

Abuso sexual: síntomas y consecuencias

Álvaro Roberto VALLEJO SAMUDIO

Martha Isabel CÓRDOBA ARÉVALO

Pontificia Universidad Javeriana de Cali (Colombia)

Resumen

El abuso sexual como delito enmarcado dentro de contextos de violencia socio-política, se reconoce en términos de un evento traumático que deja graves alteraciones en la salud de los sobrevivientes. Las secuelas generadas, tienen alcances devastadores en el curso de la vida las víctimas, comprometiendo su integridad mental, física, y sexual. Este artículo, hace una revisión de las principales consecuencias que deja el abuso sexual en las mujeres, a nivel sintomatológico. Se exponen también contextos de revictimización y posturas generales respecto al tema en el panorama investigativo.

Palabras clave: abuso sexual, síntomas, estrés postraumático, mujeres.

Abstract

The sexual abuse as a crime, framed within contexts of socio-political violence, admits in terms of a traumatic event that it leaves serious alterations in the health of the survivors. The consequences in the victims leave devastating effects during all their lives, altering their mental, physical, and sexual integrity. This article reviews the main results that sexual abuse leaves in women regarding the symptomatological level. Contexts of re-victimización and general positions are presented with regard to the topic in the research area.

Key words: Sexual abuse, Symptoms, Post-traumatic stress, Women.

Correspondencia: Grupo de Investigación en Desarrollo Emocional y Salud Mental. Pontificia Universidad Javeriana-Cali. Cali. Colombia. *Correo electrónico:* arvallejo@javerianacali.edu.co, desam@javerianacali.edu.co

Este artículo se presenta como la primera aproximación en la construcción del estado del arte del proyecto de investigación denominado: “*Psicoterapia de grupo y estrés postraumático en mujeres abusadas sexualmente en el contexto de la violencia sociopolítica en Colombia*”. El cual se encuentra en ejecución y es financiado por la Vicerrectoría Académica de la Pontificia Universidad Javeriana, Cali.

Recibido: enero 2011. *Aceptado:* abril 2011.

Este artículo es un primer acercamiento al estado del arte del proyecto de investigación denominado: “*Psicoterapia de grupo y estrés postraumático en mujeres abusadas sexualmente en el contexto de la violencia sociopolítica en Colombia*”, que se realiza entre los años 2010 y 2011. La temática central del artículo versa sobre los principales síntomas y consecuencias de carácter psicopatológico que genera el abuso sexual. Entendiendo éste como toda acción verbal o física violenta que un sujeto hace sobre otro, para obtener placer sexual sin el consentimiento explícito del último. Siendo los niños, adolescentes y mujeres las poblaciones más afectadas.

Metodológicamente, se realizó un rastreo de avances investigativos en materia de abuso sexual, priorizando aquellos que describieran específicamente los síntomas y las consecuencias en las diferentes dimensiones de las vidas de las víctimas. El material bibliográfico consultado se filtró desde bases de datos de revistas electrónicas internacionales reconocidas (*journals*), revistas iberoamericanas, libros, y páginas electrónicas.

Las prácticas de guerra consisten casi siempre en atravesar la barrera de los derechos básicos de la vida y el bienestar personal, en un ejercicio de dañar humanamente al otro, a cambio de la obtención de un poder. Colombia, como país en medio de una guerra histórica, es azotado por una constante violación de los derechos humanos, por parte de diferentes actores armados, y los conflictos sociopolíticos tienen alta resonancia en la salud mental y física de las personas (Echenique, Medina, Medina y Ramírez, 2008).

El abuso sexual en mujeres, es una de las conductas de guerra más repetidas; se traduce en la violencia ejercida por parte de

los actores armados sobre las mujeres, con el objetivo de debilitar y humillar a sus enemigos, siendo el cuerpo femenino utilizado como “arma y como botín de guerra”, en el que se escriben con atrocidad los mensajes de la guerra, (Sánchez, 2008), sembrando terror, tristeza, dolor, resentimiento, violencia y rabia de forma irreversible, en los casos donde las sobrevivientes no reciben tratamientos psicoterapéuticos adecuados y oportunos.

La violencia que se ejerce en las mujeres abusadas, no termina en el episodio del abuso sexual; posterior a éste, las mujeres se ven expuestas a una instrumentalización y revictimización, favorecidas por las relaciones de poder ejercidas sobre ellas, por parte de los funcionarios de las instituciones judiciales, quienes pierden la neutralidad y la imparcialidad en el acto jurídico de consignar la denuncia (Victoria y Bonilla, 2008).

Aunque existen vacíos a nivel de políticas públicas en beneficio de las víctimas de abuso sexual, la ley colombiana, ha establecido sanciones penales para los victimarios. En el Código Penal Colombiano (Senado de la República de Colombia, 2010), se tipifican como delitos: (a) el acceso carnal violento, (b) los actos sexuales diversos al acceso carnal mediante la violencia y (c) el ejercicio de poder o autoridad en beneficio propio, para acosar, perseguir y asediar física o verbalmente con fines sexuales a otra persona, estableciendo condenas de uno a veinte años, para quién realice o favorezca los delitos antes mencionados (1 y 2 de la Ley 1257 y 1236 de 2008).

El abuso sexual tanto en niños, adolescentes y mujeres, genera graves secuelas de tipo psicológico y en ocasiones físicos, que van a determinar un variado cuadro de trastornos afectivos y de la personalidad. A continuación se abordarán las consecuen-

cias asociadas al abuso sexual, categorizadas en cinco grandes focos a saber: trastorno de estrés postraumático, otros trastornos mentales, revictimización, autoculpa y enfermedades que afectan a la salud sexual y reproductiva.

Abuso sexual y trastorno de estrés postraumático

Para comprender las condiciones diagnósticas del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), es importante revisar el camino que ha tomado el concepto de trauma, desde definiciones clásicas, hasta llegar a convertirse en un diagnóstico psiquiátrico.

Autores contemporáneos retoman definiciones psicoanalíticas del trauma donde se menciona la intensidad del evento, *versus* la incapacidad del sujeto de responder adecuadamente. Vallejo y Terranova (2009), parafraseando a Freud (1979), hablan del trauma como una conexión económica en la que ciertas situaciones detonantes se tornan más fuertes que los recursos psíquicos con los que cuenta el sujeto para tolerarlos y elaborarlos, lo que generaría un trastorno duradero en su funcionamiento. En otras palabras, *“el trauma genera excitaciones excesivas que van más allá de la tolerancia del sujeto y su capacidad de control y elaboración de los mismos”* (Freud, 1979; citado en Vallejo y Terranova, 2009, pág. 104). Estos mismos autores, retoman los planteamientos de Laplanche y Pontalis (1996) y Fernández-Villamarzo (1991) quienes sustentan que cuando una persona vivencia un evento traumático, necesariamente vivirá en un primer momento un “conflicto psíquico”, al no poder el sujeto integrar la experiencia de manera consciente.

Vallejo y Terranova (2009) plantean que a partir de ciertas definiciones freu-

dianas sobre trauma, se estructura toda una sintomatología que luego será recogida en manuales diagnósticos reconocidos como el CIE-10, y DSM-IV. La décima edición de la clasificación internacional de enfermedades Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE-10) clasifica en la categoría de los trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos, el TEPT, el cual es ubicado en la subcategoría F43 de reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación. Dentro de su definición se habla del TEPT cuando hay una respuesta “tardía o diferida” a una situación estresante, de excepción amenazante, que causará malestar generalizado en casi todas las personas. Como ejemplos se dan: las catástrofes naturales, el ser testigo de la muerte violenta de alguien, el ser víctima de tortura, o violación, entre otras.

Clasificaciones norteamericanas como lo es el DSM-IV, agrupa el TEPT dentro de los trastornos de ansiedad, en la categoría F43.1. Según este manual, la duración de los síntomas van a determinar el carácter agudo (menos de tres meses), o crónico (tres meses o más), del trastorno. También considera como especificación importante el tiempo de inicio de los síntomas, siendo de inicio demorado aquel que manifiesta las consecuencias seis meses después del acontecimiento traumático. Para considerar que un paciente sufre un TPET, el evento que experimentó debe haberse caracterizado por amenazas a la integridad física y psicológica del sujeto, o haber sido testigo de éstas en otros, con respuestas de temor, indefensión y desesperanza intensos.

Tanto el CIE-10, como el DSM-IV, establecen toda una sintomatología que deberá generar un evento traumático en la salud mental de la persona afectada para ser ca-

lificado como TPET. Entre los principales síntomas mencionan: recuerdos y sueños recurrentes e intrusivos del evento, actuaciones o sensaciones del evento traumático en el presente, malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos que simbolizan algún aspecto del acontecimiento traumático, respuestas fisiológicas al exponerse a dichos estímulos, estados de embotamiento emocional, anhedonia, evitación de situaciones evocadoras del trauma, también se habla de reacciones inesperadas donde predomina el pánico, la agresividad, el sobresalto, la ansiedad, la depresión, e ideaciones suicidas, entre otras.

Los investigadores contemporáneos, reconocen que el abuso sexual es un evento traumático que genera serios impactos en la integridad física y psicológica de las personas, siendo calificable como un evento suficiente para el desarrollo del cuadro diagnóstico del TEPT en las sobrevivientes de violencia sexual.

Como se ha mencionado, el TEPT se presenta cuando la sobreviviente no ha procesado un trauma grave que ha dejado importantes secuelas (Nicolas y Forrester, 1999). Una investigación que explora las ventajas de la terapia de grupo heterogéneo con un enfoque psicodinámico “del aquí y el ahora” en personas con trauma por abuso objeta que, para un tratamiento efectivo, se requiere trabajar los factores que causan y perpetúan el abuso, yendo más allá del alivio individual del trauma. La intervención mejoró el problema de aislamiento y estigma en las sobrevivientes, aportó en la reparación de vínculos interpersonales y movilizó la identificación de proyecciones que fomentaban el abuso, entre otros. Mediante el estudio de caso, la investigación encontró también que los síntomas principales de las sujetos fueron:

los síntomas disociativos, estados psíquicos de adormecimiento, recuerdos intrusivos del evento, ataques de pánico, temor, caída de los umbrales de ira y reacciones psicológicas y fisiológicas al exponerse a estímulos externos que simbolizaban o recordaban el evento traumático, entre otros (Nicolas y Forrester, 1999).

El TEPT se presenta como una respuesta correlacionada, pero independiente, del estrés general en los casos de violación sexual. En una investigación realizada por Vandensen y Carr (2003) se entrevistaron 150 mujeres sobrevivientes de abuso sexual, definiendo que el trauma por violación sexual tiene muchas de las características del trastorno por estrés agudo, y a menudo se convierte en un TEPT cuando los síntomas persisten más de un mes. En esta misma línea, autores como Roth, Newman, Pelcovit, Van der KolK y Mandel (1997), citados por Engelhand, Van del Hout, Weerts, Hox, Van y Loreenz (2009), afirman que la violación sexual es un trauma con síntomas definidos en el diagnóstico de estrés postraumático y que éste, a largo plazo, puede generar enfermedades orgánicas, cardiovasculares y del sistema inmune. Sobre el tema, Engelhand *et. al* (2009) muestran que hay una conexión entre los síntomas del TEPT y la enfermedad física. Los autores reportan que el TEPT está asociado con un mal funcionamiento del eje hormonal del hipotálamo en conexión con la glándula hipófisis y la glándula suprarrenal. Los resultados de esta investigación arrojan datos que comprueban cómo, después de 15 meses de identificado el TEPT, los síntomas aumentaban en los sujetos y se tornaban más severos.

El Trastorno por Estrés Agudo se caracteriza por los estados disociativos en un tiempo inmediato al trauma, donde hay

mayor riesgo de desarrollar síntomas de estrés crónico; se define por síntomas post-traumáticos como la disociación, la invasión, la evasión, y la excitación (Elkit, Due, y Christiansen, 2009).

Una investigación que revisa algunos de los elementos fundamentales del cuadro psiquiátrico TEPT concluye que, en un primer periodo, las sobrevivientes de abuso sexual intentaban borrar de su mente lo ocurrido, reaccionando con aparente calma y autodominio en el momento de la agresión; sin embargo, tiempo después, se veían sorprendidas por recuerdos repentinos donde revivían el hecho, aflorando una serie de emociones conflictivas como la depresión, la ira y los sentimientos de culpa (Manero y Villamil, 2005).

Las investigaciones demuestran que en las mujeres violadas se da una gran desorganización emocional como consecuencia del evento violento, donde predomina inicialmente el miedo a morir y una fuerte sensación de descontrol del suceso. La presencia de TEPT en estos casos va a tomar matices particulares dependiendo de la percepción subjetiva del evento, sobre todo si estuvo en peligro su vida; en estos casos el trastorno se va a expresar con estados depresivos, de ansiedad, somatización, sintomatología obsesivo compulsiva, abuso de drogas, trastornos de alimentación e ideación paranoide (Ramos, Jiménez, Saltijeral y Caballero, 1997).

Una investigación realizada por Faravelli, Giugni, Salvatori, y Ricca, (2004) evaluó las consecuencias de una única violación en 40 mujeres adultas que fueron violadas y no experimentaron alguna forma de abuso sexual durante la niñez o la adolescencia, éste grupo fue comparado con una muestra de 32 mujeres quienes experimentaron una situación en donde estuvo en

peligro su vida, pero que no vivieron alguna forma de abuso sexual. En los hallazgos se resalta que los síntomas que prevalecieron en las mujeres del primer grupo fueron los asociados al diagnóstico TPET, desorden sexual, depresión mayor y desordenes alimenticios.

En un estudio longitudinal con 83 usuarias de un centro de atención especializada en la ciudad de Tours (Francia), Darvez-Bornoz (1997) realizó un estudio sobre la prevalencia del TEPT y otros desórdenes durante los seis meses posteriores a la violación; los hallazgos indicaron que la naturaleza intrafamiliar (incesto) del evento traumático es un predictor del TEPT crónico y que la no alteración del apego en la infancia sería un factor de protección contra la violación, pero no contra el TEPT.

Otra investigación sobre TEPT evaluó a 45 mujeres sobrevivientes de abuso sexual infantil a través de una entrevista en profundidad y la aplicación de escalas (SCL-90, ISSI, SAS-SR). Entre los principales resultados, se encontró que los pensamientos suicidas y el TEPT fueron las consecuencias con mayor prevalencia. Los síntomas con mayor puntuación en la aplicación de la Lista de Chequeo de Síntomas (SCL-90) fueron depresión, sensibilidad interpersonal y ansiedad; además se encontró que éstas presentaban niveles bajos de interacción y ajuste social (Lundqvist, Svedin y Hansson, 2004).

Un estudio teórico sobre los hallazgos existentes en la literatura acerca de la correlación entre las alteraciones del sueño y el TEPT en mujeres abusadas sexualmente concluye que existe una alta prevalencia del insomnio y las pesadillas como principales alteraciones del sueño asociadas al TEPT (Escobar-Córdoba, Folino y Schmalbach, 2006).

Abuso sexual y otros trastornos mentales

El abuso sexual en mujeres genera síntomas como el abuso de sustancias, las emociones negativas (rabia, tristeza, desconfianza, miedo, etc), los problemas sexuales, las conductas suicidas, o la dificultad de formación de relaciones cercanas, entre otros (Amaro, Nieves, Johannes y Cabeza, 1999; citados en Cachelin, Schung, Juárez y Monreal, 2005).

Una investigación sobre el uso de drogas en mujeres europeas y la realidad de la violencia de género ejercida sobre mujeres adictas (Llopis, Castillo, Rebolida, & Stocco, 2005) arroja entre sus resultados que la población de mujeres adictas suele presentar mayor incidencia de abuso sexual en comparación con mujeres de otras problemáticas, constituyéndose el abuso como un factor determinante en el desarrollo de la adicción y el padecimiento de TEPT.

Una investigación que exploraba la relación entre conducta suicida y violación sexual, utilizando cuestionarios auto administrados en 936 alumnos de dos secundarias del Centro Histórico de la Ciudad de México, encontró que hay una estrecha relación entre el abuso sexual y la depresión (González, Ramos, Vignau y Ramírez, 2001). En otra investigación sobre abuso sexual se trabajó con 312 usuarias de un centro médico mexicano, encontrando relaciones estrechas entre formas de violencia sexual, depresión, ideación e intento suicida y uso de psicofármacos. En esta investigación, las mujeres abusadas sexualmente, presentaron mayores índices de farmacodependencia a los antidepresivos, las anfetaminas, los tranquilizantes y los estimulantes, en mayor proporción que aquellas que no habían sido abusadas (Ramos, Saltijeral, Romero, Caballero y Martínez, 2001). Estos autores

encontraron también que las mujeres que habían sido abusadas eran consumidoras de drogas como la cocaína y la marihuana en proporción significativamente más alta que aquellas que no habían padecido este daño.

Desde una perspectiva psicodinámica, anotaciones clínicas de estudios de casos de abuso sexual señalan que es posible la aparición de un trauma psíquico donde el vínculo abusivo se constituye para el sujeto en un rasgo definitorio de la relación con el otro; así, las secuelas manifestadas en las relaciones interpersonales y afectivas por las sobrevivientes de abuso sexual serían una repetición compulsiva de vínculos en los que está presente la violencia y el abuso (Pignatiello, 2006).

Otros autores afirman que las personas que han sido sobrevivientes de abuso sexual en la infancia pueden ser fácilmente diagnosticadas con Desorden de Personalidad Límitrofe (Cloitre y Koenen, 2001). El Desorden de Personalidad Límitrofe está asociado a problemas crónicos de ansiedad, depresión, y estados de ira (Richert y Hiebert-Murphy, 2000). Diferentes investigadores han encontrado otras consecuencias relacionadas con el abuso sexual cómo: comportamientos autodestructivos, abuso de alcohol, ansiedad, rabia, disturbios sexuales, dificultades de aprendizaje, baja autoestima, bajos niveles de satisfacción con la vida, cuadros psicóticos, quejas somáticas, dolencias orgánicas como trastornos gastrointestinales, dolor de cabeza, etc. (Browne y Finkelhor, 1986, o Kerr-Corrêa, Tarelho, Crepaldi, Camiza y Villanassi, 2000, citados en Narvaz y Oliveira, 2009).

Un estudio cualitativo que utilizó entrevistas clínicas en 300 mujeres abusadas sexualmente, encontró como secuelas predominantes: síntomas intrusivos o de reexperimentación ("*flashbacks*"), síntomas

depresivos, de evitación fóbica relacionados con la violación, de hipervigilancia con trastornos en el sueño, trastornos sexuales, de ansiedad generalizada, trastornos alimenticios, de concentración y memoria, entre otros (Cortejarena, 2004).

En el año 2002 se realizó una investigación en Bucaramanga (Colombia) sobre los factores asociados a la presentación de trastornos mentales en 55 sobrevivientes de violencia sexual; entre los principales hallazgos se expuso que la presencia significativa de antecedentes de maltrato familiar, así como la existencia de algún familiar con enfermedad psiquiátrica, o el haber sido diagnosticado con una enfermedad mental antes de haber sido abusados, entre otros, fueron los principales factores de riesgo individuales, familiares y sociales en la exposición a violencia sexual (Dallos, Pinzón, Barrera, Mújica y Meneses, 2008).

Diversos estudios apuntan a una alta correlación entre bulimia nerviosa y abuso sexual. Una investigación de revisión teórica expuesta por Narvaz y Oliveira (2009) sobre la relación entre los trastornos alimenticios y el abuso sexual, a través de la revisión sistemática de 40 referencias de la literatura, encuentra en las investigaciones principales altos índices de mujeres diagnosticadas con bulimia nerviosa que presentan en sus historias de vida antecedentes de abuso sexual (Sullivan, Bulik, Carter y Joyce, 1995, citados en Narvaz y Oliveira, 2009). En otra investigación, con una muestra representativa de 109 mujeres, se concluye que las sobrevivientes de abuso sexual en la infancia, desarrollarán comportamientos bulímicos (Wonderlich, Wonderlich, Wilsnack y Harris, 1996; citados en Narvaz y Oliveira, 2009). En esta revisión teórica, se encuentra que las personas que han sido abusadas y presentan bulimia, han

presentado generalmente otros estados patológicos como conductas de autoagresión, automutilación, ideación suicida, cleptomanía, dolencias afectivas, trastornos ansiosos, dificultades sexuales, disturbios disociativos, y abuso de drogas y alcohol (Andrews, 1995; Cordás y Busse, 1995; Sullivan *et al.*, 1995; citados en Narvaz y Oliveira, 2009).

En una investigación con 190 mujeres mexicanas de una comunidad voluntaria se comprobó que el abuso sexual es un factor de riesgo para el desarrollo de desórdenes alimenticios; una de las explicaciones encontradas en este estudio define que los desórdenes alimenticios se convierten en un estilo de afrontamiento disociativo para la sobreviviente, observado en conductas como la ingesta en exceso y las manifestaciones bulímicas como atracones y purgas, que les ayuda a las sobrevivientes a reducir la conciencia de los estados emocionales y cognitivos intolerables producto del suceso violento (Cachelin *et al.*, 2005).

Una investigación sobre el impacto terapéutico de grupos focales en sobrevivientes de abuso sexual (Carneiro y Teodoro, 2006) encuentra que la incidencia de los episodios sexuales de abuso deja a la sobreviviente en un estado vulnerable a experimentar otros tipos de violencia. Las mujeres de esta investigación, estuvieron expuestas después del episodio de abuso, al consumo de drogas, al abuso de alcohol, a la adquisición de enfermedades de transmisión sexual por contactos sexuales sin protección, a enfermedades ginecológicas y a otros tipos de trastornos sexuales, así como a la depresión y el suicidio.

Abuso sexual y revictimización

El bagaje investigativo en materia de violencia y revictimización, permite con-

cluir que uno de los factores de riesgo para ser víctima de la violencia, es ser mujer. El género se convierte en variable de susceptibilidad para la violencia (Sánchez, 2008). Una investigación de carácter teórico, analiza los alcances que tienen las agresiones violentas en la vida de las mujeres, hallando que los estados de vulnerabilidad de las mujeres y las amenazas constantes contra su integridad y la de sus territorios condicionan profundamente sus vidas cotidianas, su autoestima, la relación con su cuerpo, las relaciones afectivas con otros y, en general, sus posibilidades de desarrollo humano (Sánchez, 2008).

Otros autores han coincidido en que el abuso sexual es una de las manifestaciones más crueles de la violencia de género. Una investigación mexicana sobre 300 mujeres desaparecidas en la localidad de Ciudad Juárez, apunta a que ha existido una relación de poder entre el hombre y la mujer en la que ésta última es puesta en una posición desfavorable e injusta. Este tipo de relación y la dominación de una cultura patriarcal serían situaciones generadoras de violencia sexual, con agresiones de género (Díaz, 2003).

El control social es el objetivo principal de los actores armados en su ejercicio violento. La investigación adelantada por Ariño (2010), demuestra que el desprecio por el cuerpo femenino es una de las formas en que los victimarios buscan afectar a toda la sociedad implicada. En Colombia, las fuerzas armadas, la guerrilla y los paramilitares han utilizado la violencia sexual como arma de guerra, instrumentalizando el cuerpo de la mujer como otro campo de batalla (Amnistía Internacional, 2004).

“Era de noche. Llegaron dos varones armados vestían prendas militares,

*camuflado y se identificaron como paramilitares. Se llevaron a mi esposo fuera de la casa y todo el tiempo le apuntaron con el arma. La niña lloraba. Yo cerré la puerta. Uno de los varones se devolvió y gritó que abriera la puerta o la tumbaba (...) Yo logré calmar a la niña y la arrullé hasta que se durmió. Entonces el hombre me sacó de la habitación y me llevó al corredor para interrogarme. Allí, en un banco que hay en el corredor, me amenazó con matarme si no me dejaba. Me quitó la ropa, me tapó la boca y me forzó. Me violó. Luego me dijo que me vistiera y también dijo: *Aquí no pasó nada. Las mujeres, al fin y al cabo son para esto+.”* (Testimonio de una mujer documentado por la Mesa “Mujer y conflicto armado”, citado en Sánchez, 2008).

Las mujeres abusadas sexualmente son también revictimizadas al recibir maltrato por parte de las instituciones de salud, de justicia, o de las redes sociales encargadas de ayudar a denunciar el evento traumático, lo cual afecta mayormente su bienestar emocional y su percepción del mundo (Ramos, 2007). Una investigación realizada en un centro de atención mexicano para la violencia, encontró que el contacto de la sobreviviente con las instituciones de justicia incrementó la pérdida de control y afectó a sus creencias religiosas (Ramos *et al.*, 2001). En la investigación llevada a cabo en la Universidad de Chicago Wasco (2003) encontró, entre los efectos de la violación en las sobrevivientes de abuso sexual, los “*Chronic Shocks*”, definidos como estados que se generan después de experimentar conflictos interpersonales posteriores a la violación; según el investigador, este fenómeno se presenta debido a

la convivencia en una cultura sociopolítica que no provee lugares seguros, o espacios emocionales para la superación del trauma, (Wasco, 2003).

En una investigación que correlaciona el TEPT y las experiencias de abuso sexual, Manero y Villamil (2005) concluyen que lo que traumatiza no sólo es la acción violenta del delincuente y el clima de temor y miedo, sino también el “terror” inducido que se genera en la cotidianidad, por las personas y los grupos sociales con los que a diario entra en contacto la víctima.

La estigmatización y los prejuicios son otras de las consecuencias a las que se enfrenta una sobreviviente de abuso sexual, las informaciones erradas sobre el tema de abuso sexual en las sociedades constituye otro factor de riesgo importante para en el incremento de las enfermedades psiquiátricas de las sobrevivientes.

En materia de prejuicios, se cree que las sobrevivientes son solo mujeres adultas, y que ellas han sido violadas una sola vez, también se piensa que quien comete la violación es un extraño y que siempre ocasiona daños físicos (Kilpatric, Amstadter Resnick y Ruggiero, 2007). Estas ideas muchas veces son compartidas por las mismas sobrevivientes, lo que conlleva a generar información errada sobre la violación y el abuso sexual; la prevención sobre el abuso sexual y la violación debería estar orientada a desmentir dichos estereotipos de tal manera que las personas tengan una información adecuada y real del fenómeno.

En una investigación, con 863 estudiantes de las facultades de Derecho, Medicina y Psicología de la Universidad Autónoma de Barcelona, sobre el análisis de la atribución de culpa (proceso mediante el cual una persona externa responsabiliza a uno de los sujetos involucrados en el evento de abuso

sexual) y sobre la prevalencia de mitos e ideas estereotipadas en los sujetos respecto a la violación sexual se demostró que la ignorancia y la falta de interés presente en el entorno social favorece la prevalencia de “mitos” sobre la violación, acarreando efectos sobre las percepciones del ataque sexual y las víctimas (Ruiz y Escursell, 2000).

Algunos autores plantean, que en las sobrevivientes se dan modificaciones de los esquemas y del sistema de creencias como una secuela importante del trauma. Un estudio sobre el impacto de la violación en la vida de 51 sobrevivientes de abuso sexual, comparadas con 60 mujeres no abusadas, encontró que el 47.5% de las mujeres violadas cambiaron su percepción religiosa, tendiendo hacia la secularización, presentando elevados síntomas psiquiátricos y un menor bienestar subjetivo en relación con el grupo control (Ben-Ezra, Palgi, Sternberg, Berkeley, Eldar, Glidai, Moshe y Shriver, 2010).

En una investigación realizada por la Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento Forzado sobre el informe de la masacre en Chengue y El Tigre (Putumayo), se encuentra cómo los arreglos de género que prevalecen en una comunidad van a permear la manera como las mujeres establecen las relaciones con los actores armados. Esta hipótesis se ve representada en los casos de la masacre, al encontrar que la sexualidad de las mujeres era un vehículo del honor masculino y familiar en dichas comunidades (Azuero, 2009). Los resultados revelaron cómo los arreglos de género, fomentan el silencio de las mujeres en relación con sus vivencias traumáticas. Dicha situación entorpecía cualquier intento de justicia, ya que el ocultamiento de sus experiencias, fomentaba la exclusión de sus relatos como sobrevivientes en las confesiones públicas sobre la masacre.

Otras investigaciones sobre el silencio de la sobreviviente, establecen que éste es un tema repetido y preocupante; en un estudio de carácter cualitativo con mujeres mexicanas (Ramos, 1997, citado en Ramos *et al.*, 2001) se encuentra que efectivamente existen creencias en algunas de las sobrevivientes, en el sentido de que si hablan de la violación sexual, ellas serán objeto de “susplicia”, por lo cual prefieren no hablar, “callar”, el evento traumático.

Abuso sexual y autculpa

Diversas investigaciones han encontrado conexiones entre las historias de abuso sexual y sentimientos de autculpa asociados a la baja autoestima en las sobrevivientes. Una investigación que se propuso examinar la relación entre abuso sexual y desórdenes alimenticios, mediante la aplicación de un paquete de cuestionarios (SCID-IV, EDE, RFI, CES-D), encontró que las mujeres tienden a autculparse por el evento de abuso y éste es un factor que contribuye al desarrollo de patologías como los trastornos alimenticios (Lira, Koss y Russo, 1999; citados en Cachelin *et al.*, 2005). Según estos investigadores, hay una profunda “duda” que embarga a la sobreviviente en torno a sí misma, generando una culpabilización por las fantasías que revierte ahora contra sí misma, por “haber provocado” y no haber previsto el peligro de la situación (Cachelin *et al.*, 2005).

Otros investigadores en el tema realizaron un análisis narrativo de las experiencias de mujeres de tres poblaciones diferentes que tienen en común experiencias de abuso sexual; los resultados indicaron que la rabia consigo mismas y el miedo fueron las respuestas más prevalentes cuando se les preguntó lo que sentían en el momento del

abuso sexual (Bietzer y Koss, 2006). Esta misma investigación, evaluó el estado emocional de las sobrevivientes de abuso sexual mediante la utilización del cuestionario de respuesta emocional a la violencia, encontrando que la baja autoestima, la autculabilidad, y la ira, pueden ser importantes como moduladores en el desarrollo de trastornos psicológicos a largo plazo.

Una investigación con 80 niñas y 57 adolescentes abusados sexualmente encontró que las evaluaciones negativas que realizaban las sobrevivientes de la experiencia de abuso, incluyendo desaprobaciones de sí mismas y sentimientos evaluados coercitivamente por otros, están fuertemente asociados a la depresión y a los síntomas del TEPT. La investigación aplicó cuestionarios después del episodio traumático; logrando evaluar la relación entre los trastornos desarrollados y las atribuciones específicas que los sobrevivientes realizaban sobre el evento (Feiring, Taska y Chen, 2002).

El aislamiento, y la depresión, resulta ser otro de los hallazgos más representativos dentro de los diversos síntomas que tienen que ver con la autculpabilización en las sobrevivientes de abuso. Una investigación que buscó evaluar el impacto de la violación sexual en la vida de 51 sobrevivientes de abuso sexual halló que el grupo de mujeres abusadas sexualmente fue, en comparación con otras 60 mujeres que no experimentaron abuso sexual, menos religioso, más estigmatizado y con un reporte menor de salud subjetiva; estas mujeres tuvieron una puntuación alta en síntomas depresivos, síntomas del TEPT y trastornos de sueño y una puntuación baja en resiliencia y satisfacción con su vida (Ben Ezra *et al.*, 2010).

En un estudio dedicado a observar el comportamiento de niñas y adolescentes

de acuerdo con la edad, en un periodo de 10 años de consultas de ginecología infantojuvenil en La Habana (Cuba), se halló en una muestra de 32 casos de niñas y adolescentes sobrevivientes de abuso sexual que las manifestaciones psíquicas y conductuales producto del abuso sexual que más se presentaron fueron hostilidad y sentimientos de odio hacia las personas, aislamiento de la familia, pares y amigos, regresión a comportamientos infantiles, cambio en los patrones de sueño y falta de atención y concentración (Peláez y Juncal, 2008)

Abuso sexual y consecuencias en la salud sexual y reproductiva

Los diagnósticos que comprometen la salud sexual de las sobrevivientes de abuso sexual son variados; a continuación se revisan investigaciones que mencionan las secuelas del trauma en la salud sexual y reproductiva de las mujeres abusadas.

Un estudio llevado a cabo en Ciudad de México, con una muestra de 531 sobrevivientes de violación sexual que recibieron asistencia en una institución especializada entre 1990 y 1996, se encontró que la mayoría de las víctimas fueron mujeres, de las cuales el 70,4% quedaron embarazadas y la mitad de ellas, deseaban abortar (De la Garza y Díaz, 1997).

Entre las secuelas más frecuentes en la vida sexual de las sobrevivientes se encuentran embarazos no deseados, fobias, disfunciones sexuales y prácticas abortivas (Aliaga, Ahumada, y Marfull, 2003). También se clasifican, entre las principales consecuencias a nivel de la salud sexual, diversos tipos de enfermedades de transmisión sexual: infecciones por sífilis, gonorrea, clamidia, virus del papiloma humano; así como dolores pélvicos y abortos clandestinos, entre

otras (Ramos, 2007). En esta misma línea, la investigación de Peláez y Juncal (2008) también encontró otras consecuencias en la salud sexual de las mujeres abusadas, a saber: infección genital baja, cervicitis purulenta, vaginosis bacteriana, infección por tricomonas, condiloma acuminado, herpes simple, molusco contagioso y traumas crónicos como los eritemas y la equimosis.

Discusión

A nivel general, el panorama investigativo sobre abuso sexual contempla dos posturas vigentes dentro de la bibliografía consultada. La primera es la *perspectiva problematizadora del abuso sexual*, ésta se desenfoca del carácter traumático de la violación y se concentra más en notar que el verdadero problema está en la reacción que tome el medio familiar, judicial y/o social hacia la sobreviviente. Agustín (2008), como autor principal de este enfoque, advierte a los profesionales de la salud mental que es necesario descentrarse de la experiencia sexual como única hipótesis de trabajo, ya que podría haber elementos de mayor peso en la biografía de los sobrevivientes. Ésta perspectiva, resalta las variables socioambientales como factores claves para la comprensión las consecuencias del abuso sexual y uno de los fenómenos en los que se debe intervenir para elaborar el hecho traumático.

La segunda perspectiva, por el contrario, hace una crítica hacia las investigaciones que desproveen la violación sexual de su connotación traumática y afirma que si fuese falsa *la perspectiva traumática del abuso sexual*, la conexión entre acto sexual y agresión no podría entonces seguir siendo una teoría de exploración y avance para explicar el porqué y las consecuencias del

TEPT según la literatura. Según ésta visión, la experiencia de abuso sexual es siempre perjudicial, sea que el individuo la reconozca o no como tal y haya o no efectos psicológicos evidentes (Underwager y Wakefield, 1994). El aporte de esta perspectiva radica en que al centrarse sobre el hecho traumático, permite profundizar en los elementos nocivos del mismo y los factores intrapsíquicos que lo podrían mantener.

Las investigaciones que encontraron problemas subjetivos generalizables producto del abuso sexual dieron lugar a una serie de categorías sintomáticas, las cuales, en su mayoría, se sintetizan en la definición del Trastorno de Estrés Postraumático (TPET), existiendo una correlación alta entre TEPT y abuso sexual.

Con relación a la investigación sobre TETP, los autores consideran que se hace necesario para futuras investigaciones profundizar y corroborar los planteamientos que hace Chaim F. Shatan, quien plantea que al hablar de estrés postraumático debe hacerse una diferenciación entre el trauma que se genera a raíz de una catástrofe producida por un efecto de la naturaleza a otro producido por efecto de la “crueldad” humana. El autor sostiene que los efectos de un trauma generado por el hombre son en sus consecuencias mucho más graves y difíciles de elaborar que aquel que se produce por efecto de la naturaleza, ya que lo que se va a romper sería la confianza básica en el otro como ser humano (Shatan citado en Orengo y Sabbah, 2001).

Aunque la autculpa y la autoestima en las mujeres abusadas parecen no haber sido temas explorados con suficiente profundidad, aparecen reiteradamente en las discusiones de los hallazgos investigativos como dos síntomas importantes que afectan negativamente a la sobreviviente a nivel re-

lacional y afectivo. En específico, el aislamiento y la agresividad, fueron dos de las consecuencias más discutidas al respecto; sin embargo, harían falta estudios más explicativos. Aquí se rescatan las propuestas de Cachelin *et al.* (2005) quienes, avanzando al respecto, logran asociar la autculpa como un factor que contribuye al desarrollo de patologías como los trastornos alimenticios. Respecto a los trastornos alimenticios en víctimas de abuso sexual, son pocas las investigaciones que profundizan en el tema; sin embargo, de las que se abordaron, puede notarse que la mayoría encuentran coexistencia de dichos trastornos con otros tipos de conductas patológicas como la autoagresión, la ideación suicida, el abuso de drogas (alcohol, cocaína, marihuana) y las dificultades sexuales, principalmente. Se resalta que los temas de patologías sexuales y abuso de drogas y alcohol en personas con historia de abuso sexual, estuvieron frecuentemente asociados. No obstante, serían necesarias investigaciones con estudios de casos que ilustren más ampliamente dicha relación.

En las investigaciones consultadas, se encontraron vacíos en relación con los sentimientos sobre si mismas que manifiestan mujeres que han sido abusadas, especialmente el “asco” y “la repugnancia” que sienten ya sea por su cuerpo, por los hombres y por la sexualidad. Estas sensaciones producen graves interferencias en sus relaciones afectivas y amorosas. La sensación de sentirse “sucias” y la imposibilidad de quitarse esas sensaciones hacen que desarrollen comportamientos obsesivos alrededor de la “limpieza” corporal, a través de múltiples baños diarios o conductas de aseo personal.

Las investigaciones consultadas evidencian que las sobrevivientes de hechos

violentos se encuentran vulnerables no sólo ante los actores del delito, sino también ante una autoridad que desampara revictimiza, generándose actos de violencia simbólica con consecuencias devastadoras para una posible superación del trauma. Finalmente, los autores coinciden en que el conflicto armado y la violencia sociopolítica han agudizado e incrementado las problemáticas asociadas al abuso sexual.

Referencias

- Agustín, M. (2008). La hipótesis del trauma en el abuso sexual: revisión crítica e implicaciones. *Revista Colombiana de Psicología*, 17, 177-200.
- Aliaga, P., Ahumada, S. y Marfull, M. (2003). Violencia hacia la mujer, un problema de todos. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 68 (1), 75-78.
- Amnistía Internacional (2004). *Colombia: cuerpos marcados, crímenes silenciados*. Madrid: EDAI.
- Ariño, M. (2010). *Quaderns de Construcció de Pau*. Barcelona: Agència Catalana de Cooperació al Desenvolupament.
- Azuero, A. (2009). *Las sobrevivientes cuentan: la experiencia de las mujeres en las masacres de Chengue y El Tigre*. Bogotá: Ediciones Antropos.
- Ben-Ezra, M., Palgi, Y., Sternberg, D., Berkeley, D., Eldar, H., Glidai, Y., Moshe, L. y Shrivá, A. (2010). Losing my religion: A preliminary study of changes in belief pattern after sexual assault. *Traumatology*, 16 (7), 7-13.
- Bietzer, K. y Koss, M. (2006). After-rape among three populations in the southwest: A time of mourning, a time for recovery. *Violence Against Women*, 12 (5), 5-29.
- Cachelin, F., Shug, R., Juarez, L. y Monreal, T. (2005). Sexual abuse and eating disorders in a community sample of Mexican American women. *Hispanic Journal of Behavioural Sciences*, 27, 533-546.
- Carneiro, A. y Teodoro, G. (2006). Autoestima en mujeres violadas. *Revista Latino Enfermagen*, 14 (5), 695-701.
- Cloitre, M. y Koenen, K. (2001). The impact of Borderline Personality Disorder on Process Group Outcome among Women with Posttraumatic Stress Disorder Related to Childhood Abuse. *International Journal of Group Psychotherapy*, 51 (3), 379-398.
- Cortejarena, A. (2004). Mujeres violadas: reencuentro sexual con la pareja. *Sexualidad Humana*, 18 (1), 7-12.
- Darves-Bornoz, J. (1997). Rape-related psychotraumatic syndromes. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 71, 59-65.
- Dallos, M., Pinzón, A., Barrera, C., Mújica, J. y Meneses, Y. (2008). Impacto de la violencia sexual en la salud mental de las sobrevivientes en Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37, 56-65.
- De la Garza, J. y Díaz, E. (1997). Elementos para el estudio de la violación sexual. *Salud Pública de México*, 39, 539-545.
- Díaz, J. (2003). Las muertas de Juárez: bioética género, poder e injusticia. *Acta Bioethica*, 9 (2), 219-288.
- Echenique, C., Medina, L., Medina, A. y Ramírez, A. (2008). Prevalencia del trastorno por estrés postraumático en población desplazada por violencia, en proceso de reestablecimiento en Sincelejo. *Psicología desde el Caribe*, 21, 122-135.
- Elkit, A., Due, L., y Christiansen, D. (2009). Predictors of acute stress symptoms in

- rape victims. *Traumatology*, 15 (38), 38-45.
- Engelhand, I., Van der Hout, M., weerts, S., Hox, J., Van, D. y Loreenz, J. (2009). A prospective Study of the relation between posttraumatic stress and physical health symptoms. *International Journal of Clinical Health Psychology*, 9 (3), 365-372.
- Escobar-Córdoba, F., Folino, J. y Schmalbach, J. (2006). Alteraciones del sueño y estrés postraumático en mujeres víctimas de asalto sexual. *MedUNAB*, 9, 28 – 33.
- Faravelli, C., Giugni, A., Salvatori, S. y Ricca, V. (2004). Psychopathology after Rape. *The American Journal of Psychiatry*, 161 (8), 1483-1485.
- Feiring, C., Taska, L. y Chen, K. (2002). Trying to understand why horrible things happen: attribution, shame, and symptom development following sexual abuse. *Child Maltreatment*, 7 (25), 25-39.
- Fernández-Villamarzo, P. (1991). *Curso sistemático de formación psicoanalítica. (II) Temas Metapsicológicos*. Madrid: Morova.
- Gonzales, C., Ramos, L., Vignau, L. y Ramírez, C. (2001). El abuso sexual y el intento suicida asociados con el malestar depresivo y la ideación suicida en adolescentes. *Salud Mental*. 24 (6), 16-25.
- Kilpatrick, D., Amstadter, A., Resnick, H. y Ruggiero, K. (2007). Rape-related PTSD: Issues and Interventions. *Psychiatric Times*, 24 (7), 50-64.
- Laplanche, J. y Pontalis, J-B., (1996). *Diccionario de psicoanálisis*. España: Paidós.
- Llopis, J., Castillo, A., Rebollida, M. y Stocco, P. (2005). Uso de drogas y violencia de género en mujeres adictas en Europa, claves para su comprensión e intervención. *Salud y Drogas*, 5 (2), 137-157.
- López, A. (1995). *DSM-IV Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- Lundqvist, G., Svedin, C. y Hansson, K. (2004). Childhood sexual abuse. Women's health when starting in group therapy. *Nordic Journal of Psychiatry*, 58 (1), 25-32.
- Manero, R. y Villamil, R. (2005). El síndrome de estrés postraumático y las sobrevivientes de violencia sexual. *Psicología y Salud*, 13 (1) (consultado en http://www.uv.mx/psicysalud/Psicysalud%2013_1/index.html).
- Narvaz, M., y Oliveira, L. (2009). A relacao entre abuso sexual e trastornos alimentares: una revisao. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 43 (1), 22-29.
- Nicolas, M. y Forrester, A. (1999). Advantages of heterogeneous therapy groups in the psychotherapy of the traumatically Abused: Treating the problem as well as the person. *International Journal of Group Psychotherapy*, 49 (3), 323-342.
- Orengo, F. y Sabbah, D. (2001). Trastorno de Estrés Postraumático: Entrevista a Chaim F. Shatan. *Aperturas Psicoanalíticas*. (consultado en : <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000184&a=Trastorno-de-estres-postraumatico-entrevistacon-Chaim-F-Shatan>).
- Organización Mundial de la Salud (1997). *CIE 10 trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Barcelona: Organización Mundial de la Salud.
- Peláez, J. y Juncal, V. (2008). Abuso sexual en niñas y adolescentes. Experiencias

- de 10 años. *Ginecología y Salud Reproductiva*, 1-13.
- Pignatiello, A. (2006). Trauma y otras repercusiones del abuso sexual desde una perspectiva psicoanalítica. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 11 (nº 26), 162-168.
- Ramos, L. (2007). Impacto de la violencia contra las mujeres y estrategias de afrontamiento. *Salud Pública*, 49, 334-336.
- Ramos, L., Jiménez, R., Saltijeral, M. y Caballero, M. (1997). Necesidades de atención a la salud mental en mujeres violadas. *Salud Mental*, 20, 47-57.
- Ramos, L., Saltijeral, M., Romero, M., Caballero, M. y Martínez, N. (2001). Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de usuarias de un centro de salud. *Salud Pública*, 43, 182-191.
- Richert, M. y Hiebert-Murphy, D. (2000). A parenting group for women dealing with child sexual abuse and substance abuse. *International Journal of Group Psychotherapy*, 50 (3), 397-405.
- Ruiz, P. y Escursell, M. (2000). Variables socioculturales en la atribución de culpa a las víctimas de violación. *Revista Psicothema*, 12 (2), 223-228.
- Sánchez, O. (2008). *Las violencias contra las mujeres en una sociedad de guerra*. Bogotá: Offset Gráfico Editores S.A.
- Ryan, M., Nitsu, M., Gilbert, L. y Mason, H. (2005). A prospective study of the effectiveness of group and individual psychotherapy for women CSA survivors. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 78, 465-479.
- Soler, E., Barreto, P. y González, R. (2005). Cuestionario de respuesta emocional a la violencia doméstica y sexual. *Psicothema*, 17 (2), 267-274.
- Underwager, R. y Wakefield, H. (1994). *Return of the furies. An investigation into recovered memory therapy*. Illinois: Open Court Publishing Company.
- Vandensen, M. y Carr, J. (2003). Recovery from sexual assault: an innovative two group therapy model. *International Journal of Group Psychotherapy*, 53 (2), 201-223.
- Vallejo, Á. y Terranova, L. (2009). Estrés postraumático y psicoterapia de grupo en militares. *Terapia Psicológica*, 27 (1), 103-112.
- Victoria, M. y Bonilla, N. (2008). Imaginarios y marcos valorativos de funcionarios de justicia sobre víctimas de violación sexual en Cali. *Pensamiento Psicológico*, 4 (11), 45-63.
- Wasco, S. (2003). Conceptualizing the harm done by rape: applications of trauma theory to experiences of sexual assault. *Trauma Violence Abuse*, 4, 309-322.
- Wilson, D. (2010). Health consequences of childhood sexual abuse. *Perspectives in Psychiatric Care*, 46 (1), 56-64.