utilizado en castellano para valorar la gravedad e intensidad de los síntomas del TEPT, según los criterios diagnósticos del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), en víctimas de diferentes sucesos traumáticos. Se trata de una entrevista estructurada en un formato tipo Likert de 0 a 3, según la frecuencia e intensidad de los síntomas, que cuenta con 17 ítems, de los que 5 se refieren a los síntomas de reexperimentación, 7 a los de evitación y 5 a los de hiperactivación. El rango es de 0 a 51 en la escala global, 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. Las propiedades psicométricas de la escala son muy satisfactorias, así como su eficacia diagnóstica (95,45%) si se establece un punto de corte global de 15 y unos puntos de corte parciales de 5, 6 y 4 en las subescalas de reexperimentación, evitación e hiperactivación, respectivamente (Echeburúa et al., 1997).

VI. 3. 8. Adaptación del Trauma-Related Guilt Inventory (TRGI) (Kubany y Haynes, 2001)

El Trauma-Related Guilt Inventory (TRGI) fue creado y validado por Kubany y Haynes (2001) para evaluar el sentimiento de culpa, tanto en su faceta emocional como cognitiva, asociada a eventos traumáticos. La prueba está estructurada en tres escalas y tres subescalas, incluyendo la Escala de Culpa Global, que valora tanto afectación emocional como pensamiento de culpa, la Escala de Malestar, que valora el malestar relacionado con el evento traumático, y la Escala de Cogniciones de Culpa compuesta por tres subescalas: Responsabilidad, que informa sobre las creencias de ser responsable de lo sucedido o sus consecuencias, Mal actuado u obrar mal, que valora las creencias respecto a haber realizado algo en contra de las normas o valores

que tiene la persona, y Falta o insuficiente Justificación, subescala que evalúa las creencias respecto a haber actuado durante el suceso de forma no justificada.

Los 32 ítems que forman esta prueba están redactados como creencias que suelen estar distorsionadas o exageradas y que se considera que contribuyen al mantenimiento del malestar postraumático. Se eligió esta prueba por ser muy específica para medir culpa en víctimas de sucesos traumáticos y haber mostrado en su validación una alta consistencia interna y adecuada estabilidad temporal (Kubany et al., 1996). Para la presente investigación se realizó su traducción al castellano por psicólogos expertos en lengua inglesa y se supervisó por una traductora de lengua nativa inglesa especializada en trabajar con psicólogos en valoración de víctimas en procesos judiciales (anexo pp. 415-417). Aunque este instrumento está creado para población adulta, al ser administrado en nuestro estudio de forma oral por las psicólogas se aseguró la adecuada comprensión de los ítems por las adolescentes. Este instrumento también se ha empleado tras su traducción en la investigación realizada por Beltran (2006) con adultos víctimas de situaciones traumáticas en la infancia, dando muestras de consistencia interna.

VI. 3. 9. Cuestionario sobre información socio-demográfica-familiar (anexo pp. 397-399)

Se trata de un instrumento de elaboración propia que recoge información sobre las variables más relevantes a nivel sociodemográfico. Se diseñó de forma que fuese fácilmente completado y que valorase aquellas áreas de interés para nuestra investigación a través de la operativización de variables. Algunas de las variables resultaban sencillas de operativizar, como por ejemplo la edad, sin embargo otras como el nivel educativo cultural del sujeto o el nivel socioeconómico-cultural de la familia tuvieron que realizarse a partir de la definición de diversos criterios que resultaron más fácilmente valorables.

VI. 3. 10. Cuestionario sobre información relativa a la violencia sexual (anexo p. 406)

Para poder estudiar las características de la violencia sexual sufrida por las víctimas se diseñó un cuestionario en el que a través de varios apartados se recababa información sobre la forma de desarrollarse la violencia sexual, variables relativas al agresor, variables previas a la violencia sexual y variables posteriores relacionadas, que según otros estudios habían mostrado influencia en la afectación psicológica de las víctimas.

VI. 3. 11. Cuestionario sobre consecuencias sexuales y conductuales de la violencia sexual (anexo p. 413)

Aparte de la sintomatología psicológica valorada a través de las pruebas psicométricas se decidió evaluar otras áreas que podían verse afectadas por la experiencia de la violencia sexual en adolescentes, diseñándose para ello un breve cuestionario.

VI. 4. VARIABLES

Teniendo en cuenta que uno de los objetivos que nos planteamos en el presente estudio es valorar el posible efecto mediador de determinadas variables en el impacto de la victimización sexual, hemos determinado finalmente incluir como variables independientes, 65 variables de tipo categórico referidas a las características sociodemográficas de las víctimas, aspectos previos, posteriores y propios de la victimización, incluyendo las características del agresor, y 17 referidas a los resultados en las escalas del HSPQ. Las variables consideradas como dependientes, y por tanto que valoran la afectación psicológica, correspondían a 41 variables derivadas de las puntuaciones obtenidas en las escalas y subescalas del STAI-C, CDS, TAMAI, EHS, EGSTEPT, EAR y TRGI, y cuatro variables categóricas que describen consecuencias comportamentales en las víctimas. Para la descripción de las variables, procederemos a enumerarlas en el orden en el que aparecen en la hoja de recogida de información del grupo víctimas. Se estableció dicho orden por resultar más cómodo para el vaciado de los datos.

Como se ha mencionado anteriormente, algunas de las variables que se presentan no se emplean para el grupo control, ya que se refieren a aspectos específicos o relacionados con la violencia sexual o porque se trata de variables difíciles de estudiar en este grupo.

Respecto a las variables de tipo categórico, se ha decidido establecer categorías excluyentes, es decir, que cada sujeto tiene un único valor por variable. Cuando un caso puede tener más de un valor en una variable, por ejemplo, tipo de estrategia empleada por el agresor, se convirtió la variable original en varias dicotómicas, ya que la misma víctima, durante su victimización o victimizaciones, el agresor pudo emplear varias estrategias. Sin embargo, a la hora de clasificar el tipo de victimización sexual, si era abuso o agresión, nos encontramos con que gran cantidad de experiencias de violencia sexual tenían aspectos de abuso y de agresión a la vez, por lo que se

determinó identificarlas como abuso sexual cuando el empleo de estrategias violentas era inexistente o de poca entidad, como por ejemplo en algún momento agarrarle la mano a la víctima, y en aquellos casos en los que el empleo de amenazas o violencia física era de mayor entidad, ya se pasó a clasificar como agresión. En el caso de ser victimizaciones reiteradas, si la mayoría de los episodios se encuadraban más dentro de la categoría de abuso, aunque hubiese algún episodio puntual donde se empleó alguna estrategia violenta, se identifica como abuso, sin embargo, si el empleo de la violencia no era puntual, se contempla dicha victimización como agresión.

Por otra parte, aunque las variables referidas a las puntuaciones obtenidas en las pruebas psicológicas se presentan como variables categóricas, también se han recogido como variables cuantitativas, para un mayor aprovechamiento estadístico de la información.

VI. 4. 1. Variables socio-demográficas-familiares

Todas estas variables se refieren a las características del sujeto, de su familia y de su entorno social, y fueron valoradas tanto en el grupo de víctimas como en el grupo control.

VI. 4. 1. 1. Edad:

Variable categórica ordinal con los siguientes intervalos:

- 1) 12 o 13 años.
- 2) 14 o 15 años.
- 3) 16 o 17 años.

VI. 4. 1. 2. Nivel educativo-cultural:

Variable cualitativa con tres categorías a cerca de la formación tanto reglada como no.

- 1) Alto: Se encuentra en un nivel de la educación reglada adecuado a su edad y además lleva a cabo actividades culturales regularmente. Por ejemplo: Lectura casi diaria, visitas a museos, acudir a clases extraescolares.
- 2) Medio: Se encuentra en un nivel de la educación reglada adecuado a su edad y realiza esporádicamente alguna actividad cultural.
- 3) Bajo: Se encuentra en un nivel de la educación reglada por debajo al que corresponde a su edad su edad y no suele realizar actividades culturales.

VI. 4. 1. 3. Situación familiar:

Variable categórica con tres valores:

- 1) Vive con su familia biológica.
- 2) Vive en un centro de acogida.
- 3) Vive con una familia adoptiva o de acogida

VI. 4. 1. 4. Tipo de domicilio:

Variable nominal dicotómica:

- 1) Rural: Vive en una población de menos de 10.000 habitantes.
- 2) Urbano: Vive en una población de más de 10.000 habitantes.

VI. 4. 1. 5. Nivel socioeconómico-cultural de la familia:

Variable categórica en la que asignan los valores según el perfil en el que se cumplan más condiciones:

- 1) Alto: Familia con ingresos superiores a 50.000 euros/año, alguno de los progenitores con estudios superiores, empleo acorde con dicha formación y participación de los miembros de la familia regularmente en actividades culturales.
- 2) Medio: Familia con ingresos aproximados entre 8.000 y 50.000 euros/año, progenitores con estudios reglados pero no superiores, empleo acorde con dicha formación, y participación de los miembros de la familia esporádicamente en actividades culturales
- 3) Bajo: Familia con ingresos inferiores a 8.000 euros/año, ningún progenitor con estudios reglados, empleo no cualificado y no realizan actividades culturales.

VI. 4. 1. 6. Problemática en la Unidad Familiar:

Variable cualitativa en la que se asignan los valores según el perfil en el que se cumplan más condiciones. Cuenta con las siguientes categorías,

- 1) No detectada: No existen indicadores de la existencia de dificultades en el núcleo familiar, considerando éstas: Problemas relacionados con el consumo de alguna sustancia psicoactiva por algún miembro de la familia, discapacidad física o psíquica en algún familiar, presencia de violencia, dificultades económicas.
- 2) Problemas de poca-media gravedad: Presencia de problemas relacionados con el consumo no reiterado de alguna sustancia psicoactiva por algún miembro de la familia, discapacidad física o psíquica con un grado de invalidez menor a un 33% en algún familiar, presencia puntual de actitudes violentas, dificultades económicas no continuas.

- 3) Existencia de grave problemática: Problemas relacionados con el consumo reiterado de alguna sustancia psicoactiva por algún miembro de la familia, discapacidad física o psíquica mayor con un grado de invalidez superior al 33% en algún familiar, presencia cotidiana de actitudes violentas, dificultades económicas continuadas.

VI. 4. 1. 7. Estructura Familiar:

Variable nominal de tipo dicotómico, con los siguientes valores:

- 1) Completa: Presencia en la estructura familiar de ambos padres.
- 2) Incompleta: Ausencia en la estructura familiar de alguno de los padres, ya sea por fallecimiento, por encontrarse desaparecido o por no mantener ningún tipo de relación con el sujeto evaluado.

VI. 4. 1. 8. Nivel educativo del padre:

Variable cualitativa con tres categorías según el grado de los estudios alcanzados por el padre:

- 1) Alto: Estudios universitarios.
- 2) Medio: Estudios secundarios.
- 3) Bajo: Enseñanza obligatoria o sin estudios.

VI. 4. 1. 9. Nivel educativo de la madre:

Variable categórica referida a la formación educativa de la madre, con las siguientes condiciones

- 1) Alto: Estudios universitarios.
- 2) Medio: Estudios secundarios.
- 3) Bajo: Enseñanza obligatoria o sin estudios.

VI. 4. 1. 10. Edad del padre:

Variable dicotómica:

- 1) Menos de 50 años.
- 2) Más de 50 años.

VI. 4. 1. 11. Edad de la madre:

Variable ordinal definidos sus valores por dos intervalos:

- 1) Menos de 50 años.
- 2) Más de 50 años.

VI. 4. 1. 12. Ocupación del padre:

Variable nominal con tres valores:

- 1) Desconocida: No se cuenta con datos sobre la ocupación laboral del padre.
- 2) Trabajo no cualificado: Su dedicación laboral no requiere una formación específica.
- 3) Trabajo cualificado: Su dedicación laboral requiere una formación específica.

VI. 4. 1. 13. Ocupación de la madre:

Variable cualitativa formada por cuatro criterios:

- 1) Desconocida: No se cuenta con datos sobre la ocupación laboral de la madre.
- 2) Trabaja en el hogar: Su dedicación laboral se basa en las tareas domésticas en su propio hogar.
- 3) Trabajo no cualificado: Su dedicación laboral no requiere una formación específica.
- 4) Trabajo cualificado: Su dedicación laboral requiere una formación específica.

VI. 4. 2. Variables sobre la forma de desarrollarse la violencia sexual

Este conjunto de variables, determinan las características principales del desarrollo de la violencia sexual, y por tanto sólo se estudiaron en el grupo de víctimas.

VI. 4. 2. 1. Tipo de Violencia Sexual:

Variable categórica con dos valores en función de las características de la violencia sexual:

- 1) Abuso: La violencia sexual se realiza sin violencia física ni amenazas, o en el caso de victimizaciones reiteradas la mayoría de las mismas no presentan estrategias violentas por parte del agresor. El agresor emplea el engaño, la seducción, o simplemente se sirve de la actitud sumisa de la víctima por el hecho de su situación de poder o confianza.
- 2) Agresión: La violencia sexual se comete principalmente con violencia física o amenazas.

VI. 4. 2. 2. Lugar de Violencia Sexual:

Variable cualitativa que se refiere al lugar donde se produjo o solía producirse la violencia sexual.

- 1) Domicilio de la víctima: La violencia sexual tuvo lugar, o tenía lugar la mayoría de las veces, en el domicilio de la víctima.
- 2) Domicilio del agresor: La violencia sexual tuvo lugar, o tenía lugar la mayoría de las veces, en el domicilio del agresor, que es distinto al de la víctima.
- 3) Otros: La violencia sexual tuvo lugar, o tenía lugar la mayoría de las veces, en lugares que no eran ni el domicilio de la víctima ni del agresor.

VI. 4. 2. 3. Edad al inicio de la Violencia Sexual:

Variable ordinal con tres intervalos que determinan la edad de la víctima al inicio de la violencia sexual:

- 1) Menos de 10 años.
- 2) Entre los 10 y los 13 años.
- 3) Más de 13 años.

VI. 4. 2. 4. Tiempo transcurrido desde la violencia sexual hasta la evaluación:

Variable ordinal con tres categorías que determinan el tiempo que transcurrió desde que la víctima sufre la violencia sexual, o el último episodio en caso de ser reiterado, hasta el momento en que se realiza la evaluación clínica de la afectación psicológica derivada:

- 1) Menos de 3 meses.
- 2) De 3 meses a 2 años.
- 3) Más de dos años.

VI. 4. 2. 5. Frecuencia de la violencia sexual:

Variable categórica de tipo ordinal que viene definida por el número de ocasiones en las que la víctima había sufrido la violencia sexual estudiada (cometida por un mismo o mismos agresor/es):

- 1) Una única vez
- 2) De dos a 10 veces.
- 3) Más de 10 veces.

VI. 4. 2. 6. Duración del/os episodio/s:

Variable ordinal determinada por el tiempo que duró el episodio de violencia sexual o en el caso de ser varios episodios, el tiempo medio de duración de éstos:

- 1) Menos de 5 minutos
- 2) Entre 5 minutos y una hora
- 3) Más de una hora

VI. 4. 2. 7. Momento del día:

Variable ordinal según el momento del día en el que se produjo o solía producir la violencia sexual.

- 1) No fijo.
- 2) Por la noche.
- 3) Por el día.

VI. 4. 2. 8. Consumo de alcohol-drogas por el agresor:

Variable nominal dicotómica referida a si el agresor se encontraba bajo los efectos de drogas o alcohol cuando cometió, o solía cometer, la violencia sexual.

- 1) Sí.
- 2) No.

VI. 4. 2. 9. Consumo de alcohol-drogas por la víctima:

Variable cualitativa referida a si la víctima se encontraba bajo los efectos de drogas o alcohol cuando sufrió, o solía sufrir, la violencia sexual.

- 1) Sí.
- 2) No.

VI. 4. 2. 10. Actos en los que consistió la violencia sexual:

Variable nominal definida por el tipo de actividades sexuales que comprendía la violencia sexual:

- 1) Tocamientos: Los actos sexuales que se realizaron durante la violencia sexual eran exhibicionismo y/o tocamientos, excluyendo tocamientos de forma intensa en los genitales de la víctima.
- 2) Otros actos más invasivos que los tocamientos pero sin penetración: Los actos sexuales comprendían conductas como tocamientos de forma intensa en los genitales de la víctima, masturbar al agresor o sexo oral hacia la víctima.
- 3) Se llegó a la penetración: En el/los contactos se llegó a la penetración de la víctima, ya sea vaginal, anal o bucal.

VI. 4. 2. 11. El agresor propuso a la víctima un contacto sexual:

Variable categórica que consta de dos valores según si se produjo o no, una o varias propuestas de contacto sexual por parte del agresor hacia la víctima:

- 1) Sí.
- 2) No.

VI. 4. 2. 12. El agresor empleó violencia física:

Variable nominal dicotómica referida al empleo de violencia física tanto inmovilizando como maltratando físicamente, en el desarrollo de la violencia sexual:

- 1) Sí
- 2) No

VI. 4. 2. 13. El agresor empleó violencia verbal:

Variable categórica con dos valores, sobre la utilización o no de insultos, o descalificaciones durante la realización de la violencia sexual:

- 1) Sí.
- 2) No.

VI. 4. 2. 14. El agresor empleó engaño o seducción:

Variable nominal dicotómica, que informa sobre si el agresor hizo uso de engaños o actitudes seductoras durante la comisión de la violencia sexual:

- 1) Sí.
- 2) No.

VI. 4. 2. 15. El agresor empleó amenaza o coacción:

Variable cualitativa con dos valores respecto al empleo o no, de amenazas y/o coacciones a la hora de llevar a cabo el agresor la violencia sexual:

- 1) Sí.
- 2) No.

VI. 4. 2. 16. La víctima cooperó:

Variable categórica descrita por dos valores que informan sobre la colaboración o no aparentemente voluntaria de la víctima en los actos que comprendía la violencia sexual:

- 1) Sí.
- 2) No.

VI. 4. 2. 17. La víctima se quedó bloqueada:

Variable dicotómica nominal que indica la presencia o no de bloqueo, es decir, incapacidad para mostrar alguna reacción, en la víctima ante la vivencia de la violencia sexual:

- 1) Sí.
- 2) No.

VI. 4. 2. 18. La víctima mostró miedo:

Variable cualitativa formada por dos categorías y que indica si la víctima mostró una reacción de miedo ante la experimentación de la violencia sexual:

- 1) Sí.
- 2) No.

VI. 4. 2. 19. La víctima mostró una actitud defensiva:

Variable de tipo categórico sobre la expresión o no por parte de la víctima de reacciones defensivas, como protegerse o intentar huir, ante la violencia sexual:

- 1) Sí.
- 2) No.

VI. 4. 2. 20. La víctima mostró una actitud de lucha:

Variable cualitativa con dos valores que informan sobre la presencia o no de conductas de lucha hacia el agresor durante la realización de la violencia sexual:

- 1) Sí.
- 2) No.

VI. 4. 2. 21. La víctima intentó negociar:

Variable nominal que comprende dos categorías sobre la presencia o no de intentos de negociación de la víctima con el agresor para poner fin o minimizar la violencia sexual:

- 1) Sí.
- 2) No.

VI. 4. 2. 22. Forma terminación:

Variable categórica que describe cómo finalizó la violencia sexual. Consta de tres valores:

- 1) Decidido por agresor: Cuando es el agresor quien finaliza la violencia sexual.
- 2) Por conducta de la víctima: Cuando por alguna conducta de la víctima se pone fin a la violencia sexual. Por ej.: porque la víctima amenace al agresor con desvelar lo sucedido, por huir de la situación, etc.
- 3) Otros: Cuando se finaliza la violencia sexual, por acciones o eventos ajenos al agresor o la víctima. Por ej.: que se muden de ciudad la familia de la víctima o por descubrimiento de los hechos por alguien del entorno.

VI. 4. 3. Variables relativas al agresor

Estas variables también son sólo aplicables al grupo de víctimas, ya que describen aspectos de la/s persona/s que comete/n la violencia sexual.

Hay que tener en cuenta que no estudiamos todas las victimizaciones sexuales que haya podido sufrir la víctima a lo largo de su vida sino aquella por la que se demanda una intervención. En el caso de que la victimización estudiada fuese cometida por más de un agresor se determinará el valor de cada variable que más describa a los agresores.

VI. 4. 3. 1. Número de agresores:

Variable dicotómica que define si el agresor era una única persona o varias:

- 1) Uno.
- 2) Más de uno.

VI. 4. 3. 2. Edad del agresor:

Variable ordinal establecida según la edad del agresor en el momento de suceder la violencia sexual, o la edad media en caso de ser reiterada, que viene dada por los siguientes intervalos:

- 1) Menor de 18 años.
- 2) Entre 18 y 30 años.
- 3) Más de 30 años.

VI. 4. 3. 3. Estado civil:

Variable nominal sobre el estado civil del agresor cuando se produjo la violencia sexual, y que consta de tres categorías:

- 1) Casado o con pareja estable.
- 2) Soltero.
- 3) Viudo/Separado/Divorciado.

VI. 4. 3. 4. Hijos:

Variable cualitativa según la existencia o no de hijos del agresor:

- 1) Sí
- 2) No

VI. 4. 3. 5. Ocupación:

Variable categórica referida a la ocupación del agresor, cuenta con tres valores:

- 1) Estudia.
- 2) Trabaja.

- 3) Desconocida.

VI. 4. 3. 6. Nivel socioeconómicocultural:

Variable cualitativa en la que asignan los valores según el perfil en el que se cumplan más condiciones:

- 4) Alto: El agresor cuenta con ingresos superiores aproximados a 50.0000 euros/año, tiene estudios superiores, empleo acorde con dicha formación y participa en actividades culturales.
- 5) Medio: El agresor tiene ingresos aproximados entre 50.000 y 8.000 euros/año, con estudios reglados pero no superiores, empleo acorde con dicha formación, y participación de forma esporádica en actividades culturales
- 6) Bajo: El agresor posee ingresos inferiores a 8.000 euros/año, no tiene estudios reglados, empleo no cualificado y no suelen realizar actividades culturales.

VI. 4. 3. 7. Admisión de la violencia sexual:

Variable nominal dicotómica, referida a la admisión o no por parte del agresor de la violencia sexual:

- 1) Si.
- 2) No.

VI. 4. 4. Variables previas a la violencia sexual.

Forman parte de este apartado aquellas variables que hacen referencia a aspectos que existían antes de la victimización sexual y que se consideran de interés en el grupo experimental de nuestro estudio, ya que se desea valorar su poder modulador respecto a las secuelas psicológicas de la violencia sexual.

VI. 4. 4. 1. Relación previa víctima-agresor:

Variable categórica que describe el tipo de relación que unía previamente a la víctima y el agresor:

- 1) Desconocidos: La víctima y el agresor no se conocían con anterioridad a la violencia sexual.
- 2) Recientemente conocido: La víctima y el agresor se conocieron poco tiempo antes de producirse la violencia sexual.
- 3) Familiar-padre: El agresor era el padre de la víctima.
- 4) Familiar-otros: El agresor era familiar de la víctima, pero no el padre.

- 5) Amigo/conocido: La víctima y el agresor se conocían desde hace tiempo, pudiendo ser amigos, vecinos, amigos de algún familiar, etc.

VI. 4. 4. 2. Actitud positiva previa hacia el agresor:

Variable dicotómica que indica la presencia o no de una actitud positiva de la víctima hacia el agresor previamente a sufrir la violencia sexual:

- 1) Si.
- 2) No.

VI. 4. 4. 3. Experiencia sexual previa:

Variable categórica, que cuenta indica si la víctima tenía experiencia sexual previa a sufrir la agresión:

- 1) No tiene.
- 2) Tenía experiencia sexual previa: Ha tenido prácticas sexuales, ya sean, caricias sexuales o relaciones sexuales completas.

VI. 4. 4. 4. Actividades/aficiones:

Variable categórica, que cuenta con los siguientes factores:

- 1) No posee: No realiza ninguna actividad deportiva, cultural o educativa fuera del horario escolar.
- 2) Pocas aficiones: Dedicar menos de una hora diaria a actividades deportivas, culturales o educativas, fuera del horario escolar.
- 3) Muchas aficiones: Dedicar más de una hora diaria a actividades deportivas, culturales o educativas, fuera del horario escolar.

VI. 4. 4. 5. Creencias religiosas:

Variable nominal formada por tres niveles:

- 1) No creyente: La persona manifiesta no tener ningún tipo de creencia religiosa.
- 2) Creyente no practicante: Se siente identificada con algún tipo de creencia religiosa, aunque afirma no participar en actividades religiosas.
- 3) Creyente y practicante: Se siente identificada con algún tipo de creencia religiosa y participa en actividades afines.

VI. 4. 4. 6. Antecedentes familiares de victimización sexual:

Variable dicotómica que hace referencia a la existencia o no de algún familiar que haya sufrido también algún episodio de violencia sexual:

- 1) Si.
- 2) No.

VI. 4. 4. 7. Antecedentes familiares de comisión de violencia sexual:

Variable dicotómica que hace referencia a la existencia o no de algún familiar que haya cometido algún tipo de violencia sexual:

- 1) Sí.
- 2) No.

VI. 4. 4. 8. Sufrió violencia sexual con anterioridad:

Variable dicotómica nominal que señala la existencia o no de victimización sexual previa a la violencia sexual analizada en nuestro estudio:

- 1) Sí.
- 2) No.

VI. 4. 4. 9. Sufrió también maltrato físico:

Variable cualitativa referida al hecho de haber experimentado maltrato físico o no, independientemente de la violencia sexual:

- 1) Sí.
- 2) No.

VI. 4. 4. 19. Sufrió también maltrato psicológico:

Variable categórica que hace referencia al hecho de haber experimentado maltrato psicológico o no, independientemente de la violencia sexual:

- 1) Sí.
- 2) No.

VI. 4. 4. 11. Sufrió también negligencia:

Variable cualitativa que hace referencia al hecho de haber experimentado negligencia en su cuidado, independientemente de la violencia sexual:

- 1) Sí
- 2) No

VI. 4. 5. Variables posteriores a la violencia sexual.

Estas variables describen aspectos posteriores a la victimización sexual y que queremos estudiar su influencia en las secuelas psicológicas de la violencia sexual, por eso tanto solo se analizaron en el grupo de víctimas.

VI. 4. 5. 1. Revelación por la víctima:

Variable cualitativa dicotómica que indica si los hechos fueron conocidos por revelar la víctima el hecho de sufrir violencia sexual o no.

- 1) Sí.
- 2) No.

VI. 4. 5. 2. Tiempo transcurrido hasta revelación:

Variable ordinal referida al tiempo que transcurrió desde el episodio o último episodio de la violencia sexual y el momento en que los hechos fueron conocidos.

Viene definida por los siguientes tres intervalos:

- 1) Menos de un día.
- 2) Entre un día y un mes.
- 3) Más de un mes.

VI. 4. 5. 3. Percepción de la actitud familiar ante la violencia sexual:

Variable nominal en relación con la percepción que tiene la víctima de la actitud en general que mostraron sus familiares al conocer la ocurrencia de la violencia sexual. Se asigna a aquella categoría que se aproxime mejor a la actitud familiar que describe la víctima. Consta de cuatro categorías:

- 1) Adecuada: La víctima considera que tras conocer los hechos su familia le apoya de la forma que ella considera más adecuada.
- 2) Minimizan: La víctima considera que su familia, tras conocer lo sucedido, actúan como si los hechos carecieran de importancia.
- 3) Sobreprotectora: La víctima expresa que su familia, al tener conocimiento de lo sucedido, le trata como si necesitase más atención de la que realmente considera ella necesaria.
- 4) Culpabilizadora: La víctima percibe que su entorno familiar, al saber de su victimización, le culpabilizan de algún modo de la misma.

VI. 4. 5. 4. Percepción de la actitud social ante los hechos:

Variable cualitativa en relación con la percepción que tiene la víctima de la actitud de su entorno social (vecinos, compañeros de clase, otros conocidos), en general, respecto a su victimización. Cuenta con los siguientes valores:

- 1) Lo desconocen: El entorno social de la víctima no sabe lo ocurrido.
- 2) Existe apoyo: El entorno social de la víctima, al conocer lo sucedido muestra una actitud que es percibida por la víctima como de apoyo.
- 3) No existe apoyo: El entorno social de la víctima, al conocer lo sucedido muestra una actitud que no es percibida por la víctima como de apoyo.

VI. 4. 5. 5. Percepción de apoyo de amigos:

Variable categórica que indica cómo percibe la víctima el apoyo, en general, que puede recibir de amistades respecto a la victimización sufrida:

- 1) No posee amigos: La víctima no percibe apoyo de amistades ya que no cuenta con personas que considere amigos.
- 2) Posee amigos que no le apoyan: La víctima percibe una actitud en sus amigos que, en general, no considera de apoyo respecto a su victimización.
- 3) Posee amigos que le apoyan: La víctima percibe una actitud en sus amigos que, en general, considera de apoyo respecto a su victimización.

VI. 4. 5. 6. Pareja actual y percepción del apoyo:

Variable de tipo nominal, que informa sobre la percepción que tiene la víctima del apoyo que puede recibir de una pareja sentimental:

- 1) No tiene: La víctima no posee pareja, y por tanto el apoyo percibido a este respecto es nulo.
- 2) Tiene pero no le apoya: La víctima tiene pareja y percibe que ésta no le ofrece ayuda o ésta no es adecuada respecto a la victimización sufrida.
- 3) Tiene y le apoya adecuadamente: La víctima considera que su pareja le ayuda adecuadamente respecto a la violencia sexual sufrida.

VI. 4. 5. 7. Existencia de denuncia:

Variable dicotómica cualitativa, que expresa la existencia o no de denuncia sobre la ocurrencia de la violencia sexual:

- 1) Sí.
- 2) No.

VI. 4. 5. 8. Victimización secundaria:

Variable categórica referida a la experimentación, tras salir a la luz la existencia de la violencia sexual, de un número elevado de intervenciones profesionales, o intervenciones no adecuadas:

- 1) Sí.
- 2) No.

VI. 4. 5. 9. Situación legal de los hechos:

Variable cualitativa que indica si en el momento de la evaluación la víctima estaba en espera de juicio respecto a la violencia sexual sufrida:

- 1) Pendiente de Juicio.

- 2) Sin Juicio: No se espera la celebración de juicio ya sea porque los hechos no han sido denunciados, han sido archivados judicialmente o ya se ha celebrado el juicio.

VI. 4. 5. 10. Actitud actual de la víctima hacia la violencia sexual sufrida:

Variable nominal, que se refiere a actitud que presenta la víctima en el momento de la valoración, respecto a su victimización. Consta de tres categorías:

- 1) Ignora/minimiza: La víctima actúa como si la violencia sexual no hubiera sucedido o como si ésta fuera una vivencia normal.
- 2) Quiere olvidar: La víctima se muestra consciente de la gravedad de los hechos vividos e intenta que no le afecte olvidándolos y evitando aquello que se lo recuerde.
- 3) Quiere superarlo enfrentándose: La víctima se muestra consciente de la gravedad de los hechos vividos y desea superarlo con una actitud activa y sin evitar aquello que se lo recuerde.

VI. 4. 5. 11. Actitud en las sesiones de evaluación:

Variable categórica que señala la actitud que la víctima ha mostrado durante las sesiones de valoración. Se analiza mediante dos valores:

- 1) Colaboradora: La víctima responde activamente durante la evaluación.
- 2) No colaboradora: La víctima muestra una actitud pasiva o se niega a responder en ocasiones durante el proceso de valoración.

VI. 4. 5. 12. Existencia de lesiones físicas:

Variable cualitativa de tipo dicotómico, en referencia si se detectaron o la víctima manifiesta que la vivencia de la violencia sexual tuvo como consecuencia lesiones físicas:

- 1) Sí.
- 2) No.

VI. 4. 6. Variables sobre características de personalidad.

Se enumeran variables que describen características de personalidad que se valoran a través del Cuestionario de personalidad para Adolescentes HSPQ de Cattell y Cattell (2001). La puntuación puede ir de 1 a 10 ya que se emplearon decatipos y aunque se describen a continuación las variables a través de intervalos, estas variables también se recogieron como cuantitativas.

VI. 4. 6. 1. Puntuación en la escala Reservado-Abierto, del HSPQ:

Variable cuantitativa/ordinal que indica la presencia de determinadas características de personalidad. Consta de tres intervalos:

- 1) Decatipo 1, 2 o 3: Puntuación significativamente baja que muestra tendencia a mostrarse reservado, frío y alejado.
- 2) Decatipo 4, 5, 6 o 7: Puntuación no significativa en la escala Reservado-Abierto.
- 3) Decatipo 8, 9 o 10: Puntuación significativamente alta que indica tendencia a mostrarse abierto, afectuoso, reposado y participativo.

VI. 4. 6. 2. Puntuación en la escala Emocionalmente Afectado-Estable, del HSPQ:

Variable cuantitativa/ordinal que indica la presencia de determinadas características de personalidad a través de tres intervalos:

- 1) Decatipo 1, 2 o 3: Puntuación significativamente baja que indica que el sujeto generalmente se caracteriza por tener poca tolerancia a la frustración y propenso a perder el control emocional.
- 2) Decatipo 4, 5, 6 o 7: Puntuación no significativa en la escala Afectado-Estable.
- 3) Decatipo 8, 9 o 10: Puntuación significativamente alta que informa sobre tendencia a mostrarse con una relativa calma, aparentemente estable, socialmente maduro y mejor preparado para relacionarse con los demás.

VI. 4. 6. 3. Puntuación en la escala Calmoso-Excitable, del HSPQ:

Variable cuantitativa/ordinal que con tres intervalos hace referencia a la tendencia a dos características de personalidad:

- 1) Decatipo 1, 2 o 3: Puntuación significativamente baja que señala la tendencia a mostrarse poco expresivo, emocionalmente plácido, poco activo, algo “soso” y cauto.
- 2) Decatipo 4, 5, 6 o 7: Puntuación no significativa en la escala Calmoso-Excitable.
- 3) Decatipo 8, 9 o 10: Puntuación significativamente alta que indica la tendencia a exhibir excitación ante una pequeña provocación, o hiperactivación frente a diferentes tipos de estímulos.

VI. 4. 6. 4. Puntuación en la escala Sumiso-Dominante, del HSPQ:

Variable de tipo cuantitativo que muestra distintas características de personalidad a través de tres intervalos:

- 1) Decatipo 1, 2 o 3: Puntuación significativamente baja que indica que el adolescente tiende a mostrarse sumiso, dócil y obediente.

- 2) Decatipo 4, 5, 6 o 7: Puntuación no significativa en la escala Sumiso-Dominante.
- 3) Decatipo 8, 9 o 10: Puntuación significativamente alta que señala que el sujeto es dominante, relativamente activo, dogmático, agresivo y obstinado.

VI. 4. 6. 5. Puntuación en la escala Sobrio-Entusiasta, del HSPQ:

Variable cuantitativa/ordinal que informa sobre la presencia de determinadas características de personalidad. Consta de tres intervalos:

- 1) Decatipo 1, 2 o 3: Puntuación significativamente baja que indica tendencia a mostrarse serio, taciturno, que se autodesaprueba.
- 2) Decatipo 4, 5, 6 o 7: Puntuación no significativa en la escala Sobrio-Entusiasta.
- 3) Decatipo 8, 9 o 10: Puntuación significativamente alta que señala que el sujeto es bastante entusiasta, optimista y seguro de sí mismo.

VI. 4. 6. 6. Puntuación en la escala Despreocupado-Consciente, del HSPQ:

Variable cuantitativa/ordinal relativa a características de personalidad y que cuenta con tres intervalos:

- 1) Decatipo 1, 2 o 3: Puntuación significativamente baja que informa que el sujeto se suele mostrar despreocupado, o desatento con las reglas, y actúa por conveniencia propia.
- 2) Decatipo 4, 5, 6 o 7: Puntuación no significativa en la escala Despreocupado-Consciente.
- 3) Decatipo 8, 9 o 10: Puntuación significativamente alta que indica la tendencia a mostrarse consciente, perseverante, moralista, sensato y sujeto a las normas.

VI. 4. 6. 7. Puntuación en la escala Cohibido-Emprendedor, del HSPQ: Variable cuantitativa/ordinal que indica la presencia de determinadas características de personalidad. Está formada por los siguientes intervalos:

- 1) Decatipo 1, 2 o 3: Puntuación significativamente baja, lo cual señala tendencia a mostrarse cohibido, tímido y sensible a la amenaza.
- 2) Decatipo 4, 5, 6 o 7: Puntuación no significativa en la escala Cohibido-Emprendedor.
- 3) Decatipo 8, 9 o 10: Puntuación significativamente alta que indica que el sujeto suele ser emprendedor, socialmente atrevido, no inhibido y espontáneo.

VI. 4. 6. 8. Puntuación en la escala Sensibilidad Dura-Blanda, del HSPQ: Variable cuantitativa/ordinal que indica la presencia de determinadas características de personalidad. Consta de tres intervalos:

- 1) Decatipo 1, 2 o 3: Puntuación significativamente baja que refleja sensibilidad dura, rechazo a las ilusiones, realismo y confianza en sí mismo.
- 2) Decatipo 4, 5, 6 o 7: Puntuación no significativa en la escala Dura-Blanda.
- 3) Decatipo 8, 9 o 10: Puntuación que resulta significativamente alta y que indica tendencia a ser impresionable, dependiente, evitación de la amenaza física y simpatía por las necesidades de los demás.

VI. 4. 6. 9. Puntuación en la escala Seguro-Dubitativo, del HSPQ:

Variable de tipo cuantitativo que informa sobre la presencia o no de determinadas características de personalidad, a través de tres intervalos:

- 1) Decatipo 1, 2 o 3: Puntuación significativamente baja que indica la tendencia a ser seguro, libremente expresivo, activo y poco crítico.
- 2) Decatipo 4, 5, 6 o 7: Puntuación no significativa en la escala Seguro-Dubitativo.
- 3) Decatipo 8, 9 o 10: Puntuación significativa para el polo Dubitativo del factor de personalidad Seguro-Dubitativo. Informa de la tendencia a mostrarse irresoluto, con tendencia a ser individualista y reprimido.

VI. 4. 6. 10. Puntuación en la escala Sereno-Aprensivo, del HSPQ:

Variable cuantitativa/ordinal que valora características de personalidad y que cuenta con tres intervalos:

- 1) Decatipo 1, 2 o 3: Puntuación significativamente baja que refleja que el sujeto suele mostrarse sereno, apacible, confiado y seguro de sí mismo.
- 2) Decatipo 4, 5, 6 o 7: Puntuación no significativa en la escala Sereno-Aprensivo.
- 3) Decatipo 8, 9 o 10: Puntuación significativamente alta que indica tendencia a mostrarse aprensivo, con sensación de culpabilidad, inseguro, preocupado, turbable y con autorreproches.

VI. 4. 6. 11. Puntuación en la escala Sociable-Autosuficiente, del HSPQ:

Variable cuantitativa/ordinal que refleja la presencia o no de determinadas características de personalidad. Consta de los siguientes intervalos:

- 1) Decatipo 1, 2 o 3: Puntuación significativamente baja que señala que el sujeto suele ser sociable, buen compañero y de fácil unión al grupo.
- 2) Decatipo 4, 5, 6 o 7: Puntuación no significativa en la escala Sociable-Autosuficiente.

- 3) Decatipo 8, 9 o 10: Puntuación significativamente alta que pone de manifiesto tendencia a ser autosuficiente, que prefiere sus propias decisiones.

VI. 4. 6. 12. Puntuación en la escala Menos-Mas Integrado, del HSPQ:

Variable de tipo cuantitativo que indica la tendencia a mostrar determinadas características de personalidad. Está formada por tres intervalos:

- 1) Decatipo 1, 2 o 3: Puntuación significativamente baja, lo cual señala la tendencia a mostrarse poco integrado, relajado, siguiendo sus propias reglas y descuidando las reglas sociales.
- 2) Decatipo 4, 5, 6 o 7: Puntuación no significativa en la escala Menos-Más Integrado.
- 3) Decatipo 8, 9 o 10: Puntuación significativamente alta que indica la tendencia ser más integrado, socialmente escrupuloso, autodisciplinado, compulsivo, y con control de su autoimagen.

VI. 4. 6. 13. Puntuación en la escala Relajado-Tenso, del HSPQ:

Variable cuantitativa/ordinal que pone de manifiesto la presencia o no de características de personalidad y que se divide en tres intervalos según las puntuaciones en la escala Relajado-Tenso del HSPQ:

- 1) Decatipo 1, 2 o 3: Puntuación significativamente baja que indica la tendencia a mostrarse relajado, tranquilo, sosegado y no frustrado.
- 2) Decatipo 4, 5, 6 o 7: Puntuación no significativa en la escala Relajado-Tenso.
- 3) Decatipo 8, 9 o 10: Puntuación significativamente alta que refleja que el sujeto suele parecer tenso, frustrado, presionado, sobreexcitado e inquieto.

VI. 4. 6. 14. Puntuación en la escala Ajuste-Ansiedad, del HSPQ:

Variable cuantitativa/ordinal que consta de tres intervalos que informan sobre la presencia o no de diversas características de personalidad:

- 1) Decatipo 1, 2 o 3: Puntuación significativamente baja que indica que el sujeto suele encontrarse satisfecho con su posibilidad de respuesta ante las urgencias que se le presentan.
- 2) Decatipo 4, 5, 6 o 7: Puntuación no significativa en la escala Ajuste-Ansiedad.
- 3) Decatipo 8, 9 o 10: Puntuación significativamente alta que señala que el sujeto se suele encontrar insatisfecho con su posibilidad para responder a las urgencias de la vida o para conseguir con éxito lo que desea.

Tendencia a la desorganización en la acción y posibilidad de alteraciones fisiológicas relacionadas.

VI. 4. 6. 15. Puntuación en la escala Introversión-Extraversión, del HSPQ:

Variable de tipo cuantitativo, que refleja la existencia o no de determinadas características de personalidad en un sujeto. Consta de tres intervalos:

- 1) Decatipo 1, 2 o 3: Puntuación significativamente baja, lo cual indica que existe tendencia a la introversión, a ser reservado, autosuficiente e inhibido en los contactos sociales.
- 2) Decatipo 4, 5, 6 o 7: Puntuación no significativa en la escala Introversión-Extraversión.
- 3) Decatipo 8, 9 o 10: Puntuación significativamente alta que señala tendencia a la extraversión, a mostrarse socialmente desenvuelto, con buena capacidad para establecer y mantener contactos personales.

VI. 4. 6. 16. Puntuación en la escala Calma-Excitabilidad, del HSPQ:

Variable cuantitativa/ordinal, con tres intervalos que indican la presencia o no de determinadas características de personalidad:

- 1) Decatipo 1, 2 o 3: Puntuación significativamente baja que informa de la tendencia a la calma.
- 2) Decatipo 4, 5, 6 o 7: Puntuación no significativa en la escala Calma-Excitabilidad.
- 3) Decatipo 8, 9 o 10: Puntuación significativamente alta que indica la tendencia a la intranquilidad, y perder el control.

VI. 4. 6. 17. Puntuación en la escala Dependencia-Independencia, del HSPQ:

Variable de tipo cuantitativo/ordinal que a través de tres intervalos refleja la tendencia a mostrar determinadas características de personalidad:

- 1) Decatipo 1, 2 o 3: Puntuación significativamente baja que indica tendencia a mostrarse dependiente, inseguro de sus propias decisiones y necesitado de la aprobación de otros.
- 2) Decatipo 4, 5, 6 o 7: Puntuación no significativa en la escala Dependencia-Independencia.
- 3) Decatipo 8, 9 o 10: Puntuación significativamente alta que señala tendencia a la independencia, a mostrarse atrevido, con iniciativa y que no necesita el apoyo continuo de los demás.

VI. 4. 7. Variables sobre habilidades sociales.

Se trata de las variables que recogen las puntuaciones obtenidas en la Escala de Habilidades Sociales de Gismero (2002), y cuyos valores van del Centil 1 al 100 cuando la variable se codifica como cuantitativa, y a través de tres intervalos cuando se codifica como ordinal.

VI. 4. 7. 1. Puntuación en la subescala I-Autoexpresión en situaciones sociales, de la EHS:

Variable cuantitativa/ordinal que indica la mayor o menor capacidad para expresarse espontáneamente y sin ansiedad en distintos tipos de situaciones sociales. Consta de los siguientes intervalos:

- 1) Centil 1-25: Ausencia o poca capacidad.
- 2) Centil 26-75: Nivel no significativo.
- 3) Centil 76-100: Capacidad significativamente alta.

VI. 4. 7. 2. Puntuación en la subescala II-Defensa de los propios derechos como consumidor, de la EHS:

Variable cuantitativa/ordinal que señala la mayor o menor capacidad para expresar conductas asertivas frente a desconocidos en defensa de los propios derechos en situaciones de consumo. Está formada por tres intervalos:

- 1) Centil 1-25: Ausencia o poca capacidad.
- 2) Centil 26-75: Nivel no significativo.
- 3) Centil 76-100: Capacidad significativamente alta.

VI. 4. 7. 3. Puntuación en la subescala III-Expresión de enfado o disconformidad, de la EHS:

Variable cuantitativa/ordinal que señala la mayor o menor capacidad para expresar enfado o sentimientos negativos justificados y/o desacuerdo con otras personas. Consta de los siguientes intervalos:

- 1) Centil 1-25: Ausencia o poca capacidad.
- 2) Centil 26-75: Nivel no significativo.
- 3) Centil 76-100: Capacidad significativamente alta.

VI. 4. 7. 4. Puntuación en la subescala IV-Decir No y cortar interacciones, de la EHS:

Variable cuantitativa/ordinal que indica la mayor o menor capacidad para cortar interacciones que no se quieren mantener, así como negarse a prestar algo cuando nos disgusta hacerlo. Cuenta con tres intervalos:

- 1) Centil 1-25: Ausencia o poca capacidad.

- 2) Centil 26-75: Nivel no significativo.
- 3) Centil 76-100: Capacidad significativamente alta.

VI. 4. 7. 5. Puntuación en la subescala V-Hacer peticiones, de la EHS:

Variable cuantitativa/ordinal que señala la mayor o menor capacidad para expresar peticiones de lo que queremos a otras personas. Está formada por los siguientes intervalos:

- 1) Centil 1-25: Ausencia o poca capacidad.
- 2) Centil 26-75: Nivel no significativo.
- 3) Centil 76-100: Capacidad significativamente alta.

VI. 4. 7. 6. Puntuación en la subescala IV-Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto, de la EHS:

Variable cuantitativa/ordinal que señala la mayor o menor capacidad para iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto y para expresar espontáneamente lo que nos gusta del otro. Consta de tres intervalos:

- 1) Centil 1-25: Ausencia o poca capacidad.
- 2) Centil 26-75: Nivel no significativo.
- 3) Centil 76-100: Capacidad significativamente alta.

VI. 4. 7. 7. Puntuación en la subescala Global de la EHS:

Variable cuantitativa/ordinal que señala la mayor o menor capacidad para expresar habilidades sociales en diferentes situaciones. Está formada por tres intervalos:

- 1) Centil 1-25: Ausencia o poca capacidad.
- 2) Centil 26-75: Nivel no significativo.
- 3) Centil 76-100: Capacidad significativamente alta.

VI. 4. 8. Variables sobre sintomatología psicológica.

Este conjunto de variables recogen las puntuaciones obtenidas en las escalas de ansiedad STAI-C y de depresión CDS, que se codificaron como centiles pero también a través de intervalos.

VI. 4. 8. 1. Puntuación en la escala Ansiedad-Estado del STAI-C:

Variable cuantitativa/ordinal discreta con varios niveles.

- 1) Centil 1-25: Ansiedad-Estado baja.
- 2) Centil 26-75: Ansiedad-Estado media.
- 3) Centil 76-100: Ansiedad-Estado alta.

VI. 4. 8. 2. Puntuación en la escala Ansiedad-Rasgo del STAI-C:

Variable cuantitativa/ordinal con los siguientes intervalos:

- 1) Centil 1-25: Ansiedad-Rasgo baja.
- 2) Centil 26-75: Ansiedad-Rasgo media.
- 3) Centil 76-100: Ansiedad-Rasgo alta.

VI. 4. 8. 3. Puntuación en la escala Respuesta Afectiva del CDS:

Variable cuantitativa/ordinal según los intervalos que se indican:

- 1) Centil 1-25: Estado de humor alto.
- 2) Centil 26-75: Estado de humor no significativo.
- 3) Centil 76-100: Estado de humor significativamente bajo.

VI. 4. 8. 4. Puntuación en la escala Problemas Sociales del CDS:

Variable cuantitativa/ordinal con tres intervalos:

- 1) Centil 1-25: Ausencia o nivel significativamente bajo de problemas sociales.
- 2) Centil 26-75: Nivel no significativo de problemas sociales.
- 3) Centil 76-100: Nivel significativamente alto de problemas sociales.

VI. 4. 8. 5. Puntuación en la escala Autoestima del CDS:

Variable cuantitativa/ordinal según la puntuación obtenida en la escala AE:

- 1) Centil 1-25: Autoestima significativamente alta.
- 2) Centil 26-75: Nivel de autoestima no significativo.
- 3) Centil 76-100: Nivel de autoestima significativamente.

VI. 4. 8. 6. Puntuación en la escala Preocupación por la muerte del CDS:

Variable cuantitativa/ordinal con los siguientes tres intervalos:

- 1) Centil 1-25: Ausencia o nivel significativamente bajo de sueños y fantasías en relación con la enfermedad y la muerte.
- 2) Centil 26-75: Nivel no significativo de sueños y fantasías en relación con la enfermedad y la muerte.
- 3) Centil 76-100: Nivel significativamente alto de sueños y fantasías en relación con la enfermedad y la muerte.

VI. 4. 8. 7. Puntuación en la escala Sentimientos de Culpa del CDS:

Variable cuantitativa/ordinal con tres intervalos:

- 1) Centil 1-25: Ausencia o nivel significativamente bajo de problemas sociales.
- 2) Centil 26-75: Nivel no significativo de problemas sociales.
- 3) Centil 76-100: Nivel significativamente alto de problemas sociales.

VI. 4. 8. 8. Puntuación en la escala Depresivos Varios del CDS:

Variable cuantitativa/ordinal que indica el nivel de diversos indicadores depresivos no valorados en otras escalas del CDS. Consta de los siguientes intervalos:

- 1) Centil 1-25: Ausencia o nivel significativamente bajo.
- 2) Centil 26-75: Nivel no significativo.
- 3) Centil 76-100: Nivel significativamente alto.

VI. 4. 8. 9. Puntuación en la escala Ánimo Alegría del CDS:

Variable cuantitativa/ordinal con tres niveles:

- 1) Centil 1-25: Presencia significativa de alegría y diversión.
- 2) Centil 26-75: Nivel no significativo de alegría y diversión.
- 3) Centil 76-100: Ausencia significativa de alegría y diversión.

VI. 4. 8. 10. Puntuación en la escala Positivos Varios del CDS:

Variable cuantitativa/ordinal que indica el nivel de diversos indicadores positivos, respecto al estado de ánimo, no valorados en otras escalas del CDS. Consta de tres intervalos:

- 1) Centil 1-25: Ausencia o nivel significativamente bajo.
- 2) Centil 26-75: Nivel no significativo.
- 3) Centil 76-100: Nivel significativamente alto.

VI. 4. 8. 11. Puntuación en la escala Total Positivo del CDS:

Variable cuantitativa/ordinal que indica el nivel de estado de ánimo positivo detectado a través del CDS. Cuenta con tres intervalos:

- 1) Centil 1-25: Nivel significativamente alto.
- 2) Centil 26-75: Nivel no significativo.
- 3) Centil 76-100: Ausencia o nivel significativamente bajo.

VI. 4. 8. 12. Puntuación en la escala Total Depresivo del CDS:

Variable cuantitativa/ordinal que refleja el nivel de estado de ánimo depresivo detectados a través del CDS. Los intervalos que la forman son:

- 1) Centil 1-25: Ausencia o nivel significativamente bajo.
- 2) Centil 26-75: Nivel no significativo.
- 3) Centil 76-100: Nivel significativamente alto.

VI. 4. 8. 13. Puntuación en la Escala de Autoestima de Rosemberg:

Variable cuantitativa/ordinal formada por los siguientes intervalos:

- 1) De 10 a 20 puntos: Nivel de autoestima bajo.
- 2) De 21 a 30 puntos: Nivel de autoestima medio.

- 3) De 31 a 40 puntos: Nivel de autoestima alto.

VI. 4. 8. 14. Puntuación en la Escala de Inadaptación General del Test Evaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil:

Variable cuantitativa/ordinal que informa sobre el grado de inadaptación en el entorno social, escolar, familiar y la insatisfacción personal. Consta de tres intervalos:

- 1) Centil 1-20: Grado significativamente bajo de inadaptación.
- 2) Centil 21-80: Nivel no significativo.
- 3) Centil 81-100: Grado significativamente alto de inadaptación.

VI. 4. 8. 15. Puntuación en la Escala de Insatisfacción Personal del Test Evaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil:

Variable cuantitativa/ordinal que indica el grado de descontento o satisfacción consigo mismo y su realidad. Consta de tres intervalos:

- 1) Centil 1-20: Grado significativamente bajo de inadaptación.
- 2) Centil 21-80: Nivel no significativo.
- 3) Centil 81-100: Grado significativamente alto de inadaptación.

VI. 4. 8. 16. Puntuación en la Escala de Inadaptación Escolar del Test Evaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil:

Variable cuantitativa/ordinal que refleja el grado de motivación hacia el aprendizaje, satisfacción con el profesorado y presencia/ausencia de comportamientos disruptivos en el medio escolar.

- 1) Centil 1-20: Grado significativamente bajo de indicadores de inadaptación escolar.
- 2) Centil 21-80: Nivel no significativo.
- 3) Centil 81-100: Grado significativamente alto de indicadores de inadaptación escolar.

VI. 4. 8. 17. Puntuación en la Escala de Inadaptación Social del Test Evaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil:

Variable cuantitativa/ordinal que consta de los siguientes intervalos:

- 1) Centil 1-20: Grado significativamente bajo de indicadores de inadaptación social.
- 2) Centil 21-80: Nivel no significativo.
- 3) Centil 81-100: Grado significativamente alto de indicadores de inadaptación social.

VI. 4. 8. 18. Puntuación en la Escala Proimagen del Test Evaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil:

Variable cuantitativa/ordinal que indica el grado de autosuficiencia ingenua. Consta de tres intervalos:

- 1) Centil 1-20: Grado significativamente bajo.
- 2) Centil 21-80: Nivel no significativo.
- 3) Centil 81-100: Grado significativamente alto.

VI. 4. 8. 19. Puntuación en la Escala Contradicciones del Test Evaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil:

Variable cuantitativa/ordinal que indica el grado en el que se detectan contradicciones al responder a los ítems del Test Evaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil. Consta de tres intervalos:

- 1) Centil 1-20: Grado significativamente bajo de contradicciones.
- 2) Centil 21-80: Nivel no significativo.
- 3) Centil 81-100: Grado significativamente alto de contradicciones.

VI. 4. 8. 20. Puntuación en la Escala de Insatisfacción con el ambiente Familiar del Test Evaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil:

Variable cuantitativa/ordinal que indica el grado de descontento o satisfacción con su entorno familiar. Consta de tres intervalos:

- 1) Centil 1-20: Grado significativamente bajo de insatisfacción.
- 2) Centil 21-80: Nivel no significativo.
- 3) Centil 81-100: Grado significativamente alto de insatisfacción.

VI. 4. 8. 21. Puntuación en la Escala de Insatisfacción con los Hermanos del Test Evaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil:

Variable cuantitativa/ordinal que indica el grado de descontento o satisfacción con las relaciones fraternales. Está formada por tres intervalos:

- 1) Centil 1-20: Grado significativamente bajo de insatisfacción.
- 2) Centil 21-80: Nivel no significativo.
- 3) Centil 81-100: Grado significativamente alto de insatisfacción.

VI. 4. 8. 22. Puntuación en la Escala Educación adecuada del Padre del Test Evaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil:

Variable cuantitativa/ordinal que indica el grado de descontento o satisfacción con el tipo de educación paterna. Se establecen los siguientes intervalos:

- 1) Centil 1-20: Grado significativamente alto de insatisfacción.
- 2) Centil 21-80: Nivel no significativo.
- 3) Centil 81-100: Grado significativamente bajo de insatisfacción.

VI. 4. 8. 23. Puntuación en la Escala Educación adecuada del Padre del Test Evaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil:

Variable cuantitativa/ordinal que indica el grado de descontento o satisfacción con el tipo de educación materna. Cuenta con tres intervalos:

- 1) Centil 1-20: Grado significativamente alto de insatisfacción.
- 2) Centil 21-80: Nivel no significativo.
- 3) Centil 81-100: Grado significativamente bajo de insatisfacción.

VI. 4. 8. 24. Puntuación en la Escala Discrepancia Educativa del Test Evaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil:

Variable cuantitativa/ordinal que indica el grado de discrepancia educativa entre los estilos de madre y madre, que es percibido. Se establecen los siguientes intervalos:

- 1) Centil 1-20: Grado significativamente alto de discrepancia.
- 2) Centil 21-80: Nivel no significativo.
- 3) Centil 81-100: Grado significativamente bajo de discrepancia.

VI. 4. 9. Variables sobre sintomatología psicológica postraumática.

En este apartado se presentan variables que describen aquella sintomatología que se considera propiamente postraumática, es decir que resulta según investigaciones previas, característica de víctimas de violencia sexual. Se trata de variables que se registran tanto de forma cuantitativa, referida a puntuaciones en pruebas psicométricas que se recogen, como ordinales transformándolas a través de intervalos. Y también se presentan cuatro variables categóricas referidas a posibles efectos comportamentales de la violencia sexual.

VI. 4. 9. 1. Actitud hacia la sexualidad:

Variable cualitativa acerca de la forma en que se vive la sexualidad, con seis categorías:

- 1) Interés excesivo: Manifiesta conductas excesivamente sexualizadas para su edad. P. ej.: promiscuidad, conductas sexuales de riesgo...
- 2) Normal: Muestra pensamientos y conductas de tipo sexual adecuados a su edad.
- 3) Aversión: Cuando ante la temática sexual se desencadenan reacciones de angustia, miedo o asco, que pueden indicar la presencia de algún trastorno sexual.

VI. 4. 9. 2. Conductas Autolesivas:

Variable nominal dicotómica en función de la existencia o no de conductas autolesivas posteriores a la violencia sexual.

- 1) Sí.
- 2) No.

VI. 4. 9. 3. Consumo de drogas-alcohol:

Variable cualitativa según el aumento o la aparición de ingesta de alcohol y/o drogas con posterioridad a la victimización.

- 1) Sí.
- 2) No.

VI. 4. 9. 4. Rendimiento escolar:

Variable nominal asignada por la detección o no de cambios en el rendimiento escolar tras la victimización sexual.

- 1) No afectado.
- 2) Afectado.

VI. 4. 9. 5. Puntuación en la subescala Global de la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático:

Variable categorizada en función de las puntuaciones obtenidas.

- 1) 15 puntos o menos: Ausencia o Sintomatología del TEPT no significativa.
- 2) Más de 15 puntos: Presencia significativa de Sintomatología del TEPT.

VI. 4. 9. 6. Puntuación en la subescala Reexperimentación de la Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT:

Variable cuantitativa/ordinal, con los siguientes intervalos:

- 1) 5 puntos o menos: Ausencia o sintomatología de tipo reexperimentación no significativa.
- 2) De 6 a 10 puntos: Presencia de sintomatología de tipo reexperimentación significativa.
- 3) 11 puntos o más: Grave sintomatología de tipo reexperimentación.

VI. 4. 9. 7. Puntuación en la subescala Evitación de la Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT:

Variable cuantitativa/ordinal formada por los siguientes intervalos:

- 1) 6 puntos o menos: Ausencia o sintomatología de tipo evitativo no significativa.
- 2) De 7 a 14 puntos: Presencia de sintomatología de tipo evitativo significativa.

- 3) 15 puntos o más: Grave sintomatología de tipo evitativo.

VI. 4. 9. 8. Puntuación en la subescala Aumento de la activación de la Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT:

Variable cuantitativa/ordinal con tres intervalos:

- 1) 4 puntos o menos: Ausencia o sintomatología de tipo aumento de la activación no significativa.
- 2) De 5 a 10 puntos: Presencia significativa de sintomatología de tipo aumento de la activación.
- 3) 11 puntos o más: Grave sintomatología de tipo aumento de la activación.

VI. 4. 9. 9. Puntuación en la Escala Global del Inventario de culpa relacionado con trauma (traducción del TRGI):

Variable cuantitativa/ordinal que indica el grado autoinculpación (sentimiento de culpa) respecto al suceso traumático sufrido. Cuenta con los siguientes intervalos:

- 1) 1 punto o menos: Baja de autoinculpación.
- 2) 1 o 2 puntos: Presencia significativa de autoinculpación.
- 3) 3 o 4 puntos: Alta de autoinculpación.

VI. 4. 9. 10. Puntuación en la Escala de Estrés del Inventario de culpa relacionado con trauma (traducción del TRGI):

Variable cuantitativa/ordinal que indica el grado de ansiedad relacionado con la situación traumática vivida. Cuenta con los siguientes intervalos:

- 1) 1 punto o menos: Grado bajo.
- 2) 1 o 2 puntos: Grado significativo.
- 3) 3 o 4 puntos: Grado alto.

VI. 4. 9. 11. Puntuación en la Escala de Responsabilidad del Inventario de culpa relacionado con trauma (traducción del TRGI):

Variable cuantitativa/ordinal que indica en qué grado la persona se siente responsable de la situación traumática vivida. Cuenta con los siguientes intervalos:

- 1) 1 punto o menos: Grado bajo.
- 2) 1 o 2 puntos: Grado significativo.
- 3) 3 o 4 puntos: Grado alto.

VI. 4. 9. 12. Puntuación en la Escala Mal actuado del Inventario de culpa relacionado con trauma (traducción del TRGI):

Variable cuantitativa/ordinal que indica en qué grado la persona considera que actuó mal cuando experimentó la situación traumática. Cuenta con los siguientes intervalos:

- 1) 1 punto o menos: Grado bajo.
- 2) 1 o 2 puntos: Grado significativo.
- 3) 3 o 4 puntos: Grado alto.

VI. 4. 9. 13. Puntuación en la Escala Falta de Justificación del Inventario de culpa relacionado con trauma (traducción del TRGI):

Variable cuantitativa/ordinal que indica en qué medida la persona considera que no estaba justificada su forma de actuar cuando experimentó el suceso traumático. Cuenta con los siguientes intervalos:

- 1) 1 punto o menos: Grado bajo.
- 2) 1 o 2 puntos: Grado significativo.
- 3) 3 o 4 puntos: Grado alto.

VI. 4. 9. 14. Puntuación en la Escala Cognición de culpa del Inventario de culpa relacionado con trauma (traducción del TRGI):

Variable cuantitativa/ordinal que indica el grado en que la persona experimenta pensamientos de tipo autoinculpatorio respecto a la situación traumática vivida. Cuenta con los siguientes intervalos:

- 1) 1 punto o menos: Grado bajo.
- 2) 1 o 2 puntos: Grado significativo.
- 3) 3 o 4 puntos: Grado alto.

VI. 5. Análisis estadístico

Finalizada la codificación y categorización de las variables en los 67 protocolos, se ha llevado a cabo el análisis de los datos empleando el paquete estadístico SPSS 13.0 en la versión en castellano. Hemos determinado que los estadísticos que se aplicaron mantenían un nivel de confianza mínimo del 95 por ciento.

Como primera parte del análisis se han calculado los descriptivos generales de las variables que componen nuestro estudio, tanto en el grupo de víctimas como en el control y se han realizado comparaciones entre los dos grupos mediante el estadístico Chi-cuadrado de Pearson para las variables categóricas y T de Student para las variables cuantitativas.

Con respecto al estadístico de Pearson se tuvo en cuenta que en el caso de que las frecuencias esperadas sean menores de 5, éstas no deben superar el 20% del total de las frecuencias, ya que en caso contrario el estadístico se debe interpretar con cautela. Cuando la variable dependiente estudiada es cuantitativa se han comprobado en primer lugar las condiciones de normalidad, empleando para ellos las pruebas de Shapiro-Wilk al ser nuestra muestra pequeñas, y de homocedasticidad mediante la F de Levene, aceptando una $p < 0,05$. Si el supuesto de normalidad de las poblaciones que comparamos no es asumible, se emplea la alternativa no paramétrica para el contraste de dos muestras independientes que es la prueba U de Mann-Whitney. Sólo se ha aceptado la normalidad para la variable puntuación en la subescala TAMAI Inadaptación social, y por tanto en este caso se ha utilizado la prueba paramétrica T de Student, y al ser asumible la homogeneidad, teniendo en cuenta el estadístico de Levene, se ha empleado la versión correspondiente del estadístico T. Para el resto de comparaciones entre víctimas y control respecto a las variables cuantitativas se aplica la prueba U de Mann-Whitney.

A continuación se inicia la exploración de la violencia sexual mediante un análisis descriptivo de las variables que se investigan sólo en el grupo de víctimas, ya que en el apartado anterior no fueron estudiadas. Seguidamente, se ha indagado sobre las posibles diferencias o similitudes entre el grupo de víctimas de abuso sexual y el grupo de víctimas de agresión sexual, en las distintas variables tanto psicológicas como sociodemográficas y descriptivas de la violencia sexual. Al tratarse de la comparación entre dos grupos, se emplean de nuevo los estadísticos que se han utilizado para comparar los grupos víctima y control.

En la última parte del análisis estadístico, se estudia el efecto que las variables consideradas como posibles moduladoras tenían en la sintomatología psicológica, valorada mediante las puntuaciones obtenidas en las pruebas psicométricas empleadas. Para conocer en primer lugar si las variables independientes y supuestamente moduladoras están relacionadas y por tanto los efectos detectados se refieren realmente a la influencia de otra variable moduladora con la que suele presentarse, se emplea el estadístico Chi-cuadrado.

Posteriormente para analizar la asociación o independencia entre las variables que estudiamos como mediadoras y la sintomatología estudiada, se procede a comparar las medias de las distintas puntuaciones en los diversos grupos que se crean según las categorías de las variables independientes o moduladoras. Considerando siempre que comparamos muestras independientes, en los casos en los que la variable cualitativa tiene sólo dos categorías, el contraste de hipótesis de igualdad de medias se establece mediante la prueba T de Student o la alternativa no paramétrica, U de

Mann-Whitney, y cuando la variable categórica establecía 3 o más grupos, se emplea el Análisis de la Varianza (ANOVA de una vía) o su opción no paramétrica si se considera necesario.

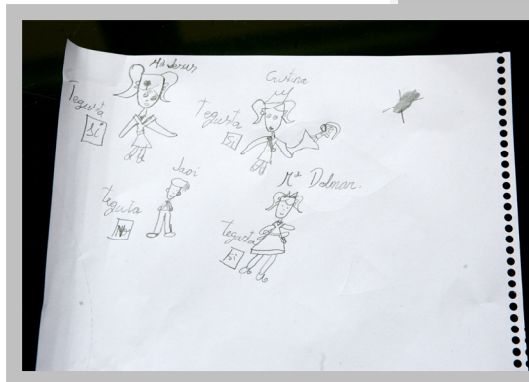
Al respecto es importante señalar que tanto la T de Student como el ANOVA son pruebas altamente estrictas ya que requieren para su aplicación que se cumplan una serie de requisitos, que a continuación describimos, y sobretodo deben verificarse cuando las muestras son pequeñas y los tamaños muestrales desiguales como suele suceder en nuestro estudio.

El primer requisito que comprobamos es la normalidad, refiriéndonos a que la variable cuantitativa debe responder para cada uno de los grupos que se establecen según la variable cualitativa como una distribución normal, es decir que las muestras con las que trabajemos procedan de poblaciones normalmente distribuidas. Para saber si las distribuciones son normales, se han tenido en cuenta los resultados de la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk, dado que nuestras muestras eran pequeñas. Se asume la normalidad de las distribuciones si en cada grupo establecido por las categorías de la variable independiente el nivel crítico es mayor que el nivel de significación de 0,05. Si no se cumple este criterio, en vez de realizar la prueba T de Student se lleva cabo la prueba no paramétrica de Mann-Whitney, y en lugar del ANOVA se emplea la prueba no paramétrica de Krustal-Wallis.

El segundo requisito es el denominado criterio de homocedasticidad u homogeneidad de medias, y se cumple cuando las medias de las distribuciones de la variable cuantitativa en los grupos que se comparan son homogéneas. Mediante la prueba de Levene nos informamos sobre si se cumple o no este requisito, ya que en el caso de que el nivel crítico sea menor de 0,05 tenderemos que rechazar la hipótesis nula de que las medias son homogéneas. En los casos en los que se comparan dos grupos y resulta que sus medias no son homogéneas, se utiliza la versión del estadístico T No asumiendo medias iguales. Cuando se comparan tres o más grupos y se ha rechazado el supuesto de homogeneidad se emplea como alternativa robusta al estadístico F del ANOVA, el estadístico de Brown-Forsythe (1974) para decidir sobre la igualdad de medias.

Por último, en los casos en los que comparamos tres o más grupos, y se rechaza la hipótesis nula de igualdad de medias, se determina qué medias son las que diferían entre sí y de qué modo, mediante las denominadas comparaciones múltiples post hoc o a posteriori. Se ha empleado el método Bonferroni para los casos en los que existe homogeneidad de medias y el método Tamhane en el caso de que se rechace dicha homogeneidad. Cuando se utiliza el estadístico H de Krustal-Wallis y éste resulta

significativo, se emplea la prueba de Mann-Whitney para dos muestras independientes como método para determinar qué grupos difieren entre sí. En estos casos se han acompañado las pruebas de la corrección de Bonferroni como método para controlar la tasa de error.



CAPITULO VII

RESULTADOS

VII. RESULTADOS

VII. 1. ORGANIZACIÓN DE LOS RESULTADOS

Para facilitar la comprensión de los resultados vamos inicialmente a describir la estructura que hemos seguido para exponer los datos obtenidos. Esta estructura consta de dos apartados principales, uno de ellos destinado a analizar las diferencias entre el grupo control y el grupo de víctimas, y un segundo apartado en el que se presentan datos referentes al grupo de víctimas y que muestra como se relacionan entre sí las distintas variables en este grupo.

En el primer apartado se presentan los descriptivos, tanto generales como del grupo control y de víctimas, con respecto a las variables comunes en ambos grupos. También se muestran las comparaciones entre los dos grupos.

El segundo apartado recoge en primer lugar la información sobre las características de la violencia sexual, y por tanto los descriptivos de las variables pertenecen exclusivamente al grupo de víctimas. Se analizan tanto los datos que informan sobre la forma en que se produce la violencia sexual, como los relacionados con las variables sobre aspectos previos y posteriores a la victimización, variables relativas al agresor y por último los descriptivos de las variables de sintomatología psicológica que se midieron únicamente en las víctimas.

Se presentan posteriormente los resultados de la comparación realizada entre los dos subgrupos de víctimas establecidos teniendo en cuenta la variable tipo de violencia sexual. Es decir, se comparan las víctimas de abuso y las víctimas de agresión sexual, respecto a las variables sociodemográficas, características y sintomatología psicológica, forma de desarrollarse la violencia sexual, variables previas y posteriores a la violencia sexual, variables relativas al agresor sexual y sintomatología postraumática.

Por último, se describen los resultados obtenidos tras valorar el efecto que las variables consideradas moduladoras o independientes tienen sobre la sintomatología psicológica de las víctimas. Para estudiar el grado de asociación o independencia se comparan las medias de las puntuaciones obtenidas en las pruebas psicométricas entre los grupos de víctimas que se establecen según las variables independientes. También se compara el efecto que las variables independientes tienen en los valores de las variables que miden afectación comportamental.

VII. 2. DESCRIPTIVOS GENERALES COMUNES DE LOS GRUPOS VÍCTIMAS Y CONTROL, Y COMPARACIÓN DE GRUPOS

VII. 2. 1. Variables sociodemográficas grupo víctimas y grupo control

La tabla 25 incluye los descriptivos generales de las variables sociodemográficas en los dos grupos que forman nuestro estudio (víctimas de violencia sexual y grupo control), así como la comparación de ambos grupos. Para ello se emplea el estadístico χ^2 , ya que se comparan variables cualitativas, y en los casos en los que la variable dependiente tiene sólo dos valores se tiene en cuenta el exacto de Fisher. Para evitar que se produzcan muchos casos en los que más del 20% de las casillas presentan frecuencias esperadas inferiores a 5, y por tanto, los resultados de Chi-cuadrado pudieran no ser válidos, se ha decidido en aquellos casos en los que se considera viable, agrupar los datos de las variables en menos categorías, uniendo dos o más categorías en una. Por ejemplo, sólo se ha obtenido un caso de víctimas de abuso con nivel socioeconómico-cultural alto y otro caso en víctimas de agresión sexual, así que se ha decidido transformar las tres categorías (alto, medio bajo), en dos (medio-alto y bajo).

Al examinar los resultados, se comprueba claramente la existencia de discrepancias entre grupos con respecto a las características sociodemográficas. Las diferencias resultan estadísticamente significativas en casi todas las variables, exceptuando en las variables edad, tipo de domicilio y la edad del padre y de la madre, lo cual no sorprende ya que se intentó controlar las dos primeras mediante homogeneización, para que no funcionen como variables extrañas, y esto puede influir en las otras dos variables.

Centrándonos en las variables en las que se detectan diferencias estadísticamente significativas, comprobamos que en el grupo control todas las jóvenes vivían con su familia biológica, mientras que en el grupo de víctimas casi la mitad no presentaba esa situación, ya que el 45% vivían en un centro de acogida o con una familia adoptiva o de acogida. Por una parte, en cuanto al nivel socioeconómico-cultural, más de la mitad de las víctimas (60%) presentan un nivel bajo, frente al 7,4% del grupo control.

Ocurre esto mismo, pero de forma más acentuada, respecto a la existencia de problemática en la unidad familiar, ya que mientras que en el grupo control no se detecta ningún caso con problemática grave, en el grupo de víctimas el 62,5% mostraba este tipo de problemas, y sólo en un 15% no se detectó problemática. En cuanto a la estructura familiar, en el grupo de víctimas el 47,5% contaba con una estructura familiar completa, y el 52,5% procedía de una familia en la que faltaba alguno de los padres. Sin embargo, en el grupo control la mayoría de las chicas (88,9%) pertenecían a una familia con ambos padres.

También se comprueba que el nivel educativo de los padres es significativamente más bajo en el grupo de víctimas, y consecuentemente el tipo de trabajo que desempeñan es menos cualificado que en el grupo control.

TABLA 25. DESCRIPTIVOS GENERALES Y COMPARACIÓN DE GRUPOS VÍCTIMAS Y CONTROL EN RELACIÓN CON LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

		GRUPO				COMPARACIÓN	
		VICTIMA		CONTROL		X2	Exacto Fisher
		Fre c.	%	Frec.	%		
Edad víctima	12-13	10	25,0%	6	22,2%	5,90 p=0,744	
	14-15	17	42,5%	14	51,9%		
	16-17	13	32,5%	7	25,9%		
Nivel educativo víctima	Alto	7	17,5%	7	25,9%	7,683 p= 0,021*	
	Medio	14	35,0%	16	59,3%		
	Bajo	19	47,5%	4	14,8%		
Situación familiar	Vive con su familia biológica	22	55,0%	27	100,0%	16,613 p= 0,000**,a,b	p= 0,000**
	Vive en un centro de acogida/ con una familia adoptiva o de acogida	18	45,0%	0	0,0%		
Domicilio	Rural	18	45,0%	11	40,7%	0,119 p= 0,730	p=0,804
	Urbano	22	55,0%	16	59,3%		
Nivel socioeconómico-cultural	Medio/Alto	16	40,0%	25	92,6%	18,775 p= 0,000**	p= 0,000**
	Bajo	24	60,0%	2	7,4%		
Problemática en Unidad	No	6	15,0%	19	70,4%	30,443 p=0,000**b	
	Problemas de poca gravedad	9	22,5%	8	29,6%		

familiar	Existencia de grave problemática	25	62,5%	0	,0%		
Estructura familiar	Completa: Ambos padres	19	47,5%	24	88,9%	12,011 p= 0,001*	p= 0,001*
	Incompleta: Falta algún miembro	21	52,5%	3	11,1%		
Nivel educativo del padre	Alto	5	12,5%	10	37,0%	19,195 p= 0,000**	
	Medio	9	22,5%	14	51,9%		
	Bajo	26	65,0%	3	11,1%		
Nivel educativo de la madre	Alto	3	7,5%	4	14,8%	14,972 p= 0,001*a	
	Medio	12	30,0%	19	70,4%		
	Bajo	25	62,5%	4	14,8%		
Edad del padre	De 30 a 50 años	23	57,5%	19	70,4%	1,142 p= 0,285	p=0,315
	Más de 50 años	17	42,5%	8	29,6%		
Edad de la madre	De 30 a 50 años	30	75,0%	24	88,9%	1,988 p= 0,159	p= 0,214
	Más de 50 años	10	25,0%	3	11,1%		
Ocupación del padre	Desconocida	10	25,0%	1	3,7%	14,204 p= 0,001*	
	Trabajo no cualificado	21	52,5%	8	29,6%		
	Trabajo cualificado	9	22,5%	18	66,7%		
Ocupación de la madre	Desconocida	6	15,0%	0	,0%	9,132 p= 0,028*,a	
	Trabaja en el hogar	16	40,0%	13	48,1%		
	Trabajo no cualificado	12	30,0%	4	14,8%		
	Trabajo cualificado	6	15,0%	10	37,0%		

SIGNIFICATIVO $p < 0'05$; ** SIGNIFICATIVO $p < 0'01$

a Más del 20% de las celdas presenta frecuencias esperadas menores a 5, por lo que el estadístico chi-cuadrado de Pearson debe interpretarse con cautela.

b La frecuencia esperada en una de las celdas fue menor a 1, y por ello el estadístico chi-cuadrado de Pearson debe interpretarse con cautela, ya que los resultados podrían no ser válidos.

VII. 2. 2. Características y sintomatología psicológica en los grupos víctimas y control

En la tabla 26 se muestran los porcentajes y frecuencias obtenidas, tanto en el grupo control como en el grupo de víctimas, así como las comparaciones entre ellos, en los intervalos de las subescalas del HSPQ, instrumento que hemos empleado para valorar características de personalidad. Las puntuaciones 1, 2 y 3 sitúan al sujeto en el polo que aparece en primer lugar en el nombre de la subescala, las puntuaciones 4, 5, 6 y 7 informan de un posicionamiento medio entre los dos polos, y la obtención de puntuaciones 8, 9 o 10 indican que el sujeto se sitúa en el polo que se nombra en segundo lugar en el enunciado de la subescala.

Se han encontrado diferencias significativas entre el grupo de víctimas y el grupo control en las subescalas del HSPQ Reservado-Abierto, Sobrio-Entusiasta y Sereno-Aprensivo, aunque estas diferencias deben ser interpretadas con cautela debido al número de casillas que presentan frecuencias esperadas menores a 5. Concretamente, en el grupo de víctimas no hubo ningún caso cuyas puntuaciones señalaran tendencia

a mostrarse abierto, frente al 14,8% del grupo control que sí mostraba dicha tendencia.

Con respecto a la escala Sobrio-Entusiasta, un 35% de las víctimas presentaban tendencia a ser sobrias, mientras que el grupo control sólo un 7,4%. Por último, en la escala Sereno-Aprensivo, el 5% de las víctimas lograron una puntuación que les sitúa en el polo Sereno, mientras que en el grupo control el porcentaje en este polo llega al 25,9%.

TABLA 26. DESCRIPTIVOS GENERALES Y COMPARACIÓN DE GRUPOS VÍCTIMAS Y CONTROL EN RELACIÓN CON LAS PUNTUACIONES EN EL HSPQ

VARIABLES	CATEG	VICTIMAS		CONTROL		COMPAR.
		Frec.	%	Frec.	%	X ²
HSPQ-Reservado-Abierto	1-2-3	9	22,5%	2	7,4%	8,163 p=0,017* a
	4-5-6-7	31	77,5%	21	77,8%	
	8-9-10	0	0%	4	14,8%	
HSPQ-Emocionalmente Afectado-Estable	1-2-3	13	32,5%	4	14,8%	4,611 p=0,100
	4-5-6-7	24	60,0%	17	63,0%	
	8-9-10	3	7,5%	6	22,2%	
HSPQ-Calmoso-Excitable	1-2-3	9	22,5%	3	11,1%	2,102 p=0,350 a
	4-5-6-7	26	65,0%	18	66,7%	
	8-9-10	5	12,5%	6	22,2%	
HSPQ-Sumiso-Dominante	1-2-3	2	5,0%	0	,0%	1,937 p=0,380 a,b
	4-5-6-7	28	70,0%	22	81,5%	
	8-9-10	10	25,0%	5	18,5%	
HSPQ-Sobrio-Entusiasta	1-2-3	14	35,0%	2	7,4%	6,846 p=0,033*
	4-5-6-7	21	52,5%	21	77,8%	
	8-9-10	5	12,5%	4	14,8%	
HSPQ-Despreocupado-Consciente	1-2-3	10	25,0%	9	33,3%	1,148 p=0,563 a,b
	4-5-6-7	29	72,5%	18	66,7%	
	8-9-10	1	2,5%	0	,0%	
HSPQ-Cohibido-Emprendedor	1-2-3	7	17,5%	2	7,4%	1,849 p=0,397
	4-5-6-7	25	62,5%	17	63,0%	
	8-9-10	8	20,0%	8	29,6%	
HSPQ-Sensibilidad Dura-Blanda	1-2-3	0	0%	2	7,4%	4,653 p=0,098 a,b
	4-5-6-7	30	75,0%	22	81,5%	
	8-9-10	10	25,0%	3	11,1%	
HSPQ-Seguro-Dubitativo	1-2-3	0	0%	1	3,7%	3,519 p=0,172 a,b
	4-5-6-7	24	60,0%	20	74,1%	
	8-9-10	16	40,0%	6	22,2%	
HSPQ-Sereno- Aprensivo	1-2-3	2	5,0%	7	25,9%	6,076 p=0,048* a
	4-5-6-7	32	80,0%	17	63,0%	
	8-9-10	6	15,0%	3	11,1%	

HSPQ-Sociable-Autosuficiente	1-2-3	6	15,0%	6	22,2%	3,525 p=0,172 a
	4-5-6-7	24	60,0%	19	70,4%	
	8-9-10	10	25,0%	2	7,4%	
HSPQ-Menos-Más Integrado	1-2-3	7	17,5%	3	11,1%	1,257 p=0,533 a
	4-5-6-7	26	65,0%	21	77,8%	
	8-9-10	7	17,5%	3	11,1%	
HSPQ-Relajado-Tenso	1-2-3	8	20,0%	4	14,8%	0,482 p=0,786 a
	4-5-6-7	29	72,5%	20	74,1%	
	8-9-10	3	7,5%	3	11,1%	
HSPQ-Ajuste-Ansiedad	1-2-3	4	10,0%	3	11,1%	0,422 p=0,810 a
	4-5-6-7	33	82,5%	23	85,2%	
	8-9-10	3	7,5%	1	3,7%	
HSPQ-Introversión-Extraversión	1-2-3	7	17,5%	1	3,7%	3,494 p=0,174a
	4-5-6-7	31	77,5%	23	85,2%	
	8-9-10	2	5,0%	3	11,1%	
HSPQ-Calma-Excitabilidad	1-2-3	1	2,5%	3	11,1%	2,129 p=0,145 a
	4-5-6-7	39	97,5%	24	88,9%	
	8-9-10	0	0%	0	0%	
HSPQ-Dependencia-Independencia	1-2-3	2	5,0%	0	0%	2,159 p=0,340 a,b
	4-5-6-7	36	90,0%	24	88,9%	
	8-9-10	2	5,0%	3	11,1%	

SIGNIFICATIVO $p < 0,05$; ** SIGNIFICATIVO $p < 0,01$

a Más del 20% de las celdas presenta frecuencias esperadas menores a 5, por lo que el estadístico chi-cuadrado de Pearson debe interpretarse con cautela.

b La frecuencia esperada en una de las celdas fue menor a 1, y por ello el estadístico chi-cuadrado de Pearson debe interpretarse con cautela, ya que los resultados podrían no ser válidos.

Para analizar las puntuaciones obtenidas en la Escala de Habilidades Sociales (EHS) (tabla 27), al codificarse como una variable cuantitativa, y comprobar que no se cumple el requisito de normalidad, se ha aplicado la prueba U de Mann-Whitney para comparar las medias en los grupos víctimas y control.

El único contraste entre el grupo de víctimas y el control que muestra diferencias estadísticamente significativas se halla a través de la subescala Autoexpresión en situaciones sociales, obteniendo el grupo control mayores puntuaciones y por tanto más habilidades sociales de este tipo que las víctimas.

TABLA 27. DESCRIPTIVOS GENERALES Y COMPARACIÓN DE GRUPOS VÍCTIMAS Y CONTROL EN RELACIÓN CON LAS PUNTUACIONES EN LAS ESCALAS EHS

	VICTIMAS		CONTROL		Puntos de corte	Prueba U de Mann-Whitney	
	M	DT	M	DT		Z	p
EHS-Autoexpresión en situaciones sociales	38	29	55	26	<25 >75	-2,458	,014*

EHS-Defensa de los propios derechos como consumidor	45	31	43	24	<25 >75	-,019	,985
EHS-Expresión de enfado o disconformidad	42	30	45	24	<25 >75	-,500	,617
EHS-Decir No y cortar interacciones	46	32	47	27	<25 >75	-,244	,808
EHS-Hacer peticiones	41	26	39	27	<25 >75	-,212	,832
EHS-Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto	43	30	55	29	<25 >75	-1,602	,109
EHS-Total	41	29	45	28	<25 >75	-,717	,473

*SIGNIFICATIVO $p < 0'05$; ** SIGNIFICATIVO $p < 0'01$

En la siguiente tabla (tabla 28) se presentan los resultados obtenidos en los grupos víctimas y control, y la comparación entre ambos en las pruebas que miden ansiedad (STAI-C), depresión (CDS) y autoestima (EA).

Queda claramente de manifiesto la existencia de diferencias entre ambos grupos con respecto a la sintomatología ansiosa, depresiva, y el nivel de autoestima, ya que en todas las subescalas se detectan contrastes estadísticamente significativos. Las puntuaciones señalan que las víctimas poseen más baja autoestima, mayor sintomatología depresiva y ansiosa. En cuanto a la comparación de las medias con los puntos de corte, se comprueba que el grupo control presenta un nivel de ansiedad estado referido al momento de la evaluación, significativamente bajo. Y en el grupo de víctimas se observa que la falta de ilusión y otros motivos de alegría, así como la baja autoestima son de tal magnitud que las medias sobrepasan el punto de corte establecido.

Las puntuaciones en las subescalas del Test de Análisis Multifactorial de Adaptación Infantil (TAMAI), en el grupo de víctimas y el grupo control, se muestran en la tabla 29, así como las diferencias de medias. Se aprecian diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones en las subescalas del TAMAI Inadaptación General, Inadaptación Personal, Contradicciones e Insatisfacción Familiar. Estos datos indican que las víctimas presentan menor adaptación general y personal, más contradicciones y más insatisfacción familiar que el grupo control, y en el caso específicamente de la inadaptación personal, ésta es tan marcada que la media llega a superar el punto de corte establecido en esta subescala.

TABLA 28. DESCRIPTIVOS GENERALES Y COMPARACIÓN DE GRUPOS VÍCTIMAS Y CONTROL EN RELACIÓN CON LAS PUNTUACIONES EN EL STAIC Y CDS

	VÍCTIMA		CONTROL		Punto de corte	Prueba U de Mann-Whitney	
	M	DT	M	DT		Z	p
STAIC-Ansiedad-Estado	59	33	19	17	<25 >75	-4,297	0,000**
STAIC-Ansiedad-Rasgo	67	28	44	23	<25 >75	-3,436	0,001**
CDS-Respuesta Afectiva	71	28	32	24	<25 >75	-4,737	0,000**
CDS-Problemas Sociales	66	27	34	26	<25 >75	-4,344	0,000**
CDS-Autoestima	60	28	30	28	<25 >75	-3,963	0,000**
CDS-Preocupación por la muerte	65	28	26	24	<25 >75	-4,724	0,000**
CDS-Sentimiento de Culpabilidad	48	29	26	26	<25 >75	-3,067	0,002**
CDS-Depresivos Varios	55	29	30	26	<25 >75	-3,416	0,001**
CDS-Ánimo-Alegría	73	31	48	28	<25 >75	-3,592	0,000**
CDS-Positivos Varios	77	22	64	26	<25 >75	-2,177	0,030*
CDS-Total Positivos	81	26	60	28	<25 >75	-3,591	0,000**
CDS-Total Depresivo	68	27	26	25	<25 >75	-5,023	0,000**
Escala Autoestima Rosemberg	27	6	31	4	<29	-3,241	0,001*

*SIGNIFICATIVO $p < 0,05$; ** SIGNIFICATIVO $p < 0,01$

TABLA 29. DESCRIPTIVOS GENERALES Y COMPARACIÓN DE GRUPOS VÍCTIMAS Y CONTROL EN RELACIÓN CON LAS PUNTUACIONES EN EL TAMAI

	VÍCTIMA		CONTROL		Punto de corte	Prueba U de Mann-Whitney/T de Student	
	M	DT	M	DT		Z/t	p
TAMAI-Inadaptación General	72	20	43	19	<20 >80	-4,826	0,000**
TAMAI-Inadaptación Personal	73	28	38	22	<20 >80	-4,503	0,000**
TAMAI-Inadaptación Escolar	53	31	44	24	<20 >80	-1,209	0,227
TAMAI-Inadaptación Social	58	27	40	22	<20 >80	-3,026	0,002
TAMAI-Proimagen	62	23	52	22	<20 >80	-2,017	0,044
TAMAI-Contradicciones	64	17	47	15	<20 >80	-3,619	0,000**
TAMAI-Insatisfacción Familiar	65	24	48	15	<20 >80	3,002	0,004*
TAMAI-Insatisfacción con Hermanos	62	26	50	20	<20 >80	-2,447	0,014

TAMAI-Educación adecuada del padre	37	29	54	27	<20 >80	-2,604	0,009
TAMAI-Educación adecuada de la madre	46	28	45	25	<20 >80	-,026	0,980
TAMAI-Discrepancia educativa	59	24	45	24	<20 >80	-2,580	0,010

SIGNIFICATIVO $p < 0'05$; ** SIGNIFICATIVO $p < 0'01$

VII. 3. DESCRIPTIVOS DE LAS VARIABLES EXCLUSIVAS DEL GRUPO DE VÍCTIMAS

Las variables relacionadas con la forma de desarrollarse la violencia sexual se describen en la tabla 30. Nos encontramos con que más de la mitad de las víctimas (67,5%) sufrieron la victimización sexual sin violencia ni intimidación, es decir lo que hemos considerado abuso sexual, mientras que el 32% de las víctimas sufrieron una agresión sexual. En cuanto al lugar en el que se cometía la violencia sexual, el domicilio de la víctima con el 52% era donde se producían con mayor frecuencia los hechos, seguido del domicilio del agresor (25%) y ocurría en lugares distintos al domicilio de la víctima o del agresor en tan sólo el 22,5% de las victimizaciones. La edad que tenía la víctima cuando sufrió la violencia sexual por primera vez se concentra con mayor frecuencia en los intervalos de la adolescencia, siendo de menos de 10 años en el 17,5% de los casos, entre 10 y 13 años en el 37,5% y el 45% de las víctimas fueron agredidas/abusadas por primera vez con más de 13 años.

Llama la atención el tiempo que transcurrió desde que la víctima asegura que finaliza la violencia hasta que se produce una valoración psicológica especializada, ya que tan sólo en el 27,5% de los casos fue en un periodo de tiempo menor a tres meses. También hay que destacar que en más de la mitad de los casos las víctimas sufrieron la violencia sexual en varias ocasiones, el 35% lo sufrió entre 2 y 10 veces, y el 20% en más de 10 ocasiones.

En el estudio de la duración del episodio de violencia sexual, o el tiempo medio de los episodios, en el caso de haber sufrido varias victimizaciones por el mismo o mismos agresor/es, se comprueba que en el 80% de los casos la duración era menor a una hora. El momento en el que se produjo la violencia sexual no era fijo en el 40% de las víctimas, aunque cuando sí lo era, éste tenía lugar durante el día el doble de veces que durante la noche (40% frente al 20%).

Cuando se indaga sobre el consumo de drogas u otras sustancias psicoactivas por parte del agresor o la víctima, se comprueba que mientras que la mayoría de las víctimas no presentaba consumo (92,5%), en el 45% de las victimizaciones el agresor

presentaba muestras de haber consumido. En cuanto a los actos de tipo sexual que tuvieron lugar durante la victimización, en el 35% de los casos consistieron en tocamientos, el 27,5% de las víctimas sufrieron actos más invasivos que los tocamientos pero sin llegar a la penetración, mientras que en el 37% de los casos de violencia sexual se llegó a la penetración.

Centrándonos en las conductas y actitudes que el agresor manifestó durante algún momento de la victimización, y teniendo en cuenta que pudo presentar varias, destaca que en el 60% de los casos el agresor propuso el contacto sexual a la víctima, utilizando violencia física en el 47,5% de las victimizaciones, violencia verbal en el 75%, amenaza o coacción en el 40%, y engaño/seducción en el 62,5% de las ocasiones.

Con respecto a la víctima ésta se bloqueó en el 92,5% de las agresiones o abusos, mostró miedo en el 72,5%, tuvo una actitud defensiva en el 40%, intentó negociar en el 22,5%, cooperó en el 17,5%, y mostró una actitud de lucha 12,5% de los casos. El/los episodio/s finalizaba/n por decisión del agresor en el 52,5% de los casos y por alguna conducta de la víctima en un 42,5% de las victimizaciones estudiadas.

TABLA 30. DESCRIPTIVOS GENERALES EN RELACIÓN CON LAS VARIABLES RELATIVAS A LA VIOLENCIA SEXUAL

VARIABLES	CATEGORÍAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Tipo de violencia sexual	Abuso	27	67,5%
	Agresión	13	32,5%
Lugar en el que se produjo	Domicilio de la víctima	21	52,5%
	Domicilio del agresor	10	25,0%
	Otros	9	22,5%
Edad en el primer episodio	Menos de 10 años	7	17,5%
	Entre 10 y 13 años	15	37,5%
	Más de 13 años	18	45,0%
Tiempo transcurrido desde la violencia sexual hasta actualidad	Menos de 3 meses	11	27,5%
	De 3 meses a 2 años	18	45,0%
	Más de 2 años	11	27,5%
Frecuencia de la violencia sexual	Una única vez	18	45,0%
	De 2 a 10 veces	14	35,0%
	Más de 10 veces	8	20,0%
Duración del/ los episodio/s	Menos de 5 minutos	13	32,5%
	Entre 5 minutos y 1 hora	19	47,5%
	Más de 1 hora	8	20,0%
Momento del día en el que se produjo la violencia sexual	No fijo	16	40,0%
	Por la noche	8	20,0%
	Por el día	16	40,0%

Consumo de alcohol-drogas por agresor	Si	18	45,0%
	No	22	55,0%
Consumo de alcohol-drogas por víctima	Si	3	7,5%
	No	37	92,5%
Actos en los que consistió la violencia sexual	Tocamientos	14	35,0%
	Actos más invasivos que tocamientos pero sin penetración	11	27,5%
	Se llegó a la penetración	15	37,5%
El agresor propuso a la víctima contacto sexual	Si	24	60,0%
	No	16	40,0%
El agresor empleó violencia física	Si	19	47,5%
	No	21	52,5%
El agresor empleó violencia verbal	Si	10	25,0%
	No	30	75,0%
El agresor empleó engaño/seducción	Si	25	62,5%
	No	15	37,5%
El agresor empleó amenaza o coacción	Si	16	40,0%
	No	24	60,0%
La víctima cooperó	Si	7	17,5%
	No	33	82,5%
La víctima se quedó bloqueada	Si	37	92,5%
	No	3	7,5%
La víctima mostró miedo	Si	29	72,5%
	No	11	27,5%
La víctima mostró actitud defensiva	Si	16	40,0%
	No	24	60,0%
La víctima mostró actitud de lucha	Si	5	12,5%
	No	35	87,5%
La víctima intentó negociar	Si	9	22,5%
	No	31	77,5%
Forma de terminación	Decidido por agresor	21	52,5%
	Por conducta de la víctima	17	42,5%
	Otros	2	5,0%

Los aspectos previos a la victimización que hemos estudiado, y que se muestran en la tabla 31 nos informan que el 70% de las víctimas no tenían experiencia sexual previa a la agresión/abuso, el 32,5% poseía muchas aficiones, mientras que el 50% manifestaba tener pocas aficiones, el 17,5% no contaba con ninguna, y el 72,5% era creyente. En cuanto a los antecedentes familiares de violencia sexual, se registra un 35% de víctimas en cuyas familias alguien anteriormente había sido victimizada y un

25% pertenecía a una familia con algún miembro que había cometido violencia sexual. Aunque existen pocos casos con antecedentes de violencia sexual en la vida de la víctima (5% de los casos), el porcentaje resultaba llamativo en cuanto a la vivencia de maltrato físico, psicológico y negligencia (35%, 42,5% y 45% respectivamente).

La violencia sexual salió a la luz en la mayoría de los casos porque fue la víctima quien lo desvela (80%), y en el 57,5% de las situaciones se tuvo conocimiento de lo sucedido tras transcurrir más de un mes desde que se produjeran los hechos. Y después de conocerse, la mitad de las víctimas consideraba que la actitud familiar era adecuada, mientras que el 35% percibía que la familia minimizaba lo ocurrido, el 12,5% sentía que le sobreprotegían y el 2,5% creía que le culpaban de lo sucedido. Aunque en el 20% de los casos la violencia sexual no trascendió al entorno social, en el 50% de las situaciones sí se conocía socialmente y la víctima se consideraba apoyada, mientras que en otro 30% aunque sí se sabía lo ocurrido, la víctima no se sentía arropada. Con respecto a los amigos, la víctima manifestó sentirse apoyada en más de la mitad de los casos (62,5%), y el 25% de las víctimas también aseguraba poseer el apoyo de una pareja.

De todos los casos que estudiamos tan sólo el 15% no estaban denunciados en el momento de solicitarse la valoración psicológica, y el 75% se encontraba pendiente de juicio, y lo que resulta más interesante, el 65% de las víctimas consideraban que el trato que el sistema judicial que le estaba dando era inadecuado y doloroso. Durante el proceso de evaluación la mayoría de las víctimas mostraban una actitud colaboradora (87,5%), aunque con respecto a la actitud frente a lo sucedido existía mayor disparidad de posiciones, pues mientras que el 57,5% quería superarlo adecuadamente, el 32,5% prefería olvidarlo todo y el 10% minimizaba lo sucedido o simplemente lo ignoraba. Cabe también destacar que la presencia de lesiones físicas como consecuencia de la violencia sexual es detectada en tan sólo un 15% de las víctimas.

TABLA 31. DESCRIPTIVOS GENERALES EN RELACIÓN CON LAS VARIABLES PREVIAS Y POSTERIORES A LA VIOLENCIA SEXUAL

VARIABLES	CATEGORÍAS	FRECUNCIA	PORCENTAJE
Experiencia sexual previa víctima	No tiene	28	70,0%
	Adecuada a su edad	11	27,5%
	Por encima de su edad	1	2,5%
Actividad/aficiones víctima	No posee	7	17,5%
	Pocas aficiones	20	50,0%
	Muchas aficiones	13	32,5%
	No creyente	11	27,5%

Creencias religiosas víctima	Creyente no practicante	18	45,0%
	Creyente practicante	11	27,5%
Antecedentes familiares sufrir violencia sexual	Si	14	35,0%
	No	26	65,0%
Antecedentes familiares comisión de violencia sexual	Si	9	22,5%
	No	31	77,5%
Víctima sufrió violencia sexual anteriormente	Si	2	5,0%
	No	38	95,0%
Víctima sufrió maltrato físico	Si	14	35,0%
	No	26	65,0%
Víctima sufrió maltrato psicológico	Si	17	42,5%
	No	23	57,5%
Víctima sufrió negligencia	Si	18	45,0%
	No	22	55,0%
Revelación por víctima	Si	32	80,0%
	No	8	20,0%
Tiempo entre la violencia sexual y la revelación	Menos de un día	10	25,0%
	Entre 1 día y 1 mes	7	17,5%
	Más de 1 mes	23	57,5%
Percepción de la actitud familiar hacia la violencia sexual	Adecuada	20	50,0%
	Minimiza	14	35,0%
	Sobreprotectora	5	12,5%
	Culpabilizadora	1	2,5%
Percepción de la actitud social hacia la violencia sexual	Lo desconocen	8	20,0%
	Existe apoyo	20	50,0%
	No existe apoyo	12	30,0%
Percepción apoyo de amigos	No posee amigos	7	17,5%
	Posee amigos que no le apoyan	8	20,0%
	Posee amigos que le apoyan	25	62,5%
Pareja actual y percepción apoyo	No tiene	28	70,0%
	Tiene pero no le apoya	2	5,0%
	Tiene y le apoya	10	25,0%
Existencia de denuncia	Si	34	85,0%
	No	6	15,0%
Victimización secundaria	Si	26	65,0%
	No	14	35,0%
Situación legal de los hechos	Pendiente de juicio	30	75,0%
	Sin juicio	10	25,0%
Actitud actual de la víctima hacia la violencia sexual	Ignora/minimiza	4	10,0%
	Quiere olvidar	13	32,5%
	Quiere superarlo adecuadamente	23	57,5%
Actitud de la víctima durante la evaluación	Colaboradora	35	87,5%
	No colaboradora	5	12,5%
Existencia de lesiones físicas	Si	6	15,0%
	No	34	85,0%

De los resultados que se presentan en la tabla 32 sobre las variables referidas al agresor, hay que mencionar que en el 90% de los casos la violencia sexual fue cometida por un único agresor. Con respecto a la edad del agresor, el 20% eran menores de edad, mientras que el 65% tiene más de 30 años. Más de la mitad de los agresores (60%) estaban casados y el 52% tenía hijos. El 62% de los agresores trabajaban y su nivel socioeconómico-cultural era bajo en el 45% de los casos, medio en otro 45% y alto en un 10%. De todos los casos, tan sólo el 10% de los agresores admiten haber cometido los hechos. En cuanto a la variable relación previa entre la víctima y el agresor, no se detecta ningún caso en el que el agresor fuera desconocido, y el tipo de relación previa se distribuía entre recientemente conocidos (12,5%), amigos o conocidos (35%), padre o padrastro (35%) y otros familiares (17,5%), es decir, en más de la mitad de los casos, el 52,5%, el agresor era un familiar. En concordancia con los datos anteriores se comprueba que la actitud que la víctima tenía previamente hacia su agresor era en el 80% de los casos positiva.

TABLA 32. DESCRIPTIVOS GENERALES EN RELACIÓN CON LAS VARIABLES DEL AGRESOR SEXUAL

VARIABLES	CATEGORÍAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Número de agresores	Uno	36	90,0%
	Más de uno	4	10,0%
Edad del agresor	Menor de 18 años	8	20,0%
	Entre 18 y 30 años	6	15,0%
	Más de 30 años	26	65,0%
Estado civil del agresor	Casado	24	60,0%
	Soltero	12	30,0%
	Viudo/separado/divorciado	4	10,0%
Hijos del agresor	Si	21	52,5%
	No	19	47,5%
Ocupación del agresor	Estudia	7	17,5%
	Trabaja	25	62,5%
	Desconocida	8	20,0%
Nivel socioeconómico-cultural del agresor	Alto	4	10,0%
	Medio	18	45,0%
	Bajo	18	45,0%
Agresor admite la violencia sexual	Si	4	10,0%
	No	36	90,0%
Relación previa víctima-agresor	Desconocidos	0	0%
	Recientemente conocido	5	12,5%
	Familiar-padre	14	35,0%
	Familiar-otros	7	17,5%
	Amigo/conocido	14	35,0%
Actitud positiva previa de la víctima hacia agresor	Si	32	80,0%
	No	8	20,0%

A parte de las variables de sintomatología psicológica, valoradas tanto en el grupo de víctimas como en el control (tabla 28), en las tablas 33 y 34 se recogen otras variables psicológicas que al tratarse de sintomatología referida específicamente a consecuencias de la violencia sexual se ha valorado únicamente en el grupo de víctimas.

Si nos fijamos en la tabla 33, se aprecia que en la esfera sexual, el porcentaje de víctimas que mostraron tras el suceso aversión fue del 65%, mientras que el 22,5% presentó un interés excesivo y tan sólo el 12,5% tenía una actitud normal.

También resulta llamativa la presencia de conductas autolesivas, que se produjo en el 30% de las víctimas, y aunque el consumo de drogas o alcohol tras los hechos fue menos común, sólo en el 12,5% de los casos, la cifra es mucho más contundente respecto al descenso en el rendimiento escolar de las víctimas, correspondiendo al 75% de los casos.

TABLA 33. DESCRIPTIVOS GENERALES EN RELACIÓN CON LAS VARIABLES CONSECUENCIAS COMPORTAMENTALES POSTRAUMÁTICAS EN VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

VARIABLES	CATEGORÍAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Actitud víctima hacia la sexualidad	Interés excesivo	9	22,5%
	Normal	5	12,5%
	Aversión	26	65,0%
Conductas autolesivas víctima	Si	12	30,0%
	No	28	70,0%
Consumo drogas-alcohol víctimas	Si	5	12,5%
	No	35	87,5%
Rendimiento escolar víctima	No afectado	10	25,0%
	Afectado	30	75,0%

Respecto a los resultados de las pruebas psicométricas empleadas para valorar la sintomatología psicológica postraumática (tabla 34), hay que destacar que todas las medias de las puntuaciones obtenidas en las subescalas de la EGSTEP (Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático), incluida la escala Total, resultan significativas. En la escala de Culpa Relacionada con el Trauma (TRGI) también se obtienen interesantes resultados ya que en todas las subescalas se identifican puntuaciones mayores o igual a 1,5, siendo en las subescalas de estrés y falta de justificación donde las puntuaciones eran más elevadas.

TABLA 34. DESCRIPTIVOS GENERALES EN RELACIÓN CON LAS VARIABLES PUNTUACIÓN EN ESCALAS SOBRE SINTOMATOLOGÍA POSTRAUMÁTICA EN VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

VARIABLES	M	DT	Puntos de corte
Escala TEPT Global	21,78	8,868	15
Escala TEPT Reexperimentación	6,70	3,553	5
Escala TEPT Evitación	7,33	4,135	6
Escala TEPT Activación	7,75	3,168	4
TRGI-Global	1,83	,897	
TRGI-Estrés	2,52	,849	
TRGI-Responsabilidad	1,69	,663	
TRGI-Mal actuado	1,52	,894	
TRGI-Injustificación	2,46	,884	
TRGI-Cognición culpa	1,70	,531	

Por último, hay que mencionar que para saber si las variables que consideramos como posibles mediadoras guardan algún tipo de relación entre sí, se ha llevado a cabo un análisis de las posibles correlaciones. Al contar con 64 variables independientes cualitativas, la matriz de relaciones resultante es de gran amplitud (anexo, pp. 420-421) y se presentan los datos más significativos en la tabla 35. Al detectar inicialmente que la variable sobre la relación previa de la víctima y el agresor no se relaciona aparentemente con la cantidad de variables independientes que se esperaba, para analizar este aspecto de forma más exhaustiva se han transformado los valores de esta variable convirtiéndola en dicotómica (agresor familiar o no familiar). Cabría mencionar respecto a esta tabla el hecho de que las variables relativas a la situación familiar y problemática en la unidad familiar, a parte de relacionarse entre sí, coinciden en cuanto a las otras variables con las que guardan relación.

Con el mismo objetivo, se estudian las correlaciones entre las variables que consideramos informan sobre sintomatología psicológica. De nuevo, al tratarse de 41 variables dependientes de tipo cuantitativo, por su tamaño, se presenta en el anexo (pp. 422-423). Las correlaciones detectadas, coinciden en general con lo esperado teniendo en cuenta los diferentes tipos de pruebas, así, por ejemplo, las puntuaciones en el STAIC y el CDS muestran bastantes correlaciones, sin embargo no sucede igual entre estas dos pruebas que miden ansiedad y depresión y muchas de las subescalas del TAMAI. Y respecto al TRGI, aunque las subescalas más específicas no guardan apenas relación con las puntuaciones obtenidas en otras pruebas, no sucede lo mismo con la escala global del TRGI y la de Estrés, que si da muestras de correlacionar con sintomatología ansiosa y depresiva.

TABLA 35. RELACIONES ENTRE LAS VARIABLES INDEPENDIENTES

	AGRESOR FAMILIAR/NO FAMILIAR	SITUACIÓN FAMILIAR	PROBLEMÁTICA EN LA UNIDAD FAMILIAR
VARIABLES CON LAS QUE HAY RELACIÓN SIGNIFICATIVA	<ul style="list-style-type: none"> • Situación familiar • Problemática en unidad familiar • Tipo de violencia sexual • Lugar de la violencia sexual • Frecuencia de la violencia sexual • Momento del día • Consumo de alcohol-drogas por el agresor • Número de agresores • Edad del agresor • Estado civil del agresor • Antecedentes de maltrato psicológico • Tiempo hasta la revelación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel educativo de la víctima • Nivel socioeconómico-cultural • Problemática en unidad familiar • Antecedentes familiares de comisión vs • Nivel educativo del padre • Nivel educativo de la madre • Ocupación del padre • Ocupación de la madre • Edad durante el primer episodio • Tiempo hasta la evaluación • Víctima cooperó • Ocupación del agresor • Nivel socioeconómico del agresor • Experiencia sexual previa • Aficiones • Antecedentes de maltrato físico • Antecedentes de maltrato psicológico • Antecedentes de negligencia • Tiempo hasta la revelación. • Percepción de apoyo amigos • Percepción de actitud familia • Denuncia • Victimización secundaria 	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel educativo de la víctima • Nivel socioeconómico-cultural • Antecedentes familiares de sufrir vs • Nivel educativo del padre • Nivel educativo de la madre • Ocupación del padre • Ocupación de la madre • Edad durante el primer episodio • Frecuencia vs • Consumo de alcohol/drogas por la víctima durante la vs • Ocupación del agresor • Nivel socioeconómico del agresor • Experiencia sexual previa • Aficiones • Antecedentes de maltrato físico • Antecedentes de maltrato psicológico • Antecedentes de negligencia • Tiempo hasta la revelación. • Percepción de actitud familia • Denuncia • Situación legal de los hechos

VII. 4. DESCRIPTIVOS DE LOS GRUPOS VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL Y VÍCTIMAS DE AGRESIÓN SEXUAL, Y COMPARACIÓN ENTRE AMBOS GRUPOS

A partir de la variable tipo de violencia sexual, se ha dividido el grupo de víctimas en dos subgrupos, víctimas de abuso sexual (n=27) y víctimas de agresión sexual (n=13). En este apartado se exponen los descriptivos de ambos grupos, así como las comparaciones entre grupos en función de cada uno de los bloques de variables, de esta forma, se pretende conocer si existen características de las víctimas de abuso que las diferencien de las víctimas de agresión, así como conocer en qué se diferencian los dos tipos de violencia sexual respecto a variables previas, posteriores y propias de la victimización, y por último se pretenden identificar las diferencias respecto a la sintomatología psicológica. Hay que tener en cuenta a la hora de interpretar los resultados, que los grupos que se emplean para analizar los efectos de las variables quedan sustancialmente reducidos y por tanto deben valorarse con cautela.

En primer lugar se muestran los datos relativos a las variables sociodemográficas (tabla 36) no apreciándose diferencias significativas entre ambos grupos respecto a dichas características.

TABLA 36. DESCRIPTIVOS GENERALES Y COMPARACIÓN DE GRUPOS ABUSO Y AGRESIÓN EN RELACIÓN CON LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

		GRUPO				COMPARACIÓN	
		ABUSO		AGRESION			
		Frec.	%	Frec.	%	χ^2	Exacto Fisher
Situación familiar	Vive con su familia biológica	14	51,9%	8	61,5%	0,333 p=0,564	p=0,737
	Vive en un centro de acogida/con familia adoptiva-acogida	13	48,1%	5	38,5%		
Domicilio	Rural	14	51,9%	4	30,7%	1,576 p=0,209	p=0,312
	Urbano	13	48,1%	9	69,3%		
Nivel socioeconómicosocial	Medio/alto	10	37,0%	6	46,2%	0,304 p=0,581	p=0,733
	Bajo	17	63,0%	7	53,8%		
Edad	12-13	7	25,9%	3	23,1%	4,438 p=0,109a	
	14-15	14	51,9%	3	23,1%		
	16-17	6	22,2%	7	53,8%		
Nivel educativo	Alto	4	14,8%	3	23,1%	0,448 p=0,799a	
	Medio	10	37,0%	4	30,8%		
	Bajo	13	48,1%	6	46,2%		
Problemática en Unidad Familiar	Sin problemas/Problemas de poca gravedad	9	33,3%	6	46,2%	0,615 p=0,433(a)	p=0,498
	Existencia de grave problemática	18	66,7%	7	53,8%		
Estructura familiar	Completa: Ambos padres	11	40,7%	8	61,5%	1,522 p=0,217	p=0,314
	Incompleta: Falta algún miembro	16	59,3%	5	38,5%		
Antecedentes familiares vs	Si	11	40,7%	3	23%	1,203 p=0,273(a)	p=0,316
	No	16	59,3%	10	77%		
Antecedentes familiares comisión vs	Si	6	22,2%	3	23%	0,004 p=0,952(a)	p=1
	No	21	77,8%	10	77%		
Nivel educativo del padre	Medio/alto	8	29,6%	6	46,2%	1,053 p=0,305(a)	p=0,480
	Bajo	19	70,4%	7	53,8%		
Nivel educativo de la madre	Medio/alto	9	33,3%	6	46,2%	0,615 p=0,433(a)	p=0,498
	Bajo	18	66,7%	7	53,8%		
Edad del padre	De 30 a 50 años	14	51,9%	9	69,3%	1,085 p=0,298	p=0,333
	Más de 50 años	13	48,1%	4	30,7%		
Edad de la madre	De 30 a 50 años	21	77,8%	9	69,3%	0,342 p=0,559(a)	p=0,700
	Más de 5 años	6	22,2%	4	30,7%		
Ocupación del padre	Desconocida	6	22,2%	4	30,7%	4,169 p=0,124(a)	
	Trabajo no cualificado	17	63,0%	4	30,7%		

	Trabajo cualificado	4	14,8%	5	38,6%		
Ocupación de la madre	Desconocida	5	18,5%	1	7,7%	4,292 p=0,232(a)	
	Trabaja en el hogar	8	29,6%	8	61,5%		
	Trabajo no cualificado	10	37,0%	2	15,4%		
	Trabajo cualificado	4	14,8%	2	15,4%		

SIGNIFICATIVO $p < 0'05$; ** SIGNIFICATIVO $p < 0'01$

a Más del 20% de las celdas presenta frecuencias esperadas menores a 5, por lo que el estadístico chi-cuadrado de Pearson debe interpretarse con cautela.

b La frecuencia esperada en una de las celdas fue menor a 1, y por ello el estadístico chi-cuadrado de Pearson debe interpretarse con cautela, ya que los resultados podrían no ser válidos.

Hay que mencionar que al valorar la posible existencia de características de personalidad que diferencien a un grupo u otro de víctimas, no hemos detectado ningún resultado significativo, por lo que no se presenta ninguna tabla al respecto.

En la tabla 37 se presentan los resultados obtenidos al comparar ambos grupos respecto a las variables que describen cómo se produjo la violencia sexual. Los contrastes que resultan significativos se refieren, por una parte, a las características diferenciadoras de ambos tipos de violencia sexual, como son el empleo de la violencia física, verbal o amenazas/coacción por parte del agresor, que, como cabía esperar, era significativamente mayor en las agresiones sexuales, y la presencia de estrategias de engaño/seducción, más frecuente en el grupo de víctimas de abuso sexual. Como se explicó en el capítulo de metodología, es posible que en algún caso que se identifica como abuso se haya empleado en el mismo algo de violencia verbal, por ejemplo, pero al ser de poca entidad, se ha decidido no identificar esa victimización como agresión sino como abuso. De ahí, que aunque 67,5% de los casos se identifican como abuso, en el 96,3% de los casos se empleó alguna forma de violencia verbal.

Pero a parte de estos resultados predecibles, se detectan diferencias significativas en cuanto a otras variables, como en la reiteración de los hechos, ya que frente a un 76,9% de casos de agresiones sexuales en los que se produjo un único episodio, en las víctimas de abuso el porcentaje no llegaba al tercio de los casos (29,6%). También debe mencionarse las diferencias significativas detectadas en cuanto al tipo de actos que conformaron la violencia sexual, ya que en el 76,9% de las agresiones sexuales se llegó a la penetración, mientras que en el caso de los abusos sexuales esto sólo ocurrió para el 18,5% de las víctimas, llevándose a cabo sólo tocamientos en un 44,4%, y actos más invasivos sin llegar a la penetración en el 37% de los casos.

En cuanto a las reacciones de las víctimas, se hallaron relaciones significativas en la cooperación o no y en la expresión de miedo. Todas las víctimas de agresión sexual

mostraron miedo y no cooperaron durante los hechos, contrastando con el 59,3% de las víctimas de abuso que mostraron miedo y el 25,9% que sí cooperó.

TABLA 37. DESCRIPTIVOS GENERALES Y COMPARACIÓN DE GRUPOS ABUSO Y AGRESIÓN EN RELACIÓN CON LAS VARIABLES RELATIVAS A LA VIOLENCIA SEXUAL

		TIPO DE VIOLENCIA SEXUAL				COMPARACIÓN	
		ABUSO		AGRESIÓN			
		FREC	%	FREC	%	X ²	Exacto de Fisher
Lugar en el que se produjo	Domicilio de la víctima	16	59,3%	5	38,5%	2,122 p=0,346a	
	Domicilio del agresor	5	18,5%	5	38,5%		
	Otros	6	22,2%	3	23,1%		
Edad en primer episodio	Menos de 10 años	6	22,2%	1	7,7%	4,640 p=0,098a	
	Entre 10 y 13 años	12	44,4%	3	23,1%		
	Más de 13 años	9	33,3%	9	69,2%		
Tiempo transcurrido desde la vs hasta actualidad	Menos de 3 meses	8	29,6%	3	23,1%	2,336 p=0,311a	
	De 3 meses a 2 años	10	37,0%	8	61,5%		
	Más de 2 años	9	33,3%	2	15,4%		
Frecuencia	Una única vez	8	29,6%	10	76,9%	7,937 p=0,019*a	
	De 2 a 10 veces	12	44,4%	2	15,4%		
	Más de 10 veces	7	25,9%	1	7,7%		
Duración episodio	Menos de 5 minutos	11	40,7%	2	15,4%	5,025 p=0,081a	
	Entre 5 minutos y 1 hora	13	48,1%	6	46,2%		
	Más de 1 hora	3	11,1%	5	38,5%		
Momento del día	No fijo	14	51,9%	2	15,4%	5,242 p=0,073	
	Por la noche	5	18,5%	3	23,1%		
	Por el día	8	29,6%	8	61,5%		
Consumo de alcohol-drogas por agresor	Si	12	44,4%	6	46,2%	0,010 p=0,919	p=1
	No	15	55,6%	7	53,8%		
Consumo de alcohol-drogas por víctima	Si	2	7,4%	1	7,7%	0,001 p=0,974a b	p=1
	No	25	92,6%	12	92,3%		
Actos de la violencia sexual	Tocamientos	12	44,4%	2	15,4%	12,847 p=0,002** a	
	Actos más invasivos que tocamientos no penetración	10	37,0%	1	7,7%		
	Se llegó a la penetración	5	18,5%	10	76,9%		
Agresor propuso a la víctima contacto sexual	Si	17	63,0%	7	53,8%	0,304 p=0,581	p=0,733
	No	10	37,0%	6	46,2%		
Agresor empleó violencia física	Si	6	22,2%	13	100%	21,287 p=0,000*	p=0,000**
	No	21	77,8%	0	0%		
Agresor empleó violencia verbal	Si	1	3,7%	9	69,2%	20,095 p=0,000*a	p=0,000**
	No	26	96,3%	4	30,8%		
Agresor empleó engaño/seducción	Si	24	88,9%	1	7,7%	24,684 p=0,000*a	p=0,000**
	No	3	11,1%	12	92,3%		

Agresor empleó amenaza o coacción	Si	6	22,2%	10	76,9%	10,940 p=0,001*	p=0,002**
	No	21	77,8%	3	23,1%		
Víctima cooperó	Si	7	25,9%	0	0%	4,085 p=0,043*a	p=0,074
	No	20	74,1%	13	100%		
Víctima se quedó bloqueada	Si	24	88,9%	13	100%	1,562 p=0,211a b	p=0,538
	No	3	11,1%	0	0%		
Víctima mostró miedo	Si	16	59,3%	13	100%	7,305 p=0,007*a	p=0,007**
	No	11	40,7%	0	0%		
Víctima mostró actitud defensiva	Si	8	29,6%	8	61,5%	3,723 0,054	p=0,086
	No	19	70,4%	5	38,5%		
Víctima mostró actitud de lucha	Si	3	11,1%	2	15,4%	0,147 p=0,702a	p=1
	No	24	88,9%	11	84,6%		
Víctima intentó negociar	Si	8	29,6%	1	7,7%	2,422 p=0,120a	p=0,226
	No	19	70,4%	12	92,3%		
Forma de terminación vs	Decidido por agresor	11	40,7%	10	76,9%	5,799 p=0,055ab	
	Por conducta de la víctima	15	55,6%	2	15,4%		
	Otros	1	3,7%	1	7,7%		

SIGNIFICATIVO p< 0´05; ** SIGNIFICATIVO p< 0´01

a Más del 20% de las celdas presenta frecuencias esperadas menores a 5, por lo que el estadístico chi-cuadrado de Pearson debe interpretarse con cautela.

b La frecuencia esperada en una de las celdas fue menor a 1, y por ello el estadístico chi-cuadrado de Pearson debe interpretarse con cautela, ya que los resultados podrían no ser válidos.

Las variables relacionadas con las características del agresor en los dos grupos de víctimas se presentan en la tabla 38. Los datos sugieren dos perfiles diferentes ya que por un lado todos los abusadores actuaron de forma individual, frente al 30,8% de los agresores que actuaron conjuntamente. También se detectan diferencias significativas respecto a la edad, estado civil y descendencia de los agresores, ya que en los casos de agresión el 53,8% eran menores de 18 años, el 69,2% solteros, el 76,9% sin descendencia y un 46,2% estudiaba, mientras que los abusadores presentaban edades más elevadas, el 74,1% de los casos eran casados, el 66,7% tenía hijos, y frente a un 3,7% que estudiaba, el 74,1% trabajaba.

Si nos fijamos en la interesante variable relación víctima-agresor, cuando se comparan ambos grupos, podemos destacar que aunque no hay diferencias estadísticamente significativas, sí encontramos un resultado tendencial (χ^2 : 6,854; p: 0´077). Concretamente, en los casos de agresión sexual, más de la mayoría de los agresores (53,8%) era un amigo o conocido, seguido en frecuencia la categoría de personas recientemente conocidas, siendo una familiar, ya sea padre o de otro tipo, en el 23% de los casos. Sin embargo, las categorías que engloban mayor número de casos en el grupo de abuso es la del padre (44%) y la de otros familiares (22%), que conjuntamente representan el 66% de los casos de abuso.

Con respecto a la actitud previa de la víctima hacia su agresor, según el estadístico Chi Cuadrado, las diferencias entre la actitud de las víctimas de abuso y la de las víctimas de agresión, resultaba significativa, detectándose una actitud más positiva en los casos de abuso, aunque según el Exacto de Fisher el contraste no es significativo ($p=0,086$).

TABLA 38. DESCRIPTIVOS GENERALES Y COMPARACIÓN DE GRUPOS ABUSO Y AGRESIÓN EN RELACIÓN CON LAS VARIABLES RELATIVAS AL AGRESOR

		TIPO DE VIOLENCIA SEXUAL				COMPARACIÓN	
		Abuso		Agresión			
		FREC	%	FREC	%	X	Exacto de Fisher
Número de agresores	Uno	27	100%	9	69,2%	9,231 $p=0,002^*a$	$p=0,008^*$
	Más de uno	0	0%	4	30,8%		
Edad agresor	Menor de 18 años	1	3,7%	7	53,8%	13,804 $p=0,001^*a$	
	Entre 18 y 30 años	5	18,5%	1	7,7%		
	Más de 30 años	21	77,8%	5	38,5%		
Estado civil agresor	Casado	20	74,1%	4	30,8%	14,549 $p=0,001^*a$	
	Soltero	3	11,1%	9	69,2%		
	Viudo/separado/divorciado	4	14,8%	0	0%		
Hijos agresor	Si	18	66,7%	3	23,1%	6,686 $p=0,010^*$	$p=0,017^*$
	No	9	33,3%	10	76,9%		
Ocupación agresor	Estudia	1	3,7%	6	46,2%	11,022 $p=0,004^*a$	
	Trabaja	20	74,1%	5	38,5%		
	Desconocida	6	22,2%	2	15,4%		
Nivel socioeconómico-cultural agresor	Alto	4	14,8%	0	,0%	5,305 $p=0,070a$	
	Medio	14	51,9%	4	30,8%		
	Bajo	9	33,3%	9	69,2%		
Agresor admite la vs	Si	2	7,4%	2	15,4%	0,620 $p=0,431a$	$p=0,584$
	No	25	92,6%	11	84,6%		
Relación previa víctima-agresor	Recientemente conocido	2	7,4%	3	23,1%	6,854 $p=0,077a$	
	Familiar-padre	12	44,4%	2	15,4%		
	Familiar-otros	6	22,2%	1	7,7%		
	Amigo/conocido	7	25,9%	7	53,8%		
Actitud positiva previa hacia agresor	Si	24	88,9%	8	61,5%	4,103 $p=0,043^*a$	$p=0,086$
	No	3	11,1%	5	38,5%		

SIGNIFICATIVO $p < 0,05$; ** SIGNIFICATIVO $p < 0,01$

a Más del 20% de las celdas presenta frecuencias esperadas menores a 5, por lo que el estadístico chi-cuadrado de Pearson debe interpretarse con cautela.

b La frecuencia esperada en una de las celdas fue menor a 1, y por ello el estadístico chi-cuadrado de Pearson debe interpretarse con cautela, ya que los resultados podrían no ser válidos.

Respecto a las variables previas y posteriores a la violencia sexual, se exponen en la tabla 39 los descriptivos de los grupos víctimas de abuso y víctimas de agresión,

así como las diferencias detectadas entre ambos. En primer lugar, se aprecian diferencias estadísticamente significativas según el estadístico Chi Cuadrado ($p=0,043$) pero no según el Exacto de Fisher ($p=0,086$), en cuanto a la revelación por parte de la víctima, ya que esto sucede en el 88,9% de los casos de abuso, frente a un 61,5% de los casos de agresión sexual.

En cuanto a las variables posteriores, se comprueba, como cabía esperar, que la existencia de lesiones está significativamente más presente en los casos de agresión sexual. Se detectan también diferencias a destacar, aunque no llegan a resultar significativas, en relación a la victimización secundaria, pues el 84,6% de las víctimas de agresión sexual manifestaron haberla sufrido, mientras que las víctimas de abuso informaron en un 55,6% haberlo experimentado. Si nos fijamos en las consecuencias de la violencia sexual, resultan significativas las diferencias detectadas entre ambos grupos respecto a la actitud hacia la sexualidad tras la victimización. Las víctimas de agresión sexual mostraban en su gran mayoría (92,3%) aversión, mientras que las víctimas de abuso tenían dicha reacción en un 51,9% de los casos, el 29,6% mostraba un interés excesivo y el 18,5% mantenía una actitud normal en cuanto al sexo.

TABLA 39. DESCRIPTIVOS GENERALES Y COMPARACIÓN DE GRUPOS ABUSO Y AGRESIÓN EN RELACIÓN CON LAS VARIABLES PREVIAS Y POSTERIORES A LA VIOLENCIA SEXUAL

		TIPO DE VIOLENCIA SEXUAL				COMPARACIÓN	
		ABUSO		AGRESIÓN			
		FREC	%	FREC	%	X	Exacto de Fisher
Experiencia sexual previa víctima	No tiene	20	74,1%	8	61,5%	1,520 $p=0,468ab$	
	Adecuada a su edad	6	22,2%	5	38,5%		
	Por encima de su edad	1	3,7%	0	0%		
Actividad/ aficiones víctima	No posee	3	11,1%	4	30,8%	2,468 $p=0,291a$	
	Pocas aficiones	15	55,6%	5	38,5%		
	Muchas aficiones	9	33,3%	4	30,8%		
Creencias religiosas víctima	No creyente	7	25,9%	4	30,8%	0,218 $p=0,897a$	
	Creyente no practicante	12	44,4%	6	46,2%		
	Creyente practicante	8	29,6%	3	23,1%		
Víctima sufrió vs anteriormente	Si	1	3,7%	1	7,7%	0,294 $p=0,588ab$	$p=1$
	No	26	96,3%	12	92,3%		
Víctima sufrió maltrato físico	Si	9	33,3%	5	38,5%	0,101 $p=0,750a$	$p=1$
	No	18	66,7%	8	61,5%		
Víctima sufrió maltrato psicológico	Si	12	44,4%	5	38,5%	0,129 $p=0,720$	$p=1$
	No	15	55,6%	8	61,5%		
Víctima sufrió negligencia	Si	13	48,1%	5	38,5%	0,333 0,564	$p=0,737$
	No	14	51,9%	8	61,5%		
Revelación por víctima	Si	24	88,9%	8	61,5%	4,103 $p=0,043^*a$	$p=0,086$
	No	3	11,1%	5	38,5%		

Tiempo entre vs-revelación	Menos de un día	6	22,2%	4	30,8%	0,350 p=0,839a	
	Entre 1 día y 1 mes	5	18,5%	2	15,4%		
	Más de 1 mes	16	59,3%	7	53,8%		
Percepción actitud familiar vs	Adecuada	11	40,7%	9	69,2%	3,044 p= 0,385ab	
	Minimiza	11	40,7%	3	23,1%		
	Sobreprotectora	4	14,8%	1	7,7%		
	Culpabilizadora	1	3,7%	0	0%		
Percepción actitud social vs	Lo desconocen	6	22,2%	2	15,4%	0,722 p=0,697a	
	Existe apoyo	14	51,9%	6	46,2%		
	No existe apoyo	7	25,9%	5	38,5%		
Percepción apoyo de amigos	No posee amigos	5	18,5%	2	15,4%	0,143 p=0,931a	
	Posee amigos que no le apoyan	5	18,5%	3	23,1%		
	Posee amigos que le apoyan	17	63,0%	8	61,5%		
Pareja actual y percepción apoyo	No tiene	20	74,1%	8	61,5%	0,733 p=0,693ab	
	Tiene pero no le apoya	1	3,7%	1	7,7%		
	Tiene y le apoya	6	22,2%	4	30,8%		
Existencia de denuncia	Si	23	85,2%	11	84,6%	0,002 p=0,962a	p=1
	No	4	14,8%	2	15,4%		
Victimización secundaria	Si	15	55,6%	11	84,6%	3,257 p=0,071a	p=0,090
	No	12	44,4%	2	15,4%		
Situación legal de los hechos	Pendiente de juicio	21	77,8%	9	69,2%	0,342 p=0,559a	p=0,700
	Sin juicio	6	22,2%	4	30,8%		
Actitud actual víctima hacia vs	Ignora/minimiza	3	11,1%	1	7,7%	0,175 p=0,916a	
	Quiere olvidar	9	33,3%	4	30,8%		
	Quiere superarlo adecuadamente	15	55,6%	8	61,5%		
Actitud víctimas en evaluación	Colaboradora	23	85,2%	12	92,3%	0,407 p=0,523a	p=1
	No colaboradora	4	14,8%	1	7,7%		
Existencia de lesiones físicas	Si	1	3,7%	5	38,5%	8,315 p=0,004*a	
	No	26	96,3%	8	61,5%		
Actitud víctima hacia la sexualidad	Interés excesivo	8	29,6%	1	7,7%	6,494 p=0,039*a	
	Normal	5	18,5%	0	0%		
	Aversión	14	51,9%	12	92,3%		
Conductas autolesivas víctima	Si	8	29,6%	4	30,8%	0,005 p=0,941a	
	No	19	70,4%	9	69,2%		
Consumo drogas-alcohol víctimas	Si	5	18,5%	0	0%	2,751 p=0,097a	
	No	22	81,5%	13	100,0%		
Rendimiento escolar víctima	No afectado	8	29,6%	2	15,4%	0,950 p=0,330a	
	Afectado	19	70,4%	11	84,6%		

SIGNIFICATIVO $p < 0,05$; ** SIGNIFICATIVO $p < 0,01$

a Más del 20% de las celdas presenta frecuencias esperadas menores a 5, por lo que el estadístico chi-cuadrado de Pearson debe interpretarse con cautela.

b La frecuencia esperada en una de las celdas fue menor a 1, y por ello el estadístico chi-cuadrado de Pearson debe interpretarse con cautela, ya que los resultados podrían no ser válidos.

En cuanto a las puntuaciones obtenidas en las escalas empleadas específicamente para evaluar los posibles efectos psicológicos de la victimización, en el grupo de víctimas de abuso y el de de agresión sexual, se obtienen resultados muy interesantes para nuestro estudio (tabla 40). Por un lado se detectan puntuaciones significativamente más altas en las víctimas de agresión sexual, frente a las víctimas de abuso, en varias de las escalas que evalúan sintomatología ansiosa: STAIC-Ansiedad-Rasgo, TEPT Global, TEPT Aumento de la activación y TRGI-Estrés. También se comprueba que las víctimas de agresión sexual presentan más conductas y pensamientos evitativos que las víctimas de abuso sexual, siendo estadísticamente significativas las diferencias detectadas entre ambos grupos en cuanto a las puntuaciones en la escala TEPT Evitación. El tipo de violencia sexual además se relaciona con algunos síntomas de tipo cognitivo, encontrándose de nuevo mayor afectación en las víctimas de agresión, ya que las víctimas de abuso sexual poseen niveles de autoestima más elevados, puntuando significativamente más alto en la Escala Autoestima Rosemberg. Sin embargo, en cuanto a los sentimientos de culpa referidos a considerar que se había actuado indebidamente durante el transcurso de su victimización, son las víctimas de abuso sexual las que presentan mayor afectación, ya que puntuaban más alto en las Escala Mal Actuado del TRGI.

TABLA 40. DESCRIPTIVOS GENERALES Y COMPARACIÓN DE GRUPOS ABUSO Y AGRESIÓN EN RELACIÓN LAS PUNTUACIONES EN EL STAIC, CDS, EHS, EGSTEPT, EAR, TAMAI y TRGI

	ABUSO		AGRESIÓN		COMPARACIÓN	
	M	SD	M	SD	t/Z	p
STAIC-Ansiedad-Estado	58,44	32,979	60,00	35,581	Z=-0,275	p=0,783
STAIC-Ansiedad-Rasgo	61,33	28,610	79,54	22,758	Z=-2,073	p=0,037*
CDS-Respuesta Afectiva	67,30	29,447	77,31	25,539	Z=-1,259	p=0,208
CDS-Problemas Sociales	63,07	26,449	71,00	26,951	Z=-1,041	p=0,298
CDS-Autoestima	57,63	28,078	66,38	28,442	Z=-0,912	p=0,362
CDS-Preocupación por la muerte	60,41	28,392	74,00	24,576	Z=-1,606	p=0,108
CDS-Sentimiento de Culpabilidad	45,33	28,264	52,46	30,609	t=-0,727	p=0,471
CDS-Depresivos Varios	53,93	27,949	58,08	31,426	Z=-0,462	p=0,644
CDS-Ánimo-alegría	69,41	32,160	80,69	26,345	Z=-0,985	p=0,325
CDS-Positivos varios	77,67	22,761	76,08	21,057	Z=-0,174	p=0,862
CDS-Total Positivos	78,19	29,446	86,46	15,925	Z=-0,711	p=0,477
CDS-Total Depresivo	64,22	28,539	75,54	22,700	t=-0,423	p=0,675
EHS-Autoexpresión en situaciones sociales	42,48	30,300	27,62	22,596	Z=-1,316	p=0,188
EHS-Defensa de los propios derechos	47,37	29,951	41,54	35,142	Z=-0,608	p=0,543
EHS-Expresión de enfado o disconformidad	49,48	31,160	27,85	23,653	Z=-1,953	p=0,051
EHS-Decir No y cortar interacciones	50,89	34,033	35,62	24,510	Z=-1,331	p=0,183
EHS-Hacer peticiones	44,04	29,241	34,00	18,407	t=1,130	p=0,275
EHS-Iniciar interacciones positivas	43,78	33,345	40,62	23,642	Z=-0,116	p=0,908
EHS-Total	44,41	30,905	34,15	25,304	t=1,038	p=0,306

Escala TEPT Global	19,41	8,205	26,69	8,420	t=-2,608	p=0,013*
Escala TEPT Reexperimentación	6,11	3,378	7,92	3,730	t=-1,537	p=0,133
Escala TEPT Evitación	6,26	3,928	9,54	3,777	t=-2,503	p=0,017*
Escala TEPT Aumento de la activación	7,04	3,019	9,23	3,059	t=-2,143	p=0,039*
Escala Autoestima Rosenberg	27,85	5,340	23,77	4,952	t=2,317	p=0,026*
TAMAI-Inadaptación General	71,11	19,393	73,54	21,907	Z=-0,768	p=0,442
TAMAI-Inadaptación Personal	70,04	28,670	78,77	26,693	Z=-1,489	p=0,136
TAMAI-Inadaptación Escolar	53,70	28,470	52,38	36,140	t=0,126	p=0,901
TAMAI-Inadaptación Social	54,59	24,976	65,85	30,759	t=-1,238	p=0,223
TAMAI-Proimagen	66,96	21,885	50,62	22,622	Z=-1,591	p=0,112
TAMAI-Contradicciones	61,07	16,889	70,15	15,323	Z=-1,678	p=0,093
TAMAI-Insatisfacción Familiar	66,33	23,038	60,69	27,378	Z=-0,390	p=0,696
TAMAI-Insatisfacción con Hermanos	66,44	22,818	53,15	30,224	t=1,551	p=0,129
TAMAI-Educación adecuada del padre	34,81	27,543	40,77	32,522	Z=-0,708	p=0,479
TAMAI-Educación adecuada de la madre	44,48	25,338	49,46	34,173	Z=-0,173	p=0,862
TAMAI-Discrepancia educativa	62,26	20,930	51,15	29,408	t=1,375	p=0,177
TRGI-Global	1,73	,856	2,02	,982	t=-0,956	p=0,345
TRGI-Estrés	2,24	,828	3,11	,556	t=-3,411	p=0,002**
TRGI-Responsabilidad	1,63	,683	1,82	,626	t=-0,878	p=0,385
TRGI-Mal actuado	1,74	,907	1,05	,679	t=2,459	p=0,019*
TRGI-Injustificación	2,43	,881	2,52	,921	t=-0,310	p=0,759
TRGI-Cognición culpa	1,71	,512	1,67	,589	t=0,210	p=0,835

SIGNIFICATIVO $p < 0,05$; ** SIGNIFICATIVO $p < 0,01$

VII. 5. ANALISIS DE LAS VARIABLES MODULADORAS DE LA SINTOMATOLOGÍA PSICOLÓGICA EN LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

En esta sección se analiza qué variables inciden en la sintomatología psicológica presente en las víctimas de violencia sexual, a través de la comparación de medias entre los grupos establecidos según las variables independientes respecto a las puntuaciones en las pruebas psicométricas.

Debido al gran número de variables que manejamos en el presente estudio, se recogen en las tablas tan sólo aquellas puntuaciones que resultaban significativas y se presentan estas tablas en subapartados según el tipo de sintomatología que valoran.

VII. 5. 1. Variables que inciden en la sintomatología comportamental

En primer lugar, en la tabla 41 se presentan los resultados significativos que se han obtenido al comparar las características de las víctimas y su victimización, de aquellas adolescentes que tras lo sucedido han presentado conductas autolesivas, con aquellas

que no las han presentado. Se comprueba que el nivel socioeconómico cultural, así como educativo, tanto de la víctima como de ambos padres, se relacionan con presentar conductas autolesivas. Resulta llamativo que las víctimas que presentaron ese tipo de conductas se caracterizaban principalmente por niveles educativos o socioeconómicos más bajos.

También se detectan diferencias en cuanto a la frecuencia de la violencia sexual y a la actitud de la víctima durante el transcurso del abuso o agresión. Según el análisis efectuado, aunque debe interpretarse con cautela, los casos de mayor reiteración son los que se relacionan con la emisión de conductas autolesivas por la víctima. Por otra parte, de los casos en los que la víctima no se mostró una actitud defensiva, la mayoría no manifestaron actos autolesivos, siendo también poco frecuente en las víctimas que no presentaron actitudes de lucha. Se aprecia además cierta relación entre poseer antecedentes de otras formas de violencia familiar y presentar este tipo de conductas. Además casi todas las víctimas que efectuaron intentos autolíticos, habían revelado los hechos tras más de un mes de finalizar los mismos, y de los casos en los que se derivaron lesiones físicas tras la victimización, más de la mitad manifestaron conductas autolesivas, siendo el porcentaje mucho menor en los casos sin lesiones físicas.

TABLA 41. CONDUCTAS AUTOLESIVAS

VARIABLES	CATEGORÍAS	CONDUCTAS AUTOLESIVAS				ESTADISTICO χ^2
		SI		NO		
		FREC	%	FREC	%	
Nivel socioeconómico cultural	Medio-alto	2	16,7%	14	50%	χ^2 : 3,889 p: 0,049
	Bajo	10	83,3%	14	50%	
Nivel educativo del padre	Medio-alto	1	8,3%	13	46,4%	χ^2 : 5,358 p: 0,021
	Bajo	11	91,7%	15	53,6%	
Nivel educativo de la madre	Medio-alto	1	8,3%	14	50%	χ^2 : 6,222 p: 0,013
	Bajo	11	91,7%	14	50%	
Nivel educativo de la víctima	Alto	1	8,3%	6	21,4%	χ^2 : 8,940 p: 0,011
	Medio	1	8,3%	13	46,4%	
	Bajo	10	83,3%	9	32,1%	
Frecuencia de la vs	Una única vez	3	25%	15	53,6%	χ^2 : 9,728 p: 0,008
	De 2 a 10 veces	3	25%	11	39,3%	
	Más de 10 veces	6	50%	2	7,1%	
Víctima mostró actitud defensiva	Sí	8	66,7%	8	28,6%	χ^2 : 5,079 p: 0,024
	No	4	33,3%	20	71,4%	
Víctima mostró actitud de lucha	Sí	4	33,3%	1	3,6%	χ^2 : 6,803 p: 0,009
	No	8	66,7%	27	96,3%	
Víctima sufrió vs anteriormente	Sí	2	16,7%	0	0%	χ^2 : 4,912 p: 0,027
	No	10	83,3%	28	100%	
Víctima sufrió	Sí	7	58,3%	7	25%	χ^2 : 4,103

maltrato físico	No	5	41,7%	21	75%	p: 0,043
Víctima sufrió maltrato psicológico	Sí	8	66,7%	9	32,1%	χ^2 : 4,097 p: 0,043
	No	4	33,3%	19	67,9%	
Tiempo entre vs y revelación	Menos de 1 día	1	8,3%	9	32,1%	χ^2 : 8,385 p: 0,015
	Entre 1 día y 1 mes	0	0%	7	25%	
	Más de 1 mes	11	91,7%	12	42,9%	
Existencia de lesiones físicas	Sí	4	33,3%	2	7,1%	χ^2 : 4,519 p: 0,034
	No	8	66,7%	26	92,9%	

En todas las variables, más del 20% de las celdas presenta frecuencias esperadas menores a 5, por lo que el estadístico Chi-cuadrado de Pearson debe interpretarse con cautela.

Los resultados que se presentan en la tabla 42, señalan las variables que han mostrado relación con las distintas actitudes hacia la sexualidad de la víctima tras el abuso o la agresión. Se aprecia que vivir fuera de su familia biológica se relaciona con actitudes menos normalizadas hacia la sexualidad, mientras que sufrir agresión se vincula principalmente con una actitud de aversión sexual, al igual que el empleo específicamente de violencia física. Comprobamos además que las víctimas que cooperaron durante los hechos, muestran sobretodo interés excesivo por la sexualidad, aunque también aversión, y que las de nivel educativo bajo, así como las que presentan antecedentes de negligencia no presentaron en ningún caso una actitud normalizada.

TABLA 42. ACTITUD HACIA LA SEXUALIDAD

VARIABLES	CATEGORÍAS	ACTITUD HACIA LA SEXUALIDAD						ESTADISTICO χ^2 / Z
		Interés excesivo		Normal		Aversión		
		FREC	%	FREC	%	FREC	%	
Situación familiar	Vive con su familia biológica	2	22,2%	5	100%	15	57,7%	χ^2 : 8,074 p: 0,018
	Vive en centro acogida o familia adoptiva-acogida	7	77,8%	0	0%	11	42,3%	
Tipo de vs	Abuso	8	88,9%	5	100%	14	53,8%	χ^2 : 6,494 p: 0,039
	Agresión	1	11,1%	0	0%	12	46,2%	
El agresor empleó violencia física	Sí	2	22,2%	0	0%	17	65,4%	χ^2 : 10,165 p: 0,006
	No	7	77,8%	5	100%	9	34,6%	
Víctima cooperó	Sí	5	55,6%	0	0%	2	7,7%	χ^2 : 11,821 p: 0,003
	No	4	44,4%	5	100%	24	92,3%	
Nivel educativo víctima	Alto	0	0%	3	60%	4	15,4%	χ^2 : 9,951 p: 0,041
	Medio	3	33,3%	2	40%	9	34,6%	
	Bajo	6	66,7%	0	0%	13	50,0%	
Víctima sufrió negligencia	Sí	8	88,0%	0	0%	10	38,5%	χ^2 : 11,545 p: 0,003
	No	1	11,1%	5	100%	16	61,5%	

En todas las variables, más del 20% de las celdas presenta frecuencias esperadas menores a 5, por lo que el estadístico Chi-cuadrado de Pearson debe interpretarse con cautela.

Como puede observarse en la tabla 43, el consumo de alcohol o drogas en las víctimas tras el abuso o agresión, sólo muestra relacionarse con el tipo de entorno geográfico en el que vivía la víctima, no detectándose consumo en las víctimas de entornos rurales, y con la percepción de la actitud familiar, siendo adecuada según más de la mitad de las víctimas que no consumían drogas o alcohol.

TABLA 43. CONSUMO DE LACOHOL O DROGAS POR LA VÍCTIMA

VARIABLES	CATEGORÍAS	Consumo alcohol-drogas por la víctima				ESTADISTICO χ^2 / Z
		SI		NO		
		FREC	%	FREC	%	
Domicilio	Rural	0	0%	18	51,4%	χ^2 : 4675 p: 0,031
	Urbano	5	100%	17	48,6%	
Percepción de la actitud familiar	Adecuada	1	20,0%	19	54,3%	χ^2 : 8,327 p: 0,040
	Minimiza	2	40,0%	12	34,3%	
	Sobreprotectora	1	20,0%	4	11,4%	
	Culpabilizadora	1	20,0%	0	0%	

En todas las variables, más del 20% de las celdas presenta frecuencias esperadas menores a 5, por lo que el estadístico Chi-cuadrado de Pearson debe interpretarse con cautela.

Como se refleja en la tabla 44, las tres variables que se relacionan con la afectación del rendimiento escolar, hacen referencia a aspectos sobre la violencia empleada durante la victimización y el miedo que sintió la víctima, viéndose más afectado dicho rendimiento en los casos con mayor violencia y en los que la víctima manifestó mayor temor.

TABLA 44. RENDIMIENTO ESCOLAR

VARIABLES	CATEGORÍAS	RENDIMIENTO ESCOLAR				ESTADISTICO χ^2 / Z
		No afectado		Afectado		
		FREC	%	FREC	%	
El agresor empleó violencia física	Sí	2	20%	17	56,7%	χ^2 : 4,043 p: 0,044
	No	8	80%	13	43,3%	
El agresor empleó violencia verbal	Sí	0	0%	10	33,3%	χ^2 : 4,444 p: 0,035
	No	10	100%	20	66,7%	
Víctima mostró miedo	Sí	4	40%	25	83,3%	χ^2 : 7,064 p: 0,008
	No	6	60%	5	16,7%	

En todas las variables, más del 20% de las celdas presenta frecuencias esperadas menores a 5, por lo que el estadístico Chi-cuadrado de Pearson debe interpretarse con cautela.

VII. 5. 2. Variables que inciden en la sintomatología ansiosa

En la tabla 45 se integran las variables que inciden significativamente en la puntuación de la subescala Ansiedad-Estado del STAI-C. A través de los resultados que ofrece la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney se comprueba que en los casos en los que el agresor empleaba violencia física y cuando no utilizaba el engaño o seducción como estrategia, las víctimas presentaban mayor ansiedad transitoria. También mostraban más síntomas de ansiedad, como estado, aquellas víctimas que durante la agresión/abuso expresaron miedo, las que previamente a los hechos no tenían una actitud positiva hacia el agresor y aquellas que, según el HSPQ, tendían a ser dubitativas, individualistas y reservadas. Hay que destacar que no se detectan diferencias significativas, y por tanto no aparecen en la tabla, los resultados de comparar las víctimas que según el HSPQ, muestran una tendencia marcada a la ansiedad y las que no.

TABLA 45. VARIABLES QUE INCIDEN EN LA VARIABLE DE MEDIDA DE SINTOMATOLOGÍA ANSIEDAD-ESTADO (STAIC)

VARIABLES	CATEGORÍAS	MEDIA	DESV. TIP.	ESTADISTICO χ^2 / Z	LEVENE	POST HOC (Bonferroni/ Tamhane)
El agresor empleó violencia física	Sí	77,26	22,985	Z: -2,306 p: 0,021		
	No	58,19	29,383			
El agresor empleó engaño/seducción	Sí	60,52	28,871	Z: -2,127 p: 0,033		
	No	78,47	22,962			
La víctima mostró miedo	Sí	75,41	22,019	Z: -2,853 p: 0,004		
	No	45,73	31,308			
Actitud positiva previa hacia el agresor	Sí	62,78	28,587	Z: -2,134 p: 0,033		
	No	85,13	16,375			
HSPQ Seguro-dubitativo	3-7	60,46	29,761	Z: -2,061 p: 0,039		
	8-10	77,44	22,009			

Al estudiar las puntuaciones obtenidas en la subescala ansiedad rasgo del STAI-C (tabla 46), se observa que las variables con las que parecen guardar relación se refieren a aspectos más estables como la existencia de antecedentes familiares de victimización sexual, o la tendencia a la duda e inseguridad, siendo las víctimas que presentaban alguna de estas características las que tenían mayor predisposición a la ansiedad.

También se comprueba que la tendencia a mostrarse sociable o autosuficiente incidía en las puntuaciones obtenidas en el SAI-C Rasgo. La predisposición a la ansiedad

también se presentaba en mayor grado en las víctimas de violencia sexual que habían consumido alcohol o drogas previa o durante la agresión/abuso y en aquellas que decidían revelar los hechos, frente a las que no consumían o no revelaban. De nuevo no se detectaron diferencias significativas al comparar las víctimas que según el HSPQ, tendían a mostrarse ansiosas y las que no.

TABLA 46. VARIABLES QUE INCIDEN EN LA VARIABLE DE MEDIDA DE SINTOMATOLOGÍA ANSIEDAD-RASGO (STAIC)

VARIABLES	CATEGORÍAS	MEDIA	DESV. TIP.	ESTADISTICO χ^2 / Z	LEVENE	POST HOC (Bonferroni/Tamhane)
Antecedentes familiares victimización sex.	Sí	74,86	28,753	Z: -2,372 p: 0,018		
	No	50,38	33,042			
Consumo de alcohol/drogas por la víctima	Sí	82,00	10,149	t: 3,078 p:0,018	F: 4,277 p: 0,045	
	No	57,08	33,978			
Revelación por la víctima	Sí	64,63	32,904	Z: -2,354 p: 0,019		
	No	36,25	26,119			
HSPQ Seguro-dubitativo	4-7	48,25	32,821	Z: -2,683 p: 0,007		
	8-10	75,00	28,102			
HSPQ Sociable-autosuficiente	1-3	46,33	35,915	χ^2 : 7,056 p: 0,029	F: 1,102 p: 0,343	2<3
	4-7	53,21	32,324			
	8-10	80,30	27,297			
HSPQ Introversión-Extraversión	1-3	81,00	29,972	Z: -2,705 p: 0,038		
	4-7	57,68	30,576			

VII. 5. 3. Variables que inciden en la sintomatología depresiva

En las tablas 47 a 56 se presentan los resultados significativos obtenidos al analizar qué variables inciden sobre los distintos tipos de sintomatología depresiva valorada mediante el CDS.

La tabla 47 recoge las variables que influyen en la puntuación que presentan las víctimas en la subescala Respuesta afectiva del cuestionario CDS. Respecto a las variables sociodemográficas, aquellas adolescentes que viven en centros de acogida o con familias acogedoras o adoptivas, las que su familia de origen tiene un nivel socioeconómico cultural bajo, las que pertenecen a familias con problemáticas graves y aquellas cuya madre tiene un nivel educativo bajo, puntuaban más alto en la subescala Respuesta afectiva, y por tanto presentaban un estado de humor más bajo que las que viven con su familia biológica, el nivel socioeconómico cultural de su familia es medio/alto, no tenían familias con problemática grave y el nivel educativo de sus madres era medio/alto.

Según los resultados obtenidos, también varía el estado de humor de los sentimientos según algunas características de la víctima, como son la edad, las aficiones, los antecedentes de maltrato físico, la tendencia a mostrarse dubitativa o ansiosas. Concretamente aquellas adolescentes con edades entre 12 y 13 años presentaban puntuaciones significativamente más bajas que las que tenían 14 y 15 años, por otra parte aquellas que no tenían aficiones o tenían pocas tenían un estado de humor de los sentimientos más bajo que las que poseían aficiones de forma considerable, además cuando existían antecedentes de maltrato las puntuaciones en esta subescala eran significativamente más elevadas.

La tendencia a mostrarse en más o menos ocasiones con ansiedad también incide en las puntuaciones en la subescala Respuesta Afectiva, aunque no puede concretarse entre qué grupos se producen diferencias significativas, en cambio sí se ha detectado que las víctimas que pertenecen al grupo caracterizado por tendencia a mostrarse dubitativa, según el HSPQ, puntuaban significativamente más alto que las que no presentaban esta tendencia.

En cuanto a las variables relativas a la violencia sexual, se detecta que presentan un estado de ánimo más bajo aquellas víctimas que durante los hechos mostraron miedo, las que no intentaron negociar y aquellas que sufrieron una victimización sin que el agresor emplease engaño o seducción, en contraste con las que no mostraron miedo, intentaron negociar o sufrieron una victimización con engaño/seducción, las cuales mostraban un mejor estado de humor de los sentimientos.

TABLA 47. VARIABLES QUE INCIDEN EN LA VARIABLE DE MEDIDA DE RESPUESTA AFECTIVA (CDS)

VARIABLES	CATEGORÍAS	MEDIA	DES. TIP.	ESTADISTICO t/ χ^2 / Z/F	LEVENE	POST HOC (Bonferroni/ Tamhane)
Situación familiar	Vive con su familia biológica	62,32	30,926	t: -1,962 p: 0'050	F: 5'093 p: 0'030	
	Vive en centro acogida/familia adoptiva-acogida	80,61	21,495			
Nivel socioeconómico-cultural de la familia	Medio/Alto	58,56	31,604	Z: -1,992 p: 0,046		
	Bajo	78,54	23,255			
Problemática familiar	Sin problemas/problemas de poca gravedad	55,20	33,379	Z: -2,296 p: 0,022		
	Existencia de grave problemática	79,76	20,411			
Nivel educativo de la madre	Medio/alto	55,20	33,752	Z: -2,240 p: 0,025		
	Bajo	79,76	20,051			

El agresor empleó engaño/seducción	Sí	64,20	29,697	Z: -2,030 p: 0,042		
	No	81,13	22,987			
La víctima mostró miedo	Sí	77,90	22,064	Z: -2,413 p: 0,016		
	No	51,18	34,539			
La víctima intentó negociar	Sí	60,22	18,219	Z: -2,159 p: 0,031		
	No	73,55	30,198			
Edad de la víctima	12-13	52,50	29,251	χ^2 : 6,870 p: 0,032	F: 0,454 p: 0,638	1<2
	14-15	78,47	24,099			
	16-17	74,08	28,538			
Aficiones	No posee	88,29	16,859	χ^2 : 16,394 p: 0,000	F: 3,301 p: 0,048	1,2>3
	Pocas aficiones	80,95	19,370			
	Muchas aficiones	45,00	28,234			
Antecedentes de maltrato físico	Sí	86,64	11,758	Z: -2,501 p: 0,012		
	No	61,88	30,904			
HSPQ Seguro-dubitativo	4-7	60,33	27,887	Z: -3,777 p: 0,000		
	8-10	85,88	21,759			
HSPQ Ajuste-ansiedad	1-3	32,50	25,981	χ^2 : 7,767 p: 0,021	F: 1,503 p: 0,236	
	4-7	73,21	26,055			
	8-10	92,00	7,000			

La presencia de dificultades en las interacciones sociales, el aislamiento y los sentimientos de soledad de las víctimas, evaluado mediante la subescala Problemas sociales del CDS, se ve influenciada significativamente por diversas variables, que se presentan en la tabla 48.

Como se comprueba, el hecho de poseer antecedentes de victimización sexual en su familia, el haber sufrido una victimización con una propuesta previa de contacto sexual por el agresor, haber sufrido violencia física durante la agresión, haber manifestado miedo durante los hechos y que los mismos no estén denunciados, son factores cuya presencia incrementan significativamente la presencia de los problemas sociales valorados por el CDS.

En cuanto a las características de las víctimas, detectamos diferencias en esta subescala, según si poseían muchas, pocas o ninguna afición. También las menores caracterizadas por la tendencia a mostrarse reservada y la tendencia a la duda, presentan más problemas sociales que aquellas que no tenían estas tendencias. Por otra parte, las víctimas con un carácter más sociable puntuaban más bajo que las que se caracterizaban por tender a la autosuficiencia.

TABLA 48. VARIABLES QUE INCIDEN EN LA VARIABLE DE MEDIDA DE PROBLEMAS SOCIALES (CDS)

VARIABLES	CATEGORÍAS	MEDIA	DESV. TIP.	ESTADISTICO χ^2 / Z	LEVENE	POST HOC (Bonferroni/ Tamhane)
Antecedentes familiares victimización sex.	Sí	77,43	11,889	t: 2,704 p: 0,010	F: 9,892 p: 0,003	
	No	59,31	30,086			
El agresor propuso contacto	Sí	73,88	23,173	Z: -2,460 p: 0,014		
	No	53,31	27,136			
El agresor empleó violencia física	Sí	73,63	23,606	Z: -2,047 p: 0,041		
	No	58,43	27,495			
La víctima mostró miedo	Sí	72,83	20,800	Z: -2,487 p: 0,013		
	No	46,73	31,477			
Aficiones	No posee	78,14	18,845	$\chi^2 : 7,806$ p: 0,020	F: 1,316 p: 0,280	
	Pocas aficiones	71,95	22,959			
	Muchas aficiones	49,23	28,749			
Existencia de denuncia	Sí	62,32	26,707	Z: -2,067 p: 0,039		
	No	84,50	16,790			
HSPQ Reservado-abierto	1-3	81,33	13,323	Z: -2,011 p: 0,043		
	4-7	61,10	27,796			
HSPQ Seguro-dubitativo	4-7	55,92	27,177	Z: -2,958 p: 0,003		
	8-10	80,25	17,857			
HSPQ Sociable-autosuficiente	1-3	36,83	33,048	$\chi^2 : 8,821$ p: 0,012	F: 1,404 p: 0,258	1<3
	4-7	66,04	22,881			
	8-10	82,00	15,965			

Los resultados que aparecen en la tabla 49, se refieren a las variables que influyen significativamente en las puntuaciones obtenidas en la subescala Autoestima del CDS, y se extrae de su análisis que las víctimas sin aficiones, emocionalmente más afectadas y con mayor tendencia a la ansiedad, poseen una autoestima más baja que aquellas que tienen mayor número de aficiones, se caracterizan por ser emocionalmente estables o por no mostrar tendencia a la ansiedad.

Poseer una familia con una estructura incompleta, ser víctima de violencia física durante la victimización sexual y que el agresor no emplease engaño o seducción, son factores en cuya presencia las puntuaciones indican una autoestima más baja que en aquellos casos en los que no se presentan.

TABLA 49. VARIABLES QUE INCIDEN EN LA VARIABLE DE MEDIDA DE AUTOESTIMA (CDS)

VARIABLES	CATEGORÍAS	MEDIA	DESV. TIP.	ESTADISTICO χ^2 / Z	LEVENE	POST HOC (Bonferroni/Tamhane)
Estructura familiar	Completa	50,95	25,644	Z: -2,267 p: 0,023		
	Incompleta	69,10	28,068			
El agresor empleó violencia física	Sí	69,42	25,831	Z: -2,009 p: 0,045		
	No	52,38	28,259			
El agresor empleó engaño/seducción	Sí	54,16	27,098	Z: -2,059 p: 0,040		
	No	71,00	27,511			
Aficiones	No posee	80,29	15,532	χ^2 : 7,977 p: 0,019	F: 4,332 p: 0,020	1>3
	Pocas aficiones	65,50	23,885			
	Muchas aficiones	42,08	30,192			
HSPQ Emocionalmente afectado-estable	1-3	72,31	18,423	χ^2 : 6,643 p: 0,036	F: 4,271 p: 0,021	1>3
	4-7	59,04	29,539			
	8-10	20,67	7,506			
HSPQ Ajuste-ansiedad	1-3	20,50	6,137	χ^2 : 6,922 p: 0,031	F: 3,745 p: 0,033	1>2
	4-7	64,61	27,017			
	8-10	68,33	11,547			

Al indagar qué víctimas presentan mayores puntuaciones en la subescala Preocupación por la muerte del CDS se comprueba, como reflejamos en la tabla 50, que son muchas y diversas las variables que modulan dichas puntuaciones.

Cabe destacar la cantidad de variables referidas a las características de la violencia sexual que tienen efecto significativo en la preocupación por la muerte, valorada mediante el CDS. Concretamente el grupo de víctimas que sufrieron violencia sexual en la que se llegó a la penetración puntuaban significativamente más alto en la subescala preocupación por la muerte, que los grupos de víctimas que habían sufrido otros actos, más intrusivos que los tocamientos, pero sin llegar a la penetración. También se puntúa más alto en esta subescala en aquellos casos en los que el agresor había empleado violencia física durante los hechos, violencia verbal, no utilizó engaño y/o seducción, la víctima había mostrado miedo durante su victimización y cuando la finalización se debía a la decisión del agresor, frente a los casos en los que no se utilizó por parte del agresor violencia verbal, violencia física, si se empleó engaño y/o seducción, la víctima no mostró miedo y se terminó la victimización por elementos distintos a la decisión del agresor o conductas de la víctima.

En cuanto a otras variables previas a la violencia sexual, al comparar el grupo de víctimas que tenían una actitud no positiva hacia el agresor con aquellas que tenían una actitud negativa, el grupo de víctimas con antecedentes de maltrato físico con el grupo que no lo sufrió, y el grupo de víctimas con antecedentes de maltrato psicológico con el grupo sin dichos antecedentes, se comprueba que las víctimas que pertenecían a los primeros grupos puntuaban significativamente más alto en la subescla preocupación por la muerte, que las víctimas que pertenecían a los segundos grupos.

Por otra parte, las víctimas sin aficiones mostraron mayor preocupación por la muerte que aquellas que tenían muchas aficiones y aquellas jóvenes caracterizadas por ser más dubitativas también puntuaban más alto en esta subescala.

Resultan también significativas las diferencias en las puntuaciones en Preocupación por la muerte entre el grupos formado por víctimas caracterizadas por ser más integradas y el compuesto por las menos integradas, ya que las primeras presentaban puntuaciones más bajas que las segundas.

TABLA 50. VARIABLES QUE INCIDEN EN LA VARIABLE DE MEDIDA DE PREOCUPACION POR LA MUERTE (CDS)

VARIABLES	CATEGORÍAS	MEDIA	DESV. TIP.	ESTADISTICO χ^2 / Z	LEVENE	POST HOC (Bonferroni/ Tamhane)
Actos de la V.S.	Tocamientos	64,00	29,941	χ^2 : 6,903 p: 0,032	F: 0,897 p: 0,416	2<3
	Actos más invasivos que tocamientos, no penetración	50,64	23,733			
	Se llegó a la penetración	76,00	24,559			
El agresor empleó violencia física	Sí	78,63	21,978	Z: -3,393 p: 0,001		
	No	52,33	26,678			
El agresor empleó violencia verbal	Sí	77,00	26,891	Z: -1,972 p: 0,049		
	No	60,77	27,129			
El agresor empleó engaño/seducción	Sí	58,20	28,421	Z: -2,114 p: 0,035		
	No	75,87	23,170			
La víctima mostró miedo	Sí	72,38	25,299	Z: -2,945 p: 0,003		
	No	44,91	24,267			
Forma de terminación de la vs	Decidido por el agresor	72,95	24,579	χ^2 : 7,747 p: 0,021	F: 1,154 p: 0,327	1>3
	Por la conducta de la víctima	61,24	25,096			
	Otros	10,00	7,071			
Actitud positiva previa hacia el agresor	Sí	60,03	28,659	t: -3,889 p: 0,000	F: 7,562 p: 0,009	
	No	84,00	9,928			
Aficiones	No posee	85,00	15,759	χ^2 : 10,143	F: 1,413	1>3

	Pocas aficiones	68,50	27,956	p: 0,006	p: 0,256	
	Muchas aficiones	48,31	23,845			
Antecedentes de maltrato físico	Sí	77,36	25,273	Z: -2,416 p: 0,016		
	No	58,08	26,938			
Antecedentes de maltrato psicológico	Sí	76,94	23,072	Z: -2,482 p: 0,013		
	No	55,87	27,774			
HSPQ Seguro-dubitativo	4-7	56,75	28,600	Z: -2,324 p: 0,020		
	8-10	76,94	21,761			
HSPQ Menos-más integrado	1-3	86,57	18,884	χ^2 : 8,028 p: 0,018	F: 1,410 p: 0,257	1>3
	4-7	62,73	27,267			
	8-10	50,86	26,804			

La tendencia a la autopunición se evaluó a través de la subescala del CDS Sentimiento de culpabilidad, y como se muestra en la tabla 51, diversas variables relativas a la víctima y una de las variables sobre el desarrollo de la violencia sexual mostraron tener un efecto modulador sobre la misma. Concretamente, las víctimas que intentaron negociar presentaban puntuaciones significativamente más bajas en Sentimiento de culpabilidad, que aquellas que no lo intentaron. Y al efectuar comparaciones entre los grupos que se establecieron según la variable aficiones, se comprobó además que el grupo que no poseía aficiones manifestaba más autopunición

En cuanto a las características de personalidad, las víctimas con propensión a mostrar baja ansiedad puntuaban significativamente más bajo en la subescala del CDS Sentimiento de culpabilidad, y la tendencia a mostrar mayor o menor estabilidad también demostró influir en las puntuaciones obtenidas en dicha subescala, aunque los resultados no indican entre qué grupos se producía de forma significativa.

TABLA 51. VARIABLES QUE INCIDEN EN LA VARIABLE DE MEDIDA DE SENTIMIENTO DE CULPABILIDAD (CDS)

VARIABLES	CATEGORÍAS	MEDIA	DESV. TIP.	ESTADISTICO χ^2 / Z	LEVENE	POST HOC (Bonferroni/Tamhane)
La víctima intentó negociar	Sí	25,89	21,566	Z: -2,659 p: 0,008		
	No	53,97	27,832			
Aficiones	No posee	80,71	10,177	χ^2 : 12,367 p: 0,002	F: 3,729 p: 0,033	1>2,3
	Pocas aficiones	44,75	24,785			
	Muchas aficiones	34,31	28,912			
HSPQ Emocionalmente afectado-estable	1-3	59,62	24,106	χ^2 : 7,128 p: 0,028	F: 1,609 p: 0,214	
	4-7	45,42	29,005			
	8-10	13,67	18,583			

HSPQ Ajuste-ansiedad	1-3	14,00	15,188	χ^2 : 7,688 p: 0,021	F: 3,562 p: 0,038	1<2
	4-7	49,55	27,907			
	8-10	71,67	15,275			

En la tabla 52 se concentran las diferentes comparaciones de medias de las puntuaciones en la subescala Depresivos varios que resultan significativas respecto a las variables independientes estudiadas. Se detectan diferencias entre las víctimas sin problemática familiar o leve problemática y aquellas con grave problemática, siendo estas últimas las que puntuaban más alto en la subescala. Cabe señalar que las otras tres variables sociodemográficas que incidían en las puntuaciones en Depresivos varios, eran todas referidas a características de la madre de la víctima. Así, aquellas hijas de madres con un nivel educativo bajo, mayores de 50 años y los casos en que las madres no tenían una ocupación laboral conocida, presentaban mayores indicadores depresivos varios que las tenían madres con un nivel educativo medio/alto, madres menores de 50 años y con trabajos cualificados respectivamente.

Las víctimas que mostraron miedo durante la victimización también presentaban mayores puntuaciones en Depresivos varios. Y en lo que respecta a las variables previas a la violencia sexual que se estudiaron, se observa que no poseer experiencia sexual previa y tener antecedentes de negligencia incide en las puntuaciones obtenidas elevando las mismas, frente a aquellas víctimas que no presentaban estas circunstancias. También se comprobó que aquellas que tenían muchas aficiones manifestaban menos indicadores depresivos varios que las que poseían pocas o ninguna, y que aquellas víctimas cuyo entorno social desconocía lo ocurrido puntuaban más bajo en la subescala que aquellas cuyo entorno sabía lo ocurrido y percibían un apoyo adecuado o negativo. Por último, la tendencia a la duda o inseguridad elevaba las puntuaciones en Depresivos varios en comparación de las víctimas que no presentaban esta característica de personalidad.

TABLA 52. VARIABLES QUE INCIDEN EN LA VARIABLE DE MEDIDA DE DEPRESIVOS VARIOS (CDS)

VARIABLES	CATEGORÍAS	MEDIA	DESV. TIP.	ESTADISTICO χ^2 / Z	LEVENE	POST HOC (Bonferroni/Tamhane)
Problemática familiar	Sin problemas/problemas de poca gravedad	38,33	29,729	t: -3,209 p: 0,003	F: 1,364 p: 0,250	
	Existencia de grave problemática	65,44	23,319			
Nivel educativo de la madre	Medio/alto	42,20	33,154	t: -2,351 p: 0,024	F: 3,673 p: 0,063	
	Bajo	63,12	23,113			
Edad de la	Menos de 50	49,70	29,999	t: -2,938	F: 5,628	

madre	Más de 50	72,00	16,613	p: 0,006	p: 0,023	
Ocupación de la madre	Desconocida	69,67	23,321	F: 3,172 p: 0,036	F: 1,313 p: 0,285	1>4
	Trabaja en el hogar	59,25	25,715			
	Trabajo no cualificado	57,50	33,435			
	Trabajo cualificado	25,83	11,143			
La víctima mostró miedo	Sí	62,24	26,539	t: 2,674 p: 0,011	F: 0,045 p: 0,833	
	No	36,91	27,337			
Experiencia sexual previa	No tenía	61,50	27,905	t: 2,188 p: 0,035	F: 0,049 p: 0,826	
	Tenía experiencia	40,75	26,406			
Aficiones	No posee	72,14	14,713	F: 6,211 p: 0,005	F: 1,764 p: 0,185	3<1,2
	Pocas aficiones	62,30	26,384			
	Muchas aficiones	35,38	28,380			
Antecedentes negligencia	Sí	66,44	22,935	t: 2,344 p: 0,024	F: 2,747 p: 0,106	
	No	46,14	30,305			
Percepción del apoyo social	Lo desconocen	30,75	26,054	F: 4,274 p: 0,021	F: 1,514 p: 0,233	1<2,3
	Existe apoyo	60,45	29,561			
	No existe apoyo	63,00	21,093			
HSPQ Seguro-dubitativo	4-7	46,46	28,587	t: -2,532 p: 0,016	F: 0,804 p: 0,376	
	8-10	68,50	24,293			

A continuación, en la tabla 53, recogemos las variables que muestran tener un poder modulador significativo en las puntuaciones obtenidas en la subescala Ánimo-alegría del CDS.

En cuanto a la familia de la víctima, comprobamos que aquellas menores que no vivían con su familia biológica presentan menos alegría, diversión y felicidad, o son menos capaces de experimentarlas, que las que convivían con su familia biológica. Poseer antecedentes de victimización sexual en su familia también se relaciona con la ausencia de ánimo y alegría, al obtener estas víctimas mayores puntuaciones que aquellas que no tenían antecedentes de victimización sexual en su familia.

Un resultado a destacar, es el hecho de que las víctimas que tenían, previamente a los hechos, una actitud positiva hacia el agresor, puntuaban más bajo en esta subescala, y por tanto mostraban más ánimo/alegría.

Al comparar los grupos de víctimas sin aficiones, con pocas aficiones o con muchas aficiones, se comprueba que los dos primeros grupos tienen mayores puntuaciones que el tercero, y por tanto, más sintomatología depresiva del tipo ausencia de alegría.

Los antecedentes de maltrato físico y psicológico en la vida de la víctima también aumentan las puntuaciones en la subescala Ánimo-alegría. Por otra parte, merece nuestra atención, el resultado obtenido al comparar las medias entre el grupo de víctimas que denunciaron y el grupo en el que no se presentó denuncia previa a la valoración, ya que en el primero la puntuación resulta significativamente más baja que en el segundo.

De las características de personalidad estudiadas a través del HSPQ, tan sólo afecta de forma significativa el ser dubitativo, ya que en el grupo que presentaba esta tendencia las puntuaciones eran más elevadas que en el grupo en el que no se caracterizaban por la tendencia a la duda.

TABLA 53. VARIABLES QUE INCIDEN EN LA VARIABLE DE MEDIDA DE ÁNIMO-ALEGRÍA (CDS)

VARIABLES	CATEGORÍAS	MEDIA	DESV. TIP.	ESTADISTICO $\chi^2 / Z / F$	LEVENE	POST HOC (Bonferroni/Tamhane)
Situación familiar	Vive con su familia biológica	62,73	33,064	Z: -2,387 p: 0,017		
	Vive en centro acogida/familia adoptiva-acogida	85,72	21,887			
Antecedentes familiares victimización sex.	Sí	89,07	13,367	Z: -2,404 p: 0,016		
	No	64,46	33,765			
Actitud positiva previa hacia el agresor	Sí	68,50	32,285	Z: -2,036 p: 0,042		
	No	91,38	9,826			
Aficiones	No posee	92,00	6,782	χ^2 : 9,870 p: 0,007	F: 5,376 p: 0,009	1,2>3
	Pocas aficiones	83,20	22,085			
	Muchas aficiones	47,31	33,671			
Antecedentes de maltrato físico	Sí	91,07	9,531	Z: -2,760 p: 0,006		
	No	63,38	33,574			
Antecedentes de maltrato psicológico	Sí	88,71	13,364	Z: -2,718 p: 0,007		
	No	61,52	34,546			
Existencia de denuncia	Sí	69,68	31,742	Z: -2,071 p: 0,038		
	No	92,33	9,688			
HSPQ Seguro-dubitativo	3-7	64,04	32,847	Z: -2,867 p: 0,004		
	8-10	86,63	21,017			

A través de la tabla 54, comprobamos que tan sólo las variables Reservadoabierto del HSPQ y la admisión o no de la violencia sexual por parte del agresor, inciden de forma significativa en las puntuaciones que se obtienen en la subescala Positivos varios. Estas diferencias se concretan en que aquellas víctimas que se

caracterizan, según el HSPQ, por ser reservadas, presentan mayor puntuación en Positivos varios, que aquellas que no son reservadas. Y el grupo de víctimas cuyo agresor admitió la violencia sexual manifiestan menos sintomatología depresiva de la valorada en esta subescala, que el grupo en el que el agresor no admitía los hechos.

TABLA 54. VARIABLES QUE INCIDEN EN LA VARIABLE DE MEDIDA DE POSITIVOS VARIOS (CDS)

VARIABLES	CATEGORÍAS	MEDIA	DESV. TIP.	ESTADISTICO χ^2 / Z	LEVENE	POST HOC (Bonferroni/ Tamhane)
HSPQ Reservado-abierto	1-3	88,44	13,230	Z: -2,044 p: 0,041		
	4-7	73,87	23,045			
El agresor admite la VS.	Sí	55,00	31,885	Z: -1,964 p: 0,049		
	No	79,61	19,700			

En la tabla 55 presentamos los resultados que resultan significativos al estudiar las variables que inciden en la puntuación de la subescala Total positivos obtenida por las víctimas.

En primer lugar, se comprueba que aquellas víctimas que no viven con su familia biológica puntúan más alto en la subescala Total positivo que aquellas que sí conviven con su familia biológica. Asimismo, se han detectado diferencias entre víctimas que mostraron miedo durante los hechos y víctimas que no lo mostraron, ya que las primeras presentan más síntomas depresivos de los valorados por la subescala Total positivos.

Respecto al agresor, el tipo de ocupación que desempeña ha mostrado influir significativamente en las puntuaciones obtenidas en Total positivos, aunque no podemos identificar estadísticamente entre qué grupos de los que se forman mediante esta variable. Sí se ha podido identificar, en cambio, que el grupo de víctimas con pocas aficiones puntúa significativamente más alto que el grupo de víctimas con muchas aficiones.

En las puntuaciones de la subescala de Total positivo, como ocurría en las obtenidas en Ánimo-alegría (tabla 45), el hecho de tener antecedentes de maltrato físico y tener antecedentes de maltrato psicológico, incide en un aumento significativo de las mismas. Finalmente, se observa que las víctimas caracterizadas por ser dubitativas tienen más sintomatología depresiva de la valorada mediante esta subescala.

TABLA 55. VARIABLES QUE INCIDEN EN LA VARIABLE DE MEDIDA DE TOTAL POSITIVOS (CDS)

VARIABLES	CATEGORÍAS	MEDIA	DESV. TIP.	ESTADISTICO χ^2 / Z	LEVENE	POST HOC (Bonferroni/Tamhane)
Situación familiar	Vive con su familia biológica	76,64	27,705	Z: -1,995 p: 0,046		
	Vive en centro acogida/familia adoptiva-acogida	86,06	23,252			
La víctima mostró miedo	Sí	86,86	17,500	Z: -2,086 p: 0,037		
	No	65,09	37,193			
Ocupación del agresor	Estudia	87,00	17,195	F: 6,906 p: 0,032	F: 0,294 p: 0,747	
	Trabaja	77,68	25,903			
	Desconocida	85,50	32,998			
Aficiones	No posee	88,43	14,932	χ^2 : 6,739 p: 0,041	F: 3,842 p: 0,030	2>3
	Pocas aficiones	87,75	20,723			
	Muchas aficiones	66,23	32,350			
Antecedentes de maltrato físico	Sí	93,07	7,332	Z: -2,623 p: 0,009		
	No	74,31	29,857			
Antecedentes de maltrato psicológico	Sí	92,65	7,466	Z: -2,819 p: 0,005		
	No	72,17	31,042			
HSPQ Seguro-dubitativo	3-7	75,08	28,567	Z: -2,581 p: 0,010		
	8-10	89,56	18,984			

Como se puede apreciar en la tabla 56, son muchas las variables que influyen de forma significativa en las puntuaciones de la subescala Total depresivo.

Tres de esas variables se refieren a la familia de la víctima. Por un lado el grupo con un nivel socioeconómico-cultural de su familia bajo, presenta puntuaciones más alta que el grupo con un nivel medio o alto. La presencia de problemática familiar incide elevando las puntuaciones en la subescala Total depresivo, ya que aquellas víctimas sin problemas o de poca gravedad puntúan significativamente más bajo. También se detectan diferencias entre las víctimas cuya madre posee un nivel educativo medio o alto, y las que su madre tenían un nivel educativo bajo, pues las segundas obtenían puntuaciones más alta y por tanto presentaban más sintomatología depresiva.

En cuanto a cómo influyen las conductas de la víctima y el agresor durante la violencia sexual en las puntuaciones en la subescala Total depresivo, observamos que aquellas menores en cuya victimización el agresor empleó violencia física, la sintomatología depresiva es significativamente mayor que cuando no se empleaba.

Por otra parte, pero relacionado con lo anteriormente mencionado, en aquellos casos en los que el agresor/abusador empleó el engaño o seducción, la sintomatología depresiva era mayor que cuando sí se empleaba. Siguiendo con este tipo de variables, comprobamos que las víctimas que mostraron miedo durante el desarrollo de su victimización, puntúan significativamente más alto en la subescala Total depresivo, que las que no reaccionaron con miedo. Y si nos fijamos en las puntuaciones obtenidas en el grupo de víctimas que intentó negociar y las obtenidas por aquellas que no lo intentaron, se aprecia que son significativamente más elevadas las puntuaciones obtenidas por el segundo grupo.

Con respecto a las variables correspondiente a la víctima, se comprueba que las que tienen 12 o 13 años, presentan mayores puntuaciones que las que tienen entre 14 y 15 años. Y al establecer tres subgrupos de víctimas según el nivel educativo, se detecta que el grupo con un nivel educativo alto puntúa significativamente más bajo que el grupo con un nivel educativo bajo.

Cuando estudiamos cómo influye el hecho de poseer muchas aficiones, pocas o ninguna en la vida de la víctima, se comprueba que la existencia de aficiones se relaciona con una sintomatología más elevada en esta subescala. Por otra parte, poseer antecedentes de maltrato físico se relaciona con una mayor sintomatología, ya que las víctimas con estos antecedentes puntuaban más alto que las que no los poseen.

Y de las variables sobre las características de personalidad de la víctima, estudiadas a través del HSPQ, resultan significativas las diferencias entre las víctimas que se mostraban emocionalmente afectadas y las que se mostraban emocionalmente estables, presentando mayores puntuaciones las víctimas caracterizadas por mostrarse con tendencia a la afectación..

También se aprecia que el grupo de víctimas con tendencia a ser dubitativas, presentan más sintomatología depresiva que aquellas que no la tienen. Y por último, la tendencia al ajuste, incide en las puntuaciones obtenidas por las víctimas en las subescala Total depresivo del CDS, en el sentido de que el grupo en el que se presentaba esta tendencia puntuaba significativamente más bajo que el grupo en el que no se presentaba esta característica.

TABLA 56. VARIABLES QUE INCIDEN EN LA VARIABLE DE MEDIDA DE TOTAL DEPRESIVO (CDS)

VARIABLES	CATEGORÍAS	MEDIA	DESV. TIP.	ESTADISTICO χ^2 / Z	LEVENE	POST HOC (Bonferroni/Tamhane)
Nivel socioeconómico-cultural de la familia	Medio/Alto	55,94	29,080	Z: -2,342 p: 0,019		
	Bajo	75,88	22,825			
Problemática familiar	Sin problemas/problemas de poca gravedad	55,07	31,109	Z: -2,132 p: 0,033		
	Existencia de grave problemática	75,60	21,391			
Nivel educativo de la madre	Medio/alto	54,40	30,768	Z: -2,286 p: 0,022		
	Bajo	76,00	21,268			
El agresor empleó violencia física	Sí	78,74	19,958	Z: -2,570 p: 0,010		
	No	58,10	29,209			
El agresor empleó engaño/seducción	Sí	61,64	28,259	Z: -2,272 p: 0,023		
	No	78,33	21,885			
La víctima mostró miedo	Sí	74,34	21,859	Z: -2,357 p: 0,018		
	No	50,91	32,749			
La víctima intentó negociar	Sí	57,89	17,603	Z: -2,504 p: 0,012		
	No	70,81	28,775			
Edad de la víctima	12-13	50,80	32,252	χ^2 : 6,746 p: 0,034	F: 2,674 p: 0,082	1<2
	14-15	76,47	19,284			
	16-17	69,85	27,309			
Nivel educativo de la víctima	Alto	48,71	28,843	χ^2 : 6,489 p: 0,039	F: 3,279 p: 0,049	1<3
	Medio	63,43	30,020			
	Bajo	78,26	19,550			
Aficiones	No posee	90,43	8,715	χ^2 : 18,212 p: 0,000	F: 5,779 p: 0,007	1>2>3
	Pocas aficiones	74,95	19,171			
	Muchas aficiones	44,92	28,336			
Antecedentes de maltrato físico	Sí	83,29	9,754	Z: -2,520 p: 0,012		
	No	59,62	29,765			
HSPQ Emocionalmente afectado-estable	1-3	79,00	12,793	χ^2 : 6,344 p: 0,042	F: 2,855 p: 0,070	1>3
	4-7	66,92	28,920			
	8-10	27,67	20,033			
HSPQ Seguro-dubitativo	4-7	59,50	27,852	Z: -3,229 p: 0,001		
	8-10	80,50	20,669			
HSPQ Ajuste-ansiedad	1-3	22,75	19,085	χ^2 : 10,124 p: 0,006	F: 0,550 p: 0,582	1<2
	4-7	71,55	23,345			
	8-10	88,00	8,544			

VII. 5. 4. Variables que inciden en el déficit de habilidades sociales

Las variables que inciden en la capacidad de las víctimas para expresarse de forma espontánea y sin ansiedad ante distintos tipos de situaciones sociales, se presentan en las tablas que van de la 57 a la 62. En general, se comprueba que algunas características de personalidad y relativas a la forma de desarrollarse la violencia sexual son las variables que más claramente se relacionan con las habilidades sociales de la víctima.

De la tabla 57, se desprende que las víctimas que sufrieron actos más invasivos que tocamientos pero sin llegar a la penetración, poseían más habilidades de autoexpresión, que aquellas víctimas que sufrieron penetración. Se detecta además, que el grupo que sufrió la violencia sexual con violencia física puntúa significativamente más bajo en la subescala analizada que el grupo en el que no se había empleado violencia física.

También influyen en la Autoexpresión en situaciones sociales diversas características de personalidad: Las víctimas emocionalmente más afectadas puntúan más bajo que las que no presentan esta característica; El grupo formado por aquellas menores con tendencia a mostrarse dubitativas presentaba significativamente menos habilidades que el grupo que no tiende a la duda; Y aquellas víctimas que se encontraban menos integradas manifestaban menos habilidades de autoexpresión que las que se encontraban más integradas y que las que no mostraban ninguna tendencia clara con respecto a esta característica de personalidad.

TABLA 57. VARIABLES QUE INCIDEN EN LA VARIABLE DE MEDIDA DE AUTOEXPRESIÓN EN SITUACIONES SOCIALES (EHS)

VARIABLES	CATEGORÍAS	MEDIA	DESV. TIP.	ESTADISTICO χ^2 / Z	LEVENE	POST HOC (Bonferroni/Tamhane)
Actos de la V.S.	Tocamientos	32,43	26,975	χ^2 : 6,623 p: 0,036	F: 0,294 p: 0,747	2>3
	Actos más invasivos que tocamientos, no penetración	55,55	25,347			
	Se llegó a la penetración	29,40	28,193			
El agresor empleó violencia física	Sí	26,89	22,669	Z: -2,170 p: 0,030		
	No	47,38	30,415			
HSPQ Emocionalmente afectado-estable	1-3	20,69	26,167	χ^2 : 9,820 p: 0,007	F: 0,630 p: 0,538	1<2
	4-7	43,83	26,798			
	8-10	61,67	20,207			

HSPQ Seguro-dubitativo	4-7	47,46	27,980	Z: -2,544 p: 0,011		
	8-10	22,94	23,322			
HSPQ Menos-más integrado	1-3	9,14	8,395	F: 8,688 p: 0,003	F: 6,461 p: 0,004	1<2,3
	4-7	41,85	28,702			
	8-10	50,57	24,508			
HSPQ Ajuste-ansiedad	1-3	61,25	16,520	χ^2 : 8,687 p: 0,013	F: 4,782 p: 0,014	2>3
	4-7	37,76	28,312			
	8-10	5,00	4,583			

En la tabla 58 se presentan los resultados significativos que se obtienen al analizar cómo inciden las distintas variables independientes de nuestro estudio en la subescala Expresión de enfado o disconformidad de la EHS.

Por un lado, el empleo de violencia por el agresor incide de forma que aquellas víctimas que sufrieron la violencia sexual acompañada de violencia física, presentan menos habilidades para expresar enfado que las que no sufrieron la victimización con violencia física. Este tipo de habilidad social también se relaciona con las creencia religiosas, ya que las víctimas no creyentes manifiestan una puntuación significativamente mayor que las creyentes pero no practicantes. Ser reservada, como era de esperar, influye en la capacidad para expresar enfado, pues aquellas víctimas que poseían esta característica de personalidad puntuaban más bajo que las no reservadas. Y también, como era esperable, se detectan diferencias significativas de puntuaciones entre el grupo de víctimas más sociables y las que no se caracterizan por su carácter sociable ni autosuficiente, siendo las puntuaciones de las primeras superiores a las de las segundas.

TABLA 58. VARIABLES QUE INCIDEN EN LA VARIABLE DE MEDIDA DE EXPRESIÓN DE ENFADO O DISCONFORMIDAD (EHS)

VARIABLES	CATEGORÍAS	MEDIA	DESV. TIP.	ESTADISTICO χ^2 / Z	LEVENE	POST HOC (Bonferroni/Tamhane)
El agresor empleó violencia física	Sí	29,42	25,631	Z: -2,501 p: 0,012		
	No	54,24	30,081			
Creencias religiosas	No creyente	60,27	27,346	χ^2 : 7,465 p: 0,024	F: 0,145 p: 0,866	1>2
	Creyente no practicante	30,44	28,991			
	Creyente practicante	44,27	28,591			
HSPQ Reservado-abierto	1-3	20,67	22,310	Z: -2,645 p: 0,008		
	4-7	48,77	29,762			
HSPQ Sociable-autosuficiente	1-3	74,00	20,833	χ^2 : 7,530 p: 0,023	F: 2,892 p: 0,068	1>2
	4-7	34,75	26,331			
	8-10	42,00	34,241			

Los datos que se recogen en la tabla 59, indican que el empleo de violencia física por el agresor y las muestras de miedo por la víctima, se relacionan con las puntuaciones en la subescla de la EHS Decir no y cortar interacciones, ya que el grupo de víctimas que sufrió la victimización con violencia física puntuaba significativamente más bajo que las víctimas cuyo agresor no empleo violencia física; y por otro lado aquellas víctimas que mostraron miedo puntuaban significativamente más bajo que las que no lo mostraron.

TABLA 59. VARIABLES QUE INCIDEN EN LA VARIABLE DE MEDIDA DE DECIR NO Y CORTAR INTERACCIONES (EHS)

VARIABLES	CATEGORÍAS	MEDIA	DESV. TIP.	ESTADISTICO χ^2 / Z	LEVENE	POST HOC (Bonferroni/Tamhane)
El agresor empleó violencia física	Sí	33,89	25,456	t: -2,415 p: 0,021	F: 2,075 p: 0,158	
	No	56,81	33,518			
La víctima mostró miedo	Sí	39,72	30,427	Z: -2,063 p: 0,039		
	No	62,27	30,650			

En la tabla 60, se presentan los datos relativos a cómo varían las puntuaciones en la subescala Hacer peticiones, de la EHS, según diversas variables. Se aprecia que el grupo de víctimas cuyo agresor propuso inicialmente el contacto presentaban puntuaciones más altas en la subescla del EHS; Las víctimas que cooperaron con el agresor durante los hechos manifestaban mayor capacidad para hacer peticiones que aquellas que no cooperaron; Y la tendencia a caracterizarse por una sensibilidad blanda se relaciona con las habilidades para hacer peticiones, en el sentido en que aquellas menores con tendencia a una sensibilidad mayor puntuaban más alto que las no caracterizadas por una sensibilidad blanda.

TABLA 60. VARIABLES QUE INCIDEN EN LA VARIABLE DE MEDIDA DE HACER PETICIONES (EHS)

VARIABLES	CATEGORÍAS	MEDIA	DESV. TIP.	ESTADISTICO χ^2 / Z	LEVENE	POST HOC (Bonferroni/Tamhane)
El agresor propuso contacto	Sí	47,42	29,260	t: 2,222 p: 0,032	F: 4,087 p: 0,050	
	No	30,81	17,967			
La víctima cooperó	Sí	63,71	34,620	t: 2,733 p: 0,009	F: 2,322 p: 0,136	
	No	35,91	22,026			
HSPQ Sensibilidad dura-blanda	4-7	33,13	22,422	t: -3,633 p: 0,001	F: 0,043 p: 0,837	
	8-10	63,70	24,931			

Las puntuaciones obtenidas en la subescala Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto, se ven moduladas de forma estadísticamente significativa por diversas variables relativas a la personalidad de la víctima y por la variable que se refiere a si el agresor propuso inicialmente el contacto sexual, lo cual se ilustra en la tabla 61.

Se comprueba al comparar el grupo de víctimas en cuya agresión se propuso inicialmente el contacto por el agresor con el grupo en el que no existió esa proposición, que las puntuaciones en la subescala Iniciar interacciones del EHS son mayores en el primer grupo.

De las características de personalidad estudiadas mediante el HSPQ, se aprecia que la tendencia a mostrarse cohibido o emprendedor influye en las puntuaciones de la subescala estudiada, aunque no se puede indicar entre qué grupos existen diferencias significativas. Por otra parte, al comparar los grupos de víctimas caracterizados por mostrarse seguro y no caracterizados por ello, y comparar las víctimas con tendencia a la extroversión con el grupo de víctimas que no presentan esa característica, se detecta que en los grupos que muestran las características anteriormente mencionadas puntúan más alto que los grupos de víctimas que no muestran esas tendencias de personalidad.

TABLA 61. VARIABLES QUE INCIDEN EN LA VARIABLE DE MEDIDA DE INICIAR INTERACCIONES POSITIVAS CON EL SEXO OPUESTO (EHS)

VARIABLES	CATEGORÍAS	MEDIA	DESV. TIP.	ESTADISTICO χ^2 / Z	LEVENE	POST HOC (Bonferroni/Tamhane)
El agresor propuso contacto	Sí	51,13	31,554	Z: -2,243 p: 0,025		
	No	30,19	23,937			
HSPQ Cohibido-emprendedor	1-3	21,29	22,750	χ^2 : 8,041 p: 0,018	F: 0,848 p: 0,437	
	4-7	42,28	27,369			
	8-10	63,00	34,038			
HSPQ Seguro-dubitativo	4-7	50,42	31,839	t: 2,041 p: 0,048	F: 2,464 p: 0,125	
	8-10	31,25	24,305			
HSPQ Introversión-extraversión	1-3	17,14	18,836	Z: -2,683 p: 0,007		
	4-7	45,71	28,648			

Respecto a cómo se ven moduladas las habilidades sociales que en general presentan las víctimas (tabla 62), por un lado apreciamos que la estabilidad emocional influye significativamente en las puntuaciones de la escala total del EHS aunque no se puede determinar claramente entre qué grupos. Pero si nos fijamos en las

puntuaciones medias parece que a mayor estabilidad más habilidades sociales se poseen.

También se detecta una diferencia significativa entre las puntuaciones obtenidas por el grupo de víctimas con tendencia a mostrarse menos integradas y el grupo caracterizado tendencia a estar integradas, siendo superiores las puntuaciones obtenidas en el segundo grupo.

TABLA 62. VARIABLES QUE INCIDEN EN LA VARIABLE DE MEDIDA DE HABILIDADES SOCIALES TOTAL (EHS)

VARIABLES	CATEGORÍAS	MEDIA	DESV. TIP.	ESTADISTICO χ^2 / Z	LEVENE	POST HOC (Bonferroni/ Tamhane)
HSPQ Emocionalmente afectado-estable	1-3	26,15	28,841	$\chi^2 : 6,840$ p: 0,033	F: 0,139 p: 0,871	
	4-7	46,33	27,400			
	8-10	63,67	23,459			
HSPQ Menos-más integrado	1-3	16,86	15,942	F: 3,865 p: 0,030	F: 3,199 p: 0,052	1<3
	4-7	43,65	30,308			
	8-10	55,71	22,991			

VII. 5. 5. Variables que inciden en la autoestima

El grado de autoestima que presentan las víctimas varía de forma significativa según las variables que se presentan en la tabla 63. En primer lugar, cuando se han comparado las puntuaciones obtenidas en la escala de Autoestima de Rosenberg entre los grupos de víctimas que se establecen según la reiteración de la victimización vivida, se detecta que aquellas víctimas que sufrieron la violencia sexual una única vez puntuaban significativamente más bajo, y por tanto su nivel de autoestima era más bajo, que las víctimas que sufrieron la violencia sexual entre 2 y 10 veces.

Entre las variables referidas a la violencia sexual, se aprecia que las víctimas en cuya victimización el agresor empleó violencia física presentan más baja autoestima que aquellas cuyo agresor no la empleó, lo cual puede guardar relación con los resultados también detectados que señalan que las víctimas que sufrieron violencia sexual con empleo de engaño o seducción por el agresor, manifestaban mayor autoestima que las que no sufrieron engaño o seducción. Por otra parte, las menores que expresaron miedo durante los hechos, presentan más baja autoestima que las que no lo expresaron.

En cuanto a las características de la víctima y su influencia en las puntuaciones en la escala de Autoestima, comprobamos que el grupo con pocas aficiones puntúa significativamente más bajo que el grupo con muchas aficiones. Y también detectamos diferencias entre las víctimas caracterizadas por la tendencia a la duda y las víctimas que no presentan esta tendencia, ya que las primeras presentan puntuaciones más bajas en esta escala.

TABLA 63. VARIABLES QUE INCIDEN EN LA VARIABLE DE MEDIDA DE AUTOESTIMA (ROSEMBERG)

VARIABLES	CATEGORÍAS	MEDIA	DESV. TIP.	ESTADISTICO χ^2 / Z	LEVENE	POST HOC (Bonferroni/Tamhane)
Frecuencia de la vs	Una única vez	24,83	5,512	F: 4,451 p: 0,019	F: 0,996 p: 0,379	1<2
	De 2 a 10 veces	29,79	5,250			
	Más de 10 veces	24,63	3,335			
El agresor empleó violencia física	Sí	24,11	5,098	t: -2,881 p: 0,006	F: 0,148 p: 0,702	
	No	28,71	5,011			
El agresor empleó engaño/seducción	Sí	28,32	4,914	t: 2,905 p: 0,006	F: 0,144 p: 0,707	
	No	23,53	5,263			
La víctima mostró miedo	Sí	25,07	4,949	t: -2,977 p: 0,005	F: 0,042 p: 0,838	
	No	30,36	5,221			
Aficiones	No posee	25,43	3,047	F: 3,876 p: 0,030	F: 0,764 p: 0,473	2>3
	Pocas aficiones	24,80	5,540			
	Muchas aficiones	29,77	5,310			
HSPQ Seguro-dubitativo	3-7	27,96	5,238	t: 2,103 p: 0,042	F: 0,231 p: 0,633	
	8-10	24,38	5,340			

VII. 5. 6. Variables que inciden en la adaptación

En la tabla 64 se concentran los diferentes análisis de las variables que inciden de forma significativa en la inadaptación general de las víctimas, entendiéndola como la incapacidad para acoplarse y estar a gusto consigo misma o con el ambiente donde tiene que vivir.

En este sentido, hallamos por una parte, que las puntuaciones en la escala de inadaptación general del TAMAI difieren entre las adolescentes que viven con su familia biológica y las que no, ya que las segundas mostraban mayor inadaptación. Se comprueba respecto al resto de variables sociodemográficas que inciden significativamente, que son variables que correlacionan con la situación familiar de vivir con la familia biológica o no. Así, pertenecer a una familia con nivel socioeconómico-cultural medio-alto se relaciona con una mayor adaptación que en los casos de pertenecer a familias con un nivel más bajo. Como era de esperar, se aprecia

que las víctimas en cuya familia existe problemática grave, presentan mayor inadaptación que las que pertenecen a familias sin problemática o de poca gravedad. Y las otras variables familiares que inciden significativamente en las puntuaciones de la escala de inadaptación general son tanto el nivel educativo de la madre como del padre, ya que las víctimas cuyo padre posee un nivel educativo bajo presentan mayor inadaptación que aquellas cuyo padre presenta un nivel educativo medio/alto, y esta misma diferencia significativa de puntuaciones se detecta en cuanto al nivel educativo de la madre.

De entre las variables relativas a la forma de desarrollarse la violencia sexual, se comprueba que incide significativamente en las puntuaciones en inadaptación general, el empleo por el agresor de violencia física, ya que cuando así era se obtienen puntuaciones más elevadas que en los casos en los que no se empleó este tipo de violencia. El nivel socioeconómico-cultural del agresor también muestra relación con las puntuaciones en inadaptación, puesto que se detectaron diferencias significativas entre los grupos de víctimas agredidas por personas con un nivel alto, medio o bajo.

En cuanto a las características de la víctima, se observa que aquellas que poseen un nivel educativo bajo muestran mayor inadaptación general que las que poseen un nivel educativo medio. Al estudiar las diferencias entre las puntuaciones obtenidas por las víctimas con muchas aficiones, pocas o ninguna, se detecta que estas diferencias son significativas, siendo menor la inadaptación en el primer grupo que en el segundo y en el segundo que en el tercero. Poseer antecedentes de maltrato físico, como se esperaba, hace que las víctimas presenten puntuaciones más altas que aquellas víctimas que no poseen dichos antecedentes. También se detectan diferencias entre el grupo de víctimas que perciben apoyo de los amigos y aquellas que no poseen amigos, presentando mayor inadaptación en el segundo grupo. Y la influencia de la denuncia en la inadaptación de las víctimas se aprecia al puntuar más alto en esta escala aquellas víctimas cuya victimización no fue denunciada.

De las características de personalidad de la víctima, apreciamos que estar más o menos integrada incide en la inadaptación general, pero no se detectan diferencias significativas que indiquen de qué forma. También se observa que las víctimas con tendencia a mostrarse relajadas puntúan más bajo en esta escala que las que no muestran ninguna tendencia. Y aquellas adolescentes que se presentan con ansiedad, según el HSPQ, también muestran mayor inadaptación que aquellas que no manifiestan tendencia a la ansiedad o al ajuste.

TABAL 64. VARIABLES QUE INCIDEN EN LA VARIABLE DE MEDIDA INADAPTACIÓN GENERAL (TAMAI)

VARIABLES	CATEGORÍAS	MEDIA	DESV. TIP.	ESTADISTICO χ^2 / Z	LEVENE	POST HOC (Bonferroni Tamhane)
Situación familiar	Vive con su familia biológica	66,23	21,492	Z: -2,128 p: 0,033		
	Vive en centro acogida / familia adoptiva-acogida	78,83	15,935			
Nivel socioeconómico-cultural de la familia	Medio/Alto	63,63	22,797	Z: -2,106 p: 0,035		
	Bajo	77,42	16,108			
Problemática familiar	Sin problemas/problemas de poca gravedad	63,67	21,380	Z: -2,005 p: 0,045		
	Existencia de grave problemática	76,84	17,752			
Nivel educativo del padre	Medio/alto	62,43	20,724	Z: -2,305 p: 0,021		
	Bajo	77,00	17,971			
Nivel educativo de la madre	Medio/alto	61,60	20,227	Z: -2,622 p: 0,009		
	Bajo	78,08	17,459			
El agresor empleó violencia física	Sí	77,63	19,245	Z: -2,161 p: 0,031		
	No	66,71	19,665			
Nivel socioeconómico-cultural del agresor	Alto	60,00	21,432	χ^2 : 6,322 p: 0,042	F: 0,061 p: 0,941	
	Medio	68,78	18,245			
	Bajo	77,67	20,597			
Nivel educativo de la víctima	Alto	60,57	21,283	χ^2 : 8,681 p: 0,013	F: 2,711 p: 0,080	2<3
	Medio	64,86	21,768			
	Bajo	81,26	13,852			
Aficiones	No posee	90,43	4,721	χ^2 : 17,244 p: 0,000	F: 7,223 p: 0,002	1>2>3
	Pocas aficiones	75,20	15,206			
	Muchas aficiones	56,85	21,400			
Antecedentes de maltrato físico	Sí	79,71	16,136	Z: -2,063 p: 0,039		
	No	67,69	20,871			
Percepción de apoyo por amigos	No posee amigos	86,86	5,336	F: 4,636 p: 0,016	F: 6,312 p: 0,004	1>3
	Posee amigos que no le apoyan	79,50	16,553			
	Posee amigos que le apoyan	65,28	20,794			
Existencia de denuncia	Sí	69,24	20,484	Z: -2,053 p: 0,040		
	No	87,00	5,177			
HSPQ Menos-más integrado	1-3	87,00	8,124	χ^2 : 7,375 p: 0,025	F: 2,711 p: 0,080	
	4-7	71,69	19,784			
	8-10	57,57	19,890			
HSPQ Relajado-tenso	1-3	54,38	24,704	χ^2 : 6,402 p: 0,041	F: 1,753 p: 0,187	1<2
	4-7	76,34	16,262			
	8-10	75,67	20,502			
HSPQ Ajuste-ansiedad	1-3	52,00	5,598	χ^2 : 9,560 p: 0,008	F: 3,320 p: 0,047	2<3
	4-7	72,39	19,775			
	8-10	93,00	5,196			

Al analizar la inadaptación personal, valorada mediante una escala del TAMAI, se detectan diferencias entre los subgrupos que se establecen según los valores de determinadas variables, como se refleja en la tabla 65.

En primer lugar, las víctimas con problemática de gravedad en la familia, obtienen más altas puntuaciones en inadaptación personal que las que no tienen problemática de esa magnitud. Por otra parte, tanto el nivel educativo del padre como el de la madre influyen sobre la puntuación en la escala de inadaptación personal, en el sentido de que aquellas adolescentes cuyo padre tiene un nivel educativo bajo muestran mayor inadaptación que aquellas con padres con nivel educativo medio/alto, y estas diferencias también se detectaron con respecto a la madre. Se comprueba además, que el grupo en cuya victimización el agresor empleó violencia física puntúan significativamente más alto en esta escala del TAMAI.

Como característica de la víctima que incide en las puntuaciones en inadaptación personal, se comprueba que las víctimas sin aficiones puntúan más alto que las que poseen pocas aficiones, y éstas más alto que las que poseen muchas aficiones. Por último, también detectamos diferencias significativas entre el grupo de adolescentes cuya victimización fue denunciada y aquellas cuya violencia sexual no fue denunciada, siendo mayor la inadaptación en el segundo grupo.

TABLA 65. VARIABLES QUE INCIDEN EN LA VARIABLE DE MEDIDA DE INADAPTACIÓN PERSONAL (TAMAI)

VARIABLES	CATEGORÍAS	MEDIA	DESV. TIP.	ESTADISTICO χ^2 / Z	LEVENE	POST HOC (Bonferroni/Tamhane)
Problemática familiar	Sin problemas/problemas de poca gravedad	58,93	32,197	Z: -1,986 p: 0,047		
	Existencia de grave problemática	81,24	21,806			
Nivel educativo del padre	Medio/alto	60,64	31,583	Z: -1,988 p: 0,047		
	Bajo	79,46	24,000			
Nivel educativo de la madre	Medio/alto	58,40	31,649	Z: -2,378 p: 0,017		
	Bajo	81,56	21,926			
El agresor empleó violencia física	Sí	81,11	22,696	Z: -2,224 p: 0,026		
	No	65,43	30,714			
Aficiones	No posee	94,14	3,338	χ^2 : 16,960 p: 0,000	F: 10,227 p: 0,000	1>2>3
	Pocas aficiones	80,65	20,093			
	Muchas aficiones	49,46	30,756			
Existencia de denuncia	Sí	69,88	29,272	Z: 1,972 p: 0,049		
	No	89,83	7,548			

La inadaptación escolar, que se evalúa a través del TAMAI, muestra oscilaciones significativas según las variables que se presentan en la tabla 66. Como se comprueba, el nivel educativo de los padres incide en la inadaptación escolar, ya que las víctimas cuyo padre presenta un nivel educativo bajo, puntuaban más alto en esta escala que aquellas cuyo padre posee un nivel educativo medio-alto, e igual sucede con respecto al nivel educativo de la madre. Al comparar las puntuaciones obtenidas en los tres grupos de víctimas establecidos según la edad en la que sufrieron el episodio o primer episodio de la violencia sexual, se detectan diferencias significativas entre las víctimas que sufrieron la victimización con edades comprendidas entre 10 y 13 años, y las que lo sufrieron con más de 13 años, siendo menor la inadaptación en el grupo de mayor edad.

También se diferencian en cuanto a la inadaptación escolar las víctimas que tenían previamente una actitud positiva hacia el agresor y las que no, siendo mayor la puntuación en el segundo grupo. La variable percepción de apoyo por los amigos influye sobre la inadaptación escolar, en el sentido de que tanto las víctimas que no poseen amigos, como las que los poseen pero consideran que no les apoyan, puntúan significativamente más alto que las que sienten que sus amigos les apoyan con respecto a la superación de lo sucedido. Por otra parte, el hecho de que esté pendiente la celebración del juicio por la violencia sexual, y por tanto, los hechos estén denunciados, coincide con la presencia de menos inadaptación escolar. Son también significativas las diferencias entre las medias del grupo de adolescentes con una actitud colaboradora durante la evaluación y el grupo no colaborador, siendo mayor la inadaptación escolar en el segundo. Y por último, con respecto a las diferencias de puntuaciones en esta subescala, se detecta, como es de esperar, que las víctimas con tendencia a mostrarse despreocupadas tienen mayor inadaptación escolar que las que no presentan esta característica.

TABLA 66. VARIABLES QUE INCIDEN EN LA VARIABLE DE MEDIDA DE INADAPTACIÓN ESCOLAR (TAMAI)

VARIABLES	CATEGORÍAS	MEDIA	DESV. TIP.	ESTADISTICO χ^2 / Z	LEVENE	POST HOC (Bonferroni/Tamhane)
Nivel educativo del padre	Medio/alto	39,50	28,785	Z: -2,015 p: 0,044		
	Bajo	60,69	29,600			
Nivel educativo de la madre	Medio/alto	40,40	27,956	Z: -1,985 p: 0,047		
	Bajo	61,00	30,168			
Edad en el primer episodio	Menos de 10 años	53,86	30,383	χ^2 : 11,025 p: 0,004	F: 0,134 p: 0,875	2>3
	Entre 10 y 13 años	72,80	26,689			
	Más de 13 años	36,78	25,007			

Actitud positiva previa hacia el agresor	Sí	48,06	29,366	Z: -2,166 p: 0,030		
	No	74,13	28,488			
Percepción de apoyo por amigos	No posee amigos	45,86	30,803	χ^2 : 12,640 p: 0,002	F: 3,634 p: 0,036	1,3<2
	Posee amigos que no le apoyan	86,88	14,035			
	Posee amigos que le apoyan	44,60	27,683			
Pendiente de juicio	Sí	44,83	29,553	Z: -2,829 p: 0,005		
	No	78,60	17,896			
Actitud durante la evaluación	Colaboradora	49,74	29,448	Z: -2,047 p: 0,041		
	No colaboradora	78,00	30,757			
HSPQ Despreocupado-consciente	1-3	75,00	26,750	Z: -2,704 p: 0,007		
	4-7	44,62	28,217			

Como hemos visto son muchas las variables que inciden en las diferencias de puntuaciones en inadaptación escolar que presentan las víctimas, sin embargo, cuando analizamos la inadaptación social, se comprueba que tan sólo tres variables muestran diferencias significativas entre los subgrupos que se establecen (tabla 67). Una de ellas es la que hace referencia a si la víctima intentó negociar con el agresor o no durante la victimización, ya que el grupo en el que sí existía intento de negociar, las víctimas presentan mayor adaptación social, que el grupo en el que no hubo ese intento. También hay diferencias en inadaptación social según el tipo de apoyo familiar percibido, aunque las pruebas post hoc no desvelan entre qué grupos específicamente se producen diferencias significativas. Y la última comparación de medias que resulta significativa es la establecida entre las víctimas con tendencia a la introversión, según el HSPQ, y las que no presentan dicha tendencia, siendo más elevada la inadaptación en el primer grupo.

TABLA 67. VARIABLES QUE INCIDEN EN LA VARIABLE DE MEDIDA DE INADAPTACIÓN SOCIAL (TAMAI)

VARIABLES	CATEGORÍAS	MEDIA	DESV. TIP.	ESTADISTICO χ^2 / Z	LEVENE	POST HOC (Bonferroni/ Tamhane)
La víctima intentó negociar	Sí	39,22	31,148	t: -2,555 p: 0,015	F: 1,552 p: 0,220	
	No	63,77	23,606			
Percepción apoyo familiar	Adecuada	66,95	29,341	χ^2 : 6,327 p: 0,042	F: 1,536 p: 0,229 (omitido caso grupo 4)	
	Minimiza	53,50	23,725			
	Protectora	41,00	17,607			
	Culpabiliza	37,00	(un único caso)			
HSPQ Introversión-extraversión	1-3	76,14	29,174	Z: -2,148 p: 0,032		
	4-7	55,03	26,169			

Las variables que inciden en los resultados obtenidos en la subescala Proimagen se presentan en la tabla 68. Las puntuaciones altas en esta subescala indican un tipo de personalidad ingenuamente autosuficiente y de gran deseabilidad social, y se detecta en mayor grado en las víctimas con familias que presentan problemática grave, que en las que tenían familias con menos problemas. Por otra parte, la frecuencia de la violencia sexual incide en las puntuaciones obtenidas en Proimagen, al detectarse más bajas puntuaciones en el grupo que fue victimizado en una única ocasión frente al grupo que sufrió la violencia sexual entre 2 y 10 ocasiones. También se presentan diferencias entre el grupo de víctimas con consumo de alcohol/drogas y el grupo sin consumo, siendo más alta la Proimagen en el primero.

Con respecto al agresor, se detecta una mayor proimagen en las víctimas cuyo agresor era menor de edad, frente a las que fueron agredidas por un individuo con edad entre 18 y 30 años. También hay diferencias con respecto a la identidad del agresor, ya que tanto las víctimas de recién conocidos, como de amigos o conocidos, puntúan significativamente más bajo en proimagen que las víctimas de familiares que no son el padre. Y la admisión de la violencia sexual por el agresor coincide con la presencia de puntuaciones más altas en esta subescala del TAMAI.

Por otro lado, las adolescentes que revelaron su victimización, manifiestan mayor proimagen que las que no lo revelaron, sin embargo aquellas con tendencia a la introversión presentan más baja proimagen que las que no muestran esta tendencia.

TABLA 68. VARIABLES QUE INCIDEN EN LA VARIABLE DE MEDIDA DE PROIMAGEN (TAMAI)

VARIABLES	CATEGORÍAS	MEDIA	DESV. TIP.	ESTADISTICO χ^2 / Z	LEVENE	POST HOC (Bonferroni/Tamhane)
Problemática familiar	Sin problemas/problemas de poca gravedad	52,27	23,144	t: -2,065 p: 0,046	F: 0,006 p: 0,937	
	Existencia de grave problemática	67,28	21,725			
Frecuencia de la V.S.	Una única vez	52,56	23,732	χ^2 : 9,611 p: 0,008	F: 0,347 p: 0,709	1<2
	De 2 a 10 veces	75,79	18,942			
	Más de 10 veces	57,38	18,000			
Consumo de alcohol/drogas por el agresor	Sí	70,17	20,092	t: 2,204 p: 0,034	F: 0,001 p: 0,979	
	No	54,68	23,607			
Edad del agresor	Menor de 18 años	47,13	20,434	F: 3,466 p: 0,042	F: 0,296 p: 0,765	1<2
	Entre 18 y 30 años	78,00	20,688			
	Más de 30 años	62,35	22,425			
El agresor admite la VS.	Sí	86,25	14,637	t: 2,367 p: 0,023	F: 0,959 p: 0,334	
	No	58,92	22,429			

Revelación por la víctima	Sí	65,63	21,742	t: 2,284 p: 0,028	F: 0,237 p: 0,629	
	No	45,75	23,169			
Relación previa víctima-agresor	Recientemente conocido	40,80	11,454	F: 7,417 p: 0,001	F: 1,859 p: 0,154	1,4<3
	Familiar-padre	67,29	21,178			
	Familiar-otros	85,43	12,122			
	Amigo/conocido	51,57	20,946			
HSPQ Introversión- extraversión	1-3	48,29	12,148	t: -2,471 p: 0,023	F: 3,440 p: 0,072	
	4-7	63,97	24,397			

En la tabla 69, presentamos aquellas comparaciones de medias que resultaron significativas respecto a la variable contradicciones. Esta variable señala la incoherencia con la que se ha respondido en el TAMAI, y según los creadores de la prueba, las puntuaciones altas en esta subescala correlacionan positivamente con todas las Inadaptaciones y especialmente con las puntuaciones que se obtienen en Inadaptación social.

Como se observa en la tabla, las víctimas que no viven con su familia biológica presentan más contradicciones que aquellas que sí conviven con ella. Y entre las variables que describen cómo se desarrolló la violencia sexual, el grupo de víctimas que se quedó bloqueada, y el grupo de víctimas que mostró miedo, puntúan significativamente más alto en la subescala contradicciones, que el grupo que no se bloqueó y el grupo de víctimas que no mostró miedo, respectivamente.

También se detectan niveles significativamente más alto de contradicciones en las víctimas que tenían previamente una actitud negativa hacia el agresor, frente a las que manifestaban una actitud previa positiva. Coherentemente con lo mencionado respecto a las correlaciones con otras subescalas de inadaptación del TAMAI, se obtienen puntuaciones más altas en los grupos de víctimas que poseen antecedentes de maltrato físico y de maltrato psicológico, en comparación con los grupos que no presentan estos tipos de maltrato.

Por otra parte, la percepción de apoyo por parte de los amigos incide en las contradicciones en el sentido de que obtienen puntuaciones significativamente más altas en el grupo que afirmó poseer amigos pero que éstos no le apoyaban, frente a las puntuaciones obtenidas por las víctimas que aseguraban sentirse apoyadas por sus amistades. Y al comparar las puntuaciones obtenidas por las adolescentes cuya victimización fue denunciada con las obtenidas por aquellas que no poseen denuncia de los hechos, se comprueba que el primer grupo puntúa significativamente más bajo que el segundo.

TABLA 69. VARIABLES QUE INCIDEN EN LA VARIABLE DE MEDIDA DE CONTRADICCIONES (TAMAI)

VARIABLES	CATEGORÍAS	MEDIA	DESV. TIP.	ESTADISTICO χ^2 / Z	LEVENE	POST HOC (Bonferroni/Tamhane)
Situación familiar	Vive con su familia biológica	58,09	14,765	Z: -2,506 p: 0,012		
	Vive en centro acogida/familia adoptiva-acogida	71,28	16,552			
Víctima se quedó bloqueada	Sí	65,54	16,350	Z: -2,161 p: 0,031		
	No	45,33	10,017			
La víctima mostró miedo	Sí	68,03	15,553	Z: -2,579 p: 0,010		
	No	53,45	15,776			
Actitud positiva previa hacia el agresor	Sí	61,03	15,640	Z: -1,983 p: 0,048		
	No	76,00	16,648			
Antecedentes de maltrato físico	Sí	72,29	17,216	t: 2,426 p: 0,020	F: 1,839 p: 0,183	
	No	59,58	15,012			
Antecedentes de maltrato psicológico	Sí	70,18	16,820	Z: -2,124 p: 0,034		
	No	59,48	15,538			
Percepción de apoyo por amigos	No posee amigos	63,71	18,652	F: 4,433 p: 0,019	F: 0,872 p: 0,426	2>3
	Posee amigos que no le apoyan	78,25	15,989			
	Posee amigos que le apoyan	59,56	14,379			
Existencia de denuncia	Sí	61,59	15,798	Z: -2,011 p: 0,044		
	No	77,83	16,582			

La variable de medida de Insatisfacción familiar, evaluada mediante el TAMAI, es una de las que presentan más oscilaciones significativas según los grupos establecidos por las variables independientes (tabla 70). Como cabe esperar, son muchas las variables relativas a la familia que inciden sobre la Insatisfacción familiar, y otras muchas son variables que tras el estudio exploratorio previo de las variables independientes, correlacionan con el hecho de que el agresor sea un familiar, como el lugar de la violencia sexual, la frecuencia y el número de agresores.

En primer lugar, las víctimas que viven con su familia biológica presentan menos insatisfacción familiar que las que viven con una familia adoptiva, de acogida o se encuentran en un centro. La presencia de problemática familiar también está presente en las víctimas con mayor puntuación en insatisfacción familiar. Por otra parte, en el grupo de víctimas cuya estructura familiar era incompleta, las puntuaciones eran significativamente más elevadas que las obtenidas por las víctimas con una estructura familiar completa. Y según los estadísticos obtenidos, el nivel educativo de la madre también incide en la insatisfacción familiar en el sentido de que las víctimas con

madres de nivel educativo bajo presentan más insatisfacción familiar que las víctimas con madres de niveles educativos medio/alto.

Otras variables, en este caso relacionadas con la forma de desarrollarse la violencia sexual, también muestran un efecto significativo sobre las puntuaciones en Insatisfacción familiar. Así, observamos en la tabla, que las víctimas que sufrieron los hechos en su casa puntúan más alto que las que fueron victimizadas en otro lugar distinto a su casa o la del agresor. También hay diferencias entre el grupo de víctimas cuya victimización tuvo lugar en una única ocasión, y el grupo que fue victimizado entre 2 y 10 veces, ya que el primer grupo presenta más insatisfacción familiar que el segundo. Y cuando se comparan las puntuaciones de las víctimas cuyo agresor era sólo uno con las puntuaciones que obtienen las víctimas de varios agresores, se comprueba que en el primer caso la insatisfacción familiar resulta más alta en el primer grupo.

Con respecto al agresor, también observamos que su nivel socioeconómico-cultural incide en las puntuaciones en Insatisfacción familiar de las víctimas, aunque los análisis Post Hoc no detallan entre qué grupos. Sin embargo, los estadísticos sí nos informan de los grupos de víctimas que se establecen según su nivel educativo, entre los que existen diferencias significativas en insatisfacción intrafamiliar, pues aquellas con un nivel educativo bajo presentan más insatisfacción que las que poseen un nivel educativo alto. Otro de los resultados que puede resultar esperable, es la diferencia que encontramos entre las adolescentes cuyo agresor era un desconocido y aquellas cuyo agresor era su padre, ya que las primeras puntúan significativamente más bajo que las segundas. Se aprecia además que las víctimas sin experiencia sexual previa manifiestan mayor insatisfacción familiar que las víctimas que poseían, previamente a los hechos, experiencia sexual.

Una nueva variable que incide en las puntuaciones obtenidas por las víctimas, es la posesión o no de aficiones, detectándose mayor insatisfacción en las víctimas que no poseen aficiones frente a las que poseen muchas aficiones. También existen diferencias significativas esperables, entre el grupo de víctimas con antecedentes de negligencia y el grupo que no los posee, pues la insatisfacción familiar es más alta en el primero.

Comprobamos nuevas discrepancias en cuanto a la insatisfacción familiar, al comparar el grupo de víctimas que colaboraba durante la evaluación y el grupo de víctimas no colaboradoras, siendo estas últimas las que puntúan más alto en la subescala. Y, por último, cuando la revelación se produce el mismo día de los hechos, las víctimas presentan puntuaciones más bajas que aquellas que contaban lo sucedido en los días posteriores o al mes siguiente.

TABLA 70. VARIABLES QUE INCIDEN EN LA VARIABLE DE MEDIDA DE INSATISFACCIÓN FAMILIAR (TAMAI)

VARIABLES	CATEGORÍAS	MEDIA	DESV. TIP.	ESTADÍSTIC χ^2 / Z	LEVENE	POST HOC Bonferroni/Tamhane
Situación familiar	Vive con su familia biológica	57,18	24,467	Z: -2,340 p: 0,019		
	Vive en centro acogida/familia adoptiva-acogida	73,44	21,536			
Problemática familiar	Sin problemas/problemas de poca gravedad	51,33	25,631	Z: -2,628 p: 0,009		
	Existencia de grave problemática	72,40	20,120			
Estructura familiar	Completa	54,89	24,711	Z: -2,074 p: 0,038		
	Incompleta	73,19	20,908			
Nivel educativo de la madre	Medio/alto	52,73	25,775	Z: -2,279 p: 0,023		
	Bajo	71,56	20,867			
Lugar de la V.S.	Domicilio de la víctima	72,90	20,661	χ^2 : 6,637 p: 0,036	F: 0,461 p: 0,634	1>3
	Domicilio del agresor	61,40	22,604			
	Otros	48,33	27,400			
Frecuencia de la V.S.	Una única vez	51,00	26,767	χ^2 : 8,929 p: 0,012	F: 1,691 p: 0,198	1<2
	De 2 a 10 veces	75,86	16,412			
	Más de 10 veces	75,00	14,263			
Número de agresores	Uno	67,94	22,004	Z: -2,256 p: 0,024		
	Más de uno	33,50	24,880			
Nivel socioeconomico-cultural del agresor	Alto	44,75	32,968	χ^2 : 6,331 p: 0,042	F: 0,599 p: 0,554	
	Medio	60,00	21,660			
	Bajo	73,39	22,348			
Nivel educativo de la víctima	Alto	52,29	17,699	χ^2 : 7,089 p: 0,029	F: 1,066 p: 0,355	1<3
	Medio	57,86	26,855			
	Bajo	73,89	21,705			
Relación previa víctima-agresor	Recientemente conocido	39,00	19,609	χ^2 : 11,501 p: 0,009	F: 0,906 p: 0,448	1<2
	Familiar-padre	76,21	15,253			
	Familiar-otros	73,29	29,539			
	Amigo/conocido	57,50	23,001			
Experiencia sexual previa	No tenía	70,46	21,794	Z: -2,327 p: 0,020		
	Tenía experiencia previa	50,58	25,098			
Aficiones	No posee	80,71	16,059	χ^2 : 6,987 p: 0,030	F: 0,669 p: 0,518	1>3
	Pocas aficiones	66,25	24,413			
	Muchas aficiones	53,08	23,461			
Antecedentes de negligencia	Sí	73,00	21,210	Z: -2,027 p: 0,043		
	No	57,55	24,939			
Actitud durante la evaluación	Colaboradora	61,57	24,164	Z: -2,395 p: 0,017		
	No colaboradora	85,00	14,318			
Tiempo transcurrido hasta la revelación	Menos de 1 día	41,60	22,628	χ^2 : 11,930 p: 0,003	F: 0,271 p: 0,764	1<2,3
	Entre 1 día y 1 mes	71,57	16,040			
	Más de 1 mes	72,30	21,242			

Tras realizar el análisis de las variables que inciden en las puntuaciones obtenidas por las víctimas en la subescala Insatisfacción con hermanos, llama la atención el hecho de que ninguna de las comparaciones de medias respecto a variables de tipo familiar resulta significativa. Sin embargo sí se detectan diferencias en cuanto a otras variables como la frecuencia de la violencia sexual, y aunque los análisis Post Hoc no desvelan entre qué grupos y en qué direcciones, se comprueba al fijarse en las medias de cada grupo, que a mayor frecuencia de la victimización se eleva también la insatisfacción con hermanos.

El empleo o no de determinadas estrategias por el agresor, también incide en las puntuaciones obtenidas en esta subescala al detectarse mayores índices de insatisfacción con hermanos en los grupos en cuya victimización existió violencia verbal y cuando se empleó amenaza y/o coacción, frente a los grupos en los que el agresor no utilizó estas estrategias. En la comparación de las puntuaciones de las víctimas según los grupos establecido por el rango de edad de los agresores, también se evidencian diferencias significativas, concretamente la insatisfacción con hermanos del grupo victimizado por menores de edad puntúa más bajo que el grupo victimizado por mayores de 30 años. Coherentemente con este resultado, se manifiestan también diferencias entre el grupo victimizado por estudiantes y el grupo en el que el agresor trabaja, siendo mayor la insatisfacción en el segundo grupo.

Otra de las variables respecto a la cual se detectan diferencias significativas en Insatisfacción con hermanos, es la que hace referencia a la revelación de los hechos, comprobando que cuando era la víctima quien desvelaba lo sucedido se obtienen puntuaciones más altas que cuando se conocieron los hechos por otros motivos. Y la aprensividad en las víctimas también se relaciona significativamente con mayores puntuaciones en Insatisfacción con hermanos, en comparación con las puntuaciones que obtienen las víctimas que no presentan esta característica de personalidad.

TABLA 71. VARIABLES QUE INCIDEN EN LA VARIABLE DE MEDIDA DE INSATISFACCIÓN CON HERMANOS (TAMAI)

VARIABLES	CATEGORÍAS	MEDIA	DESV. TIP.	ESTADISTICO χ^2 / Z	LEVENE	POST HOC (Bonferroni/Tamhane)
Frecuencia de la V.S.	Una única vez	51,28	25,059	χ^2 : 6,922 p: 0,031	F: 0,158 p: 0,854	
	De 2 a 10 veces	69,43	21,869			
	Más de 10 veces	73,75	27,280			
El agresor empleó violencia verbal	Sí	43,10	27,416	Z: -2,563 p: 0,010		
	No	68,47	22,328			
El agresor empleó amenaza/coacción	Sí	52,31	29,624	Z: -2,038 p: 0,049	F: 2,958 p: 0,094	
	No	68,67	21,180			

Edad del agresor	Menor de 18 años	42,88	20,017	χ^2 : 7,615 p: 0,022	F: 0,859 p: 0,432	1<3
	Entre 18 y 30 años	60,33	18,041			
	Más de 30 años	68,46	26,524			
Ocupación del agresor	Estudia	42,86	21,621	F: 5,989 p: 0,006	F: 0,743 p: 0,482	1<2
	Trabaja	71,80	20,526			
	Desconocida	48,75	31,079			
Revelación por la víctima	Sí	67,09	22,322	t: 2,606 p: 0,013	F: 1,469 p: 0,229	
	No	42,25	30,826			
HSPQ Sereno-Aprensivo	4-7	57,78	25,341	Z: .2,043 p: 0,041		
	8-10	79,33	23,114			

Como se aprecia en la tabla 72, son muchas las variables estudiadas que muestran incidir sobre las puntuaciones obtenidas por las víctimas en la subescala del TAMAI Educación adecuada del padre. La mitad de estas variables hacen referencia al agresor, lo cual puede estar relacionado con el hecho de que éste coincida con la figura del padre.

En primer lugar, al observar la tabla, comprobamos como cabe esperar, que las víctimas sin problemática familiar, o con problemática leve, presentan mejor percepción respecto a la educación del padre. De las variables sobre el agresor, se obtienen resultados significativos al comparar las puntuaciones obtenidas por el grupo victimizado por un agresor con consumo de alcohol/drogas, con las obtenidas por las víctimas cuyo agresor no presentaba consumo, siendo más elevadas en el segundo grupo. En los casos en los que el agresor había propuesto el contacto sexual, se obtienen puntuaciones más bajas en Educación adecuada del padre, que en los casos en los que no hubo esa propuesta. El número de agresores también influye en los resultados obtenidos, ya que el grupo cuyo agresor fue una persona únicamente, la opinión sobre la educación del padre era peor que en los casos en los que fueron varios los agresores. También se obtienen resultados significativos al comparar los grupos establecidos según el estado civil del agresor, y aunque las pruebas Post Hoc no indican claramente entre qué grupos y de qué forma, al observar las medias obtenidas se detecta una percepción de la educación paterna más negativa cuando el agresor estaba casado. Y cuando se estudia cómo incide la relación víctima-agresor en las puntuaciones obtenidas en esta subescala del TAMAI, se identifica que se valora más positivamente la educación paterna en el grupo de adolescentes victimizadas por recientemente conocidos que en los grupos de chicas victimizadas por el padre u otro familiar; también se detecta que las víctimas de violencia sexual por familiares, que no son el padre, valoran más negativamente el estilo educativo paterno, frente a las víctimas de agresores amigos o conocidos.

En cuanto a otras variables, se observan también diferencias entre el grupo de víctimas que presentaron una actitud colaboradora durante la evaluación, frente a las víctimas no colaboradoras, siendo superiores las puntuaciones en el primer grupo. Respecto a la actitud frente a los hechos, cuando las víctimas ignoran o minimizan la violencia sexual, sus valoraciones respecto a la educación paterna es más negativa, que la que muestran las víctimas que optan por olvidar. También hemos detectado diferencias en cuanto a dos características de personalidad de las víctimas. Por un lado, aquellas víctimas con tendencia a ser cohibidas puntúan más alto que las que no se caracterizan por ello, y por otra parte, aquellas víctimas con tendencia a la introversión presentan mejor valoración del estilo educacional paterno que las víctimas que no presentan esa característica de personalidad.

TABLA 72. VARIABLES QUE INCIDEN EN LA VARIABLE DE MEDIDA DE EDUCACIÓN ADECUADA DEL PADRE (TAMAI)

VARIABLES	CATEGORÍAS	MEDIA	DESV. TIP.	ESTADISTIC χ^2 / Z	LEVENE	POST HOC (Bonferron. Tamhane)
Problemática familiar	Sin problemas/ poca gravedad	50,73	33,697	Z: -2,055 p: 0,040		
	Grave problemática	28,36	22,489			
Consumo de alcohol/drogas por el agresor	Sí	26,33	21,682	t: -2,232 p: 0,032	F: 6,756 p: 0,013	
	No	45,27	31,761			
El agresor propuso contacto	Sí	27,25	19,957	t: -2,473 p: 0,022	F: 20,088 p: 0,000	
	No	51,00	34,787			
Número de agresores	Uno	32,81	26,580	Z: -2,234 p: 0,025		
	Más de uno	72,25	28,277			
Estado civil del agresor	Casado	26,63	21,841	χ^2 : 9,359 p: 0,009	F: 4,667 p: 0,016	
	Soltero	47,00	32,300			
	Viudo/separado/divorciado	66,75	31,405			
Relación previa víctima-agresor	Recientemente conocido	72,20	23,594	F: 20,472 p: 0,001	F: 7,333 p: 0,001	1>2,3 3<4
	Familiar-padre	27,29	20,860			
	Familiar-otros	13,71	1,496			
	Amigo/conocido	45,07	31,143			
Actitud durante la evaluación	Colaboradora	40,26	29,337	Z: -2,640 p: 0,008		
	No colaboradora	12,20	2,280			
Actitud hacia la victimización	Ignora/minimiza	11,50	1,915	χ^2 : 6,949 p: 0,031	F: 5,131 p: 0,011	1<2
	Quiere olvidar	38,69	30,393			
	Quiere superarlo	40,04	29,219			
HSPQ Cohibido-emprendedor	1-3	60,71	30,021	F: 3,281 p: 0,049	F: 0,055 p: 0,946	1>2
	4-7	30,92	26,418			
	8-10	34,00	28,385			
HSPQ Introversión-extraversión	1-3	55,86	20,972	Z: -2,110 p: 0,035		
	4-7	33,26	29,794			

A través de la tabla 73 se pueden apreciar los resultados significativos obtenidos al comparar las medias de las puntuaciones en la subescala Educación adecuada de la madre, entre los grupos que se establecen según las variables independientes. Observamos que el empleo de amenazas o coacción incide en la percepción de la educación materna, en el sentido de que aquellas jóvenes en cuya victimización se empleó la estrategia mencionada, presentan mayores puntuaciones que las adolescentes victimizadas sin amenazas o coacción. Por otra parte, el grupo de víctimas que cooperaron durante los hechos manifiesta una actitud más negativa ante la educación materna, en comparación con el grupo de víctimas que no cooperó.

En lo que respecta a la variable percepción del apoyo social, se detectan diferencias entre los distintos grupos establecidos, concretamente las víctimas que perciben poseer apoyo social, valoran de forma más positiva la educación que le ofrece su madre, que las víctimas cuyo entorno social desconoce lo sucedido, y que aquellas que consideran que su entorno social no le apoya. Y en cuanto a las características de personalidad de la víctima, se comprueba que aquellas víctimas con tendencia a mostrarse dominantes tienen peor concepto de la educación materna que aquellas víctimas que se caracterizan por la sumisión. También mostraban un concepto más negativo sobre la educación materna aquellas adolescentes que se caracterizan por la despreocupación, frente a aquellas que no presentan esa tendencia.

TABLA 73. VARIABLES QUE INCIDEN EN LA VARIABLE DE MEDIDA DE EDUCACIÓN ADECUADA DE LA MADRE (TAMAI)

VARIABLES	CATEGORÍAS	MEDIA	DESV. TIP.	ESTADISTICO χ^2 / Z	LEVENE	POST HOC (Bonferroni/ Tamhane)
El agresor empleó amenaza/coacción	Sí	58,50	31,324	Z: -2,016 p: 0,044		
	No	37,83	22,942			
La víctima cooperó	Sí	24,00	12,662	Z: -2,350 p: 0,019		
	No	50,79	28,404			
Percepción del apoyo social	Lo desconocen	38,38	13,690	F: 7,345 p: 0,002	F: 3,512 p: 0,040	2>1,3
	Existe apoyo	59,25	28,451			
	No existe apoyo	29,33	25,087			
HSPQ Sumiso-dominante	1-3	37,00	38,184	χ^2 : 6,467 p: 0,039	F: 1,269 p: 0,293	2>3
	4-7	53,46	27,606			
	8-10	27,30	20,194			
HSPQ Despreocupado-consciente	1-3	27,80	16,315	t: -3,129 p: 0,004	F: 4,659 p: 0,037	
	4-7	50,86	28,351			

De los resultados que se exponen en la tabla 74, hay que destacar que tanto el nivel educativo del padre, como el de la madre y el de la propia víctima, inciden en las puntuaciones que se obtienen en la subescala Discrepancia educativa. En primer lugar, las víctimas cuyos padres tienen un nivel educativo bajo, presentan mayor percepción de discrepancia educativa que cuando es medio/alto. Con respecto al nivel educativo de la víctima, se detectan diferencias significativas en las medias de las puntuaciones, aunque no se pueden establecer mediante las pruebas Post Hoc entre qué grupos y en qué sentido.

Al comparar el grupo victimizado por un único sujeto con el grupo que sufrió la victimización por varios, se detecta que en el primer grupo la puntuación en Discrepancia educativa es más elevada que en el segundo grupo.

Y en último lugar, comprobamos que las jóvenes con tendencia a mostrarse sobrias perciben menos discrepancia educativa entre sus padres, que las jóvenes que no se caracterizan por la tendencia la sobriedad o al entusiasmo.

TABLA 74. VARIABLES QUE INCIDEN EN LA VARIABLE DE MEDIDA DE DISCREPANCIA EDUCATIVA (TAMAI)

VARIABLES	CATEGORÍAS	MEDIA	DESV. TIP.	ESTADISTICO χ^2 / Z	LEVENE	POST HOC (Bonferroni/Tamhane)
Nivel educativo del padre	Medio/alto	45,64	27,573	t: -2,683 p: 0,011	F: 0,778 p: 0,383	
	Bajo	65,65	19,310			
Nivel educativo de la madre	Medio/alto	47,60	27,630	t: -2,364 p: 0,023	F: 1,213 p: 0,278	
	Bajo	65,28	19,612			
Número de agresores	Uno	62,44	21,813	t: 3,339 p: 0,002	F: 0,230 p: 0,634	
	Más de uno	24,50	18,376			
Nivel educativo de la víctima	Alto	54,14	25,583	F: 3,288 p: 0,049	F: 0,200 p: 0,820	
	Medio	48,00	23,301			
	Bajo	68,16	21,624			
HSPQ Sobrio-entusiasta	1-3	51,64	27,410	χ^2 : 7,355 p: 0,025	F: 0,805 p: 0,455	2>3
	4-7	67,86	18,189			
	8-10	39,60	23,362			

VII. 5. 7. Variables que inciden en la sintomatología del trastorno de estrés postraumático

A continuación se presentan las tablas que recogen las comparaciones de medias que resultaron significativas respecto a la sintomatología del TEPT. En la primera tabla (tabla 75) aparecen los resultados relativos a la subescala global de la EGS del trastorno de estrés postraumático.

En comparación con tablas anteriores, comprobamos que este tipo de sintomatología se ve significativamente modulada por las estrategias del agresor. Así, el empleo de violencia verbal, violencia física, amenaza-coacción o la ausencia de engaño o seducción, inciden en las puntuaciones obtenidas siendo más elevadas que en los casos en los que no se dieron estas circunstancias. En consonancia con lo anterior, las víctimas que mostraron miedo durante los hechos, obtienen puntuaciones significativamente más elevadas que aquellas que no lo manifestaron. Se comprueba además que la forma de terminación de la violencia sexual también incide en las puntuaciones en sintomatología postraumática, y aunque no se puede identificar entre qué grupos se produce significativamente, al observar las medias se constata que las puntuaciones son más bajas en el grupo cuya victimización llegó a su fin por una conducta de la víctima.

Con respecto a las características de la víctima y su historia de vida, existen diferencias entre las puntuaciones del grupo con antecedentes de maltrato físico y el grupo sin dichos antecedentes, y entre el grupo con historia previa de maltrato psicológico y el grupo sin maltrato psicológico previo, ya que la sintomatología de estrés postraumático resulta ser más elevada entre las víctimas con algún tipo de historia de maltrato. También se comprueba que tres características de personalidad de la víctima inciden significativamente en las puntuaciones obtenidas, ya que las adolescentes que se caracterizan por ser más sobrias presentan más sintomatología postraumática que las que se caracterizan por ser más entusiastas. Por otra parte, el hecho de ser más cohibida o emprendedora, también influye en las puntuaciones que obtienen en esta subescala detectándose, aunque sin ser estadísticamente significativos los análisis Post Hoc, que el grupo cohibido presenta puntuaciones más altas. Y la tercera característica de personalidad que muestra una influencia en la sintomatología postraumática global es la sensibilidad, ya que cuando es blanda las puntuaciones resultan más elevadas que cuando no se detecta dicha tendencia.

TABLA 75. VARIABLES QUE INCIDEN EN LA VARIABLE DE MEDIDA SÍNTOMAS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (EGSTEPT)

VARIABLES	CATEGORÍAS	MEDIA	DESV. TIP.	ESTADISTICO χ^2 / Z	LEVENE	POST HOC (Bonferroni/Tamhane)
El agresor empleó violencia física	Sí	26,05	8,316	t: 3,235 p: 0,003	F: 0,186 p: 0,669	
	No	17,90	7,615			
El agresor empleó violencia verbal	Sí	29,20	7,899	t: 3,461 p: 0,001	F: 0,079 p: 0,780	
	No	19,30	7,813			
El agresor empleó engaño/seducción	Sí	19,08	8,026	t: -2,669 p: 0,011	F: 0,405 p: 0,528	
	No	26,27	8,606			
El agresor empleó amenaza/coacción	Sí	25,63	8,269	t: 2,371 p: 0,023	F: 0,000 p: 0,997	
	No	19,21	8,460			
La víctima mostró miedo	Sí	24,41	7,962	t: 3,459 p: 0,001	F: 0,093 p: 0,762	
	No	14,82	7,468			
Forma de terminación de la vs	Decidido por el agresor	24,14	9,551	F: 3,492 p: 0,041	F: 2,130 p: 0,133	
	Por la conducta de la víctima	17,94	6,869			
	Otros	29,50	,707			
Antecedentes de maltrato físico	Sí	26,50	10,552	t: 2,658 p: 0,011	F: 3,297 p: 0,077	
	No	19,23	6,749			
Antecedentes de maltrato psicológico	Sí	25,18	9,958	t: 2,184 p: 0,035	F: 1,892 p: 0,177	
	No	19,26	7,194			
HSPQ Sobrio-entusiasta	1-3	25,86	7,941	F: 3,605 p: 0,037	F: 0,621 p: 0,543	1>3
	4-7	20,71	8,866			
	8-10	14,80	6,611			
HSPQ Cohibido-emprendedor	1-3	25,43	9,053	F: 3,547 p: 0,039	F: 0,807 p: 0,454	
	4-7	22,92	8,907			
	8-10	15,00	5,043			
HSPQ Sensibilidad dura-blanda	4-7	19,83	8,383	t: -2,564 p: 0,014	F: 0,044 p: 0,864	
	8-10	27,60	8,003			

De los resultados que aparecen en la tabla 76, llama la atención que a diferencia de lo que ocurre con respecto al resto de síntomas de estrés posttraumático, aparece la variable edad de la víctima en dos ocasiones (edad durante el primer o único episodio y edad de la víctima durante la evaluación), como variables que influyen significativamente sobre las puntuaciones obtenidas por las víctimas. La edad durante el primer o único episodio, influye en los síntomas de reexperimentación, en el sentido de que las víctimas con edades comprendidas entre los 10 y 13 años, puntúan significativamente más bajo en la subescala que las adolescentes victimizadas por primera o única vez después de los 13 años. Y la edad de la víctima durante la evaluación muestra un efecto modulador cuando se compara las puntuaciones que

obtienen las víctimas de 12 y 13 años con las que obtienen las de 16 y 17 años, ya que las primeras presentan más reexperimentación que las segundas.

También se detecta influencia en la presencia de sintomatología de reexperimentación por diversas características de la violencia sexual. Por un lado, el empleo de violencia verbal, y el de la amenaza o coacción influye en las puntuaciones que se obtienen, al ser éstas más elevadas cuando se presentan estos elementos en el desarrollo de la violencia sexual. Por otra parte, se encontraron diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas por el grupo de víctimas que mostró miedo durante los hechos y el grupo que no, y entre el grupo de víctimas que intentó negociar y el grupo que no lo intentó, ya que los primeros presentaban puntuaciones superiores a las obtenidas por los segundos.

La presencia de antecedentes de maltrato físico y psicológico también muestra una influencia significativa sobre la reexperimentación ya que cuando estos existen los niveles de dicha sintomatología son más elevados que cuando no se han detectado ese tipo de victimización previa.

Las variables referidas a la actitud de la víctima frente a la evaluación y frente a la experiencia vivida, muestran relación con la subescala de reexperimentación, ya que las víctimas con una actitud colaboradora en las entrevistas eran las que presentaban mayor reexperimentación, y por otra parte aquellas víctimas que ignoran o minimizan lo sucedido puntúan más bajo en reexperimentación que las víctimas que manifiestan querer olvidar y las que desean superarlo, lo cual puede estar vinculado a que por sus estrategias de afrontamiento de tipo evitativo, informen de menos afectación de la real. Y en último lugar detectamos que la tendencia a una sensibilidad blanda coincide con una mayor puntuación en reexperimentación, en comparación a las puntuaciones obtenidas por las víctimas que no presentan esa característica.

TABLA 76. VARIABLES QUE INCIDEN EN LA VARIABLE DE MEDIDA SÍNTOMAS DEL REEXPERIMENTACIÓN (EGSTEPT)

VARIABLES	CATEGORÍAS	MEDIA	DESV. TIP.	ESTADISTICO χ^2 / Z	LEVENE	POST HOC (Bonferroni/Tamhane)
Edad durante el primer episodio	Menos de 10 años	5,71	2,690	F: 4,809 p: 0,014	F: 0,662 p: 0,522	2<3
	Entre 10 y 13 años	5,07	2,658			
	Más de 13 años	8,44	3,823			
El agresor empleó violencia verbal	Sí	8,90	3,573	t: 2,394 p: 0,022	F: 0,181 p: 0,673	
	No	5,97	3,285			
El agresor empleó amenaza/coacción	Sí	8,50	3,724	t: 2,844 p: 0,007	F: 0,415 p: 0,524	
	No	5,50	2,934			

La víctima mostró miedo	Sí	7,55	3,541	t: 2,644 p: 0,012	F: 0,184 p: 0,670	
	No	4,45	2,544			
La víctima intentó negociar	Sí	8,44	2,555	Z: -1,962 p: 0,050		
	No	6,19	3,674			
Edad de la víctima	12-13	4,80	2,201	χ^2 : 7,329 p: 0,026	F: 1,640 p: 0,208	1<3
	14-15	6,24	3,914			
	16-17	8,77	3,004			
Antecedentes de maltrato físico	Sí	8,29	4,410	t: 2,167 p: 0,037	F: 3,063 p: 0,088	
	No	5,85	2,723			
Antecedentes de maltrato psicológico	Sí	8,06	4,007	t: 2,177 p: 0,036	F: 0,647 p: 0,426	
	No	5,70	2,867			
Actitud durante la evaluación	Colaboradora	7,23	3,309	Z: -2,519 p: 0,012		
	No colaboradora	3,00	3,240			
Actitud hacia la victimización	Ignora/minimiza	2,00	2,708	χ^2 : 9,150 p: 0,010	F: 0,066 p: 0,937	1<2,3
	Quiere olvidar	6,46	3,256			
	Quiere superarlo	7,65	3,256			
HSPQ Sensibilidad dura-blanda	4-7	6,53	3,821	t: -3,057 p: 0,004	F: 0,391 p: 0,535	
	8-10	9,70	4,322			

Centrándonos en la sintomatología postraumática de carácter evitativo (tabla 77), son muy diversos los aspectos que parecen modular su incidencia. En primer lugar, al comparar las puntuaciones obtenidas por las víctimas entre los grupos que se establecen según la ocupación de la madre, los resultados indican que aquellas víctimas cuya madre tiene una ocupación desconocida presentan más síntomas evitativos que las víctimas cuyas madres tienen un trabajo cualificado. El lugar donde se produjo la violencia sexual influye en las puntuaciones en la subescala de síntomas evitativos, en el sentido de que aquellas victimizaciones que se producían en el domicilio de la víctima, daban lugar a menor sintomatología que cuando se produjo en el domicilio del agresor. Además, el empleo de violencia física y el empleo de violencia verbal resultan ser dos variables que cuando se presentan aumentan los niveles de sintomatología evitativa.

Siguiendo con las variables que hacen referencia a cómo se desarrollaron los hechos, vemos que aquellas víctimas que mostraron miedo puntúan más alto en esta subescala. También comprobamos que existen diferencias significativas entre las puntuaciones que obtiene el grupo de víctimas que no tienen aficiones y el grupo compuesto por víctimas con muchas aficiones, ya que éste último presenta menos síntomas de tipo evitativo.

Con respecto a la personalidad de la víctima, se constata que aquellas adolescentes con un carácter más cohibido, las que poseen una sensibilidad blanda, y

las de carácter poco integrado, presentan más evitación que las que nos presentan estas tendencias.

TABLA 77. VARIABLES QUE INCIDEN EN LA VARIABLE DE MEDIDA SÍNTOMAS DE EVITACIÓN (EGSTEPT)

VARIABLES	CATEGORÍAS	MEDIA	DESV. TIP.	ESTADISTICO χ^2 / Z	LEVENE	POST HOC (Bonferroni/Tamhane)
Ocupación de la madre	Desconocida	11,00	4,336	χ^2 : 9,602 p: 0,022	F: 0,820 p: 0,491	1>4
	Trabaja en el hogar	7,69	3,591			
	Trabajo no cualificado	6,50	4,400			
	Trabajo cualificado	4,33	2,066			
Lugar de la vs	Domicilio de la víctima	6,29	4,113	F: 3,682 p: 0,035	F: 0,158 p: 0,855	1<2
	Domicilio del agresor	10,20	3,327			
	Otros	6,56	3,844			
El agresor empleó violencia física	Sí	9,21	4,171	t: 3,014 p: 0,005	F: 1,165 p: 0,287	
	No	5,62	3,354			
El agresor empleó violencia verbal	Sí	10,20	3,490	t: 2,743 p: 0,009	F: 0,218 p: 0,644	
	No	6,37	3,926			
La víctima mostró miedo	Sí	8,24	3,997	t: 2,412 p: 0,021	F: 0,315 p: 0,578	
	No	4,91	3,618			
Aficiones	No posee	10,43	5,381	F: 4,116 p: 0,024	F: 1,514 p: 0,233	1>3
	Pocas aficiones	7,55	3,591			
	Muchas aficiones	5,31	3,250			
HSPQ Cohibido-emprendedor	1-3	9,57	4,756	F: 4,416 p: 0,019	F: 1,907 p: 0,163	1>3
	4-7	7,76	3,876			
	8-10	4,00	2,449			
HSPQ Sensibilidad dura-blanda	4-7	6,53	3,821	t: -2,198 p: 0,034	F: 0,756 p: 0,390	
	8-10	9,70	4,322			
HSPQ Menos-más integrado	1-3	7,86	1,952	χ^2 : 7,339 p: 0,025	F: 5,274 p: 0,010	1,2>3
	4-7	8,12	4,484			
	8-10	3,86	2,545			

Nuevamente, al detenernos en los resultados respecto a las variables que influyen en las puntuaciones de una subescala de síntomas del TEPT, en este caso de síntomas de aumento de la activación (tabla 78), se comprueba que la mayoría de las variables que mostraron una incidencia significativa se refieren a características de la violencia sexual. En primer lugar comprobamos que tanto las víctimas que sufrieron la violencia en una única ocasión, como en más de 10, puntúan más alto que las que lo sufrieron de 2 a 10 veces. En cuanto a las estrategias del agresor, al comparar las puntuaciones de las víctimas cuyo agresor empleó violencia física con las obtenidas por las víctimas que no sufrieron la victimización con esta forma de violencia, y hacer las

misma comparación respecto a la violencia verbal, se constata que en los casos en los que se emplea violencia las puntuaciones son significativamente más altas.

Con respecto a las reacciones de la víctima, en los casos en los que ésta manifestaba miedo, la sintomatología de aumento de la activación era más elevada que en los casos en los que no lo manifestaba. La variable forma de terminación también muestra estadísticamente influencia sobre la subescala aumento de la activación, en el sentido de que el grupo de víctimas cuya victimización terminó por decisión del agresor presentan más sintomatología de este tipo que aquellas cuya violencia sexual finalizó por su propia conducta.

También se aprecia que los antecedentes de maltrato psíquico y físico en la vida de las víctimas pueden modular la afectación de tipo aumento de la activación, ya que cuando existen estos antecedentes las puntuaciones en esta subescala son más altas. Y por último, la tendencia a ser sobria o entusiasta también se perfila como influyente en el aumento de la activación, resultando el análisis de varianza significativo, aunque las pruebas Post Hoc no son significativas.

TABLA 78. VARIABLES QUE INCIDEN EN LA VARIABLE DE MEDIDA SÍNTOMAS DE AUMENTO DE LA ACTIVACIÓN (EGSTEPT)

VARIABLES	CATEGORÍAS	MEDIA	DESV. TIP.	ESTADISTICO χ^2 / Z	LEVENE	POST HOC (Bonferroni/Tamhane)
Frecuencia de la vs	Una única vez	8,89	2,447	F: 5,980 p: 0,006	F: 1,268 p: 0,293	1>2 2<3
	De 2 a 10 veces	5,64	2,678			
	Más de 10 veces	8,88	3,796			
El agresor empleó violencia física	Sí	9,21	2,974	t: 3,055 p: 0,004	F: 0,057 p: 0,812	
	No	6,43	2,785			
El agresor empleó violencia verbal	Sí	10,10	3,178	t: 2,967 p: 0,005	F: 0,015 p: 0,902	
	No	6,97	2,798			
El agresor empleó engaño/seducción	Sí	6,64	2,841	t: -3,176 p: 0,003	F: 0,130 p: 0,721	
	No	9,60	2,874			
El agresor empleó amenaza/coacción	Sí	9,38	2,754	t: 2,887 p: 0,006	F: 0,615 p: 0,438	
	No	6,67	3,002			
La víctima mostró miedo	Sí	8,62	2,884	t: 3,123 p: 0,003	F: 0,062 p: 0,805	
	No	5,45	2,806			
Forma de terminación de la vs	Decidido por el agresor	8,76	3,015	F: 4,072 p: 0,025	F: 0,460 p: 0,635	1>2
	Por la conducta de la víctima	6,24	2,927			
	Otros	10,00	1,414			
Antecedentes de maltrato físico	Sí	9,29	3,667	t: 2,380 p: 0,022	F: 1,075 p: 0,306	
	No	6,92	2,576			

Antecedentes de maltrato psicológico	Sí	9,06	3,344	t: 2,376 p: 0,023	F: 0,092 p: 0,763
	No	6,78	2,713		
HSPQ Sobrio-entusiasta	1-3	9,36	2,530	F: 3,542 p: 0,039	F: 1,046 p: 0,361
	4-7	7,14	3,366		
	8-10	5,80	2,168		

VII. 5. 8. Variables que inciden en la sintomatología de culpa

Los sentimientos de culpa relacionados con la experiencia de la violencia sexual se ven influenciados por diversas variables que se presentan en las tablas 79 a 84. En la primera de estas tablas (tabal 79) se recogen los resultados significativos de las comparaciones de medias respecto a las puntuaciones obtenidas en la subescala Global del TRGI.

Por una parte, se comprueba que las víctimas que intentaron negociar con el agresor durante la victimización puntúan más bajo en la subescala Total que aquellas víctimas que no lo intentaron. Además la presencia de culpa, en general, relacionada con el trauma, se detecta significativamente más elevada en las víctimas que no poseen aficiones, en comparación a aquellas que poseen pocas o muchas. Y también inciden en los sentimientos de culpa, dos variables sobre la personalidad de la víctima. Por una parte la tendencia a mostrarse dominante influye en cuanto a que aquellas víctimas con dicha característica presentan menos autoinculpación que las no dominantes, mientras que el grupo de víctimas caracterizadas por ser dubitativas presentan más sentimientos de culpa que aquellas que no muestra esa tendencia.

TABLA 79. VARIABLES QUE INCIDEN EN LA VARIABLE DE MEDIDA SÍNTOMAS DE CULPA RELACIONADA CON EL TRAUMA (TRGI)

VARIABLES	CATEGORÍAS	MEDIA	DESV. TIP.	ESTADISTICO χ^2 / Z	LEVENE	POST HOC (Bonferroni/Tamhane)
La víctima intentó negociar	Sí	1,13	0,656	t: -2,872 p: 0,007	F: 0,993 p: 0,325	
	No	2,03	0,863			
Aficiones	No posee	2,60	1,088	F: 4,726 p: 0,015	F: 1,238 p: 0,302	1>3
	Pocas aficiones	1,83	0,799			
	Muchas aficiones	1,42	0,694			
HSPQ Sumiso-dominante	1-3	1,75	1,768	χ^2 : 6,467 p: 0,039	F: 1,269 p: 0,293	2>3
	4-7	1,64	0,893			
	8-10	2,37	0,556			
HSPQ Seguro-dubitativo	3-7	1,54	0,647	t: -2,414 p: 0,024	F: 5,676 p: 0,022	
	8-10	2,26	1,060			

De las subescalas del TRGI, la que evalúa estrés es la que se ve más afectada por las variables independientes que hemos estudiado. Como se aprecia en la tabla 80, predominan las variables referidas al agresor y al tipo de estrategias empleadas, al igual que sucedía en las tablas referidas a la sintomatología del TEPT.

Al realizar la comparación de medias entre los grupos en los que el agresor había empleado un tipo de estrategia, con el grupo en el que el agresor no empleó dicha estrategia, se obtuvieron puntuaciones significativamente superiores cuando empleó violencia física, cuando utilizó violencia verbal y cuando amenazó/coaccionó. Sin embargo, las adolescentes en cuya victimización se empleó engaño/seducción presentaban menos sintomatología de estrés valorada mediante el TRGI, que aquellas en las que no se empleó esa estrategia. Por otra parte, las víctimas que manifestaron miedo, presentan puntuaciones más elevadas que aquellas que no lo manifestaron.

Se obtienen asimismo resultados significativos al comparar las puntuaciones que obtienen las víctimas de un único agresor y las que presentan las víctimas de varios agresores, siendo superiores las de estas últimas. Referido también al agresor, su tipo de ocupación influye en el estrés relacionado con el trauma, en el sentido de que aquellas víctimas de agresores cuya ocupación es desconocida, presentan más estrés que las víctimas de agresores con un trabajo conocido. Otra de las comparaciones que resulta significativa es la que se establece en cuanto a la actitud previa de la víctima hacia el agresor, presentando más altas puntuaciones las víctimas que tenían una actitud negativa.

Con respecto a la víctima, poseer muchas aficiones coincide con menores puntuaciones en estrés, en comparación con los casos que no poseen aficiones. Y la presencia de antecedentes de maltrato también da muestras de coincidir significativamente con más altas puntuaciones en estrés.

Resulta interesante, también respecto a las víctimas, el hecho de que aquellas con actitud colaboradora presentan más estrés que las que no tenían dicha actitud durante la evaluación. Y como cabe esperar, respecto a las características de personalidad, las víctimas más relajadas obtienen puntuaciones más bajas que las que no se caracterizan por la tendencia a la relajación.

TABLA 80. VARIABLES QUE INCIDEN EN LA VARIABLE DE MEDIDA SÍNTOMAS DE ESTRÉS (TRGI)

VARIABLES	CATEGORÍAS	MEDIA	DESV. TIP.	ESTADISTICO χ^2 / Z	LEVENE	POST HOC (Bonferroni/Tamhane)
El agresor empleó violencia física	Sí	3,03	0,640	t: 4,360 p: 0,000	F: 0,325 p: 0,572	
	No	2,06	0,754			
El agresor empleó violencia verbal	Sí	3,34	0,386	Z: -3,571 p: 0,000		
	No	2,25	0,785			
El agresor empleó engaño/seducción	Sí	2,19	0,821	t: -3,703 p: 0,001	F: 2,069 p: 0,159	
	No	3,08	0,567			
El agresor empleó amenaza/coacción	Sí	2,91	0,698	t: 2,530 p: 0,016	F: 0,747 p: 0,393	
	No	2,26	0,854			
La víctima mostró miedo	Sí	2,77	0,715	t: 3,347 p: 0,002	F: 0,094 p: 0,761	
	No	1,87	0,861			
Número de agresores	Uno	2,43	0,842	t: -2,075 p: 0,045	F: 2,495 p: 0,123	
	Más de uno	3,33	0,395			
Ocupación del agresor	Estudia	2,67	1,106	F: 4,126 p: 0,024	F: 1,490 p: 0,239	2<3
	Trabaja	2,27	0,666			
	Desconocida	3,18	0,846			
Actitud positiva previa hacia el agresor	Sí	2,35	0,829	t: -2,782 p: 0,008	F: 2,164 p: 0,150	
	No	3,21	0,544			
Aficiones	No posee	3,06	0,772	F: 3,499 p: 0,041	F: 0,192 p: 0,826	1>3
	Pocas aficiones	2,61	0,830			
	Muchas aficiones	2,10	0,764			
Antecedentes de maltrato físico	Sí	2,89	0,965	t: 2,112 p: 0,041	F: 0,852 p: 0,362	
	No	2,32	0,723			
Actitud durante la evaluación	Colaboradora	2,64	0,786	t: 2,392 p: 0,022	F: 0,019 p: 0,891	
	No colaboradora	1,72	0,926			
HSPQ Relajado-tenso	1-3	1,89	0,584	F : 3,911 p: 0,029	F: 2,012 p: 0,148	1<2
	4-7	2,73	0,856			
	8-10	2,17	0,404			

En la tabla 81, exponemos aquellas comparaciones de medias de las puntuaciones en la subescala de responsabilidad del TRGI, que resultan significativas. Como se observa dos de las tres variables moduladoras se refieren a antecedentes, ya que la presencia de antecedentes de violencia sexual en familiares de la víctima, coincide con una menor presencia de sentido de responsabilidad respecto a lo sucedido por parte de la víctima. Sin embargo, las víctimas con antecedentes en su vida de maltrato físico se consideran más responsables del hecho traumático que las que no han sufrido dicho maltrato.

La tercera variable con respecto a la cual se detectaron diferencias significativas, es el intento o no de negociar por parte de la víctima con el agresor durante la violencia sexual, ya que los resultados indican que las víctimas que intentan negociar presentan menos sentimiento de responsabilidad en cuanto a la vivencia traumática.

TABLA 81. VARIABLES QUE INCIDEN EN LA VARIABLE DE MEDIDA SÍNTOMAS DE RESPONSABILIDAD (TRGI)

VARIABLES	CATEGORÍAS	MEDIA	DESV. TIP.	ESTADISTICO χ^2 / Z	LEVENE	POST HOC (Bonferroni/Tamhane)
Antecedentes familiares victimización sex.	Sí	1,40	,671	t: -2,118 p: 0,041	F: 0,338 p: 0,565	
	No	1,85	,616			
La víctima intentó negociar	Sí	1,18	,616	t: -2,865 p: 0,007	F: 0,065 p: 0,801	
	No	1,84	,608			
Antecedentes de maltrato físico	Sí	2,01	,727	t: 2,343 p: 0,024	F: 0,585 p: 0,449	
	No	1,52	,570			

Tan sólo dos variables influyen significativamente en las puntuaciones de la subescala Mal actuado. Como se aprecia en la tabla 82, las víctimas cuyo agresor posee un nivel socioeconómico cultural alto, presentan más sensación de haber actuado mal durante su victimización que las agredidas por sujetos con niveles medios. Y aquellas adolescentes con una actitud previa positiva hacia el agresor, sienten que han actuado mal con mayor frecuencia que las que tenían una actitud negativa hacia el agresor antes de los hechos.

TABLA 82. VARIABLES QUE INCIDEN EN LA VARIABLE DE MEDIDA SÍNTOMAS DE MAL ACTUADO (TRGI)

VARIABLES	CATEGORÍAS	MEDIA	DESV. TIP.	ESTADISTICO χ^2 / Z	LEVENE	POST HOC (Bonferroni/Tamhane)
Nivel socioeconómico cultural del agresor	Alto	2,60	,589	F: 5,386 p: 0,009	F: 0,814 p: 0,451	1>2
	Medio	1,17	,921			
	Bajo	1,62	,715			
Actitud positiva previa hacia el agresor	Sí	1,66	,833	t: 2,144 p: 0,039	F: 0,492 p: 0,487	
	No	,94	,949			

Respecto a la falta de justificación valorada por el TRGI, se aprecia como sucede en cuanto a la tabla anterior, que son sólo dos las variables que influyen significativamente (tabla 83). En este caso, coincide que ambas variables se refieren a la relación entre la víctima y su entorno social.

Por un lado, se detecta una diferencia significativa entre las medias del grupo de víctimas cuyo entorno desconoce lo sucedido, el grupo que percibe apoyo de su entorno, y el grupo de víctimas cuyo entorno conoce lo sucedido pero no le apoya. Si nos fijamos en las medias para establecer alguna tendencia respecto a entre qué grupos existen diferencias, parece que el percibir que el entorno social conoce lo sucedido pero no apoya a la víctima, se relaciona con un mayor malestar respecto a considerar que su actuación durante la victimización no estaba justificada. Y el segundo resultado significativo señala que las víctimas caracterizadas por ser sociables manifiestan menos culpa con respecto a la falta de justificación, que las víctimas que no muestran esa característica.

TABLA 83. VARIABLES QUE INCIDEN EN LA VARIABLE DE MEDIDA SÍNTOMAS DE FALTA DE JUSTIFICACIÓN (TRGI)

VARIABLES	CATEGORÍAS	MEDIA	DESV. TIP.	ESTADISTICO χ^2 / Z	LEVENE	POST HOC (Bonferroni/Tamhane)
Percepción del apoyo social	Lo desconocen	2,03	,836	F: 3,361 p: 0,046	F: 0,022 p: 0,978	
	Existe apoyo	2,34	,832			
	No existe apoyo	2,95	,838			
HSPQ Sociable-autosuficiente	1-3	1,68	1,102	F: 3,378 p: 0,045	F: 1,413 p: 0,256	1 < 2
	4-7	2,67	,729			
	8-10	2,42	,911			

Por último, como se aprecia en la tabla 84, de todas las variables independientes estudiadas, sólo dos variables muestran influir significativamente en las cogniciones de culpa, y coincide que esas dos variables se refieren a los niveles educativos de los padres, detectándose en ambos casos, que las víctimas con padres/madres con un nivel educativo bajo presentan niveles más altos de culpa en forma de cogniciones de culpa, que las víctimas de padres con niveles educativos medios o altos.

TABLA 84. VARIABLES QUE INCIDEN EN LA VARIABLE DE MEDIDA SÍNTOMAS DE COGNICIÓN DE CULPA (TRGI)

VARIABLES	CATEGORÍAS	MEDIA	DESV. TIP.	ESTADISTICO χ^2 / Z	LEVENE	POST HOC (Bonferroni/Tamhane)
Nivel educativo del padre	Medio/alto	1,44	,433	t: -2,325 p: 0,026	F: 0,907 p: 0,347	
	Bajo	1,83	,536			
Nivel educativo de la madre	Medio/alto	1,48	,441	t: -2,065 p: 0,046	F: 0,894 p: 0,350	
	Bajo	1,82	,546			



CAPITULO VIII

DISCUSIÓN

VIII. DISCUSIÓN

Tras haber presentados los resultados del análisis estadístico, a continuación iremos reflexionando sobre dichos resultados teniendo en cuenta cada uno de los objetivos que nos planteamos inicialmente, y contrastándolos con las aportaciones de otras investigaciones sobre el tema. Para ello se seguirán los apartados que pueden establecerse en respuesta a los puntos sobre los que nos propusimos ahondar mediante esta investigación.

El principal objetivo que planteamos es conocer las características que rodean el fenómeno de la victimización sexual en una población adolescente femenina, qué repercusiones psicológicas tiene y qué factores median en la misma. Por eso, en un primer apartado, se discuten los resultados obtenidos tras comparar las características sociodemográficas y psicológicas de un grupo de adolescentes victimizadas frente a otro grupo de adolescentes no victimizadas, para establecer si realmente existen aspectos diferenciales. Posteriormente en el siguiente apartado, se analizan las características que rodean a la violencia sexual, así como la posible sintomatología postraumática. En un tercer apartado exponemos la discusión de los resultados obtenidos tras comparar las características de la victimización, de la víctima y su afectación en el abuso sexual frente a la agresión sexual, es decir los casos en los que el agresor empleaba estrategias suaves, frente a los que venían acompañados de estrategias violentas. Por último, en el cuarto apartado, discutimos sobre las variables que han mostrado un efecto mediador en la afectación psicológica de la víctima, valorando si nuestro estudio coincide con los más recientes en este tema.

VIII. 1. ASPECTOS DIFERENCIALES DE LAS ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

En primer lugar vamos a analizar las diferencias en cuanto a características sociodemográficas de las víctimas frente a las adolescentes no víctimas, para

posteriormente tratar las discrepancias respecto a otras características psicológicas y la sintomatología psicológica valorada en ambos grupos.

En cuanto al nivel socioeconómicocultural de las víctimas, éste resultó ser más bajo que el que presentaba el grupo control, detectándose niveles significativamente superiores de pertenencia a familias de nivel bajo, concretamente en el 60% de las víctimas. Dicha diferencia es señalada por muchos expertos (Por ej.: Finkelhor, 1990; Salter 1992; Cortés y Cantón, 1997), pero al igual que ellos, consideramos que estos resultados pueden deberse en parte al origen de las muestras de víctimas, ya que concretamente, un alto porcentaje de los usuarios del programa asistencial para menores víctimas de violencia sexual solían venir derivados de los equipos de los Servicios Sociales o de Centros de Acogida de menores, quienes atienden mayoritariamente a familias o menores que provienen de niveles socioeconómicoculturales bajos. De hecho, ya desde las primeras investigaciones como las desarrolladas por Baurmann (1985; en Besten, 1997), Peters, Wyatt y Finkelhor (1986), Russell (1986; en Salter, 1992) y Finkelhor (1994), se indica que no existen diferencias claras en la prevalencia de la violencia sexual en las distintas clases sociales y niveles educativos.

Por otra parte, se comprueba en nuestro estudio que la proporción de víctimas que presentan problemática grave en la unidad familiar es significativamente superior al grupo control, pues esto sucede en un 62% frente a ningún caso. Así ocurre también en cuanto al grado de desestructuración, ya que más de la mitad de las víctimas no cuenta con ambos progenitores, mientras que en el grupo control esta situación sólo se da en el 11%. Otra de las características del grupo de víctimas es que casi la mitad, concretamente el 45%, no viven con su familia biológica, y sin embargo no se detecta ningún caso en el grupo control. Esto parece señalar la existencia de alta desestructuración y problemática familiar en las víctimas de violencia sexual, ya que el hecho de no vivir con la familia biológica está motivado por la retirada que la Administración realiza de los menores cuando considera que en su núcleo familiar se encuentran en una situación de desprotección. Si nos fijamos en otra forma de valoración de la problemática familiar, en este caso más subjetiva, a través de las subescalas del TAMAI, se comprueba que también se detectan diferencias significativas entre el grupo control y víctimas en las subescalas Insatisfacción Familiar, Insatisfacción con Hermanos, Educación adecuada del padre y Discrepancias educativas.

Aunque parte de estos datos puede venir explicada, como se ha mencionado, por el hecho de que los principales organismos derivantes de casos para valoración de

sospecha de violencia sexual, sean Servicios Sociales o Centros de Acogida, lo cierto es que nuestros resultados coinciden con las teorías que defienden que las familias de las víctimas de violencia sexual se caracterizan por presentar desestructuración, desorganización, disfuncionalidad y ausencia o incapacidad de alguno de los progenitores, como señalan Ajuriaguerra (1980; en Vázquez, 1995) y Lameiras (2002). En esta misma línea Echeburúa y Guerricaechevarría (2000) enumeran situaciones familiares, que según varios estudios realizados en nuestro país, suelen rodear a los menores víctimas de violencia sexual, tales como la ausencia de alguno o ambos padres biológicos, familias con padres dominantes, violentos y madres maltratadas, problemas de hacinamiento, antecedentes de abuso y en general desestructuración familiar. Finkelhor (1985; en Vázquez, 1995) también describe como factores de alto riesgo para ser victimizado: que el menor viva sin alguno de sus progenitores, que la madre no pueda atender al menor por tener que ausentarse o encontrarse incapacitada, que perciba la relación entre sus padres o la de él/ella con sus padres como conflictiva, y la existencia de un padrastro.

Cabe destacar también, los resultados obtenidos que señalan la coexistencia de la violencia sexual con otras formas de maltrato familiar en el grupo de víctimas, ya que además de la violencia sexual analizada, un 45% habían sufrido negligencia, el 42,5% maltrato psicológico y el 35% maltrato físico. En otros estudios se señala la misma coincidencia elevada de la violencia sexual con otras formas de maltrato tanto en menores como adultas. Así Marc et al. (1998) comprobaron que de los 275 casos de menores de 15 años víctimas de violencia sexual que estudiaron, 230 sufrieron además otros tipos de violencia intrafamiliar. Por otra parte, Marshall (2001) señala que en el 36% de los maltratos intrafamiliares a menores, se les somete también a violencia sexual. Al respecto Bonner (1999; en Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000) obtuvo un 15% de concurrencia del maltrato sexual con otras formas de maltrato, mientras que Marina (1991; en Vázquez, 1995) señala un 12%. La cifra se eleva según el estudio de Silbert (1981; en Salter, 1992) llevado a cabo con prostitutas que habían sufrido violencia sexual antes de los 16 años, ya que se comprobó que un 70% manifestaron haber sufrido también maltrato psicológico, el 50% maltrato físico y el 48% problemas de alcoholismo en el seno familiar.

Una posible explicación a la presencia significativa de problemas familiares, desestructuración o inadecuado ejercicio del rol parental en los casos de violencia sexual hacia menores, puede ser que la violencia sexual sea una forma más en la constelación de maltratos que vive el menor en el seno familiar. Pero también puede interpretarse que en los casos de violencia sexual extrafamiliar, como defienden Vázquez (1995) y Pérez y Borrás (1996; en Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000), los

menores que carecen de afecto y atención familiar, resultan más fácilmente atraídos, y por tanto vulnerables, ante muestras de aparente afecto tras las que se esconde la violencia sexual.

No obstante, estos los señalan que estas poblaciones cuentan con un número elevado de factores que coexisten con la violencia sexual y pueden además funcionar como factores de riesgo para desarrollar malestar o afectación psicopatológica, y por tanto los resultados que obtenemos respecto a psicopatología no debemos considerarlos como únicamente derivados de la violencia sexual. Pero tampoco se tiene que entender que la afectación detectada en las víctimas provenga únicamente de la problemática familiar, ya que estudios que controlan dicho factor revelan el impacto de la victimización sexual por sí sola, al que se le puede sumar o no los efectos de otros problemas en la familia de la víctima (Nelson et al., 2002).

En cuanto a las características de personalidad, evaluadas mediante el cuestionario de Personalidad para Adolescentes HSPQ de Cattell y Cattell (2001), se detectan diferencias significativas entre el grupo de víctimas y el control en las subsescalas del HSPQ Reservado-Abierto, mostrando mayor tendencia al polo Reservado en el caso de las víctimas. También en la subescala Sobrio-Entusiasta, se comprueba que las víctimas presentan menos tendencia al entusiasmo, y en la subescala Sereno-Apreensivo las víctimas tienden menos a la serenidad. Tras los resultados mencionados anteriormente, donde se detecta mayor presencia de problemática familiar en la vida de las adolescentes victimizadas, parte de estos resultados respecto a la personalidad consideramos que pueden estar relacionados, no sólo con el hecho de experimentar este tipo de violencia, si no con otras dificultades a las que han tenido que enfrentarse las víctimas a lo largo de su vida, tal como indican otros estudios (Peleikis, Mykletun y Dahl, 2004).

Con respecto a las habilidades sociales, nuestros datos indican una menor capacidad de expresión en situaciones sociales por parte del grupo de víctimas, lo cual coincide con lo que los expertos señalan al considerar como consecuencia de la violencia sexual el retraimiento y dificultades en las relaciones sociales. (Cole y Putnam, 1992; Liem y Boudewyn, 1999; Flanagan y Furman, 2000; Whiffen, Thompson y Aube, 2000; Briere y Rickards, 2007).

Los principales estudios que se han realizado respecto a las características de personalidad, el estilo de comportamiento social, y la violencia sexual u otras victimizaciones traumáticas en la infancia, son referidos a los efectos a largo plazo, e indican la presencia tanto de sintomatología como de trastornos de personalidad tipo

límite o disociativo, (Briere y Runtz, 1988; Chu y Dill, 1990; Cole y Putnam, 1992; Murray, 1993; Johnson et al., 1995; Zanarini, 1997; Nurcombe, 2000; Zlotnick, Mattia y Zimmerman, 2001; McLean y Gallop, 2003; Quas, Goodman y Jones, 2003; Trippany, Helm y Simpson, 2006; Briere y Rickards, 2007). Aunque entre las características de estos trastornos se puede encuadrar la tendencia al retraimiento, la aprensión y las dificultades en las relaciones sociales, sería muy arriesgado asegurar que estas dificultades sociales que hemos detectado, de aparición más inmediata, conlleven directamente al desarrollo de trastornos de personalidad como los anteriormente mencionados. Además, teniendo en cuenta que estudiamos víctimas recientes y no recientes de violencia sexual, resulta muy complicado determinar en qué grado se trata de características previas a la victimización, y por tanto moduladoras de los efectos psicológicos, y en qué grado se trata de características influidas por la experiencia traumática.

Al analizarse aspectos como las características de personalidad o las habilidades sociales, debemos ser prudentes en las conclusiones que se extraigan ya que el hecho de que difieran entre el grupo víctimas y el control puede señalar que la vivencia de la violencia sexual modifica ambas áreas o que dichas diferencias están ya presentes previamente a la victimización, y por tanto ser características de ambos grupos describiendo posibles variables de riesgo de ser victimizados.

En cuanto a la sintomatología de tipo ansioso estudiada, queda muy patente en las diferencias detectadas entre las víctimas y el grupo control, que las primeras presentan niveles más elevados, tanto en ansiedad estado como rasgo. Semejantes hallazgos se describen en múltiples estudios sobre diversas formas de sintomatología ansiosa presente en víctimas de violencia sexual (Echeburúa et al., 1995; De Corral et al., 1997; Marshall, 2001; Meyerson et al., 2002; Swantson, 2003; Walrath et al., 2003).

También quedan de manifiesto, mediante la comparación de puntuaciones en las distintas subescalas del CDS para la depresión, que las víctimas manifiestan más sintomatología depresiva que las adolescentes no victimizadas. Estos resultados coinciden con el consenso entre los especialistas e investigadores, el cual es claro en cuanto a la mayor incidencia de sintomatología depresiva en víctimas de abusos sexuales y de agresiones sexuales, tanto a corto como a largo plazo, frente a la población general (Browne y Finkelhor, 1986; Beitchman et al., 1990; Echeburúa et al., 1995; Vázquez y Calle, 1996; De Corral et al., 1997; Marshall, 2001; Meyerson et al., 2002; Swantson et al., 2003; Walrath et al., 2003; Conway et al., 2004).

Tanto la subescala del CDS que mide autoestima, como la escala de Rosemberg (EAR) destinada específicamente a evaluar la autoestima, señalan la presencia significativa de niveles más bajos de autoestima en las víctimas en comparación al grupo control. Diversos trabajos y revisiones sobre víctimas de abuso (Rust y Troupe, 1991; Ruggiero, McLeer y Dixon, 2000), y de agresiones sexuales (Echeburúa, et al., 1995; De Corral, et al., 1992; Marshall, 2001; Swantson et al., 2003) coinciden con nuestros resultados. Específicamente estudios en víctimas adolescentes han detectado una presencia significativa de autoestima baja (Lacasse y Mendelson, 2007) y conductas suicidas y autolesivas (Brad et al., 1996; Swanson et al., 1997) en esta población.

Estos problemas de autoestima también se ven reflejados en los resultados que hemos obtenidos en cuanto a inadaptación, evaluada a través de las subescalas del Test de Análisis Multifactorial de Adaptación Infantil (TAMAI), ya que se comprueba que las víctimas presentan peor autoconcepto (Proimagen) y más inseguridad (Contradicciones). Esta prueba también nos informa que las víctimas experimentan más dificultades de adaptación general, personal y social, así como insatisfacción familiar, tanto en general como respecto a los hermanos, peor percepción del estilo educativo paterno y más discrepancias en los estilos educativos de los padres. En la misma línea se han obtenido resultados en nuestro país (Monpeán 1997; en Horno, Santos y Molino, 2001), con menores víctimas de abusos sexuales ingresados en Centros de Acogida, los cuales presentaban baja autoestima, inestabilidad emocional, bajo rendimiento escolar, y emociones negativas. Y aunque no se aprecian en nuestro estudio diferencias significativas en cuanto a inadaptación escolar, como se menciona en el siguiente apartado, sí se aprecia afectación en el rendimiento escolar en las víctimas, como señalan otras investigaciones sobre víctimas de abuso sexual y otras formas de maltrato. Dichos estudios indican una presencia significativa en estos menores de problemas de hiperactividad, atención y concentración, así como un alto grado de desajuste académico, y bajo rendimiento (López, 1996; Dykman et al., 1997; Cortés y Cantón, 2000; Shonk y Cinchetti, 2001). Resulta interesante destacar, que tampoco hemos detectado diferencias significativas respecto a la valoración que tanto las víctimas como las no víctimas hacen del estilo educativo materno.

VIII. 2. CARACTERÍSTICAS DE LA VIOLENCIA SEXUAL Y SINTOMATOLOGÍA PSICOLÓGICA POSTRAUMÁTICA EN MUJERES ADOLESCENTES VICTIMIZADAS

Si nos fijamos en primer lugar en la figura del agresor, se aprecia en nuestro estudio que en la mayoría de los casos (90%) la violencia sexual fue cometida por un

único agresor, lo cual también ha sido detectado en gran cantidad de investigaciones aunque varíen los porcentajes (Briere y Runtz, 1988; Gándara, 1996; Sepúlveda et al., 2002). El género del agresor fue en todos los casos masculino, coincidiendo con la predominancia de los varones que indican la totalidad de expertos e investigaciones sobre la materia (Por ej.: Vázquez, 1995, López, 1996; Cantón y Cortes, 2000; Lameiras, 2002). Con respecto a la edad del agresor, hemos detectado que más de la mitad superaban los 30 años, aunque cabe destacar el porcentaje de menores de edad que era del 20%, importante porcentaje que también señalan otros autores como López (1996) o Lameiras (2002).

Al analizar otras características sociodemográficas del agresor, nos hemos encontrado con un perfil que destierra muchos mitos y creencias erróneas, ya que más de la mitad de los agresores (60%) estaban casados y el 52% tenía hijos. Sin embargo no sorprende el dato que informa que de todos los casos, tan sólo el 10% de los agresores admiten haber cometido los hechos, aspecto común en las investigaciones sobre esta población (Galiana y De Marianas, 2002).

En cuanto a la relación previa entre la víctima y el agresor, aspecto de gran interés por su posterior impacto en la afectación psicológica de la víctima, debemos señalar que todos los casos estudiados fueron cometidos por conocidos de la víctima, siendo lo más frecuente, por orden, que fuera el padre o padrastro (35% de los casos), amigos o conocidos (35% de las victimizaciones), otros familiares (17,5%) y por recientemente conocidos (en el 12,5% de las victimizaciones). Estos datos son semejantes a los de la mayoría de investigadores, sobretodo en cuanto a las víctimas menores, aunque también en casos de adultas, indicando que la víctima suele conocer a su agresor (Vázquez, 1995; Besten, 1997; Marc et al., 1998; Sepúlveda, et al., 2002; Echeburúa y Gerraichevarría, 2000; Marshall, 2001). El porcentaje elevado de victimizaciones cometidas por el padre o padrastro, aunque es señalado en algunos estudios (Por ej.: Mian, Marton y LeBaron, 1996) también puede verse influenciado por el hecho de que gran parte de la muestra provenga de menores declarados en desprotección. También en relación al agresor, se comprueba en nuestra muestra que la actitud de la víctima hacia dicha figura era en la mayoría de los casos positiva (80%), señalando que no sólo el agresor goza de una relación cercana en una gran proporción de casos sino que se ha establecido un vínculo de confianza entre ambos.

El análisis de los resultados obtenidos en nuestra investigación sobre las características relativas a cómo se produjo la violencia sexual, indica como lugares más comunes de ocurrencia el domicilio de la víctima (52%) y el del agresor (25%). Estos datos coinciden en parte, con los que manejan otros investigadores y que señalan que

frente a otros lugares, la ocurrencia en el domicilio de la víctima o del agresor es lo más común, sobretodo en los casos de agresores familiares (Pulido et al., 1988; en Garrido, Stangeland y Redondo, 1999; Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000; Sepúlveda et al., 2002).

Respecto a la frecuencia, más de la mitad de las víctimas sufrieron los hechos de forma reiterada (55%), lo cual concuerda con los datos que manejan otros autores que también detectan alrededor del 50% de casos de violencia sexual reiterada en víctimas menores (Finkelhor y Browne, 1985; López, 1996; Lameiras, 2002).

El momento en el que se produjo la violencia sexual no era fijo, según nuestro estudio. En el 40% de los casos, lo que corresponde con la mayoría de los casos en los que la violencia sexual era reiterada, ésta no tenía un patrón establecido en cuanto a horario. Sin embargo, de todas las víctimas, un 40% sí sufrieron los hechos únicamente durante el día, o el único episodio fue diurno, mientras que en contra de mitos sobre este aspecto, sólo el 20% fueron agredidas o abusadas en la noche. Mientras que, Pulido, Nuñez et al. (1988; en Garrido, Stangeland y Redondo, 1999) en el estudio de 193 casos de agresiones sexuales, identificaron que la mayoría de los delitos sucedieron por la noche. Esta discrepancia se puede deber a que nuestro estudio también comprende casos de abusos sexuales.

La edad que tenía la víctima cuando sufrió el primer o único episodio está en más del 80% de los casos por encima de los 10 años, lo cual aunque no coincide exactamente con la franja preadolescente que señalan la mayoría de investigadores y expertos sobre los abusos sexuales (López, 1996; Marshall, 2001; Del Campo, 2003), sí se aproxima. Por otra parte, con respecto a las agresiones sexuales en general, autores como Salter (1992) y Clements et al. (2004) señalan la adolescencia como edad más vulnerable para ser victimizada. Hay que tener en cuenta que nuestra muestra está formada por adolescentes víctimas tanto de abuso o de agresión sexual, y además que han demandado ellas o sus cuidadores atención especializada, y por tanto, son casos revelados a corto plazo.

Los resultados respecto a los actos que se llevaron a cabo más frecuentemente durante las agresiones o abusos que sufrieron las 40 adolescentes que forman parte de nuestro estudio indican que, en contra de lo que suele considerar por la población general, en menos de la mitad de los casos se llegó a la penetración, concretamente en el 37% de los casos, mientras que en el 63% restante se llevan a cabo tocamientos u otras conductas sexuales pero no se llega a la penetración. Cortés y Cantón (2000) también consideran que, sobretodo en muestras no clínicas, el porcentaje de violencia

sexual contra menores sin penetración es superior al de casos en los que se llega a la penetración. Y en la misma línea Lameiras (2002) y Finkelhor y Browne (1985) manifiestan que el tipo de actos cometidos durante la victimización sexual de menores suele ser tocamientos y masturbación mutua, siendo menos frecuente la penetración. Sin embargo autores como Marc et al. (1998) detectan más casos de violencia sexual con penetración que casos en los que no se llega a la penetración, aunque esto se puede deber a que incluyen en la categoría de penetración el intento. Por otra parte, la duración de los episodios es en general breve, ya que en el 80% de los casos era menor a una hora, lo cual coincide con lo que describe Roig en su estudio (1999).

Centrándonos en las estrategias del agresor y el empleo o no de fuerza o intimidación, más de la mitad de las víctimas sufrieron abuso sexual (67,5%), siendo víctimas de agresión sexual el 33,5% restante. Hay que tener en cuenta a la hora de interpretar estos datos, que se establecen dos categorías excluyentes, aunque en muchos de los casos el agresor pudo emplear más de un tipo de estrategia y se codifica la victimización según el perfil al que más se ajuste.

Más específicamente se comprueba que aunque inicialmente fue propuesto el contacto sexual por el agresor en el 60% de los casos, y en el 62% de los casos hubo engaño/sedución, el porcentaje de casos en los que se produjo violencia verbal es llamativamente alto (75%), mientras que el empleo de la violencia física tubo lugar en el 47,5% de las victimizaciones, y la amenaza o coacción en el 40%. Esta alta presencia tanto de estrategias de engaño como del empleo de violencia verbal puede ser explicado por el hecho de que en algunos casos se trata de las estrategias empleadas en un proceso de victimización reiterada que, como describen Cortés y Cantón (2000), suele llevarse a cabo de forma gradual, comenzando como una estimulación al menor que conforme éste va oponiéndose, al ir siendo más consciente, finaliza con el empleo de la violencia.

Del análisis del comportamiento de la víctima durante la violencia sexual se extrae que la reacción más común es el bloqueo (92,5%), aunque también suelen manifestar miedo (72,5%). Mostrar una actitud defensiva es característico de casi la mitad de la muestra (40%), dato que se aproxima al detectado por Pulido et al. (1988; en Garrido, Stangeland y Redondo, 1999), ya que encontraron en más de la mitad de las agresiones sexuales la presencia de resistencia por parte de la víctima. Otras reacciones menos comunes en las adolescentes de la muestra es intentar negociar, cooperar en los actos y mostrar una actitud de lucha (22,5%, 17,5% y 12,5% respectivamente). En la finalización de la violencia sexual, no se detecta ninguna

tendencia clara respecto al motivo siendo en casi la mitad de los casos por alguna conducta de la víctima, y en más de la mitad por decisión del agresor.

La presencia del consumo de sustancia es mucho más baja que en otros estudios sobre el tema (Koss, Gidycz y Wisniewski, 1987; Corbin et al., 2001), ya que se detecta un 7,5% de consumo por parte de las víctimas y un 45% en el caso del agresor, aunque nuestra población hace referencia a una franja de edad más joven que en la mayoría de los estudios al respecto.

Los resultados de la violencia sexual, en términos de lesiones físicas, son coherentes con las características de la violencia sexual que han sufrido el grupo de víctimas estudiado, es decir por conocidos y en la mayoría sin llegar a la penetración, y por tanto se detectan pocas lesiones, siendo semejante al obtenido en estudios con muestras parecidas (Marc et al., 1988). Aunque cuando se trata de víctimas de agresiones sexuales específicamente, la cifra de aquellas que presentan lesiones físicas aumenta, como indican Pulido et al. (1988; en Garrido, Stangeland y Redondo, 1999), lo cual se comprueba porque el 37% de las víctimas de agresión estudiadas presenta algún tipo de lesión, sin existir ningún caso en el que ésta muriese.

Ya centrándonos en la sintomatología postraumática, comprobamos que, al igual que en otros estudios sobre víctimas de violencia sexual (Kendall-Tackett, Williams y Finkelhor, 1993 ; Walser y Kern, 1996; Shrier et al., 1998; Kalmuss, 2004), la esfera sexual de las adolescentes estudiadas en nuestro trabajo, se ve afectada tras el suceso en forma de aversión o un interés excesivo, y por tanto conductas de riesgo o sexualizadas, manifestando tan sólo el 12,5% una actitud y comportamientos que podríamos considerar normales.

También resulta llamativa la presencia de conductas dañinas para sí mismas, tanto autolesivas, que se produce en el 30% de las víctimas, como consumo de drogas o alcohol tras los hechos, que aunque fue menos común, sólo en el 12,5% de los casos, es importante teniendo en cuenta las edades de la muestra. Estos resultados parecen apoyar el modelo de Kendall-Tackett (2002) sobre los efectos de la victimización infantil en el aumento de conductas de riesgo para la salud con posterioridad. Asimismo, se evidencia que tras los hechos se produce un descenso en el rendimiento escolar de las víctimas, correspondiendo al 75% de los casos, como también apuntan investigaciones anteriores sobre las dificultades de concentración y el descenso en el rendimiento académico de los menores victimizados (Cohen y Mannarino, 1988; López, 1996; Dykman et al., 1997; Cortés y Cantón, 2000; Shonk y Cinchetti, 2001).

Respecto a la sintomatología típicamente postraumática, como es la valorada mediante la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (Echeburúa et al., 1997), los resultados señalan la presencia significativa de todos los grupos de síntomas que componen este cuadro: Evitación, Reexperimentación y Activación. Nuestros resultados son acordes con el resto de investigaciones sobre los efectos, tanto a largo como a corto plazo, de la violencia sexual (Kendall-Tackett, Williams y Finkelhor, 1993; Murray, 1993; Echeburúa et al., 1995; De Corral et al., 1997; McLeer et al., 1998; Tremblay, Hébert y Piché, 1999; Nurcombe, 2000; Marshall, 2001; Paolucci, Genuis y Violato, 2001; Owens y Chard, 2003; Brilleslijper-Kater et al., 2004; Peleikis, Mykletun y Dahl, 2004; Marx, 2005; Lončar et al., 2006; Martin, Taft y Resick, 2007; Ullman et al., 2007b). Y concretamente, los síntomas de activación que se detectan en el grupo de víctimas estudiado, son de los que forman el TEPT, los más elevados respecto al punto de corte.

El sentimiento de culpa de las víctimas referido a la experiencia traumática vivida, que se ha analizado mediante el Trauma Related Guilt Inventory (TRGI), resulta sobretodo elevado en las subescalas de Estrés o malestar y Falta de justificación (Injustificación). Las puntuaciones que se obtienen, son mayores o iguales a 1,5 en todas las subescalas, y resultan superiores a las detectadas a través del mismo instrumento en una muestra también española de mujeres adultas víctimas de violencia sexual en la infancia y adolescencia (Beltrán, 2006). La presencia de sentimientos de culpa en víctimas de violencia sexual, sobretodo respecto al hecho de sentirse responsable por lo sucedido, se ha comenzado a investigar en la última década, comprobándose al igual que sucede en nuestro estudio, su presencia significativa tanto en víctimas recientes como en adultas victimizadas en su infancia (Resick y Schnicke, 1992; Barker-Collo, 2001; Niederberger, 2002; Quas, Goodman y Jones, 2003; Steel et al., 2004; Walker, Archer y Davies, 2005; Nishith, Nixon y Resick, 2005; Filipas y Ullman, 2006; Feiring y Cleland, 2007).

VIII. 3. PERFIL DIFERENCIAL DE LAS VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUALES FRENTE A LAS DE AGRESIÓN SEXUAL

Uno de los puntos clave de este trabajo es la comparación de las consecuencias psicológicas de la violencia sexual que se desarrolla principalmente mediante el engaño y seducción (es decir el abuso sexual), y aquella violencia sexual en la que se emplea la fuerza, amenaza o coacción como estrategia fundamental por el agresor (la agresión sexual).

Por una parte, respecto a las características sociodemográficas y de personalidad de las víctimas, no se aprecian diferencias significativas entre el grupo de víctimas de abuso y el de agresión sexual, no pudiéndose por tanto establecer un perfil diferencial de un tipo de víctimas u otro. Sin embargo, en cuanto a las características de la propia victimización en sí, queda de manifiesto que existen importantes diferencias tanto en la forma de desarrollarse como respecto a la figura del agresor.

Concretamente, en el desarrollo de los hechos, se aprecia que en los casos de agresión sexual, es decir cuando se emplea violencia, la victimización suele ser puntual, mientras que en los abusos sexuales, es más común que la víctima sufra reiteradamente los hechos por el mismo agresor. También en la gravedad de los actos sexuales se aprecian diferencias, ya que en el caso de las agresiones sexuales se llega con más frecuencia a la penetración (76%), mientras que en los abusos tan sólo sucede en un 18,5%. De las acciones, tanto de víctima como de agresor durante los hechos, no se aprecian a penas diferencias entre los dos subgrupos estudiados, excepto para aquellas conductas que definen a la victimización en sí, como por ejemplo el empleo de violencia o de otras estrategias. Se detectan únicamente diferencias significativas en la frecuencia de víctimas que mostraron miedo durante los hechos, siendo, como cabe esperar, superior en los casos de agresiones sexuales, y en la existencia de víctimas que cooperaron en los casos de abusos, pero no se detectó ningún caso de cooperación en las víctimas agredidas sexualmente.

Todas estas diferencias que hemos detectado entre las dos formas de victimización sexual (abuso y agresión), coinciden con las características que los investigadores aprecian al analizar los abusos sexuales a menores y las agresiones sexuales a adultas, lo cual nos indica que aunque las edades de las muestras empleadas en otros estudios, y las de las adolescentes de nuestro trabajo no coincidan, las principales características de ambos tipos de victimización son las mismas. En este punto no debemos obviar que estamos estableciendo perfiles de victimizaciones según una clasificación realizada por nosotros, y que a la hora de comparar resultados, esto es muy dificultoso, sobretudo porque las investigaciones se centran o en población adulta, donde se refieren casos principalmente de agresión sexual, o en población infantil, donde la mayoría de las victimizaciones son de tipo abusivo y si incluyen el empleo de violencia ésta se produce en un periodo final de un largo proceso, cuando la víctima comienza a enfrentarse a su agresor (Cortés y Cantón, 2000).

La mayoría de las investigaciones específicas sobre violencia sexual contra menores, al tratarse principalmente de casos en los que el agresor empleaba la

confianza, familiaridad, unidas al engaño y la sorpresa (Lameiras, 2002), coinciden con nuestros resultados sobre las características de la victimización sufrida por el grupo que sufrió abusos sexuales. Según estos estudios, los actos más frecuentes en este tipo de victimizaciones sexuales contra menores son los tocamientos (Horno, Santos y Molino, 2001), y en un importante porcentaje esta victimización es reiterada (Briere y Runtz, 1988; López, 1996). Por otra parte, según estudios realizados en nuestro medio (Gándara, 1996; Roig, 1999), las agresiones sexuales sobre adolescentes y adultas, se caracterizan por el empleo de la violencia física o la amenaza, así como por el amplio porcentaje de casos en los que se llega a la penetración, siendo principalmente hechos puntuales, aspectos que como se han mencionado se detectan en los casos de agresiones sexuales de nuestra muestra.

Al comparar ambos grupos de victimizaciones respecto a la figura del agresor, se detectan dos perfiles significativamente diferentes. Frente a los abusadores, que actuaron de forma individual, eran principalmente adultos, casados y trabajadores; los agresores sexuales actuaron conjuntamente en un 30% de los casos, más de la mitad eran menores, solteros, sin descendencia y trabajaban sólo un 38%. La relación víctima-agresor también muestra diferencias, al ser el agresor sexual (que emplea violencia) en más de la mitad de los casos un amigo o conocido, y en segundo lugar en frecuencia, un recientemente conocido; sin embargo, los abusadores eran principalmente familiares (66%), siendo el padre o padrastro en casi la mitad de todos los casos (44%). Nuestros resultados también señalan que la actitud previa de la víctima suele ser más positiva hacia los abusadores que hacia los agresores. Se aprecia por tanto, la tendencia en los casos de abusos a que el agresor tenga una relación más cercana, siéndole por tanto más fácil conseguir sus objetivos a través de la confianza de la víctima en él (Vázquez, 1995; Besten, 1997; Marc et al., 1998; Cortés y Cantón, 2000; Echeburúa y Gerraichevarría, 2000; Marshall, 2001; Lameiras, 2002; Sepúlveda et al., 2002), mientras que en las agresiones la víctima y el agresor guardan un relación más distante, siendo por tanto más necesario que el agresor emplee la violencia, y por eso se produce la agresión (Gándara, 1996; Roig, 1999).

Respecto a otros aspectos previos o posteriores, relacionados con la violencia sexual, las diferencias detectadas se reducen a la revelación por parte de la víctima, ya que esto sucede con mayor frecuencia en los casos de abuso, frente a los casos de agresión sexual; y a la mayor frecuencia de lesiones físicas en las agresiones sexuales. Aunque para Kogan (2004) el ser victimizado por una persona del hogar, sobretodo en casos de abuso, suele retrasar o impedir la revelación de lo sucedido, consideramos que nuestros resultados pueden explicarse por la procedencia de la muestra. En los casos de agresiones sexuales, tras el empleo de violencia física es más lógico encontrar

lesiones, y por tanto, más fácil de detectar por otras personas, por lo que no suele requerirse la revelación por la propia víctima. Sin embargo, en los casos de abuso, si no es la víctima quien lo relata es muy difícil de detectar, y en nuestro estudio nos referíamos a casos que se han detectado.

Al abordar el tema de la afectación psicológica en las víctimas de abuso frente a las de agresión, las investigaciones sobre violencia sexual que han estudiado el efecto del empleo de la fuerza, amenaza o coacción, en la sintomatología que presentan las víctimas, no han llegado hasta el momento a conclusiones en una única dirección (Echeburúa, et al., 1995). Mientras que para algunos especialistas esta variable no tiene un papel significativo en la posterior sintomatología (Quas, Goodman y Jones, 2003), para otros la influencia del empleo de estrategias violentas es significativa porque se relaciona con una mayor afectación (Browne y Finkelhor, 1986; Cohen y Mannarino, 1988; Kilpatrick et al., 1989; Beitchman et al., 1992; Vázquez, 1995; Ruggiero, McLeer y Dixon, 2000; Echeburúa y Guerricaechevarría, 2005; Varma et al., 2007). Otros investigadores señalan que la ausencia de estrategias de tipo violento, conlleva más autoinculpación y ésta a una mayor severidad de los síntomas (McFarlane, 1978; Arata y Burkhart, 1998). Y un último grupo de especialistas, apuntan que la influencia del empleo de un tipo de estrategias u otro, se ve mediado por otras variables como el género de la víctima (Calam et al., 1998) o la relación con el agresor (Mennen y Meadow, 1995). Además, al analizar por separado la incidencia de esta variable en los distintos tipos de síntomas, se detecta que el empleo de la fuerza, amenaza o coacción, coincide con la presencia de mayor sintomatología ansiosa y del TEPT (Thériault et al., 2003), sobretodo si la víctima percibe amenaza para su vida (Ullman y Filipas, 2000; Ullman et al., 2007b), mientras que las estrategias no violentas se relacionan con mayor culpa y a su vez mayor sintomatología depresiva (Niederberger, 2002; Feiring y Cleland, 2007).

Los resultados que se han obtenido en el presente estudio estarían en la línea de lo señalado en aquellas investigaciones que analizan por separado las distintas áreas psicológicas, ya que al cotejar los resultados de ambos grupos de víctimas respecto a la posible sintomatología postraumática, valoradas tanto a través de informes técnicos y entrevistas clínicas, como a través de pruebas psicodiagnósticas, se detecta mayor afectación en la mayoría de las áreas en las víctimas de agresión sexual, y un mayor sentimiento de culpa referente a haber actuado indebidamente durante su victimización, en los casos de abuso.

Concretamente, aunque en ambos grupos las víctimas presentan aversión a temas relativos a la sexualidad, esta tendencia es significativamente más marcada en

el grupo victimizado con violencia. Por otra parte, las víctimas de agresión sexual presentan sintomatología de tipo ansioso y del TEPT más pronunciada, con puntuaciones significativamente más elevadas que las víctimas de abuso en las subescalas STAIC-Ansiedad-Rasgo, TEPT Global, TEPT Aumento de la activación, TEPT Evitación y TRGI-Estrés/Malestar. Además las víctimas de abuso muestran niveles significativamente más elevados de autoestima que las víctimas de agresión, según la escala de Rosenberg. Tan sólo en un área se detecta mayor afectación en las víctimas de abuso que en las de agresión sexual, y es respecto a la presencia de sentimientos de haber actuado mal durante su victimización (subescala TRGI mal-actuado).

Teniendo en cuenta todo lo mencionado, estas diferencias en cuanto a sintomatología psicológica que hemos detectado entre las víctimas de abuso y agresión, no podemos justificarlas por el hecho de que estos dos tipos de víctimas tengan perfiles sociodemográficos distintos, porque no se ha identificado tal discrepancia, sino por el hecho de sufrir victimizaciones de características distintas, tanto respecto al empleo de estrategias más violentas o suaves, como a otras variables previas, posteriores o propias de cada forma de violencia sexual.

VIII. 4. EFECTO DE LAS VARIABLES REFERIDAS A LA VÍCTIMA, A LA VICTIMIZACIÓN, Y A ASPECTOS PREVIOS Y POSTERIORES A LA MISMA, EN LA AFECTACIÓN PSICOLÓGICA DE LAS VÍCTIMAS

Tras comprobar que las investigaciones más recientes (Katerndahl, Burge y Kellogg, 2005; McCrae, Chapman y Christ, 2006; Pereda, 2006; Feiring y Cleland, 2007; Kaplow et al., 2008; Monette, Tourigny y Daigneault, 2008; Sigfusdottir, et al., 2008; Ullman et al., 2008) se centran en identificar el papel que las características de la víctima así como variables previas, posteriores o relativas a la victimización, tienen sobre las consecuencias de la violencia sexual, nos planteamos en el presente estudio realizar un análisis en una muestra española de chicas adolescentes victimizadas, de la influencia que dichas variables, tienen en la sintomatología detectada.

Se han considerado como posibles variables mediadoras del impacto de la violencia sexual, 64 variables de tipo categórico referidas a las características sociodemográficas de las víctimas, aspectos previos, posteriores y propios de la victimización, incluyendo las características del agresor, y 17 referidas a los resultados en las escalas del HSPQ. Como variables dependientes, es decir como sintomatología psicológica a estudiar su variación, se consideraron 41 variables referidas a puntuaciones obtenidas en diversos instrumentos de psicodiagnóstico, así como

cuatro variables categóricas que describen consecuencias comportamentales en las víctimas. El cruce de todas estas variables dio lugar a gran cantidad de resultados significativos, respecto a los cuales se desarrollará a continuación en forma de bloques, valoraciones de los aspectos más relevantes en contraste con los resultados obtenidos por otros investigadores.

VIII. 4. 1. Variables moduladoras de la afectación comportamental

En primer lugar, nuestros resultados informan de una mayor frecuencia de conductas autolesivas en las víctimas con un nivel socioeconómico-cultural así como educativo (tanto de la víctima como de ambos padres), más bajo. Esto puede deberse a la relación entre estas características de las víctimas y una mayor presencia de problemas familiares, así como más casos de adolescentes retiradas de su núcleo familiar biológico. Además, la frecuencia de la violencia sexual se relaciona con este tipo de conductas, siendo éstas más comunes en las víctimas agredidas o abusadas en más ocasiones. Por otra parte, las víctimas con una actitud aparentemente más pasiva durante su victimización, es decir que no mostraron una actitud defensiva o de lucha, muestran menos conductas autolesivas que las víctimas que sí presentaron esas respuestas. El haber revelado los hechos tras transcurrir más de un mes de finalizar, así como los casos en los que se derivaron lesiones físicas, muestran incidir incrementando la probabilidad de conductas autolesivas. Y por otra parte, las adolescentes con antecedentes de otras formas de violencia familiar presentaban actos autolíticos con más frecuencia que las que no tenían estos antecedentes.

Se aprecia por tanto, que el hecho de coincidir la victimización sexual con otras situaciones estresantes (como la vivencia de otras formas de maltrato), así como vivir una victimización sexual más severa (concretamente que se produce con mayor frecuencia y de la que se derivan consecuencias físicas), incrementa la probabilidad de este tipo de comportamientos autolesivos, ya elevada a causa de la violencia sexual, aspecto puesto de manifiesto en muchos estudios (Ackard y Neumark-Sztainer, 2002; Tyler, 2002; Ullman, 2004; Oates, 2004; Lončar et al., 2006; Campbell et al., 2007; Sinclair et al., 2007; Sigfusdottir et al., 2008; Weirich y Nock, 2008).

Al analizar qué variable influyen en la afectación a nivel sexual de las víctimas, se comprueba que convivir en un centro de acogida, una familia acogedora o adoptiva, haber sufrido negligencia, y poseer un nivel educativo bajo, inciden en una mayor alteración de las conductas y actitudes hacia la sexualidad. Esta relación detectada puede estar mediada por el déficit en educación sexual que presentan los menores

que son retirados de sus núcleos familiares. También se aprecia mayor impacto en este área en forma de aversión sexual, en las víctimas de agresiones sexuales, mientras que las víctimas que cooperaron durante los hechos son las que muestran mayor afectación, también en forma de interés excesivo por la sexualidad. Se aprecia, como describen otros autores, que el empleo de violencia hace que el sexo se convierta en algo aversivo para la víctima (Echeburúa et al., 1995; De Corral et al., 1997; Marshall, 2001; Walker, Archer y Davies, 2005; Lončar et al., 2006), mientras que en aquellos casos en los que la víctima no percibía ningún aspecto negativo durante la victimización, y por tanto cooperaba, posteriormente afecta a su sexualidad desencadenando tanto conductas sexuales inapropiadas como inseguridades (Kendall-Tackett, Williams y Finkelhor, 1993; López, 1996; Balogh et al., 2001; Brilleslijper-Kater et al., 2004).

El descenso en el rendimiento escolar, también demuestra guardar relación con el mayor empleo de estrategias violentas, así como una mayor vivencia de miedo por la víctima durante el desarrollo de los hechos, lo cual coincide como veremos a continuación, con una mayor sintomatología ansiosa y del TEPT, aspecto que puede interferir en los procesos atencionales y de concentración.

El análisis de las posibles variables moduladoras del consumo de alcohol o drogas en las víctimas tras el abuso o agresión, arroja resultados en los que habría que ahondar en estudios futuros, ya que parece ser una estrategia de afrontamiento del malestar característica de las zonas urbanas, y por otra parte, la percepción por parte de la víctima de una actitud familiar positiva se relaciona con un menor consumo de drogas o alcohol.

VIII. 4. 2. Variables moduladoras de la sintomatología ansiosa

La sintomatología ansiosa situacional, valorada mediante la escala STAIC-Estado, guarda relación, según los resultados obtenidos, con aspectos relativos a las estrategias del agresor y la tendencia a la seguridad o duda. Concretamente, mostraban mayor ansiedad las víctimas de violencia sexual con empleo de violencia, sin empleo de engaño y seducción, aquellas víctimas que mostraron miedo durante los hechos y no mostraban una actitud positiva previa hacia el agresor. Todas estas características señalan que la violencia sexual en la cual el agresor emplea estrategias más violentas y en las que las víctimas pasan más miedo (lo que puede describir a las agresiones sexuales), causan mayor impacto en cuanto a la sintomatología ansiosa (Thériault et al., 2003; Ullman y Filipas, 2000; Ullman et al., 2007b).

Por otro lado, también muestran un estado ansioso más pronunciado, las víctimas caracterizadas por la inseguridad, lo cual puede informar que las víctimas con un carácter más inseguro responden con más ansiedad ante determinadas situaciones.

En cuanto a la tendencia a mostrar ansiedad como rasgo, se relacionó dicha tendencia con aspectos más estables, y no relacionados con la violencia sexual, como ser menos segura, menos sociable e introvertida; así como con antecedentes familiares de victimización, consumo de sustancias por la víctima y revelación de los hechos por la propia víctima.

VIII. 4. 3. Variables moduladoras de la sintomatología depresiva

Los resultados de nuestro estudio nos indican que la sintomatología depresiva que presentan las víctimas estudiadas se ve modulada por diversos factores según el tipo de síntoma. Por una parte, en los síntomas referidos a un estado de ánimo bajo (correspondientes a la escala Respuesta Afectiva), los relacionados con la percepción de problemas sociales (recogidos en la escala Problemas Sociales), así como en general los síntomas depresivos (según la escala Total Depresivo), se ven afectados por las variables relacionadas con la violencia sexual que versan sobre las acciones y reacciones del agresor y la víctima. Se comprueba, a grandes rasgos, que las victimizaciones con empleo de estrategias más violentas y menos suaves, como el engaño o seducción, y por tanto que provocaron en la víctima más miedo, se relaciona con sintomatología depresiva más elevada. Estos resultados no coinciden con los obtenidos por otros investigadores (Niederberger, 2002; Feiring y Cleland, 2007), que señalan que la sintomatología depresiva se relaciona con el empleo de estrategias no violentas, pero sí concuerdan con aquellos otros que defienden que el uso de la fuerza suele conllevar peores consecuencias en cuanto a sintomatología depresiva en las víctimas (Por ej.: Mennen y Meadow, 1995).

La sintomatología depresiva también muestra en nuestro estudio, variar según características relativas al entorno familiar, de acuerdo con la literatura que considera que existe mayor afectación cuando hay antecedentes de violencia en la vida de los menores (Ackerman et al., 1998; Hébert et al., 2006).

Cabe mencionar que en todas las escalas se detecta una influencia significativa del hecho de poseer aficiones, mostrando mayor sintomatología si no se poseían. Estos datos coinciden con el papel de factor de protección frente al impacto de sucesos estresantes que Echeburúa, De Corral y Amor (2002) otorgan al hecho de poseer

actividades o aficiones gratificantes, y que hemos detectado también respecto a otros síntomas.

También es común a todas las escalas, la incidencia de variables de personalidad. Principalmente las víctimas menos seguras presentan mayor sintomatología depresiva, lo cual concuerda con los resultados, también obtenidos con adolescentes pero en casos de maltrato, por Moran y Eckenrode (1992), quienes identifican aspectos relacionados con un carácter más seguro como factor protector ante la sintomatología de tipo depresivo.

La edad mostró influir en la Respuesta Afectiva y en la puntuación de la Escala Total Depresivo, en cuanto que el grupo de víctimas de edad intermedia en el momento de la evaluación, entre 14 y 15 años, presentaban más sintomatología depresiva que las de menos edad 12 y 13 años. Debido a que la horquilla de edad es muy cercana no podemos sacar conclusiones al respecto, pero sí señalar que sería interesante analizar estos resultados en posteriores estudios.

VIII. 4. 4. Variables moduladoras de las habilidades sociales

Las habilidades sociales de las víctimas, como se mencionó anteriormente, no difieren sustancialmente de las que presentan adolescentes no víctimas, ni presentan déficit marcados, según nuestro estudio. Aún así, al analizar las diferencias en cuanto a estas habilidades, entre unas víctimas y otras, según diversas posibles variables moduladoras, se comprobó que son las referidas a la personalidad las que describen más diferencias significativas, lo cual es lo esperado teniendo en cuenta que la forma de relacionarse socialmente esta definida en gran parte por la personalidad. Así Becker-Lausen y Mallon-Kraft (1997; en Kendall-Tackett, 2002) consideran que una de las principales consecuencias de los abusos sexuales en la infancia es el desarrollo de una menor sociabilidad como característica de personalidad.

También se detecta que el empleo de un tipo u otro de estrategias por parte del agresor se relaciona con distintos grados de habilidades sociales, siendo las adolescentes victimizadas sexualmente con violencia física las que presentan menos habilidades para expresarse socialmente, manifestar su enfado o disconformidad, y decir no y cortar interacciones.

Asímismo identificamos que aquellas a quienes el agresor propuso inicialmente el contacto sexual, son las que poseen más habilidad para hacer peticiones e iniciar interacciones con el sexo opuesto; las víctimas que mostraron miedo poseen menor

capacidad para decir no y cortar interacciones; y que las víctimas que cooperaron en los hechos son las que tienen mayor habilidad para hacer peticiones. Estos últimos resultados son contradictorios con los obtenidos por Frazier, Mortensen y Steward (2005), quienes indican que una mayor percepción de control por parte de la víctima durante el desarrollo de los hechos se relaciona con mayor malestar así como una disminución significativa de los contactos y habilidades sociales. Sin embargo nuestros resultados pueden estar más en la línea de los obtenidos por Walker, Archer y Davies (2005) con una muestra de sexo masculino, ya que detectaron que una mayor sensación de incontrolabilidad, y por tanto un menor empleo de estrategias para intentar controlar la situación durante los hechos, se relacionaba con un mayor impacto negativo en la vida de las víctimas. Debemos, no obstante, señalar que el hecho de que la víctima coopere durante los hechos puede deberse a un intento por no salir dañada de la situación o que finalice lo antes posible, pero también puede producirse por una sumisión total debido al miedo o relacionado con síntomas de disociación. Consideramos por tanto, que este es un aspecto en el que se debe profundizar en futuras investigaciones.

Otro dato interesantes que extraemos de nuestro estudio, es que las víctimas no creyentes poseen mayor capacidad para expresar disconformidad que las creyentes no practicantes, lo cual puede estar relacionado con las doctrinas cristianas que defienden la obediencia y docilidad como virtudes femeninas (Kennedy, 2000), o venir explicado por la influencia de otras interrelaciones de variables a identificar.

El haberse llegado a la penetración, también mostró efecto en cuantos a las habilidades de autoexpresión en situaciones sociales. Concretamente en nuestra investigación se relacionaba con una mayor dificultad para expresarse en sociedad. Otros estudios también identifican este factor, la existencia de penetración, como relacionado con una mayor afectación psicológica a nivel general (Beitchman et al., 1992; Mennen y Meadow, 1995; López, 1996; Owens y Chard, 2001; Nelson et al., 2002; Briere y Elliott, 2003; Feiring y Cleland, 2007).

No obstante, llegar a conclusiones respecto a cómo se pueden ver moduladas las habilidades de relacionarse socialmente, pueden ser precipitadas, ya que existe una relación recíproca entre habilidades sociales y victimización (Livigston, Testa y VanZile-Tamsen (2007). Y es que es complicado saber si previamente a la victimización ya existía este déficit de habilidades y por tanto las relaciones detectadas, se podría interpretar, como que las víctimas que poseen menos habilidades sociales de algún tipo son las que sufren más victimizaciones de determinadas características.

VIII. 4. 5. Variables moduladoras de la autoestima

En cuanto a la fluctuación de la autoestima de las víctimas según las variables analizadas, se comprueba a través de los resultados que hemos obtenido, que de las seis variables que inciden significativamente, cuatro se refieren a características de la violencia sexual.

Por una parte, las víctimas con mayor autoestima son las que sufrieron reiteradamente los hechos aunque en menos de diez ocasiones, frente a las que sufrieron la victimización de manera puntual. Este resultado difiere en parte de aquellos especialistas para quienes a mayor frecuencia mayor afectación en general (Laws y Golding, 1996; Ruggiero, McLeer y Dixon, 2000; Briere y Elliott, 2003; Hérbert et al., 2006), pero podemos relacionarlo con el hecho de que las victimizaciones reiteradas suelen coincidir más con formas abusivas en las que no se suele emplear la violencia.

Por otro lado, el uso de violencia física, no utilizar engaño/seducción, y aquellos casos en los que la víctima mostró miedo, coincide con niveles más bajos de autoestima en la víctima, lo cual concuerda con los resultados comentados anteriormente que señalaban una mayor autoestima en las víctimas de abuso frente a las de agresión sexual. Así mismo se vuelve a evidenciar el papel protector de poseer aficiones en cuanto a una mayor autoestima cuando se poseían muchas.

VIII. 4. 6. Variables moduladoras de inadaptación

A la hora de valorar los resultados obtenidos al estudiar la variabilidad de adaptación de las víctimas, según las diversas variables moduladoras plateadas, debemos nuevamente partir de la consideración de que algunos resultados no se deben exclusivamente a la victimización, ya que como se comentó, las adolescentes victimizadas de nuestra muestra presentan muchos otros factores sociofamiliares de riesgo a la hora de desarrollar problemas de inadaptación. Aunque, pueden formar parte de un fenómeno muchas veces indivisible: la presencia de problemática familiar diversa en víctimas de violencia sexual.

Esto es aplicable, por ejemplo, a los resultados obtenidos respecto a la adaptación general y su variación según diversas variables sociodemográficas. Y es que, aquellas víctimas que no viven con su familia biológica, aquellas que pertenecen a familias de clase socioeconómicacultural baja, las de nivel educativo bajo (tanto de ella como de sus padres), las víctimas cuya familia presenta problemática familiar grave, y

las que tienen antecedentes de maltrato físico, se muestran como cabe esperar, menos adaptadas en general que aquellas que no presentan esas características. Diversas investigaciones defienden precisamente que el impacto de la violencia sexual, y por tanto los problemas de inadaptación, son mayores cuando existen problemáticas familiares o las relaciones son disfuncionales (Meyerson et al., 2002; Katerndahl, Burge y Kellogg, 2005; Aspelmeier, Elliott y Smith, 2007; Monette, Tourigny y Daigneault, 2008).

Aunque comparando el grado de inadaptación entre las víctimas de abuso y las de agresión no se encontraron diferencias significativas, al comparar específicamente los casos en los cuales el agresor empleó violencia física con los que no, se aprecia que el uso de la fuerza se relaciona con una mayor inadaptación en las víctimas.

Por otra parte, cuando se percibe apoyo por los amigos y cuando se poseen muchas aficiones, las víctimas se muestran más adaptadas, lo cual puede conferir a ambas variables un papel protector respecto al impacto de la victimización en la inadaptación de las víctimas (Finkelhor, 2005). Pero también se puede interpretar como que las víctimas que perciben más apoyo por amigos y tienen más aficiones se sienten más integradas.

La existencia de denuncia también se relaciona con una mayor integración, al igual que indica Finkelhor (2005), ya sea porque las víctimas que se sienten más integradas son las que están mejor protegidas por su entorno mediante la denuncia, o porque en aquellos casos en los que existe denuncia, sienten ésta como una defensa de su derecho a no ser victimizada, y les lleva a sentirse más adaptadas. La misma dicotomía a la hora de interpretar los resultados, es aplicable al hecho de que diversas características de personalidad referidas a la integración, tensión y ansiedad, mostraron poseer un efecto significativo en la adaptación de las víctimas, siendo las más integradas, relajadas y con ajuste, las que presentan mayor adaptación general.

Con respecto a las distintas áreas de inadaptación de las víctimas, cabe destacar que aquellas chicas victimizadas inicialmente en la franja de edad entre 10 y 13 años, las que tenían una actitud previa negativa hacia el agresor, las que poseen amigos pero perciben que no le apoyan, las que no tienen un proceso judicial abierto y no colaboraron durante la evaluación, fueron las que presentan mayor inadaptación escolar, frente a las víctimas que no presentan estas características. No hemos encontrado estudios que ahonden específicamente sobre la influencia de este tipo de características en la inadaptación escolar de las víctimas, lo cual señala un punto de partida para futuras investigaciones.

Los índices significativamente más elevados de inadaptación social se daban en el grupo de víctimas que no intentaron negociar durante su victimización, frente a las que si negociaron, así como en las de carácter más inseguro.

Por otro lado, la presencia de problemática familiar grave, consumo de drogas/alcohol por el agresor, y la admisión por el agresor de lo sucedido, fueron variables en cuya presencia se daba una imagen de sí misma más irreal, así como muestras de deseabilidad social, lo cual también se produce en los casos de violencia sexual reiterada pero en menos de 10 ocasiones. Y curiosamente, la variable tipo de relación con el agresor, de todos los tipos de sintomatología analizados, tan sólo ha mostrado un efecto significativo a parte de en autoimagen, en la inadaptación familiar y la valoración de la educación paterna. En concreto, las adolescentes victimizadas por familiares frente a las victimizadas por otras figuras conocidas pero de fuera del ámbito familiar, son las que presentan más deseabilidad social, lo cual coincide con las investigaciones que indican una mayor afectación de las víctimas en los casos de mayor relación con el agresor (Tremblay, Hébert y Piché, 1999; McEwan, De Man y Simpson-Housley, 2002; Quas, Goodman y Jones, 2003; Lawyer et al., 2006; Ullman, 2007a; Kaplow et al., 2008).

La insatisfacción familiar, así como la valoración de la educación del padre, se ve modulada por diversas variables referidas a las características sociodemográficas de la víctima pero también del agresor, lo que puede estar relacionado con el hecho de que la mayoría de los agresores eran familiares o personas cercanas, lo que produce una peor relación de la víctima con su familia. Algunas variables que muestran efecto significativo en la insatisfacción familiar, como ser victimizadas en más de una ocasión, por un sólo agresor o en el domicilio de la víctima, pueden también estar relacionadas con que el agresor sea una persona muy cercana o de la familia, como amigos de los padres o vecinos, y por tanto manifestar la víctima peor integración en su familia. También manifiestan mayor disconformidad con su entorno familiar las víctimas sin experiencia sexual previa, con pocas aficiones, que no colaboraban durante la evaluación y aquellas que revelaron lo sucedido más de un mes después de haber sucedido los hechos.

Si nos fijamos, sin embargo, en la insatisfacción con los hermanos expresada por las víctimas, se detecta que el empleo de violencia verbal, así como amenazas/coacción por el agresor, ser victimizadas por agresores de mayor edad, y el haber revelado los hechos, incide en dicha insatisfacción elevándola.

A parte de las variables referidas al agresor, anteriormente mencionadas, la actitud durante la evaluación y la que se presentaba ante la victimización, incide en los resultados respecto a valoración de la educación del padre, siendo mejor valorados los padres de las adolescentes colaboradoras durante la evaluación y aquellas que manifestaban querer olvidar lo sucedido frente a las que ignoraban o minimizaban los hechos.

En cuanto a la percepción de un estilo educativo adecuado por la madre, se constata que las víctimas que sufrieron los hechos con amenazas o coacción por parte del agresor, aquellas que no cooperaron y las que perciben apoyo social, consideran la educación que reciben de sus madres como más positivas.

Muchos de estos resultados, además de nos ser comparables con los obtenidos en otros estudios debido a su especificidad, requieren de un análisis más pormenorizado, que diferencie entre efectos de las distintas variables referidas en el impacto de la victimización en cuanto a adaptación, y características de las víctimas que previa o paralelamente presentaban inadaptación.

VIII. 4. 7. Variables moduladoras de los síntomas del trastorno de estrés postraumático

Al analizar los resultados obtenidos en cuanto a la sintomatología de estrés postraumático en general, es decir contemplando las variaciones de puntuaciones en todas las subescalas de la Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT, se comprueba que de las variables que muestran un efecto significativo en las puntuaciones, son las referidas a la violencia sexual en sí, las que aparecen con mayor frecuencia, y esto sucede para todas las subescalas.

Con respecto a la puntuación en la escala global, presentan mayor gravedad de síntomas las adolescentes victimizadas con empleo de violencia física, violencia verbal, sin engaño/seducción, con amenaza o coacción, o que la víctima mostrase miedo, frente a los casos en los que no se daban dichas situaciones. Por tanto las víctimas de violencia sexual con empleo de estrategias violentas (agresión sexual), presentan mayor gravedad de síntomas del TEPT que las víctimas de abuso sexual, lo cual ya se ha comentado anteriormente.

Si nos fijamos en las subescalas, se comprueba que algo semejante sucede en cuanto a la gravedad de los síntomas de tipo evitativo, reexperimentación, y aumento de la activación/arousal. Por lo tanto, se apoyan los resultados de otras investigaciones

que señalan que el empleo de violencia física o verbal, así como la percepción durante los hechos de riesgo para su vida, por parte de las víctimas de violencia sexual, eleva la gravedad de los síntomas del TEPT (Thériault et al., 2003; Ullman y Filipas, 2000; Ullman et al., 2007b).

A parte de estas variables, hemos detectado que las víctimas cuya agresión/abuso se iniciaba más tarde de los trece años, presentan más síntomas de reexperimentación que cuando se inicia antes. Esto coincide con los resultados de Ruggiero, McLeer y Dixon (2000) en cuanto a que las víctimas que comenzaron a sufrir la victimización a mayor edad, presentan síntomas más graves de estrés postraumático. Aunque otros estudios como el desarrollado por Kaplow et al. (2008), también con menores víctimas de violencia sexual, concluye en la dirección contraria. También identificamos que la edad en el momento de la evaluación se relaciona con los síntomas de reexperimentación, ya que éstos son más intensos en las adolescentes durante la exploración tenían mayor edad.

De nuevo nos encontramos con que el hecho de que las adolescentes que habían sido victimizadas en más de una ocasión pero menos de diez, presentan una sintomatología más baja, en este caso de tipo aumento de la activación, frente a las victimizadas en una única ocasión. Estos resultados difieren de lo obtenidos en otros estudios (Laws y Holding, 1996; Ruggiero, McLeer y Dixon, 2000; Briere y Elliott, 2003; Hérbert et al., 2006), indicando una mayor afectación conforme es mas elevada la frecuencia de la victimización. Consideramos que se debe profundizar al respecto, para establecer si la acomodación a ser victimizada produce un descenso en la activación de las víctimas, o si por el contrario, se está mezclando el efecto de la variable abuso/agresión sexual, y nuestros resultados señalan realmente que, como hemos mencionado en este apartado, las victimas de abuso, las cuales son victimizadas con más frecuencia, presentan menos sintomatología del TEPT.

Además se aprecian síntomas de activación más elevados en aquellas adolescentes cuya victimización finaliza por decisión del agresor, frente a los casos en los que por alguna acción suya han finalizado los hechos. Esto puede relacionarse con el papel positivo que otorga Wade (1997; en Rozee y Koss, 2001) a la resistencia como un síntoma de salud que conlleva a una mejor adaptación posterior en general.

El lugar donde fue agredida/abusada la víctima se relaciona con la sintomatología de tipo evitativo, al darse ésta con mayor intensidad cuando los hechos tuvieron lugar en casa del agresor, frente a aquellos casos en los que sucedió en el domicilio de la víctima. Esto puede deberse al hecho de que la víctima no pueda desarrollar síntomas

de tipo evitativo si ha tenido que seguir residiendo donde tuvieron lugar los hechos, y en muchos casos compartiendo vivienda con su agresor hasta que los hechos salen a la luz.

Excepto en la sintomatología de evitación, el resto de síntomas de estrés postraumático resultan más elevados en los grupos de víctimas con antecedentes de maltrato físico o de maltrato psicológico, frente a los grupos sin dichos antecedentes. Respecto a la afectación en general de las víctimas de violencia sexual, otros estudios también han identificado el hecho de vivir otras formas de violencia como potenciador del malestar psicológico (Luster y Small, 1997; Ackerman et al., 1998; Katerndahl, Burge y Kellogg, 2005; Hébert et al., 2006).

Por otra parte, hemos identificado, como señalan otras investigaciones (Barker-Collo, Melnyk y McDonald-Miszczak, 2000; en Pereda, 2006) que las características de personalidad de la víctima se relacionan con distintos grados en los síntomas de estrés postraumático. Concretamente en nuestra investigación se detecta que ser más sensible se relaciona con una mayor intensidad de los síntomas de TEPT en general, y particularmente de tipo reexperimentación y evitación. Además, las adolescentes con un carácter menos estusista son las que puntúan más alto en cuanto a gravedad en general de síntomas del TEPT, así como en particular, en los síntomas de aumento de la activación. Ser más cohibida que emprendedora, incide también en la gravedad de los síntomas, y específicamente en la sintomatología evitativa se evidencia que a mayor tendencia a la cohibición mayor gravedad de estos síntomas. Por otro lado, la evitación resulta menos intensa en las víctimas más integradas frente a las que no se caracterizaban por dicha integración.

Otros interesantes resultados obtenidos respecto a los síntomas del TEPT hacen referencia a que las adolescentes que consideran no haber sido victimizadas o minimizan los hechos, presenta síntomas de reexperimentación significativamente menos graves que el resto de víctimas, y lo mismo sucede con las adolescentes que no colaboraban durante la evaluación. Estos datos pueden explicarse por el hecho de que las víctimas que no se consideran como tal, ya sea por no identificar lo sucedido como una victimización, por considerar que lo sucedido fue algo sin importancia, o por no querer afrontar la realidad de su vivencia, pueden negar también la presencia de estos síntomas o al no impactarle el hecho no le resulta por tanto traumático, o no querer evitar enfrentarse con su malestar. Por otra parte, cuando se ha intentado valorar el efecto de considerarse víctima o no en casos de violencia sexual (McMullin y White, 2006), se ha comprobado que dicha variable no influye significativamente en la psicopatología detectada. Todo esto hace, que se requiera indagar más a nivel

empírico, evitando confundir las víctimas que no se identifican como tales, de las que presentan mecanismos de afrontamiento de tipo evitativo.

Volvemos a detectar que poseer muchas aficiones coincide con un nivel menos elevado de síntomas, también respecto a la evitación, lo cual puede indicar que funciona como un factor protector que ayuda a la víctima a estar centrada en actividades placenteras y no tener que emplear estrategias de tipo evitativo.

VIII. 4. 8. Variables moduladoras de los sentimientos/pensamientos de culpa

Por último al analizar las variables que inciden en la culpa, valorada en las víctimas mediante el TRGI, nos encontramos con resultados muy dispares según el tipo de autoinculpación en que nos fijemos. En cuanto a la culpa que siente la víctima relacionada con la violencia sexual en general, son cuatro las variables que muestran un efecto significativo.

Por un lado, poseer un estilo de personalidad más dominante, hace que las víctimas se sientan menos culpable, frente a aquellas que no presentan esta característica de personalidad. También parece ser un factor de personalidad protector respecto a la culpa, el ser una persona segura, en comparación con quienes carecen de dicha seguridad. Estas variables referidas a la personalidad, pueden estar señalando la relación entre culpa caracterológica y conductual (Janoff-Bulman, 1979), ya que se refieren a rasgos de personalidad que pueden estar conectados con un carácter menos autoculpabilizador, por lo que ante un evento como la violencia sexual, las víctimas con estos rasgos responderían con menor sentimiento de culpa respecto a su victimización (Arata y Burkhart, 1998; Feiring, Taska y Lewis, 1998; Feiring, Taska y Lewis, 2002). En tercer lugar, las adolescentes que intentaron negociar durante su victimización, muestran menos culpa en cuanto al abuso/agresión que las que no lo intentaron. Se puede inferir de este resultado, que el hecho de haber intentado una estrategia por parte de la víctima, le ayuda a desculpabilizarse por el resultado, lo cual puede relacionarse con lo que señalan Rozee y Koss (2001), quienes refieren que en el caso de oponer resistencia se favorece una posterior visión más positiva de la víctima hacia su respuesta. En último lugar, al igual que pasaba en otros tipos de síntomas, poseer aficiones también parece ser un factor relacionado con menor sentimiento de culpa, lo cual puede señalar que estar la víctima ocupada con actividades gratificantes hace que sea menos afectada por pensamientos y sentimientos de autinculpación.

El malestar relacionado con la vivencia traumática, valorada mediante la subescala del TRGI-Estrés, es el factor relacionado con la culpa que muestra mayor

variabilidad según los valores de algunas de las variables estudiadas. Así, diversas características sobre el desarrollo de la victimización inciden en este tipo de síntomas, ya que el empleo de violencia física, verbal, amenaza/coacción, no emplear engaño/seducción y que la víctima muestre miedo, eleva los síntomas de esta subescala. Se comprueba que coincide con los efectos que estas variables tenían en el TEPT, por lo que mediante esta subescala podemos estar valorando en parte un mismo aspecto que con la escala que valora estrés postraumático, más relacionado con la ansiedad que con los sentimientos de culpa. También cuando había más de un agresor y cuando no había una actitud positiva previa, se eleva de forma significativa el malestar. De nuevo, poseer aficiones se muestra como factor relacionado con una menor intensidad de los síntomas, así como poseer antecedentes de maltrato físico se relaciona con una mayor gravedad del malestar. Como sucedía en la subescala reexperimentación, las víctimas que no se mostraban colaboradoras durante la evaluación manifestaban menos malestar en los resultados de esta subescala, lo que nos plantea la misma reflexión: ¿puede que la actitud no colaboradora indique el empleo de estrategias evitativas y por tanto estas víctimas no informen sobre su malestar real?

Sentirse responsable del abuso/agresión sexual muestra según nuestros resultados una interesante variabilidad debida a tres factores. En cuanto a aspectos previos a la victimización, las adolescentes en cuya familia existían antecedentes de victimización sexual, se sentían menos responsables de su propia victimización. Este dato puede indicar que saber que a otras personas cercanas también le ha sucedido algo semejante, hace que la víctima sitúe fuera la responsabilidad de lo sucedido, o que reciban mayor apoyo y credibilidad. Por otra parte, al igual que sucedía en la valoración global de culpa, las víctimas que intentaron negociar se consideran menos responsables de su abuso/agresión que aquellas que no lo intentaron. Además poseer antecedentes de haber sido maltratada físicamente, influye en un mayor sentimiento de responsabilidad en comparación a las víctimas sin dichos antecedentes. Podemos inferir a partir de estos resultados que el locus de control interno para eventos negativos ya ha sido desarrollado por anteriores victimizaciones las cuales inciden en la forma de valorarse (Oates, 1984), además según la literatura coincidir varios tipos de maltrato hace que la afectación psicológica sea mayor (Luster y Small, 1997; Ackerman et al., 1998; Hébert et al., 2006).

Dos variables fueron las únicas que resultaron significativamente influyentes en los sentimientos/pensamientos de haber actuado mal durante la victimización, y resulta llamativo que fuesen ambas referidas al agresor. Comprobamos que las adolescentes cuyo agresor poseía un nivel socioeconómico-cultural alto, sentían que

habían actuado peor durante su victimización que las victimizadas por otro tipo de agresor. Presentar previamente una actitud positiva hacia su agresor también influía en elevar el sentimiento de no haber actuado bien durante los hechos. Por tanto, el tener una visión más positiva del agresor, tanto en cuanto a su estatus como a considerarlo “buena persona”, puede influir en que la víctima no deposite la responsabilidad de lo sucedido en el agresor y valore como negativamente su actuación, aunque esta relación debería estudiarse más fondo para poder confirmarla.

La variable apoyo social, tan sólo mostró un efecto significativo en los sentimientos/pensamientos de falta de justificación, y aunque entre grupos se perdía dicha significación, si nos fijamos en las puntuaciones medias obtenidas, se percibe cierta tendencia en las víctimas que no se sienten apoyadas por su entorno social, respecto a su victimización, a manifiestar mayor injustificación respecto a como actuaron durante el abuso/agresión sexual. En esta línea Ullman (1996) comprobó que ser creído y escuchado socialmente, favorecía un mejor ajuste psicológico en las víctimas.

La falta de justificación se ve también modulada, según nuestros datos, por otras variables referidas a aspectos sociales, como es el carácter sociable o no de la víctima, ya que aquellas que presentaban esta característica, ser sociable, señalaban sentir que su respuesta durante la victimización estaba más justificada, en comparación con las que no se caracterizaban por su sociabilidad.

Las cogniciones de culpa sobre lo sucedido y su desenlace, resultaron curiosamente relacionadas sólo con dos variables, las cuales se refieren a los niveles educativos de ambos padres. Los resultados señalan que las hijas de padres o madres con niveles educativos bajos, se consideran más culpables de haber sido victimizadas que las de padres y madres con niveles educativos medio/alto. Establecer conclusiones a partir de estos datos resulta muy arriesgado, pero se puede proponer como hipótesis a valorar en posteriores estudios, el que los padres con niveles educativos más bajos pueden poseer una actitud hacia la violencia sexual más culpabilizadoras hacia las víctimas y/o que el apoyo que presten sea más limitado.

VIII.5. PUNTOS FUERTES Y LIMITACIONES

En primer lugar consideramos que desde el presente estudio se realiza un acercamiento a cómo es el fenómeno de la violencia sexual en nuestras adolescentes, lo cual puede facilitar la aplicación de programas preventivos adaptados a las

características de este fenómeno en nuestra sociedad, así como aportar a los profesionales que trabajan en este tema (médicos, profesores, jueces, psicólogos, etc.) una visión más aproximada a la problemática a la que se enfrentan.

Uno de los principales puntos fuertes de nuestro estudio, es el centrarse en consecuencias a corto o medio plazo de la violencia sexual en adolescentes, aspecto poco analizado, sobretudo en nuestro país. Se trata por tanto en nuestro estudio, de recopilar y analizar información sobre la afectación psicológica de las víctimas, que de no ser recabada en un plazo de tiempo limitado, con el transcurso del mismo, puede distorsionarse, ya que al estudiar víctimas que sufrieron el abuso/agresión recientemente, éstas pueden aportar más detalles y verse su estado psicológico menos influido por vivencias posteriores. Estos resultados sobre la sintomatología detectada, proporcionan nuevas perspectivas en el tratamiento de un sector poblacional, como es el de la adolescencia, muy vulnerable tanto a victimizaciones puntuales como reiteradas y que suelen referir un amplio abanico de síntomas.

También es enriquecedor el hecho de que se analice el papel modulador de un gran número de variables, relativas tanto a aspectos previos y de la propia victimización, como posteriores, determinándose así cuales afectan al impacto de la victimización, y por tanto desglosar aspectos que en otras investigaciones se han analizado de manera más global. Y al igual que se han estudiado variables muy específicas que pudieran estar funcionando como moderadores de las consecuencias psicológicas, se ha analizado el efecto que tienen dichas variables en una gran variedad de áreas psicológicas, como la sexualidad, la adaptación, la ansiedad, depresión, los sentimientos y/o pensamientos de culpa, etc.

Si nos centramos en las limitaciones de la investigación, hay que mencionar como posible aspecto distorsionador de los resultados, el hecho de que gran cantidad de las víctimas estudiadas provienen de entornos familiares problemáticos, y que debido a su contacto con organismos que atienden a estas poblaciones son derivados a programas públicos asistenciales, como del que se extrajo nuestra muestra. Sería conveniente replicar el estudio contando con casos que provengan de servicios asistenciales privados, donde pueden acudir víctimas con otras características sociofamiliares, o establecer un grupo control con semejantes características, para poder determinar qué efectos son directamente producidos por el abuso/agresión sexual, sin influencia de otro tipo de factores.

También respecto a la metodología, debemos resaltar que debido al reducido tamaño de los grupos estudiados, se debería llevar a cabo semejantes análisis pero en

grupos de mayor tamaño para así confirmar con mayor fiabilidad y validez los resultados que nosotros hemos obtenido-

Por otra parte, pese a establecer gran cantidad de variables moduladoras del impacto de la victimización sexual, adolece nuestro estudio de un análisis más exhaustivo sobre el efecto combinado de las distintas variables, así como un acercamiento a si unas funcionan como mediadoras en el impacto de otras. Sería necesario analizar el efecto por separado de las variables controlando la influencia de segundas variables, para conocer el poder modulador real. Consideramos, asimismo, que es necesario ahondar en la combinación de variables que explica la mayor afectación o resistencia de las víctimas en un area psicológica u otra. Se trata éste de un aspecto importante a desarrollar en futuros estudios, ya que es necesario profundizar en ello, teniendo como punto de partida los resultados ya obtenidos. Sobretudo habría que avanzar, como están trabajando investigaciones más recientes, en el estudio del papel que variables propias de la víctima, como su estilo atribucional y de afrontamiento, tienen en la modulación del efecto que distintas formas de violencia sexual pueden producir en las víctimas durante la infancia y adolescencia.



CAPITULO XI

CONCLUSIONES

IX. CONCLUSIONES

A partir de los resultados obtenidos llegamos a las siguientes conclusiones:

1. Las adolescentes víctimas de violencia sexual difieren de las adolescentes no victimizadas en cuanto a determinadas características sociodemográficas y de personalidad. Concretamente, las víctimas pertenecen a niveles socioeconómicos más bajos, familias con mayores problemáticas, con mayor frecuencia se encuentran viviendo fuera de su núcleo familiar biológico, y presentan más antecedentes de diversas formas de maltrato. Además las adolescentes victimizadas se caracterizan frente a las no victimizadas, por ser más reservadas, aprensivas y poco entusiastas.
2. El grupo de víctimas presentan mayor sintomatología psicológica que las adolescentes no victimizadas: más dificultades para expresarse en situaciones sociales, más sintomatología ansiosa, depresiva, baja autoestima y mayor inadaptación.
3. Las adolescentes víctimas de violencia sexual presentan una alta sintomatología de tipo postraumático así como sentimientos de culpa, descenso del rendimiento escolar, conductas autolesivas y afectación en la esfera sexual.
4. Los abusos sexuales se caracterizan frente a las agresiones sexuales, por una mayor reiteración, menor gravedad de los actos sexuales, ser el agresor una figura más cercana a la víctima y ser revelados antes que las agresiones sexuales.

5. Las víctimas de abuso sexual no difieren de las de agresión sexual en cuanto a sus características sociodemográficas y psicológicas, pero sí respecto a su afectación: Las adolescentes víctimas de agresión sexual presentan mayor afectación psicológica que las adolescentes víctimas de abuso sexual, en cuanto a ansiedad, mayor afectación en la sexualidad, sintomatología del trastorno de estrés postraumático, descenso del rendimiento escolar, malestar relacionado con el evento traumático y menor autoestima. Las adolescentes víctimas de abuso sexual presentan únicamente mayor afectación que las de agresión sexual respecto a considerar haber actuado mal durante su victimización.
6. Las víctimas de carácter más inseguro presentan mayor ansiedad, sintomatología depresiva, déficit en determinadas habilidades sociales, baja autoestima y sentimiento de culpa respecto a la victimización.
7. El empleo de estrategias más violentas y las victimizaciones que producen más miedo, se relacionan con mayor sintomatología ansiosa situacional, depresiva, del trastorno de estrés postraumático, mayor déficit en determinadas habilidades sociales, una autoestima más baja, peor adaptación general, descenso del rendimiento escolar y más malestar relacionado con el evento traumático.
8. Los antecedentes de victimización inciden en la afectación psicológica de las víctimas. Siendo el maltrato físico, seguido del psicológico, los que repercuten en mayor número de áreas. Mientras que los antecedentes de negligencia y de otra victimización sexual anterior, no parecen aumentar significativamente el impacto de la violencia sexual estudiada.
9. El poseer aficiones muestra un efecto protector frente a la violencia sexual, disminuyendo la sintomatología depresiva, postraumática de tipo evitativo y el malestar, sentimientos y pensamientos de culpa respecto a su victimización; y fomentando una autoestima más elevada, mayor adaptación general y personal, y más satisfacción familiar.

10. La existencia de problemas importantes en la familia de la víctima y no convivir con su familia biológica, incide en una mayor sintomatología depresiva, afectación a nivel sexual, inadaptación general y personal, e insatisfacción con su familia.

11. Cuando existe una relación de tipo familiar entre la víctima y el agresor, se detecta una superior afectación psicológica de las víctimas en cuanto a mayor insatisfacción familia, deseabilidad social y peor valoración de la educación paterna.

12. Las víctimas que poseen una actitud positiva previa hacia el agresor presentan más sintomatología ansiosa situacional, percepción y sentimiento de haber actuado mal durante su victimización, aunque manifiestan menos preocupaciones por la muerte, y desánimo, así como mejor adaptación escolar.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aalsma, M.C., Zimet, G.D., Fortenberry, J.D., Blythe, M., & Orr, D.P., (2002). Reports of childhood sexual abuse by adolescents and young adults: Stability over time. *The Journal of Sex Research*, 39, 259-263.
- Abbey, A., Zawacki, T., Buck, P.O., Clinton, M. y McAuslan, P. (2001). Alcohol and sexual assault. *Alcohol Health and Research World*, 25 (1), 43-51.
- Ackard, D.M. y Neumark-Sztainerb, D.(2002). Date violence and date rape among adolescents: associations with disordered eating behaviors and psychological health. *Child Abuse & Neglect*, 2, 455–473.
- Ackerman, P.T., Newton, J.E.O., McPherson, W.B., Jones, J.G. y Dykman, R.A. (1998). Prevalence of Post traumatic stress disorder and other psychiatric diagnoses in three groups of abused children (sexual, physical, and both). *Child Abuse & Neglect*, 22 (8), 759-774.
- Ahmadkhaniha, H.R, Shariat, S.V., Torkaman-nejad, S. y Hoseini Moghadam, M.M. (2007). The frequency of sexual abuse and depression in a sample of street children of one of deprived district of Tehran. *Journal of Child Sexual Abuse*, 16 (4), 23-35.
- Alario, S. (1993). *Intervención psicológica en víctimas de violación*. Valencia: Promolibro.
- Alessandri, S.M. y Lewis, M. (1996). Differences in pride and shame in maltreated and nonmaltreated preschoolers. *Child Development*, 67(4), 1857-1869.
- Alexander, P. (1992). Adult Survivors of Childhood Sexual Abuse. Application of Attachment Theory to the Study of Sexual Abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60 (5)185-195.
- Alic, M. (2002). *Gale Encyclopedia of Psychology*. UK: Gale Group.

- Allard-Dansereau, C., Haley, N., Hamane, M. y Bernard-Bonnin, A.C. (1997). Pattern of Child Sexual Abuse by Young Aggressors. *Child Abuse & Neglect*, 21 (10), 965-974.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed. revised). Washington, DC: Autor.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4rd ed.). Washington, DC: Autor.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4^a ed. texto revisado). Barcelona: Masson.
- Amor, P.J., Echeburúa, E., De Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasúa, B. (2002). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato. *International Journal of Clinical Health Psychology*, 2 (2), 227-246.
- AMUVI (1999). *Abusos Sexuales a Menores*. Sevilla: Junta Andalucía. Consejería de Igualdad y Bienestar Social.
- Andrews, B., Brewin, C.R., Rose, S. y Kirk, M. (2000). Predicting PTSD Symptoms in Victims of Violent Crime: The Role of Shame, Anger, and Childhood Abuse. *Journal of Abnormal Psychology*, 109 (1), 69-73.
- Aragón, N. (1994). El delito de violación desde el punto de vista de la psicología. *Anuario de Psicología Jurídica*, 4, 125-136.
- Arata, C.M. y Burkhart, R.B. (1998). Coping Appraisals and Adjustment to Nonstranger Sexual Assault. *Violence Against Women*, 4, 224-239.
- Aspelmeier, J.E., Elliott, A.N. y Smith, C.H. (2007). Childhood sexual abuse, attachment, and trauma symptoms in college females: The moderating role of attachment. *Child Abuse & Neglect*, 31 (5), 549-566.
- Avegno, J., Mills, T.J. y Mills, L.D. (2008). Sexual Assault Victims in the Emergency Department: Analysis by Demographic and Event Characteristics. *Journal of Emergency Medicine*, 2, en prensa.
- Back, S. y Lips, H.M. (1998). Child sexual abuse: victim age, victim gender, and observer gender as factors contributing to attributions of responsibility. *Child Abuse & Neglect*, 22 (12), 1239-1252.
- Bagley, C. y King, K. (1991). *Child Sexual Abuse. The Search for Healing*. Londres, G.B.: Routledge.
- Baker, A.W. y Duncan, S.P. (1985). Child sexual abuse: a study of prevalence in Great Britain. *Child Abuse & Neglect*, 9 (4), 457-467.

- Bal, S., Bourdeaudhuij, I., Crombez, G. y Van ost, P. (2005). Predictors of Trauma Symptomatology in Sexually Abused Adolescents. A 6-Month Follow-Up Study. *Journal of Interpersonal Violence*, 20 (11), 1390-1405.
- Bal, S., Van Oost, P., De Bourdeaudhuij, I. y Crombez, G. (2003). Avoidant coping as a mediator between self-reported sexual abuse and stress-related symptoms in adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 27, 883-897.
- Balogh, R., Bretherton, K., Whibley, S., Berney, T., Graham, S., Richold, P., Worsley, C. y Firth, H. (2001). Sexual abuse in children and adolescents with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45 (3), 194-201.
- Banyard, V.L. (2003). Explaining links between sexual abuse and psychological distress: identifying mediating processes. *Child Abuse & Neglect*, 27, 869-875.
- Banyard, V.L. y Williams, L.M. (2007). Women's voices on recovery: A multi-method study of the complexity of recovery from child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 31 (3), 275-290.
- Barker-Collo, S.L. (2001). Adult reports of child and adult attributions of blame for childhood sexual abuse: predicting adult adjustment and suicidal behaviors. *Child Abuse & Neglect*, 25, 1329-1341.
- Basile, K.C., Chen, J., Black, M.C. y Saltzman, L.E. (2007). Prevalence and characteristics of sexual violence victimization among U.S. adults, 2001-2003. *Violence Victims*, 22 (4), 437-448.
- Beitchman, J., Zucker, K., Hood, J., DaCosta, G. y Akman, D. (1991). A review of the Short-Term Effects of Child Sexual Abuse. *Child Abuse & Neglect*, 15, 537-556.
- Beitchman, J., Zucker, K., Hood, J., DaCosta, G., Akman, D. y Cassavia, E. (1992). A review of the Long-Term Effects of Child Sexual Abuse. *Child Abuse & Neglect*, 16, 101-118.
- Berliner, L. y Elliot, D. (1996). Sexual Abuse of Children. En J. Briere, L. Berliner, J. A. Bulkley, C. Jenny, y T. Reid (Eds.). *The APSAC Handbook on Child Maltreatment* (pp. 55-78). Londres, G.B.: Sage.
- Besten, B. (1997). *Abusos sexuales en los niños*. Barcelona: Herder.
- Bolton, F.G., Morris, L.A. y McEarhron, A.E. (1989). *Males at Risk. The Other Side of Child Sexual Abuse*. Londres, G.B.: Sage Publications.
- Boney-McCoy, S. y Finkelhor, D. (1995). Psychosocial Sequelae of Violent Victimization in a National Youth Sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63 (5), 726-736.

- Borja, S.E., Callahan, J.L. y Long, P.J. (2006). Positive and negative adjustment and social support of sexual assault survivors. *Journal of Traumatic Stress, 19* (6), 905-914.
- Boykins, A.D. y Mynatt, S. (2007). Assault history and follow-up contact of women survivors of recent sexual assault. *Issues in Mental Health Nurse, 28* (8), 867-881.
- Brad,E.F., King, C.A., Olson, E., Ghaziuddin, N. y Naylor, M. (1996). Depressed Adolescents with a History of Sexual Abuse: Diagnostic Comorbidity and Suicidality. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent, 35* (1), 34-41.
- Brecklin, L.R. y Ullman, S.E. (2002). The roles of victim and offender alcohol use in sexual assault: results from the National Violence Against Women Survey. *Journal of Study of Alcohol, 63* (1), 57-63.
- Brewin, C., Andrews, B. y Gotlib, I. (1995). Psychopathology and early experience. *Psychological Bulletin, 113*, 82-98.
- Briere, J. (2006). Dissociative Symptoms and Trauma Exposure: Specificity, Affect Dysregulación, and Posttraumatic Stress. *Journal of Nervous and Mental Disease, 194* (2), 78-82.
- Briere, J. y Elliott, D.M. (1997). Psychological assessment of interpersonal victimization effects in adults and children. *Psychotherapy, 34* (4), 353-364.
- Briere, J. y Elliott, D.M. (2003). Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse & Neglect, 27*, 1205-1222.
- Briere, J. y Rickards, S. (2007). Self-Awareness, Affect Regulation, and Relatedness: Differential Sequels of Childhood Versus Adult Victimization Experiences. *Journal of Nervous and Mental Disease, 195* (6), 497-503.
- Briere, J. y Runtz, M. (1988). Symptomatology associated with childhood sexual victimization in a nonclinical adult sample? *Child Abuse & Neglect, 12* (1), 51-59.
- Brilleslijper-Kater, S.N., Friedrich, W.N. y Corwin, D.L. (2004). Sexual knowledge and emotional reaction as indicators of sexual abuse in young children: theory and research challenges. *Child Abuse & Neglect, 28* (10), 1007-1017.
- Brown, J. (1999). Childhood Abuse and Neglect: Specificity Effects on Adolescent and Young Adult Depression and Suicidality. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent, 38* (12), 1490-1496.
- Browne, A. y Finkelhor, D. (1986). Impact of Child Sexual Abuse: A Review of the Research. *Psychological Bulletin, 99* (1), 66-77.
-

- Buist, A. y Janson, H. (2001). Childhood sexual abuse, parenting and postpartum depression: a 3-year follow-up study. *Child Abuse & Neglect*, 25, 909-921.
- Bukowski, W.M. (1992). Sexual Abuse and Maladjustment Considered From the Perspective of Normal Developmental Processes. En W. O'donohue y J.H. Geer (Eds.). *The sexual abuse of children: Theory and research. Volume I* (pp. 261-282). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Buzi, R.S., Tortolero, S.R., Roberts, R.E., Ross, M.W., Addy, R.C. y Markham, C.M. (2003). The impact of a history of sexual abuse on high-risk sexual behaviors among females attending alternative schools. *Adolescence*, 38 (152) 595-605.
- Calam, R., Horne, L., Glasgow, D., Cox, A. (1998). Psychological disturbance and child sexual abuse: a follow-up study. *Child Abuse & Neglect*, 22 (9), 901-913.
- Campbell, L., Keegan, A., Cybulska, B. y Forster, G. (2007). Prevalence of mental health problems and deliberate self-harm in complaints of sexual violence. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 14 (2), 75-78.
- Campbell, R., Wasco, S.M., Ahrens, C.E., Sefl, T. y Barnes, H.E. (2001). Preventing the "Second Rape". Rape Survivors' Experiences With Community Service Providers. *Journal of Interpersonal Violence*, 16 (12), 1239-1259.
- Catalán, M.J. (2004). Concepto y repercusiones psicológicas del abuso sexual infantil. En B. Vázquez (coord.). *Abuso sexual infantil. Evaluación de la credibilidad del testimonio. Estudio de 100 casos* (pp. 9-34). Valencia: Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia.
- Cattell, R. B. y Cattell, M. D. (2001). *Cuestionario de Personalidad para adolescentes (HSPQ)* (7ª edición revisada y ampliada). Madrid: TEA, Ediciones.
- Celano, M.P. (1992). A Developmental Model of Victims' Internal Attributions of Responsibility for Sexual Abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 7 (1) 57-69.
- Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia (2002). *Maltrato Infantil en la Familia. España (1997/1998)*. Valencia: Autor.
- Cerezo, F. (2001). Variables de personalidad asociadas en la dinámica bullying (agresores versus víctimas) en niños y niñas de 10 a 15 años. *Anales de Psicología*, 17 (1), 37-43.
- Chu, J. y Dill, D. (1990). Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse. *American Journal of Psychiatry*, 147, 887-892.
- Classen, C., Field, N. P., Atkinson, A. y Spiegel, D. (1998). Representations of self in women sexually abused in childhood. *Child Abuse & Neglect*, 22 (10), 997-1004.

- Classen, C., Field, N.P., Koopman, CH., Newill-Manning, K. y Spiegel, D. (2001). Interpersonal Problems and Their Relationship to Sexual Revictimization Among Women Sexually Abused in Childhood. *Journal of Interpersonal Violence*, 16 (6), 495-509.
- Clements, P.T., Speck, P.M., Crane, P.A. y Faulkner, M.J. (2004). Issues and dynamics of sexually assaulted adolescents and their families. *International Journal of Mental Health Nursing*, 13, 267-274.
- Cloutier, S., Martin, S.L., Poole, C. (2002). Sexual assault among North Carolina women: prevalence and health risk factors. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56, 265-271.
- Coffey, P., Leitenberg, H., Henning, K., Turner, T. y Bennett, R.T. (1996). Mediators of the long-term of child sexual abuse: perceived stigma, betrayal, powerlessness, and self-blame. *Child Abuse & Neglect*, 20 (5), 447-455.
- Cohen, J.A. y Mannarino, A.P. (1988). Psychological symptoms in sexual abused girls. *Child Abuse & Neglect*, 12 (4), 571-577.
- Cole, P.M. y Putnam, F.W. (1992). Effect of Incest on Self and Social Functioning: A Developmental Psychopathology Perspective. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60 (2), 174-184.
- Collin-Vezina, D. y Herbert, M. (2005). Comparing Dissociation and PTSD in Sexually Abused School-Aged Girls. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193 (1), 47-52.
- Conoscenti, L.M. y McNally, R.J. (2006). Health complaints in acknowledged and unacknowledged rape victims. *Journal of Anxiety Disorders*, 20 (3) 372-379.
- Conway, M., Mendelson, M., Giannopoulos, C., Csank, P.A. y Holm, S.L. (2004). Childhood and adult sexual abuse, rumination on sadness, and dysphoria. *Child Abuse & Neglect*, 27, 393-410.
- Corbin, W.R., Bernat, J.A., Calhoun, K.S., McNair, L.D. y Seals, K.L. (2001). The Role of Alcohol Expectancies and Alcohol Consumption Among Sexually Victimized and Nonvictimized College Women. *Journal of Interpersonal Violence*, 16 (4), 297-311.
- Cornell, W. y Olio, K. (1991). Integrating Affect in Treatment with Adult Survivors of Physical and Sexual Abuse. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61(1), 59-69.
- Cortés, M.R. y Cantón, J. (1997). Consecuencias del abuso sexual infantil. En J. Cantón y M.R. Cortés (Ed.). *Malos tratos y abuso sexual infantil. Causas, consecuencias e intervención* (pp. 221-277). Madrid: Siglo XXI.

- Cortés, M.R. y Cantón, J. (2000). El abuso sexual infantil: un grave problema social. En J. Cantón y M.R. Cortés (Ed.). *Guía para la Evaluación del Abuso Sexual Infantil* (pp. 13-52). Madrid: Pirámide.
- Costello, M. y Blyth, C. (2004). Drink-Spiking and sexual assault: Innovative approaches to a difficult problem. *Australian Social Work, 57* (3), 247-258.
- Cox, S., Andrade, G., Lundelow, D., Schloetelburg, W. y Rode, H. (2007). The child rape epidemic: assesing the incidence at Red Cross Hospital, Cape Town, and establishing the need for a new national protocol. *South African Medical Journal, 97* (10), 950-955.
- Crouch, J.L., Smith, D.W., Ezzell, C.E. y Saunders, B.E. (1999). Measuring Reactions to Sexual Trauma Among Children's Impact of Traumatic Events Scale and the Trauma Symptom Checklist for Children. *Child Maltreatment, 4* (3) 255-263.
- Curbelton, K.A. y Dehle, C. (2001). Impact of Sexual Assault as a Function of Perpetrator Type. *Journal of Interpersonal Violence, 16* (10), 992-1007.
- Cyr, M., Wright, J., McDuff, P. y Perron, A. (2002). Intrafamilial sexual abuse: brother-sister incest does not differ from father-daughter and stepfather-stepdaughter incest. *Child Abuse & Neglect, 26*, 957-973.
- Dagleish, T. (2000). Cognitive theories of posttraumatic stress disorders. En W. Yule (Ed.). *Post-Traumatic Stress Disorders* (pp. 223-245). New York: John Wiley & Sons.
- Darves-Bornoz, J.M., Berger, C., Degiovanni, A., Gaillard, P. y Lépine, J.P. (1999). Similarities and Differences Between Incestuous and Nonincestuous Rape in a French Follow-Up Study. *Journal of Traumatic Stress, 12* (4), 613-623.
- De Corral, P., Echeburúa, E. y Amor, P.J. (1997). Consecuencias psicológicas en las víctimas adultas de agresiones sexuales. En M. Lameiras y A. López Castedo (Comps.). *La transmisión sexual del VIH y las agresiones sexuales* (pp. 215-234). Orense: Tórculo Editores.
- De Corral, P., Echeburúa, E., Sarasúa, B. y Zubizarreta, I. (1992). Estrés postraumático en ex combatientes y en víctimas de agresiones sexuales: Nuevas perspectivas terapéuticas. *Boletín de Psicología, 35*, 7-24.
- De Vega, J.A. (1999). *Las Agresiones Familiares en la Violencia Doméstica*. Pamplona: Aranzadi.
- Decker, M.R., Raj, A. y Silverman, J.G. (2007). Sexual violence against adolescent girls: influences of immigration and acculturation. *Violence Against Women, 13* (5), 498-513.

- Del Campo, A. (2003). Detección del abuso sexual a menores: definición, prevalencia, indicadores y factores de riesgo. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 5 (20), 629-641.
- DePrince, A.P. y Freyd, J.J. (2002). The Intersection of Gender and Betrayal in Trauma. En R. Kimerling, P. Ouimette y J. Wolfe, J. (eds.), *Gender and PTSD* (pp. 98-113). Londres, G.B.: The Guilford Press.
- DiLillo, D., Tremblay, G.C. y Peterson, L. (2000). Linking childhood sexual abuse and abusive parenting: the mediating role of maternal anger. *Child Abuse & Neglect*, 24 (6), 767-779.
- Dong, M., Anda, R.F., Dube, S.R., Giles, W.H. y Felitti, V.F. (2003). The relationship of exposure to childhood sexual abuse to other forms of abuse, neglect, and household dysfunction during childhood. *Child Abuse & Neglect*, 27, 625-639.
- Dowdeswell, J. y Astelarra, J. (1987). *La Violación: hablan las mujeres: actitudes, sentimientos y testimonios de primera mano*. Barcelona: Grijalbo.
- Draper, B., Pfaff, J.J., Pirkis, J., Snowdon, J., Lautenschlager, N.T., Wilson, I. y Almeida, O.P. (2008). Long-Term Effects of Childhood Abuse on the Quality of Life and Health of Older People: Results from the Depression and Early Prevention. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56 (2), 262-271.
- Dunmore, E., Clark, D. M. y Ehlers, A. (1999). Cognitive factors involved in the onset and maintenance of posttraumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual assault. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 809-829.
- Dunne, M.P., Purdi, D.M., Cook, M.D., Boyl, F.M. y Najman, J.M. (2003). Is child sexual abuse declining? Evidence from a population-based survey of men and
- Dykman, R.A., McPherson, B., Ackerman, P.G., Newton, J.E.O., Mooney, D.M., Wherry, J. y Chaffin, M. (1997). Internalizing and externalizing characteristics of sexually and/or physically abused children. *Integrative Psychological and Behavioral Science*, 32 (1), 62-83.
- Echeburúa, E. (2008). Violencia sexual. *Mente y Cerebro*, 28, 68-73.
- Echeburúa, E. y De Corral, P. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuadernos de Medicina Forense*, 12 (44), 75-82.
- Echeburúa, E., De Corral, P. y Amor, P.J. (1998). Perfiles diferenciales del trastorno de estrés postraumático en distintos tipos de víctimas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 24, 527-555.
- Echeburúa, E., De Corral, P. y Amor, P.J. (2001). Estrategias de afrontamiento ante los sentimientos de culpa. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 905-929.

- Echeburúa, E., De Corral, P. y Amor, P.J. (2002). Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Psycothema*, 14, 139-146.
- Echeburúa, E., De Corral, P., Amor, P.J. y Zubizarreta, I., Sarasua, B. (1997). Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático: propiedades psicométricas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 503-526.
- Echeburúa, E., De Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (1995). *Trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de agresiones sexuales*. A Coruña: Fundación Paideia.
- Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. (2000). *Abuso sexual en la infancia: víctima y agresores. Un enfoque clínico*. Barcelona: Ariel.
- Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. (2005). Concepto, factores de riesgo y efectos psicopatológicos. En J. Sanmartín (Ed.). *Violencia contra niños* (pp. 89-112). Barcelona: Ariel.
- Eckert, L.O. y Sugar, N.F. (2008). Older victims of sexual assault: an underrecognized population. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 198 (6), 1-7.
- Elklit, A. (2002). Victimization and PTSD in Danish national youth probability sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent*, 41 (2), 174-181.
- 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.
- Escaff, E. y Sagües, E. (1994). Violencia sexual intrafamiliar: Un estudio descriptivo. *Anuario de Psicología Jurídica*, 4, 67-87.
- Ezpeleta, L. (2001). *La entrevista diagnóstica con niños y adolescentes*. Madrid: Síntesis.
- Fairbrother, N. y Rachman, S. (2006). PTSD in victims of sexual assault: test of a major component of the Ehlers-Clark-theory. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37 (2), 74-93.
- Farina, F. y Arce, R. (1995). Estudio psicosocial de la víctima. En M. Clemente (Coord.), *Fundamentos de la Psicología Jurídica* (pp. 431-448). Madrid: Pirámide.
- Faust, J., Runyon, M.K. y Kenny, M.C. (1995). Family variables associated with the onset and impact of intrafamilial childhood sexual abuse. *Clinical Psychology Review*, 15 (5), 443-456.
- Federación Internacional de Planificación de la Familia. Región Hemisferio Occidental (1992). *Estrategias para el diagnóstico y tratamiento del abuso sexual en la infancia*. Chicago: American Medical Association.

- Feiring, C. y Taska, L. (2005). The persistence of shame following sexual abuse: A longitudinal look at risk and recovery. *Child Maltreatment*, 10 (4), 337-349.
- Feiring, C., Cleland, Ch. (2007). Childhood sexual abuse and abuse-specific attributions of blame over 6 years following discovery. *Child Abuse & Neglect*, 31 (11-12), 1169-1186.
- Feiring, C., Coates, D.L. y Taska, L.S. (2001). Ethnic Status, Stigmatization, Support, and Symptom Development Following Sexual Abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 16 (12), 1307-1329.
- Feiring, C., Miller-Johnson, S. y Cleland, Ch. (2007). Potential pathways from stigmatization and internalizing symptoms to delinquency in sexually abused youth. *Child Maltreatment*, 12 (3), 220-232.
- Feiring, C., Rosenthal, S. y Taska, L. (2000). Stigmatization and the development of friendship and romantic relationships in adolescent victims of sexual abuse. *Child Maltreatment*, 5 (4), 311-322.
- Feiring, C., Taska, L. y Chen, K. (2002). Trying to understand why horrible things happen: attributio, shame, and symptom development following sexual abuse. *Child Maltreatment*, 7 (1), 26-41.
- Feiring, C., Taska, L. y Lewis, M. (1996). A process model for understanding adaptation to sexual abuse: the role of shame in defining stigmatization. *Child Abuse & Neglect*, 20 (8), 767-782.
- Feiring, C., Taska, L. y Lewis, M. (1998). The Role of Shame and Attributional Style in Children's and Adolescents' Adaptation to Sexual Abuse. *Child Abuse & Neglect*, 3 (2), 129-142.
- Feiring, C., Taska, L. y Lewis, M. (2002). Adjustment Following Sexual Abuse Discovery: The Role of Shame and Attributional Style. *Developmental Psychology*, 38 (1), 79-92.
- Ferguson, T.J., Stegge, H., Miller, E.R. y Olsen, M.E. (1999). Guilt, Shame, and Symptoms in Children. *Developmental Psychology*, 35 (2), 347-357.
- Fieldman, J.P. y Crespi, T.D. (2002). Child sexual abuse: Offenders, disclosure, and School-based initiatives. *Adolescence*, 37 (145), 151-159.
- Filipas, H.H. y Ullman, S.E. (2006). Child Sexual Abuse, Coping Responses, Self-Blame, Posttraumatic Stress Disorder, and Adult Sexual Revictimization. *Journal of Interpersonal Violence*, 21 (5), 652-672.
- Finkelhor, D. (1993). Epidemiological factors in the clinical identification of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 17 (1), 67-70.
-

- Finkelhor, D. (1994). Current information on the scope and nature of child sexual abuse. *Future Child*, 4 (2), 31-53.
- Finkelhor, D. (2005). Victimología infantil. En J. Sanmartín (Ed.). *Violencia contra niños* (pp. 157-224). Barcelona: Ariel.
- Finkelhor, D. y Browne, A. (1985). The Traumatic Impact of Child Sexual Abuse: A Conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55 (4), 530-541.
- Finkelhor, D., Hotaling, G., Lewis, I.A. y Smith, C. (1990). Sexual abuse in a national survey of adult men and women: prevalence, characteristics, and risk factors. *Child Abuse & Neglect*, 14 (1), 19-28.
- Finkelhor, D., Ormond, R.K. y Turner, H.A. (2007). Poly-victimization: A neglect component in child victimization. *Child Abuse & Neglect*, 31, 7-26.
- Fisher, B.S., Cullen, F.T. y Turner, M.G. 2000 *The Sexual Victimization of College Women*. Washington D.C.U.S. Department of Justice
- Flanagan, A.S. y Furman, W.C. (2000). Sexual Victimization and Perceptions of Close Relationships in Adolescence. *Child Maltreatment*, 5 (4), 350-359.
- Fleming, J.M. (1997). Prevalence of childhood sexual abuse in a community sample of Australian women. *The Medical Journal of Australia*, 166, 65-68.
- Foa, E.B., Ehlers, A., Clark, D.M., Tolin, D.F. y Orsillo, S.M. (1999). The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): Development and Validation. *Psychological Assessment*, 11 (3), 303-314.
- Fracier, P. (1990). Victim Attributions and Post-Rape Trauma. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59 (2), 298-304.
- François, I. (1998). L'inceste, un crime transgénérationnel. *Journal de Médecine Légale Droit Médical*, 41 (3), 302-304.
- Frank, E. y Stewart, B.D. (1984). Depressive symptoms in rape victims: A revisit. *Journal of Affective Disorders*, 7 (1), 77-85.
- Frazier, P.A., Mortensen, H. y Steward, J. (2005). Coping Strategies as Mediators of the Relations Among Perceived Control and Distress in Sexual Assault Survivors. *Journal of Counseling Psychology*, 52 (3), 267-278.
- Freeman, K.A. y Morriss, T.L. (2001). A review of conceptual models explaining the effects of child sexual abuse. *Agresion and Violent Behaviour*, 6 (4), 357-373.
- Freeman, R.C., Collier, K. y Parillo, K.M. (2002). Early life sexual abuse as a risk factor for crack cocaine use in a sample of community-recruited women at high risk for illicit drug use. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 28, 109-131.

- Freud, S. (2002). *La Histeria* (1ª ed. 1895). Madrid: Alianza Editorial.
- Freyd, J.J., DePrice, A.P. y Gleaves, D.H. (2007). The state of betrayal trauma theory: Reply to McNally Conceptual issues and future directions. *Memory*, 15 (3), 295-311.
- Friedman, S., Smith, L., Fogel, D., Paradis, Ch., Viswanathan, R. y Ackerman, B.T. (2002). The incidence and influence of early traumatic life events in patients with panic disorder: A comparison with other psychiatric outpatients. *Journal of Anxiety Disorders*, 16 (3), 259-272.
- Friedrich, W.N. (1998). Behavioral manifestations of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 22 (6), 523-531.
- Gagné, M.H., Lavoie, F. y Hébert, M. (2005). Victimization during childhood and revictimization in dating relationships in adolescent girls. *Child Abuse & Neglect*, 29 (10), 1155-1172.
- Galiana, S. y De Marianas, H. (2002). *Estudio sobre el agresor, causas y situaciones de las agresiones sexuales*. Madrid: CAVAS.
- Gándara, E. (1996). Análisis estadístico de la criminalidad sexual violenta. *Ciencia Policial*, 35, 101-155.
- García Andrade, J. A. (1993). *Psiquiatría Criminal y Forense*. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces.
- García Saldaña, M.P. (1994). *Perfil Psicológico y Sociodemográfico del Suicida*. (Tesis Doctoral). Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Garnefski, N. y Arends, E. (1998). Sexual abuse and adolescent maladjustment: differences between male and female victims. *Journal of Adolescence*, 21 (1), 99-107.
- Garrido, V., Redondo, S., Gil, A. y Torres, G. (1993). *Violadores y agresores sexuales. Estudio de una muestra*. Barcelona Generalitat de Catalunya.
- Garrido, V., Stageland, P. y Redondo, S. (1999). *Principios de Criminología*. Valencia: Tirant Lo Blanch.
- Gibson, L.E. y Leitenberg, H. (2001). The impact of child sexual abuse and stigma on methods of coping with sexual assault among undergraduate women. *Child Abuse & Neglect*, 25, 1343-1361.
- Gimbernat, E. y Mestre, E. (2007). *Código Penal* (13ª ed.). Madrid: Tecnos.
- Girard, A.L. y Senn, C.Y. (2008). The role of the new "date rape drugs" in attributions about date rape. *Journal of Interpersonal Violence*, 23 (1), 3-20.

- Gismero E. (2000). *Escala de Habilidades Sociales (EHS)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Glaser, D., Frosh, S. (1997). *Abuso Sexual de Niños*. Buenos Aires: Paidós.
- Goldman, J.D.G. y Padayachi, U.K. (2000). Some Methodological Problems in Estimating Incidence and Prevalence in Child Sexual Abuse Research. *Journal of Sex Research*, 37 (4), 305-314.
- González, F. y Pardo, E. (2007). El daño psíquico en las víctimas de agresión sexual. Interpsiquis. VII Congreso Virtual de Psiquiatría. Recuperado el 10 de enero, de 2008, de http://www.psiquiatria.com/articulos/psiquiatria_legal/29258/
- Gorey, K.M. y Leslie, D.R. (1997). The prevalence of child sexual abuse: Integrative review adjustment for potential response and measurement bias. *Child Abuse & Neglect*, 21 (4), 391-398.
- Gorey, K.M, Richter, N.L. y Snider, E. (2001). Guilt, isolation and hopelessness among female survivors of childhood sexual abuse: effectiveness of group work intervention. *Child Abuse & Neglect*, 25 (3), 347-355.
- Graham, S. y Juvonen, J. (1998). Self-blame and Peer Victimization in Middle School: An Attributional Analysis. *Developmental Psychology*, 34 (3), 587-599.
- Grisolía, J.S. (2005). Efectos neurológicos. En J. Sanmartín (Ed.). *Violencia contra niños* (pp. 113-130). Barcelona: Ariel.
- Grossin, C., Sibille, I., Lorin de la Grandmaison, G., Banasr, A., Brion, F. y Durigon, M. (2003). Analysis of 418 cases of sexual assault. *Forensic science International*, 131 (2), 125-130.
- Gustafson, T.B. y Sarwer, D.B. (2004). Childhood sexual abuse and obesity. *Obesity reviews*, 5, 129-135.
- Hall, D.K., Mathews, F. y Pearce, J. (2002). Sexual behavior problems in sexually abused children: a preliminary typology. *Child Abuse & Neglect*, 26, 289-312.
- Haugen, K., Slungard, A. y Shei, B. (2005). Sexual assault against women. Injury pattern and victim-perpetrator relationship. *Tidsskr Nor Laegefoen*, 125 (24), 3424-3427.
- Hazzard, A., Celano, M., Gould, J., Lawry, S. y Webb, C. (1995). Predicting Symptomatology and self-blame among child sex abuse victims. *Child Abuse & Neglect*, 19 (6), 707-714.
- Hérbert, M., Collin-Vézina, D., Daigneault, I., Parent, N. y Tremblay, C. (2006). Factors linked to outcomes in sexually abused girls: a regression tree analysis. *Comprehensive Psychiatry*, 47, 443-455.

- Herder (2005). *La Biblia*. Madrid: Autor.
- Hernández Hernández, P. (2002). *Test Evaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil (TAMAI)* (4ª edición revisada y ampliada). Madrid: TEA Ediciones.
- Hershkowitz, I., Lamb, M.E. y Horowitz, D. (2007). Victimization of children with disabilities. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77 (4), 629-635.
- Hogben, M. y Waterman, C.K. (2000). Patterns of Conflict Resolution Within Relationships and Coercive Sexual Behaviour of Men and Women. *Sex Roles: A Journal of Research*, 43 (5-6), 341-357.
- Hoier, T.S., Shawchuck, C.R., Pallotta, G.M., Freeman, T., Inderbitzen-Pisaruk, H., MacMillan, V.M., Malinosky-Rummell, R. y Greene, A.L. (1992). The Impact of Sexual Abuse. En W. O'donohue y J.H. Geer (Eds.). *The sexual abuse of children: Clinical Issues. Volume II* (pp. 100-142). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Holmes, W.C. y Slap, G.B. (1998). Sexual Abuse of Boys: Definition, Prevalence, Correlates, Sequelae, and Management. *Journal of the American Medical Association*, 280 (21), 1855-1862.
- Holt, R.L., Montesinos, S. y Christensen, R.C. (2007). Physical and sexual abuse history in women seeking treatment at a psychiatric clinic for the homeless. *Journal of Psychiatric Practice*, 13 (1), 58-60.
- Horno, P., Santos, A. y Molino, C. (2001). *Abuso Sexual Infantil: Manual de formación para profesionales*. Madrid: Save the Children España.
- Howard, D.E. y Wang, M.Q. (2005). Psychosocial correlates of U.S. adolescents who report a history of forced sexual intercourse. *Journal of Adolescent Health*, 36 (5), 372-379.
- Hunter, S.V. (2006). Understanding the Complexity of Child Sexual Abuse: A Review of the Literature With Implications for Family Counseling. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples*, 14 (4), 349-358.
- Hutchings, P.S. y Dutton, M.A. (1998). Symptom severity and diagnoses related to sexual assault history. *Journal of Anxiety Disorders*, 11 (6), 607-618.
- Inglés, A. (1995). Origen, proceso y algunos resultados del estudio sobre los malos tratos infantiles en Cataluña. *Infancia y Aprendizaje*, 18 (3), 23-32.
- Instituto Andaluz de la Mujer (1999). *Violencia contra las mujeres*. Sevilla: Autor.
- Intevi, I. 1998 *Abuso sexual infantil. En las mejores familias*. Barcelona: Ediciones Granica S.A.

- Jackson, L.A. (2000). *Child Sexual Abuse in Victorian England*. Londres, G.B.: Routledge.
- Janoff-Bulman, R. (1979). Characterological versus behavioral self-blame: inquiries into depression and rape. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37 (10), 1798-1809.
- Johnson, B. y Kenkel, M.B. (1991). Stress, coping, and adjustment in female adolescent incest victims. *Child Abuse & Neglect*, 15 (3), 293-305.
- Johnson, D.M., Pike, J.L. y Chard, K.M. (2001). Factors predicting PTSD, depression, and dissociative severity in female treatment-seeking childhood sexual abuse survivors. *Child Abuse & Neglect*, 25, 179-198.
- Johnson, J.G., Cohen, P., Brown, J., Smailes, E.M. y Bernstein, D.P. (1999). Childhood Maltreatment Increases Risk for Personality Disorders During Early Adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 56 (600-606).
- Johnson, R., Edman, J.L. y Danko, G.P.(1995). Self reported negative experiences and dissociation. *Personality and Individual Differences*, 18 (6), 793-795.
- Johnson, R.J., Ross, M.W., Taylor, W.C., Williams, M.L., Carvajal, R.I. y Peters, R.J. (2006). Prevalence of childhood sexual abuse among incarcerated males in country jail. *Child Abuse & Neglect*, 30 (1) 75-86.
- Jumper, S.A. (1995). A meta-analysis of the relationship of child sexual abuse to adult psychological adjustment. *Child Abuse & Neglect*, 19 (6), 715-728.
- Kalmuss, D. (2004). Nonvolitional Sex and Sexual Health. *Archives of Sexual Behavior*, 33 (3), 197-209.
- Kalra, M., Wood, E., Desmarais, S., Verberg, N. y Senn, Ch. Y.(1998). Exploring Negative Dating Experiences and Beliefs About Rape Among Younger and Older Women. *Archives of Sexual Behavior*, 27 (2), 145-153.
- Kaplow, B.K., Dodge, K.A., Amaya-Jackson, L. y Saxe, G.N. (2005). Pathways to PTSD, Part II: Sexually Abused Children. *American Journal of Psychiatry*, 162 (7), 1305-1310.
- Kaplow, J.B., Hall, E., Koenen, K.C., Dodge, K.A. y Amaya-Jackson, L. (2008). Dissociation predicts later attention problems in sexually abused children. *Child Abuse & Neglect*, 32 (2), 261-275.
- Katerndahl, D., Burge, S. y Kellogg, N. (2005). Predictors of Development of Adult Psychopathology in Female Victims of Childhood Sexual Abuse. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193 (4), 258-264.
- Kelley, S. J., Brant, R. y Waterman, J. (1993). Sexual abuse of children in day care centers. *Child Abuse & Neglect*, 17, 71-89.

- Kellogg, N.D., Menard y S.W. (2003). Violence among family members of children and adolescents evaluated for sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 27, 1367-1376.
- Kendall-Tackett, K. (2000). Physiological Correlates of Childhood Abuse: Chronic Hyperarousal in PTSD, Depression, and Irritable Bowel Syndrome. *Child Abuse & Neglect*, 24 (6), 799-810.
- Kendall-Tackett, K. (2002). The Health Effects of Childhood Abuse: Four Pathways by which Abuse Can Influence Health. *Child Abuse & Neglect*, 26, 715-730.
- Kendall-Tackett, K.A., Williams, L.M. y Finkelhor, D. (1993). Impact of Sexual Abuse on Children: A Review and Synthesis of Recent Empirical Studies. *Psychological Bulletin*, 113 (1), 164-180.
- Kennedy, M. (2000). Cristianity and Child Sexual Abuse-the Survivors' Voice Leading to Change. *Child Abuse Review*, 9, 124-141.
- Kilpatrick, D. (1992). Tratamiento psicológico de las agresiones sexuales. En E. Echeburúa (Ed.) *Avances en el tratamiento de los trastornos de ansiedad* (pp 117-141). Madrid: Pirámide.
- Kilpatrick, D.G., Saunders, B.E., Amick-McMullan, A., Best, C.L., Veronen, L.J. y Resnick, H.S. (1989). Victim and crime factors associated with the development of crime-related post-traumatic stress disorder. *Behaviour Therapy*, 20 (2), 199-214.
- Kilpatrick, D.G., Saunders, B.E., Veronen, L.J., Best, C.L., y Von, J.M. (1987). Criminal victimization: Lifetime prevalence, reporting to police, and psychological impact. *Crime and Delinquency*, 33(4), 479-489.
- Kisiel, C.L. y Lyons, J.S. (2001). Dissociation as a Mediator of Psychopathology Among Sexually Abused Children and Adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1034-1039.
- Kogan, S.M. (2004). Disclosing unwanted sexual experiences: results from a national sample of adolescent women. *Child Abuse & Neglect*, 28 (3), 147-165.
- Koss, M.P., Dinero, T. E., y Seibel, C. A. (1988). Stranger and acquaintance rape: Are there differences in the victim's experience? *Psychology of Women Quarterly*, 12, 1-24.
- Koss, M.P., Gidycz, C.A. y Wisniewski, N. (1987). The scope of rape: incidence and prevalence of sexual aggression and victimization in a national sample of higher education students. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55,162-70.
- Krakov, B., Schrader, R., Tandberg, D., Hollifield, M., Koss, M.P., Yau, C.L. y Cheng, D.T. (2002). Nightmare frequency in sexual assault survivors with PTSD. *Journal of Anxiety Disorders*, 16 (2), 175-190.

- Kubany, E.S. y Haynes, S.N. (2001). *Trauma-Related Guilt Inventory. Manual. Second Draft*, Western Psychological Services.
- Kubany, E.S., Haynes, S.N., Abueg, F.R., Manke, F.P., Brennan, J.M. y Stahura, C. (1996). Development and Validation of the Trauma-Related Guilt Inventory (TRGI). *Psychological Assessment*, 8 (4), 428-444.
- La Fontaine, J.(1990). *Child Sexual Abuse*. Cambridge, G.B.: Polity Press.
- Lacasse, A. y Mendelson, M.J. (2007). Sexual Coercion Among Adolescents Victims and Perpetrators. *Journal of Interpersonal Violence*, 22 (4), 424-437.
- Lamb, M.E. (1994). The investigation of child sexual abuse: An interdisciplinary consensus statement. *Child Abuse & Neglect*, 18 (12), 1021-1028.
- Lambie, I., Seymour, F., Lee, A. y Adams, P. (2002). Resiliency in the Victim-Offender Cycle in Male Sexual Abuse. *Sexual Abuse: A Journal of Reserach and Treatment*, 14 (1), 31-48.
- Lameiras, M. (2002). Aproximación psicológica ala problemática de los abusos sexuales en la infancia. En M. Lameiras (Coord.). *Abusos sexuales en la infancia. Abordaje psicológico y jurídico* (pp. 61-84). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Lang, M. y Tisher, M. (2000). *Escala de Depresión para Niños (CDS)* (6º edición). Madrid: TEA Ediciones.
- Lange, A., de Beurs, E., Dolan, C., Lachnit, T., Sjollema, S. y Hanewald, G. (1999). Long-term effects of childhood sexual abuse: objective and subjective characteristics of the abuse and psychopathology in later life. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187 (3), 150-158.
- Larimer, M.E. (1999). Male and female recipients of unwanted sexual contact in a college student sample: prevalence rates, alcohol use and depression. *Sex Roles: A journal of Research*, 40 (3-4), 295-308.
- Laws, A. y Golding, J.M. (1996). Sexual Assault History and Eating Disorder Symptoms among White, Hispanic, and African-American Women and Men. *American Journal of Public Health*, 86 (4), 579-582.
- Lawyer, S.R., Ruggiero, K.J., Resnick, H.S., Kilpatrick, D.G. y Saunders, B.E. (2006). Mental Health Correlates of the Victim-Perpetrator Relationship Among Interpersonally Victimized Adolescents. *Journal of Interpersonal Violence*, 21 (10), 1333-1353.
- Liem, J. H. y Boudewyn, A. C. (1999). Contextualizing the effects of childhood sexual abuse on adult self- and social functioning: an attachment theory perspective. *Child Abuse & Neglect*, 23 (11), 1141-1157.

- Littleton, H. y Breitkopf, C.R. (2006). The coping strategies that a victim of a rape engages in can have a strong impact on the development and persistence of psychological. *Psychology of Women Quarterly*, 30 (1), 106-116.
- Littleton, H., Breitkopf, C.R. y Berenson, A. (2007). Sexual and physical abuse history and adult sexual risk behaviors: Relationships among women and potential mediators. *Child Abuse & Neglect*, 31 (7), 757-768.
- Littleton, H.L., Magee, K.T. y Axson, D. (2007). A Meta-Analysis of Self-Attributions Following Three Types of Trauma: Sexual Victimization, Illness, and Injury. *Journal of Applied Social Psychology*, 37 (3), 515-538.
- Livingston, J.A., Hequembourg, A., Testa, M. y VanZile-Tamsen C. (2007). Unique aspects of adolescent sexual victimization experiences. *Psychology of Women Quarterly*, 31 (4), 331-343.
- Livingston, J.A., Testa, M. y VanZile-Tamsen, C. (2007). The Reciprocal Relationship Between Sexual Victimization and Sexual Assertiveness. *Violence Against Women*, 13 (3), 298-313.
- Logan, T.K., Cole, J. y Capillo, A. (2007). Differential characteristics of intimate partner, acquaintance, and stranger rape survivors examined by Sexual Assault Nurse Examiner (SANE). *Journal of Interpersonal Violence*, 22 (8), 1066-1076.
- Loncar, M., Medved, V., Jovanovic, N. y Hotujac, L. (2006). Psychological Consequences of Rape on Women in (1991)-(1995) War in Croatia Bosnia and Herzegovina. *Croatia Medical Journal*, 47, 67-75.
- López, F. (Dir.)(1996). *Abuso Sexual a Menores. Lo que recuerdan de mayores* (2ª ed.). Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- López, F., Carpintero, E., Hernández, A., Martín, M.J. y Fuertes, A. (1995). Prevalencia y consecuencias del abuso sexual al menor en España. *Child Abuse & Neglect*, 19 (9), 1039-1050.
- López, F., Del Campo, A. (1997). *Prevención de Abusos Sexuales a Menores. Guía para Educadores*. Salamanca: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- López, F., Hernández, A. y Carpintero, E. (1995). Los abusos sexuales de menores: concepto, prevalencia y efectos. *Child Abuse & Neglect*, 18 (3), 77-98.
- Lorente, M. y Lorente, J.A. (1999). *Agresión a la mujer: Maltrato, violación y acoso*. Granada: Comares.
- Luster, T. y Small, S.A. (1997). Sexual abuse history and problems in adolescence: Exploring the effects of moderating variables. *Journal of marriage and the family*, 59 (1), 131-142.
-

- Luthar, S.S., Cicchetti, D. y Becker, B. (2000). Research on Resilience: Reponse to Commentaries. *Child Development*, 71(3), 573-575.
- Lyndon, A.E., White, J.W. y Kadlec, K.M. (2007). Manipulation and force as sexual coercion tactics: conceptual and empirical differences. *Aggressive Behavior*, 33 (4), 291-303.
- Malacrea, M. (2000). Trauma y reparación. Barcelona: Paidós.
- Manion, I., Firestone, P., Cloutier, P., Ligezinska, M., McIntyre, J. y Ensom, R. (1998). Child Extrafamilial Sexual Abuse: Predicting parent and child functioning. *Child Abuse & Neglect*, 22 (12), 1285-1304.
- Mannarino, A.P. y Cohen, J.A. (1996). A Follow-Up Study of Factors That Mediate the Development of Psychological Symptomatology in Sexually Abused Girls. *Child Maltreatment*, 1 (3), 246-260.
- Mannarino, A.P., Cohen, J.A. y Berman, S.R. (1994). The relationship between preabuse factors and psychological symptomatology un sexually abused girls. *Child Abuse & Neglect* 18, (1), 63-71.
- Marc, B., Boubrit, F., Varnier, J. y Garnier, M. (1998). Violences sexuelles sur mineurs en milieu familial. *Journal de Médecine Légale Droit Médical*, 41 (1), 34-35.
- Marshall, W. (2001). *Agresores sexuales*. Barcelona: Ariel.
- Martin, E.K., Taft, C.T. y Resick, A. (2007). Review of marital rape. *Aggression and Violent Behaviour*, 12 (3), 329-347.
- Martín-Albo, J, Núñez, J.L., Navarro, J.G. y Grijalvo, F. (2007). The Rosenberg Self-Esteem Scale:Traslation and Validation in University Students. *The Spanish Journal of Psychology*, 10 (2), 458-467.
- Martínez, C. y Figueroa, M. (2000). Abuso sexual en la infancia. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 2 (8), 61-70.
- Marx, B.P. (2005). Lessons Learned from the Last Twenty Years of Sexual Violence Research. *Journal of Interpersonal Violence*, 20 (2), 225-230.
- Masho, S.W. y Ahmed, G. (2007). Age at sexual assault and posttraumatic stress disorder among women: prevalence, correlates, and implications for prevention. *Journal of Womens Health*, 16 (2), 262-271.
- McCrae, J.S., Chapman, M.V. y Christ, S.L. (2006). Profile of Children Investigated for Sexual Abuse: Association With Psychopathology Symptoms and Services. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76 (4), 468-481.

- McDermott, S.D., McBride, B.M. y Lee-Gorman, M. (2008). Sexual assault statistics from the Republic of Ireland for (2004)-(2005). *Medical Science Law*, 48 (2), 142-150.
- McEwan, S.L., de Man, A.F. y Simpson-Housley, P. (2002). Ego-identity achievement and perception of risk in intimacy in survivors of stranger and acquaintance rape. *Sex Roles: A Journal of Research*, 47 (5-6), 281-287.
- McFarlane K. (1978). Sexual Abuse of Children. En: Chapman, J.R. y Gates, M. (Eds.) *The Victimization of Women* (pp. 81-110). New York, US: Stein. & Day.
- McFarlane, J., Malecha, A., Watson, K., Gist, J., Batten, E., Hall, I. y Smith, S. (2005). Intimate Partner Sexual Assault Against Women: Frequency, Health Consequences, and Treatment Outcomes. *Obstetrics & Gynecology*, 105 (1), 99-108.
- McLean, L.M. y Gallop, R. (2003). Implications of Childhood Sexual Abuse for Adult Borderline Personality Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160 (2), 369-370.
- McLeer, S.V., Dixo, J.F., Henry, D., Ruggiero, K., Escovitz, K., Nieda, T. y Scholle, R. (1998). Psychopathology in Non-Clinically Referred Sexually Abused Children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent*, 37 (12), 1326-1380.
- McMullin, D. y White, J.W. (2006). Long-term effects of labeling a rape experience. *Psychology of Women Quarterly*, 30 (1), 96-105.
- McNally, R.J., Clancy, S.A., Schacter, D.L. y Pitman, R.K. (2000). Cognitive Processing of Trauma Cues in Adults Reporting Repressed, Recovered, or Continuous Memories of Childhood Sexual Abuse. *Journal of Abnormal Psychology*, 109 (3), 355-359.
- Medrano, M.A., Hatch, J.P., Zule, W.A. y Desmond, D.P. (2003). Childhood trauma and adult prostitution behavior in a multiethnic heterosexual drug-using population. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29, 463-486.
- Mennen, F.E. y Meadow, D. (1995). The Relationship of Abuse Characteristics to Symptoms in Sexually Abused Girls. *Journal of Interpersonal Violence*, 10 (3), 259-274.
- Messman-Moore, T.L., Long, P.J. y Siegfried, N.J. (2000). The Revictimization of Child Sexual Abuse Survivors: An Examination of the Adjustment of College Women With Child Sexual Abuse. *Child Maltreatment*, 5 (1), 18-27.
- Meyerson, L.A., Long, P.J., Miranda, R. y Marx, B.P. (2002). The influence of childhood sexual abuse, physical abuse, family environment, and gender on the psychological. *Child Abuse & Neglect*, 26, 387-405.

- Mian, M., Marton, P. y LeBaron, D. (1996). The effects of sexual abuse on 3- to 5-year-old girls. *Child Abuse & Neglect*, 20 (8), 731-745.
- Miller, M. (2004). Personality and the development and expression of PTSD. *PTSD Research Quarterly*, 15 (3), 1-3.
- Miller, M.W. y Resick, P.A. (2007). Internalizing and Externalizing Subtypes in Female Sexual Assault Survivors: Implications for the Understanding of Complex PTSD. *Behaviour Therapy*, 38 (1), 58.
- Ministerio del Interior. Secretaría General Técnica (2006). *Anuario Estadístico del Ministerio del Interior*. Madrid: Autor.
- Mitchell, K.J., Finkelhor, D. y Wolak, J. (2001). Risk Factors for and Impact of Online Sexual Solicitation of Youth. *Journal of American Medical Association*, 285 (23), 3011 - 3014.
- Molnar, B.E., Buka, S.L. y Kessler, R.C. (2001). Child sexual abuse and subsequent psychopathology: results from the National Comorbidity Survey. *American Journal of Public Health*, 91(5), 753-760.
- Moncrieff, J. y Farmer, R. (1998). Sexual abuse and the subsequent development of alcohol problems. *Alcohol & Alcoholism*, 33 (6), 592-601.
- Monette, M.C., Tourigny, M. y Daigneault, I. (2008). Facteurs associés aux problèmes de comportement intériorisés et extériorisés chez des adolescentes agressées sexuellement. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 40 (1), 31-41.
- Moran, P.B. y Eckenrode, J. (1992). Protective Personality Characteristics among Adolescent Victims of Maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 16 (5), 743-754.
- Moreno, M.C., Jiménez, J., Oliva, A., Palacio, J. y Saldaña, D. (1995). Detección y caracterización del maltrato infantil en la Comunidad Autónoma Andaluza. *Infancia y Aprendizaje*, 18 (3), 33-47.
- Muela, A. (2008). Hacia un sistema de clasificación nosológico del maltrato infantil. *Anales de Psicología*, 24 (1), 77-87.
- Mullen, P.E., Fleming, J. (1998). Long-term Effects of Child Sexual Abuse. *Issues in Child Abuse Prevention*, 9, 1-11.
- Muram, D., Hostetler, B.R., Jones, C.E. y Speck, P.M. (1995). Adolescent victims of sexual assault. *Journal of Adolescent Health*, 17 (6), 372-375.
- Murray, J.B. (1993). Relationship of Childhood Sexual Abuse to Borderline Personality Disorder, Posttraumatic Stress Disorder, and Multiple Personality Disorder. *The Journal of Psychology*, 127 (6), 657-676.

- Murthi, M., Servaty-Seib, H.L. y Elliott, A.N. (2006). Childhood Sexual Abuse and Multiple Dimensions of Self-Concept. *Journal of Interpersonal Violence*, 21 (8), 982-999.
- Nagy, S. (2000). Psychosocial and behavioral measures among female adolescent victims of sexual abuse: Differences based on perpetrator identity. *American Journal of Health Studies*, 16 (1), 1-6.
- Nelson, E.C., Heath, A.C., Madden, P.A.F., Cooper, M.L., Dinwiddie, S.H., Bucholz, K.K., Glowinski, A., McLaughlin, T., Dunne, Michael, P., Statham, D.J. y Martin, N.G. (2002). Association Between Self-reported Childhood Sexual Abuse and Adverse Psychosocial Outcomes. *Archives of General Psychiatry*, 59 (2), 139-145.
- Neumann, D.A., Houskamp, B.M, Pollock, V.E. y Briere, J.(1996). The Long-Term Sequelae of Childhood Sexual Abuse in Women: A Meta-Analytic Review. *Child Maltreatment*, 1 (1), 6-16.
- Neville, H.A., Heppner, M.J., Oh, E., Spanierman, L.B. y Clark, M. (2004). General and Culturally Specific Factors Influencing Black and White Rape Survivors' Self-Esteem. *Psychology of Women Quarterly*, 28 (1), 83-94.
- Niederberger, J.M. (2002). The perpetrator's strategy as a crucial variable: a representative study of sexual abuse of girls and its sequelae in Switzerland. *Child Abuse & Neglect*, 26 (1), 55-71.
- Nishith, P., Nixon, R.D.V. y Resick, P.A. (2005). Resolution of trauma-related guilt following treatment of PTSD in female rape victims: A result of cognitive processing therapy targeting. *Journal of Affective Disorders*, 86 (2), 259-265.
- Nurcombe, B. (2000). Child sexual abuse I: psychopathology. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 85-92.
- Oates, R.K. (1984). Personality development after physical abuse. *Archives of Disease in Childhood*, 59, 147-150.
- Oates, R.K. (2004). Sexual abuse and suicidal behavior. *Child Abuse & Neglect*, 28, 487-489.
- Oddone, E., Genuis, M.L. y Violato, C. (2001). A Meta-Análisis of the Published Research on the Effects of Child Sexual Abuse. *The Journal of Psychology*, 135 (1), 17-36.
- Onostre, R.D. (2000). Abuso sexual en niñas y niños. Consideraciones clínicas. *Archivos argentinos de pediatría*, 98 (1), 27-33.
- Owens, G.P. y Chard, K.M. (2001). Cognitive Distortions Among Womeng Reporting Childhood Sexual Abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 16 (2), 178-191.

- Owens, G.P. y Chard, K.M. (2003). Comorbidity and psychiatric diagnoses among women reporting child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 27, 1075–1082.
- Paolucci, E.O., Genuis, M.L. y Violato, C. (2001). A Meta-Analysis of the Published Research on the Effects of Child Sexual Abuse. *The Journal of Psychology*, 135 (1), 17-36.
- Peleikis, D.E., Mykletun, A. y Dahl, A.A. (2004). The relative influence of childhood sexual abuse and other family background risk factors on adult adversities in female outpatients treated. *Child Abuse & Neglect*, 28, 61-76.
- Pereda, N. (2006). *Malestar psicológico en estudiantes universitarios víctimas de abuso sexual infantil y otros estresores*. (Tesis Doctoral). Barcelona: Universidad de Barcelona. <http://www.tdx.cat/TDX-0810106-185530>
- Pico-Alfonso, M.A., García-Linares, M.I., Celda-Navarro, N., Blasco-Ros, C., Echeburúa, E., Martínez, M. (2006). The Impact of Psychological, and Sexual Intimate Male Partner Violence on Women's Mental Health: Depressive Symptoms, Posttraumatic. *Journal of Women's Health*, 15 (5), 599-611.
- Pine, D.S. y Cohen, J.A. (2002). Trauma in children and adolescents: risk and treatment of psychiatric sequelae. *Biological Psychiatry*, 51 (79), 519-531.
- Quas, J.A., Goodman, G.S. y Jones, D.P.H. (2003). Predictors of attributions of self-blame and internalizing behavior problems in sexually abused children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44 (5), 723-736.
- Ramos, L., Saltijeral, M.T., Romero, M., Caballero, M.A. y Martínez, N.A. (2001). Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de usuarias de un centro de salud. *Salud Pública de México*, 43 (3), 182-191.
- Redondo, S. (1996). Perfil psicológico de los delinquentes sexuales. En E. Echeburúa (Ed.). *Personalidades Violentas* (pp. 95-110). Madrid: Pirámide.
- Resnick, H., Acierno, R., Holmes, M., Kilpatrick, D.G. y Jager, N. (1999). Prevention of Post-Rape Psychopathology Preliminary Findings of a Controlled Acute Rape Treatment Study. *Journal of Anxiety Disorders*, 13 (4), 359-370.
- Resnick, H., Acierno, R., Waldrop, A.E., King, L., King, D., Danielson, C., Ruggiero, K.J. y Kilpatrick, D. (2007). Randomized controlled evaluation of an early intervention to prevent post-rape psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 45 (10), 2432-2447.
- Resnick, H.S., Kilpatrick, D.G. y Lipovsky, J.A. (1991). Assessment of Rape-Related Posttraumatic Stress Disorder: Stressor and Symptom Dimensions. *Psychological Assessment*, 3 (4), 561-572.

- Resick, P.A. y Schnicke, M.K. (1992). Cognitive Processing Therapy for Sexual Assault Victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60 (5), 748-756.
- Rickert, V.I., Wiemann, C.M. y Vaughan, R.D. (2005). Disclosure of Date/Acquaintance Rape: Who Reports and When. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 18 (1), 17-24.
- Riggs, N., Houry, D., Long, G., Markovchick, V. y Feldhaus, K.M. (2000). Analysis of 1076 cases of sexual assault. *Annals of Emergency Medicine*, 35 (4), 358-362.
- Rikert, V.I. y Wiemann, C.M. (1998). Date rape among adolescents and young adults. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 11 (4) 167-175.
- Rind, B., Tromovitch, P., y Bauserman, R. (1998). A meta-analytic examination of assumed properties of child sexual abuse using college samples. *Psychological Bulletin*, 124, 22-53.
- Roberts, R., O'Connor, T., Dunn, J. y Golding, J. (2004). The effects of child sexual abuse in later family life, mental health, parenting and adjustment of offspring. *Child Abuse & Neglect*, 28 (6), 525-545.
- Roig, E. (1999). *Estudio Sociológico sobre los Reclusos por Delitos contra la Libertad Sexual*. Madrid: Comunidad de Madrid.
- Roosa, M. W., Reinholtz, C., y Angleini, P. J. (1999). The relation of child sexual abuse and depression in young women: Comparisons across four ethnic groups. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27, 65-76.
- Rosenberg, M. (1965). *La autoimagen del adolescente y la sociedad*. Buenos Aires: Paidós (traducción de 1973).
- Rosenberg, M. (1989). *Society and the adolescent Self-image*. Revised edition. Middletown, CT: Wesleyan University Press.
- Rosenthal, S., Feiring, C. y Taska, L. (2003). Emotional support and adjustment over a year's time following sexual abuse discovery. *Child Abuse & Neglect*, 27, 641-661.
- Rozee, P.D., Koss, M.P. (2001). Rape: A century of resistance. *Psychology of Women Quarterly*, 25, 295-311.
- Rubio, N.J., Monteros, S. (2001). Las víctimas de agresiones sexuales ante el sistema jurídico-legal. *Anuario de Psicología Jurídica*, 11, 59-77.
- Ruch, L.O., Gartrell, J.W., Amedeo, S.R. y Coyne, B.J. (1991). The Sexual Assault Symptom Scale: Measuring Self-Reported Sexual Assault Trauma in the Emergency-Room. *Psychological Assessment*, 3 (1), 3-8.
-

- Ruggiero, K.J., McLeer, S.V. y Dixon, J.F. (2000). Sexual abuse characteristic associated with survivor psychopathology. *Child Abuse & Neglect*, 24 (7), 951-964.
- Ruggiero, K.J., Smith, D.W., Hanson, R.F., Resnick, H.S., Saunders, B.E., Kilpatrick, D.G. y Best, C.L. (2004). Is Disclosure of Childhood Rape Associated With Mental Health Outcome? Results from the National Women's Study. *Child Maltreatment*, 9 (1), 62-77.
- Rust, J.O. y Troupe, P.A. (1991). Relationships of Treatment of Child Sexual Abuse with School Achievement and Self-Concept. *The Journal of Early Adolescence*, 11, 420-429.
- Saldaña, D., Jiménez, J. y Oliva, S. (1995). El maltrato infantil en España: un estudio a través de los expedientes de menores. *Infancia y Aprendizaje*, 18 (3), 59-68.
- Salter, A.C. (1992). Epidemiology of Child Sexual Abuse. En W. O'donohue y J.H. Geer (Eds.). *The sexual abuse of children: Theory and research. Volume I* (pp. 108-138). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Sandnabba, N.K., Santtila, P., Wannäs, M. y Krook, K. (2003). Age and gender specific sexual behaviors in children. *Child Abuse & Neglect*, 27, 579-605.
- Scholte, R.H.J., van Lieshout, C.F.M. y van Aken, M.A.G. (2001). Perceived Relational Support in Adolescence: Dimensions, Configurations, and Adolescent Adjustment. *Journal of Research on Adolescence*, 11 (1), 71-94.
- Schubot, D.B. (2001). Date Rape Prevalence Among Female High School Students in a Rural Midwestern State During (1993), (1995), and (1997). *Journal of Interpersonal Violence*, 16 (4), 291-296.
- Schwartz, R.H., Milteer, R. y LeBeau, M.A. (2000). Drug-facilitated sexual assault 'date rape'. *Southern Medical Journal*, 93 (6), 558-561.
- Sepúlveda, A., Millán, S., Sepúlveda, P., Nevado, C., Solís, E. (2002). *La Violencia Sexual: Un problema cercano, una solución posible*. Sevilla: Diputación de Sevilla.
- Shapiro, D.L. y Levedosky, A.A. (1999). Adolescent survivors of childhood sexual abuse: The mediating role of attachment style and coping in psychological and interpersonal. *Child Abuse & Neglect*, 23 (11), 1175-1191.
- Shonk, S.M. y Cincchetti, D. (2001). Maltreatment, competency deficits, and risk for academic and behavioral maladjustment. *Developmental Psychology*, 37 (3), 3-17.
- Shrier, L., Pierce, J.D., Emans, S.J. y DuRant R.H. (1998). Gender Differences in Risk Behaviors Associated With Forced or Pressured Sex. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 152, 57-63.

- Siegel, J.M., Sorenson, S.B., Golding, J.M., Burnam, M.A. y Stein, J.A. (1989). Resistance to Sexual Assault: Who Resists and What Happens? *American Journal of Public Health*, 79 (1), 27-31.
- Sigfusdottir, I.D., Asgeirsdottir, B.B., Gudjonsson, G.H. Sigurdsson, J.F. (2008). A Model of Sexual Abuse's Effects on Suicidal Behavior and Delinquency: The Role of Emotions as Mediating Factors. *Journal of Youth and Adolescent*, 37 (6), 699-712.
- Sillamy, N. (1996). *Diccionario de Psicología*. Barcelona: Larousse.
- Simonich, H., Wonderlich, S., Crosby, R., Smyth, J.M., Thompson, K., Redlin, J., Mitchell, J. y Haseltine, B. (2004). The use of Ecological Momentary Assessment approaches in the study of sexually abused children. *Child Abuse & Neglect*, 28 (9), 803-809.
- Simpson, T.L., Miller, W.R. (2002). Concomitance between childhood sexual and physical abuse and substance use problems. *Clinical Psychology Review*, 22 (1), 27-77.
- Sims, C.M., Noel, N.E. y Maisto, S.A. (2007). Rape blame as a function of alcohol presence and resistance type. *Addictive Behaviors*, 32 (12), 2766-2775.
- Sinclair, J.M.A., Crane, C., Hawton, K., Williams, M.G. (2007). The role of autobiographical memory specificity in deliberate self-harm: Correlates and consequences. *Journal of Affective Disorders*, 102 (1), 11-18.
- Sorenson, S.B., y Golding, J.M. (1990). Depressive sequelae of recent criminal victimization. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 337-350.
- Soria, M.A. (1991). Prevención del proceso de victimización psicológico en víctimas del delito. *Papeles del Psicólogo*, 48.
- Soria, M.A. (1993). *Modelo transaccional de la victimización (MTV) a partir del estrés de la agresión sexual*. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona.
- Soria, M.A. (2005). Psicología de la victimización criminal. En M.A. Soria (Coord.). *Manual de Psicología Jurídica e Investigación Criminal* (pp. 149-166). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Soria, M.A. y Hernández, J.A. (1994). *El agresor sexual y la víctima*. Barcelona: Editorial Boixareu.
- Sotomayor, E. (2000). *La violencia contra las mujeres. Estudio sobre la situación y características de las mujeres en los centros de acogida*. Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer.

- Southwick Bensley, L.S., van Eewyk, J., Spieker, S.J. y Schoder, J. (1999). Self-Reported Abuse History and Adolescent Problem Behaviors. I. Antisocial and Suicidal Behaviors. *Journal of Adolescent Health, 24*, 163-172.
- Spaccarelli, S. y Fuchs, C. (1997). Variability in Symptom Expression among Sexually Abused Girls: Developing Multivariate Models. *Journal of Clinical Child Psychology, 26* (1), 24-35.
- Spielberger, C.D. (en colaboración con Edwards, C.D., Lushene, R.E., Montuori, J. y Platzek, D. (2001). *Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado/Rasgo en niños (STAIC)*. (3ª edición Revisada). Madrid: TEA Ediciones.
- Stangeland, P. (1995). La delincuencia en España: Un análisis crítico de las estadísticas judiciales y policiales. *Revista de Derecho Penal y Criminología, 5*, 803-839.
- Starzynski, L.L., Ullman, S.E., Filipas, H.H. y Townsend, S.M. (2005). Correlates of women's sexual assault disclosure to informal and formal support sources. *Violence Victims, 20* (4), 417-432.
- Steel, J., Sanna, L., Hammond, B., Whipple, J. y Cross, H. (2004). Psychological sequelae of childhood sexual abuse: characteristics, coping strategies, and attributional style. *Child Abuse & Neglect, 28* (8), 785-801.
- Stermac, L.E., Du Mont, J.A. y Kalembe, V. (1995). Comparison of sexual assaults by strangers and known assailants in an urban population of women. *Canadian Medical Association Journal, 153* (8), 1089-1094.
- Sternberg, K.J., Baradaran, L.P., Abbott, C.B., Lamb, M.E. y Guterman, E. (2006). Type of violence, age, and gender differences in the effects of family violence on children's behavior problems: A mega-analysis. *Developmental Review, 26*, 89-112.
- Suárez, M.L. y González, F.J. (2003). Estadísticas y trascendencia de la violencia sexual en menores. *Cuadernos de Medicina Forense, 32*, 49-62.
- Suárez-Mira, C. (2002). Los delitos de agresiones y abusos sexuales en la infancia En M. Lameiras (Coord.). *Abusos sexuales en la infancia. Abordaje psicológico y jurídico* (pp.41-60). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Summit, R.C. (1983). The Child Sexual Abuse Accommodation Syndrome. *Child Abuse & Neglect, 7*, 177-193.
- Surís, A., Lind, L., Kashner, M., Borman, P.D. y Petty, F. (2004). Sexual Assault in Women Veterans: An Examination of PTSD Risk, Health Care Utilization, and Cost of Care. *Psychosomatic Medicine, 66*, 749-756.

- Swanston, H.I., Parkinson, P.N., Oates, R.K., O'Toole, B.I., Plunkett, A.M. y Shrimpton, S. (2002). Further abuse of sexually abused children. *Child Abuse & Neglect*, 26, 115–127.
- Swanston, H.Y., Plunkett, A.M., O'Toole, B.I., Shrimpton, S., Parkinson, P.N. y Oates, R.K. (2003). Nine years after child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 27, 967–984.
- Swanston, H.Y., Tebbutt, J.S., O'Toole, B.I. y Oates, R.K. (1997). Sexually Abused Children 5 Years After Presentation: A Case-Control Study. *Pediatrics*, 100 (4), 600-608.
- Talbot, N.L., Duberstein, P.R., King, D.A., Cox, C. y Giles, D.E. (2000). Personality traits of women with a history of childhood sexual abuse. *Comprehensive Psychiatry*, 41 (2), 130-136.
- Tamarit, J.M. (2000). *La protección Penal del menor frente al abuso y explotación sexual*. Pamplona: Aranzadi.
- Testa, M., Livingston, J.A. y Hoffman, J.H. (2007). Does sexual victimization predict subsequent alcohol consumption? A prospective study among a community sample of women. *Addictive Behaviors*, 32 (12), 2926-2939.
- Thériault, C., Cyr, M. y Wright, J. (2003). Facteurs contextuels associés aux symptômes d'adolescentes victimes d'agression sexuelle intrafamiliale. *Child Abuse & Neglect*, 27, 1291–1309.
- Thompson, K. M., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D. y Mitchell, J. E. (2001). Sexual victimization and adolescent weight regulation practices: a test across three community based samples. *Child Abuse & Neglect*, 25, 291–305.
- Toledo, M., Barreto, P. y Ferrero, J. (1998). Estrés en la infancia y adolescencia. En R. González Barrón. *Psicología del niño y del adolescente* (pp. 199-227). Madrid: Pirámide.
- Tong, L., Oates, K. y McDowell, M. (1987). Personality Development following sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 11 (3), 371-383.
- Tremblay, C., Hebert, M. y Piché, C. (1999). Coping strategies and social support as mediators of consequences in child sexual abuse victims. *Child Abuse & Neglect*, 23 (9), 929-945.
- Trickett, P. y McBride-Chang, C. (1995). The Developmental Impact of Different Forms of Child Abuse and Neglect. *Developmental Review*, 15 (3), 311-337.
- Trippany, R.L., Heather, H.M. y Simpson, L. (2006). Trauma reenactment: rethinking borderline personality disorder when diagnosing sexual abuse survivors. *Journal of Mental Health Counseling*, 28 (2), 95-110.

- Trujano, P. y Raich, M. (2000). Variables socioculturales en la atribución de culpa a las víctimas de violación. *Psycothema*, 12 (2), 223-228.
- Tyler, K.A. (2002). Social and emotional outcomes of childhood sexual abuse. A review of recent research. *Agresion and Violent Behaviour*, 7, 567-589.
- U.S. Department of Health and Human Services. Administration on Children, Youth and Families (2008). *Child Maltreatment 2006*. Washington D.C.: Autor.
- Ullman, S.E. (1996). Social reactions, coping strategies, and self-blame attributions in adjustment to sexual assault. *Psychology of Women Quarterly*, 20 (4), 505-526.
- Ullman, S.E. (2004). Sexual assault victimization and suicidal behavior in women: a review of the literature. *Agresion and Violent Behaviour*, 9 (4), 331-351.
- Ullman, S.E. (2007). Relationship to perpetrator, disclosure, social reactions, and PTSD symptoms in child sexual abuse survivors. *Journal of Child Sexual Abuse*, 16 (1), 19-36.
- Ullman, S.E. y Filipas, H.H. (2000). Predictors of PTSD symptom severity and social reactions in sexual assault victims. *Journal of Traumatic Stress*, 14 (2), 369-338.
- Ullman, S.E. y Filipas, H.H. (2001). Correlates of Formal and Informal Support Seeking in Sexual Assault Victims. *Journal of Interpersonal Violence*, 16 (10), 1028-1047.
- Ullman, S.E. y Filipas, H.H. (2005a). Ethnicity and child sexual abuse experiences of female college students. *Journal of Child Sexual Abuse*, 14, 67-89.
- Ullman, S.E. y Filipas, H.H.(2005b). Gender differences in social reactions to abuse disclosures, post-abuse coping, and PTSD of child sexual abuse survivors. *Child Abuse & Neglect*, 29, 767-782.
- Ullman, S.E., Filipas, H.H., Townsend, S.M. y Starzynski, L.L. (2005). Trauma exposure, posttraumatic stress disorder and problem drinking in sexual assault survivors. *Journal of Study of Alcohol*, 66 (5), 610-619.
- Ullman, S.E., Filipas, H.H., Townsend, S.M. y Starzynski, L.L. (2006a). Correlates of comorbid PTSD and drinking problems among sexual assault survivors. *Addictive Behaviors*, 31 (1), 128-132.
- Ullman, S.E., Filipas, H.H., Townsend, S.M. y Starzynski, L.L. (2006b). The Role of Victim-Offender Relationship in Women's Sexual Assault Experiences. *Journal of Interpersonal Violence*, 21 (6), 798-819.
- Ullman, S.E., Filipas, H.H., Townsend, S.M. y Starzynski, L.L. (2007b). Psychosocial correlates of PTSD symptom severity in sexual assault survivors. *Journal of Traumatic Stress*, 22 (59), 821-831.

- Ullman, S.E. y Siegel, J.M. (1993). Victim-offender relationship and sexual assault. *Violence Victims, 8* (2), 121-134.
- Ullman, S.E., Starzynski, L.L., Long, S.M., Mason, G.E. y Long, L.M. (2008). Exploring the Relationships of Women's Sexual Assault Disclosure, Social Reactions, and Problem Drinking. *Journal of Interpersonal Violence, 28* (2).
- Ullman, S.E., Townsend, S.M., Filipas, H.H. y Starzynski, L.L. (2007a). Structural Models of the Relations of Assault Severity, Social Support, Avoidance Coping, Self-blame, and PTSD among Sexual Assault. *Psychology of Women Quarterly, 31* (1), 23-37.
- Ullman, S.E., Townsend, S.M., Starzynski y L.L., Long, L.M. (2006c). Correlates of comorbid PTSD and polysubstance use in sexual assault victims. *Violence Victims, 21* (6), 725-74.
- Underwood, L., Stewart, S.E. y Castellanos, A.M. (2007). Effective Practices for Sexually Traumatized Girls: Implications for Counseling and Education. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy, 3* (3), 403-419.
- University of New Hampshire, Rutgers University (2002). UNH/Rutgers study on risk factors for rape. *Healthcare Review, 9* (17).
- Urza, J. (2003). *Agresor sexual. Casos reales. Riesgo de reincidencia*. Madrid: EOS.
- Van Dorn, R.A., Mustillo, S., Elbogen, E.B., Dorsey, S., Swanson, J.W. y Swartz, M.S. (2005). The effects of early sexual abuse on adult risky sexual behaviors among persons with severe mental illness. *Child Abuse & Neglect, 29* (11), 1265-1279.
- Varma, D., Chandra, P.S., Thomas, T. y Carey, M.P. (2007). Intimate partner violence and sexual coercion among pregnant women in India: Relationship with depression and post-traumatic stress. *Journal of Affective Disorders, 102* (1), 227-235.
- Vázquez, B. (1993). La violencia familiar y la agresión sexual como objeto de la pericial psicológica. En J. Urza y B. Vázquez (Comps.). *Manual de psicología forense* (pp. 273-318). Madrid: Siglo XXI.
- Vázquez, B. (1995). *Agresión Sexual. Evaluación y tratamiento en menores*. Madrid: Siglo XXI.
- Vázquez, B. (2004). Etiopatogenia del abuso sexual infantil: efectos en la personalidad y la memoria. En B. Vázquez (coord.). *Abuso sexual infantil. Evaluación de la credibilidad del testimonio. Estudio de 100 casos* (pp. 35-44). Valencia: Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia.

- Vázquez, B. y Calle, M. (1996). Estudio de las secuelas postraumáticas en niños objeto de las agresiones sexuales denunciadas. *Anuario de Psicología Jurídica*, 6, 45-64.
- Vázquez-Morejón, A.J., Jiménez, R. y Vázquez-Morejón, R. (2004). Escala de autoestima de Rosemberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*, 22 (2), 247-255.
- Veneziano, C. y Veneziano, L. (2002). Adolescent sex offenders: A review of the literature. *Journal of Trauma, Violence and Abuse*, 3 (4), 247-260.
- Vicary, J.R., Klingaman, L.R. y Harkness, W.L. (1995). Risk factors associated with date rape and sexual assault of adolescent girls. *Journal of Adolescence*, 18 (39), 289-306.
- Vigarello, G. (2000). *A History of Rape: Sexual Violence in France from the 16th to the 20th Century*. Oxford : Polity P.
- Walker, E.A., Torkelson, N., Katon, W.J. y Koss, M.P. (1993). The prevalence rate of sexual trauma in primary care clinic. *Journal of American Board. Family Practice*, 6 (5), 465-471.
- Walker, J., Archer, J., Davies, M. (2005). Effects of Rape on Men: A descriptive Analysis. *Archives of Sexual Behavior*, 34 (1), 69-80.
- Walrath, C., Ybarra, M., Holden, E.W., Liao, Q., Santiago, R. y Leaf, P. (2003). Children with reported histories of sexual abuse: utilizing multiple perspectives to understand clinical and psychosocial profiles. *Child Abuse & Neglect*, 27, 509-524.
- Walser, R.D. y Kern, J.M. (1996). Relationships Among Childhood Sexual Abuse, Sex Guilt, and Sexual Behavior in Adult Clinical Samples. *The Journal of Sex Research*, 33 (4), 321-326.
- Weinstein D., Staffelbach D. y Biaggio M. (2000). Attention-deficit hyperactivity disorder and posttraumatic stress disorder - Differential diagnosis in childhood sexual abuse. *Clinical Psychology Review*, 20 (3), 359-378.
- Weirich, M.R. y Nock, M.K. (2008). Posttraumatic Stress Symptoms Mediate the Relation Between Childhood Sexual Abuse and Nonsuicidal Self-Injury. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76 (1), 39-44.
- Whiffen, V.E., Thompson, J.M. y Aube, J.A. (2000). Mediators of the Link Between Childhood Sexual Abuse and Adult Depressive Symptoms. *Journal of Interpersonal Violence*, 15 (10), 1100-1120.
- Wilcox, D.T., Richards, F. y O'Keeffe, Z.C. (2004). Resilience and Risk Factors Associated with Experiencing Childhood Sexual Abuse. *Child Abuse Review*, 13, 338-352.

- Wild, N.J. (1986). Sexual abuse of children in Leeds. *British Medical Journal*, 292, 1113-1116.
- Williams, J.E. y Holmes, K.A. (1982). In Judgment of Victims. The social context of Rape. *Journal of Sociology and Social Welfare*, 9 (1), 154-169.
- Willumsen, T. (2001). Dental fear in sexually abused women. *European Journal Of Oral Sciences*, 109 (5), 291
- Wolfe, V.V. y Gentile, C. (1992). Psychological Assessment of Sexually Abused Children. En W. O'donohue y J.H. Geer (Eds.). *The sexual abuse of children: Clinical Issues. Volume II* (pp. 143-187). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Wolff, K. (2007). *History of child sexual abuse and acting out among adolescents in residential treatment*. (Doctoral Dissertation). University of North Carolina.
- Wolff, N., Shi, J., Blitz, C. y Siegel, J. (2007). Understanding sexual victimization inside prisons: Factors that predict risk. *Criminology & Public Policy*, 6(3), 201-231.
- Wonderlich, S.A., Crosby, R.D., Mitchell, J.E., Thompson, K., Smyth, J.M., Redlin, J. y Jones-Paxton, M. (2001). Sexual trauma and personality: Developmental vulnerability and additive affects. *Journal of Personality Disorders*, 15 (6), 496-504.
- Wyatt, G.E., Guthrie, D. y Notgrass, C.M. (1992). Differential Effects of Women's Child Sexual Abuse and Subsequent Sexual Revictimization. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60 (2), 167-173.
- Yen, C.F., Yang, M.S., Yang, M.J., Su, Y.C., Wang, M.H. y Lan, C.M. (2008). Childhood physical and sexual abuse: prevalence and correlates among adolescents living in rural Taiwan. *Child Abuse & Neglect*, 32 (3), 429-438.
- Zabin, L.S., Emerson, M.R. y Rowland, D.L. (2005). Childhood sexual abuse and early menarche: The direction of their relationship and its implications. *Journal of Adolescent Health*, 36 (5), 393-4.
- Zanarini, M.C. (Ed) (1997). *Role of Sexual Abuse in the Etiology of Borderline Personality Disorder*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Zlotnick, C., Mattia, J. y Zimmerman, M. (2001). Clinical features of survivors of sexual abuse with major depression. *Child Abuse & Neglect*, 25 (3), 357-367.
- Zuravin, S.J. y Fontanella, C. (1999). The Relationship Between Child Sexual Abuse and Major Depression Among Low-Income Women: A Function of Growing Up Experiences? *Child Maltreatment*, 4 (1), 3-12.



ANEXO

HOJA DE REGISTRO DE DATOS

CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN DEL SUJETO:

GRUPO:

Señalar con una cruz la opción más apropiada y en los casos de obtener puntuaciones, indicarlas en la línea de puntos

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS-FAMILIARES

1 Edad:

- 1.1. 12-13
 1.2. 14-15
 1.3. 16-17

2 Nivel educativo:

- 2.1. Alto
 2.2. Medio
 2.3. Bajo

3 Situación familiar:

- 3.1. Vive con su familia biológica.
 3.2. Vive en un centro de Acogida.
 3.3. Vive con una familia adoptiva o de acogida

4 Domicilio:

- 4.1. Rural
 4.2. Urbano

5 Nivel socioeconómico-cultural:

- 5.1. Alto
 5.2. Medio
 5.3. Bajo

6 Problemática en Unidad Familiar:

- 6.1. No
 6.2. Problemas de poca gravedad
 6.3. Existencia de grave problemática

7 Estructura familiar:

- 7.1. Completa: ambos padres.
 7.2. Incompleta: falta algún miembro.

8 Antecedentes familiares de victimización sexual:

- 8.1. Si.
 8.2. No.

9 Antecedentes fam, de comisión de V.S.:

- 9.1. Si.
 9.2. No.

10 Nivel educativo del padre:

- 10.1. Alto
 10.2. Medio
 10.3. Bajo

11 Nivel educativo de la madre:

- 11.1. Alto
 11.2. Medio
 11.3. Bajo

12 Edad del padre:

- 12.1. Menos de 30 años
 12.2. De 30 a 50 años
 12.3. Más de 50 años

13 Edad madre:

- 13.1. Menos de 30 años
 13.2. De 30 a 50 años
 13.3. Más de 50 años

14 Ocupación padre:

- 14.1. Desconocida
 14.2. Trabajo no cualificado
 14.3. Trabajo Cualificado

15 Ocupación madre:

- 15.1. Desconocida
 15.2. Trabaja en el hogar
 15.3. Trabajo no cualificado
 15.4. Trabajo Cualificado

VARIABLES DE LA VIOLENCIA SEXUAL

16 Tipo de Violencia Sexual:

- 16.1. Abuso
 16.2. Agresión

17 Lugar

- 17.1. Domicilio de la víctima
 17.2. Domicilio del agresor
 17.3. Otros

18 Tiempo transcurrido desde la V.S. hasta la evaluación:

- 18.1. Menos de 3 meses
 18.2. De 3 meses a 2 años
 18.3. Más de dos años

- 19 Frecuencia:
19.1. Una única vez
19.2. De dos a 10 veces.
19.3. Más de 10 veces.
- 20 Duración episodio:
20.1. Menos de 5 minutos
20.2. Entre 5 minutos y una hora
20.3. Más de una hora
- 21 Momento del día
21.1. No fijo
21.2. Por la noche
21.3. Por el día
- 22 Consumo de Alcohol-drogas por agresor:
22.1. Sí.
22.2. No
- 23 Consumo de Alcohol-drogas por víctima:
23.1. Sí.
23.2. No
- 24 Actos en los que consistió la V. Sexual:
24.1. Tocamientos
24.2. Otros actos más invasivos que los tocamientos sin penetración
24.3. Se llegó a la penetración
- 25 El agresor propuso a la víctima el contacto sexual:
25.1. Sí
25.2. No
- 26 El agresor empleó violencia física:
26.1. Sí
26.2. No
- 27 El agresor empleó violencia verbal:
27.1. Sí
27.2. No
- 28 El agresor empleó engaño o seducción:
28.1. Sí
28.2. No
- 29 El agresor empleó amenaza o coacción:
29.1. Sí
29.2. No
- 30 La víctima cooperó:
30.1. Sí
30.2. No
- 31 La víctima se quedó bloqueada:
31.1. Sí
31.2. No
- 32 La víctima mostró miedo:
32.1. Sí
32.2. No
- 33 La víctima mostró una actitud defensiva:
33.1. Sí
33.2. No
- 34 La víctima mostró una actitud de lucha:
34.1. Sí
34.2. No
- 35 La víctima intentó negociar:
35.1. Sí
35.2. No
- 36 Forma terminación:
36.1. Decidido por agresor
36.2. Por conducta de la víctima
36.3. Otros
- VARIABLES AGRESOR
- 37 Número agresores:
37.1. Uno
37.2. Más de uno
- 38 Edad agresor:
38.1. Menor de 18 años
38.2. Entre 18 y 30 años
38.3. Más de 30 años
- 39 Estado civil:
39.1. Casado
39.2. Soltero
39.3. Viudo/Separado/Divorciado
- 40 Hijos:
40.1. Sí
40.2. No
- 41 Ocupación:
41.1. Estudia
41.2. Trabaja
41.3. Desconocida
- 42 Nivel socioeconómicocultural:
42.1. Alto
42.2. Medio
42.3. Bajo

43 Admisión de la agresión:

- 43.1. Sí
43.2. No

VARIABLES PREVIAS-POSTERIORES
VICTIMIZACIÓN

44 Relación previa con el agresor:

- 44.1. Desconocidos
44.2. Recientemente conocido
44.3. Familiar-padre
44.4. Familiar-otros
44.5. Amigo/conocido

45 Actitud positiva previa hacia el agresor:

- 45.1. Sí
45.2. No

46 Experiencia sexual previa:

- 46.1. No tiene.
46.2. Experiencia adecuada a su edad
46.3. Experiencia por encima de su edad

47 Actividades/aficiones que practica:

- 47.1. No posee
47.2. Pocas aficiones
47.3. Muchas aficiones

48 Creencias religiosas:

- 48.1. No creyente
48.2. Creyente no practicante
48.3. Creyente y practicante

49 Sufrió V.S. con anterioridad:

- 49.1. Sí
49.2. No

50 Sufrió también maltrato físico:

- 50.1. Sí
50.2. No

51 Sufrió también maltrato psicológico:

- 51.1. Sí
51.2. No

52 Sufrió también negligencia:

- 52.1. Sí
52.2. No

53 Existencia de lesiones físicas:

- 53.1. Sí
53.2. No

54 Revelación por la víctima:

- 54.1. Sí
54.2. No

55 Tiempo transcurrido hasta revelación:

- 55.1. Menos de un día.
55.2. Entre un día y un mes.
55.3. Más de un mes

56 Percepción de la actitud familiar ante la violencia sexual:

- 56.1. Adecuada
56.2. Minimizan
56.3. Sobreprotectora
56.4. Culpabilizadora

57 Percepción de la actitud social ante los hechos:

- 57.1. Lo desconocen
57.2. Existe apoyo
57.3. No existe apoyo

58 Percepción de apoyo de amigos:

- 58.1. No posee amigos.
58.2. Posee amigos que no le apoyan.
58.3. Posee amigos que le apoyan.

59 Pareja actual y percepción del apoyo:

- 59.1. No tiene.
59.2. Tiene pero no le apoya.
59.3. Tiene y le apoya adecuadamente.

60 Existencia de denuncia:

- 60.1. Sí
60.2. No

61 Victimización secundaria

- 61.1. Sí
61.2. No

62 Situación legal de los hechos:

- 62.1. Pendiente de Juicio
62.2. Sin Juicio

63 Actitud actual de la víctima hacia la violencia sexual sufrida:

- 63.1. Ignora/minimiza
63.2. Quiere olvidar
63.3. Quiere superarlo enfrentándose.

64 Actitud en las sesiones de Evaluación:

- 64.1. Colaboradora
64.2. No colaboradora

HSPQ

65 Reservado-Abierto: ...

- 65.1. 1-2-3
- 65.2. 4-5-6-7
- 65.3. 8-9-10

66 Emocionalmente Afectado-Estable: ...

- 66.1. 1-2-3
- 66.2. 4-5-6-7
- 66.3. 8-9-10

67 Calmoso-Excitable:...

- 67.1. 1-2-3
- 67.2. 4-5-6-7
- 67.3. 8-9-10

68 Sumiso-Dominante:...

- 68.1. 1-2-3
- 68.2. 4-5-6-7
- 68.3. 8-9-10

69 Sobrio-Entusiasta:...

- 69.1. 1-2-3
- 69.2. 4-5-6-7
- 69.3. 8-9-10

70 Despreocupado-Consciente:...

- 70.1. 1-2-3
- 70.2. 4-5-6-7
- 70.3. 8-9-10

71 Cohibido-Emprendedor:...

- 71.1. 1-2-3
- 71.2. 4-5-6-7
- 71.3. 8-9-10

72 Sensibilidad Dura-Blanda:...

- 72.1. 1-2-3
- 72.2. 4-5-6-7
- 72.3. 8-9-10

73 Seguro-Dubitativo:...

- 73.1. 1-2-3
- 73.2. 4-5-6-7
- 73.3. 8-9-10

74 Sereno-Aprensivo:...

- 74.1. 1-2-3
- 74.2. 4-5-6-7
- 74.3. 8-9-10

75 Sociable-Autosuficiente:...

- 75.1. 1-2-3
- 75.2. 4-5-6-7
- 75.3. 8-9-10

76 Menos-Mas Integrado:...

- 76.1. 1-2-3
- 76.2. 4-5-6-7
- 76.3. 8-9-10

77 Relajado-Tenso:...

- 77.1. 1-2-3
- 77.2. 4-5-6-7
- 77.3. 8-9-10

78 Ajuste-Ansiedad:...

- 78.1. 1-2-3
- 78.2. 4-5-6-7
- 78.3. 8-9-10

79 Introversión-Extraversión:...

- 79.1. 1-2-3
- 79.2. 4-5-6-7
- 79.3. 8-9-10

80 Calma Excitabilidad:...

- 80.1. 1-2-3
- 80.2. 4-5-6-7
- 80.3. 8-9-10

81 Dependencia-Independencia:...

- 81.1. 1-2-3
- 81.2. 4-5-6-7
- 81.3. 8-9-10

SINTOMATOLOGIA PSICOLÓGICA

82 STAI-C Ansiedad-Estado:...

- 82.1. Centil 1-25
- 82.2. Centil 26-75
- 82.3. Centil 76-100

83 STAI-C Ansiedad-Rasgo:...

- 83.1. Centil 1-25
- 83.2. Centil 26-75
- 83.3. Centil 76-100

84 CDS- RA:...

- 84.1. Centil 1-25
- 84.2. Centil 26-75
- 84.3. Centil 76-100

- 85 CDS- PS:...
- 85.1. Centil 1-25
 - 85.2. Centil 26-75
 - 85.3. Centil 76-100
- 86 CDS- AE:...
- 86.1. Centil 1-25
 - 86.2. Centil 26-75
 - 86.3. Centil 76-100
- 87 CDS- PM:
- 87.1. Centil 1-25
 - 87.2. Centil 26-75
 - 87.3. Centil 76-100
- 88 CDS- SC:...
- 88.1. Centil 1-25
 - 88.2. Centil 26-75
 - 88.3. Centil 76-100
- 89 CDS- DV:...
- 89.1. Centil 1-25
 - 89.2. Centil 26-75
 - 89.3. Centil 76-100
- 90 CDS- AA:...
- 90.1. Centil 1-25
 - 90.2. Centil 26-75
 - 90.3. Centil 76-100
- 91 CDS- PV:...
- 91.1. Centil 1-25
 - 91.2. Centil 26-75
 - 91.3. Centil 76-100
- 92 CDS- Total P:...
- 92.1. Centil 1-25
 - 92.2. Centil 26-75
 - 92.3. Centil 76-100
- 93 CDS- Total D:...
- 93.1. Centil 1-25
 - 93.2. Centil 26-75
 - 93.3. Centil 76-100
- 94 EHS-I:...
- 94.1. Centil 1-25
 - 94.2. Centil 26-75
 - 94.3. Centil 76-100
- 95 EHS-II:...
- 95.1. Centil 1-25
 - 95.2. Centil 26-75
 - 95.3. Centil 76-100
- 96 EHS III:...
- 96.1. Centil 1-25
 - 96.2. Centil 26-75
 - 96.3. Centil 76-100
- 97 EHS-IV:...
- 97.1. Centil 1-25
 - 97.2. Centil 26-75
 - 97.3. Centil 76-100
- 98 EHS-V:...
- 98.1. Centil 1-25
 - 98.2. Centil 26-75
 - 98.3. Centil 76-100
- 99 EHS-VI:...
- 99.1. Centil 1-25
 - 99.2. Centil 26-75
 - 99.3. Centil 76-100
- 100 EHS-Global:...
- 100.1. Centil 1-25
 - 100.2. Centil 26-75
 - 100.3. Centil 76-100
- 101 ESCALA AUTOESTIMA:...
- 101.1. 10-20
 - 101.2. 21-30
 - 101.3. 31-40
- 102 TAMAI-Inadaptación General:...
- 102.1. 1-20
 - 102.2. 21-80
 - 102.3. 81-100
- 103 TAMAI-Inadaptación Personal:...
- 103.1. 1-20
 - 103.2. 21-80
 - 103.3. 81-100
- 104 TAMAI-Inadaptación Escolar:
- 104.1. 1-20
 - 104.2. 21-80
 - 104.3. 81-100
- 105 TAMAI-Inadaptación Social:...
- 105.1. 1-20
 - 105.2. 21-80
 - 105.3. 81-100
- 106 TAMAI-Proimagen:...
- 106.1. 1-20
 - 106.2. 21-80
 - 106.3. 81-100

107 TAMAI-Contradicciones:..

- 107.1. 1-20
107.2. 21-80
107.3. 81-100

108 TAMAI-Insatisfacción Familiar :...

- 108.1. 1-20
108.2. 21-80
108.3. 81-100

109 TAMAI-Insatisfacción Hermanos :...

- 109.1. 1-20
109.2. 21-80
109.3. 81-100

110 TAMAI-Ed. Adecuada Padre :...

- 110.1. 1-20
110.2. 21-80
110.3. 81-100

111 TAMAI-Ed. Adecuada Madre :...

- 111.1. 1-20
111.2. 21-80
111.3. 81-100

112 TAMAI-Discrepancia Educativa :...

- 112.1. 1-20
112.2. 21-80
112.3. 81-100

SINTOMATOLOGÍA POSTRAUMÁTICA

113 Conductas Autolesivas:

- 113.1. Sí
113.2. No

114 Consumo de drogas-alcohol:

- 114.1. Sí
114.2. No

115 Rendimiento escolar:

- 115.1. No afectado
115.2. Afectado

116 Actitud hacia la sexualidad:

- 116.1. Interés excesivo
116.2. Normal
116.3. Aversión

117 Escala TEPT-Global:...

- 117.1. 1-15
117.2. 16-51

118 Escala TEPT-Reexperimentación:...

- 118.1. 1-5
118.2. 6-10
118.3. 11-15

119 Escala TEPT-Evitación:...

- 119.1. 1-6
119.2. 7-14
119.3. 15-21

120 Escala TEPT-Aumento de la activación:...

- 120.1. 1-4
120.2. 5-10
120.3. 11-15

121 TRGI-Global :...

- 121.1. 0-1
121.2. 1-2
121.3. 3-4

122 TRGI-Estrés :...

- 122.1. 0-1
122.2. 1-2
122.3. 3-4

123 TRGI-Responsabilidad :...

- 123.1. 0-1
123.2. 1-2
123.3. 3-4

124 TRGI-Mal actuado :...

- 124.1. 0-1
124.2. 1-2
124.3. 3-4

125 TRGI-Injustificación :...

- 125.1. 0-1
125.2. 1-2
125.3. 3-4

126 TRGI-Cognición culpa :...

- 126.1. 0-1
126.2. 1-2
126.3. 3-4

PROTOCOLO RECOGIDA DE INFORMACIÓN

Módulo 1. Cuestionario sobre información socio-demográfica-familiar,

Señalar la opción que mejor describa las características del sujeto:

1. Edad:
 - 1) 12 o 13 años.
 - 2) 14 o 15 años.
 - 3) 16 o 17 años.

2. Nivel educativo-cultural:
 - 1) Alto: Se encuentra en un nivel de la educación reglada adecuado a su edad y además lleva a cabo actividades culturales regularmente. P. Ej.: Lectura casi diaria, visitas a museos, acudir a clases de algún instrumento musical.
 - 2) Medio: Se encuentra en un nivel de la educación reglada adecuado a su edad y realiza esporádicamente alguna actividad cultural.
 - 3) Bajo: Se encuentra en un nivel de la educación reglada por debajo al que corresponde a su edad su edad y no suele realizar actividades culturales.

3. Situación familiar:
 - 1) Vive con su familia biológica.
 - 2) Vive en un centro de Acogida.
 - 3) Vive con una familia adoptiva o de acogida

4. Tipo de domicilio:
 - 1) Rural: Vive en una población de menos de 10.000 habitantes.
 - 2) Urbano: Vive en una población de más de 10.000 habitantes.

5. Nivel socioeconómicocultural de la familia:
 - 1) Alto: Familia con ingresos superiores a 50.000 euros/año, alguno de los progenitores con estudios superiores, empleo acorde con dicha formación y participación de los miembros de la familia regularmente en actividades culturales.
 - 2) Medio: Familia con ingresos aproximados entre 8.000 y 50.000 euros/año, progenitores con estudios reglados pero no superiores, empleo acorde con dicha formación, y participación de los miembros de la familia esporádicamente en actividades culturales
 - 3) Bajo: Familia con ingresos inferiores a 8.000 euros/año, ningún progenitor con estudios reglados, empleo no cualificado y no suelen realizar actividades culturales.

6. Problemática en la Unidad Familiar:

- 1) No detectada: No existen indicadores de la existencia de dificultades en el núcleo familiar, considerando éstas: Problemas relacionados con el consumo de alguna sustancia psicoactiva por algún miembro de la familia, discapacidad física o psíquica en algún familiar, presencia de violencia, dificultades económicas.
- 2) Problemas de poca-media gravedad: Presencia de problemas relacionados con el consumo no reiterado de alguna sustancia psicoactiva por algún miembro de la familia, discapacidad física o psíquica con un grado de invalidez menor a un 33% en algún familiar, presencia puntual de actitudes violentas, dificultades económicas no continuas.
- 3) Existencia de grave problemática: Problemas relacionados con el consumo reiterado de alguna sustancia psicoactiva por algún miembro de la familia, discapacidad física o psíquica mayor con un grado de invalidez superior al 33% en algún familiar, presencia cotidiana de actitudes violentas, dificultades económicas continuadas.

7. Estructura Familiar:

- 1) Completa: Presencia en la estructura familiar de ambos padres.
- 2) Incompleta: Ausencia en la estructura familiar de alguno de los padres, ya sea por fallecimiento, por encontrarse desaparecido o por no mantener ningún tipo de relación con el sujeto evaluado.

8. Nivel educativo del padre:

- 1) Alto: Estudios universitarios.
- 2) Medio: Estudios secundarios.
- 3) Bajo: Enseñanza obligatoria o sin estudios.

9. Nivel educativo de la madre:

- 1) Alto: Estudios universitarios.
- 2) Medio: Estudios secundarios.
- 3) Bajo: Enseñanza obligatoria o sin estudios.

10. Edad del padre:

- 1) Menos de 50 años.
- 2) Más de 50 años.

11. Edad de la madre:

- 1) Menos de 50 años.
- 2) Más de 50 años.

12. Ocupación del padre:

- 1) Desconocida: No se cuenta con datos sobre la ocupación laboral del padre.

- 2) Trabajo no cualificado: Su dedicación laboral no requiere una formación específica.
- 3) Trabajo cualificado: Su dedicación laboral requiere una formación específica.

13. Ocupación de la madre:

- 1) Desconocida: No se cuenta con datos sobre la ocupación laboral de la madre.
- 2) Trabaja en el hogar: Su dedicación laboral se basa en las tareas domésticas en su propio hogar.
- 3) Trabajo no cualificado: Su dedicación laboral no requiere una formación específica.
- 4) Trabajo cualificado: Su dedicación laboral requiere una formación específica.

Módulo 2:

Cuestionario de Personalidad para Adolescentes (HSPQ) de Cattell y Cattell (2001) y Escala de Habilidades Sociales EHS de Gismero (2002).

Figura 1. Ejemplo de ítems del Cuestionario de Personalidad para Adolescentes (HSPQ) de Cattell y Cattell (2001).

1. En una salida al campo te gusta más:
 - A. Explorar el bosque en solitario
 - B. No estás seguro
 - C. Jugar alrededor del fuego con los demás
2. “Arreglar” significa lo mismo que:
 - A. Reparar
 - B. Curar
 - C. Poner parches
3. Cuando cometes una estupidez, ¿te sientes tan mal que deseas que te trague la tierra?
 - A. Si
 - B. Quizás
 - C. No
4. ¿Puedes trabajar intensamente en algo sin que te moleste que haya mucho ruido alrededor?
 - A. Si
 - B. Quizás
 - C. No
5. Si tienes ideas distintas de las de tus amigos, ¿te callas que las tuyas son mejores para no herir sus sentimientos?
 - A. Sí
 - B. Algunas veces
 - C. No
6. ¿Te parece que muchas normas y reglas son estúpidas y pasadas de moda?
 - A. Sí, y si puedo, no las tengo en cuenta
 - B. No estoy seguro
 - C. No, la mayoría son necesarias y hay que obedecerlas

Figura 2. Ejemplo de ítems de la Escala de Habilidades Sociales EHS de Gismero (2002).

Anote sus respuestas rodeando la letra de la alternativa que mejor se ajuste a su modo de ser o de actuar. Compruebe que rodea la letra en la misma línea de la frase que ha leído

- A No me identifico en absoluto, la mayoría de las veces no me ocurre o no lo haría.
- B Más bien no tiene que ver conmigo, aunque alguna vez me ocurra.
- C Me describe Aproximadamente, aunque no siempre actúe o me sienta así.
- D Muy de acuerdo y me sentiría y actuaría así en la mayoría de los casos.

1. A veces evito hacer preguntas por miedo a parecer estúpido. A B C D
2. Me cuesta telefonar a tiendas, oficinas etc. A B C D
3. Si al llegar a mi casa encuentro un defecto en algo que he comprado, voy a la tienda a devolverlo. A B C D
4. Cuando en una tienda atienden antes a alguien que entró después que yo, me callo. A B C D
5. Si un vendedor insiste en enseñarme un producto que no deseo en absoluto, paso un mal rato para decirle "No". A B C D
6. A veces me resulta difícil pedir que me devuelvan algo que deje prestado. A B C D
7. Si en un restaurante no me traen la comida como la había pedido, llamo al camarero y pido que me la den de nuevo. A B C D
8. A veces no se que decir a personas atractivas del sexo opuesto. A B C D
9. Muchas veces cuando tengo que hacer un halago, no se que decir. A B C D
10. Tiendo a guardar mis opiniones para mi bien. A B C D
11. A veces evito ciertas reuniones sociales por miedo a hacer o decir alguna tontería. A B C D
12. Si estoy en el cine y alguien me molesta con su conversación, me da mucho apuro pedirle que se calle. A B C D

Módulo 3:

Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado/Rasgo Niños STAI-C de Spielberger y colaboradores (2001), Escala de Depresión para Niños CDS de Lang y Tisher (2000), Test Evaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil TAMAI de Hernández Hernández (2002) y Escala de Autoestima EAR de Rosenberg (1989).

Figura 3. Ejemplo de ítems del Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado/Rasgo Niños STAI-C de Spielberger y colaboradores (2001)

PRIMERA PARTE			
	Nada	Algo	Mucho
1. Me siento calmado.....	1	2	3
2. Me siento inquieto.....	1	2	3
3. Me siento nervioso.....	1	2	3
4. Me encuentro descansado.....	1	2	3
5. Tengo miedo.....	1	2	3
6. Estoy relajado.....	1	2	3
7. Estoy preocupado.....	1	2	3
8. Me encuentro satisfecho.....	1	2	3
9. Me siento feliz.....	1	2	3
SEGUNDA PARTE			
	Casi Nunca	A veces	A menudo
1. Me preocupa cometer errores.....	1	2	3
2. Siento ganas de llorar.....	1	2	3
3. Me siento desgraciado.....	1	2	3

Figura 4. Ejemplo de ítems de la Escala de Depresión para Niños CDS de Lang y Tisher (2000)

++	Muy de acuerdo
+	De acuerdo
+ -	No estoy muy seguro
-	En desacuerdo
--	Muy en desacuerdo

1. Me siento alegre la mayor parte del tiempo
2. Muchas veces me siento desgraciado en el colegio
3. A menudo pienso que nadie se preocupa por mí
4. A menudo creo que valgo poco
5. Me despierto a menudo durante la noche
6. Pienso muchas veces que dejo en mal lugar a mi padre/madre
7. Creo que se sufre mucho en la vida
8. Me siento orgulloso de la mayoría de las cosas que hago
9. Siempre creo que el día siguiente será mejor
10. A veces me gustaría estar ya muerto
11. Me siento sólo muchas veces
12. Frecuentemente estoy descontento conmigo mismo

Figura 5. Ejemplo de ítems del Test Evaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil TAMAI de Hernández Hernández (2002)

	SÍ	NO
1. Me gustaría tener menos edad		
2. Me gustaría nacer de nuevo y ser distinto de como soy		
3. Todo me sale mal		
4. Pienso mucho en la muerte		
5. Los demás son más fuertes que yo		
6. Me aburro jugando		
7. Soy muy miedoso		
8. Casi siempre sueño cosas tristes		
9. Si hubiera una catástrofe seguro que me moriría		
10. Me da miedo la gente		
11. Me asusto y lloro muchas veces		
12. Creo que soy malo		
13. Creo que soy bastante tonto		
14. Soy muy vergonzoso		
15. Muchas veces siento pena y lloro		

Figura 6. Ejemplo de ítems de la Escala de Autoestima EAR de Rosenberg (1989)

1	Muy de acuerdo
2	De acuerdo
3	En desacuerdo
4	Muy en desacuerdo

1.	Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás	1	2	3	4
2.	Me inclino a pensar que en conjunto soy un fracasado	1	2	3	4
3.	Creo que tengo varias cualidades buenas	1	2	3	4
4.	Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente	1	2	3	4
5.	Creo que no tengo motivos para sentirme orgulloso de mí	1	2	3	4
6.	Tengo una actitud positiva hacia mí mismo	1	2	3	4

Módulo 4: Cuestionario sobre información relativa a la violencia sexual

Señalar la opción que mejor describa las características de la victimización:

1. Tipo de Violencia Sexual:
 - 1) Abuso: La violencia sexual se realiza sin violencia física ni amenazas, o en el caso de victimizaciones reiteradas la mayoría de las mismas no presentan estrategias violentas por parte del agresor. El agresor emplea el engaño, la seducción, o simplemente se sirve de la actitud sumisa de la víctima por el hecho de su situación de poder o confianza.
 - 2) Agresión: La violencia sexual se comete principalmente con violencia física o amenazas.

2. Lugar de Violencia Sexual:
 - 1) Domicilio de la víctima: La violencia sexual tuvo lugar, o tenía lugar la mayoría de las veces, en el domicilio de la víctima.
 - 2) Domicilio del agresor: La violencia sexual tuvo lugar, o tenía lugar la mayoría de las veces, en el domicilio del agresor, que es distinto al de la víctima.
 - 3) Otros: La violencia sexual tuvo lugar, o tenía lugar la mayoría de las veces, en lugares que no eran ni el domicilio de la víctima ni del agresor.

3. Edad al inicio de la Violencia Sexual:
 - 1) Menos de 10 años.
 - 2) Entre los 10 y los 13 años.
 - 3) Más de 13 años.

4. Tiempo transcurrido desde la violencia sexual hasta la evaluación:
 - 1) Menos de 3 meses.
 - 2) De 3 meses a 2 años.
 - 3) Más de dos años.

5. Frecuencia de la violencia sexual:
 - 1) Una única vez
 - 2) De dos a 10 veces.
 - 3) Más de 10 veces.

6. Duración del/os episodio/s:
 - 1) Menos de 5 minutos
 - 2) Entre 5 minutos y una hora
 - 3) Más de una hora

-
7. Momento del día:
 - 1) No fijo.
 - 2) Por la noche.
 - 3) Por el día.

 8. Consumo de alcohol-drogas por el agresor:
 - 1) Sí.
 - 2) No.

 9. Consumo de alcohol-drogas por la víctima:
 - 1) Sí.
 - 2) No.

 10. Actos en los que consistió la violencia sexual:
 - 1) Tocamientos: Los actos sexuales que se realizaron durante la violencia sexual eran exhibicionismo y/o tocamientos, excluyendo tocamientos de forma intensa en los genitales de la víctima.
 - 2) Otros actos más invasivos que los tocamientos pero sin penetración: Los actos sexuales comprendían conductas como tocamientos de forma intensa en los genitales de la víctima, masturbar al agresor o sexo oral hacia la víctima.
 - 3) Se llegó a la penetración: En el/los contactos se llegó a la penetración de la víctima, ya sea vaginal, anal o bucal.

 11. El agresor propuso a la víctima un contacto sexual:
 - 1) Sí.
 - 2) No.

 12. El agresor empleó violencia física:
 - 1) Sí
 - 2) No

 13. El agresor empleó violencia verbal:
 - 1) Sí.
 - 2) No.

 14. El agresor empleó engaño o seducción:
 - 1) Sí.
 - 2) No.

 15. El agresor empleó amenaza o coacción:
 - 1) Sí.
 - 2) No.
-

16. La víctima cooperó:

- 1) Sí.
- 2) No.

17. La víctima se quedó bloqueada:

- 1) Sí.
- 2) No.

18. La víctima mostró miedo:

- 1) Sí.
- 2) No.

19. La víctima mostró una actitud defensiva:

- 1) Sí.
- 2) No.

20. La víctima mostró una actitud de lucha:

- 1) Sí.
- 2) No.

21. La víctima intentó negociar:

- 1) Sí.
- 2) No.

22. Forma terminación:

- 1) Decidido por agresor: Cuando es el agresor quien finaliza la violencia sexual.
- 2) Por conducta de la víctima: Cuando por alguna conducta de la víctima se pone fin a la violencia sexual. Por ej.: porque la víctima amenace al agresor con desvelar lo sucedido, por huir de la situación, etc.
- 3) Otros: Cuando se finaliza la violencia sexual, por acciones o eventos ajenos al agresor o la víctima. Por ej.: que se muden de ciudad la familia de la víctima o por descubrimiento de los hechos por alguien del entorno.

Variables relativas al agresor

23. Número de agresores:

- 1) Uno.
- 2) Más de uno.

24. Edad del agresor:

- 1) Menor de 18 años.
- 2) Entre 18 y 30 años.
- 3) Más de 30 años.

25. Estado civil:

- 1) Casado o con pareja estable.
- 2) Soltero.
- 3) Viudo/Separado/Divorciado.

26. Hijos:

- 1) Sí
- 2) No

27. Ocupación:

- 1) Estudia.
- 2) Trabaja.
- 3) Desconocida.

28. Nivel socioeconómico-cultural:

- 1) Alto: El agresor cuenta con ingresos superiores a 50.0000 euros/año, tiene estudios superiores, empleo acorde con dicha formación y participa en actividades culturales.
- 2) Medio: El agresor tiene ingresos aproximados entre 50.000 y 8.000 euros/año, con estudios reglados pero no superiores, empleo acorde con dicha formación, y participación de forma esporádica en actividades culturales
- 3) Bajo: El agresor posee ingresos inferiores a 8.000 euros/año, no tiene estudios reglados, empleo no cualificado y no suelen realizar actividades culturales.

29. Admisión de la violencia sexual:

- 1) Si.
- 2) No.

Variables previas a la violencia sexual.

30. Relación previa víctima-agresor:

- 1) Desconocidos: Víctima y agresor no se conocían con anterioridad a la violencia sexual.
- 2) Recientemente conocido: La víctima y el agresor se conocieron poco tiempo antes de producirse la violencia sexual.
- 3) Familiar-padre: El agresor era el padre de la víctima.
- 4) Familiar-otros: El agresor era familiar de la víctima, pero no el padre.
- 5) Amigo/conocido: La víctima y el agresor se conocían desde hace tiempo, pudiendo ser amigos, vecinos, amigos de algún familiar, etc.

31. Actitud positiva previa hacia el agresor:

- 1) Si.
- 2) No.

32. Experiencia sexual previa:

- 1) No tiene.
- 2) Tenía experiencia sexual previa: Ha tenido prácticas sexuales, ya sean, caricias sexuales o relaciones sexuales completas.

33. Actividades/aficiones:

- 1) No posee: No realiza actividad deportiva/cultural/educativa fuera del horario escolar.
- 2) Pocas aficiones: Dedicar menos de una hora diaria a actividades deportivas, culturales o educativas, fuera del horario escolar.
- 3) Muchas aficiones: Dedicar más de una hora diaria a actividades deportivas, culturales o educativas, fuera del horario escolar.

34. Creencias religiosas:

- 1) No creyente: La persona manifiesta no tener ningún tipo de creencia religiosa.
- 2) Creyente no practicante: Se siente identificada con algún tipo de creencia religiosa, aunque afirma no participar en actividades religiosas.
- 3) Creyente y practicante: Se siente identificada con algún tipo de creencia religiosa y participa en actividades afines.

35. Antecedentes familiares de victimización sexual:

- 1) Si.
- 2) No.

36. Antecedentes familiares de comisión de violencia sexual:

- 1) Si.
- 2) No.

37. Sufrió violencia sexual con anterioridad:

- 1) Sí.
- 2) No.

38. Sufrió también maltrato físico:

- 1) Sí.
- 2) No.

39. Sufrió también maltrato psicológico:

- 1) Sí.
- 2) No.

40. Sufrió también negligencia:

- 1) Sí
- 2) No

Variables posteriores a la violencia sexual.

41. Revelación por la víctima:

- 1) Sí.
- 2) No.

42. Tiempo transcurrido hasta revelación:

- 1) Menos de un día.
- 2) Entre un día y un mes.
- 3) Más de un mes.

43. Percepción de la actitud familiar ante la violencia sexual:

- 1) Adecuada: La víctima considera que tras conocer los hechos su familia le apoya de la forma que ella considera más adecuada.
- 2) Minimizan: La víctima considera que su familia, tras conocer lo sucedido, actúan como si los hechos carecieran de importancia.
- 3) Sobreprotectora: La víctima expresa que su familia, al tener conocimiento de lo sucedido, le trata como si necesitase más atención de la que realmente considera ella necesaria.
- 4) Culpabilizadora: La víctima percibe que su entorno familiar, al saber de su victimización, le culpabilizan de algún modo de la misma.

44. Percepción de la actitud social ante los hechos:

- 1) Lo desconocen: El entorno social de la víctima no sabe lo ocurrido.
- 2) Existe apoyo: El entorno social de la víctima, al conocer lo sucedido muestra una actitud que es percibida por la víctima como de apoyo.
- 3) No existe apoyo: El entorno social de la víctima, al conocer lo sucedido muestra una actitud que no es percibida por la víctima como de apoyo.

45. Percepción de apoyo de amigos:

- 1) No posee amigos: La víctima no percibe apoyo de amistades ya que no cuenta con personas que considere amigos.
- 2) Posee amigos que no le apoyan: La víctima percibe una actitud en sus amigos que, en general, no considera de apoyo respecto a su victimización.
- 3) Posee amigos que le apoyan: La víctima percibe una actitud en sus amigos que, en general, considera de apoyo respecto a su victimización.

46. Pareja actual y percepción del apoyo:

- 1) No tiene: La víctima no posee pareja, y por tanto el apoyo percibido a este respecto es nulo.
- 2) Tiene pero no le apoya: La víctima tiene pareja y percibe que ésta no le ofrece ayuda o ésta no es adecuada respecto a la victimización sufrida.
- 3) Tiene y le apoya adecuadamente: La víctima considera que su pareja le ayuda adecuadamente respecto a la violencia sexual sufrida.

47. Existencia de denuncia:

- 1) Sí.
- 2) No.

48. Victimización secundaria:

- 1) Sí.
- 2) No.

49. Situación legal de los hechos:

- 1) Pendiente de Juicio.
- 2) Sin Juicio: No se espera la celebración de juicio ya sea porque los hechos no han sido denunciados, han sido archivados judicialmente o ya se ha celebrado el juicio.

50. Actitud actual de la víctima hacia la violencia sexual sufrida:

- 1) Ignora/minimiza: La víctima actúa como si la violencia sexual no hubiera sucedido o como si ésta fuera una vivencia normal.
- 2) Quiere olvidar: La víctima se muestra consciente de la gravedad de los hechos vividos e intenta que no le afecte olvidándolos y evitando aquello que se lo recuerde.
- 3) Quiere superarlo enfrentándose: La víctima se muestra consciente de la gravedad de los hechos vividos y desea superarlo con una actitud activa y sin evitar aquello que se lo recuerde.

51. Actitud en las sesiones de evaluación:

- 1) Colaboradora: La víctima responde activamente durante la evaluación.
- 2) No colaboradora: La víctima muestra una actitud pasiva o se niega a responder en ocasiones durante el proceso de valoración.

52. Existencia de lesiones físicas:

- 1) Sí.
- 2) No.

Módulo 5: Cuestionario sobre consecuencias sexuales y conductuales de la violencia sexual, Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT de (Echeburúa et al., 1997) y Adaptación del Trauma-Related Guilt Inventory (TRGI) (Kubany y Haynes, 2001).

Cuestionario sobre consecuencias sexuales y conductuales de la violencia sexual

Señalar la opción que mejor describa las características de la victimización:

1. Actitud hacia la sexualidad:
 - 1) Interés excesivo: Manifiesta conductas excesivamente sexualizadas para su edad. P. ej.: promiscuidad, conductas sexuales de riesgo...
 - 2) Normal: Muestra pensamientos y conductas de tipo sexual adecuados a su edad.
 - 3) Aversión: Cuando ante la temática sexual se desencadenan reacciones de angustia, miedo o asco, que pueden indicar la presencia de algún trastorno sexual.

2. Conductas Autolesivas (posteriores a la violencia sexual):
 - 1) Sí.
 - 2) No.

3. Consumo de drogas-alcohol (según el aumento o aparición con posterioridad a la victimización) :
 - 1) Sí.
 - 2) No.

4. Rendimiento escolar (detección de cambios tras la violencia sexual):
 - 1) No afectado.
 - 2) Afectado.

Figura 7. Ejemplo de ítems de la Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT (Echeburúa et al., 1997)

Colóquese en cada frase 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

1. ¿Tiene recuerdos desagradables y recurrentes del suceso, incluyendo imágenes, pensamientos o percepciones?

0	1	2	3
---	---	---	---

2. ¿Tiene sueños desagradables y repetitivos sobre el suceso?

0	1	2	3
---	---	---	---

3. Realiza conductas o experimenta sentimientos que aparecen como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo?

0	1	2	3
---	---	---	---

4. ¿Sufre un malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso?

0	1	2	3
---	---	---	---

5. ¿Experimenta una reactividad fisiológica al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso?

0	1	2	3
---	---	---	---

6. ¿Se ve obligado a realizar esfuerzos para ahuyentar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociadas al suceso?

0	1	2	3
---	---	---	---

**Trauma-Related Guilt Inventory (TRGI) (Kubany y Haynes, 2001).
Adaptado al Castellano**

Señala con una cruz aquella respuesta que mejor describa tus pensamientos /sentimientos.

1. Pude haber impedido lo que sucedió

Totalmente cierto	Muy cierto	Algo cierto	Un poco cierto	Nada cierto
-------------------	------------	-------------	----------------	-------------

2. Todavía me siento angustiado por lo que sucedió

Siempre	Frecuentemente	A veces	Raras veces	Nunca
---------	----------------	---------	-------------	-------

3. Tuve sentimientos que no debería haber tenido

Totalmente cierto	Muy cierto	Algo cierto	Un poco cierto	Nada cierto
-------------------	------------	-------------	----------------	-------------

4. Lo que hice estuvo completamente justificado

Totalmente cierto	Muy cierto	Algo cierto	Un poco cierto	Nada cierto
-------------------	------------	-------------	----------------	-------------

5. Fui el causante de lo que sucedió

Totalmente cierto	Muy cierto	Algo cierto	Un poco cierto	Nada cierto
-------------------	------------	-------------	----------------	-------------

6. Lo que sucedió me hace sentir mal

Siempre	Frecuentemente	A veces	Raras veces	Nunca
---------	----------------	---------	-------------	-------

7. Hice algo que va contra mis valores

Totalmente cierto	Muy cierto	Algo cierto	Un poco cierto	Nada cierto
-------------------	------------	-------------	----------------	-------------

8. Lo que hice tiene sentido/ es lógico

Totalmente cierto	Muy cierto	Algo cierto	Un poco cierto	Nada cierto
-------------------	------------	-------------	----------------	-------------

9. Pude haber actuado mejor de como actué

Totalmente cierto	Muy cierto	Algo cierto	Un poco cierto	Nada cierto
-------------------	------------	-------------	----------------	-------------

10. Siento dolor o pesar por el resultado

Siempre	Frecuentemente	A veces	Raras veces	Nunca
---------	----------------	---------	-------------	-------

11. Lo que hice es incoherente con mis creencias/ valores

Totalmente cierto	Muy cierto	Algo cierto	Un poco cierto	Nada cierto
-------------------	------------	-------------	----------------	-------------

12. Si supiera hoy lo que sabía cuando sucedió actuaría igual

Totalmente cierto	Muy cierto	Algo cierto	Un poco cierto	Nada cierto
-------------------	------------	-------------	----------------	-------------

13. Me siento muy culpable por lo que sucedió

Siempre	Frecuentemente	A veces	Raras veces	Nunca
---------	----------------	---------	-------------	-------

14. Debí haber actuado mejor

Totalmente cierto	Muy cierto	Algo cierto	Un poco cierto	Nada cierto
-------------------	------------	-------------	----------------	-------------

15. Me siento muy mal cuando pienso en lo que sucedió

Siempre	Frecuentemente	A veces	Raras veces	Nunca
---------	----------------	---------	-------------	-------

16. Pensé o creí cosas que no debía haber pensado/ creído

Totalmente cierto	Muy cierto	Algo cierto	Un poco cierto	Nada cierto
-------------------	------------	-------------	----------------	-------------

17. Tenía buenas razones para actuar como lo hice.

Totalmente cierto	Muy cierto	Algo cierto	Un poco cierto	Nada cierto
-------------------	------------	-------------	----------------	-------------

18. Indica con qué frecuencia te sientes culpable por lo sucedido

Nunca	Raras veces	A veces	Frecuentemente	Siempre
-------	-------------	---------	----------------	---------

19. Me culpo a mí mismo por lo sucedido

Totalmente cierto	Muy cierto	Algo cierto	Un poco cierto	Nada cierto
-------------------	------------	-------------	----------------	-------------

20. Lo que sucedió produjo gran malestar y sufrimiento

Totalmente cierto	Muy cierto	Algo cierto	Un poco cierto	Nada cierto
-------------------	------------	-------------	----------------	-------------

21. Debía de haber tenido sentimientos que no tuve

Totalmente cierto	Muy cierto	Algo cierto	Un poco cierto	Nada cierto
-------------------	------------	-------------	----------------	-------------

22. Indique la intensidad o severidad de los sentimientos de culpa que normalmente experimentas en relación a lo sucedido

Nada	Levemente	Moderadamente	Considerablemente	Fuertemente
------	-----------	---------------	-------------------	-------------

23. Me culpo por lo que hice, pensé o sentí

Totalmente cierto	Muy cierto	Algo cierto	Un poco cierto	Nada cierto
-------------------	------------	-------------	----------------	-------------

24. Cuando me acuerdo de lo que sucedió, tengo reacciones físicas importantes como sudar, tensión muscular, sequedad de boca, etc.

Siempre	Frecuentemente	A veces	Raras veces	Nunca
---------	----------------	---------	-------------	-------

25. En general ¿cómo de culpable te sientes por lo sucedido?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante culpable	Totalmente culpable
------	---------	---------------	-------------------	---------------------

26. Me considero responsable de lo que sucedió

Totalmente cierto	Muy cierto	Algo cierto	Un poco cierto	Nada cierto
-------------------	------------	-------------	----------------	-------------

27. Lo que hice no está justificado de ningún modo

Totalmente cierto	Muy cierto	Algo cierto	Un poco cierto	Nada cierto
-------------------	------------	-------------	----------------	-------------

28. Infringí normas personales sobre lo que está bien y lo que está mal

Totalmente cierto	Muy cierto	Algo cierto	Un poco cierto	Nada cierto
-------------------	------------	-------------	----------------	-------------

29. Hice cosas que no debería haber hecho

Totalmente cierto	Muy cierto	Algo cierto	Un poco cierto	Nada cierto
-------------------	------------	-------------	----------------	-------------

30. Debería haber hecho cosas que no hice

Totalmente cierto	Muy cierto	Algo cierto	Un poco cierto	Nada cierto
-------------------	------------	-------------	----------------	-------------

31. Lo que hice fue imperdonable

Totalmente cierto	Muy cierto	Algo cierto	Un poco cierto	Nada cierto
-------------------	------------	-------------	----------------	-------------

32. No hice nada malo

Totalmente cierto	Muy cierto	Algo cierto	Un poco cierto	Nada cierto
-------------------	------------	-------------	----------------	-------------

VARIABLES TABLA 85

1. Situación familiar
2. Domicilio
3. Nivel socioeconómicocultural
4. Problemática en Unidad Familiar
5. Estructura familiar
6. Antecedentes familiares vs
7. Antecedentes familiares comisión vs
8. Nivel educativo del padre
9. Nivel educativo de la madre
10. Edad del padre
11. Edad de la madre
12. Ocupación del padre
13. Ocupación de la madre
14. Tipo de vs
15. Lugar vs
16. Edad en primer episodio
17. Tiempo transcurrido desde la vs hasta actualidad
18. Frecuencia vs
19. Duración episodio vs
20. Momento del día vs
21. Consumo de alcohol-drogas por agresor
22. Consumo de alcohol-drogas por víctima
23. Actos de la vs
24. Agresor propuso a la víctima contacto sexual
25. Agresor empleó violencia física
26. Agresor empleó violencia verbal
27. Agresor empleó engaño/seducción
28. Agresor empleó amenaza o coacción
29. Víctima cooperó
30. Víctima se quedó bloqueada
31. Víctima mostró miedo
32. Víctima mostró actitud defensiva
33. Víctima mostró actitud de lucha
34. Víctima intentó negociar
35. Forma de terminación vs
36. Número de agresores
37. Edad agresor
38. Estado civil agresor
39. Hijos agresor
40. Ocupación agresor
41. Nivel socioeconómicocultural agresor
42. Agresor admite la vs
43. Edad víctima
44. Nivel educativo víctima
45. Relación previa víctima-agresor
46. Actitud positiva previa hacia agresor
47. Experiencia sexual previa víctima
48. Actividad/aficiones víctima
49. Creencias religiosas víctima
50. Víctima sufrió vs anteriormente
51. Víctima sufrió maltrato físico
52. Víctima sufrió maltrato psicológico
53. Víctima sufrió negligencia
54. Revelación por víctima
55. Tiempo entre vs-revelación
56. Percepción actitud familiar vs
57. Percepción actitud social vs
58. Percepción apoyo de amigos
59. Pareja actual y percepción apoyo
60. Existencia de denuncia
61. Victimización secundaria
62. Situación legal de los hechos
63. Actitud actual víctima hacia vs
64. Actitud víctimas en evaluación

VARIABLES TABLA 86

1. STAIC-Ansiedad-Estado
2. STAIC-Ansiedad-Rasgo
3. CDS-Respuesta Afectiva
4. CDS-Problemas Sociales
5. CDS-Autoestima
6. CDS-Preocupación por la muerte
7. CDS-Sentimiento de Culpabilidad
8. CDS-Depresivos Varios
9. CDS-Ánimo-alegría
10. CDS-Positivos varios
11. CDS-Total Positivos
12. CDS-Total Depresivo
13. EHS-Autoexpresión en situaciones sociales
14. EHS-Defensa de los propios derechos como consumidor
15. EHS-Expresión de enfado o disconformidad
16. EHS-Decir No y cortar interacciones
17. EHS-Hacer peticiones
18. EHS-Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto
19. EHS-Total
20. Escala TEPT Global
21. Escala TEPT Reexperimentación
22. Escala TEPT Evitación
23. Escala TEPT Aumento de la activación
24. Escala Autoestima Rosemberg
25. TAMAI-Inadaptación General
26. TAMAI-Inadaptación Personal
27. TAMAI-Inadaptación Escolar
28. TAMAI-Inadaptación Social
29. TAMAI-Proimagen
30. TAMAI-Contradicciones
31. TAMAI-Insatisfacción Familiar
32. TAMAI-Insatisfacción con Hermanos
33. TAMAI-Educación adecuada del padre
34. TAMAI-Educación adecuada de la madre
35. TAMAI-Discrepancia educativa
36. TRGI-Global
37. TRGI-Estrés
38. TRGI-Responsabilidad
39. TRGI-Mal actuado
40. TRGI-Injustificación
41. TRGI-Cognición culpa

