

Factores predictores del impacto psicopatológico en víctimas de agresión sexual

TESIS DOCTORAL PRESENTADA POR
M.^a ÁNGELES DE LA CRUZ FORTÚN

3. COLECCIÓN:
Premio de la Delegación del Gobierno
para la Violencia de Género
a Tesis Doctorales sobre Violencia de Género



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

*Factores predictores del impacto
psicopatológico en víctimas
de agresión sexual*

TESIS DOCTORAL PRESENTADA POR
M.^a ÁNGELES DE LA CRUZ FORTÚN



© Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
Centro de Publicaciones
P.º del Prado, n.º 18 - 28014 MADRID

NIPO Papel: 680-17-052-2
NIPO On line: 680-17-053-8
Depósito legal: M-26013-2017

Las opiniones expresadas en esta publicación son responsabilidad exclusiva de su autora y su publicación no significa que la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género se identifique con las mismas.

“En esta publicación se ha utilizado papel reciclado libre de cloro de acuerdo con los criterios medioambientales de la contratación pública”

Correo electrónico: publicaciones@msssi.es
<http://www.publicacionesoficiales.boe.es>

*A Juan, por su amor
y apoyo incondicional*

ÍNDICE

Agradecimientos	11
Resumen	13
Presentación	17

PRIMERA PARTE *Fundamentos teóricos*

Capítulo 1. Aproximación conceptual a la violencia sexual	23
1.1. Introducción histórica y conceptualización de la violencia sexual	23
1.2. Violencia sexual infantil: abuso sexual.....	32
1.3. Otros tipos de violencia contra la mujer.....	37
1.3.1. Conflicto armado y violencia sexual.....	37
1.3.2. Mutilación genital femenina	38
1.3.3. Trata de mujeres con fines de explotación sexual.....	40
1.3.4. Violencia de género en la pareja.....	41
1.4. La violencia sexual según el Código Penal	43
1.5. Datos epidemiológicos	59
1.5.1. Agresión, abuso y acoso sexual.....	59
1.5.2. Otros tipos de violencia sexual.....	64
Capítulo 2. Consecuencias de la agresión sexual	69
2.1. Introducción	69
2.2. Consecuencias a corto plazo.....	71

2.2.1. Consecuencias somáticas.....	72
2.2.2. Consecuencias psicológicas	75
2.2.3. Consecuencias sociales.....	89
2.3. Consecuencias a medio plazo.....	90
2.4. Consecuencias a largo plazo	91
2.4.1. Consecuencias somáticas.....	91
2.4.2. Consecuencias psicológicas	92
2.4.3. Consecuencias sociales.....	95
Capítulo 3. Factores de vulnerabilidad predictores del impacto psicopatológico en víctimas de agresión sexual.....	97
3.1. Introducción	97
3.2. Factores anteriores a la agresión.....	101
3.2.1. Factores biográficos y demográficos	101
3.2.2. Factores personales	103
3.2.2.1. Trastornos psicológicos previos e historia psicopatológica familiar.....	103
3.2.2.2. Trauma previo.....	104
3.2.2.3. Rasgos de personalidad e inteligencia.....	106
3.2.3. Sucesos estresantes.....	108
3.3. Factores de vulnerabilidad que intervienen durante la agresión sexual .	113
3.3.1. Variables cognitivas.....	113
3.3.2. Características de la agresión.....	114
3.4. Factores de vulnerabilidad posteriores a la agresión sexual.....	120
3.4.1. Reacción emocional y cognitiva de la víctima	120
3.4.1.1. Emociones/Sentimientos.....	121
3.4.1.2. Creencias desadaptativas.....	121
3.4.1.3. Ideas de culpa.....	123
3.4.1.4. Memoria desorganizada	127
3.4.2. Estrategias de afrontamiento	128
3.4.3. Apoyo social.....	132
3.4.4. Victimización secundaria.....	135

SEGUNDA PARTE
Investigación Empírica

Capítulo 4. Metodología de investigación	149
4.1. Introducción	149
4.2. Participantes	150
4.3. Definición de las variables	151
4.3.1. Variables independientes (predictoras)	151
4.3.1.1. Variables anteriores a la agresión sexual	151
4.3.1.2. Variables que intervienen durante la agresión sexual	153
4.3.1.3. Variables posteriores a la agresión sexual	153
4.3.2. Variables dependientes (de criterio)	157
4.4. Instrumentos de medida	158
4.4.1. Entrevista	158
4.4.2. Instrumentos de autoinforme	159
4.5. Procedimiento	161
Capítulo 5. Estudio descriptivo de las víctimas de agresión sexual	163
5.1. Objetivos	163
5.2. Características socio-demográficas	163
5.3. Características descriptivas de la agresión sexual	165
5.4. Análisis descriptivo de la victimización secundaria	169
5.5. Resumen de los resultados obtenidos	170
Capítulo 6. Análisis de los factores predictores del impacto psicopatológico en las víctimas de agresión sexual	173
6.1. Introducción	173
6.2. Objetivos	176
6.3. Hipótesis	176
6.4. Diseño	178
6.5. Análisis de datos	178
6.6. Resultados	178
6.6.1. Variables anteriores a la agresión sexual	179

6.6.2. Variables que intervienen durante la agresión sexual.....	185
6.6.3. Variables posteriores a la agresión sexual.....	190
6.7. Resumen de los resultados obtenidos.....	198
Capítulo 7. Discusión general.....	215
7.1. Introducción	215
7.2. Estudio descriptivo de las víctimas de agresión sexual.....	215
7.3. Factores de vulnerabilidad predictores del impacto psicológico en víctimas de agresión sexual.....	218
7.3.1. Factores anteriores a la agresión sexual.....	219
7.3.2. Factores que intervienen durante la agresión sexual	221
7.3.3. Factores posteriores a la agresión sexual.....	223
Capítulo 8. Conclusiones y líneas futuras de investigación	227
8.1. Conclusiones.....	227
8.2. Implicaciones y líneas futuras de investigación	230
Referencias.....	235
Anexo: Protocolo de evaluación	259

Agradecimientos

Esta investigación ha sido posible gracias a la colaboración de muchas personas que directa o indirectamente me han ayudado y apoyado, por lo que me gustaría dedicarles unas líneas de agradecimiento.

En primer lugar me gustaría expresar mi más profundo agradecimiento a los directores de esta tesis doctoral, M.^a Elena de la Peña Fernández y José Manuel Andreu Rodríguez, por su acompañamiento, su orientación y guía en este camino de investigación, por su paciencia, su ayuda desinteresada y su gran implicación profesional y personal que me han ayudado a crecer profesionalmente y a aumentar mi entusiasmo por la investigación.

También me gustaría agradecer a todo el profesorado del Departamento de Psicología Clínica de la Universidad Complutense de Madrid, su colaboración en mi desarrollo académico y profesional.

A mis compañeras de la asociación CAVAS, en especial a Irene, por su inestimable apoyo y colaboración en la recogida de la muestra.

A todas las supervivientes de violencia sexual, por enseñarme el verdadero significado de la fuerza y el valor y por hacer que cada día crea aún más en esta bonita profesión.

A mis padres, a mi familia, a Paola, a Carmen y a Laura, por su ilusión, apoyo y ayuda ante las dificultades.

Finalmente me gustaría agradecer a Juan toda su paciencia, su comprensión, sus ánimos y su apoyo incondicional sin el cual no hubiera podido realizar esta investigación.

A todos vosotros y vosotras, muchas gracias.

Resumen

Antecedentes

La violencia contra la mujer, en todas sus formas, es un problema de salud pública cada vez más frecuente y grave en nuestra sociedad, afectando a millones de personas en el mundo. Dentro del concepto de violencia contra la mujer se incluye la *violencia sexual* que se define, según la Organización Mundial de la Salud, como “todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo”.

La agresión sexual es un delito que causa un severo impacto a lo largo del tiempo, tanto en la salud física y psicológica como en el bienestar social de las personas que lo sufren. Parece existir un acuerdo en cuanto a las principales consecuencias derivadas de una agresión sexual, destacando entre ellas el trastorno de estrés postraumático (TEPT), la depresión, trastornos de ansiedad, abuso o dependencia de sustancias, intentos autolíticos, trastornos de alimentación y disfunciones sexuales.

No obstante, estos cuadros sintomáticos no aparecen en todos los casos ni se dan de forma uniforme, sino que varían en su intensidad y características, ya que las víctimas pueden reaccionar de diferente forma ante un mismo suceso traumático en función de unos factores determinados. Estos factores, que influyen en el impacto psicológico de la agresión se denominan *factores de vulnerabilidad*.

Objetivos

En esta investigación se han recogido los principales factores de vulnerabilidad descritos en la literatura con el objeto de comprobar su efecto sobre la sintomatología

desarrollada en víctimas de agresión sexual. Estos factores se han organizado siguiendo la clasificación de Echeburúa *et al.* (1995) en: factores anteriores a la agresión, durante la agresión y posteriores a la misma. Asimismo, se ha empleado un protocolo de evaluación elaborado para tal fin, tratando de no excederse en el número de cuestionarios utilizados, dadas las características especiales de la muestra utilizada.

Participantes

Las participantes fueron 77 mujeres mayores de edad, víctimas de agresiones sexuales en la edad adulta que acudieron al Centro de Atención a Víctimas de Agresiones Sexuales (C.A.V.A.S.) de Madrid, entre los años 2010 y 2012.

Resultados

Se ha realizado un primer estudio descriptivo de las características socio-demográficas y de la agresión sexual sufrida, así como de la victimización secundaria presentada en la muestra de víctimas de agresión sexual.

En relación a las *variables socio-demográficas*, el grupo de edad más frecuente de las víctimas fue el de 18 a 30 años. La mayoría de las mujeres estaban solteras en el momento de la evaluación, eran españolas y tenían estudios secundarios o universitarios, observando un aumento de mujeres universitarias en los últimos años. En torno a la mitad de las participantes se encontraban en activo, mientras que la otra mitad se divide entre las mujeres que estaban en situación de paro o en otras situaciones como estudiantes o de baja laboral.

Con respecto a las *características de la agresión sexual*, el delito con una mayor prevalencia en la muestra fue la agresión sexual con violación, siendo en la mayoría de los casos cometidos por un solo agresor. Los actos cometidos durante la agresión sexual que mostraron una mayor prevalencia son los tocamientos y la penetración vaginal. Los medios de coacción más frecuentes empleados por el agresor para llevar a cabo la agresión fueron los engaños y otros medios como aprovechar el estado inconsciente de la víctima. Con respecto al estado de la víctima en el momento de la agresión, un mayor número de mujeres se encontraban conscientes durante la agresión sexual, aunque un tercio de ellas estaban drogadas, embriagadas o fueron atacadas en estado inconsciente durante la agresión o el abuso sexual. Las reacciones principales que mostraron las víctimas ante la agresión fueron quedar paralizada, defenderse o forcejear. En la mayoría de los casos el agresor se encontraba en el entorno de la víctima, siendo desconocido en un tercio de los casos aproximadamente. Finalmente, el mayor porcentaje de las mujeres que realizaron el estudio denunció la agresión sufrida, la mayoría en las primeras 24 horas. En cuanto a las mujeres que no denunciaron, los principales motivos para no denunciar la agresión fueron pensar que no era útil o temer que no iban a ser creídas.

En cuanto a las variables de *victimización secundaria*, la mayoría de las mujeres que habían denunciado la agresión sintieron que habían recibido un buen trato por parte de

la policía y el médico forense. Únicamente un grupo reducido de mujeres percibieron que se les sugirió que su caso no era suficientemente serio o que tenían responsabilidad en la agresión.

Por otro lado, se han realizado diversos análisis de regresión para determinar en qué medida los factores de vulnerabilidad considerados, pueden explicar la sintomatología clínica presentada y cuáles de ellos tienen mayor capacidad predictiva.

Los resultados han sido consistentes con otras investigaciones. Así, los *factores* que mayor valor predictivo han presentado con respecto a una mayor sintomatología clínica presentada tras la agresión sexual han sido:

- a) En relación a las *variables anteriores a la agresión* destacan: el tener antecedentes de trastornos psicológicos previos y haber sufrido otra agresión sexual; rasgos de personalidad como baja extraversión, elevado neuroticismo y, en menor medida, baja apertura y amabilidad; y finalmente, haber tenido en el último año problemas de salud y problemas familiares.
- b) En relación a las *variables que intervienen durante la agresión*, han resultado ser predictoras con un peso relativamente pequeño (menor de un 10% en todos los casos) las siguientes: como medio de coacción, el empleo de arma blanca; la felación y penetración anal dentro de los actos sexuales sufridos; presentar un estado no alterado de conciencia; no intentar iniciar una conversación, suplicar o quedar paralizada como reacciones de la víctima y, finalmente, que el agresor sea conocido.
- c) En relación a las *variables posteriores a la agresión*: menor tiempo transcurrido desde la agresión sexual hasta el momento de la evaluación; elevadas creencias desadaptativas sobre uno mismo (siendo la variable con mayor valor predictivo); la creencia de control futuro o la realización de conductas preventivas; la creencia de que existe una mayor probabilidad de sufrir una nueva agresión; y como estrategias de afrontamiento, la planificación, el apoyo social instrumental, la negación, desahogo y el uso de sustancias. En cuanto a los factores que han resultado ser predictores de un mejor ajuste destacan el control presente o control sobre la recuperación; como estrategias de afrontamiento la aceptación, el humor y autodistracción; y por último, la satisfacción con el apoyo social.

Conclusiones

Si bien los resultados obtenidos han sido consistentes con numerosas investigaciones previas, no por eso dejan de ser una importante contribución dentro de este ámbito de estudio, ya que es la primera vez que se recogen en una sola investigación numerosas variables que pueden relacionarse con una mayor sintomatología tras sufrir una agresión sexual; representando estos factores los distintos momentos temporales en los que pueden ejercer su influencia.

No obstante, en el presente estudio se han dado una serie de limitaciones. En primer lugar, la naturaleza clínica y personal de los participantes objeto de estudio ha

dificultado la obtención de una mayor muestra, por lo que el tamaño muestral puede considerarse relativamente pequeño, lo que supone un inconveniente a la hora de generalizar los resultados a otras víctimas. Asimismo, se describen en la presente investigación otras limitaciones relacionadas con los instrumentos de evaluación.

Finalmente, se describen las implicaciones de los resultados tanto para el ámbito clínico como el forense, así como de cara a la prevención, sugiriéndose futuras líneas de investigación.

Palabras clave: Violencia sexual, agresión sexual, violación, abuso sexual, factores predictores, impacto psicopatológico.

Presentación

Cuando hablamos de una agresión sexual, hacemos referencia a una de las experiencias más traumáticas que puede sufrir una persona.

La violencia contra la mujer, en todas sus formas, es un problema cada vez más grave en nuestra sociedad. A pesar de las continuas campañas de sensibilización y concienciación sobre la gravedad del problema, los estudios sobre el impacto de este tipo de violencia en la mujer ponen de relieve tasas elevadas de morbilidad psicológica e incluso mortalidad.

En el concepto de violencia contra la mujer se incluye la agresión sexual, que al igual que otros tipos de violencia, no supone una nueva situación, ya que ha estado presente en nuestras sociedades desde el principio de los tiempos. Sin embargo, desde los últimos años, está adquiriendo una mayor relevancia social gracias a la valentía de muchas víctimas y al aumento de denuncias que antes se mantenían ocultas.

Cualquier persona, hombre o mujer, puede ser víctima de una agresión sexual, pero los datos reflejan que es un delito que sufren las mujeres en mayor medida.

Los informes llevados a cabo en los últimos años han puesto de manifiesto que un alto porcentaje de la población ha sufrido en algún momento de su vida algún tipo de violencia sexual, destacando el aumento de víctimas menores de edad y de abusos intrafamiliares. No obstante, y a pesar de haber habido un aumento de las denuncias de delitos sexuales, en España se calcula que se denuncian una sexta parte de estos delitos, presentando más dificultad a la hora de denunciar los delitos acaecidos dentro de la familia.

Actualmente, nos encontramos ante una gran alarma social, teniendo en cuenta el aumento de incidencias de agresiones sexuales, las graves repercusiones psicológicas para las víctimas de estos delitos, el debate actual sobre las penas impuestas a los agresores (consideradas escasas) y la posibilidad de reincidencia.

Hay que tener en cuenta que este delito afecta a uno de los derechos primordiales del ser humano, la libertad. La agresión sexual es una de las formas más primarias de control sobre la mujer al privarla de su capacidad de decisión sobre su propio cuerpo y su proyecto vital, quebrando el sentimiento básico de seguridad. Por este motivo no sólo afecta a su libertad sexual sino a la libertad en general.

Debido al creciente interés en estos delitos, han proliferado diferentes líneas de investigación, unas centradas en la sintomatología de las víctimas, otras en el papel de la victimización secundaria, en el estudio de perfiles de los agresores o en las tasas de reincidencia. Sin embargo, existen pocos estudios y datos contradictorios sobre aquellos factores de vulnerabilidad que influyen en las diferencias individuales sobre las repercusiones de una agresión sexual.

La presente investigación pretende establecer el poder predictivo de los diferentes factores de vulnerabilidad encontrados en la bibliografía, sobre la sintomatología clínica descrita en víctimas de agresión sexual.

En el primer capítulo, se establece una breve introducción histórica y conceptual de la violencia sexual, se describen de forma más específica los tipos de violencia sexual más importantes, para finalizar con su conceptualización según el Código Penal vigente y algunos datos epidemiológicos sobre los distintos tipos de violencia sexual.

En el segundo capítulo se describen las principales consecuencias a corto, medio y largo plazo de una agresión sexual, tanto a nivel somático como psicológico y social.

En el capítulo tercero se realiza una revisión de los principales factores de vulnerabilidad predictores del impacto psicológico de una agresión sexual. Para ello se empleará una clasificación de los factores en función del momento temporal en el que influyen con respecto a la agresión sexual.

El capítulo cuarto describe la metodología empleada en la presente investigación, aportando datos acerca de los participantes, las variables y los instrumentos de medida; mientras que en el quinto capítulo se realiza un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas, de las características de la agresión sexual de la muestra y de la victimización secundaria.

En el capítulo sexto se detallan las hipótesis de la investigación, se realiza el análisis de datos y finalmente se presentan todos los resultados derivados de este análisis.

En el capítulo séptimo, se lleva a cabo una discusión sobre los resultados encontrados en la presente investigación, para terminar, en el capítulo octavo, con la exposición de las conclusiones finales, analizando las implicaciones para la prevención y las perspectivas futuras de investigación.

Por último, en el anexo, se presenta el protocolo de evaluación empleado en esta investigación.

Así, el presente estudio puede ser relevante tanto para la psicología forense como para la clínica, ya que además de proporcionarnos una mejor comprensión de la sintomatología presentada por las víctimas de agresión sexual, de cara al tratamiento

psicológico, también facilitará el establecimiento de objetivos terapéuticos más concretos para conseguir una mayor efectividad, además de poner de relevancia algunos factores predictores importantes como son el apoyo social o las creencias desadaptativas que podrían ser objetivos fundamentales para la prevención.

Finalmente, hay que hacer referencia al uso de la palabra *víctima* a lo largo de todo el estudio. A pesar de que este término se utilizará de aquí en adelante para denominar a las personas que han sufrido algún tipo de agresión o abuso sexual, hay que dejar claro, que fuera de éste contexto, no se debería etiquetar a estas personas.

Primera Parte

Fundamentos Teóricos

CAPÍTULO I

Aproximación conceptual a la violencia sexual

1.1. INTRODUCCIÓN HISTÓRICA Y CONCEPTUALIZACIÓN DE LA VIOLENCIA SEXUAL

Previo a definir la violencia sexual, es importante establecer un breve marco histórico para poder contemplar la evolución del concepto de violencia contra la mujer y así lograr que la sociedad tome conciencia cada vez más del grave problema que supone.

En 1979 se marca un hito en la evolución de la protección de los derechos de las mujeres en la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. Un año después, en 1980, se contempla por primera vez el tema de “La mujer maltratada y la violencia en la familia” en la Conferencia Mundial del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer celebrada en Copenhague (Binstock, 1998).

Poco tiempo después, en el Consejo Económico y Social, en Ginebra (1982), se considera que los malos tratos contra las mujeres, niños y niñas, las violaciones y la violencia en las familias suponen una ofensa a la dignidad del ser humano. Durante este periodo, en las Naciones Unidas se manifiesta que la situación de la mujer no queda correctamente plasmada en la justicia penal del momento (Mestre, Tur y Semper, 2008).

En la III Conferencia Mundial sobre las Mujeres, Nairobi 1985, se establece la prioridad de erradicar la violencia en el entorno familiar y se plantea la necesaria participación de los gobiernos en el proceso de crear conciencia social. Asimismo, y por primera vez, se vincula la violencia contra las mujeres con la promoción y el mantenimiento de la paz y se contempla en el ámbito privado y público. Sin embargo, la violencia contra la mujer no llegó a categorizarse como una violación de los derechos humanos hasta 1986 en el Consejo Económico y Social (Binstock, 1998).

La primera definición oficial de “violencia contra la mujer” se establece en el año 1993 en la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, de la Asamblea de las Naciones Unidas. Se define como “violencia contra la mujer o violencia de género” todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria

de la libertad, tanto si se produce en la vida pública como en la vida privada (Alberdi, 2005; Díaz-Aguado y Martínez-Arias, 2002; García, Olivares, San Vicente y Jaime, 2004; Labrador, Rincón, De Luis y Fernández-Velasco, 2004; Mestre *et al.*, 2008; Novo y Seijo, 2009; Osborne, 2001).

A partir de esta definición se pueden establecer, entre otras, las siguientes formas de violencia contra la mujer (Díaz-Aguado y Martínez-Arias, 2002):

- a) La violencia física, sexual y psicológica en la familia.
- b) La violencia física, sexual y psicológica en su entorno social.
- c) La violencia física, sexual y psicológica perpetrada o tolerada por el Estado, dondequiera que ocurra.

En la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer también se incluyen otras formas de violencia, además de las mencionadas, como (Osborne, 2001):

- La violencia física, sexual y psicológica que se produce en la familia y en el entorno, incluidos los malos tratos, el abuso sexual infantil, la violencia relacionada con la dote, la violación por la pareja y la mutilación genital femenina.
- La violencia relacionada con la explotación.
- El acoso y la intimidación sexual en el trabajo, en instituciones educativas y en otros lugares.
- La trata de mujeres.
- La prostitución forzada.
- La violencia perpetrada o tolerada por el Estado, especificándose que los Estados “deben condenar la violencia contra la mujer y no invocar ninguna costumbre, tradición o consideración religiosa para eludir su obligación de procurar eliminarla”.

Posteriormente, en la Conferencia de Beijing de la ONU en 1995 se reconoce internacionalmente el fenómeno de la violencia de género o violencia contra la mujer como un problema social, adquiriendo una definición clara en el contexto de los derechos humanos y de la igualdad entre hombres y mujeres (Alberdi, 2005). Un aspecto destacable es que se acordó la adopción de una serie de medidas integradas que englobaran tanto la prevención como el estudio de las causas y consecuencias de este tipo de violencia (Díaz-Aguado y Martínez-Arias, 2002).

Existen otras clasificaciones de la violencia, como la propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2002, que teniendo en cuenta las características de quien ejerce la violencia, establece la violencia autoinflingida, violencia dirigida hacia uno mismo; la violencia interpersonal, dirigida hacia otro individuo, donde se puede encuadrar la violencia contra la mujer; y la violencia colectiva, dirigida a grupos más grandes (Mestre *et al.*, 2008; Novo y Seijo, 2009).

Sin embargo, la clasificación más universal de la violencia, realizada por la Organización Mundial de la Salud, se centra en la naturaleza de los actos violentos: física, psíquica, sexual y de privación (Novo y Seijo, 2009).

La *violencia física* representa la forma más visible, pudiendo originar lesiones (erusiones, heridas, etc.) o incluso la muerte de las víctimas, e incluye todas las acciones que persiguen un daño corporal como golpes, pellizcos, mordeduras, tirones de pelo, quemaduras, atar, encadenar, agresiones con arma blanca o de fuego, etc. (Carrasco y Maza, 2005; Instituto Andaluz de la Mujer, 2000).

La *violencia psicológica* se caracteriza por la presencia continuada de la intimidación o amenazas, por el uso de humillaciones, por la imposición del aislamiento social, la desvalorización total como persona y/o por un acoso continuado (Carrasco y Maza, 2005; Instituto Andaluz de la Mujer, 2000; Novo y Seijo, 2009).

Otras formas que pueden incluirse como violencia psicológica es el *abuso social*, consistente en impedir o imponer que la mujer le acompañe o asista a actividades sociales, que estudie o trabaje, tener amigos o el trato con vecinos; el *abuso ambiental*, romper o tirar objetos y matar o herir mascotas; y el *abuso económico*, no cubrir las necesidades familiares, ocultar ganancias, no dar dinero para medicamentos y control sobre los gastos (Carrasco y Maza, 2005; Instituto Andaluz de la Mujer, 2000). Este tipo de violencia puede ser más habitual que la violencia física y sin embargo a menudo resulta obviada, tendiendo a minusvalorar sus efectos (Carrasco y Maza, 2005).

Otra forma de violencia o maltrato es la *negligencia, abandono o indiferencia*. Suele darse mayormente en la población infantil y en la tercera edad. Se trata de acciones tales como no llevar al médico, no dar la medicación, encierros en la casa, sujeción mecánica, no dar abrigo, o no socorrer en incendios o intoxicaciones (Carrasco y Maza, 2005).

Finalmente, la *violencia sexual* puede definirse, según la Organización Mundial de la Salud, como “todo acto sexual, la tentativa de consumir un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo” (Antona y Madrid, 2007; Novo y Seijo, 2009; OMS, 2002).

Este tipo de violencia comparte con los demás tipos características en común como (Noguerol, 2005):

- Todas las formas de violencia están penadas por la Ley.
- Pueden tener importantes consecuencias físicas y/o emocionales.
- Son formas de controlar, dominar e intimidar a otra persona.
- Toda manifestación de violencia es una conducta que sirve para lidiar con sentimientos propios de rabia, frustración o conflictos personales.

Así, la violencia sexual, vulnera los Derechos Humanos, Sexuales y Reproductivos, siendo considerada una de las vulneraciones de los Derechos Humanos más extendida y menos visible (OMS, 2002).

Por otro lado, hace referencia a cualquier acto de carácter sexual que atenta contra la libertad de la otra persona, siendo lo fundamental de este concepto la ausencia de consentimiento válido de la persona (López, 2012).

En la misma dirección, García *et al.* (2004) refieren que la violencia sexual atenta contra la libertad sexual de las personas, como derecho fundamental dentro de la libertad general de los seres humanos, que consiste en poder decidir sin coacción con quién, cómo y cuándo mantener contactos sexuales. Este derecho no lo recoge nuestra Constitución como tal, pero sí proclama la libertad en general como uno de los tres valores superiores.

Antona y Madrid (2007), señalan como la violencia sexual se puede manifestar de diversos modos, coacciones en la pareja, abusos, prostitución forzada, acoso, violación, trata de personas, mutilación genital femenina o matrimonio precoz.

En ocasiones se ha utilizado la violencia sexual como arma en una situación de conflicto armado, por ejemplo como “botín de guerra”. Estas costumbres han desaparecido como forma legítima de hacer la guerra, aunque las violaciones en los conflictos bélicos son una realidad que continúa sucediendo (Alberdi, 2005; OMS, 2002).

Asimismo, se pueden dar todo tipo de contactos sexuales, como relaciones sexuales impuestas, introducción de objetos en vagina o ano, obligar a realizar prácticas sexuales que no se desean, sacar fotos de desnudos sin consentimiento, conductas exhibicionistas o acoso (Carrasco y Maza, 2005; Instituto Andaluz de la Mujer, 2000; Urra, 2007).

Son también tipos de violencia sexual la negación del derecho a hacer uso de métodos anticonceptivos o la adopción de alguna medida para hacer frente a las enfermedades de transmisión sexual y el aborto forzado (OMS, 2002; Fondo de Población de Naciones Unidas, UNFPA, 2008).

Otra forma de clasificar la violencia sexual propuesta por García *et al.* (2004) atendiendo al ámbito en el que se produce la violencia sexual puede ser:

- Dentro del ámbito familiar: abusos sexuales, violación en el seno de la pareja y los casos de mutilación genital femenina pactada por los progenitores.
- Fuera del ámbito familiar: violación o abuso sexual por un extraño o conocido no familiar, acoso sexual en el trabajo o instituciones educativas y explotación sexual a través de la trata de mujeres y la prostitución.

En la tipificación de la violencia sexual se consideran las siguientes definiciones (García, Navarro, Imaz y Salanova, 2009; López, 2012; Mestre *et al.*, 2008):

- a) Agresiones sexuales: contactos sexuales no consentidos que se producen a través de la violencia o intimidación. Se entiende por intimidación una reacción psicológica y real de la víctima a sufrir un daño inminente y grave en el momento de la agresión (López, 2012).
- b) Abusos sexuales: contactos sexuales no consentidos que se producen sin la mediación de la violencia o intimidación. Se incluyen las personas especialmente vulnerables como aquellas que tienen limitadas las capacidades volitivas o cognitivas, los menores, las menores y las personas discapacitadas.

- c) Acoso sexual: aquellos comportamientos no consentidos, verbales, no verbales o físicos, de índole sexual, que se producen en entornos sociales como el laboral o docente, con el propósito de atentar contra la dignidad de la persona o de crear una situación intimidatoria.

De una forma similar, Delgado (1994) define el acoso sexual como “aquella atención no deseada, que va desde una conducta de aproximación corporal, miradas impúdicas o maliciosas, insinuaciones, tocamientos o comentarios verbales ofensivos y, mediante sutiles medidas de presión y coerción para la actividad sexual, poder llegar a agresiones sexuales”.

Las conductas que constituyen el acoso sexual pueden ser las siguientes (García *et al.*, 2004):

- Verbales: proposiciones o presión para mantener relaciones sexuales, insinuaciones sexuales molestas, insistencia para mantener una relación fuera del trabajo después de que haya quedado claro el no consentimiento o comentarios obscenos.
- Conductas no verbales: exhibición de fotos, objetos o materiales escritos sexualmente sugestivos o pornográficos, silbidos o gestos obscenos.
- Conductas de naturaleza física: aproximaciones y contactos no deseados, llegando a constituir posibles agresiones o abusos sexuales.

Es importante resaltar que con bastante frecuencia se emplean como sinónimos los términos agresión sexual, abuso sexual y violación, debido, quizás, a que tanto en la agresión como en el abuso sexual se encuentran una gama de conductas de índole sexual no consentidas que pueden ir desde los tocamientos hasta la violación (Sortzen, 2011). Así, se entiende como violación, el acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o la introducción de miembros corporales u objetos por alguna de las dos primeras vías, siendo ésta la forma más grave de agresión sexual (OMS, 2002; Sortzen, 2011).

Osborne (2001) establece una definición de la agresión sexual atendiendo al elemento de coerción sexual principalmente, no precisando, como la definición jurídica, el medio empleado para imponer sobre otra persona una actividad sexual que no desea. Es decir, entiende por agresión sexual “cualquier tipo de actividad sexual cometida contra el deseo de una persona, ya sea con la utilización efectiva o con la amenaza de utilización de la fuerza, o por imposición de la voluntad del agresor o por cualquier otro medio”.

De la misma forma, para Corral, Echeburúa y Amor (1997), la definición psicológica de la agresión sexual marca el énfasis en la percepción que tenga la mujer de la agresión que ha sufrido (y que se considera a sí misma objeto de una agresión), sean cuales sean las formas y circunstancias en que dicha agresión haya sido llevada a cabo.

En cuanto a las diferencias de género, las agresiones sexuales afectan principalmente a las mujeres pero también pueden darse en hombres, en los cuales el impacto psicológico es muy grande y aumenta la tendencia a la ocultación debido a la vergüenza

y al temor a la incomprensión por parte de los demás (Echeburúa, 2004; López, 2012; Marshall, 2001). Las agresiones sexuales a hombres se suelen dar con mayor frecuencia en entornos o instituciones cerradas como prisiones, centros de menores, hospitales psiquiátricos, barcos o cuarteles (Carrasco y Maza, 2005).

Las agresiones sexuales no sólo son perpetradas por extraños, sino que un elevado número de ellas suceden entre personas con algún grado de relación (Albarrán, 2002a; Noguerol, 2005).

Así, y en función de la relación establecida entre la víctima y el agresor pueden establecerse cuatro modalidades: agresión sexual por desconocido, agresión sexual por conocido, las que suceden en el contexto de una relación de pareja y agresiones sexuales realizadas en grupo. Esta diferenciación tiene implicaciones en cuanto a la gravedad que supone la agresión para la víctima y el nivel de riesgo existente de futuras agresiones, siendo mayor en las relaciones de pareja (Echeburúa y Redondo, 2010).

Las *agresiones sexuales por desconocidos* son las más graves y traumáticas para la víctima, denominadas también violaciones por asalto, ya que se caracterizan por su naturaleza violenta y sorpresiva. El agresor sorprende a la víctima en un lugar solitario cuando se encuentra sola y sin la presencia de testigos, siendo frecuente el empleo de armas. Es el perfil de los agresores en serie.

Las *agresiones sexuales* también pueden realizarse *por personas conocidas* por la víctima, ya sea porque han sido amigos, conocidos del barrio, compañeros de trabajo, amigos de otros amigos, e incluso han podido tener algún inicio de intimidad. Se suelen dar en contextos sociales donde es frecuente la presencia de un cierto consumo de alcohol por parte del agresor, de la víctima o de ambos. En las ocasiones en las que se inicia una cierta intimidad de forma consentida puede que en un momento dado, la víctima no quiera dar su consentimiento para determinadas prácticas, a las cuales termina siendo forzada por su agresor.

Otra modalidad mencionada se trata de las *agresiones sexuales cometidas en grupo*, especialmente realizadas por jóvenes. Se estima que suponen un tercio de las agresiones sexuales juveniles denunciadas. El principal beneficio de actuar en grupo es la existencia de una mayor conformidad y apoyo social de los miembros que contribuyen a la desinhibición conductual. Estos grupos suelen ser pequeños, de entre dos y cuatro personas. Puede implicar repetidas agresiones sexuales realizadas por los distintos miembros del grupo, por lo que tienden a ser más graves que las agresiones sexuales individuales.

Una de las categorías que cada vez cobra más relevancia es la *agresión sexual cometida en el marco de una relación de pareja*. En este caso ambos son o han sido pareja, manteniendo en varias ocasiones relaciones sexuales consentidas, pero en un momento determinado este consentimiento se rompe por parte de la víctima. El agresor, que considera que sigue teniendo derecho sobre la otra persona, obliga a la víctima a mantener un contacto sexual no deseado.

En este contexto de relación de pareja, la agresión sexual puede cometerse a través del empleo de la fuerza física, amenazas a una tercera persona o de la amenaza con

realizar un daño semejante al de ocasiones anteriores, o incluso, puede realizarse una violación sin violencia, cuando la mujer está imposibilitada para dar su consentimiento, por ejemplo cuando se encuentra bajo los efectos del alcohol, fármacos u otras drogas, o si se encuentra dormida o inconsciente (Noguerol, 2005; UNFPA, 2008). Este tipo de violencia sexual es una manifestación más, junto con la violencia física y psicológica, de la violencia contra la pareja (Echeburúa y Redondo, 2010; Noguerol, 2005).

La mujer víctima de una agresión sexual tiene el derecho a denunciarlo, tratándose de una decisión personal y no de una obligación (García *et al.*, 2004). En el caso de las mujeres que denuncian una agresión sexual, una de las razones que manifiestan para hacerlo es por solidaridad, es decir, para intentar que no vuelva a ocurrirle a otras personas (López, 2012).

Los motivos más frecuentes por los que no se denuncia una violación son el estado de activación y la confusión en el que se encuentra la víctima en los momentos iniciales, el miedo por parte de la víctima a que no le crean y temor a las represalias del agresor, sobre todo en casos de agresores conocidos (Echeburúa y Corral, 2006; Echeburúa, Corral, Zubizarreta y Sarasua, 1995; García *et al.*, 2004; García *et al.*, 2009; Lorente, Lorente y Lorente, 1998; Urrea, 2007). En algunos casos, la mujer puede no percibirse a sí misma como víctima de violación y por tanto no denunciarlo, por ejemplo en agresiones sexuales en el marco de una relación de pareja (Echeburúa y Corral, 2006; Echeburúa *et al.*, 1995; García *et al.*, 2004). Asimismo, en los casos en los que el agresor se encuentra en el ámbito familiar se complica el proceso de la denuncia al sumarse motivos como la dependencia emocional y/o económica de la víctima respecto a su agresor (García *et al.*, 2004). Otros motivos son la vergüenza que siente la víctima ante este delito y la desconfianza respecto al sistema judicial (Echeburúa, 2004; Echeburúa y Corral, 2006; García *et al.*, 2009; Lorente *et al.*, 1998; Sánchez, 2000). Tras una agresión sexual, la mujer experimenta una fase inicial de desorganización, caracterizada por sentimientos de culpa y vergüenza que pueden impedir llevar a cabo la denuncia (García *et al.*, 2004). Algunas víctimas prefieren mantener en soledad su sufrimiento y desean olvidar todo lo sucedido, no queriendo revivir el suceso traumático a través de la denuncia (Echeburúa y Corral, 2006).

La ausencia de denuncias se agrava en el caso de mujeres jóvenes inmigrantes ya que el “tener o no tener papeles” es un gran condicionante a la hora de denunciar y las reticencias a acudir a cualquier organismo oficial son muy comunes (Antona y Madrid, 2007).

Cuando se trata de tráfico de mujeres con fines de explotación sexual, la dificultad a la hora de denunciar es mayor debido a que las víctimas están aisladas, en situación de dependencia y amenazadas gravemente por las mafias (García *et al.*, 2004).

Sin embargo, el temor más frecuente a la hora de denunciar es acerca de la reacción del entorno. García *et al.* (2004) establecen que este temor proviene del supuesto que todas las personas tenemos integrada una cierta tolerancia a la violencia de género y es frecuente la defensa ante esta situación tan dramática a través del rechazo y la incredulidad, acudiendo en muchas ocasiones a ideas irracionales o mitos acerca de las agresiones sexuales.

A pesar del cambio social experimentado, todavía persisten falsas creencias acerca de las agresiones sexuales, del agresor y del papel de la mujer como víctima de este delito (García *et al.*, 2004). Se trata de creencias culturales, factores sociales y educacionales transmitidos de generación en generación que no sólo se dan en población general sino también en los profesionales que se ocupan de este tipo de sucesos, por lo que es muy importante analizar estos mitos (López, 2012). En el origen de estas creencias se puede encontrar la creencia personal de ser invulnerable, es decir, percibir que el entorno es agradable, que todo se encuentra en orden y sobre todo se refuerza con el planteamiento de que algunos hechos desagradables solo suceden a determinado tipo de personas (Delgado, 1994). A continuación se describen las principales *creencias irracionales* y aquellos planteamientos más racionales al respecto, divididas en tres grupos:

a) Respecto al agresor:

- *Los agresores sexuales son “locos” y/o reprimidos sexuales.* Existe una gran variedad de agresores y aunque en algún caso puede darse un trastorno mental, en la mayoría se trata de personas que no tienen diagnósticos formales (Aparicio y Muñoz, 2007; Delgado, 1994; Echeburúa y Redondo, 2010; García *et al.*, 2004; López, 2012).
- *Cuando un hombre está excitado sexualmente, no puede controlarse.* Este argumento se emplea para culpabilizar a la víctima de la agresión. Supone convertir a la mujer en responsable de frenar los deseos incontrolados de los hombres (Aparicio y Muñoz, 2007; Delgado, 1994; García *et al.*, 2004).
- *La mayoría de los agresores son hombres adultos.* En la actualidad un porcentaje cada vez mayor de agresiones son cometidas por jóvenes y adolescentes, llegando a cometer el 40% de los abusos sexuales y el 20% de las violaciones (Echeburúa y Redondo, 2010).
- *La mayoría de los agresores son delincuentes especializados, es decir, solo cometen agresiones sexuales.* En muchos casos se trata de personas que han cometido otro tipo de delitos y no necesariamente de tipo sexual (Delgado, 1994; Echeburúa y Redondo, 2010).
- *La mayoría de los agresores son desconocidos para las víctimas.* Se calcula que en torno al 50-80% de las agresiones son cometidas por personas del entorno de la víctima (Aparicio y Muñoz, 2007; Delgado, 1994; Echeburúa y Corral, 2006; López, 2012). La mayoría de las víctimas conocían previamente a sus agresores, aunque las agresiones por extraños se denuncian en mayor medida. Se tiende a confundir los delitos más denunciados y con mayor alarma social (violaciones por extraños) con los más frecuentes y silenciados ocurridos dentro del hogar (Soria y Hernández, 1994).
- *La mayoría de los agresores sexuales han sufrido en su infancia malos tratos o algún tipo de violencia sexual.* Sólo el 10% de los agresores de mujeres han sido niños maltratados (Urra, 2007).
- *A los agresores sexuales se les puede reconocer por su aspecto o por su conducta.* Es falso ya que tienen una apariencia normal (Echeburúa y Corral, 2006).

- *La mayoría de los agresores sexuales llevan a cabo la agresión debido a su deseo sexual incontenible.* En gran parte de este tipo de delitos no aparece un objetivo sexual claramente identificable, pero sí una humillación de contenido sexual hacia la mujer. El componente principal de una violación no es el sexo, sino la hostilidad o poder hacia la víctima (López, 2012; Soria y Hernández, 1994).
- *La mayoría de los agresores sexuales reinciden en el delito.* La tasa media oficial de reincidencia está situada en torno al 20%, aunque no se contabilizan las agresiones no denunciadas (Echeburúa y Redondo, 2010). La tasa de reincidencia es similar a la del resto de delitos (López, 2012; Soria y Hernández, 1994).

b) Respecto a la víctima:

- *La mujer siempre ofrece una resistencia inicial a la relación sexual y mantiene una actitud pasiva durante la misma.* La negativa a tener una relación sexual no admite matices (Delgado, 1994; García *et al.*, 2004).
- *Con frecuencia, las mujeres utilizan las falsas denuncias para vengarse de los hombres o justificar un embarazo.* La mayoría de las víctimas de agresión sexual no denunciaban el delito (Delgado, 1994; García *et al.*, 2004). La creencia social de que existe un gran volumen de denuncias falsas en casos de violación no se ve apoyada en estadísticas oficiales policiales. En estas estadísticas no aparece un número significativo (Soria y Hernández, 1994).
- *Las mujeres precipitan la agresión con su conducta provocativa.* La apariencia externa y el atractivo de la víctima es a menudo irrelevante (Aparicio y Muñoz, 2007; Delgado, 1994). El agresor es quien selecciona a la víctima, no tanto por su aspecto sino por la posible utilización en el logro de sus objetivos (Soria y Hernández, 1994).
- *Una mujer que realiza la prostitución no puede ser violada.* Cualquier contacto sexual no deseado impuesto por el cliente a través de la violencia supone una agresión sexual (García *et al.*, 2004).
- *Las agresiones sexuales las sufren personas de bajo nivel económico o cultural.* Una agresión sexual puede sufrirla cualquier persona, independientemente del nivel económico y cultural, no hay un perfil de persona violada (López, 2012).
- *Una fuerte resistencia de la víctima impide la violación.* Se trata de un supuesto falso, ya que la diferencia entre un violador que mata a su víctima y otro que no lo hace y la gravedad de las consecuencias puede residir en la resistencia de la víctima (García *et al.*, 2004).
- *La víctima de una agresión sexual no podrá recuperarse.* Una agresión sexual supone una situación traumática pero con una adecuada intervención desde el primer momento puede ser capaz de afrontar la situación (López, 2012).

c) Respecto a la agresión:

- *Todos los delitos sexuales son violentos.* Muchos delitos sexuales son de violencia indirecta, tratándose de abusos sexuales (Aparicio y Muñoz, 2007; Echeburúa y Redondo, 2010; López, 2012).

- *Las agresiones sexuales ocurren en lugares oscuros y solitarios.* Estos delitos suelen ocurrir en lugares habituales de la víctima (Echeburúa y Corral, 2006; López, 2012; Soria y Hernández, 1994).
- *Las agresiones sexuales sólo tienen lugar en ambientes marginales.* Tienen lugar en todas las clases sociales y ambientes (Echeburúa y Corral, 2006; Soria y Hernández, 1994).
- *Existe un aumento de las agresiones sexuales como consecuencia de la revolución sexual.* No hay estadísticas que avalen esta teoría y en cualquier caso el aumento de incidencia puede ser explicado por otras variables (Aparicio y Muñoz, 2007; García *et al.*, 2004).
- *La violación dentro del matrimonio no es delito.* Se considera delito cualquier contacto sexual no deseado, independientemente de la relación entre la víctima y el agresor (García *et al.*, 2004).
- *Es fácil detectar una agresión sexual.* En numerosas ocasiones la víctima de agresión sexual no busca ayuda por miedo o confusión (López, 2012).

Tras una breve introducción tanto histórica como conceptual de la violencia sexual, se desarrolla a continuación y de forma más específica los tipos de violencia sexual más importantes, para finalizar con su conceptualización según el Código Penal vigente y algunos datos epidemiológicos sobre los distintos tipos de violencia sexual, tanto a nivel nacional como internacional.

1.2. VIOLENCIA SEXUAL INFANTIL: ABUSO SEXUAL

En los últimos años, aparecen cada vez más noticias sobre nuevos casos de abuso sexual infantil, redes de pederastas, pornografía y turismo sexual infantil y de una forma más novedosa, sobre delitos sexuales a menores a través de internet y las redes sociales. Por todo ello, se va a dedicar un apartado a este tipo específico de violencia sexual que se da sobre los menores y las menores de edad.

Anteriormente, se ha descrito los principales tipos de violencia sexual, pero además de los aspectos y características generales de la agresión y el abuso sexual, cuando estos delitos se cometen sobre menores, se hallan ciertas particularidades (Carrasco y Maza, 2005).

Es importante tratar de encontrar una definición de este tipo de violencia, ya que de ello pueden depender cuestiones como la detección de casos y las necesidades de tratamiento para las víctimas y agresores. Entre las diversas definiciones se pueden observar diferencias en la edad límite del agresor o la víctima, las conductas abusivas o las estrategias empleadas para cometerlo. Algunas de las diferencias notables se encuentran entre las definiciones utilizadas por los profesionales de la salud y las definiciones legales, siendo más amplias y menos restrictivas las primeras (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000).

Así, una de las definiciones más utilizadas es la del *National Center of Child Abuse and Neglect* (1997) que expresa lo siguiente: “Los contactos e interacciones entre un niño o una niña y un adulto, cuando el adulto usa al niño o la niña para estimularse sexualmente, él mismo, al niño, a la niña o a otras personas. Puede ser cometido también por una persona menor de edad, cuando es significativamente mayor que el niño o la niña o cuando está en posición de poder o control sobre otro u otra menor” (cit. en Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000; Noguerol, 2005).

De forma similar, otros autores lo definen como “la actividad encaminada a proporcionar placer sexual, estimulación o gratificación sexual a un adulto, que utiliza para ello a un niño o una niña, aprovechando su situación de superioridad” (Sánchez, Rosa y López, 2011). Sin embargo, esta definición no contempla el abuso entre menores, y según Echeburúa y Guerricaechevarría (2000) aunque la mayoría de los abusos son cometidos por adultos, un 20% son cometidos por otros menores.

Hay dos conceptos claves cuando se habla de abuso sexual en la infancia, la coerción y la asimetría. La *coerción* se entiende como la capacidad por parte del abusador de ejercer algún tipo de presión, ya sea física, psicológica o a través del engaño, sobre el menor o la menor. Por otro lado, la *asimetría* hace referencia a la diferencia de edad existente entre el abusador y la víctima (Carrasco y Maza, 2005; Fernández-Ballesteros, 2002; López, 1994). Se entiende que tal diferencia impide el ejercicio de la libertad a la hora de dar el consentimiento sobre la actividad sexual, ya que se presupone que las experiencias, expectativas y grado de madurez de cada uno de los participantes son diferentes (Fernández-Ballesteros, 2002; López, 1994). Según López (1994), el criterio de la coerción debería ser suficiente siempre que tenga lugar el abuso con una persona menor de edad.

Otra de las características del abuso sexual a menores es que suele darse de forma reiterada (Carrasco y Maza, 2005), lo cual implica una re-victimización del menor o la menor y un mayor riesgo de alteraciones psicopatológicas (Cantón y Cortés, 2001).

Normalmente, en el caso de abuso sexual a menores, éste suele comenzar de forma insidiosa, progresiva, acompañada de algún grado de relación y habitualmente sin violencia física, ya que cuando se acompaña de violencia se considera un caso de peligrosidad extrema para la víctima (Vázquez, 2007). La violencia física no suele ser necesaria debido a que la capacidad del adulto de seducción y el temor inducido al menor o la menor son suficientes para doblegar la voluntad de la víctima y para mantener el acto en secreto (Vázquez, 1995). De hecho, se consideran traumáticas aquellas actividades inapropiadas para su grado de desarrollo sin necesidad de que vayan acompañadas de amenazas, violencia o lesiones (American Psychiatric Association, 2000).

Al no producirse violencia física se da lugar a formas de coacción psicológica tales como la persuasión, el miedo, la autoridad del agresor, el guardar el secreto a otros miembros de la familia o la situación de indefensión que vive el niño o la niña. Por otro lado, se generan fuertes sentimientos de culpa que agravan las formas de coacción empleadas (Carrasco y Maza, 2005; Vázquez, 2007).

Los abusos sexuales se pueden llevar a cabo de muchas formas, según Mas (1995), se pueden clasificar en tres niveles. El primero y más leve es el exhibicionismo, el

segundo nivel consiste en una serie de conductas vejatorias como tocar, sobar o besar a un niño o una niña, así como la masturbación o utilizarle para masturbar al adulto, y finalmente, el tercer nivel consiste en la penetración oral, vaginal o anal.

Otros autores describen las siguientes conductas como formas de abuso sexual infantil, sin clasificarlas en niveles: solicitar o seducir verbalmente al menor o la menor, exhibición de los órganos sexuales o masturbarse en presencia del menor o la menor, hacer participar al menor o la menor en la observación de actos sexuales, tomar o mostrar fotografías o películas de contenido sexual, estimulación por parte del menor o la menor de los órganos sexuales del abusador, inducir al menor o la menor a penetrar al abusador, tocamientos intencionados de genitales, contacto físico sexual (penetración oral, anal o vaginal con el órgano sexual o con un objeto) y promover la prostitución infantil (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000; Fernández-Ballesteros, 2002; López, 1994; Marshall, 2001; Noguerol, 2005; Urra 2007). La penetración con el pene suele ser más frecuente a partir de los diez años, sin embargo existen casos en niños o niñas de más corta edad (Marshall, 2001). Cuando tiene lugar en niños o niñas de corta edad suele resultar traumática debido a la desproporción anatómica de los genitales, pudiendo ocasionar graves lesiones físicas (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000).

En cuanto al tipo de abusador, hay dos variantes principales, el abuso cometido por familiares (el incesto propiamente dicho) o personas cercanas al menor o la menor como vecinos o profesores y el abuso cometido por desconocidos (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2006; Urra, 2007).

Así, el abuso sexual a menores ocurre con mayor frecuencia en el medio intrafamiliar o en su entorno más cercano (vecindario, colegio...). Por otro lado, también puede ser llevado a cabo por desconocidos o adolescentes que se aprovechan de la inferioridad de los niños y las niñas (Echeburúa, 2004; Noguerol, 2005).

La situación incestuosa suele comenzar con caricias, pasando posteriormente a la masturbación y al contacto buco genital, evolucionando más tardíamente en algunos casos hacia el coito vaginal (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2006).

En el caso de abusos por desconocidos, éstos suelen ser producidos de forma aislada, al contrario que los intrafamiliares que se producen de forma reiterada. Suelen estar ligados a conductas violentas o amenazas, aunque esto ocurre principalmente en adultos, ya que los menores y las menores no suelen presentar resistencia e incluso tienen dificultades para identificar a los abusadores, criterios por los que se suele emplear la violencia (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2006).

Al igual que en caso de las agresiones sexuales a adultos, sobre el abuso sexual infantil, también existen numerosas *creencias erróneas* que contribuyen a ocultar el problema y tranquilizar a quienes no desean afrontarlo (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000; López, 1994). A continuación se describen algunas de estas ideas:

- *Los abusos sexuales son poco frecuentes.* En España, el 23 % de las mujeres y el 15% de los hombres han sido víctimas de algún tipo de abuso sexual en la infancia (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000; Horno, Santos y Molino, 2001; López, 1994; Urra, 2007).

- *En la actualidad se producen con mayor frecuencia.* Antes no se estudiaban ni se denunciaban, hoy existe una mayor conciencia y sensibilización al respecto (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000; Horno *et al.*, 2001).
- *Sólo lo sufren las niñas.* Afectan más a las niñas, pero los niños también los sufren (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000; Horno *et al.*, 2001; López, 1994).
- *Los abusadores tienen graves patologías.* La mayoría de los abusos los cometen sujetos aparentemente normales, aunque no poseen valores sociales o no saben controlar sus impulsos. Tienen inteligencia media y no son psicóticos (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000; Horno *et al.*, 2001; López, 1994; Urra, 2007).
- *Los abusadores son siempre desconocidos.* Con mucha frecuencia el agresor pertenece al núcleo cercano del menor o la menor, en concreto a la familia (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000; López, 1994; Urra, 2007).
- *Los abusos solo se dan en determinadas clases sociales.* Pueden darse en cualquier nivel socioeconómico (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000; Horno *et al.*, 2001; López, 1994; Urra, 2007).
- *Los abusos van siempre acompañados de violencia física.* Solo en un 10% de los casos los abusos están asociados a violencia física (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000).
- *Los niños y las niñas no dicen la verdad.* Los niños y las niñas no suelen mentir cuando realizan una denuncia de abuso sexual. Solo el 7% de las declaraciones resultan ser falsas (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000; Horno *et al.*, 2001; López, 1994).
- *Los menores y las menores son responsables de los abusos y pueden evitarlos.* La responsabilidad única es del agresor. Los niños y las niñas pueden aprender a evitarlo pero a menudo les coge por sorpresa, les engañan o les amenazan y no saben reaccionar (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000; Horno *et al.*, 2001).
- *Si ocurriera a un niño o una niña de nuestro entorno, nos enteraríamos.* Muchas veces, las personas que sufren abusos tienden a ocultarlo por vergüenza, porque no saben qué está pasando o por miedo. Solo un 2% de los casos de abusos intrafamiliares se conocen al tiempo en que suceden (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000; Horno *et al.*, 2001; López, 1994).
- *Los efectos son casi siempre muy graves.* Un 70% de las víctimas presentan un cuadro clínico a corto plazo y un 30% a largo plazo, sin embargo, la gravedad de los efectos depende de muchos factores (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000; Horno *et al.*, 2001).

Además de estas creencias, existen otros motivos que contribuyen a mantener los abusos en secreto, como el temor a no ser creído, a las represalias del abusador o a romper la familia, para que el padre o el abusador no vaya a prisión y en algunos casos no pueden valorar en toda su plenitud el alcance de los hechos (Carrasco y Maza, 2005; Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000, 2006).

Con frecuencia, los menores y las menores desconocen el verdadero significado de las conductas abusivas y sus implicaciones reales, por lo que resultan fácilmente

manipulables y pueden llegar a pactar secretos acerca del abuso (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2006).

Por lo tanto, es frecuente que las denuncias se produzcan pasado un tiempo del abuso, meses e incluso años, debido a la reacción emocional que sufre el menor o la menor y que le impide relatarlo en casa (Carrasco y Maza, 2005). Según Echeburúa y Guerricaechevarría (2006), solo en el 50% de los casos los niños y las niñas revelan el abuso; únicamente se denuncia a las autoridades en el 15% de los casos y tan solo el 5% se encuentran inmersos en procesos judiciales.

Normalmente, el abuso sale a la luz de forma accidental cuando la víctima decide revelar lo ocurrido o cuando es descubierto casualmente por un familiar, profesor o amigo (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2006). En otras ocasiones, la denuncia y el descubrimiento coinciden con la existencia de otros conflictos que se producen en esos momentos, como rupturas familiares (Carrasco y Maza, 2005).

A pesar de la dificultad para identificar que un menor o una menor está siendo víctima de abusos, hay algunos signos que pueden ser de utilidad. En la siguiente tabla (Tabla 1.1) se describen los principales indicadores.

Tabla 1.1. Principales indicadores de abuso sexual infantil (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000)

Indicadores físicos	<ul style="list-style-type: none"> - Dolor, golpes, quemaduras o heridas en la zona genital o anal. - Cérvix o vulva hinchadas o rojas. - Semen en la boca, en los genitales o en la ropa. - Ropa interior rasgada, manchada y ensangrentada. - Enfermedades de transmisión sexual en genitales, ano, boca u ojos. - Dificultad para andar o sentarse. - Enuresis o encopresis.
Indicadores comportamentales	<ul style="list-style-type: none"> - Pérdida de apetito. - Llantos frecuentes, sobre todo en referencia a situaciones afectivas o eróticas. - Miedo a estar sola/o, a los hombres o a un determinado miembro de la familia. - Rechazo al padre o a la madre de forma repentina. - Cambios bruscos de conducta. - Resistencia a desnudarse y bañarse. - Aislamiento y rechazo de las relaciones sociales. - Problemas escolares o rechazo a la escuela. - Fantasías o conductas regresivas (chuparse el dedo, orinarse en la cama). - Tendencia al secretismo. - Agresividad, fugas o acciones delictivas. - Autolesiones o intentos de suicidio.
Indicadores en la esfera sexual	<ul style="list-style-type: none"> - Rechazo de las caricias, de los besos y del contacto físico. - Conductas seductoras. - Conductas precoces o conocimientos sexuales inadecuados para su edad. - Interés exagerado por los comportamientos sexuales de los adultos. - Agresión sexual de un menor hacia otros u otras menores. - Confusión sobre la orientación sexual.

Estos indicadores tienen diferente peso a la hora de tenerlos en cuenta para la conclusión de la existencia de abusos sexuales, teniendo un mayor peso específico las lesiones físicas o la confirmación espontánea del menor o la menor frente a otros

indicadores como la masturbación excesiva, que puede estar motivada por otras causas (Fernández-Ballesteros, 2002).

Finalmente cabe mencionar una nueva forma de abuso sexual infantil que cada vez está adquiriendo una mayor relevancia. Es el denominado *Grooming*, una forma de abuso sexual a través de internet. Los cambios tecnológicos experimentados en los últimos años, han llevado al desarrollo de nuevas formas de comunicación que están incidiendo de forma importante sobre las relaciones sociales. De modo similar, han aparecido nuevos métodos de extorsión y acoso, que requieren nuestra atención y protección sobre todo en el caso de los menores y las menores (Pardo, 2010; Sortzen, 2011).

El *Grooming* se define como el conjunto de estrategias que un adulto desarrolla a través de la red, consiguiendo el control emocional de un menor o una menor con la finalidad de obtener concesiones de índole sexual. Se trata de una extorsión en línea para que el menor o la menor acceda a peticiones de contenido sexual a través de chantaje, amenazas o engaños, llegando incluso a concertar encuentros para materializar el abuso (Observatorio de la Seguridad de la Información, 2009; Pardo, 2010).

Aunque puede ocurrir de diversos modos, la forma de proceder habitual consiste en que el adulto, con una identidad falsa, se pone en contacto con el menor o la menor a través de un chat o una red social ganándose su confianza, logrando obtener de él alguna imagen o fotografía comprometida. A partir de este momento, comienza el chantaje y el menor o la menor sufre coacción para mandar más fotografías, imágenes o videos (Observatorio de la Seguridad de la Información, 2009; Pardo, 2010).

1.3. OTROS TIPOS DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

1.3.1. Conflicto armado y violencia sexual

En los conflictos armados frecuentemente es la población civil la que suele resultar más herida ya que tienen que enfrentarse a ataques armados, desplazamientos masivos, uso de niños soldados, limpieza étnica, genocidio, tortura, mutilación, secuestros... Incluso, en muchas ocasiones, se han visto en la necesidad de huir de sus poblaciones, abandonando a sus familias y posesiones, convirtiéndose en refugiados. En el caso de las mujeres y menores, esta situación es mucho más dramática, estando expuestas no sólo a todo lo descrito anteriormente sino también a un tipo de violencia dirigida específicamente a ellas por su género y por el rol que ocupan en la sociedad. Este tipo de violencia es la violencia sexual (Moreyra, 2007).

El término violencia sexual en este contexto hace referencia a diversos crímenes entre los que se incluyen la violación, la mutilación sexual, la humillación sexual, la prostitución forzada y el embarazo forzado (Moreyra, 2007).

Este tipo de violencia se ha usado como estrategia de combate en diversos conflictos, como por ejemplo en la Antigua Yugoslavia, Camboya, Liberia, Perú, Bangladesh,

Corea... (Moreyra, 2007; OMS, 2002; Sanmartín, Farnós, Capel y Molina, 2000). Este empleo de la violencia sexual a modo de arma no es exclusivo de nuestro tiempo, ya que también existen ejemplos anteriores como en el siglo XVII en la subyugación de Escocia y en la I y II Guerra Mundial (Moreyra, 2007; Sanmartín *et al.*, 2000).

Así, víctimas frecuentes de violencia sexual en los casos de conflicto suelen ser los refugiados, que huyen de la situación de peligro que existe en su país (Moreyra, 2007; OMS, 2002; Sanmartín *et al.*, 2000).

Como miembros de la sociedad, las mujeres se han convertido en el objetivo principal de las guerras ya que son consideradas como un objeto a modo de botín de guerra o para complacer a las tropas. Por otro lado, la violación es utilizada como arma ya que puede ser un método de destrucción social o una forma de atemorizar a la población (Moreyra, 2007; Sanmartín *et al.*, 2000). En algunos de estos conflictos, como en el de Ruanda o la antigua Yugoslavia, la violación se ha usado de forma deliberada, encaminada a destruir los vínculos comunitarios así como la percepción del enemigo y como herramienta para la “depuración étnica”, en la cual mujeres y niñas eran violadas repetidamente hasta que lograban concebir (Moreyra, 2007; OMS, 2002).

A partir del conflicto en la antigua Yugoslavia, este problema se convirtió en un tema importante a tratar para la comunidad internacional. Los medios de comunicación, exponían la situación que se vivía entonces y como las violaciones y otros crímenes sexuales se cometían de forma deliberada incluso desde los niveles más altos de la estructura militar serbobosnia (Moreyra, 2007).

Como resultado, a finales de 1993, la Asamblea General de Naciones Unidas adoptó la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, identificando tres categorías de violencia, física, sexual y psicológica, reconociendo que las mujeres son especialmente vulnerables en una situación de conflicto armado por lo que los gobiernos deben tomar medidas de protección. Previamente, existía la Declaración sobre la protección de la mujer y el niño o la niña en los conflictos armados y situaciones de emergencia (1974) y los Convenios de Ginebra (1949) pero no se hacía referencia de forma explícita a la vulnerabilidad de la mujer respecto a la violencia sexual (Moreyra, 2007).

1.3.2. Mutilación genital femenina

Tres millones de mujeres y niñas son sometidas anualmente a la mutilación genital femenina, un procedimiento que puede llegar a poner en peligro sus vidas, causándoles un dolor y un sufrimiento atroz. Esta práctica viola los derechos humanos básicos de las niñas y las mujeres, privándolas de su derecho a no ser objeto de prácticas violentas o discriminatorias, y en los casos más extremos, de su vida (Centro de Investigaciones Innocenti, 2005; García *et al.*, 2004).

La mutilación genital femenina no se practica únicamente en África u Oriente Medio, sino también en comunidades inmigrantes en todo el mundo. Esta práctica sigue siendo una de las violaciones de los derechos humanos más persistentes y es silenciosamente tolerada (Centro de Investigaciones Innocenti, 2005; García *et al.*, 2004).

El término mutilación vino a sustituir al de circuncisión femenina en la tercera conferencia del Comité Interafricano sobre prácticas tradicionales que afectan la salud de la mujer, los niños y las niñas (1990). Esto motivó que en 1991, la OMS recomendara a las Naciones Unidas que adoptara también esta terminología (Centro de Investigaciones Innocenti, 2005).

Finalmente, la Asamblea General de Naciones Unidas adoptó la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer que fue un llamamiento histórico para que la eliminación de todas las formas de violencia contra la mujer se considerara una obligación de derechos humanos. Esta Declaración y las numerosas normas internacionales que se derivan de ella subrayan la obligación que tienen los Estados de respetar y garantizar el respeto a los derechos humanos básicos, como el derecho a la seguridad física y psíquica y el de no ser discriminado por razón del género y a la salud (Amnistía Internacional, 1998; Centro de Investigaciones Innocenti, 2005).

La OMS (1998) define la mutilación genital femenina como toda práctica que conlleve la amputación parcial o total de los genitales externos femeninos, o que cause algún otro daño a estos órganos por motivos no terapéuticos (cit. en Sanmartín *et al.*, 2000).

Existen varios tipos de mutilación genital femenina (Amnistía Internacional, 1998):

- Clitoridectomía: extirpación total o parcial el clítoris.
- Escisión: extirpación del clítoris junto con la totalidad o parte de los labios menores.
- Infibulación: ablación de los labios mayores para crear superficies en carne viva que después se cosen o se mantienen unidas con el fin de que, al cicatrizar, tapen la vagina. Se deja una pequeña abertura para permitir el paso de la orina y del flujo menstrual. Es la forma más severa y constituye aproximadamente un 15% de todas las mutilaciones que se practican en África.

Los principales motivos por los cuales se lleva a cabo esta práctica son: continuar con la identidad y costumbres culturales, incidir en la identidad sexual diferenciando ambos sexos, asegurar el control de la sexualidad y de las funciones reproductivas de la mujer, creencias sobre la higiene, la estética y la salud y creencias religiosas (Amnistía Internacional, 1998; Centro de Investigaciones Innocenti, 2005; Sanmartín *et al.*, 2000).

La mutilación genital femenina puede causar graves consecuencias físicas y psicológicas. Entre las físicas se puede destacar dolores intensos, hemorragias, infecciones, lesiones en otros órganos, retenciones de orina, dificultades en el parto, úlceras, quistes, tumores, e incluso la muerte. Asimismo, supone una experiencia traumática causando efectos negativos en la autopercepción, la autoestima y la sexualidad (Amnistía Internacional, 1998; Centro de Investigaciones Innocenti, 2005; Sanmartín *et al.*, 2000).

1.3.3. Trata de mujeres con fines de explotación sexual

La Convención de las Naciones Unidas contra el Crimen Organizado Transnacional y sus dos Protocolos Suplementarios fueron aprobados en el año 2000 y entraron en vigor en el 2003. Uno de los Protocolos aprobados tiene por objeto luchar contra el tráfico de migrantes por tierra, mar y aire, denominado Protocolo de Tráfico y el segundo Protocolo tiene como objetivo prevenir, suprimir y sancionar la trata de personas, especialmente de mujeres, niños y niñas, denominado el Protocolo de Trata y en ocasiones de Palermo (Asociación para la Prevención, Reinserción y Atención de la Mujer Prostituida, APRAMP, 2009; García, López, Hernández y Mena, 2011).

El Protocolo de Palermo se ha convertido en la primera iniciativa internacional que pretendía abordar la mayoría de los aspectos de la trata de personas con fines de explotación sexual y el tráfico de migrantes. Tiene por objetivo la colaboración estratégica de los países de origen, tránsito y destino para prevenir la trata, sancionar a los traficantes y proteger a las víctimas. Sin embargo, se establecen solo ciertas normas mínimas que deben ser complementadas por cada Estado con medidas específicas en sus territorios (APRAMP, 2009).

La trata de personas se define en la Convención como el reclutamiento, transporte, traslado y recepción de personas, empleando medios como la fuerza u otras formas de coacción, el rapto, el fraude, el engaño, el abuso de poder en una situación de vulnerabilidad o la concesión de pagos o beneficios para conseguir el consentimiento de una persona que tenga control sobre otra, con fines de explotación. La explotación incluye, prostitución u otras formas de explotación sexual, el trabajo o los servicios forzados, la esclavitud, la servidumbre o la extracción de órganos (APRAMP, 2009; Comisión para la Investigación de Malos Tratos a Mujeres, 2002; García *et al.*, 2011; OMS, 2002; Sanmartín *et al.*, 2000).

Asimismo, el tráfico de personas hace referencia al acto de facilitar la entrada ilegal de una persona en un país del que no es nacional o residente permanente, con el fin de obtener directa o indirectamente un beneficio económico o de otro tipo (García *et al.*, 2011).

El tráfico de emigrantes se diferencia de la trata en que ésta implica el sometimiento a condiciones de explotación, no requiere el cruce de una frontera internacional y puede ser interna o internacional, ya que las víctimas de trata son en su mayoría migrantes pero pueden ser nacionales. Otra diferencia radica en el consentimiento. En general, el tráfico ilícito supone el consentimiento de los migrantes mientras que las víctimas de trata nunca han dado su consentimiento o lo dieron inicialmente pero ha perdido sentido a causa de los medios indebidos empleados por los traficantes (APRAMP, 2009; García *et al.*, 2011).

Por tanto, uno de los aspectos fundamentales en el concepto de trata es la cuestión del consentimiento. En el Protocolo se establece que el consentimiento dado por la víctima no se tendrá en cuenta cuando se haya demostrado el recurso a medios ilícitos. Se admite que el ejercicio de la libre voluntad de la víctima a menudo se ve limitado

por la fuerza, el engaño, el abuso de poder o la vulnerabilidad (APRAMP, 2009; García *et al.*, 2011).

Aunque el Protocolo hace referencia a cinco formas de explotación, se pueden dividir en dos grandes grupos: a) la trata con fines de explotación sexual a través de la fuerza, fraude o la coerción y b) los trabajos forzosos a través del reclutamiento o la obtención por la fuerza o el fraude, de servidumbre involuntaria, esclavitud o pago de deuda con servicios (García *et al.*, 2011).

Se considera la trata con fines de explotación sexual un fenómeno no solo migratorio sino de explotación laboral, de violencia de género y vulneración de los derechos fundamentales (García *et al.*, 2011). Las víctimas de esta tipología son mujeres y niñas en una abrumadora mayoría, entre un 97- 98% (APRAMP, 2009; Instituto de la Mujer, 2008).

Las consecuencias de la trata con fines de explotación sexual en las víctimas pueden ser diversas. En cuanto a las físicas se destacan las enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados y lesiones de diversa consideración derivadas de las condiciones precarias de higiene y salud en las que mantienen a las víctimas y a los malos tratos recibidos. A nivel psicológico se destaca el Trastorno de estrés posttraumático (TEPT) y a nivel social la pobreza o la estigmatización por su condición de prostitutas (Sanmartín *et al.*, 2000).

1.3.4. Violencia de género en la pareja

La violencia de género en la pareja es un grave problema social que está generando en la actualidad una gran alarma social debido no sólo a la gravedad de las conductas que entraña sino también a las severas consecuencias, físicas y psicológicas que genera en las víctimas (Alberdi, 2005; Cerezo, 2006; Labrador *et al.*, 2004; Mestre *et al.*, 2008).

La definición aportada por las Naciones Unidas (1993) de violencia contra la mujer se corresponde al fenómeno también llamado violencia de género. Esta denominación es muy amplia y abarca diferentes formas de violencia, como se ha descrito anteriormente, sin embargo, cuando la violencia se ejerce en el marco de una relación de pareja usualmente se han empleado términos como violencia conyugal, violencia familiar o violencia doméstica (Labrador *et al.*, 2004).

Por violencia conyugal se entiende los malos tratos producidos dentro de la pareja, con independencia del grado de compromiso y de la orientación sexual. La violencia familiar hace referencia a la violencia que se da entre los miembros de una misma familia, es decir, se incluye la violencia conyugal y se añade la producida entre hermanos u otros familiares. Finalmente, la violencia doméstica es un concepto más amplio que abarca la violencia producida entre personas que mantienen una convivencia independientemente de sus lazos familiares (Labrador *et al.*, 2004).

El término que se ha empleado con más frecuencia para denominar todas las formas de maltrato que tienen lugar entre personas que mantienen o han mantenido algún vínculo afectivo, principalmente en la pareja ha sido el de violencia doméstica (Alberdi, 2005; Cerezo, 2006; Díaz-Aguado y Martínez-Arias, 2002; Labrador *et al.*,

2004; Lizana, 2012; Sanmartín *et al.*, 2000). Alberdi (2005) señala que a pesar de que la mayor parte de esta violencia se desencadena en la convivencia, hay que tener en cuenta también los casos en los que no existe tal convivencia.

Sin embargo, este término supone un concepto muy general que no hace referencia a la desigualdad ni a las dinámicas específicas de la pareja. Tras la adopción del término de violencia de género según la definición realizada por Naciones Unidas en 1993, se aclara que este fenómeno tiene una dirección específica y cuando se manifiesta en el ámbito de la pareja se le puede llamar violencia de género en la pareja. En la actualidad, esta denominación cada vez se utiliza más a nivel internacional, gracias a su inclusión en tratados y convenciones (Lizana, 2012).

Por lo tanto, esta forma de maltrato está enmarcada en un contexto de desequilibrio de poder e incluye conductas que ocasionan daño físico y psicológico en la víctima (Lizana, 2012; Sanmartín, 2000). Tales conductas se pueden clasificar en tres grandes formas de maltrato físico, psicológico y sexual, que se dan de forma interrelacionada y cuyo objetivo común es el control de la víctima (Alberdi, 2005; Labrador *et al.*, 2004).

Así, el *maltrato físico* consiste en toda acción voluntariamente realizada que provoque o pueda provocar lesiones físicas en la víctima. Para ello se puede utilizar algún instrumento o procedimiento para afectar el organismo de la otra persona. Se incluyen tanto conductas activas, por ejemplo, abofetear, empujar, patadas, puñetazos, golpear, empleo de armas entre otras, como conductas pasivas, por ejemplo, privación de cuidados médicos, omisión de asistencia o el no aviso intencionado de situaciones de riesgo físico. La forma más extrema es el homicidio o asesinato (Cerezo, 2006; Labrador *et al.*, 2004; Sanmartín *et al.*, 2000).

El *maltrato psicológico o emocional* hace referencia a los comportamientos o comentarios intencionados que puedan provocar intimidación, desvalorización, sentimientos de culpa o sufrimiento. Ejemplos que se pueden incluir en este tipo son humillaciones, descalificaciones, aislamiento social y económico, amenazas de daño físico a la mujer o sus seres queridos, destrucción de objetos, amenazas de abandono, culpabilización y atribución de la responsabilidad de los episodios de maltrato. Este tipo de maltrato es el más difícil de identificar, por lo que se le suele dar una menor atención, sin embargo, también es muy importante y es el que más frecuentemente aparece (Cerezo, 2006; Labrador *et al.*, 2004; Sanmartín *et al.*, 2000).

Por último, se entiende por *maltrato sexual* cualquier contacto sexual practicado contra la voluntad de la víctima, normalmente acompañado de amenazas, coacción, abuso de superioridad, engaño o en estado de inconsciencia por parte de la mujer. En este caso, se trata de abusos y agresiones sexuales cometidas en el marco de la pareja (Cerezo, 2006; Labrador *et al.*, 2004; Sanmartín *et al.*, 2000).

Según los estudios realizados, en el 65% de los casos, el primer episodio de violencia de género en la pareja puede producirse durante el noviazgo o el primer año de vida en común (Cerezo, 2006). Durante el noviazgo los conflictos suelen ser similares a los de otras parejas, pero ya existen pequeños detalles o conductas machistas, de dominio o control (Cerezo, 2006; Labrador *et al.*, 2004).

A pesar de que el inicio de la violencia de género en la pareja puede ser muy variable, lo que sí se puede establecer de una forma más predecible es el carácter cíclico de los episodios violentos (Labrador, 2004; Lizana, 2012). En este sentido Walker (1989) enuncia la denominada como “Teoría del ciclo de la violencia” en la que se plantea un ciclo de la violencia que tiene tres fases (cit. en Cerezo, 2006; Labrador, 2004; Mestre *et al.*, 2008; Sanmartín *et al.*, 2000):

- La primera fase o fase de acumulación de tensión se caracteriza por la sucesión de pequeños episodios de malos tratos que generan roces permanentes entre los miembros de la pareja, produciendo un incremento de la ansiedad y hostilidad. En el inicio de esta fase la mujer tiene algo de control sobre lo que ocurre pero lo va perdiendo en la medida en que avanza la escalada de los incidentes “menores” de maltrato. Esta situación conlleva el debilitamiento de la víctima debido a los continuos esfuerzos por calmar al agresor, lo cual envaletona a éste.
- La segunda fase consiste en un episodio agudo de agresión de o explosión. Tiene lugar una explosión de violencia mediante la cual se descarga toda la tensión que se había acumulado previamente. Esta fase se diferencia de la anterior por la ausencia de control del maltratador sobre sus conductas y por una mayor gravedad de éstas. Suele ser la etapa más breve de las tres y cuando se ha descargado toda la tensión, el agresor puede tomar conciencia de la gravedad de los hechos aunque suele intentar justificar la agresión, quitarle importancia o negar el incidente. En esta fase se producen los daños más severos para la víctima pudiendo llegar a causarle la muerte.
- La tercera fase se ha denominado comúnmente como “luna de miel”. Hace referencia a un resurgimiento de la relación, a través del arrepentimiento del agresor que reconoce su culpa, pide perdón y promete no volver a hacerlo. La duración de esta etapa va reduciéndose con el paso del tiempo hasta llegar a desaparecer.

Parece demostrado que una vez que comienza el ciclo de violencia, es muy probable que aparezcan nuevos episodios violentos en el futuro cada vez de una mayor gravedad (Cerezo, 2006; Labrador *et al.*, 2004; Lizana, 2012).

1.4. LA VIOLENCIA SEXUAL SEGÚN EL CÓDIGO PENAL

El reconocimiento legal de la libertad sexual de todas las mujeres es un hecho relativamente reciente. Los abusos y agresiones sexuales que sufrían mujeres y niñas eran castigados en determinados casos, ya que normalmente primaba el proteger la honra del esposo, padre o hermano, sancionando al que “deshonraba” a las mujeres que debían salvaguardar. En muchos casos, el delito no era castigado si la mujer perdonaba al agresor o se casaba con él (García *et al.*, 2004). Actualmente, es el Código Penal el marco de referencia legal en el cual se tipifican los delitos contra la libertad sexual (Noguerol, 2005).

A continuación se presentará una breve evolución histórica de la consideración penal de los delitos sexuales.

Entre los años 130 a. C. – 530 d. C. se puede destacar el *Corpus Iuris Civilis* o Derecho romano privado que ya contenía varios edictos bajo el título general de “Atentados al pudor de una mujer honrada o de un impúber”, donde se establecía que la estimación de la pena no se refería al daño corporal sino a la ofensa producida por la injuria (Cobo, 1998).

En el Fuero Juzgo o libro de los jueces (466 d. C. – 701 d. C.) aparecen las Leyes I a XII que establecen como víctimas de la fuerza a las mujeres vírgenes o viudas y como lo que hoy se podría denominar bien jurídico protegido, la virginidad o castidad. En este libro no aparecen como víctimas el resto de mujeres no libres, no desposadas, no vírgenes ni viudas (Cobo, 1998).

En la época que data desde 1171 a 1214, en el Libro IV, Título X del Fuero Real de España, aparecen los delitos sexuales bajo el epígrafe “De los que roban o engañan a las mujeres”. Establece como sujeto de la fuerza a la mujer soltera, casada, desposada o monja en el caso de agresor único y a cualquier mujer si son varios agresores (Cobo, 1998).

El primer Código histórico español es el de 1822, que recogía los delitos sexuales en dos Títulos. El Título VII de la Parte Primera se contemplan los delitos de prostitución y corrupción de menores y en el Título II de la Parte Segunda los delitos de rapto, adulterio y estupro alevoso (Cadena, 2000). Hasta la aprobación de este Código Penal, la agresión sexual, entendida como sexo no consentido, se trataba necesariamente de un crimen violento. Lo que determinaba la ausencia del consentimiento de la víctima era la presencia de la fuerza o la intimidación. A partir de este Código, se incluye dentro del delito de violación el acceso carnal por vía vaginal realizado con una menor de doce años o con una mujer privada de razón o de sentido, sin que sea necesaria la fuerza física (Núñez, 2010).

En el Código de 1848 ya se agrupan todos los delitos en el mismo Título (X) bajo el epígrafe “Delitos contra la honestidad”. Este Título se divide en cinco capítulos dedicados al adulterio el primero, a la violación el segundo, el tercero a la corrupción de menores, el cuarto al rapto y el quinto a las disposiciones comunes (Cadena, 2000; Núñez, 2010). Con este nuevo Código se introduce la diferencia entre violación y abuso deshonesto en función del tipo de conducta sexual presente en uno y otro crimen. Se considera violación el coito heterosexual consistente en el acceso carnal por vía vaginal. Por otro lado, los abusos deshonestos son todas aquellas prácticas sexuales diferentes al coito heterosexual pudiendo ser la víctima de ambos sexos (Núñez, 2010).

El Código Penal de 1870 continúa con el mismo título genérico de “Delitos contra la honestidad” pero se divide en seis capítulos. El capítulo primero sigue siendo el adulterio, el capítulo segundo contiene la violación y los abusos deshonestos, el capítulo tercero trata sobre los delitos de escándalo público, el estupro y la corrupción de menores se contemplan en el capítulo cuarto, el rapto en el capítulo quinto y las disposiciones comunes a los capítulos precedentes en el capítulo sexto (Cadena, 2000).

En este Código Penal, la violación era castigada con una pena de reclusión temporal y se considera violación, según el Artículo 453, cuando se yace con una mujer en los siguientes casos: cuando se usa la fuerza o la intimidación, cuando la mujer se halla privada de la razón o sentido por cualquier causa o cuando fuera menor de doce años aunque no concurriesen ninguna de las circunstancias anteriores (Cobo, 1998).

Siguiendo con la misma rúbrica, “Delitos contra la honestidad”, El Código de 1928 dividió el Título X en siete capítulos. Violación y abusos deshonestos (Capítulo I), incesto y estupro (Capítulo II), prostitución (Capítulo III), raptó (Capítulo IV), disposiciones comunes a los capítulos precedentes (Capítulo V), escándalo público (Capítulo VI) y adulterio y amancebamiento (Capítulo VII) (Cadena, 2000). La violación se recoge en el Artículo 598 y es descrita de forma similar que en el Código anterior, añadiendo una pena de tres a doce años de prisión. Si la mujer violada se dedicaba a la prostitución, la pena disminuía de uno a tres años de prisión (Artículo 600). Los abusos deshonestos, sin acceso carnal, se tipificaban en el Artículo 601 con una pena de seis meses a tres años de prisión. Pero si el abuso deshonesto era cometido sobre una persona del mismo sexo la pena se elevaba a doce años de prisión (Cadena, 2000).

A partir de 1973, las modificaciones más importantes en el Código Penal acerca de los delitos sexuales han sido (Cadena, 2000; García *et al.*, 2004):

- En 1978 se despenaliza los delitos de adulterio y amancebamiento y se modificó la regulación del estupro.
- En 1983 se redactó de forma diferente los delitos relativos a la prostitución.
- En 1988 se eliminó el delito de escándalo público y se sustituyó por los de exhibicionismo y provocación sexual.
- En 1989 se cambió el epígrafe de “Delitos contra la honestidad” por el de “Delitos contra la libertad sexual” ya que se consideró que el bien jurídico protegido debía ser la libertad sexual y no la honestidad de la mujer. Es decir, que el bien jurídico protegido fuera independiente de la mayor o menor promiscuidad o de las costumbres de la víctima (Cadena, 2000; Carrasco y Maza, 2005; Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000). Este cambio supuso la introducción de una serie de agravantes y el abandono de términos como estupro o abusos deshonestos a favor del nuevo término agresión sexual (Albarrán, 2002a; Cadena, 2000; Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000; Núñez, 2010). Asimismo, también se introduce la consideración de la violación dentro del matrimonio ya que anteriormente, el delito exigía la ausencia del vínculo matrimonial. A pesar de que la ley de forma literal no excluía a la esposa como víctima de violación sí aparece registrado de este modo en la jurisprudencia (Núñez, 2010).
- El Código Penal de 1995 continuó con la misma rúbrica, redactando los delitos de una forma muy próxima a la vigente.
- En la Reforma de 1999 se añade al epígrafe anterior “Delitos contra la libertad e indemnidad sexual”, se introduce el delito de acoso entre iguales y se retoma el tipo específico de violación.

- En la Reforma de 2003 vuelve a pensarse el proxenetismo y aparece la tipificación específica de la mutilación genital femenina y del tráfico de personas para explotación sexual. Por otra parte, se añade al delito de violación el acceso carnal de otros miembros corporales, vía vaginal o anal.

Con la aprobación del vigente Código Penal en 1995, la violencia física e intimidación se establecen como criterio diferenciador de los diferentes delitos sexuales, dando contenido al delito de agresión sexual, dónde la violación supone una modalidad (Núñez, 2010).

Posteriormente, en la reforma llevada a cabo por la Ley Orgánica 11/1999 del 30 de abril, que modifica el Título VIII del Código Penal, se añade a la rúbrica “Delitos contra la libertad sexual” el término “indemnidad sexual”. Entre las modificaciones introducidas en 1999 se encuentra una modificación en el periodo de prescripción de los delitos. En concreto, a diferencia de lo establecido en 1995, el periodo de prescripción para el delito de abuso sexual en la infancia cuenta a partir de la mayoría de edad de la víctima y no desde la comisión del delito (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000).

Hasta esta reforma, el bien jurídico protegido era la libertad sexual, que se identifica con el derecho a decidir con qué personas y en qué circunstancias se realizan o reciben actos de tipo sexual (Noguerol, 2005). De acuerdo con Díez (1999), en el concepto de libertad sexual habría que distinguir dos aspectos, uno positivo y otro negativo. Desde su aspecto positivo, la libertad sexual significa la libre disposición de la persona de sus propias capacidades sexuales, tanto en su comportamiento individual como social. Es decir, se trataría de la facultad de disponer de su propio cuerpo y su sexualidad en libertad. El aspecto negativo se refiere a un sentido defensivo y remite al derecho de toda persona a no verse involucrada sin su consentimiento en un contexto sexual.

Este concepto de libertad sexual implica la existencia de una capacidad cognoscitiva y volitiva del sujeto, es decir, una capacidad para comprender el significado y la transcendencia de los actos sexuales y una capacidad para quererlos libremente. Sin embargo, hay personas que carecen por definición de estas capacidades como son los menores y las menores o las personas incapaces. Por este motivo se amplió el bien jurídico protegido añadiendo en los casos de los menores o las menores y de personas incapaces el término de *indemnidad sexual* (Monge, 2005).

La justificación de este cambio en el bien jurídico protegido se debe a la preocupación por la protección de los menores y las menores y por tanto, a la obligada interpretación del artículo 10.1 de la Constitución Española, que expresa el libre desarrollo de la personalidad y dignidad de la persona humana (Cadena, 2000; Carrasco y Maza, 2005).

En la actualidad, los delitos contra la libertad e indemnidad sexual se recogen en el Título VIII del Libro II del Código Penal (1995, revisión de 2011), divididos en los siguientes capítulos:

Capítulo I: De las agresiones sexuales: Artículos 178, 179 y 180.

Capítulo II: De los abusos sexuales: Artículos 181 y 182.

Capítulo II bis: De los abusos y agresiones sexuales a menores de trece años: Artículo 183 y 183 bis (Este capítulo aparece por primera vez tras la reforma de la LO 5/2010).

Capítulo III: Del acoso sexual: Artículo 184.

Capítulo IV: De los delitos de exhibicionismo y provocación sexual: Artículos 185-186.

Capítulo V: De los delitos relativos a la prostitución y a la corrupción de menores: Artículos 187, 188, 189 y 190.

A continuación, se definen cada uno de los delitos contra la libertad sexual e indemnidad sexual recogidos en la última revisión realizada del actual Código Penal, así como las penas que pudieran ser impuestas.

Agresión sexual

Según la actual versión del Código Penal (2011), una persona comete una *agresión sexual* cuando atenta contra la libertad sexual de otra persona, con violencia o intimidación y será castigado con la pena de prisión de uno a cinco años (Art. 178). La anterior pena de prisión (de uno a cuatro años) ha sido modificada por la LO 5/2010.

En el tipo cualificado, esta pena aumentará de seis a doce años cuando la agresión sexual consista en acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o introducción de miembros corporales u objetos por alguna de las dos primeras vías (Art. 179). En la reforma de la LO 15/2003 se añadió el concepto de introducción de miembros corporales por la vía vaginal y anal, ya que con anterioridad se contemplaba únicamente la introducción de objetos.

Existen unas condiciones agravantes que aumentarían la pena de prisión de cinco a diez años para el artículo 178 y de doce a quince años para el artículo 179 (Art. 180):

- a) cuando la violencia o intimidación ejercidas revistan un carácter particularmente degradante o vejatorio;
- b) cuando los hechos se cometan por la actuación conjunta de dos o más personas;
- c) cuando la víctima sea especialmente vulnerable, por razón de su edad, enfermedad o situación, y en todo caso, cuando sea menor de trece años, salvo lo dispuesto en el artículo 183;
- d) cuando el responsable se haya prevalido de una relación de superioridad o parentesco con la víctima; y
- e) cuando el autor haga uso de armas u otros medios peligrosos susceptibles de producir la muerte o alguna lesión.

Abuso sexual

Los artículos dedicados al abuso sexual han sido modificados en la última revisión del 2010 (LO 5/2010), quedando redactados de la siguiente manera:

Artículo 181:

«Una persona comete un *abuso sexual* cuando realice actos que atenten contra la libertad e indemnidad sexual de una persona sin su consentimiento y sin que medie violencia o intimidación. Será castigado con una pena de prisión de uno a tres años o multa de dieciocho a veinticuatro meses.

Se consideran abusos sexuales no consentidos los que se ejecutan sobre personas que se hallan privadas de sentido o que padecen un trastorno mental que les impida dar su consentimiento, así como los que se cometan anulando la voluntad de la víctima mediante el uso de fármacos o drogas.

Asimismo, se impondrá la misma pena cuando el consentimiento se obtenga prevaleándose de una situación de superioridad manifiesta que coarte la libertad de la víctima.

En todos los casos anteriores, cuando el abuso sexual consista en acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o introducción de miembros corporales u objetos por alguna de las dos primeras vías, el responsable será castigado con la pena de prisión de cuatro a diez años.

Las penas señaladas en este artículo se impondrán en su mitad superior si se cumple la circunstancia 3ª o la 4ª, del artículo 180. »

Artículo 182:

«El que, interviniendo engaño, realice actos de carácter sexual con persona mayor de trece años y menor de dieciséis, será castigado con la pena de prisión de uno a dos años, o multa de doce a veinticuatro meses.

Cuando los actos consistan en acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o introducción de miembros corporales u objetos por alguna de las dos primeras vías, la pena será de prisión de dos a seis años. La pena se impondrá en su mitad superior si concurriera la circunstancia 3ª, o la 4ª, de las previstas en el artículo 180».

Abusos y agresiones sexuales a menores de trece años

Artículo 183:

«Aquel que atente contra la indemnidad sexual de un menor de trece años será castigado como responsable de abuso sexual a un menor con la pena de prisión de dos a seis años».

Cuando el ataque se produzca con violencia o intimidación el responsable será castigado por el delito de agresión sexual a un menor con la pena de cinco a diez años de prisión.

Cuando el abuso o agresión consista en acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o introducción de miembros corporales u objetos por alguna de las dos primeras vías, el responsable será castigado con la pena de prisión de ocho a doce años, en el caso del abuso y con la pena de doce a quince años, en el caso de la agresión sexual.

Las conductas anteriores serán castigadas con la pena de prisión correspondiente en su mitad superior cuando ocurra alguno de los siguientes agravantes:

- a) Cuando el escaso desarrollo intelectual o físico de la víctima la hubiera colocado en una situación de total indefensión, y, en todo caso, cuando sea menor de 4 años.
- b) Cuando los hechos se cometan por la actuación conjunta de dos o más personas.
- c) Cuando la violencia o intimidación ejercidas revistan un carácter particularmente degradante o vejatorio.
- d) Cuando el responsable se haya prevalido de una relación de superioridad o parentesco con la víctima.
- e) Cuando el autor haya puesto en peligro la vida del menor.
- f) Cuando la infracción se haya cometido en el seno de una organización o de un grupo criminal que se dedique a la realización de tales actividades.

Cuando el culpable se hubiera prevalido de su condición de autoridad, agente de ésta o funcionario público, se aplicará, además, la pena de inhabilitación absoluta de seis a doce años. »

Debido al actual desarrollo de las nuevas tecnologías, el Código Penal (2011) recoge en el Artículo 183 bis (a partir de la reforma de LO 5/2010) específicamente el acoso sexual a menores por Internet denominado también como *Grooming*:

«El que a través de Internet, del teléfono o de cualquier otra tecnología de la información y la comunicación contacte con un menor de trece años y proponga concertar un encuentro con el mismo a fin de cometer cualquiera de los delitos descritos en los artículos 178 a 183 y 189, siempre que tal propuesta se acompañe de actos materiales encaminados al acercamiento, será castigado con la pena de uno a tres años de prisión o multa de doce a veinticuatro meses, sin perjuicio de las penas correspondientes a los delitos en su caso cometidos.

Las penas se impondrán en su mitad superior cuando el acercamiento se obtenga mediante coacción, intimidación o engaño. »

Así, y en forma de resumen, la principal diferencia entre los delitos de abuso y agresión sexual radica en el modo de ejecución, es decir, en la existencia de violencia e

intimidación en el caso de la agresión sexual y su ausencia en el caso del abuso sexual (Monge, 2005).

La Sala del Tribunal Supremo define la violencia como “actos de acometimiento físico cometidos sobre la persona de la víctima que imposibilitan su resistencia a las pretensiones sexuales del agresor”. Esta violencia no tiene que llegar a ser irresistible o de extrema gravedad, sino que es suficiente con que resulte idónea, eficaz y eficiente para doblegar la voluntad de la víctima (Cadena, 2000).

El término violencia se aplica cuando se dirige sobre el cuerpo de la víctima, ya que en el caso de ser dirigida a terceros se considerará intimidación (Cadena, 2000; Monge, 2005).

La intimidación consiste en un fenómeno psicológico por el cual se atemoriza a una persona con la producción de un mal. Esta violencia psicológica puede doblegar la libertad y voluntad de la víctima (Monge, 2005; Noguero, 2005).

En la actualidad no es necesario exigir una resistencia heroica al ataque sexual para poder apreciar que existe violencia o intimidación (García *et al.*, 2004; Noguero, 2005). La resistencia descrita debe ser real, decidida, continuada y constante, siendo idónea para impedir marcadamente el contacto sexual no deseado, aunque no es necesario que implique un sacrificio desmedido. Sin embargo, según la opinión de esta autora, es suficiente con la exteriorización de la negativa para probar que la víctima se opone a las pretensiones del agresor (Monge 2005).

En cuanto al sujeto activo de estos delitos, en el actual Código Penal (2011), puede ser indiferenciado. Es decir, no se exige ninguna cualidad en el sujeto, pudiendo ejecutar el delito cualquier persona al margen de su sexo u orientación sexual. Asimismo, el sujeto pasivo (la víctima) puede ser cualquier persona con independencia de su sexo. Por otra parte, tradicionalmente no se admitía a la persona prostituida ni al cónyuge como sujetos pasivos ya que el bien jurídico protegido era la honestidad, pero con el cambio en la rúbrica del actual Código no existe ninguna duda en su inclusión (Monge 2005).

Acoso sexual

Según el Artículo 184 del Código Penal (2011), «el que solicite favores de naturaleza sexual, para sí o para un tercero, en el ámbito de una relación laboral, docente o de prestación de servicios, continuada o habitual, y con tal comportamiento provoque a la víctima una situación objetiva y gravemente intimidatoria, hostil o humillante, será castigado, como autor de acoso sexual, con la pena de prisión de tres a cinco meses o multa de seis a diez meses.» La anterior pena (arresto de seis a doce fines de semana o multa de tres a seis meses) ha sido modificada por la LO 15/2003.

«Si el culpable de acoso sexual hubiera cometido el hecho prevaliéndose de una situación de superioridad laboral, docente o jerárquica, o con el anuncio expreso o tácito de causar a la víctima un mal relacionado con las legítimas expectativas que aquélla pueda tener en el ámbito de la indicada relación, la pena será de prisión de

cinco a siete meses o multa de diez a catorce meses.» La anterior pena (arresto de doce a veinticuatro fines de semana o multa de seis a doce meses) ha sido modificada por la LO 15/2003.

«Cuando la víctima sea especialmente vulnerable, por razón de su edad, enfermedad o situación, la pena será de prisión de cinco a siete meses o multa de diez a catorce meses y en el caso de existir una situación de superioridad laboral, docente o jerárquica, la pena de prisión será de seis meses a un año» (penas modificadas por la LO 15/2003).

Exhibicionismo y provocación sexual

Artículo 185:

«El que ejecutare o hiciere ejecutar a otra persona actos de exhibición obscena ante menores de edad o incapaces, será castigado con la pena de prisión de seis meses a un año o multa de doce a veinticuatro meses (pena de multa modificada por la LO 15/2003).»

Artículo 186:

«El que, por cualquier medio directo, vendiere, difundiere o exhibiere material pornográfico entre menores de edad o incapaces, será castigado con la pena de prisión de seis meses a un año o multa de doce a veinticuatro meses (pena de multa modificada por la LO 15/2003). »

Prostitución y corrupción de menores

Artículo 187:

«1. El que induzca, promueva, favorezca o facilite la prostitución de una persona menor de edad o incapaz será castigado con las penas de uno a cinco años y multa de doce a veinticuatro meses. La misma pena se impondrá al que solicite, acepte u obtenga a cambio de una remuneración o promesa, una relación sexual con una persona menor de edad o incapaz.

2. El que realice las conductas descritas en el apartado 1 de este artículo siendo la víctima menor de trece años será castigado con la pena de prisión de cuatro a seis años.

3. Incurrirán en la pena de prisión indicada, en su mitad superior, y además en la de inhabilitación absoluta de seis a doce años, los que realicen los hechos prevaliéndose de su condición de autoridad, agente de ésta o funcionario público.

4. Se impondrán las penas superiores en grado a las previstas en los apartados anteriores, en sus respectivos casos, cuando el culpable perteneciere a una organización o asociación, incluso de carácter transitorio, que se dedicare a la realización de tales actividades.

5. Las penas señaladas se impondrán en sus respectivos casos sin perjuicio de las que correspondan por las infracciones contra la libertad o indemnidad sexual cometidas sobre los menores e incapaces.»

Artículo 188:

«1. El que determine, empleando violencia, intimidación o engaño, o abusando de una situación de superioridad o de necesidad o vulnerabilidad de la víctima, a persona mayor de edad a ejercer la prostitución o a mantenerse en ella, será castigado con las penas de prisión de dos a cuatro años y multa de doce a veinticuatro meses.

2. Si las mencionadas conductas se realizaran sobre persona menor de edad o incapaz, para iniciarla o mantenerla en una situación de prostitución, se impondrá al responsable la pena de prisión de cuatro a seis años.

3. El que lleve a cabo la conducta prevista en el apartado anterior, siendo la víctima menor de trece años será castigado con la pena de prisión de cinco a diez años.

4. Se impondrán las penas previstas en los apartados anteriores en su mitad superior, en sus respectivos casos, cuando concurra alguna de las siguientes circunstancias:

- a) cuando el culpable se hubiera prevalido de su condición de autoridad, agente de ésta o funcionario público. En este caso de aplicará, además, la pena de inhabilitación absoluta de seis a doce años.
- b) cuando el culpable perteneciere a una organización o grupo criminales que se dedicaren a la realización de tales actividades.
- c) cuando el culpable hubiere puesto en peligro, de forma dolosa o por imprudencia grave, la vida o salud de la víctima.

5. Las penas señaladas se impondrán en sus respectivos casos sin perjuicio de las que correspondan por las agresiones o abusos sexuales cometidos sobre la persona prostituida.»

Artículo 189:

«1. Será castigado con la pena de prisión de uno a cinco años:

- a) El que capture o utilizare a menores de edad o a incapaces con fines o en espectáculos exhibicionistas o pornográficos, tanto públicos como privados, o para elaborar cualquier clase de material pornográfico, cualquiera que sea su soporte, o financiare cualquiera de estas actividades o se lucrare con ellas.
- b) El que produjere, vendiere, distribuyere, exhibiere, ofreciere o facilitare la producción, venta, difusión o exhibición por cualquier medio de material pornográfico en cuya elaboración hayan sido utilizados menores de edad o incapaces, o lo poseyere para estos fines, aunque el material tuviere su origen en el extranjero o fuere desconocido.

2. El que para su propio uso posea material pornográfico en cuya elaboración se hubieran utilizado menores de edad o incapaces, será castigado con la pena de tres meses a un año de prisión o con multa de seis meses a dos años.

3. Serán castigados con la pena de prisión de cinco a nueve años los que realicen los actos previstos en el apartado 1 de este artículo cuando concurra alguna de las circunstancias siguientes:

- a) Cuando se utilicen a niños menores de trece años;
- b) Cuando los hechos revistan un carácter particularmente degradante o vejatorio;
- c) Cuando los hechos revistan especial gravedad atendiendo al valor económico del material pornográfico;
- d) Cuando el material pornográfico represente a niños o a incapaces que son víctimas de violencia física o sexual;
- e) Cuando el culpable pertenezca a una organización o asociación, incluso de carácter transitorio, que se dedique a la realización de tales actividades;
- f) Cuando el responsable sea ascendiente, tutor, curador, guardador, maestro o cualquier otra persona encargada, de hecho o de derecho, del menor o incapaz.

4. El que haga participar a un menor o incapaz en un comportamiento de naturaleza sexual que perjudique la evolución o desarrollo de la personalidad de éste, será castigado con la pena de prisión de seis meses a un año.

5. El que tuviere bajo su potestad, tutela, guarda o acogimiento, a un menor de edad o incapaz, y que, con conocimiento de su estado de prostitución o corrupción, no haga lo posible para impedir su continuación en tal estado, o no acuda a la autoridad competente para el mismo fin si carece de medios para la custodia del menor o incapaz, será castigado con la pena de prisión de tres a seis meses o multa de seis a doce meses.

6. El ministerio fiscal promoverá las acciones pertinentes con objeto de privar de la patria potestad, tutela, guarda o acogimiento familiar, en su caso, a la persona que incurra en alguna de las conductas descritas en el apartado anterior.

7. Será castigado con la pena de prisión de tres meses a un año o multa de seis meses a dos años, el que produjere, vendiere, distribuyere, exhibiere o facilitare por cualquier medio material pornográfico en el que no habiendo sido utilizados directamente menores o incapaces, se emplee su voz o imagen alterada o modificada. »

Además de la pena de prisión para todos los delitos descritos anteriormente, se establece una indemnización para la persona perjudicada. La cuantía de la indemnización tiene por objeto resarcir a la víctima tanto del daño moral como de todos aquellos daños y perjuicios sufridos, incluidos lesiones físicas y psicológicas (García *et al.*, 2004).

Asimismo, se pueden imponer penas adicionales por sentencia como alejamiento e inhabilitaciones con el objetivo de prevenir nuevos ataques contra la misma víctima o diferentes personas (García *et al.*, 2004).

En el intento de agrupar los elementos que pudieran ser importantes para la asistencia integral a las víctimas de agresiones sexuales apareció la Ley 35/1995, publicada en el Boletín Oficial del Estado (BOE) el 12 de diciembre de 1995 que intenta regular las ayudas económicas para las víctimas y la asistencia a las mismas (Alonso, 2001; Carrasco y Maza, 2005; Cobo, 1998). Esta ley ha sido desarrollada en el Real Decreto 738/1997, de 23 de mayo, por el que se aprueba el Reglamento de ayudas a las víctimas (Alonso, 2001).

Además de los delitos contra la libertad e indemnidad sexual recogidos en el Título VIII, en la Reforma del Código Penal de 2003 se han introducido otro tipo de delitos relacionados con la violencia sexual. Estos delitos cuentan con una tipificación específica y son los delitos de Tráfico de seres humanos con fines de explotación sexual y la Mutilación genital (García *et al.*, 2004).

Mutilación genital

Este delito se incluye en el Título III: De las lesiones, Artículo 149 (Código Penal 1995, revisión de 2011) y expone lo siguiente:

1. El que causara a otro, por cualquier medio o procedimiento, la pérdida o la inutilidad de un órgano o miembro principal, o de un sentido, la impotencia, la esterilidad, una grave deformidad, o una grave enfermedad somática o psíquica, será castigado con la pena de prisión de seis a doce años.

2. El que causara a otro la mutilación genital en cualquiera de sus manifestaciones será castigado con la pena de prisión de seis a doce años. Si la víctima fuere menor o incapaz, será aplicable la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela, curatela, guarda o acogimiento por tiempo de cuatro a diez años, si el Juez lo estima adecuado al interés del menor o incapaz. »

En España se puede sancionar este delito aunque no se haya realizado en nuestras fronteras, ya que es suficiente con que la menor resida habitualmente en nuestro país (García *et al.*, 2004).

Tráfico de seres humanos con fines de explotación sexual

Este delito se encuentra tipificado en el Artículo 318 bis incluido en el Título XV Bis: Delitos contra los derechos de los ciudadanos extranjeros (Código Penal 1995, revisión de 2011) y queda redactado de la siguiente forma:

«1. El que, directa o indirectamente, promueva, favorezca o facilite el tráfico ilegal o la inmigración clandestina de personas desde, en tránsito o con destino a España, o con destino a otro país de la Unión Europea, será castigado con la pena de cuatro a ocho años de prisión.

2. Los que realicen las conductas descritas en el apartado anterior con ánimo de lucro o empleando violencia, intimidación, engaño, o abusando de una situación de

superioridad o de especial vulnerabilidad de la víctima, o poniendo en peligro la vida, la salud o la integridad de las personas, serán castigados con las penas en su mitad superior. Si la víctima fuera menor de edad o incapaz, serán castigados con las penas superiores en grado a las previstas en el apartado anterior.

3. En las mismas penas del apartado anterior y además en la de inhabilitación absoluta de seis a doce años, incurrirán los que realicen los hechos prevaliéndose de su condición de autoridad, agente de ésta o funcionario público.

4. Se impondrán las penas superiores en grado a las previstas en los apartados 1 a 3 de este artículo, en sus respectivos casos, e inhabilitación especial para profesión, oficio, industria o comercio por el tiempo de la condena, cuando el culpable perteneciere a una organización o asociación, incluso de carácter transitorio, que se dedicare a la realización de tales actividades.

Cuando se trate de los jefes, administradores o encargados de dichas organizaciones o asociaciones, se les aplicará la pena en su mitad superior, que podrá elevarse a la inmediatamente superior en grado.

Cuando de acuerdo con lo establecido en el artículo 31 bis una persona jurídica sea responsable de los delitos recogidos en este Título, se le impondrá la pena de multa de dos a cinco años, o la del triple al quintuple del beneficio obtenido si la cantidad resultante fuese más elevada.

5. Los Tribunales, teniendo en cuenta la gravedad del hecho y sus circunstancias, las condiciones del culpable y la finalidad perseguida por éste, podrán imponer la pena inferior en un grado a la respectivamente señalada.»

La sanción del turismo sexual, que implica la explotación sexual, queda habitualmente en manos de la legislación del país de destino, pudiendo ser castigada en España si la actividad fuera organizada en nuestro país (García *et al.*, 2004).

Violencia de género en la pareja

Finalmente, hay que hacer mención a la Ley de Violencia de Género (LO 1/2004), en cuanto que la violencia sexual se puede cometer en el marco de una relación de pareja. A pesar de no ser objeto de estudio de la presente tesis, se abordarán de una forma resumida las cuestiones más relevantes de esta ley.

La LO 1/2004 lleva como título “Ley sobre medidas de protección integral contra la violencia de género” y pretende ofrecer respuestas globales desde diferentes ámbitos como la educación, la sanidad y el sistema penal, al grave problema de la violencia de género en la pareja (Carrasco y Maza, 2005).

En el Título preliminar de esta Ley se hace referencia al objeto: actuar contra la violencia que, como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia.

La violencia de género a que se refiere la presente Ley comprende todo acto de violencia física y psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de libertad.” (BOE, 2009; Sanmartín, Iborra, García y Martínez, 2010).

La Ley consta de cinco pilares fundamentales, quedando dividida de este modo en cinco Títulos (BOE, 2009; Carrasco y Maza, 2005; Sanmartín *et al.*, 2010):

- Título I: Medidas de sensibilización, prevención y detección que se aplican en los siguientes ámbitos: educación, medios de comunicación y sanidad.
- Título II: Derechos de las mujeres víctimas de violencia de género. Se contemplan los derechos a la información, a la asistencia social integral, a la asistencia jurídica gratuita, derechos laborales y prestaciones de la Seguridad Social, derechos de las funcionarias públicas y derechos económicos.
- Título III: Tutela Institucional. Se crea el Observatorio estatal de violencia sobre la mujer dedicado a analizar los diferentes casos de violencia de género.
- Título IV: Tutela Penal. Se incluyen los tipos delictivos relacionados con la violencia de género.

Artículo 36. *Protección contra las lesiones.* (Artículo 148 del Código Penal):

«Las lesiones previstas en el apartado 1 del artículo anterior podrán ser castigadas con la pena de prisión de dos a cinco años, atendiendo al resultado causado o riesgo producido:

1.º Si en la agresión se hubieren utilizado armas, instrumentos, objetos, medios, métodos o formas concretamente peligrosas para la vida o salud, física o psíquica, del lesionado.

2.º Si hubiere mediado ensañamiento o alevosía.

3.º Si la víctima fuere menor de doce años o incapaz.

4.º Si la víctima fuere o hubiere sido esposa, o mujer que estuviere o hubiere estado ligada al autor por una análoga relación de afectividad, aun sin convivencia.

5.º Si la víctima fuera una persona especialmente vulnerable que conviva con el autor.»

Artículo 37. *Protección contra los malos tratos.* (Artículo 153 del Código Penal):

1. El que por cualquier medio o procedimiento causare a otro menoscabo psíquico o una lesión no definidos como delito en este Código, o golpear o maltratar de obra a otro sin causarle lesión, cuando la ofendida sea o haya sido esposa, o mujer que esté o haya estado ligada a él por una análoga relación de afectividad aun sin convivencia, o persona especialmente vulnerable que conviva con el autor, será castigado con la pena de prisión de seis meses a un año o de trabajos en beneficios de la comunidad de treinta y uno a ochenta días y, en todo caso, privación del derecho a la tenencia y porte

de armas de un año y un día a tres años, así como, cuando el Juez o Tribunal lo estime adecuado al interés del menor o incapaz, inhabilitación para el ejercicio de patria potestad, tutela, curatela, guarda o acogimiento hasta cinco años.

2. Si la víctima del delito previsto en el apartado anterior fuere alguna de las personas a que se refiere el artículo 173.2, exceptuadas las personas contempladas en el apartado anterior de este artículo, el autor será castigado con la pena de prisión de tres meses a un año o de trabajos en beneficio de la comunidad de treinta y uno a ochenta días y, en todo caso, privación del derecho a la tenencia y porte de armas de un año y un día a tres años, así como, cuando el Juez o Tribunal lo estime adecuado al interés del menor o incapaz, inhabilitación para el ejercicio de patria potestad, tutela, curatela, guarda o acogimiento de seis meses a tres años.

3. Las penas previstas en los apartados 1 y 2 se impondrán en su mitad superior cuando el delito se perpetre en presencia de menores, o utilizando armas, o tenga lugar en el domicilio común o en el domicilio de la víctima, o se realicen quebrantando una pena de las contempladas en el artículo 48 de este Código o una medida cautelar o de seguridad de la misma naturaleza.

4. No obstante lo previsto en los apartados anteriores, el Juez o Tribunal, razonándolo en sentencia, en atención a las circunstancias personales del autor y las concurrentes en la realización del hecho, podrá imponer la pena inferior en grado.»

Artículo 38. *Protección contra las amenazas.* (Se añaden tres apartados, numerados como 4, 5 y 6, al Artículo 171 del Código Penal):

«4. El que de modo leve amenace a quien sea o haya sido su esposa, o mujer que esté o haya estado ligada a él por una análoga relación de afectividad aun de seis meses a un año o de trabajos en beneficio de la comunidad de treinta y uno a ochenta días y, en todo caso, privación del derecho a la tenencia y porte de armas de un año y un día a tres años, así como, cuando el Juez o Tribunal lo estime adecuado al interés del menor o incapaz, inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela, curatela, guarda o acogimiento hasta cinco años. Igual pena se impondrá al que de modo leve amenace a una persona especialmente vulnerable que conviva con el autor.

5. El que de modo leve amenace con armas u otros instrumentos peligrosos a alguna de las personas a las que se refiere el artículo 173.2, exceptuadas las contempladas en el apartado anterior de este artículo, será castigado con la pena de prisión de tres meses a un año o trabajos en beneficios de la comunidad de treinta y uno a ochenta días y, en todo caso, privación del derecho a la tenencia y porte de armas de uno a tres años, así como, cuando el Juez o Tribunal lo estime adecuado al interés del menor o incapaz, inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela, curatela, guarda o acogimiento por tiempo de seis meses a tres años.

Se impondrán las penas previstas en los apartados 4 y 5, en su mitad superior cuando el delito se perpetre en presencia de menores, o tenga lugar en el domicilio común o en el domicilio de la víctima, o se realice quebrantando una pena de las contempladas en el artículo 48 de este Código o una medida cautelar o de seguridad de la misma naturaleza.

6. No obstante lo previsto en los apartados 4 y 5, el Juez o Tribunal, razonándolo en sentencia, en atención a las circunstancias personales del autor y a las concurrentes en la realización del hecho, podrá imponer la pena inferior en grado.»

Artículo 39. *Protección contra las coacciones.* (Se añade el apartado 2 al Artículo 172 del Código Penal):

«2. El que de modo leve coaccione a quien sea o haya sido su esposa, o mujer que esté o haya estado ligada a él por una análoga relación de afectividad, aun sin convivencia, será castigado con la pena de prisión de seis meses a un año o de trabajos en beneficio de la comunidad de treinta y uno a ochenta días y, en todo caso, privación del derecho a la tenencia y porte de armas de un año y un día a tres años, así como, cuando el Juez o Tribunal lo estime adecuado al interés del menor o incapaz, inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela, curatela, guarda o acogimiento hasta cinco años. Igual pena se impondrá al que de modo leve coaccione a una persona especialmente vulnerable que conviva con el autor.

Se impondrá la pena en su mitad superior cuando el delito se perpetre en presencia de menores, o tenga lugar en el domicilio común o en el domicilio de la víctima, o se realicen quebrantando una pena de las contempladas en el artículo 48 de este Código o una medida cautelar o de seguridad de la misma naturaleza. No obstante lo previsto en los párrafos anteriores, el Juez o Tribunal, razonándolo en sentencia, en atención a las circunstancias personales del autor y a las concurrentes en la realización del hecho, podrá imponer la pena inferior en grado.»

Artículo 40. *Quebrantamiento de condena.* (Artículo 468 del Código Penal):

«1. Los que quebrantaren su condena, medida de seguridad, prisión, medida cautelar, conducción o custodia serán castigados con la pena de prisión de seis meses a un año si estuvieran privados de libertad, y con la pena de multa de doce a veinticuatro meses en los demás casos.

2. Se impondrá en todo caso la pena de prisión de seis meses a un año a los que quebrantaren una pena de las contempladas en el artículo 48 de este Código o una medida cautelar o de seguridad de la misma naturaleza impuestas en procesos criminales en los que el ofendido sea alguna de las personas a las que se refiere el artículo 173.2.»

Artículo 41. *Protección contra las vejaciones leves.* (Artículo 620 del Código Penal):

«Serán castigados con la pena de multa de diez a veinte días:

1.º Los que de modo leve amenacen a otro con armas u otros instrumentos peligrosos, o los saquen en riña, como no sea en justa defensa, salvo que el hecho sea constitutivo de delito.

2.º Los que causen a otro una amenaza, coacción, injuria o vejación injusta de carácter leve, salvo que el hecho sea constitutivo de delito.

- Título V: Tutela Judicial. En este apartado se recogen las normas procesales civiles y penales y las medidas de protección y de seguridad de las víctimas. No obstante, la mayor innovación reside en la creación de los Juzgados de violencia contra la mujer y de la figura del Fiscal contra la violencia sobre la mujer.

1.5. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

1.5.1. Agresión, abuso y acoso sexual

En general, la violencia sexual ha sido un fenómeno poco estudiado en las investigaciones, fundamentalmente por su complejidad a la hora de cuantificar el número de víctimas reales. Los datos sobre la violencia sexual, a menudo se obtienen de la policía, hospitales, organizaciones no gubernamentales y las diferentes investigaciones que emplean el método de encuesta (OMS, 2002).

Es difícil estimar la tasa de incidencia ya que únicamente se pueden recoger datos a través de las denuncias interpuestas en la policía o de los registros de hospitales. La realidad es que la violación es uno de los delitos menos denunciados por lo que los datos obtenidos son estimaciones parciales. Por otra parte, hay víctimas que no acuden a los hospitales en busca de ayuda o que ni tan siquiera se consideran víctimas (Instituto de la Mujer, 2008).

La relación que se establece entre los datos obtenidos y las cifras reales de violencia sexual puede representarse gráficamente por la figura de un iceberg (Gráfico 1.1) (OMS, 2002).

La pequeña punta visible del iceberg representa los casos denunciados a la policía. En la sección intermedia, más amplia que la anterior, se incluyen las víctimas reveladas a través de las investigaciones y de las organizaciones no gubernamentales. Y finalmente, se observa cómo bajo la superficie existe una última capa sin cuantificar (OMS, 2002).

Los datos presentados por la OMS (2002) sobre mujeres de diferentes lugares que declararon haber sido agredidas sexualmente se recogen en la tabla 1.2. Como se puede observar, entre el 0.8% y el 8% de las mujeres informaron que fueron agredidas sexualmente durante los cinco años anteriores al momento de la encuesta. Sin embargo, en esta encuesta no se establece la diferencia entre agresiones por un desconocido y agresiones dentro de la pareja, por lo que es posible que se subestimen los datos.

Cuando se tiene en cuenta únicamente las agresiones sexuales en el marco de la pareja, las cifras aumentan considerablemente. En la tabla 1.3. se resumen algunos datos sobre la prevalencia de la coacción sexual por parte de la pareja en diferentes lugares del mundo. Entre un 6.2% y un 46.7% de mujeres han sido víctimas de agresiones sexuales por su pareja en algún momento de su vida y entre un 1.3% y un 27% lo han sido en el último año (OMS, 2002). Aunque las tasas varían mucho entre los diferentes países, son muy elevadas en todos ellos, por lo que se puede concluir que ninguna parte del mundo es ajena a este tipo de violencia (Echeburúa y Redondo, 2010; OMS, 2002).

Gráfico 1.1. Magnitud del problema de la violencia sexual (OMS, 2002).

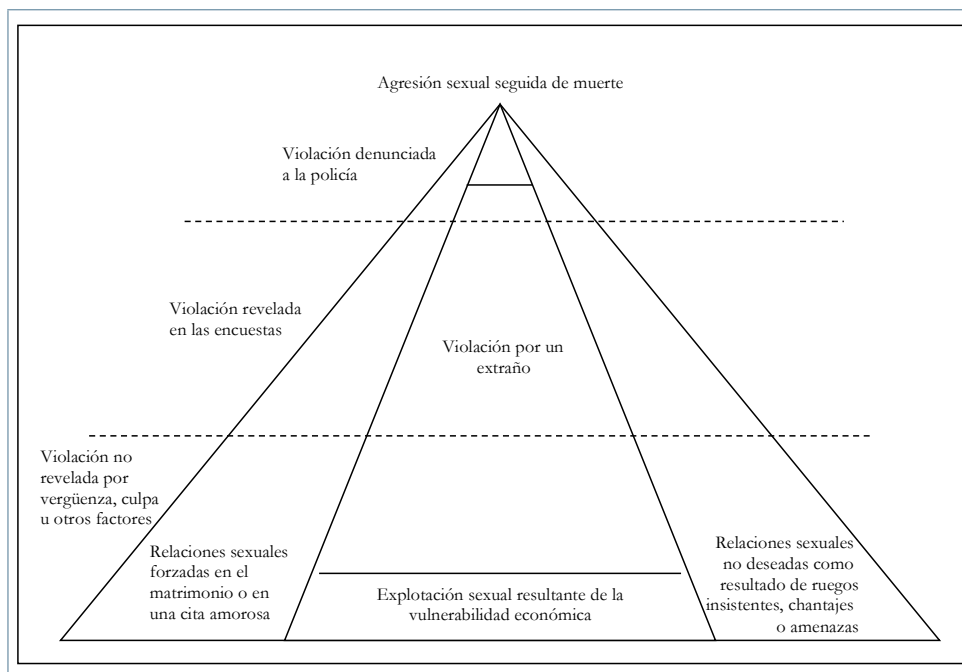


Tabla 1.2. Porcentaje de mujeres mayores de 16 años de edad que declararon haber sido agredidas sexualmente en diferentes lugares del mundo (1992-1997) (OMS, 2002).

	Países evaluados	En los 5 años anteriores (%)
África	Botswana, Egipto, Sudáfrica, Túnez, Uganda y Zimbabwe	0.8 – 4.5
América del Sur	Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica y Paraguay	1.4 – 8
Asia	China, India, Indonesia y Mongolia	1.6 – 3.1
Europa	Albania, Hungría y Lituania	2 – 6

Tabla 1.3. Porcentaje de mujeres adultas que declararon haber sido agredidas sexualmente por parte de su pareja en diferentes lugares del mundo (1989-2000) (OMS, 2002).

	Países evaluados	% mujeres agredidas en los 12 meses anteriores	% mujeres agredidas alguna vez
África	Zimbabwe	No disponible	25
América del Norte	Canadá, Estados Unidos	No disponible	7.7 – 8
América del Sur	Brasil, Chile, México, Nicaragua, Perú y Puerto Rico	2.8 – 22.9	10.1 – 46.7
Asia	Franja de Gaza, Indonesia, Japón, Tailandia y Turquía	1.3 – 27	6.2 – 29.9
Europa	Finlandia, Reino Unido, Suecia y Suiza	2.5 – 6	5.9 - 23

La violencia sexual se encuentra en cualquier rango de edad, sexo y estrato social. Sin embargo, las mujeres, las menores y los menores son las principales víctimas. Según el Comité de Derechos Humanos, el 85.7% de las víctimas de violaciones son mujeres; y por cada seis mujeres agredidas, se cuenta un hombre también agredido. Además se aportan los siguientes datos, una de cada doce mujeres agredidas menores de diecisiete años resulta embarazada, y una de cada veintitrés personas agredidas es contagiada de una enfermedad de transmisión sexual (UNFPA, 2008). La OMS (2002), también aporta datos acerca de los embarazos asociados a una violación, siendo la tasa en Colombia del 5% en el grupo de doce a cuarenta y cinco años de edad.

El Sistema de Vigilancia de Violencia Intrafamiliar, Maltrato Infantil y Violencia Sexual (SIVIM) de Bogotá, ha realizado un estudio sobre la violencia sexual durante los años 2006 y 2007. En este estudio se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre la proporción de hombres y mujeres que han sufrido algún tipo de violencia sexual. La relación que se establece es por cada víctima masculina se registran más de 4,4 víctimas femeninas. Asimismo, estas diferencias no se distribuyen igual en todos los rangos de edad. La diferencia entre hombres y mujeres se minimiza en el rango de uno a diez años de edad. Por otro lado, este estudio señala que el 74.9% (2007) y el 78.6% (2006) de los casos de violencia sexual registrados corresponden a menores de quince años de edad (UNFPA, 2008).

Los estudios internacionales realizados años anteriores hacen referencia a una tasa de victimización sexual anual de tres de cada cien mujeres mayores de catorce años a nivel internacional y una de cada cien mujeres para el caso de España y Francia. Las tasas de delitos sexuales, son próximas entre los diferentes lugares del mundo, siendo en España ligeramente menores que en otros países como Francia, Italia, Alemania o Gran Bretaña (Echeburúa y Redondo, 2010).

Las denuncias por delitos contra la libertad e indemnidad sexual representan menos del 1% del total de las denuncias por delitos cometidos en nuestro país (Echeburúa y Redondo, 2010; García *et al.*, 2004; Urra, 2003). En España se denuncian 10.000 delitos de violencia sexual al año aproximadamente, de los que 2.500 son por violación. Se estima que únicamente se denuncia entre una de cada ocho y dos de cada diez agresiones y que un 20% de las mujeres adultas españolas han sufrido una violación completa (Echeburúa y Corral, 2006; Urra, 2007).

Los datos del Ministerio del Interior sobre delitos conocidos de abuso, acoso y agresión sexual muestran una cierta estabilidad durante el período 1997-2007 o, en todo caso, un ligero incremento en el período 2002-2007, siendo el número de denuncias por delitos sexuales de 6.845 en el año 2007, a pesar de no incluir los datos del País Vasco, Girona y Lleida (Instituto de la Mujer, 2008).

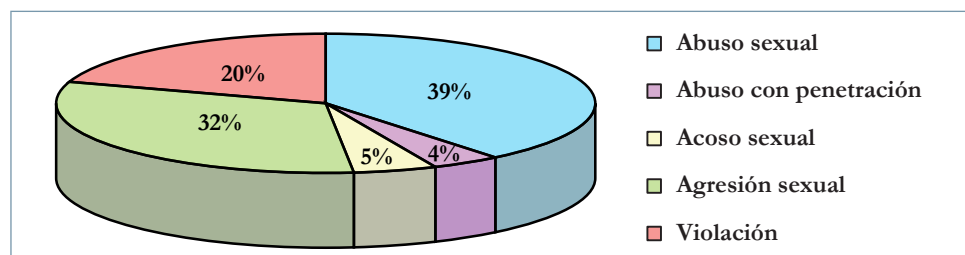
Como se puede observar en la Tabla 1.4., el total de delitos contra la libertad e indemnidad sexual en España en el 2007 fue de casi 7.000, de los cuales 1.137 se dieron en el ámbito familiar, siendo mujeres la mayoría de las víctimas (1.027). La violación sexual es el delito más cometido en el caso de personas adultas mientras que en menores se trata del abuso sexual sin penetración (Instituto de la Mujer, 2007).

En el gráfico 1.2 se representa la distribución de las diferentes tipologías de delitos sexuales, según los datos aportados por el Instituto de la Mujer para el año 2009. La mayoría de los delitos recogidos son abusos sexuales (39%) seguidos de agresiones sexuales sin penetración (32%) y violaciones (20%). En menor medida se encuentran el acoso sexual (5%) y el abuso sexual con penetración (4%) (Instituto de la Mujer, 2009).

Tabla 1.4. Delitos sexuales conocidos según edad y ámbito de comisión en el 2007 (Instituto de la Mujer, 2007).

Tipo de delitos	Total delitos	Ámbito familiar	Menores en ámbito fam.	Total mujeres en ámbito fam.	Total muj. menores ámbito fam.
Contra libertad e indemnidad sexual	6.904	1.137	518	1.027	429
Agresión sexual	2.259	243	83	212	60
Violación	1.573	415	98	402	90
Abuso sexual	2.320	338	271	290	228
Abuso con penetración	262	82	51	67	38
Acoso sexual	431	0	0	0	0
Corrupción menores	15	15	13	13	11

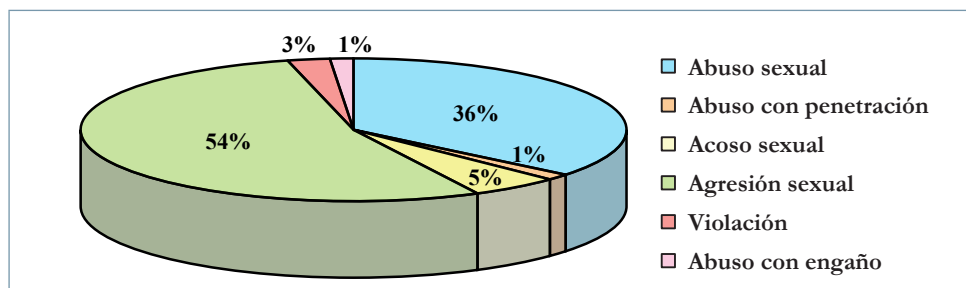
Gráfico 1.2. Delitos sexuales denunciados en 2009 (Instituto de la Mujer, 2009)



Según la Memoria de la Fiscalía General del Estado, en cuanto a los delitos contra la libertad e indemnidad sexuales se observa un incremento del 6.58%, pues se pasa de 13.266 procedimientos en 2010 a 14.139 causas incoadas en 2011. Por lo tanto, se rompe la tendencia a la baja en este sector que se había detectado el año anterior y que se caracterizó por un descenso del 2.36%. Especialmente significativo resulta el incremento observado del 28.3% en el delito de violación (Torres-Dulce, 2012).

En el gráfico 1.3. se representa otra distribución de las diferentes tipologías de delitos sexuales, según los datos aportados por la Memoria de la Fiscalía General del Estado para el año 2011. La mayoría de los delitos recogidos son agresiones sexuales sin penetración (54%) seguidos de abusos sexuales (36%). En menor medida se encuentran el acoso sexual (5%), la violación (3%), el abuso sexual con engaño (1%) y el abuso sexual con penetración (1%) (Torres-Dulce, 2012).

Gráfico 1.3. Procedimientos judiciales de delitos sexuales en 2011
(Torres-Dulce, 2012)



A partir de los datos de la Memoria de la Fiscalía General del Estado también se obtiene la distribución por provincias de los procedimientos judiciales de los delitos sexuales para el año 2011. Las provincias en las que hay más procedimientos de delitos sexuales son Barcelona (1,665), Madrid (1,605), Las Palmas (719), Valencia (707) y Murcia (704). Las demás provincias se encuentran alrededor o por debajo de los 500 procedimientos por delitos contra la libertad e indemnidad sexuales (Torres-Dulce, 2012).

En referencia a la Comunidad de Madrid, el número de procedimientos por delitos contra la libertad e indemnidad sexuales ascendió a 1.605, cifra más alta que la de 1.552 del año anterior, representando este incremento un 3.4%. De estos delitos, 594 diligencias fueron por agresión sexual, 107 por violación, 315 por abusos sexuales, 183 por exhibicionismo y provocación sexual y 124 por abuso sexual de menores (Torres-Dulce, 2012).

Respecto a la prevalencia de los abusos sexuales en la infancia, es más difícil de determinar ya que ocurre habitualmente en un entorno privado y los menores y las menores lo suelen mantener en secreto. En España, la frecuencia de los abusos afecta al 20% de la población (23% de niñas y 15% de niños), sin embargo la tasa de abusos con implicaciones clínicas para menores es más baja, en torno al 4-8% de la población (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000; Noguerol, 2005).

Las víctimas de abuso sexual infantil suelen ser más mujeres (59.9%) que hombres (40.1%) (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000). La edad de mayor incidencia de casos es en torno a los seis a doce años (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000; Marshall, 2001; Urra, 2007), habiendo un mayor número de niñas en los casos de abuso intrafamiliar con una edad de inicio anterior (siete-ocho años), y un mayor número de niños en los casos de abuso extrafamiliar, con una edad de inicio posterior (once-doce años) (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000).

En la Tabla 1.5. se detalla el número de menores víctimas de delitos contra la libertad sexual en España para el año 2008, en función del tipo de delito. Estos datos hacen referencia al número de denuncias aportadas por los Cuerpos Nacional de Policía y Guardia Civil. El total de menores víctimas de estos delitos es de 3.814, siendo 3.012 casos de niñas y 802 casos de niños. El abuso sexual sin penetración (1.357 casos) es el delito más cometido con mucha diferencia (Aller y Gómez, 2010).

Tabla 1.5. Menores de 18 años víctimas de delitos contra la libertad sexual, 2008 (Aller y Gómez, 2010).

Tipos de delitos	Total delitos
Contra libertad e indemnidad sexual	3.814
Agresión sexual	652
Violación	352
Abuso sexual	1.357
Abuso con penetración	143
Acoso sexual	75
Corrupción menores	207
Coacción / lucro sobre prostitución	44
Exhibicionismo	579
Pornografía de menores	330
Provocación sexual	73

Por otro lado, siguiendo los datos aportados por la Memoria de la Fiscalía General del Estado se detalla en la tabla 1.6. el número de procedimientos judiciales de menores víctimas de delitos contra la libertad sexual en España para el año 2011 (Torres-Dulce, 2012).

Tabla 1.6. Procedimientos judiciales de menores de 18 años víctimas de delitos contra la libertad sexual, 2011 (Torres-Dulce, 2012).

Tipos de delitos	Total procedimientos
Agresión sexual	144
Abuso sexual	471
Acoso sexual	77
Corrupción menores	281
Coacción / lucro sobre prostitución	122
Exhibicionismo	926
Pornografía de menores	281

Finalmente, con respecto al número de delincuentes sexuales se encuentra que supone un 5% de la población reclusa en nuestras prisiones. Por otro lado, es preocupante que el número de agresores sexuales menores de edad se incrementa de forma paulatina (Echeburúa y Redondo, 2010; Urra, 2003; 2007).

1.5.2. Otros tipos de violencia sexual

Conflicto armado

Según Women for Women International, 20.000 mujeres y niñas fueron violadas durante el conflicto de Bosnia y entre 250.000 y 500.000 lo fueron en el genocidio de Ruanda (cit. en Sanmartín *et al.*, 2000).

Otros estudios aportan datos acerca de conflictos como el de la ciudad china de Nanking, en el cual alrededor de 20.000 mujeres fueron violadas, torturadas sexualmente y asesinadas durante el primer mes de ocupación japonesa dando lugar a que este hecho fuera conocido como “la violación de Nanking”. Por otro lado, se estima que en 1945, en el área de Berlín fueron abusadas sexualmente entre 120.000 y 900.000 mujeres y en Bangladesh (1971) 200.000 fueron violadas, lo que llevó a pensar que se trató de un crimen premeditado (Moreyra, 2007).

En la Segunda Guerra Mundial, el Ejército Imperial de Japón esclavizó sexualmente a 200.000 mujeres entre once y veinte años, en centros a los que se llamó “comfort stations” y que hoy se entienden como campos de violación. Se estima que únicamente el 25% de esas mujeres lograron sobrevivir (Moreyra, 2007).

De estas violaciones se desprenden consecuencias como el contagio de enfermedades o los embarazos forzados o no deseados. En un estudio acerca del conflicto de Sierra Leona se ha estimado que entre el 70 y 90% de las mujeres que sobrevivieron a una violación fueron contagiadas de enfermedades de transmisión sexual (Moreyra, 2007).

Mutilación genital femenina

Se calcula que aproximadamente 130 millones de mujeres han sufrido la mutilación genital y que, al menos dos millones de mujeres al año se encuentran en riesgo de padecerla (Amnistía Internacional, 1998).

El 80-85% de toda la mutilación genital femenina practicada en el mundo es de tipo clitoridectomía o escisión, mientras que la infibulación constituye el 15-20% de los casos. Esta forma más severa predomina en regiones como Sudán, Somalia, Yibuti, Kenia y Etiopía (Amnistía Internacional, 1998).

Los datos más actuales se encuentran resumidos en la Tabla 1.7. que indican que la prevalencia de la mutilación genital femenina varía significativamente de un país a otro, desde un porcentaje del 5% en Níger hasta el 99% en Guinea (Centro de Investigaciones Innocenti, 2005).

Trata de mujeres con fines de explotación sexual

Cada año entre 600.000 y 800.000 personas cruzan las fronteras como víctimas de trata, de los cuales un 80% son mujeres y niñas. Según Naciones Unidas la trata de personas mueve anualmente entre cinco y siete billones de dólares americanos y unos cuatro millones de personas se ven desplazadas de un país a otro. De estos beneficios económicos, el 85% proviene del comercio sexual (APRAMP, 2009).

La Organización Internacional para las Migraciones (IOM) estima que anualmente entran en la Unión Europea 500.000 víctimas de trata, proviniendo el 70% aproximadamente de los países del Este, que han superado a los anteriores países proveedores, Asia y Latinoamérica (cit. en APRAMP, 2009; Sanmartín *et al.*, 2000).

Tabla 1.7. Prevalencia de la mutilación genital femenina entre mujeres de 15 a 49 años por país (Centro de Investigaciones Inocenti, 2005).

País	Prevalencia Nacional %	País	Prevalencia Nacional %
Benín	17	Guinea	99
Burkina Faso	77	Kenia	32
República Centroafricana	36	Mali	92
Chad	45	Mauritania	71
Costa de Marfil	45	Níger	5
Egipto	97	Nigeria	19
Eritrea	89	Sudán	90
Etiopía	80	Tanzania	18
Ghana	5	Yemen	23

La mayoría de las mujeres víctimas de la explotación sexual en Europa son ucranianas, rusas, búlgaras y albanesas. En la misma líneas, las redes de tráfico sexual que operan desde Europa son la mayoría rusas, personas de la antigua Yugoslavia, ucranianas, turcas y albanesas (Sanmartín *et al.*, 2000). Sin embargo cada vez se han detectado más chinas en muchos países europeos. Por ejemplo, en 2008, el grupo extranjero más grande de explotación sexual en Italia fue el chino (APRAMP, 2009).

Respecto a la trata con fines de explotación sexual en España cabe destacar que las áreas de procedencia fundamentalmente son de Latinoamérica (Colombia, Brasil y República Dominicana), Europa del Este (Rusia, Ucrania, antigua Yugoslavia y Polonia) y África (Nigeria, Marruecos, Liberia y Sierra Leona) (Sanmartín *et al.*, 2000). Sin embargo, el lugar de mayor procedencia ha ido cambiando a lo largo del tiempo. En los años 2000 y 2001, la mayoría de víctimas procedían de Latinoamérica, mientras que en el 2002 procedían de Europa del Este y en el 2007 el 46.38% procedía de Europa y el 35.51% de América (Instituto de la Mujer, 2008).

En cuanto a los datos aportados en la Comunidad de Madrid, la mayoría de víctimas proceden de Nigeria, seguidas de Europa del Este (ucranianas, polacas y lituanas) y Latinoamérica (colombianas y dominicanas) (Comisión para la Investigación de Malos Tratos a Mujeres, 2002).

Violencia de género en la pareja

En el III Informe Internacional de violencia contra la mujer en las relaciones de pareja (Sanmartín *et al.*, 2010) se han recogido datos de 44 países y se ha establecido un ranking de países por número de mujeres asesinadas por cada millón de mujeres en 2006. Los países que tienen mayores prevalencias son los de Centroamérica y Suramérica, en concreto la mayor prevalencia de feminicidios se ha encontrado en El Salvador con un total de 129.43 mujeres asesinadas por millón de mujeres. España ocupa el lugar 36 con un total de 5.15 feminicidios por millón de mujeres.

En el mismo estudio se ha representado la distribución de los feminicidios en Europa (Gráfico 1.4.) y España (Gráfico 1.5.) según el ámbito en el que se cometen para

el año 2006. Es destacable la diferencia entre ambas distribuciones, mientras que en Europa se distribuye casi a la mitad los casos de feminicidios no familiares y familiares, en España son mayores los feminicidios familiares (67.83%) (Sanmartín *et al.*, 2010).

Gráfico 1. 4. Distribución de los feminicidios en Europa según el ámbito en el que se cometen, 2006 (Sanmartín *et al.*, 2010).

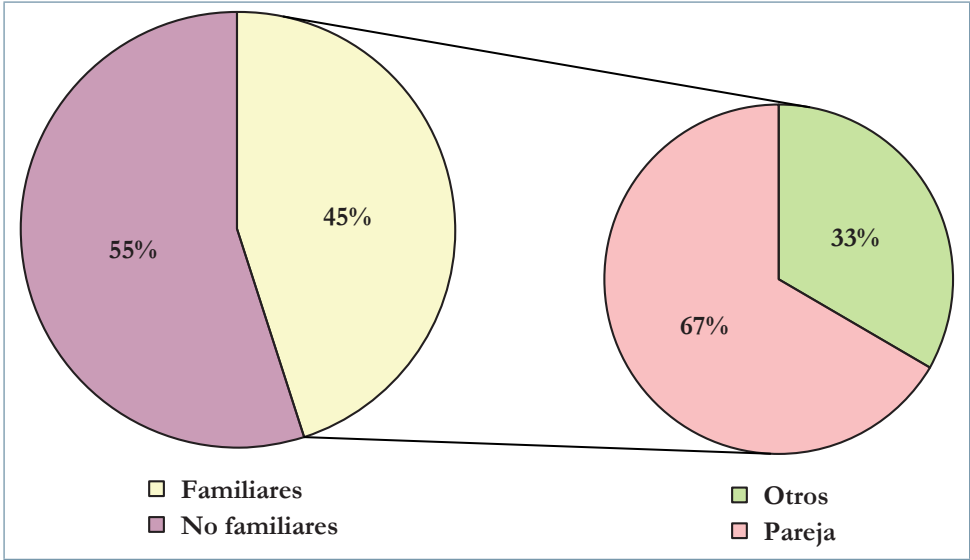
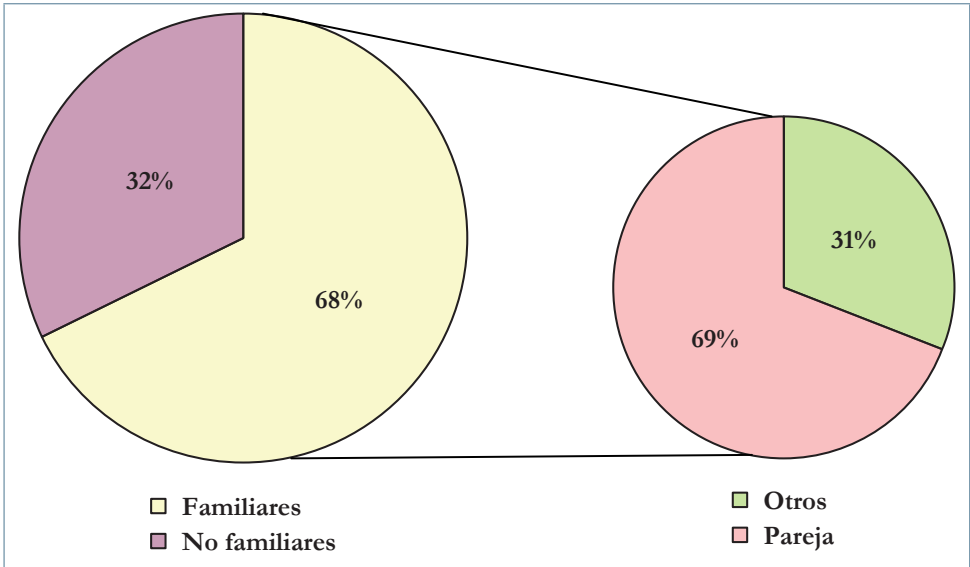


Gráfico 1. 5. Distribución de los feminicidios en España según el ámbito en el que se cometen, 2006 (Sanmartín *et al.*, 2010).



En nuestro país, alrededor de una de cada mil mujeres denuncia malos tratos por parte de su pareja y el número de denuncias aumenta cada año. Esto puede deberse a la mayor información obtenida a través de los medios de comunicación o una mayor seguridad depositada en la aparición de nuevas instituciones de ayuda (Sanmartín *et al.*, 2000). Sin embargo, según el Instituto de la Mujer, el 80% de los casos de maltrato que llegan a instituciones no inician ningún trámite judicial (Sanmartín *et al.*, 2000).

En el año 2009 ha habido 55 víctimas mortales por violencia de género. Esta cifra es la más baja registrada en el periodo comprendido entre 2003 y 2009. De estas víctimas, el 29.1% tenían 30 o menos años, el 29.1% tenía entre 31 y 40 años, de nuevo el 29.1 % tenía entre 41 y 64 años y el 12.7% de las víctimas tenía más de 64 años (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011).

Por último, en la tabla 1.8. se recogen el número de denuncias presentadas en los Juzgados de Violencia sobre la Mujer en España, en el tercer trimestre del 2012. Como se puede observar, el mayor número de denuncias presentadas proceden de los atestados policiales con denuncia de la víctima (65.07%), seguidos de los atestados policiales por intervención directa policial (12.39%) y de los partes de lesiones (11.71%) (Consejo General del Poder Judicial, 2012).

Tabla 1.8. Denuncias por violencia de género interpuestas en el tercer trimestre de 2012 (Consejo General del Poder Judicial, 2012).

Denuncias 2012 (3 ^{er} trimestre)	Total
	33.814
Presentada por la víctima	2.662 (7.87%)
Presentada por familiares	65 (0.19%)
Atestados policiales	
– Con denuncia víctima	22.004 (65.07%)
– Con denuncia familiar	369 (1.09%)
– Por intervención directa policial	4.190 (12.39%)
Parte de lesiones	3.961 (11.71%)
Servicios asistencia / Terceros	563 (1.66%)

CAPÍTULO II

Consecuencias de la agresión sexual

2.1. INTRODUCCIÓN

Según las estimaciones del Banco Mundial, la agresión sexual supone la pérdida de casi uno de cada cinco años de vida saludable entre las mujeres entre 15 y 44 años (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2000; cit. en Carrasco y Maza, 2005).

Las reacciones ante tales agresiones tienen una gran incidencia sobre el bienestar físico, psíquico y social de la persona, así como sobre su equilibrio psicológico, ocasionando la pérdida de salud (Echeburúa, 2004, Carrasco y Maza, 2005; Jozkowski y Sanders, 2012).

Asimismo, la violación es uno de los sucesos traumáticos de mayor gravedad, causando múltiples consecuencias negativas tanto a corto como a largo plazo, entre las que están el trastorno de estrés postraumático, depresión, miedos, ansiedad, intentos de suicidio o abuso de sustancias.

Las agresiones sexuales tienen las características de todo suceso traumático (López, 2012):

- Se produce de forma repentina, súbita sin que la víctima tenga tiempo de reaccionar.
- Es inesperada, no se disponen de indicios o señales que puedan avisar de una agresión sexual.
- Producen un malestar físico y psicológico en la víctima.
- Producen descontrol, la persona ve como su percepción del mundo seguro se desmorona, aumentando el sentimiento de vulnerabilidad.
- La gravedad del suceso puede desbordar los recursos de afrontamiento de la persona, ya que la víctima puede ver su propia vida en peligro.

No obstante, el hecho de que exista una reacción emocional y afectiva ante una agresión o abuso sexual supone una respuesta normal, ya que de lo contrario, es decir, la ausencia de tal reacción podría ser sospechoso de la existencia de algún trastorno previo que debería ser descartado (Carrasco y Maza, 2005).

No es fácil predecir que reacción inicial puede mostrar la víctima ante una agresión, no obstante, existen dos tipos principalmente. Por un lado, una reacción de sobrecoimiento que consiste en permanecer paralizada, y por el otro, una reacción de sobresalto en la que la víctima se defiende por la fuerza, grita o sale corriendo (Echeburúa, 2004; Echeburúa y Corral, 2006; Marshall, 2001). Ambas respuestas, a pesar de ser opuestas, constituyen una respuesta adaptativa ante la amenaza de un peligro inminente (Echeburúa, 2004; Echeburúa y Corral, 2006).

La mejoría más rápida sucede entre los tres y seis primeros meses, siguiendo un patrón caracterizado por una mejoría inicial en la fase aguda, continuada por una nivelación (Esbec y Fernández-Sastrón, 2000; Valentiner, Foa, Riggs y Gershuny, 1996).

El primer intento por describir un patrón de respuestas psicológicas en víctimas de agresión sexual fue llevado a cabo por Sutherland y Scherl (1970). Estos autores consideraron la evolución de dicha respuesta en tres fases: a) fase de reacción aguda, de inicio inmediato, horas o días después de la agresión; b) fase de adaptación al entorno, caracterizada por ser un periodo de ajuste con vuelta a las actividades de la vida cotidiana, dejando sin resolver el trauma psíquico; y c) fase de integración y resolución de los conflictos asociados al trauma (cit. en Carrasco y Maza, 2005; Delgado, 1994).

Posteriormente, otro trabajo dirigido al estudio de las consecuencias psicológicas en víctimas de agresión sexual fue realizado por Burgess y Holmstrom en 1974. Las autoras describen en este estudio el “Síndrome del Trauma de la violación” que consiste en la existencia de dos fases: a) fase aguda e inmediata de desorganización, en la que las víctimas muestran problemas de conducta, reacciones somáticas y emocionales como la rabia y ansiedad y una ruptura de su estilo de vida, y b) fase de reorganización (a largo plazo) que se caracteriza por un periodo de ajuste externo, fobias relacionadas con la agresión, trastornos del sueño y restricciones en el estilo de vida.

Otra clasificación que recoge los estudios anteriores es la propuesta por Soria y Hernández (1994), que describen las siguientes fases:

- a) fase de shock o impacto emocional: consiste en una reacción inmediata y con una duración de minutos a horas, donde aparecen sentimientos y cambios afectivos como ansiedad, inquietud, sensación de vulnerabilidad, imposibilidad de aceptar lo sucedido, impotencia, aislamiento y bloqueo afectivo, entre otros.
- b) fase de reorganización: reacción a corto plazo caracterizada por la reevaluación cognitiva del suceso, con una duración variable, que va desde semanas a meses, donde la víctima trata de integrar el hecho traumático en sus esquemas personales, expectativas previas y su percepción de sí misma y del mundo. El elemento clave es la cognición, que oscila entre la repetición intrusiva del suceso y los intentos por comprender la causalidad del delito. La afectividad se caracteriza por la ira, la tristeza o el miedo y su conducta se ve afectada en la vida cotidiana, pudiéndose observar a medio plazo, conductas de evitación o compensatorias.

- c) fase de readaptación: a largo plazo, donde el trauma se resuelve mediante el establecimiento de unas defensas más efectivas como la presencia de conductas vigilantes y una revisión de los esquemas y valores personales para proceder a un reajuste en la vida cotidiana.

Echeburúa, Corral y Amor (2004) añaden una fase previa a las descritas por Burgess y Holmstrom (1974), que es la fase inicial o etapa de “shock”, donde aparece una reacción de sobrecogimiento, con cierto enturbiamiento de la conciencia y embotamiento general, caracterizado por lentitud, abatimiento general, pensamientos de incredulidad y pobreza de reacciones.

De acuerdo con algunos autores, las consecuencias de una agresión sexual se pueden clasificar en función del tipo de agresor. Si la agresión sexual es cometida por un desconocido estamos ante una violación por asalto. En este caso suelen emplear más la violencia, amenazas e incluso armas. Las víctimas desarrollan un temor y ansiedad constantes, mantienen una falta de confianza en los demás (sobre todo extraños) y los sentimientos de culpa pasan a un segundo plano (Echeburúa y Redondo, 2010; Urra, 2007).

Si la agresión sexual es realizada por un conocido se emplea una menor violencia porque utilizan el factor sorpresa para el asalto y previamente se ganan la confianza de la víctima con una actitud amistosa. La víctima en este caso suele sentirse más vulnerable, desconfiando de los demás, dependiente, débil y los sentimientos de culpa aparecen con frecuencia pudiendo desarrollar una depresión (Urra, 2007).

Por último, la agresión puede ser realizada por una persona allegada a la víctima, como por ejemplo su pareja, la cual aprovecha el afecto y la confianza depositada en él. Este tipo de agresión genera una gran confusión en la víctima, temor a que vuelva a producirse, indefensión, baja autoestima y una gran culpabilidad que puede derivar en depresión e ideas autolíticas (Urra, 2007).

No obstante, las principales consecuencias psicológicas que sufren las víctimas de agresiones sexuales, detalladas a continuación, se pueden describir a corto, medio y largo plazo en función de su persistencia.

2.2. CONSECUENCIAS A CORTO PLAZO

Cuando se describen las consecuencias a corto plazo de una agresión sexual, la mayoría de los autores hacen referencia a las reacciones de la víctima que transcurren desde horas después de la agresión sexual hasta pasados tres meses de ésta (Echeburúa *et al.*, 1995).

En las violaciones no siempre se emplea la fuerza física, por lo que las lesiones corporales no son una consecuencia presente en todos los casos. Entre las consecuencias más comunes de la agresión sexual se suele encontrar las relacionadas con la salud reproductiva, consecuencias psicológicas y sobre el bienestar social (OMS, 2002; Suris, Lind, Kashner y Borman, 2007).

2.2.1. Consecuencias somáticas

Sufrir una agresión sexual se ha relacionado con una autopercepción de una salud pobre (Amstadter, McCauley, Ruggiero, Resnick y Kilpatrick, 2011; Cloutier, Martin y Poole, 2002; Golding, 1994; Golding, Cooper y George, 1997; Sadler, Mengeling, Fraley, Torner y Booth, 2012; Zinzow, Amstadter *et al.*, 2011), siendo esta percepción mayor cuando son varios agresores o el agresor es la pareja (Golding, 1994; Golding *et al.*, 1997). En otros estudios esta percepción de mala salud está mediada por una respuesta social negativa tras la agresión (Ullman y Siegel, 1995).

Según Koss, Woodruff y Koss (1991), aunque las mujeres víctimas de una agresión sexual tienden a ocultar la agresión o a no denunciarla, no parece que eviten la atención médica. En otro estudio, la prevalencia de las mujeres que habían sufrido una agresión sexual y buscaron ayuda fue un 52% (Amstadter *et al.*, 2010). Sin embargo, en el estudio de Zinzow, Resnick, Barr, Danielson y Kilpatrick (2012) una minoría de las víctimas de violación (21%) solicitó atención médica tras la agresión.

De acuerdo con algunos autores, los principales cuadros somáticos que se asocian a la victimización por violación son: el dolor pélvico, el síndrome premenstrual, molestias como cefaleas, dolor de espalda o en articulaciones, fibromialgia, problemas gastrointestinales y bruxismo (Calhoun y Atkeson, 1991; Campbell, Seft y Ahrens, 2003; Chandler, Ciccone y Raphael, 2006; Golding, 1999; Lorente *et al.*, 1998). En otro estudio se asoció una historia de agresión sexual con sufrir artritis o cáncer de pecho (Stein y Barrett-Connor, 2000).

Las lesiones específicas de una agresión sexual son las de localización genital, anal, oral y en los senos. Entre las más características se encuentran (Cobo, 1998):

- las de localización himeneal como rotura total o parcial del himen, sobre todo en las víctimas que no han mantenido relaciones sexuales previas a la agresión;
- las producidas por penetraciones bruscas, o por diversos agresores o por la utilización de instrumentos;
- las de localización anal y perianal.

Por otro lado, las lesiones producidas durante la agresión sexual se pueden clasificar de la siguiente forma: a) lesiones producidas como respuesta a la resistencia de la víctima (arañazos en brazos, piernas, caderas); b) lesiones para acallar los gritos de la víctima (arañazos en la boca, cuello, cara); c) lesiones con el fin de acabar con la vida de la víctima (tentativas de estrangulación, sumersión, heridas de arma blanca); y d) lesiones producto de una conducta sádica (azotes, quemaduras) (Cobo, 1998; Villanueva y Gisbert, 2004, cit. en Echeburúa y Corral, 2006).

Burgess y Holmstrom (1974) describen en la fase aguda del Síndrome del Trauma de la violación reacciones somáticas tales como dolores y contusiones físicas, especialmente en las agresiones violentas o realizadas en grupo, tensión muscular, cefaleas, fatiga, dificultad a la hora de conciliar el sueño, sobresaltos, estado de alerta, irritabilidad gastrointestinal, náuseas y trastornos genitourinarios.

Según algunos autores, inicialmente aparecerían un grupo de síntomas muy intensos y visibles tales como dificultades para tragar, desmayos, temblores, sudores y vómitos, que desaparecen espontáneamente a los pocos días. Un segundo grupo perduran más en el tiempo y consisten en alteraciones en la alimentación, en los procesos de sueño o pesadillas (Soria, 2002; Soria y Hernández, 1994).

Beebe (1991) refiere en su estudio que entre la mitad y los dos tercios de todas las víctimas evaluadas afirmaron que no sufrían ningún trauma físico. Sin embargo, aproximadamente el 40% de las víctimas de violación sufrieron lesiones extragenitales y el 54% de ellas buscaron tratamiento médico.

Según la OMS (2002), en diversas investigaciones se ha determinado la existencia de una relación sistemática entre las complicaciones ginecológicas y el coito forzado. Ejemplo de estas complicaciones son las hemorragias o infecciones vaginales, los fibromas, la disminución del deseo sexual, la irritación de la zona genital, el dolor durante el coito, los dolores crónicos de la pelvis y las infecciones de las vías urinarias. Esta relación también se confirmó en otros estudios (Campbell, Lychty, Sturza y Raja, 2006; Campbell *et al.*, 2003; Golding, 1996, 1999; Sadler *et al.*, 2012; Sadler, Mengeling, Syrop, Torner y Booth, 2011).

Las enfermedades de transmisión sexual pueden producirse también como resultado de una agresión sexual (Calhoun y Atkeson, 1991; Cobo, 1998; OMS, 2002; Urra, 2007). En concreto, el coito forzado puede aumentar el riesgo de transmisión del VIH, ya que se pueden producir abrasiones o cortes que faciliten el ingreso del virus a través de la mucosa vaginal (OMS, 2002).

En el trabajo de Beebe (1991) se estimó que en el 3.6-30% de los casos se produjeron enfermedades de transmisión sexual como resultado de la violación, entre ellas el SIDA. Resultados similares se encuentran en los datos aportados por el Fondo de Población de Naciones Unidas (2008) donde se refiere que una de cada 23 personas agredidas es contagiada de una enfermedad de transmisión sexual.

Además de las complicaciones sexuales y reproductivas, también se ha relacionado la agresión sexual con quejas somáticas diversas con o sin causa conocida (Campbell *et al.*, 2003; Golding, 1994, 1999; McLean *et al.*, 2012, Stein *et al.*, 2004).

Asimismo, se ha detectado que las mujeres víctimas de abuso físico y sexual por parte de su pareja corren riesgo de experimentar mayores problemas de salud que las víctimas de violencia física únicamente (Campbell y Soeken, 1999).

En otro estudio, las mujeres que habían sido víctimas de agresiones sexuales en su servicio militar, tenían peor salud y más síntomas físicos, como ataques al corazón, hipertensión, diabetes y adicción al tabaco, que las que no habían sufrido ninguna agresión (Frayne *et al.*, 1999).

Las agresiones sexuales se han relacionado directamente con una peor salud física, no obstante, también puede actuar el TEPT de mediador entre el trauma y los resultados sobre la salud (Eadie, Runtz y Spencer-Rodgers, 2008).

La agresión sexual representa un grave peligro para la salud de la víctima entre otros efectos por el alto riesgo de embarazo o de adquirir una infección de transmisión sexual (McFarlane, Malecha, Watson *et al.*, 2005; UNFPA, 2008).

En cuanto al embarazo como resultado de una violación, tiene una tasa que puede variar según los lugares dependiendo fundamentalmente de la difusión del uso de anticonceptivos que no sean de barrera (OMS, 2002). En diferentes estudios se aportan datos entorno a una tasa del 5% de embarazos asociados a una violación (Beebe, 1991; OMS, 2002; Urra, 2007). En otro estudio realizado por el Fondo de Población de Naciones Unidas (2008) se encontró que una de cada 12 mujeres agredidas menores de 17 años resultó embarazada. En estos casos, el riesgo de abortos inseguros era muy alto.

A continuación se presenta un resumen de las principales consecuencias somáticas de una agresión sexual a corto plazo.

Tabla 2.1. Resumen de las consecuencias somáticas de una agresión sexual a corto plazo.

Consecuencias somáticas a corto plazo	Estudios
Percepción pobre salud.	Amstadter <i>et al.</i> , 2011; Cloutier <i>et al.</i> , 2002; Golding, 1994; Golding <i>et al.</i> , 1997; Sadler <i>et al.</i> , 2012; Zinzow, Amstadter <i>et al.</i> , 2011; Ullman y Siegel, 1995.
Lesiones.	Beebe, 1991; Burgess y Holmstrom, 1974; Cobo, 1998; Villanueva y Gisbert, 2004, cit. en Echeburúa y Corral, 2006.
Lesiones específicas de localización genital, anal, oral y en los senos.	Cobo, 1998.
Dificultades para tragar, desmayos, temblores y sudores.	Soria, 2002; Soria y Hernández, 1994.
Dolor pélvico.	Calhoun y Atkeson, 1991; Campbell <i>et al.</i> , 2003; Chandler <i>et al.</i> , 2006; Golding, 1999; Lorente <i>et al.</i> , 1998.
Cefaleas, dolor de espalda y articulaciones.	Burgess y Holmstrom, 1974; Calhoun y Atkeson, 1991; Campbell <i>et al.</i> , 2003; Golding, 1999; Lorente <i>et al.</i> , 1998.
Fibromialgia.	Golding, 1999.
Bruxismo.	Calhoun y Atkeson, 1991.
Problemas gastrointestinales.	Burgess y Holmstrom, 1974; Campbell <i>et al.</i> , 2003; Golding, 1999.
Trastornos genito-uritarios.	Burgess y Holmstrom, 1974; Campbell <i>et al.</i> , 2006; Campbell <i>et al.</i> , 2003; Golding, 1996, 1999; Sadler <i>et al.</i> , 2012; Sadler <i>et al.</i> , 2011).
Artritis, Cáncer de pecho.	Stein y Barrett-Connor, 2000.
Quejas somáticas con o sin causa conocida.	Campbell <i>et al.</i> , 2003; Golding, 1994, 1999; McLean <i>et al.</i> , 2012, Stein <i>et al.</i> , 2004.
Ataques al corazón, hipertensión, diabetes.	Frayne <i>et al.</i> , 1999.
Embarazos no deseados.	Beebe, 1991; McFarlane, Malecha, Watson <i>et al.</i> , 2005; OMS, 2002; UNFPA, 2008 ; Urra, 2007.
Enfermedades de transmisión sexual.	Beebe, 1991; Calhoun y Atkeson, 1991; Cobo, 1998; McFarlane, Malecha, Watson <i>et al.</i> , 2005; OMS, 2002; UNFPA, 2008; Urra, 2007.
Aumento activación psicofisiológica.	Burgess y Holmstrom, 1974; Dahal, 1989, cit. en Delgado, 1994; Echeburúa y Corral, 1995; Galiana y De Marianas, 1996; López, 2012.

2.2.2. Consecuencias psicológicas

Tras sufrir una agresión sexual, las víctimas no sólo padecen quejas físicas, sino también alteraciones del apetito, trastornos del sueño y pesadillas, desánimo, ansiedad y miedo generalizado y muy frecuentemente, tendencia al aislamiento. Lo que predomina como resultado de todo ello es una conducta global desorganizada y una cierta dificultad para retomar la vida cotidiana (Calhoun y Atkeson, 1991; Echeburúa, 2004; Galiana y De Marianas, 1996; Hutchings y Dutton, 1997; Marshall, 2001; Sánchez, 2000; Urra, 2007; Vázquez, 2007).

A su vez, se quejan de sentimientos de humillación, vergüenza, cólera, ira o impotencia, preocupación constante por el trauma y alteración del sistema de valores, especialmente su confianza en los demás y su creencia en un mundo justo (Bados, 2009; Esbec y Fernández-Sastrón, 2000; Galiana y De Marianas, 1996; García-Esteve *et al.*, 2009; López, 2012; Sánchez, 2000; Soria y Hernández, 1994).

Así, la afectividad de la víctima se ve dominada por los sentimientos de vulnerabilidad, impotencia, aislamiento (especialmente si no tuvo ayuda durante el delito), ambivalencia y bloqueo afectivo (López, 2012; Soria, 2005).

Los sentimientos negativos de la víctima alcanzan su máxima intensidad durante la primera fase del proceso de victimización. Estos sentimientos son muy diversos y a veces adoptan una forma caótica, pero entre todos ellos se pueden destacar tres: el miedo, la vergüenza y la ira (López, 2012; Soria, 2002). Las agresiones sexuales hacen que las personas que las viven se puedan sentir sucias, avergonzadas y como si fueran objetos (Aparicio y Muñoz, 2007; Fairbrother y Rachman, 2004; Vidal y Petrak, 2007).

Siguiendo la descripción de la fase aguda del “Trauma por violación” descrito por Burgess y Holmstrom (1974) se detectan dos estilos reactivos ante una agresión sexual. El primero consiste en la presencia de sentimientos de miedo, ira, ansiedad, conductas de sollozos, gritos y tensión. Por otro lado, en el segundo, se enmascaran los sentimientos tras una calma tensa. En cuanto a las reacciones emocionales en esta fase, son frecuentes el miedo, la humillación, desconcierto, indignación, autorreproches y sentimientos de culpa.

Cuando la agresión es reciente, es posible que la víctima experimente problemas de atención y concentración a la hora de mantener una conversación, leer un libro o centrarse en el trabajo. Este efecto suele ser transitorio a medida que la persona va recuperando el control de su vida (Aparicio y Muñoz, 2007; López, 2012). En el estudio de Luscher (2001), se encontró que las mujeres que habían sufrido una agresión en algún momento de su vida tenían un peor funcionamiento de la atención y memoria que las que no habían sufrido ningún tipo de agresión.

En las cuatro semanas posteriores a la agresión sexual puede presentarse una reacción postraumática intensa, que desborda la capacidad de afrontamiento de la persona, caracterizándose por la presencia de algunos síntomas disociativos como el embotamiento emocional, el aturdimiento, la extrañeza respecto a la realidad, la

despersonalización y la amnesia disociativa. Cuando la víctima presenta estos síntomas puede ser diagnosticada de Trastorno de estrés agudo (APA, 2000; Echeburúa y Redondo, 2010).

En algunos casos, las víctimas de violación pueden presentar trastornos disociativos (Luterek, Bittinger y Simpson, 2011). El más frecuente como respuesta a este suceso traumático es la amnesia disociativa o amnesia psicógena. Se trata de la incapacidad de recordar algunos aspectos del trauma, manteniéndose intactos el resto de recuerdos aunque éstos hubieran ocurrido de forma simultánea. Se observa en víctimas de cualquier edad y puede aparecer como sintomatología principal o como una manifestación de otros trastornos (Aparicio y Muñoz, 2007; Carrasco y Maza, 2005).

Las víctimas también pueden experimentar algunos problemas sexuales, siendo los más frecuentes el miedo al sexo y una disminución del deseo (Becker, 1984; Becker, Skinner, Abel y Cichon, 1986; Becker, Skinner, Abel y Treacy, 1982; Calhoun y Atkeson, 1991; Echeburúa *et al.*, 1995; Jozkowski y Sanders, 2012; Mackey, Hacker, Weissfeld y Ambrose, 1991; Perilloux, Duntley y Buss, 2012; Resick, 1993; Sanjuan, Langenbucher y Labouvie, 2009; Van Berlo y Ensink, 2000).

En contraste con las víctimas que evitan mantener relaciones sexuales, ocasionalmente algunas pueden incrementar la frecuencia de contactos sexuales y el número de parejas, aunque no vaya acompañado de un incremento de su satisfacción sexual (Calhoun y Atkeson, 1991; Deliramich y Gray, 2008).

Los cuadros clínicos que aparecen con mayor frecuencia son, además del trastorno de estrés postraumático, la ansiedad y los miedos (relacionados con la agresión), la depresión, la inadaptación social y las disfunciones sexuales (Corral *et al.*, 1997; Resick, 1993; Sadler *et al.*, 2012; Siegel, Golding, Stein, Burnam y Sorenson, 1990).

En el estudio de Burnam *et al.* (1988) se encontró que la experiencia de haber sido agredida sexualmente se relacionaba con un incremento del riesgo de sufrir depresión, abuso de sustancias y trastornos de ansiedad tales como fobias, trastorno de pánico y trastorno obsesivo compulsivo. En concreto este riesgo de sufrir dichos trastornos era de dos a cuatro veces mayor en las mujeres que habían sido víctimas de agresión sexual en algún momento de su vida.

Así, son numerosos los estudios que han asociado las agresiones sexuales con el abuso de sustancias (Aparicio y Muñoz, 2007; Arellano, Kuhn y Chavez, 1997; Burnam *et al.*, 1988; Calhoun y Atkeson, 1991; Deliramich y Gray, 2008; Filipas, 2007; Grice, Brady, Dustan, Malcolm y Kilpatrick, 1995; Hankin *et al.*, 1999; Harned, 2004; Hedtke *et al.*, 2008; Kalichman, Sikkema, DiFonzo, Luke y Austin, 2002; Kaukinen y DeMaris, 2005; Kilpatrick y Acierno, 2003; Kilpatrick, Acierno, Resnick, Saunders y Best, 1997; Kilpatrick *et al.*, 2003; McFarlane, Malecha, Gist *et al.*, 2005; Najdowski y Ullman, 2009a; Resnick *et al.*, 2012; Sanjuan *et al.*, 2009; Soria, 2002; Soria y Hernández, 1994; Ullman y Brecklin, 2002a; Ullman, Filipas, Townsend y Starzynski, 2005, 2006a; Ullman y Najdowski, 2009a; Ullman, Najdowski y Filipas, 2009; Ullman, Townsend, Starzynski y Long, 2006; Zinzow, Resnick, McCauley *et al.*, 2012).

Otro trastorno que ha sido asociado con frecuencia a una agresión sexual es el trastorno de la conducta alimentaria (Calhoun y Atkeson, 1991; Dubosc *et al.*, 2012; Fischer, Stojek y Hartzell, 2010; Forman-Hoffman, Mengeling, Booth, Torner y Sadler, 2012; La Flair, Franko y Herzog, 2008; Laws y Golding, 1996; Root, 1991).

Asimismo, los sentimientos de desesperación o desesperanza e ideas o intentos de suicidio también aparecen como un cuadro relacionado con las agresiones sexuales en numerosas investigaciones (Aparicio y Muñoz, 2007; Bados, 2009; Bagley, Bolitho, Bertrand, 1995, 1997; Davidson, Hughes, George y Blazer, 1996; Iverson *et al.*, 2012; Kilpatrick *et al.*, 1985; Pico-Alfonso *et al.*, 2006; Marshall, 2001; McFarlane, Malecha, Gist *et al.*, 2005; OMS, 2002; Soria, 2002; Soria y Hernández, 1994; Tomasula, Anderson, Littleton y Riley-Tillman, 2012; Ullman, 2004; Ullman y Brecklin, 2002b; Ullman y Najdowski, 2009b; UNFPA, 2008; Vázquez, 2007).

No obstante, el principal cuadro clínico que pueden presentar las víctimas de una agresión sexual es el trastorno de estrés postraumático (Amor, Echeburúa, Corral, Zubizarreta y Sarasua, 2001; Arata y Burkhart, 1996; Bennice, Resick, Mechanic y Astin, 2003; Bownes, O’Gorman, y Sayers, 1991; Chivers-Wilson, 2006; Clum, Calhoun y Kimerling, 2000; Darves-Bornoz *et al.*, 1998; Eadie *et al.*, 2008; Echeburúa, Corral y Amor, 1998; Echeburúa *et al.*, 2004; Filipas, 2007; Frazier *et al.*, 2009; Grice *et al.*, 1995; Hanson, 1990; Iverson *et al.*, 2012; Kilpatrick y Acierno, 2003; Kilpatrick *et al.*, 2003; Kramer y Green, 1991; Luterek *et al.*, 2011; McFarlane, Malecha, Watson *et al.*, 2005; Najdowski y Ullman, 2009a; Norwood y Murphy, 2012; O’donnell, Creamer y Pattison, 2004; Resnick, Kilpatrick y Lipovsky, 1991; Rothbaum, Foa, Riggs, Murdock y Walsh, 1992; Suris, Lind, Kashner, Borman y Petty, 2004; UNFPA, 2008; Wolfe, Sharkansky, Read, Dawson y Martin, 1998; Zinzow, Resnick, McCauley *et al.*, 2010, 2012). Según numerosos estudios, las víctimas de agresiones sexuales tienen un mayor riesgo de desarrollar el trastorno de estrés postraumático que cualquier otro tipo de víctimas (Amor *et al.*, 2001; Echeburúa *et al.*, 1998; Echeburúa *et al.*, 2004; Frazier *et al.*, 2009; Hedtke *et al.*, 2008; Iverson *et al.*, 2012; Kilpatrick *et al.*, 1985; Kilpatrick *et al.*, 2003; Norwood y Murphy, 2012; Ullman y Siegel, 1994; UNFPA, 2008). Así, Campbell, Dworkin y Cabral (2009) señalan que entre un 17% y 65% de las mujeres que han sufrido una violación a lo largo de su vida desarrollan un TEPT.

De hecho, en la National Comorbidity Survey aparece la violación como un suceso traumático asociado a una alta probabilidad de desarrollar un TEPT (45.9%) y son las mujeres mucho más susceptibles de experimentarlo que los hombres (un 9.2% frente a <1%). Los estudios refieren una prevalencia del TEPT en víctimas de violación que va desde el 21%, tras el impacto inicial del trauma a cifras del 46 al 74% entre 6 meses y 3 años después del acontecimiento (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes y Nelson, 1995).

En general, el trastorno tiende a ser más grave y más duradero cuando el suceso sufrido es más intenso y cuando las causas son obra del ser humano y no meramente accidentales (Bados, 2009; Echeburúa y Corral, 1995; Echeburúa *et al.*, 2004; Orengo, Rodríguez, Lahera y Ramírez, 2001; Roon-Cassini, Mancini, Rusch y Bonnano, 2010). Además, cuando el trauma es llevado a cabo por otro ser humano aumenta la probabilidad de padecer un estrés crónico y mayor severidad de los síntomas del TEPT y depresión (Roon-Cassini *et al.*, 2010).

En esta dirección, Hedtke *et al.*, (2008) señala que una víctima de agresión sexual, tiene una probabilidad de sufrir un TEPT tres veces mayor y de sufrir un episodio de depresión dos veces más que las que no han experimentado una agresión sexual, aunque sí otro tipo de violencia.

Este cuadro clínico es uno de los efectos psicológicos a corto plazo que se puede mantener a lo largo del tiempo. En un estudio con víctimas de agresiones sexuales y de accidentes de tráfico recientes y no recientes encontraron diferencias en la tasa de prevalencia del TEPT. Las víctimas recientes (67.3%) presentaron el cuadro con mucha más frecuencia que las no recientes (15.8%) (Echeburúa *et al.*, 1998).

El término “Trastorno por Estrés Postraumático” aparece por primera vez en 1980, en la 3ª edición del Manual Diagnóstico y Estadístico para los Trastornos Mentales (DSM-III), elaborado por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA). Este concepto aparece a raíz de la necesidad de dar explicación a las secuelas traumáticas de los veteranos americanos de la I y II Guerra Mundial y la Guerra de Vietnam (Alonso, 2007; Bados, 2009; Delgado, 1994).

Según el DSM-IV-TR (APA, 2000), que mantiene la categoría diagnóstica con respecto a la cuarta edición (APA, 1994), el TEPT aparece cuando una persona ha sufrido, ha sido testigo o le han explicado uno o más acontecimientos, caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás, y cuando la reacción emocional experimentada implica una respuesta intensa de miedo, horror o indefensión.

La violación es percibida por la mayoría de las mujeres como un suceso que amenaza seriamente su vida. Las víctimas temen morir o ser heridas gravemente, experimentando en consecuencia, elevados niveles de miedo y ansiedad (Corral *et al.*, 1997).

Hay tres aspectos nucleares característicos de este cuadro clínico: la re-experimentación del suceso traumático en forma de pesadillas, imágenes y recuerdos constantes e involuntarios, la evitación conductual y cognitiva de los estímulos asociados al trauma y la hiperactivación fisiológica (véase tabla 2.2.) (APA, 2000).

Por otro lado, existen otros aspectos centrales en esta categoría diagnóstica que quedan pobremente recogidos en las nosologías psicopatológicas. Se trata de la quiebra del sentimiento de seguridad previo, una vivencia de indefensión, la percepción de incontrolabilidad ante el futuro y una pérdida de confianza básica en sí mismo y en el futuro que surgen inevitablemente ante la vivencia inesperada de un acontecimiento brusco y aversivo como puede ser una agresión sexual (Alonso, 2007).

En la décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10), desarrollada por la OMS, la categoría diagnóstica del TEPT se organiza en torno a tres criterios: un primer criterio, que hace referencia a síntomas de reexperimentación (B), un segundo criterio (C) referido únicamente a la evitación conductual de situaciones que pudieran recordar al acontecimiento traumático y un último criterio (D), que incluye la amnesia y los síntomas de hiperactivación (véase tabla 2.3.).

Si se comparan ambas clasificaciones diagnósticas, existen algunas diferencias. Respecto al acontecimiento estresante susceptible de provocar un TEPT, a diferencia de la OMS, el DSM-IV-TR pone énfasis en la manera en que la persona afronta el suceso estresante y no tanto en el tipo de acontecimiento traumático. Incluye el componente subjetivo, exigiendo que la situación sea experimentada con miedo, horror o indefensión intensa. Otra diferencia reside en la importancia concedida al embotamiento emocional, en el DSM-IV-TR supone un criterio fundamental mientras que en la CIE-10 su relevancia es mucho menor, no siendo necesario para su diagnóstico. Finalmente, la CIE-10 no contempla un criterio temporal mientras que el DSM-IV-TR diferencia entre trastorno de estrés agudo y crónico (Alonso, 2007). Debido a estas diferencias, a lo largo de este trabajo de investigación, se considerará el TEPT de acuerdo al DSM-IV-TR.

Tabla 2.2. Criterios para el diagnóstico del trastorno de estrés postraumático (DSM-IV-TR) (APA, 2000).

DSM-IV-TR	
A-	La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que ocurren las siguientes circunstancias: <ol style="list-style-type: none"> 1- La persona ha experimentado, ha presenciado, o le han explicado uno o más acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás. 2- La persona ha respondido con temor, desesperanza o con horror intensos.
B-	La persona experimenta persistentemente el acontecimiento traumático, mediante uno o más de los siguientes síntomas: <ol style="list-style-type: none"> 1- Recuerdos del acontecimiento (imágenes, pensamientos o percepciones) recurrentes e intrusivos. 2- Sueños desagradables y recurrentes sobre el acontecimiento. 3- Conductas o sentimientos que aparecen como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo. 4- Malestar psicológico intenso cuando el sujeto se expone a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del acontecimiento traumático. 5- Reactividad fisiológica cuando el sujeto se expone a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del acontecimiento traumático.
C-	Evitación persistente de los estímulos asociados con el trauma y falta de capacidad general de respuesta (no existente antes del trauma), que se ponen de manifiesto en, al menos, tres de los siguientes fenómenos: <ol style="list-style-type: none"> 1- Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociados con el trauma. 2- Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que provocan el recuerdo del trauma. 3- Incapacidad para recordar alguno de los aspectos importantes del trauma. 4- Disminución marcada del interés o de la participación en actividades significativas. 5- Sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a los demás. 6- Limitación en la capacidad afectiva (por ejemplo, incapacidad de enamorarse). 7- Sentimientos de futuro desolador.
D-	Síntomas persistentes de hiperactivación (no existentes antes del trauma), que se ponen de manifiesto en, al menos, dos de los siguientes fenómenos: <ol style="list-style-type: none"> 1- Dificultad para conciliar o mantener el sueño. 2- Irritabilidad o explosiones de ira. 3- Dificultades de concentración. 4- Hipervigilancia. 5- Respuestas de alarma exagerada.
E-	La duración del trastorno descrito en los apartados B, C y D es superior a un mes.
F-	El trastorno ocasiona un malestar clínico o es causa de una alteración significativa en el funcionamiento social, laboral o en otras áreas importantes de la vida.

Tabla 2.3. Criterios para el diagnóstico del trastorno de estrés postraumático (CIE-10).

CIE-10	
A-	La persona ha estado expuesta a un acontecimiento estresante o situación (tanto breve como prolongada) de naturaleza excepcionalmente amenazadora o catastrófica, que podría causar profundo disconfort en casi todo el mundo.
B-	Recuerdo continuado o reaparición del recuerdo del acontecimiento estresante en forma de reviviscencias disociativas (<i>flashbacks</i>), recuerdos de gran viveza, sueños recurrentes o sensación de malestar al enfrentarse a circunstancias parecidas o relacionadas con el agente estresante.
C-	Evitación de circunstancias parecidas relacionadas con el acontecimiento traumático.
D-	Una de las dos: <ol style="list-style-type: none"> 1- Incapacidad para recordar parcial o totalmente aspectos importantes del periodo de exposición al agente estresante. 2- Síntomas persistentes de hipersensibilidad psicológica y activación, manifestados por al menos dos de los síntomas siguientes: <ol style="list-style-type: none"> a) Dificultad para conciliar o mantener el sueño. b) Irritabilidad. c) Dificultad de concentración. d) Facilidad para distraerse. e) Sobresaltos y aprensión exagerados.
E-	Los criterios B, C, y D se cumplen en los 6 meses posteriores al acontecimiento estresante o del fin de periodo de estrés (si el inicio de los síntomas se produce tras más de 6 meses es necesario especificarlo).

Según Echeburúa (2008), este trastorno en víctimas de agresión sexual se puede manifestar a través de síntomas positivos y negativos. Dentro de los síntomas positivos se encuentra la reexperimentación, pensamientos intrusivos o flashbacks relacionados con el suceso que impiden pensar en otros temas o mantener la atención.

Las personas afectadas tienden a revivir intensamente y de forma involuntaria el trauma, ya sea en forma de pesadillas o terrores nocturnos (Calhoun y Atkeson, 1991; Carrasco y Maza, 2005; Delgado, 1994; Echeburúa, Amor y Corral, 2006; Echeburúa y Redondo, 2010; Esbec y Fernández-Sastrón, 2000; García-Esteve *et al.*, 2009; Krakow, Tandberg, Barey y Scriggins, 1995; Urra, 2007) o en forma de recuerdos agobiantes y perturbadores que pueden ser activados por cualquier estímulo asociado, reflejando que las imágenes traumáticas han quedado grabadas en la memoria icónica de la persona (Calhoun y Atkeson, 1991; Echeburúa y Corral, 1995; Echeburúa y Redondo, 2010; Galiana y De Marianas, 1996; García-Esteve *et al.*, 2009; López, 2012; Urra, 2007).

Estos pensamientos intrusivos llegan en algunos casos, a producir una elevada contaminación del pensamiento, impidiendo la posibilidad de atención y concentración en cualquier otro tema, disminuyendo la productividad intelectual y produciendo déficits en el procesamiento de la información (Galiana y De Marianas, 1996, 1997).

Existen diferentes modalidades de flashbacks que pueden ocurrir de forma separada o conjuntamente. Pueden ser emocionales, experimentando miedo, rabia o tristeza sin saber cuál es la razón; visuales como imágenes de la agresión que aparecen como si el suceso ocurriera de nuevo; auditivos, consistentes en voces o sonidos que se oyeron durante la agresión; y pueden ser también sensaciones corporales como dolores físicos, temblores o asco (Aparicio y Muñoz, 2007).

En el estudio de Dahal (1989) realizado con 55 víctimas de violación, se ha encontrado que la mayoría de las pacientes presentaban en las dos primeras semanas reexperimentación del suceso traumático con pesadillas en la mitad de los casos (cit. en Delgado, 1994). Incluso, en los estudios de seguimiento realizados por Kilpatrick y Veronen (1984) se ha detectado que hasta dos años después de la agresión sexual pueden presentarse los recuerdos intrusivos (cit. en Delgado, 1994).

En ocasiones, las frecuentes imágenes intrusivas que las víctimas experimentan durante un contacto sexual intensifican los miedos, lo que les lleva a una evitación del sexo, produciéndose con frecuencia una retirada de la actividad sexual durante un periodo de tiempo (Burgess y Holmstrom, 1974; Calhoun y Atkeson, 1991).

La reexperimentación conduce a otro de los síntomas positivos, el aumento de activación psicofisiológica, caracterizada por síntomas físicos como taquicardias y mareos, dificultad de concentración, irritabilidad y un aumento del estado de alerta (Burgess y Holmstrom, 1974; Dahal, 1989, cit. en Delgado, 1994; Echeburúa y Corral, 1995; Galiana y De Marianas, 1996; López, 2012).

Asustarse al escuchar ruidos, reacciones poco comunes de orientación o reacciones desproporcionadas ante un estímulo no amenazante configuran este síntoma como reacciones de sobresalto (Delgado, 1994).

Las personas afectadas se encuentran permanentemente en estado de alerta y sobresalto, presentando dificultades de concentración en las tareas cotidianas, dificultad para conciliar el sueño e irritabilidad (Echeburúa *et al.*, 2006; García-Esteve *et al.*, 2009). Por todo ello, tienden a sentirse desbordadas en su rutina cotidiana percibiendo que ya nada está bajo su control. Este estado de alerta permanente desemboca en un agotamiento ya que todos sus sentidos están atentos a los posibles peligros sin descanso, además de la alteración del sueño (Echeburúa *et al.*, 2006).

Tras la agresión sexual el sistema de alarma o autoprotección del organismo se activa y permanece activado, como si el peligro pudiera volver a suceder en cualquier momento. Eso produce la sensación de vivir en un estado de alarma sostenida y constante. No es extraño que la víctima experimente una sensación de inseguridad, de intranquilidad y temores continuos, incluso en lugares seguros (García-Esteve *et al.*, 2009).

El aumento de activación desempeña un papel especialmente significativo en las víctimas de agresiones sexuales, ya que las agresiones suelen ocurrir frecuentemente en su medio habitual al cual deben incorporarse de nuevo. Debido a esto, el aumento de activación funciona como una respuesta adaptativa ante el temor de experimentar una nueva agresión en la vida cotidiana (Corral *et al.*, 1997; Echeburúa y Corral, 1995; Echeburúa y Redondo, 2010).

Finalmente, se desarrolla una evitación fóbica a todos aquellos estímulos relacionados con la agresión, evitando salir a la calle, quedarse sola en casa, leer o ver películas que le pueda recordar el suceso, ponerse algún tipo de ropa, evitar conversaciones sobre lo ocurrido e incluso pensamientos (Burgess y Holmstrom, 1974; Calhoun y

Atkeson, 1991; Galiana y De Marianas, 1996; García-Esteve *et al.*, 2009; Soria, 2002; Urra, 2007).

El miedo y la ansiedad son frecuentes en situaciones de peligro o de amenaza. Pueden experimentarse ante objetos o situaciones que le recuerden o se asocien a la agresión. Por ejemplo, ante personas o lugares parecidos, ante la percepción de olores, de sabores, de colores o de vivencias similares, o incluso a las mismas horas del día en que ocurrió la agresión. Estímulos antes neutros o positivos pueden ahora desencadenar una intensa sensación de miedo o ansiedad al estar asociados al recuerdo de la agresión (García-Esteve *et al.*, 2009).

Kilpatrick, Resick y Veronen (1981) establecieron en su estudio que los miedos más frecuentes en víctimas de violaciones eran estar a solas, los hombres desconocidos, salir y la oscuridad. Otros miedos son por su seguridad personal, a la reacción de los demás al conocer lo sucedido, a la soledad, a testificar ante un juicio, a tener relaciones sexuales íntimas en un futuro (Galiana y De Marianas, 1996; García-Esteve *et al.*, 2009; Marshall, 2001), a no ser creída, a ser contagiada de una enfermedad o al embarazo (García-Esteve *et al.*, 2009; López, 2012).

Según Calhoun y Atkeson (1991), inicialmente presentan miedos asociados con la posibilidad de una nueva agresión, como estar sola, miedo a las armas, a los ruidos repentinos y a los genitales masculinos. Tras un periodo de 6-8 meses estos miedos se generalizan y se relacionan con el sentimiento de vulnerabilidad. Asimismo es común que aparezcan miedos relacionados con los aspectos jurídicos.

La reacción de la víctima ante el miedo es doble, por un lado tiende a aislarse en su hogar que es percibido como un entorno seguro y, por otro lado, tiende a adoptar una actitud hipervigilante fuera de ese lugar. En el caso de agresiones sexuales dentro de la pareja, la seguridad en el hogar se mantiene solo cuando el agresor no está presente y la actitud hipervigilante se desarrolla sobre los comportamientos del agresor a lo largo del periodo interactivo con la víctima (Soria, 2002).

Un aspecto olvidado pero muy significativo es el temor inducido, que consiste en inducir en la víctima un temor o amenaza sobre ella o sus seres queridos. Por ejemplo, en algunos casos, el agresor se queda con el DNI de la víctima y la amenazan con agredirla en un futuro. Esta situación tiene un efecto persuasivo sobre el comportamiento posterior de la víctima y provoca la aparición de sentimientos de indefensión, especialmente si el agresor no es detenido (Soria, 2002).

A nivel cognitivo también se puede producir una evitación. Los pensamientos asociados con la experiencia de violación provocan ansiedad y miedo, por lo que la víctima temerá cualquier interrogatorio sobre los hechos (Galiana y De Marianas, 1996; García-Esteve *et al.*, 2009).

Las conductas de evitación desempeñan un papel muy importante en las limitaciones experimentadas por las víctimas. Además de evitar lugares y situaciones relacionadas directa o indirectamente con la agresión, tienden a evitar las conversaciones sobre lo ocurrido, incluso con las personas más allegadas. Muchas víctimas prefieren sufrir solas sus recuerdos perturbadores que compartirlos con otras personas, temiendo

haberse convertido en personas diferentes o extrañas (Echeburúa *et al.*, 2006; Echeburúa y Redondo, 2010).

En cuanto a los síntomas negativos, más resistentes al tratamiento, se puede observar un estado de apatía y embotamiento afectivo con una reducción de la capacidad de respuesta, el comportamiento es distante, sin interés, lento, sin implicarse en el día a día, disminuyendo la capacidad para disfrutar (Echeburúa, 2008). Se desarrolla también sentimientos de indefensión y vulnerabilidad porque su reacción y oposición no fueron eficaces (Echeburúa, 2008; López, 2012).

Por otro lado, se desarrolla una sensación de acortamiento del futuro que surge por el estado de depresión, de tristeza y de falta de ilusión en el que se encuentran las víctimas, teniendo dificultades para mirar al futuro con esperanza (Corral *et al.*, 1997).

Estos síntomas negativos, a los que se añaden las ideas de culpa, son precursores de la depresión (Echeburúa, 2004; Echeburúa *et al.*, 2006; Galiana y De Marianas, 1996; Urra, 2007).

Las ideas de culpa son muy frecuentes en víctimas de agresiones sexuales. Se sienten culpables por no haber podido evitar la situación de riesgo o no haber reaccionado de la forma que ellas piensan que debería ser adecuada (Calhoun y Atkeson, 1991; Galiana y De Marianas, 1996, 1997; García-Esteve *et al.*, 2009; López, 2012; Marshall, 2001; Urra, 2007). Estas ideas de culpa se pueden localizar en tres momentos temporales: antes de la agresión, cuestionándose lo que hicieron con anterioridad a la agresión como haber confiado en el agresor o regresar a casa tarde; durante la agresión, se culpan por no haber mantenido la calma, haberse quedado paralizadas u ofrecer poca resistencia; y después de la agresión, sobre todo en los casos en que la víctima no denunció inmediatamente por lo que se destruyeron algunas pruebas (Galiana y De Marianas, 1996).

Los pensamientos negativos de autoinculpación y reproche inciden en el descenso de la autoestima de las víctimas de una agresión sexual. Generan un gran número de pensamientos negativos referidos a la propia capacidad cognitiva o al propio comportamiento, denominándose ingenuas, incapaces, cobardes, débiles, inadecuadas y repitiéndose continuamente estos calificativos atribuidos a sí mismas (Galiana y De Marianas, 1997).

La culpabilidad también puede estar inducida socialmente ya que, aunque ha mejorado, hay una tendencia a reprochar a las víctimas su conducta provocadora, su imprudencia o estilo de vida, lo cual sucede con más frecuencia cuando no hay violencia en la agresión (Echeburúa, 2004; Echeburúa y Corral, 2006; Galiana y De Marianas, 1996; García-Esteve *et al.*, 2009). Esta situación puede agravarse cuando los mensajes de censura o reproche provienen de las personas más significativas como los padres, familiares, amigos y pareja (Galiana y De Marianas, 1997).

Por otro lado, la culpa suele ser mayor cuando el agresor sexual es conocido, en este caso además se genera una desconfianza generalizada en el ser humano y la víctima se hace preguntas reiteradas sobre su propia conducta tales como porqué se fió del agresor (Echeburúa, 2004; Echeburúa y Corral, 2006; Galiana y De Marianas, 1996).

La culpa puede ser el principal factor en el sostén de todo el cuadro sintomático derivado del trauma y los cambios en la personalidad (Esbec y Fernández-Sastrón, 2000). Esta autoinculpación puede dañar seriamente la autoestima de la mujer y dificultar su readaptación emocional posterior, generando desconfianza en las propias posibilidades para encauzar la vida futura (Echeburúa, 1992; Echeburúa y Corral, 1995; Galiana y De Marianas, 1996; Soria, 2002; Soria y Hernández, 1994).

También contribuyen a la disminución de la autoestima las opiniones de inadecuación que se perciben por parte de las personas relacionadas con las áreas jurídicas y policiales (Galiana y De Marianas, 1997).

La depresión, aunque menos persistente que la ansiedad, es otra reacción característica a corto plazo (Becker, Skinner, Abel, Axelrod y Treacy, 1984; Carrasco y Maza, 2005; Cheasty, Clare y Collins, 2002; Choquet, Darves-Bornoz, Ledoux, Manfredi y Hassler, 1997; Clum *et al.*, 2000; Corral *et al.*, 1997; DeMaris y Kaukinen, 2005; Eadie *et al.*, 2008; Echeburúa *et al.*, 1995; Echeburúa *et al.*, 2006; Galiana y De Marianas, 1996; Hankin *et al.*, 1999; Hanson, 1990; Harris y Valentiner, 2002; Iverson *et al.*, 2012; Kalichman *et al.*, 2002; Kaukinen y DeMaris, 2005; Kilpatrick y Acierno, 2003; Kilpatrick *et al.*, 2003; Mackey *et al.*, 1992; Matsushita-Arao, 1996; O'donnell *et al.*, 2004; Roon-Cassini *et al.*, 2010; Sánchez, 2000; Siegel *et al.*, 1990; Stein, 1995; Urra, 2007; Zinzow, Resnick, McCauley *et al.*, 2010, 2012).

La característica fundamental sintomática de los trastornos depresivos, de acuerdo con el DSM-IV-TR (APA, 2000), viene determinada por el denominado episodio depresivo mayor. Los síntomas que se recogen son: estado de ánimo depresivo, disminución del interés por el placer, pérdida de peso y/o cambios en el apetito (disminución o aumento), insomnio o hipersomnia, agitación o enlentecimiento psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o de culpa, dificultad para pensar, concentrarse y tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte (véase Tabla 2.4).

Los síntomas característicos de la depresión tales como llanto continuo, problemas en la alimentación y en el sueño, fatiga, culpa, ideación suicida y desesperanza, suelen aparecer en las primeras semanas tras una agresión sexual. Diversos estudios indican que un alto porcentaje de víctimas de violación manifiestan síntomas de depresión por encima del rango normal durante el primer mes (Calhoun y Atkeson, 1991).

La depresión, al igual que la ansiedad, aparece como uno de los principales trastornos asociados al TEPT (Atkeson, Calhoun, Resick y Ellis, 1982; Clum *et al.*, 2000; Echeburúa y Corral, 1995; Kessler *et al.*, 1995; O'donnell *et al.*, 2004; Martín y de Paúl, 2004; Pico-Alfonso *et al.*, 2006; Roon-Cassini *et al.*, 2010; Stein y Kennedy, 2001; Zinzow, Resnick, McCauley *et al.*, 2011, 2012). Otros trastornos asociados son el abuso de sustancias (Kessler *et al.*, 1995; Ullman *et al.*, 2006a; Ullman *et al.*, 2006; Zinzow, Resnick, McCauley *et al.*, 2011, 2012), los trastornos de alimentación (Forman-Hoffman *et al.*, 2012; Orengo *et al.*, 2001) y los intentos de suicidio (Bados, 2009).

Según el estudio de Roon-Cassini *et al.* (2010), aproximadamente siete de cada diez personas podían ser clasificadas tanto en los criterios diagnósticos de la depresión como del TEPT. En concreto, síntomas como la pérdida de interés o de participación

Tabla 2.4. Criterios para el diagnóstico del episodio depresivo mayor (DSM-IV-TR) (APA, 2000)

Episodio depresivo mayor	
A.	Cinco (o más) de los síntomas siguientes durante el mismo período de 2 semanas y representan un cambio respecto del desempeño previo; por lo menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer. <ol style="list-style-type: none"> (1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, indicado por el relato subjetivo o por observación de otros. (2) Marcada disminución del interés o del placer en todas, o casi todas, las actividades durante la mayor parte del día, casi todos los días. (3) Pérdida significativa de peso sin estar a dieta o aumento significativo, o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días. (5) Agitación o retraso psicomotores casi todos los días. (6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días. (7) Sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva o inapropiada (que pueden ser delirantes) casi todos los días (no simplemente autorreproches o culpa por estar enfermo). (8) Menor capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días (indicada por el relato subjetivo o por observación de otros). (9) Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor de morir), ideación suicida recurrente sin plan específico o un intento de suicidio o un plan de suicidio específico.
B.	Los síntomas no cumplen los criterios de un episodio mixto.
C.	Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o en otras esferas importantes.
D.	Los síntomas no obedecen a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, una medicación), ni a una enfermedad médica general (por ejemplo hipotiroidismo).
E.	Los síntomas no son mejor explicados por duelo, es decir que tras la pérdida de un ser querido, los síntomas persisten por más de 2 meses o se caracterizan por visible deterioro funcional, preocupación mórbida con desvalorización, ideación suicida, síntomas psicóticos o retraso psicomotor.

en actividades significativas, la anhedonia, dificultades en el sueño y la concentración, el aislamiento y la sensación de extrañeza y de acortamiento del futuro son comunes al TEPT y a la depresión mayor (Alonso, 2007; Echeburúa y Corral, 1995).

En el estudio de Frank y Stewart en 1984 se encontró que el 44% de las víctimas de violación tenían puntuaciones entre medias y altas en el Inventario de Depresión de Beck y que el 38% cumplía los criterios para un trastorno depresivo mayor (cit. en Marshall, 2001).

Sin embargo, en el estudio de O'donnell *et al.* (2004), se halló que las víctimas de agresión sexual presentaban ambos trastornos, TEPT y depresión, de forma independiente a los tres meses del trauma. No obstante, a largo plazo, ambos trastornos llegaban a ser indiferenciados.

El Fondo de Población de Naciones Unidas (2008) afirma que las víctimas de violación tienen nueve veces más probabilidades de intentar suicidarse y padecer depresión grave que quienes no han sido víctimas.

La depresión consecuente con una agresión sexual puede estar causada por tres motivos: una bajada brusca de la autoestima, fuerte sentimiento de indefensión y

vulnerabilidad y por el mantenimiento del trastorno de estrés postraumático (Galiana y De Marianas, 1996, 1997).

Durante la vivencia de agresión sexual se adquiere un aprendizaje de indefensión y una alta consciencia de vulnerabilidad. La depresión se desarrolla porque la víctima ha estado expuesta a una situación altamente aversiva en la que su conducta no ha tenido consecuencias efectivas (Galiana y De Marianas, 1997).

A estas causas se añade la reducción de las relaciones sociales, lúdicas y sexuales (Bados, 2009; Carrasco y Maza, 2005). Asimismo, la evitación fóbica característica del estrés postraumático puede contribuir al desarrollo de una depresión (Burgess y Holmstrom, 1974; Calhoun y Atkeson, 1991; Echeburúa *et al.*, 2006; Urra, 2007).

La víctima de una agresión sexual es frecuente que se sienta triste y llore con frecuencia, que su interés por las personas y las actividades haya disminuido y que sus planes de futuro hayan desaparecido. El mundo que la rodea puede parecer distinto, más gris, menos amigable, y las personas ya no son de su confianza. Su concepción del mundo ha cambiado. Ahora vive en un mundo distinto, que ya no es predecible ni controlable. Ha perdido la sensación de seguridad y confianza y siente que después de la agresión es una persona más vulnerable e indefensa. La tristeza es la expresión de todo lo que siente que ha perdido tras la agresión (García-Esteve *et al.*, 2009).

En algunos casos, se puede diagnosticar trastornos adaptativos, cuando la gravedad del trastorno de estrés postraumático y de la depresión no es evidente y sin embargo existe sintomatología ansiosa y depresiva. Ante cualquier situación de estrés psicossocial como puede ser una agresión o un abuso sexual se produce un periodo de adaptación y adecuación en el que la persona muestra reacciones emocionales y malestar subjetivo. A diferencia del estrés postraumático, no suelen manifestarse los síntomas de reexperimentación (Carrasco y Maza, 2005).

A continuación se presenta un resumen de las principales consecuencias psicológicas de una agresión sexual a corto plazo.

Tabla 2.5. Resumen de las consecuencias psicológicas de una agresión sexual a corto plazo.

Consecuencias psicológicas a corto plazo		Estudios
Conductuales	Abuso o dependencia de sustancias	Aparicio y Muñoz, 2007; Arellano <i>et al.</i> , 1997; Burnam <i>et al.</i> , 1988; Calhoun y Atkeson, 1991; Deliramich y Gray, 2008; Filipas, 2007; Frayne <i>et al.</i> , 1999; Grice <i>et al.</i> , 1995; Hankin <i>et al.</i> , 1999; Harned, 2004; Hedtke <i>et al.</i> , 2008; Kalichman <i>et al.</i> , 2002; Kaukinen y DeMaris, 2005; Kilpatrick y Acierno, 2003; Kilpatrick <i>et al.</i> , 1997; Kilpatrick <i>et al.</i> , 2003; McFarlane, Malecha, Gist <i>et al.</i> , 2005; Najdowski y Ullman, 2009a; Resnick <i>et al.</i> , 2012; Sanjuan <i>et al.</i> , 2009; Soria, 2002; Soria y Hernández, 1994; Ullman y Brecklin, 2002a; Ullman <i>et al.</i> , 2005, 2006a; Ullman y Najdowski, 2009a; Ullman <i>et al.</i> , 2009; Ullman <i>et al.</i> , 2006; Zinzow, Resnick, McCauley <i>et al.</i> , 2012.
	Trastornos de la conducta alimentaria	Calhoun y Atkeson, 1991; Dubosc <i>et al.</i> , 2012; Fischer <i>et al.</i> , 2010; Forman-Hoffman <i>et al.</i> , 2012; La Flair <i>et al.</i> , 2008; Laws y Golding, 1996; Root, 1991.

Consecuencias psicológicas a corto plazo		Estudios
	Intentos autolíticos	Aparicio y Muñoz, 2007; Bados, 2009; Bagley <i>et al.</i> , 1995, 1997; Davidson <i>et al.</i> , 1996; Iverson <i>et al.</i> , 2012; Kilpatrick <i>et al.</i> , 1985; Pico-Alfonso <i>et al.</i> , 2006; Marshall, 2001; McFarlane, Malecha, Gist <i>et al.</i> , 2005; OMS, 2002; Soria, 2002; Soria y Hernández, 1994; Tomasula <i>et al.</i> , 2012; Ullman, 2004; Ullman y Brecklin, 2002b; Ullman y Najdowski, 2009b; UNFPA, 2008; Vázquez, 2007.
	Trastornos del sueño	Echeburúa <i>et al.</i> , 2006; García-Esteve <i>et al.</i> , 2009.
	Pesadillas y terrores nocturnos	Calhoun y Atkeson, 1991; Carrasco y Maza, 2005; Dahal, 1989, cit. en Delgado, 1994; Delgado, 1994; Echeburúa, 2004; Echeburúa <i>et al.</i> , 2006; Echeburúa y Redondo, 2010; Esbec y Fernández-Sastrón, 2000; Galiana y De Marianas, 1996; García-Esteve <i>et al.</i> , 2009; Krakow <i>et al.</i> , 1995; Marshall, 2001; Sánchez, 2000; Urra, 2007; Vázquez, 2007.
	Evitación	Burgess y Holmstrom, 1974; Calhoun y Atkeson, 1991; Echeburúa <i>et al.</i> , 2006; Echeburúa y Redondo, 2010; Galiana y De Marianas, 1996; García-Esteve <i>et al.</i> , 2009; Soria, 2002; Urra, 2007.
	Reacciones de sobresalto	Echeburúa <i>et al.</i> , 2006; Delgado, 1994; García-Esteve <i>et al.</i> , 2009.
	Hipervigilancia	Soria, 2002.
	Conducta desorganizada	Burgess y Holmstrom, 1974; Echeburúa, 2004; Urra, 2007.
	Emocionales	Trastorno de estrés agudo
Trastorno de estrés postraumático		Amor <i>et al.</i> , 2001; Arata y Burkhart, 1996; Bennice <i>et al.</i> , 2003; Bownes <i>et al.</i> , 1991; Chivers-Wilson, 2006; Clum <i>et al.</i> , 2000; Darves-Bornoz <i>et al.</i> , 1998; Eadie <i>et al.</i> , 2008; Echeburúa, 2008; Echeburúa <i>et al.</i> , 1998; Echeburúa <i>et al.</i> , 2004; Filipas, 2007; Frazier <i>et al.</i> , 2009; Grice <i>et al.</i> , 1995; Hanson, 1990; Hedtke <i>et al.</i> , 2008; Iverson <i>et al.</i> , 2012; Kessler <i>et al.</i> , 1995; Kilpatrick y Acierno, 2003; Kilpatrick <i>et al.</i> , 1985; Kilpatrick <i>et al.</i> , 2003; Kramer y Green, 1991; Luterek <i>et al.</i> , 2011; McFarlane, Malecha, Watson <i>et al.</i> , 2005; Najdowski y Ullman, 2009a; Norwood y Murphy, 2012; O'donnell <i>et al.</i> , 2004; Resnick <i>et al.</i> , 1991; Rothbaum <i>et al.</i> , 1992; Suris <i>et al.</i> , 2004; Ullman y Siegel, 1994; UNFPA, 2008; Wolfe <i>et al.</i> , 1998; Zinzow, Resnick, McCauley <i>et al.</i> , 2010, 2012.
Depresión		Becker <i>et al.</i> , 1984; Burgess y Holmstrom, 1974; Burnam <i>et al.</i> , 1988; Calhoun y Atkeson, 1991; Carrasco y Maza, 2005; Cheasty <i>et al.</i> , 2002; Choquet <i>et al.</i> , 1997; Clum <i>et al.</i> , 2000; Corral <i>et al.</i> , 1997; DeMaris y Kaukinen, 2005; Eadie <i>et al.</i> , 2008; Echeburúa <i>et al.</i> , 1995; Echeburúa <i>et al.</i> , 2006; Frank y Stewart en 1984, cit. en Marshall, 2001; Galiana y De Marianas, 1996, 1997; García-Esteve <i>et al.</i> , 2009; Hankin <i>et al.</i> , 1999; Hanson, 1990; Harris y Valentiner, 2002; Iverson <i>et al.</i> , 2012; Kalichman <i>et al.</i> , 2002; Kaukinen y DeMaris, 2005; Kilpatrick y Acierno, 2003; Kilpatrick <i>et al.</i> , 2003; Mackey <i>et al.</i> , 1992; Matsushita-Arao, 1996; O'donnell <i>et al.</i> , 2004; Resick, 1993; Roon-Cassini <i>et al.</i> , 2010; Sadler <i>et al.</i> , 2012; Sánchez, 2000; Siegel <i>et al.</i> , 1990; Stein, 1995; UNFPA, 2008; Urra, 2007; Zinzow, Resnick, McCauley <i>et al.</i> , 2010, 2012.
Trastornos de ansiedad		Burgess y Holmstrom, 1974; Burnam <i>et al.</i> , 1988; Calhoun y Atkeson, 1991; Corral <i>et al.</i> , 1997; Echeburúa, 2004; Galiana y De Marianas, 1996; García-Esteve <i>et al.</i> , 2009; Hutchings y Dutton, 1997; Marshall, 2001; Resick, 1993; Sadler <i>et al.</i> , 2012; Sánchez, 2000; Siegel <i>et al.</i> , 1990; Urra, 2007; Vázquez, 2007.

Consecuencias psicológicas a corto plazo	Estudios
Fobias y temores diversos	Burgess y Holmstrom, 1974; Burnam <i>et al.</i> , 1988; Calhoun y Atkeson, 1991; Corral <i>et al.</i> , 1997; Echeburúa, 2004; Galiana y De Marianas, 1996; García-Esteve <i>et al.</i> , 2009; Hutchings y Dutton, 1997; Kilpatrick <i>et al.</i> , 1981; López, 2012; Marshall, 2001; Resick, 1993; Sadler <i>et al.</i> , 2012; Sánchez, 2000; Siegel <i>et al.</i> , 1990; Soria, 2002; Urta, 2007; Vázquez, 2007.
Trastornos adaptativos	Carrasco y Maza, 2005.
Sentimientos de humillación	Burgess y Holmstrom, 1974; Esbec y Fernández-Sastrón, 2000; Galiana y De Marianas, 1996; López, 2012; Soria y Hernández, 1994.
Vergüenza	Aparicio y Muñoz, 2007; Bados, 2009; Esbec y Fernández-Sastrón, 2000; Fairbrother y Rachman, 2004; Galiana y De Marianas, 1996; García-Esteve <i>et al.</i> , 2009; López, 2012; Sánchez, 2000; Soria, 2002; Soria y Hernández, 1994; Vidal y Petrak, 2007.
Ira	Bados, 2009; Burgess y Holmstrom, 1974; Esbec y Fernández-Sastrón, 2000; Galiana y De Marianas, 1996; García-Esteve <i>et al.</i> , 2009; López, 2012; Sánchez, 2000; Soria, 2002; Soria y Hernández, 1994.
Impotencia	Esbec y Fernández-Sastrón, 2000; Galiana y De Marianas, 1996; García-Esteve <i>et al.</i> , 2009; López, 2012; Sánchez, 2000; Soria, 2005.
Sentimientos de vulnerabilidad	Echeburúa, 2008; López, 2012; Soria, 2005.
Embotamiento/bloqueo afectivo	Echeburúa, 2008; López, 2012; Soria, 2005.
Apatía	Echeburúa, 2008.
Incapacidad de disfrutar	
Indefensión	Echeburúa, 2008; López, 2012.
Irritabilidad	Echeburúa <i>et al.</i> , 2006; García-Esteve <i>et al.</i> , 2009.
Baja autoestima	Echeburúa, 1992; Echeburúa y Corral, 1995; Galiana y De Marianas, 1996, 1997; Soria, 2002; Soria y Hernández, 1994.
Cognitivas	
Recuerdos traumáticos	Aparicio y Muñoz, 2007; Calhoun y Atkeson, 1991; Dahal, 1989, cit. en Delgado, 1994; Echeburúa y Corral, 1995; Echeburúa y Redondo, 2010; Galiana y De Marianas, 1996; García-Esteve <i>et al.</i> , 2009; Kilpatrick y Veronen, 1984, cit. en Delgado, 1994; López, 2012; Urta, 2007.
Ideas de culpa	Burgess y Holmstrom, 1974; Calhoun y Atkeson, 1991; Echeburúa, 2004; Echeburúa <i>et al.</i> , 2006; Echeburúa y Corral, 2006; Esbec y Fernández-Sastrón, 2000; Galiana y De Marianas, 1996, 1997; García-Esteve <i>et al.</i> , 2009; López, 2012; Marshall, 2001; Urta, 2007.
Preocupación por trauma	Esbec y Fernández-Sastrón, 2000.
Alteración sistema de valores Desconfianza en los demás	Bados, 2009; Esbec y Fernández-Sastrón, 2000; García-Esteve <i>et al.</i> , 2009; Soria y Hernández, 1994.
Problemas de atención y concentración	Aparicio y Muñoz, 2007; Echeburúa <i>et al.</i> , 2006; Galiana y De Marianas, 1996, 1997; García-Esteve <i>et al.</i> , 2009; López, 2012; Luscher, 2001.
Amnesia disociativa	Aparicio y Muñoz, 2007; Carrasco y Maza, 2005; Luterek <i>et al.</i> , 2011.
Sexuales	
Disfunciones sexuales: Miedo al sexo Disminución del deseo	Becker, 1984; Becker <i>et al.</i> , 1986; Becker <i>et al.</i> , 1982; Burgess y Holmstrom, 1974; Calhoun y Atkeson, 1991; Corral <i>et al.</i> , 1997; Echeburúa <i>et al.</i> , 1995; Jozkowski y Sanders, 2012; Mackey <i>et al.</i> , 1991; Perilloux <i>et al.</i> , 2012; Resick, 1993; Sadler <i>et al.</i> , 2012; Sanjuan <i>et al.</i> , 2009; Siegel <i>et al.</i> , 1990; Van Berlo y Ensink, 2000
Incremento de frecuencia de contactos/parejas sexuales	Calhoun y Atkeson, 1991; Deliramich y Gray, 2008

2.2.3. Consecuencias sociales

Las agresiones sexuales afectan al funcionamiento social de algunas mujeres, provocando cambios significativos en su ajuste posterior (trabajo, familia, amigos, tiempo libre), que a su vez, influye en su equilibrio psicológico y en su recuperación (Arellano *et al.*, 1997; Calhoun y Atkeson, 1991; Corral *et al.*, 1997; Echeburúa *et al.*, 1995; García-Esteve *et al.*, 2009; Perilloux *et al.*, 2012).

En el primer periodo crítico experimentado tras la violación, las víctimas manifiestan una desorganización en diferentes niveles. Tras este periodo, se da una etapa de reorganización, donde la mujer en algunos casos puede recuperar su funcionamiento habitual (Echeburúa *et al.*, 1995).

La vivencia de una violación puede cambiar la vida de una mujer para siempre. Esta experiencia incluye alteraciones de las actividades diarias, sensaciones de vulnerabilidad, separaciones e intentos de superar el trauma tomando precauciones y restringiendo el rango de actividades (Calhoun y Atkeson, 1991; Fischer y Wertz, 1979, cit. en Lorente *et al.*, 1998).

En los estudios prospectivos se han encontrado que el efecto más destacado sobre la calidad de vida de la víctima y el desempeño de los roles cotidianos, es en el área laboral, existiendo alteraciones incluso ocho meses tras el asalto. En cuanto a las actividades sociales y de ocio se han encontrado diferencias con respecto a las mujeres no victimizadas solo durante los dos primeros meses (Lorente *et al.*, 1998).

La agresión sexual y sus secuelas jurídicas alteran de forma importante la vida de la víctima y su familia. Según Burgess y Holmstrom (1974), el 60% de las mujeres violadas rompen su relación de pareja en el plazo de un año. Esto puede deberse a varios factores como la incapacidad para saber cómo pedir ayuda a sus familias, la alteración en las rutinas cotidianas y la dificultad en la toma de decisiones personales (Soria, 2002; Soria y Hernández, 1994).

Con frecuencia, se presentan crisis familiares asociadas a los conflictos entre el creer o no creer y culpar a la víctima. Por otro lado, en algunos casos el agresor amenaza contra la vida de la víctima o sus familiares (UNFPA, 2008).

La forma en que las familias y las comunidades reaccionan ante los casos de agresiones sexuales se rige por las ideas predominantes sobre la sexualidad y la situación jurídica de las mujeres. En algunos países se considera que la mujer es culpable de estos actos y se obliga a la víctima a casarse con el agresor (OMS, 2002).

Respecto a las repercusiones en las relaciones íntimas, la retirada de la actividad sexual debido a las frecuentes imágenes intrusivas que las víctimas experimentan durante los contactos sexuales, intensificando sus miedos, puede repercutir en la pareja obteniendo como resultado una disminución de los afectos (Burgess y Holmstrom, 1974). Asimismo, el embotamiento afectivo o anestesia emocional, como síntoma del trastorno de estrés postraumático, dificulta la expresión de sentimientos de ternura, lo

que supone un obstáculo añadido para mantener una relación íntima (Echeburúa *et al.*, 2006; Echeburúa y Redondo, 2010).

A continuación se presenta un resumen de las principales consecuencias sociales de una agresión sexual a corto plazo.

Tabla 2.6. Resumen de las consecuencias sociales de una agresión sexual a corto plazo.

Consecuencias sociales a corto plazo	Estudios
Dificultad para retomar la vida cotidiana	Calhoun y Atkeson, 1991; Echeburúa, 2004; Urra, 2007.
Restricción actividades diarias	Calhoun y Atkeson, 1991; Fischer y Wertz, 1979, cit. en Lorente <i>et al.</i> , 1998; Lorente <i>et al.</i> , 1998; Soria, 2002; Soria y Hernández, 1994.
Alteración funcionamiento laboral	Lorente <i>et al.</i> , 1998.
Alteración funcionamiento familiar	Burgess y Holmstrom, 1974; UNFPA, 2008.
Dificultad para establecer relaciones íntimas	Burgess y Holmstrom, 1974; Echeburúa <i>et al.</i> , 2006; Echeburúa y Redondo, 2010.

2.3. CONSECUENCIAS A MEDIO PLAZO

Tras la agresión sexual, durante meses, la víctima continúa experimentando síntomas como temores diversos, dificultades en relacionarse, baja autoestima, depresión, estrés postraumático y disfunciones sexuales. Comienza a reorganizarse, es decir, ya es capaz de retomar su vida cotidiana pero con algunas limitaciones (Echeburúa, 2004; Echeburúa y Corral, 2006; Urra, 2007).

Los temores están relacionados con los estímulos ligados a la agresión (como la noche o el portal), con las situaciones indicadoras de vulnerabilidad (como la oscuridad, hombres desconocidos) o con las preocupaciones precipitadas directamente por la vivencia del trauma (hablar con la policía o declarar en el juicio) (Echeburúa, 2004; Echeburúa y Corral, 2006).

Los estímulos indicadores de vulnerabilidad suelen ser los más persistentes en el tiempo, ya que las víctimas continúan con el temor a la repetición de una agresión que ha puesto en peligro su vida (Echeburúa, 2004; Echeburúa y Corral, 2006).

Tabla 2.7. Resumen de las consecuencias de una agresión sexual a medio plazo.

Tipos de efectos		Consecuencias a medio plazo	Estudios
Psicológicos	Emocionales	Trastorno de estrés postraumático Temores diversos Baja autoestima Depresión	Echeburúa, 2004; Echeburúa y Corral, 2006; Urra, 2007
	Sexuales	Disfunciones sexuales	Echeburúa, 2004; Echeburúa y Corral, 2006; Urra, 2007
Sociales		Dificultad para relacionarse Limitaciones en la vida cotidiana	Echeburúa, 2004; Echeburúa y Corral, 2006; Urra, 2007

2.4. CONSECUENCIAS A LARGO PLAZO

Los datos disponibles permiten afirmar que una agresión sexual produce una serie de problemas que perduran durante años y que pueden llegar a desequilibrar y limitar el funcionamiento habitual de una mujer (Campbell *et al.*, 2009; Echeburúa *et al.*, 1995; Hanson, 1990; Najdowski y Ullman, 2011).

Debido al pequeño número de mujeres que denuncian una violación o solicitan ayuda profesional de manera inmediata, existe una elevada tasa de víctimas que padecen durante mucho tiempo (meses e incluso años) las secuelas derivadas de una agresión sexual (Corral *et al.*, 1997).

2.4.1. Consecuencias somáticas

Las mujeres victimizadas tienen más probabilidad de realizar a largo plazo conductas destructivas asociadas a enfermedades y muertes prematuras como fumar, abusar del alcohol o no usar cinturón de seguridad (Koss *et al.*, 1991).

Campbell *et al.* (2003), hallaron en su estudio que los problemas de salud tras la agresión sexual se mantenían a largo plazo en la mayoría de las mujeres.

En un estudio realizado por Golding, Stein, Siegel y Burnam (1988), se comprobó que las mujeres victimizadas hacen un mayor uso de los servicios médicos y psiquiátricos. Este mayor uso se produce sobre todo en el segundo año tras la violación, en concreto aumentaron la frecuencia de visitas el 56% en el segundo año mientras que en el primero el incremento fue de un 2% en comparación con las mujeres no victimizadas. Estos datos sugieren que las quejas crónicas son un mayor problema de salud para las víctimas que las quejas agudas.

Resultados similares se encontraron en la investigación de Kimerling y Calhoun (1994). En este estudio se halló que las mujeres que experimentaron una agresión sexual manifestaban más quejas somáticas, una pobre percepción de su estado de salud, malestar psicológico e incrementaron el uso de los servicios médicos transcurrido un año tras la agresión.

Uno de los mecanismos que pueden contribuir a los efectos sobre la salud de la exposición a la violencia es la focalización de la atención sobre las sensaciones internas. Hay varias fuentes de sensaciones corporales que pueden ser foco de atención como lesiones físicas no detectadas, consecuencias derivadas del estrés relacionado con el trauma, las sensaciones físicas que forman parte de la reexperimentación del trauma y las sensaciones fisiológicas normales que se magnifican cuando son el centro de atención (Wickramsekera, 1986, cit. en Lorente *et al.*, 1998).

En la siguiente tabla se resumen las principales consecuencias somáticas de una agresión sexual a largo plazo.

Tabla 2.8. Resumen de las consecuencias somáticas de una agresión sexual a largo plazo.

Consecuencias somáticas a largo plazo	Estudios
Percepción pobre salud	Kimerling y Calhoun, 1994
Problemas de salud	Campbell <i>et al.</i> , 2003
Quejas somáticas crónicas	Golding <i>et al.</i> , 1988; Kimerling y Calhoun, 1994
Conductas autodestructivas: fumar, alcohol...	Koss <i>et al.</i> , 1991

2.4.2. Consecuencias psicológicas

La mayor parte de las investigaciones se han centrado en las reacciones inmediatas a la agresión, asumiendo la “teoría de la crisis”. Según esta teoría, tras un periodo aproximado de seis semanas, la mujer vuelve a su nivel de funcionamiento habitual. Sin embargo la evidencia empírica no defiende este punto de vista (Corral *et al.*, 1997).

Las víctimas de agresión sexual mejoran sustancialmente en los tres primeros meses (Darves-Bornoz *et al.*, 1998; Kilpatrick, 1992; Urra, 2007). Sin embargo, sólo un 20% de las víctimas no muestra ningún síntoma un año después de la agresión, presentando un 25% de las mujeres efectos negativos varios años después de la agresión (Urra, 2007).

En diversas investigaciones se afirma que no existen diferencias en el funcionamiento de víctimas de violación entre los seis meses y un año (Kilpatrick *et al.*, 1981), sugiriendo un patrón caracterizado por una mejoría inicial seguido de una nivelación hasta el año, tras el cual se produce un leve ascenso en la valoración de los síntomas (Delgado, 1994).

Los síntomas de las víctimas no recientes de agresiones sexuales principalmente son: el trastorno de estrés postraumático, ansiedad fóbica y pensamientos recurrentes, depresión, inadaptación social y disfunciones sexuales (Corral *et al.*, 1997).

Según Echeburúa *et al.* (1998, 2004) las víctimas recientes (han sufrido la agresión en un periodo de tiempo inferior a los tres meses) presentan el trastorno de estrés postraumático con mucha más frecuencia e intensidad que las no recientes (han sufrido la agresión en un periodo de tiempo superior a los tres meses). Sin embargo, casi dos de cada tres de estas últimas siguen sufriendo el trastorno, o por lo menos el subsíndrome, meses o años después de haber experimentado la agresión. Dentro de este cuadro son las conductas de evitación las que tienden a cronificarse.

El estrés postraumático, a diferencia de las situaciones de duelo, no remite espontáneamente con el paso del tiempo y el restablecimiento del equilibrio emocional y del funcionamiento social y laboral adecuado puede requerir, en muchos casos, de un tratamiento especializado (Echeburúa, 1992; Echeburúa y Corral, 1995).

Los investigadores coinciden en afirmar que el impacto de una agresión sexual suele desencadenar un trastorno de estrés postraumático y que si no es tratado a tiempo,

éste tiende a cronificarse (Bownes *et al.*, 1991; Corral *et al.*, 1997; Kleim, Ehlers y Glucksman, 2012).

Según la National Comorbidity Survey, sólo el 20% de los casos se recuperan en los 6 primeros meses y el 40 % en los 12 meses después del trauma. El 55% de las personas aún presentarán síntomas del TEPT después de 3 años. Cerca de un 60% llegan a recuperarse en el plazo de 6 años, siendo este porcentaje independiente de haber recibido o no tratamiento, aunque la recuperación es más rápida con terapia (Kessler *et al.*, 1995).

Santello y Leitenberg (1993), hallaron en su estudio que las mujeres que habían experimentado una agresión sexual desde los 16 años, continuaban mostrando elevados niveles de sintomatología de forma significativa en comparación con las mujeres que no habían sufrido ninguna agresión.

En la misma dirección, Cogle, Resnick y Kilpatrick (2011), realizaron un estudio con una muestra de mujeres diagnosticadas con TEPT. En el seguimiento a los dos años del diagnóstico, se encontró que la experiencia de violación se relacionaba de forma significativa con la cronicidad del TEPT.

El miedo y la ansiedad son las reacciones predominantes durante e inmediatamente después de la violación pero también constituyen los síntomas más persistentes y problemáticos a lo largo del tiempo. Con el paso del tiempo los temores se cronifican alrededor de situaciones relacionadas con la vulnerabilidad al ataque (Calhoun, Atkeson y Resick, 1982; Echeburúa, 1992; Echeburúa *et al.*, 1995; Kilpatrick *et al.*, 1981; López, 2012).

Los miedos más frecuentes son a estar sola, a la oscuridad, a los hombres y a salir. Estos miedos pueden generar un incremento en las relaciones de dependencia de los demás por lo que repercute sobre el control de su propia vida (Kilpatrick *et al.*, 1981).

Una vez que el miedo y la ira descienden, la víctima comienza la fase de reorganización. El impacto de la agresión se puede resolver mediante el establecimiento de unas defensas más efectivas, conductas más vigilantes y mediante una revisión de los valores y actitudes que permiten un reajuste en la vida cotidiana (Soria, 2005).

De acuerdo con el estudio de Burgess y Holmstrom (1974), la mayoría de las víctimas experimentaron una desorganización de su estilo de vida. A largo plazo comienza la fase de reorganización en la que se observa la aparición de diversas fobias como miedo a estar en casa, a estar a solas, a salir de noche, a estar en sitios concurridos o miedos sexuales.

Las víctimas a largo plazo muestran irritabilidad, desconfianza, embotamiento afectivo, puede haber un bloqueo en la captación y expresión de sentimientos de ternura, disfunciones sexuales y capacidad disminuida para disfrutar de la vida lo que dificulta el establecimiento de relaciones de pareja. También pueden llegar a desarrollar trastornos de depresión mayor, ansiedad generalizada o fóbicos (Echeburúa, 2004; Echeburúa y Corral, 2006; Elliott, Mok y Briere, 2004; Petrak, Doyle, Williams, Buchan y Forster, 1997; Urra, 2007).

Del mismo modo que a corto plazo, la evitación desarrollada para afrontar los miedos y controlar los niveles de ansiedad puede desarrollar un trastorno depresivo. En el estudio de Calhoun *et al.* (1982) se encontró que las víctimas de agresión sexual, transcurridos 12 meses de ésta, continuaban con miedos relacionados con la violación y mantenían conductas evitativas.

Por tanto, la depresión también es un síntoma que aparece en víctimas no recientes (Corral *et al.*, 1997; Kleim *et al.*, 2012; Najdowski y Ullman, 2011). La intensidad de estos síntomas depresivos puede desembocar en ideas y/o intentos de suicidio (Corral *et al.*, 1997).

En la mayoría de estudios de seguimiento de víctimas de agresiones sexuales, el síntoma que más persiste a lo largo del tiempo son los sentimientos de vulnerabilidad (Delgado, 1994). En la investigación de Ellis, Atkeson y Calhoun (1981) se encontró que tras 24 meses de la agresión, las víctimas mostraban miedos y cambios sustanciales en su estilo de vida, presididos por una sensación mayor de vulnerabilidad y un mayor grado de ansiedad generalizada que anteriormente y que el grupo control.

En víctimas de delitos sexuales es frecuente que se produzca a largo plazo, una alteración en su función sexual (Becker, 1984; Calhoun y Atkeson, 1991; Echeburúa *et al.*, 1995; López, 2012; UNFPA, 2008; Urra, 2007; Van Berlo y Ensink, 2000; Vázquez, 2007), preferentemente una inhibición de la misma o bien del deseo y en otros casos puede producirse dolor en la realización del coito, con malestar y problemas en las relaciones interpersonales (Carrasco y Maza, 2005; Echeburúa *et al.*, 1995). Según una encuesta realizada por Galiana y De Marianas (1996), el 39.1% de la muestra sufrió disfunciones sexuales.

Comparadas con personas que no han sufrido una agresión sexual, las víctimas de violación dicen haber tenido una vida sexual problemática entre cuatro y seis años después de la agresión, y el 30% de ellas no había vuelto a su nivel previo de actividad sexual en el momento de la evaluación (Burgess y Holmstrom, 1974).

En algunas víctimas se puede dar una relación directa entre algún aspecto de la violación y el problema sexual. Por ejemplo, una mujer que es obligada a realizar una felación puede mostrar ansiedad cuando se implica en una actividad sexual oral con su pareja. En otras mujeres no se identifican características específicas de la agresión pero se puede dar una disminución general del deseo y/o de la satisfacción sexual (Corral *et al.*, 1997).

Echeburúa *et al.* (1995) especifican que la frecuencia de las relaciones sexuales parece normalizarse con el paso del tiempo, no ocurriendo así con la satisfacción sexual, que en muchas ocasiones, no llega a los niveles anteriores a la violación.

En la tabla 2.9. se resumen las principales consecuencias psicológicas de una agresión sexual a largo plazo.

Tabla 2.9. Resumen de las consecuencias psicológicas de una agresión sexual a largo plazo.

Consecuencias psicológicas a largo plazo		Estudios
Conductuales	Conductas vigilantes	Soria, 2005.
	Evitación	Calhoun <i>et al.</i> , 1982.
	Intentos de suicidio	Corral <i>et al.</i> , 1997.
Emocionales	Trastorno de estrés postraumático	Bownes <i>et al.</i> , 1991; Corral <i>et al.</i> , 1997; Cogle <i>et al.</i> , 2011; Echeburúa, 1992; Echeburúa y Corral, 1995; Kessler <i>et al.</i> , 1995; Kleim <i>et al.</i> , 2012.
	Subsíndrome TEPT	Echeburúa <i>et al.</i> , 1998, 2004.
	Depresión	Corral <i>et al.</i> , 1997; Elliott <i>et al.</i> , 2004; Kleim <i>et al.</i> , 2012; Najdowski y Ullman, 2011; Petrak <i>et al.</i> , 1997; Urra, 2007.
	Trastornos fóbicos y temores diversos	Burgess y Holmstrom, 1974; Calhoun <i>et al.</i> , 1982; Corral <i>et al.</i> , 1997; Echeburúa, 1992; Echeburúa <i>et al.</i> , 1995; Ellis <i>et al.</i> , 1981; Kilpatrick <i>et al.</i> , 1981; López, 2012; Urra, 2007.
	Ansiedad generalizada	Ellis <i>et al.</i> , 1981; Petrak <i>et al.</i> , 1997; Urra, 2007.
	Sentimientos de vulnerabilidad	Delgado, 1994; Ellis <i>et al.</i> , 1981.
	Irritabilidad	Echeburúa, 2004; Echeburúa y Corral, 2006; Urra, 2007.
	Embotamiento afectivo Bloqueo expresión ternura	
	Incapacidad de disfrutar	Echeburúa, 2004; Echeburúa y Corral, 2006; Elliott <i>et al.</i> , 2004; Urra, 2007.
	Cognitivas	Pensamientos recurrentes
Desconfianza		Echeburúa, 2004; Echeburúa y Corral, 2006; Urra, 2007.
Sexuales	Alteración en la función sexual	Becker, 1984; Burgess y Holmstrom, 1974; Calhoun y Atkeson, 1991; Echeburúa <i>et al.</i> , 1995; López, 2012; UNFPA, 2008; Urra, 2007; Van Berlo y Ensink, 2000; Vázquez, 2007.
	Disfunciones sexuales	Corral <i>et al.</i> , 1997; Echeburúa, 2004; Echeburúa y Corral, 2006; Elliott <i>et al.</i> , 2004; Galiana y De Marianas, 1996; Urra, 2007.
	Dolor en el coito	Carrasco y Maza, 2005; Echeburúa <i>et al.</i> , 1995.
	Insatisfacción sexual	Corral <i>et al.</i> , 1997; Echeburúa <i>et al.</i> , 1995.

2.4.3. Consecuencias sociales

El desarrollo de trastornos tales como el estrés postraumático, depresión mayor, ansiedad generalizada o fóbicos, resultado de una agresión sexual, puede derivar en un problema de adaptación a la vida cotidiana y una pérdida de calidad de vida, ya que las víctimas pueden tener tendencia a evitar situaciones potencialmente atractivas como viajar y relacionarse con amigos (Corral *et al.*, 1997; Echeburúa, 2004; Echeburúa y Corral, 2006; Urra, 2007).

La disminución del disfrute general y la incapacidad para encontrar satisfacción en la vida pueden ser uno de los efectos más comunes y duraderos de las agresiones sexuales, siendo probable que en algunas víctimas se dé una desestructuración importante en el funcionamiento cotidiano (Echeburúa *et al.*, 1995; Ellis *et al.*, 1981).

Si después de una violación, la víctima no recibe una ayuda terapéutica adecuada, es probable que los problemas de ajuste aumenten provocando una mayor incapacidad en su vida (Echeburúa *et al.*, 1995).

Resick, Calhoun, Atkeson y Ellis (1981), analizaron el ajuste social de un grupo de víctimas de agresión sexual en comparación con un grupo control a los 2, 4, 8 y 12 meses de la agresión. El ajuste social se evaluó en las siguientes áreas: trabajo, económico, social y ocio, pareja y familia. A los dos meses, las víctimas tenían un peor ajuste social que el grupo control, pero a los cuatro meses la mayoría de las escalas se iban igualando al grupo control. Sin embargo, a los ocho meses, continuaban teniendo un peor ajuste social, en concreto los resultados obtenidos para el grupo de víctimas en la escala de trabajo era significativamente peor. Según las autoras esto puede deberse a que en muchos casos, tras la agresión, la víctima puede cambiar de trabajo por varios motivos como por mudarse de lugar de residencia a otra ciudad, por trabajar en contacto directo con hombres, o por temor a un horario laboral nocturno. Asimismo, también pueden echarlas de su trabajo por una disminución de su rendimiento o por las ausencias debidas a las revisiones médicas o citaciones judiciales.

Según Burgess y Holmstrom (1974), en la fase de reorganización a largo plazo se dan los siguientes efectos: un incremento en la actividad motora, especialmente los cambios de residencia motivados por la necesidad de ir lejos o el cambio en la relación con los miembros de su familia, ya que en numerosos casos, las víctimas aumentaron la frecuencia del contacto con sus padres buscando un mayor apoyo.

En la siguiente tabla se resumen las principales consecuencias psicológicas de una agresión sexual a largo plazo.

Tabla 2.10. Resumen de las consecuencias sociales de una agresión sexual a largo plazo.

Consecuencias sociales a largo plazo	Estudios
Inadaptación social	Corral <i>et al.</i> , 1997; Echeburúa <i>et al.</i> , 1995.
Pérdida de calidad de vida	Corral <i>et al.</i> , 1997; Echeburúa, 2004; Echeburúa y Corral, 2006; Urra, 2007.
Desestructuración funcionamiento cotidiano	Echeburúa <i>et al.</i> , 1995; Ellis <i>et al.</i> , 1981.
Peor ajuste social y laboral	Resick <i>et al.</i> , 1981.
Cambios de residencia Cambios en relaciones familiares	Burgess y Holmstrom, 1974.
Dificultad establecimiento relación de pareja	Echeburúa, 2004; Echeburúa y Corral, 2006; Urra, 2007.

CAPÍTULO III

Factores de vulnerabilidad predictores del impacto psicopatológico en víctimas de agresión sexual

3.1. INTRODUCCIÓN

La agresión sexual es un suceso que puede provocar en la mayoría de las víctimas un trastorno de estrés postraumático, además de otras consecuencias. No obstante, como señala Medina (2001), el acontecimiento traumático es condición necesaria, pero no es condición suficiente para el desarrollo de un TEPT. Como ya señalamos anteriormente, hay que tener en cuenta que este cuadro sintomático no aparece en todos los casos, ni se da de forma uniforme, sino que varía en su intensidad y características ya que las víctimas pueden reaccionar de diferente forma ante un mismo suceso traumático, en función de unos factores determinados (Calhoun y Atkeson, 1991).

Así, hay personas que se muestran resistentes a la aparición de síntomas clínicos tras experimentar un suceso traumático. Las personalidades resistentes al estrés se caracterizan por poseer una serie de factores de protección como son un estilo de vida equilibrado, un control emocional, una autoestima adecuada, unos criterios morales sólidos, unas aficiones gratificantes, una vida social estimulante, un mundo interior rico y una actitud positiva ante la vida. Todas estas variables posibilitan tener recursos disponibles para hacer frente de forma adecuada a un acontecimiento traumático como puede ser una agresión sexual (Echeburúa 2004; Echeburúa *et al.*, 2006; Echeburúa y Redondo, 2010).

No hay que confundir los factores de riesgo, que se refieren a una mayor atracción del agresor para elegir a una víctima, con la vulnerabilidad psicológica, que hacen referencia a aquellos factores que influyen en el impacto psicológico de la agresión. Por lo tanto, las víctimas de riesgo tienen una mayor probabilidad de convertirse en víctimas de un delito, porque constituyen una presa fácil para el agresor; y las víctimas vulnerables tienen mayor predisposición a sufrir mayores secuelas psicológicas tras sufrir una agresión sexual (Echeburúa, 2008; Echeburúa y Corral, 2006; Echeburúa *et al.*, 2004; Esbec, 1994).

Al igual que ocurre con el agresor, la víctima no se puede caracterizar por ninguna constelación de rasgos de personalidad, marcadores biológicos o factores sociales.

Cualquier persona puede llegar a ser una víctima. Sin embargo, se han podido aislar diversos factores de riesgo de victimización que permiten hablar de víctimas potenciales o de alto riesgo (Esbec, 1994).

Sin embargo, la existencia de estos factores de riesgo en absoluto significa que la víctima sea en grado alguno responsable de la agresión sufrida, ya que desde esta perspectiva el único y exclusivo responsable es el agresor (Echeburúa y Redondo, 2010).

Las investigaciones indican que la presencia de factores de riesgo tiene un efecto aditivo, de modo que cuantos más sean los que intervengan en una situación determinada, tanto mayor será la probabilidad de que se produzca una agresión sexual. Además, la importancia de un factor de riesgo determinado puede variar en las distintas etapas de la vida (OMS, 2002).

Los *factores de riesgo* para sufrir una agresión sexual más importantes son pertenecer al sexo femenino, ser joven, vivir sola, haber consumido alcohol o drogas en exceso, padecer una deficiencia mental (Echeburúa, 2008; Echeburúa y Corral, 2006; Echeburúa *et al.*, 2004; Elliott *et al.*, 2004; Esbec, 1994; Filipas, 2007; Kilpatrick *et al.*, 1997; OMS, 2002; Vázquez, 2007), ser profesional del sexo, la pobreza (Echeburúa y Corral, 2006; Esbec, 1994; OMS, 2002; Vázquez, 2007) y en cuanto a la agresión sexual en la pareja, mejorar el nivel de instrucción y aumentar la independencia económica (OMS, 2002).

El Fondo de Población de Naciones Unidas (2008), ha clasificado los factores que aumentan el riesgo de sufrir una agresión sexual en factores personales, familiares y sociales. Entre los factores de riesgo personales se encuentran: el desconocimiento de los Derechos Humanos, Sexuales y Reproductivos, baja autoestima, escaso desarrollo de habilidades sociales, privación afectiva en la infancia y la carencia de conocimientos sobre lo que es o no es apropiado en cuanto a los contactos físicos.

Los factores de riesgo familiares son: el desconocimiento de los derechos de niñas y niños, relaciones familiares violentas, historias de violencia sexual del padre o la madre, negación de acceso a información sobre la sexualidad, familias disfuncionales, deterioro de la afectividad, desacuerdos en el ejercicio de la autoridad, sobrevaloración de la figura masculina y consumo de sustancias. Finalmente, entre los factores de riesgo sociales se incluyen: la pobreza y el desplazamiento forzado, vivir en zonas de conflicto armado, hacinamiento crítico, vecindarios con altos índices de delincuencia, trivialización de la violencia sexual en los medios de comunicación y un fácil acceso al consumo de sustancias (UNFPA, 2008).

De todos los factores de riesgo, el que parece tener una mayor relevancia a la hora de generar una mayor atracción del agresor para elegir a la víctima, es la edad. Las víctimas de agresiones sexuales son frecuentemente chicas de entre 16 y 30 años. Este riesgo puede derivarse de su mayor atractivo, de una mayor exposición a situaciones de riesgo (tipo de vida activo, viajes frecuentes, salidas nocturnas, búsqueda de nuevas experiencias), así como de una menor percepción del riesgo (Echeburúa y Corral, 2006).

Una mujer tiene más probabilidad de convertirse en una víctima de riesgo cuando ha sufrido una victimización en la infancia (abusos físicos o sexuales), cuando presenta

déficit en su personalidad (carencia de asertividad), cuando está afectada por el abuso de alcohol o drogas o cuando padece una discapacidad mental, ya que al ser factores que limitan la capacidad de consentimiento, pueden convertir a una persona más fácilmente en diana de una agresión sexual (Echeburúa y Corral, 2006; OMS, 2002).

Uno de los factores que más se ha tenido en cuenta en las investigaciones es el abuso sexual en la infancia (Bryant, 2000; Echeburúa y Corral, 2006; Elliott *et al.*, 2004; Najdowski y Ullman, 2009a; OMS, 2002). Según Najdowski y Ullman (2009a), las secuelas que experimenta una mujer como consecuencia de un abuso sexual en la infancia incrementan el riesgo de sufrir una posterior victimización.

En otro estudio, se relacionó el abuso sexual en la infancia con una mayor probabilidad de sufrir una agresión en la etapa adulta. Además, las mujeres que habían sufrido abusos sexuales en la infancia tenían sentimientos de mayor vulnerabilidad, menos empoderamiento y se sentían menos eficaces a la hora de prevenir una agresión sexual (Bryant, 2000).

Así, Aosved y Long, 2005, encontraron que elevados niveles de maltrato psicológico han sido asociados a una mayor probabilidad de tener una experiencia de coerción sexual, en especial con sufrir agresiones sexuales cometidas por agresores conocidos.

Otro de los factores de riesgo, en este caso psicológicos, es padecer un trastorno de personalidad. Los más problemáticos a este respecto son el límite, por su tendencia a la impulsividad, el histriónico, por su tendencia a llamar la atención, y el dependiente, por su escasa asertividad. Asimismo, hay otros factores psicológicos (por ejemplo, estar enamorada de un toxicómano) o factores sociales (como vivir sola, ser inmigrante o carecer de apoyo familiar) que actuarían como facilitadores de las agresiones sexuales (Echeburúa y Corral, 2006).

Por otro lado, el grado de integración o marginación social de una persona (o grupo al que pertenece) y la mayor o menor exposición al riesgo derivada de su estilo de vida (por ejemplo, contacto mayor o menor con extraños) son dos de los factores que se pueden tener en cuenta cuando se habla de factores de riesgo para una agresión sexual (García-Pablos, 2003).

En relación a los *factores de vulnerabilidad* (aquellos que influyen en el impacto psicológico de la agresión), hay distintas formas de organizarlos y clasificarlos. Campbell *et al.* (2009), a través de su Modelo Ecológico del Impacto de la Agresión Sexual en la Salud Mental de la Mujer, han organizado los factores que inciden en dicha vulnerabilidad en varios niveles: a) el primer nivel, los factores individuales, incluye las variables sociodemográficas, los rasgos de personalidad, los problemas psicológicos previos, factores genéticos y biológicos y respuestas de afrontamiento; b) el siguiente nivel lo conforman las características propias de la agresión; c) el microsistema, que se identifica con el apoyo social, principalmente el familiar; d) el meso/exosistema que incluye los factores relacionados con la atención de los sistemas comunitarios médicos y legales, relacionándolos con el concepto de victimización secundaria; e) el macrosistema que recoge la percepción cultural de la violación, es decir la aceptación de una serie de mitos acerca de las agresiones sexuales por parte de toda una cultura; f) y finalmente, el

cronosistema, que hace énfasis en la incidencia en la salud mental de la acumulación de violencia y de situaciones traumáticas que pueden sufrir las víctimas de una violación, con las consecuencias psicológicas que ello genera. El componente principal de este modelo ecológico es la culpa, que se conceptualiza como un meta-constructo que se encuentra presente en todos los niveles (Campbell *et al.*, 2009).

Otra forma de organizar estos factores de vulnerabilidad es en función del momento temporal en el que se produce su influencia. En esta dirección, Echeburúa *et al.* (1995), afirman que la reacción de la víctima ante la agresión sexual y su proceso de recuperación van a depender de los factores anteriores y posteriores a la violación, así como de las características de la misma.

De forma similar, Echeburúa y Corral (2006), describen como el daño psicológico en las víctimas de agresión sexual está influenciado por una serie de variables que tienen su efecto dependiendo del momento temporal. Por un lado, existen variables previas a la agresión sexual, como la vulnerabilidad psicológica y las experiencias negativas vividas con anterioridad. Por otro lado, están las variables que acontecen en el momento de sufrir la agresión sexual como son las propias características de la agresión. Y por último, existen variables que tienen su influencia con posterioridad a la agresión sexual, tales como las estrategias de afrontamiento inadecuadas o un insuficiente apoyo social y familiar.

Por lo tanto, el daño causado a las víctimas dependerá de las circunstancias de cada caso, sobre todo de la violencia ejercida en la agresión sexual, pero también de las características psicológicas y sociodemográficas de cada víctima, en relación con su mayor o menor vulnerabilidad personal y el grado de apoyo social con el que puede contar para superar la agresión y normalizar su vida (Echeburúa, 2004; Echeburúa *et al.*, 2006; Echeburúa y Redondo, 2010).

Algunos factores están relacionados con el equilibrio psicológico de la víctima, con su estado de salud y con el grado de adaptación a la vida cotidiana previo al suceso traumático. Otros factores están vinculados a la gravedad de la agresión sexual: la duración del acto, la existencia de penetración, la presencia de armas o el ataque en grupo. Finalmente, otros factores van a depender de la reacción del entorno. El tipo de apoyo familiar y social, así como la actuación de los sistemas comunitarios van a contribuir al impacto de la agresión sexual (Echeburúa, 2004). Estos grupos de factores se han denominado respectivamente factores pretrauma o previos a la agresión sexual, factores del suceso traumático y factores postrauma o posteriores a la agresión sexual (Echeburúa *et al.*, 2006).

Otros autores, usando un lenguaje médico-jurídico, también clasifican los factores de vulnerabilidad, es decir, aquellos que suponen una mayor predisposición a sufrir mayores secuelas psicológicas tras sufrir una agresión sexual en función del momento temporal. Así, describen la existencia de concausas anteriores o estado previo: referidas a la edad, equilibrio psicológico previo, experiencias traumáticas previas o determinados rasgos de personalidad; concausas concurrentes: referidas a las circunstancias de la propia agresión, que son tanto los factores de interacción entre el agresor y la

víctima como otras circunstancias ambientales que actúan de forma simultánea; y con causas consecutivas o posteriores: derivadas de la interacción de la víctima con otras personas y su medio social (Carrasco y Maza, 2005).

Así, el objeto del presente trabajo de investigación es analizar precisamente aquellos factores que inciden en la vulnerabilidad psicológica, es decir, las variables que influyen en que una víctima tenga una mayor probabilidad de sufrir un intenso impacto emocional o psicopatológico tras sufrir una agresión o abuso sexual. A continuación se expondrán los principales factores de vulnerabilidad que recoge la literatura científica al respecto, en función del momento temporal: a) factores anteriores a la agresión, b) factores que intervienen durante la agresión, y c) factores posteriores a la agresión.

3.2. FACTORES DE VULNERABILIDAD ANTERIORES A LA AGRESIÓN SEXUAL

A diferencia de los factores de riesgo, que suponen una mayor probabilidad de convertirse en víctima de una agresión sexual, los factores de vulnerabilidad anteriores a la agresión tratan de aspectos que están relacionados con la víctima y que influyen o predicen el modo en que se enfrenta a la agresión y el grado de estrés experimentado.

En este grupo se encuentran los factores biográficos y demográficos como la edad, el lugar de nacimiento, estado civil, nivel educativo y la situación laboral y económica. También se describen los factores personales tales como los problemas psicológicos previos o de salud, la presencia de psicopatología en la familia, la existencia de un trauma previo, ya sea un abuso físico, sexual u otra agresión sexual, determinados rasgos de personalidad e inteligencia. Y por último, se tiene en cuenta el impacto de los sucesos estresantes ocurridos con anterioridad a la agresión sexual.

3.2.1. Factores biográficos y demográficos

En este caso, los datos son contradictorios, ya que existen estudios en los que no se encuentran diferencias individuales en cuanto a variables demográficas y el grado de estrés experimentado (Brewin, Andrews y Valentine, 2000; Campbell *et al.*, 1999; Hanson, 1990; Kilpatrick, 1992; Ullman, Filipas, Townsend y Starzynski, 2006b, 2007).

Teniendo en cuenta la edad y el estado civil de la víctima en el momento de la violación, las mujeres adultas y casadas tienen mayores problemas de ajuste psicológico que las solteras, las niñas y las jóvenes, ya que quizás estas últimas cuentan con unas estrategias de afrontamiento más eficaces (Echeburúa, 2003; Esbec y Fernández-Sastrón, 2000; Urra, 2007). Otra posible explicación es que las mujeres adultas se enfrentan a sucesos más estresantes en su vida cotidiana y por otro lado, a partir de los 55 años, pueden tener menos apoyo y menos habilidades que las jóvenes (Echeburúa *et al.*, 1995).

De modo similar, en el estudio de Thornhill y Thornhill (1990a, 1990b, 1990c) se encontró que las mujeres que habían sufrido una agresión sexual en edad reproductiva

y estaban casadas, tenían una mayor sintomatología que las mujeres solteras y las que no estaban en edad reproductiva.

Sin embargo, en la National Comorbidity Survey (Kessler *et al.*, 1995) y en el estudio de Roon-Cassini *et al.* (2010), se encontró que el nivel educativo y la edad eran factores que se correlacionaban de manera negativa con el riesgo de desarrollar un TEPT en cualquier tipo de víctima. De acuerdo con estas investigaciones, en el estudio de Masho y Ahmed (2007), se encontró que las víctimas menores de 18 años tenían un mayor riesgo de padecer TEPT que las víctimas adultas.

En el estudio de Ullman y Najdowski (2009b) se relacionó la edad y la raza con los intentos de suicidio. Las víctimas más jóvenes y de minorías étnicas tenían un mayor número de intentos de suicidio.

Asimismo, Burgess y Holmstrom (1979) encontraron en su estudio que existían diferencias con respecto a la edad: las víctimas más jóvenes tienden a mostrar síntomas más graves, pero su duración es mucho más corta. Por el contrario, las personas de la tercera edad mostraban síntomas menos severos pero de mayor duración (cit. en Soria, 2005).

De acuerdo con Burgess y Holmstrom, López (2012) refiere la existencia de dos franjas de edad vulnerables. Con edades avanzadas se ha podido producir un deterioro cognitivo que dificulta poner en marcha determinadas estrategias de afrontamiento. Y en edades tempranas no se han desarrollado aún estrategias de afrontamiento a nivel cognitivo, social y emocional.

Galiana y De Marianas (1996) consideran que la variable edad no es especialmente determinante del impacto causado por la agresión sexual. Sin embargo, sí pueden constatar las siguientes influencias: hasta los 12 años aproximadamente, cuanto menor es la edad de la víctima, menor es el impacto producido por la agresión, siempre que el resto de variables permanezcan estables, en especial el apoyo de su grupo referencial. En el intervalo de 13 a 22 años afecta de manera inversa, a menor edad de la víctima, mayor es la cantidad del impacto, ya que las víctimas más jóvenes tienen menos recursos para defenderse de una presión negativa e inculpadora de su entorno. En el intervalo de los 23 a los 45 años no encuentran diferencias significativas respecto al impacto de la agresión, mostrándose como el intervalo de tiempo en que la víctima es más competente para afrontar el estrés producido por el delito. Por encima de los 46 años se observa que a mayor edad de la víctima, mayor es el estrés sufrido por la violación, acrecentándose por encima de los 60 años. Estas víctimas, mayores de 60 años, al no percibirse ya como “objetos de deseo sexual”, consideraban con más fuerza la posibilidad de ser asesinadas.

Por el contrario, Acierno *et al.* (2002) encontraron que una agresión sexual predecía únicamente el componente de evitación del TEPT en mujeres mayores de 55 años mientras que en las mujeres jóvenes predecía tanto la depresión como el TEPT.

Por otra parte, el trabajo de Ullman y Filipas (2001) relacionó un elevado nivel educativo con bajos niveles de TEPT, pero no sucedió así con la edad ni con el estado

civil. Un bajo nivel educativo también fue relacionado con mayor probabilidad de sufrir TEPT en el estudio de Ullman y Brecklin (2002a).

Por lo que se refiere a otras variables como el estatus socioeconómico y el empleo, las mujeres desempleadas y con problemas económicos tienen un mayor nivel de sintomatología (Atkeson *et al.*, 1982; Esbec y Fernández-Sastrón, 2000; Feehan, Nada-Raja, Martin, Langley, 2001).

Sin embargo, en otro estudio se encontró que las variables empleo, estatus socioeconómico y nivel de educación no fueron significativos a la hora de predecir resultados en cuanto a un peor ajuste (Byrne, Resnick, Kilpatrick, Best, y Saunders, 1999; Campbell *et al.*, 1999).

Con respecto a la raza, no hay estudios concluyentes, sin embargo, en el estudio de Ullman y Filipas (2001) se relacionó a las minorías étnicas con un bajo apoyo social, y éste a su vez con mayores niveles de TEPT.

3.2.2. Factores personales

Este grupo de variables parece tener un peso mayor que las demográficas para predecir la reacción y recuperación de la víctima tras la violación (Echeburúa *et al.*, 1995) y predicen un peor ajuste que las características de la agresión (Koss, Figueredo y Prince, 2002).

3.2.2.1. *Trastornos psicológicos previos e historia psicopatológica familiar.*

Los trastornos psicopatológicos previos y los problemas de salud tienden a ensombrecer la recuperación tras la agresión y pueden ser mayores predictores de depresión que la intensidad del trauma (Atkeson *et al.*, 1982; Echeburúa, 2003; Frazier, 1991).

En concreto, en el trabajo de Atkeson *et al.* (1982), encontraron una asociación entre la historia de problemas psiquiátricos previos (en particular trastornos de ansiedad, obsesivo compulsivo y depresión) y una puntuación alta de los síntomas depresivos a los 4, 8 y 12 meses de la agresión sexual. Además, la existencia de problemas en la relación sexual anterior y en la salud física puede afectar adversamente a la duración y severidad de los síntomas.

En algunas personas, un desequilibrio emocional preexistente (depresión, problemas de ansiedad, autoestima baja), un estado de salud precario o una inadaptación a la vida cotidiana agravan el impacto psicológico de la conducta violenta (Campbell *et al.*, 2009; Echeburúa y Corral, 2006; Echeburúa y Redondo, 2010; Galiana y De Marianas, 1996; Gidycz y Koss, 1991; Kleim, Ehlers y Glucksman, 2007; López, 2012; Stein, 1995).

Un estado de mayor fragilidad, inmadurez o vulnerabilidad psicológica, puede hacer que surjan con mayor facilidad lesiones psíquicas, o que éstas tengan una evolución más larga hasta consolidarse la secuela (Carrasco y Maza, 2005).

Se incluyen en la categoría de un peor ajuste previo que dificulta la recuperación, otras variables como la inestabilidad emocional y puntuaciones altas en neuroticismo, bajo nivel de inteligencia y el locus de control externo (apreciación de ausencia de relación entre sus acciones y los acontecimientos externos) (Esbec y Fernández-Sastrón, 2000).

Bryant y Guthrie (2007) mostraron en su estudio que las valoraciones negativas sobre uno mismo previas al trauma son un factor de vulnerabilidad para el TEPT.

En otros estudios, los problemas psicológicos previos y la existencia de psicopatología en la familia de origen fueron variables significativas a la hora de predecir una mayor sintomatología (Brewin *et al.*, 2000; Kessler *et al.*, 1995; Molnar, 2001; Ozer, Weiss, Best y Lipsey, 2008).

En el meta-análisis realizado por Ozer *et al.* (2008) el problema psicológico previo más fuertemente relacionado con el trastorno de estrés postraumático tras la agresión fue la depresión, consistente con otras investigaciones (Acierno, Resnick, Kilpatrick, Saunders y Best, 1999).

Asimismo, en el estudio de Kessler *et al.* (1995) encontraron que aquellos que había sufrido un trastorno de ansiedad previo al trauma tenían el doble de posibilidades de desarrollar un TEPT.

Kleim *et al.* (2007) analizaron los principales predictores de TEPT descritos en estudios anteriores para comprobar su poder predictivo sobre el TEPT crónico y hallaron que las tres mejores variables predictoras fueron los problemas psicológicos previos (como ansiedad y depresión), además de la rendición mental y las rumiaciones tras el trauma.

Otra variable a tener en cuenta es la sensibilidad a la ansiedad, descrita por Reiss en 1980, que hace referencia a creencias sobre consecuencias peligrosas personales de experimentar ansiedad. Este autor define este concepto como una variable de vulnerabilidad para los trastornos de ansiedad (cit. en Sandín, 1995).

Marshall, Miles y Stewart (2010) encontraron en su estudio que la sensibilidad a la ansiedad, frecuentemente relacionada con el trastorno de pánico, predecía la severidad futura del TEPT, incluso después del ajuste inicial de los síntomas. Los resultados también sugieren que esta relación es bidireccional, es decir, que los síntomas del TEPT influyen incrementando la sensibilidad a la ansiedad. Esta reciprocidad indica la existencia de dos fenómenos que actúan en un ciclo de forma insidiosa: la sensibilidad a la ansiedad aumenta la gravedad de los síntomas del TEPT, que a su vez incrementan ésta y de nuevo influye en la gravedad del TEPT. La sensibilidad a la ansiedad no es equiparable a la ansiedad rasgo, y según los autores es de naturaleza maleable.

3.2.2.2. *Trauma previo.*

Una de las variables, dentro del grupo de variables personales que más peso tiene en el desarrollo de sintomatología tras una agresión es la existencia de un trauma previo,

ya sea abuso en la infancia (Andrews, Brewin, Rose y Kirk, 2000; Brewin *et al.*, 2000; Echeburúa y Redondo, 2010; Hembree, Street, Riggs y Foa, 2004; Mackey *et al.*, 1991; Miner, Klotz-Flitter y Robinson, 2006; Najdowski y Ullman, 2009a; Ullman, 1997; Ullman y Brecklin, 2002a, 2002b; Ullman y Najdowski, 2009b; Ullman *et al.*, 2009; Testa, VanZile-Tamsen y Livingston, 2007), trauma en la etapa adulta (Ozer *et al.*, 2008) o la existencia de acumulación de violencia previa sin diferenciar el momento (Campbell *et al.*, 2009; Campbell, Greeson, Bybee y Raja, 2008; Echeburúa y Redondo, 2010; Follette, Polusny, Bechtle y Naugle, 1996; Frazier, 1991; Galiana y De Marianas, 1996; Harb, 2006; Hedtke *et al.*, 2008; Jozkowski y Sanders, 2012; Koss *et al.*, 2002; Littleton, Grills-Taquechel, Axsom, Bye y Buck, 2012; Najdowski y Ullman, 2009b; Nishith, Mechanic y Resick, 2000; Ruch, Amedeo, Leon y Gartrell, 1991; Ullman, Filipas *et al.*, 2007; Ullman y Najdowski, 2009b).

Cheasty y cols. (2002) encontraron que el abuso sexual infantil era un predictor de la depresión en mujeres víctimas de una agresión sexual en la etapa adulta. En la misma dirección, Sorenson y Golding (1990), encontraron que las mujeres que habían sido victimizadas repetidamente corren un mayor riesgo de padecer depresión (cit. en Marshall, 2001); y Ullman y Brecklin (2002a, 2002b) encontraron que las mujeres que habían sufrido abuso sexual en la infancia además de la agresión sexual tenían una mayor probabilidad de sufrir TEPT, abuso de sustancias e intentos de suicidio.

En un estudio similar, Campbell y Soeken (1999) evaluaron a un grupo de mujeres que habían sufrido agresiones sexuales dentro del matrimonio y encontraron que el hecho de haber sufrido a lo largo de su vida otras situaciones traumáticas como abuso sexual infantil u otras agresiones sexuales en su vida adulta se asociaba a elevados niveles de depresión y baja autoestima.

Cuando existe exposición a violencia previa, las víctimas suelen atribuir las causas de la agresión a características propias, mantienen creencias desadaptativas y niveles altos de trastorno de estrés postraumático mucho más que aquellas víctimas que no estuvieron expuestas a violencia anteriormente (Koss *et al.*, 2002).

En otros estudios la existencia de violencia previa como factor predictor de mayor sintomatología está limitado a las agresiones sexuales cometidas dentro de la pareja, diferenciándolo así de las agresiones cometidas por conocidos del entorno (Testa *et al.*, 2007).

Otras investigaciones se centran en el efecto de la acumulación de la violencia más que el efecto de sucesos en sí mismos como un abuso en la infancia. Nishith y cols. (2000) encontraron que el abuso sexual y físico en la infancia por sí mismos no tenían un valor predictor sobre la gravedad del trastorno de estrés postraumático desarrollado a partir de una violación. En cambio, el abuso sexual en la infancia sí tenía un valor significativo sobre la exposición a violencia en la etapa adulta, la cual, a su vez, predecía de forma significativa una mayor gravedad de sintomatología.

Estos autores aportan posibles explicaciones a la influencia del abuso sexual en la infancia sobre la victimización adulta. Por un lado, los supervivientes de abuso sexual en la infancia podrían tener esquemas interpersonales disfuncionales que afectan a la

percepción de seguridad, realizando valoraciones de riesgo en situaciones interpersonales. Por otro lado, la sintomatología sin resolver como ansiedad, depresión, trastorno disociativo o consumo de alcohol y drogas pueden interferir con la valoración cognitiva de riesgo en situaciones potencialmente vulnerables o disminuir la capacidad para resistirse o defenderse a sí mismas en esas situaciones (Nishith *et al.*, 2000).

Desde una perspectiva teórica, el modelo de diátesis-estrés ofrece una explicación sobre la acumulación de violencia. Conforme aumenta el malestar por la acumulación de estresores, la severidad del estresor necesaria para desarrollar un trastorno de estrés postraumático disminuye. Esta teoría es consistente con la investigación de Hedtke *et al.* (2008) en la que comparan el efecto de cada tipo de violencia por separado (física, sexual y ser testigo), conjuntamente por parejas y los tres tipos juntos. Los resultados apoyaron la idea de la acumulación de violencia, ya que fue más predictivo de severidad del trastorno de estrés postraumático y depresión cuando se daban conjuntamente violencia física y sexual y mucho más cuando se daban los tres tipos de violencia. Estos efectos se mantuvieron en el tiempo a lo largo de dos años de evaluación. Estos resultados también fueron consistentes con el estudio de Pico-Alfonso y cols. (2006).

Asimismo, también se ha relacionado el abuso sexual infantil y la acumulación de eventos traumáticos con mayores tasas de intentos de suicidio en víctimas de agresión sexual (Ullman y Najdowski, 2009b).

Campbell y cols. (2008), examinaron el efecto de la acumulación de violencia. En su estudio dividieron en cuatro grupos a la muestra: aquellas mujeres que habían sufrido elevadas tasas de abuso sexual infantil, agresiones sexuales en la etapa adulta, violencia por parte de la pareja y acoso sexual; otro grupo con aquellas mujeres que habían sufrido pequeñas tasas de los cuatro tipos de violencia; y otros dos grupos en los que se mezclaban bajas tasas de algún tipo de violencia con elevadas tasas de otro tipo de violencia. Los resultados indicaron que el haber sufrido elevadas tasas de los cuatro tipos de violencia se asociaba con mayores niveles de TEPT que el resto de los grupos de manera significativa.

Otros autores que apoyan la hipótesis del efecto negativo de la acumulación de violencia sobre el ajuste psicológico son Littleton *et al.* (2012). Estos autores encontraron que las víctimas de los disparos en la Universidad de Virginia que además habían sido víctimas de una agresión sexual tenían un peor ajuste psicológico y tasas más elevadas de TEPT y depresión que aquellas que no habían sido víctimas de agresión sexual. Asimismo, encontraron que la falta de apoyo social y las creencias desadaptativas fueron mediadores del efecto de la agresión sexual previa sobre el ajuste psicológico tras los disparos.

3.2.2.3. *Rasgos de personalidad e inteligencia.*

Por último, aunque apenas existen estudios que relacionen los rasgos de personalidad como factor de vulnerabilidad para desarrollar sintomatología en víctimas de agresiones sexuales, sí se ha relacionado con el TEPT (Alonso, 2007; Borja, Callahan y

Rambo, 2009; Enrique, 2004; Frazier, Gavian *et al.*, 2011; Lecic-Tosevski, Gavrilovic, Knezevic y Priebe, 2003; Medina, 2001; Paris, 2002).

En un estudio con víctimas de un ataque aéreo para ver los efectos de algunos rasgos de personalidad, la exposición al acontecimiento traumático y las experiencias estresantes previas sobre el TEPT, se comprobó que las tres variables tenían un efecto predictivo moderado sobre el trastorno, que aumentaba si se tenía en cuenta la interacción. Los rasgos de personalidad que se tuvieron en cuenta fueron los rasgos de personalidad evitativos, que se relacionaron con la evitación del TEPT y los rasgos de personalidad pasivo-agresivos que se relacionaron con la intrusión de imágenes (Lecic-Tosevski *et al.*, 2003).

No obstante, el rasgo de personalidad más relacionado con el TEPT en la investigación ha sido el neuroticismo (Alonso, 2007; Borja *et al.*, 2009; Campbell *et al.*, 2009; Enrique, 2004; Frazier, Gavian *et al.*, 2011; Medina, 2001; Paris, 2002), entendido desde la perspectiva de la teoría de los cinco grandes factores de personalidad, como la tendencia general a experimentar sentimientos negativos tales como miedo, melancolía, vergüenza, ira y culpabilidad. Las personas con un nivel elevado de neuroticismo son propensas a tener ideas irracionales, a ser menos capaces de controlar sus impulsos y a enfrentarse peor que los demás al estrés (Costa y McCrae, 1999).

Borja y cols. (2009) encontraron que el efecto negativo del neuroticismo sobre la salud mental era estadísticamente significativo en los grupos de víctimas de agresiones sexuales y catástrofes naturales.

Asimismo, Cox, MacPheson, Enns y McWilliams (2004), refieren que el neuroticismo (incluyendo rasgos como ansiedad, impulsividad, hostilidad y depresión) se mostraba como predictor de TEPT en mujeres de una muestra nacional representativa de adultos que habían experimentado algún estresor traumático.

En otro estudio se relacionaron los altos niveles de neuroticismo y bajos niveles de extraversión con el desarrollo del TEPT comparando a veteranos de Vietnam con población general. Según el autor, esto se traduce en mayores niveles de ansiedad flojante, escasa capacidad de control de los impulsos, inestabilidad emocional e incapacidad para generar y mantener relaciones sociales estables por parte de los veteranos. En cuanto a los bajos niveles de extraversión, los veteranos se mostraron menos abiertos hacia el mundo, baja participación social y baja autoestima (Enrique, 2004).

La personalidad también se puede relacionar con los estilos de afrontamiento. En el meta-análisis realizado por Connor-Smith y Flachsbart (2007) acerca de la influencia de los rasgos de personalidad sobre las estrategias de afrontamiento, se encontró que el efecto de la personalidad sobre el afrontamiento no era tan elevado como se esperaba. Si se tiene en cuenta los diferentes estresores, este efecto varía, es decir, ante fuertes e inusuales estresores el efecto moderador de la personalidad es mayor que ante estresores cotidianos. Los rasgos de personalidad que más se relacionaron con el afrontamiento fueron el neuroticismo, extraversión y responsabilidad.

Con respecto a la inteligencia, la falta de posibilidades intelectuales de la víctima hace muy difícil la detección y análisis de los pensamientos irracionales relacionados

con la agresión sexual y por tanto dificulta el cambio de dichos pensamientos por otros más adaptativos. Por otro lado, una víctima con un menor grado de inteligencia es más sensible a la presión y opiniones sobre su comportamiento que puedan hacer en su entorno (Galiana y De Marianas, 1996).

3.2.3. Sucesos estresantes

La experimentación de sucesos estresantes en los últimos meses, especialmente en el último año, tales como la muerte de un familiar cercano, puede agravar las reacciones psicológicas experimentadas tras el trauma (Echeburúa, 2003; Echeburúa y Corral, 2006; Echeburúa *et al.*, 1995; Esbec y Fernández-Sastrón, 2000; Galiana y De Marianas, 1996; Lecic-Tosevski *et al.*, 2003; López, 2012; Paris, 2002), ya que la adquisición de habilidades de afrontamiento ante sucesos estresantes está facilitada por estresores y cambios menores (Echeburúa *et al.*, 1995).

Kilpatrick (1992) encontró en su estudio que las víctimas de bajo estrés postraumático tendían a tener menos cambios de vida en el año anterior a la violación que las víctimas de alto estrés postraumático. Los resultados más significativos fueron que un gran número de víctimas en todos los grupos sufrieron un asalto el año previo a la agresión; un gran número de víctimas, fundamentalmente de alto estrés, habían perdido a un miembro cercano de la familia, que no fue el esposo, el año anterior a la agresión; y las mujeres de alto estrés habían tenido una frecuencia muy baja de relaciones íntimas con hombres comparándolas con la de otros grupos.

Tabla 3.1. Resumen de los factores de vulnerabilidad anteriores a la agresión sexual.

Factores 1. Biográficos y demográficos	Estudios	Hallazgos empíricos
	Brewin <i>et al.</i> , 2000; Byrne <i>et al.</i> , 1999; Campbell <i>et al.</i> , 1999; Hanson, 1990; Kilpatrick, 1992; Ullman, Filipas <i>et al.</i> , 2006b, 2007.	No se encuentran diferencias individuales en cuanto a variables demográficas y el grado de estrés.
	Echeburúa, 2003; Echeburúa <i>et al.</i> , 1995; Esbec y Fernández-Sastrón, 2000; Urria, 2007.	Las mujeres adultas y casadas tienen mayores problemas de ajuste psicológico que las solteras, las niñas y las jóvenes.
	Thornhill y Thornhill, 1990a, 1990b, 1990c.	Las víctimas en edad reproductiva y casadas tienen una mayor sintomatología que las mujeres solteras y las que no están en edad reproductiva.
	Kessler <i>et al.</i> , 1995; Roon-Cassini <i>et al.</i> , 2010.	El nivel educativo y la edad son factores que correlacionan de manera negativa con el riesgo de desarrollar un TEPT en cualquier tipo de víctima.
	Masho y Ahmed, 2007.	Las víctimas menores de 18 años tienen un mayor riesgo de padecer TEPT que las víctimas adultas.
	Ullman y Najdowski, 2009b.	Las víctimas más jóvenes y de minorías étnicas tienen un mayor número de intentos de suicidio.
	Ullman y Filipas, 2001.	Un elevado nivel educativo se relaciona con bajos niveles de TEPT pero no hay relación entre el TEPT y la edad o el estado civil.
	Ullman y Brecklin, 2002a.	Un bajo nivel educativo se relaciona con mayor probabilidad de sufrir TEPT.
	Burgess y Holmstrom, 1979, cit. en Soria, 2005.	Las víctimas más jóvenes tienden a mostrar síntomas más elevados, pero de corta duración. Por el contrario, las personas de la tercera edad muestran síntomas menos severos pero de mayor duración.
	López, 2012.	Se refiere dos franjas de edad vulnerables. Con edades avanzadas se produce un deterioro cognitivo que dificulta poner en marcha estrategias de afrontamiento. Y en edades tempranas no se han desarrollado aún estrategias de afrontamiento a nivel cognitivo, social y emocional.
	Galana y De Marianas, 1996.	La variable edad no es especialmente determinante. Sin embargo, se constata que: hasta los 12 años cuanto menor es la edad de la víctima, menor es el impacto producido por la agresión. En el intervalo de 13 a 22 años afecta de manera inversa, a menor edad de la víctima, mayor es la cantidad del impacto. En el intervalo de los 23 a los 45 años no encuentran diferencias significativas respecto al impacto de la agresión, es el intervalo de tiempo en que la víctima es más competente para afrontar el estrés producido por el delito. Por encima de los 46 años se observa que a mayor edad de a víctima, mayor es el estrés sufrido por la violación, acrecentándose por encima de los 60 años.
	Acierno <i>et al.</i> , 2002.	Una agresión sexual predice únicamente el componente de evitación del TEPT en mujeres mayores de 55 años mientras que en las mujeres jóvenes predice tanto la depresión como el TEPT.
	Atkeson <i>et al.</i> , 1982; Esbec y Fernández-Sastrón, 2000; Feehan <i>et al.</i> , 2001.	Las mujeres desempleadas y con problemas económicos tienen un mayor nivel de sintomatología.
	Ullman y Filipas, 2001.	Se ha relacionado las minorías étnicas con un bajo apoyo social, y éste a su vez con mayores niveles de TEPT.

Factores	Estudios	Hallazgos empíricos
<p>2. Personales</p> <p>a) Trastornos psicológicos previos e historia psicopatológica familiar</p>	<p>Atkeson <i>et al.</i>, 1982; Campbell <i>et al.</i>, 2009; Carrasco y Maza, 2005; Echeburúa, 2003; Echeburúa y Corral, 2006; Echeburúa y Redondo, 2010; Esbec y Fernández-Sastrón, 2000; Frazier, 1991; Galana y De Marianas, 1996; Gidycz y Koss, 1991; Kleim <i>et al.</i>, 2007; López, 2012; Stein, 1995.</p> <p>Kleim <i>et al.</i>, 2007.</p> <p>Atkeson <i>et al.</i>, 1982.</p> <p>Acerno <i>et al.</i>, 1999; Ozer <i>et al.</i>, 2008.</p> <p>Kessler <i>et al.</i>, 1995.</p> <p>Marshall <i>et al.</i>, 2010.</p> <p>Bryant y Guthrie, 2007.</p> <p>Brewin <i>et al.</i>, 2000; Kessler <i>et al.</i>, 1995; Molnar, 2001; Ozer <i>et al.</i>, 2008.</p> <p>Andrews <i>et al.</i>, 2000; Brewin <i>et al.</i>, 2000; Echeburúa y Redondo, 2010; Hembree <i>et al.</i>, 2004; Mackey <i>et al.</i>, 1991; Miner <i>et al.</i>, 2006; Najdowski y Ullman, 2009a; Ullman, 1997; Ullman y Brecklin, 2002b, 2002c; Ullman y Najdowski, 2009b; Ullman <i>et al.</i>, 2009; Testa <i>et al.</i>, 2007.</p> <p>Ozer <i>et al.</i>, 2008.</p> <p>Campbell <i>et al.</i>, 2009; Campbell <i>et al.</i>, 2008; Echeburúa y Redondo, 2010; Follette <i>et al.</i>, 1996; Frazier, 1991; Galana y De Marianas, 1996; Harb, 2006; Hedtke <i>et al.</i>, 2008; Jozkowski y Sanders, 2012; Koss <i>et al.</i>, 2002; Littleton <i>et al.</i>, 2012; Najdowski y Ullman, 2009b; Nishith <i>et al.</i>, 2000; Ruch <i>et al.</i>, 1991; Ullman, Filipas <i>et al.</i>, 2007; Ullman y Najdowski, 2009b.</p>	<p>Un desequilibrio emocional preexistente (depresión, problemas de ansiedad, autoestima baja), un estado de salud precario o una inadaptación a la vida cotidiana agravan el impacto psicológico de la conducta violenta.</p> <p>Las tres mejores variables predictoras fueron los problemas psicológicos previos (como ansiedad y depresión), la rendición mental y las ruminaciones tras el trauma.</p> <p>Asociación entre trastornos de ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo y depresión previos con una puntuación alta de los síntomas depresivos a los 4, 8 y 12 meses de la agresión sexual.</p> <p>El problema psicológico previo más fuertemente relacionado con el trastorno de estrés posttraumático tras la agresión fue la depresión.</p> <p>Aquellos que han sufrido un trastorno de ansiedad previo al trauma tienen el doble de posibilidad de desarrollar un TEPT.</p> <p>La sensibilidad a la ansiedad, predice la severidad futura del TEPT.</p> <p>Las valoraciones negativas sobre uno mismo previas al trauma son un factor de vulnerabilidad para el TEPT.</p> <p>Los problemas psicológicos previos y la existencia de psicopatología en la familia de origen son variables significativas a la hora de predecir una mayor sintomatología.</p> <p>El abuso sexual en la infancia se ha relacionado con el desarrollo de sintomatología tras una agresión sexual.</p> <p>El trauma en la etapa adulta también se ha relacionado con una mayor sintomatología.</p> <p>La acumulación de violencia previa sin diferenciar el momento predice un peor ajuste tras la agresión sexual.</p>
<p>b) Trauma previo</p>		

Factores	Estudios	Hallazgos empíricos
b) Trauma previo	<p>Cheasty <i>et al.</i>, 2002.</p> <p>Sorenson y Golding, 1990, cit. en Marshall, 2001.</p> <p>Ullman y Brecklin, 2002a, 2002b.</p> <p>Campbell y Soeken, 1999.</p> <p>Testa <i>et al.</i>, 2007.</p> <p>Nishith <i>et al.</i>, 2000.</p> <p>Hedtke <i>et al.</i>, 2008; Pico-Alfonso <i>et al.</i>, 2006.</p> <p>Ullman y Najdowski, 2009b.</p> <p>Campbell <i>et al.</i>, 2008.</p> <p>Littleton <i>et al.</i>, 2012.</p>	<p>El abuso sexual infantil es un predictor de la depresión en mujeres víctimas de una agresión sexual en la etapa adulta.</p> <p>Las mujeres que han sido victimizadas repetidamente corren un mayor riesgo de padecer depresión.</p> <p>Las mujeres que han sufrido abuso sexual en la infancia además de la agresión sexual tienen una mayor probabilidad de sufrir TEPT, abuso de sustancias e intentos de suicidio.</p> <p>Haber sufrido a lo largo de la vida otras situaciones traumáticas como abuso sexual infantil u otras agresiones sexuales en la vida adulta se asocia a elevados niveles de depresión y baja autoestima.</p> <p>La existencia de violencia previa como factor predictor de mayor sintomatología está limitado a las agresiones sexuales cometidas dentro de la pareja, diferenciándolo así de las agresiones cometidas por conocidos del entorno.</p> <p>El abuso sexual y físico en la infancia por sí mismos no tienen un valor predictor sobre la gravedad del trastorno de estrés posttraumático desarrollado a partir de una violación. En cambio, el abuso sexual en la infancia sí tenía un valor significativo sobre la exposición a violencia en la etapa adulta, la cual, a su vez, precedía de forma significativa una mayor gravedad de sintomatología.</p> <p>Es mayor predictor de severidad del trastorno de estrés posttraumático y depresión, cuando se dan conjuntamente violencia física y sexual y mucho más cuando se dan los tres tipos de violencia (física, sexual y ser testigo).</p> <p>Se ha relacionado el abuso sexual infantil y la acumulación de eventos traumáticos con mayores tasas de intentos de suicidio en víctimas de agresión sexual.</p> <p>Haber sufrido elevadas tasas de distintos tipos de violencia se asocia con mayores niveles de TEPT de manera significativa.</p> <p>Las víctimas de disparos en la Universidad de Virginia que además han sido víctimas de una agresión sexual tienen un peor ajuste psicológico y tasas más elevadas de TEPT y depresión que aquellas que no han sido víctimas de agresión sexual. La falta de apoyo social y las creencias desadaptativas son mediadores del efecto de la agresión sexual previa sobre el ajuste psicológico tras los disparos.</p>
c) Rasgos de personalidad e inteligencia	<p>Alonso, 2007; Borja <i>et al.</i>, 2009; Enrique, 2004; Frazier, Gavian <i>et al.</i>, 2011; Lecic-Tosevski <i>et al.</i>, 2003; Medina, 2001; Paris, 2002.</p> <p>Alonso, 2007; Borja <i>et al.</i>, 2009; Campbell <i>et al.</i>, 2009; Enrique, 2004; Frazier, Gavian <i>et al.</i>, 2011; Medina, 2001; Paris, 2002.</p> <p>Borja <i>et al.</i>, 2009.</p>	<p>Los rasgos de personalidad se describen como factor de vulnerabilidad del TEPT en distintos tipos de traumas.</p> <p>El rasgo de personalidad más relacionado con el TEPT en la investigación ha sido el neuroticismo.</p> <p>El efecto negativo del neuroticismo sobre la salud mental es estadísticamente significativo en los grupos de víctimas de agresiones sexuales y catástrofes naturales.</p>

Factores	Estudios	Hallazgos empíricos
c) Rasgos de personalidad e inteligencia	Cox <i>et al.</i> , 2004. Connor-Smith y Flachsbart, 2007. Galiana y De Marianas, 1996.	El neuroticismo se muestra como predictor de TEPT en mujeres de una muestra nacional representativa de adultos que habían experimentado algún estresor traumático. Los rasgos de personalidad que más se relacionan con el afrontamiento son el neuroticismo, extraversión y responsabilidad. La falta de posibilidades intelectuales de la víctima hace muy difícil la detección y análisis de los pensamientos irracionales relacionados con la agresión sexual y por tanto dificulta el cambio de dichos pensamientos por otros más adaptativos.
3. Sucesos estresantes	Echeburúa, 2003; Echeburúa y Corral, 2006; Echeburúa <i>et al.</i> , 1995; Esbec y Fernández-Sastrón, 2000; Galiana y De Marianas, 1996; Lećic-Josevski <i>et al.</i> , 2003; López, 2012; París, 2002. Kilpatrick, 1992.	La experimentación de sucesos estresantes en los últimos meses, especialmente en el último año, tales como la muerte de un familiar cercano, puede agravar las reacciones psicológicas experimentadas tras el trauma. Las víctimas de bajo estrés posttraumático tienden a tener menos cambios de vida en el año anterior a la violación que las víctimas de alto estrés posttraumático.

3.3. FACTORES DE VULNERABILIDAD QUE INTERVIENEN DURANTE LA AGRESIÓN SEXUAL

Los factores que intervienen durante la agresión se dividen fundamentalmente en dos grandes grupos, aquellos referidos a la víctima: la amenaza de vida percibida y su procesamiento cognitivo en el momento de la violación y aquellos que forman las características propias de la agresión sexual como la severidad del asalto y la relación entre el agresor y la víctima, principalmente.

3.3.1. Variables cognitivas

Los resultados del meta-análisis sugieren que los procesos psicológicos desarrollados durante el trauma son predictores más fuertes que las características previas de la víctima, aunque únicamente predicen un 20% de la sintomatología (Ozer *et al.*, 2008).

Una de las variables cognitivas a tener en cuenta es la amenaza de vida percibida durante la violación. No obstante, a pesar de ser el primer criterio diagnóstico para el trastorno de estrés postraumático, parece ser poco (Ozer *et al.*, 2008) o nada (Hembree *et al.*, 2004) significativo como predictor de sintomatología tras la agresión sexual. Por el contrario, en otros estudios sí se ha relacionado esta variable con mayores niveles de TEPT (Campbell *et al.*, 2009; Starzynski, Ullman, Filipas y Townsend, 2005; Ullman y Filipas, 2001; Ullman, Filipas *et al.*, 2007).

En cuanto al procesamiento cognitivo de la experiencia traumática se pueden tener en cuenta tres características, la disociación, el procesamiento superficial (*data-driven*) y el procesamiento autorreferencial. El concepto de disociación es complejo, incluyendo componentes como una disminución de la conciencia que nos rodea, desrealización, despersonalización y embotamiento emocional. El procesamiento superficial consiste en un procesamiento de impresiones sensoriales y características perceptivas durante el trauma, implicando una pequeña elaboración del contexto y del significado de los elementos. Por último, un procesamiento autorreferencial implica el procesamiento de experiencias con respecto a uno mismo, relacionándolas con otra información autobiográfica. Estas variables se correlacionaron significativamente con una memoria desorganizada en momentos posteriores a la agresión (Halligan, Michael, Clark y Ehlers, 2003).

Tanto la disociación como el procesamiento superficial y la ausencia de procesamiento autorreferencial en el momento del trauma fueron factores predictores de severidad del trastorno de estrés postraumático, por encima de las características de la agresión, pudiéndose considerar factores implicados en su desarrollo (Halligan *et al.*, 2003). Estos resultados fueron consistentes con otras investigaciones (Dunmore, Clark y Ehlers, 1999, 2001; Kumpula, Orcutt, Bardeen y Varkovitzky, 2011).

Así, en el meta-análisis realizado por Ozer *et al.* (2008) el factor predictor más fuertemente relacionado con el desarrollo de sintomatología fue la disociación durante la agresión, seguido de la respuesta emocional emitida, aunque con un efecto más moderado.

De la misma forma, en el estudio de Werner y Griffin (2012), la disociación durante la agresión y la disociación persistente resultaron ser predictores del TEPT tras una agresión sexual.

3.3.2. Características de la agresión

Este grupo de variables es bastante controvertido ya que se encuentran estudios con datos contradictorios.

Por un lado, existen investigaciones en las que no se encuentran significativas las características de la agresión (Arata y Burkhart, 1996; Hanson, 1990; Ullman y Filipas, 2001; Ullman, Filipas *et al.*, 2007; Ullman y Siegel, 1993), tales como severidad del asalto (Campbell *et al.*, 1999; Koss *et al.*, 2002), gravedad de lesiones físicas (Esbec y Fernández-Sastrón, 2000), número de agresores, relación del agresor con la víctima, raza del agresor, uso de fuerza física, uso de armas, magnitud de las heridas de la víctima, lugar de la agresión y tipo de actividad sexual durante la agresión (Kilpatrick, 1992; Riggs, Kilpatrick y Resnick, 1992).

Por otro lado, hay autores que consideran que la severidad de la agresión, entendida como el uso de violencia física, uso de armas, lesiones físicas, localización de la agresión y tipo de actividad sexual realizada, sí supone un factor predictor de la gravedad de la sintomatología presentada (Acierno *et al.*, 1999; Bownes *et al.*, 1991; Brewin *et al.*, 2000; Carrasco y Maza, 2005; Cascardi, Riggs, Hearst-Ikeda y Foa, 1996; Darves-Bornoz *et al.*, 1998; Echeburúa y Corral, 2006; Echeburúa *et al.*, 1995; Galiana y De Marianas, 1996; Gidycz y Koss, 1991; Hembree *et al.*, 2004; López, 2012; Norris y Feldman-Summers, 1981; Siegel *et al.*, 1990; Wyatt y Notgrass, 1990). No obstante, estas características podrían no influir en las reacciones de la víctima a corto plazo pero sí en el ajuste psicológico a largo plazo (Echeburúa, 2003).

De acuerdo con Galiana y De Marianas (1996), resultan más impactantes para la víctima aquellas violaciones que añaden lesiones físicas, golpes, empleo de armas, amenazas, frases especialmente vejatorias y amenazas futuras hacia la víctima o sus seres queridos. Aunque estas agresiones son menos frecuentes, provocan elevados niveles de estrés inicial y la permanencia de éste en el tiempo es más prolongada.

Según Echeburúa y Corral (1995, 2006), la consumación del coito, junto con el efecto sumatorio de las lesiones físicas y de la percepción de muerte que ello conlleva, puede ser un potente predictor del desarrollo del TEPT.

Sin embargo, en el estudio de Zinzow, Resnick, McCauley *et al.* (2010) no se relacionaron las características de la agresión con el TEPT. La única característica de la agresión que se relacionó con mayores índices de depresión fue la violencia física.

Asimismo, el riesgo de quedar embarazada o haber contraído una enfermedad de transmisión sexual agrava la ansiedad sufrida. Otro factor que supone un agravamiento de la sintomatología es la doble victimización, por ejemplo, ser agredida sexualmente y robada al mismo tiempo (Echeburúa y Corral, 2006).

Las agresiones sexuales llevadas a cabo en grupo son especialmente traumáticas, ya que se incrementa el grado de humillación, el tiempo de duración de la agresión y el grado de violencia implicado (Echeburúa y Corral, 2006; Galiana y De Marianas, 1996). No obstante, estas agresiones tienen un factor positivo en cuanto que los pensamientos autoinculpatorios suelen ser menores ya que parece más imposible la posibilidad de evitar la agresión y reciben menos mensajes sociales de censura que cuando la violación es cometida por un solo agresor (Galiana y De Marianas, 1996).

El tiempo de duración de la agresión sexual puede ser también otra variable crucial. La alteración psicológica es mayor cuando la víctima se siente a merced del agresor y la conducta violenta es considerablemente larga (superior a una hora), y sobre todo, cuando la violación es reiterada en el tiempo. Esto suele producirse con mayor frecuencia cuando el agresor es conocido o es la pareja (Echeburúa y Corral, 2006; Galiana y De Marianas, 1996, 1997).

La mayoría de las agresiones sexuales tienen una duración inferior a una hora. Por encima de esta duración y en especial por encima de tres horas, se encuentra una elevación del impacto psicológico que aumenta directamente proporcional al tiempo de la agresión. En estos casos el estrés postraumático es más elevado, existen manifestaciones de depresión más marcadas y la vida social de estas víctimas queda mucho más limitada. Asimismo, los pensamientos de culpa de la víctima por no haber sabido encontrar la forma de huir en ese tiempo se disparan sensiblemente (Galiana y De Marianas, 1996).

Especial mención requieren aquellas agresiones que, aun cuando sean de corta duración, se producen de manera reiterada en el tiempo, ya que se agrava considerablemente el impacto de la agresión (Galiana y De Marianas, 1996).

El grado de conocimiento del agresor sí aparece en numerosos estudios como un factor que influya en la severidad de la sintomatología tras una agresión sexual, aunque existen datos contradictorios (DeMaris y Kaukinen, 2005; Echeburúa y Corral, 2006; Echeburúa *et al.*, 1995; Ellis *et al.*, 1981; Feehan *et al.*, 2001; Galiana y De Marianas, 1996, 1997; Gutner, Rizvi, Monson y Resick, 2006; Matsushita-Arao, 1996; Ruch *et al.*, 1991; Temple, Weston, Rodríguez y Marshall, 2007; Thornhill y Thornhill, 1990b; Ullman *et al.*, 2006b; Urra, 2007).

Cuando el agresor es desconocido, la reacción más habitual es el trastorno de estrés postraumático. La sensación de angustia y el miedo a morir contribuyen a un elevado nivel de ansiedad y al desarrollo de conductas de evitación (Echeburúa y Corral, 2006).

Cuando el agresor es conocido puede verse dañada la confianza en los demás, aumentan los sentimientos de culpa y desarrollan cogniciones negativas que dificultan la recuperación. Además, en este caso la víctima está expuesta a una censura social mayor que cuando la agresión es cometida por un desconocido (Echeburúa y Corral, 2006; Echeburúa *et al.*, 1995; Urra, 2007).

Cuando el agresor es una persona muy allegada, las reacciones de ansiedad y de sobresalto son las más habituales. La víctima se siente vulnerable, indefensa e impotente para salir de una situación, que es posible que pueda volver a repetirse (Echeburúa y Corral, 2006).

En el estudio descriptivo realizado por Galiana y De Marianas (1997) se encontró que la gravedad de los diferentes efectos psicológicos era mayor cuando el agresor mantenía una relación familiar con la víctima, seguido por un agresor conocido o cuando existía una relación laboral. Los efectos psicológicos eran menores cuando el agresor era desconocido para la víctima.

En el estudio de Thornhill y Thornhill (1990b, 1990c), por el contrario, se encontró que las agresiones producidas por un extraño generaban mayor trauma psicológico y las cometidas por un familiar, menor trauma.

Temple *et al.* (2007) hallaron en su estudio que el haber sufrido una agresión sexual por parte de la pareja era un fuerte predictor de TEPT, estrés y disociación, mientras que la agresión sufrida fuera de la pareja se relacionaba con el TEPT pero en menor medida.

En el estudio de Feehan *et al.* (2001) también se halló que la agresión por parte de la pareja se relacionaba significativamente con un peor ajuste psicológico.

Ullman *et al.* (2006b), refieren en su estudio que las agresiones producidas por un agresor desconocido o familiar se asocian con una mayor presencia de síntomas de TEPT que cuando el agresor es conocido. Estos datos coinciden con otras investigaciones (Gutner *et al.*, 2006).

Por el contrario, en la investigación de DeMaris y Kaukinen (2005), se encontró que cuando el agresor era conocido la víctima mostraba mayores tasas de depresión tras una agresión sexual.

En el trabajo de Hembree *et al.* (2004), no se encontró significativo el hecho de que el agresor fuera conocido pero sí demostraba una fuerte tendencia a asociarse con una mayor gravedad de sintomatología.

Según otros autores, la relación entre la víctima y el agresor puede actuar como variable moderadora entre el miedo percibido durante la agresión y el TEPT. En su estudio, elevados niveles de miedo durante la agresión predecían una elevada severidad de TEPT sólo en los casos en los que el agresor era la pareja (Feinstein, Humphreys, Bovin, Marx y Resick, 2011).

Finalmente, existen algunas circunstancias específicas de la agresión que se han relacionado con el aumento de los pensamientos de culpa y con una mayor sintomatología. Estas circunstancias pueden ser que el suceso ocurriera en una hora tardía, la aceptación de la compañía del agresor, haber consumido alcohol u otras drogas que disminuyeran o anularan sus capacidades volitivas y cognitivas, la ausencia de capacidad de resistencia o enfrentamiento en los casos en que no había un arma o la denuncia tardía (Galiana y De Marianas, 1996).

En el estudio de Littleton, Grills-Taquechel y Axsom (2009), se relacionó las víctimas que habían sido incapacitadas como resultado del consumo de alcohol con mayores sentimientos de culpa. Sin embargo, no había diferencias, en cuanto a la sintomatología general, con las víctimas de agresiones más violentas sin el uso de alcohol. Los autores explican que los resultados pueden deberse a que en las agresiones bajo los

efectos del alcohol las víctimas desarrollan mayores sentimientos de culpa que pueden incrementar la sintomatología general equiparándola a la manifestada en agresiones más violentas sin el empleo del alcohol.

En otro estudio, las agresiones sexuales con la implicación de la fuerza física se asociaron tanto al TEPT como a la depresión, mientras que los abusos sexuales con la implicación de alcohol o drogas se asociaron solo al TEPT. Los autores sugieren que puede deberse a que las agresiones sexuales están asociadas a factores como el empleo de la violencia física o la denominación del suceso como violación (Zinzow, Resnick, Amstadter *et al.*, 2010).

Sin embargo, en el trabajo de Zinzow, Resnick *et al.* (2011), tanto las agresiones sexuales con violencia así como los abusos sexuales con implicación de drogas o alcohol fueron relacionados con el TEPT, la depresión y el abuso de sustancias. Las víctimas de abusos sexuales mostraron una mayor prevalencia de abuso de sustancias en comparación con las víctimas de agresiones sexuales.

Tabla 3.2. Resumen de los factores de vulnerabilidad que intervienen durante la agresión sexual.

Factores	Estudios	Hallazgos empíricos
1. Variables cognitivas	Ozer <i>et al.</i> , 2008.	Los procesos psicológicos desarrollados durante el trauma son predictores más fuertes que las características previas de la víctima, aunque únicamente predicen un 20% de la sintomatología.
	Hembree <i>et al.</i> , 2004 ; Ozer <i>et al.</i> , 2008.	La amenaza de vida percibida parece ser poco o nada significativa como predictora de sintomatología tras la agresión sexual.
	Campbell <i>et al.</i> , 2009; Starzynski <i>et al.</i> , 2005; Ullman y Filipas, 2001; Ullman, Filipas <i>et al.</i> , 2007.	La amenaza de vida percibida se ha relacionado con mayores niveles de TEPT.
	Dunmore <i>et al.</i> , 1999, 2001; Kumpula <i>et al.</i> , 2011.	Tanto la disociación como el procesamiento superficial y la ausencia de procesamiento autorreferencial en el momento del trauma, fueron factores predictores de severidad del TEPT por encima de las características de la agresión.
	Ozer <i>et al.</i> , 2008.	El factor predictor más fuertemente relacionado con el desarrollo de sintomatología es la disociación durante la agresión, seguido de la respuesta emocional emitida, aunque con un efecto más moderado.
	Werner y Griffin, 2012.	La disociación durante la agresión y la disociación persistente resultaron ser predictores del TEPT tras una agresión sexual.
2. Características de la agresión	Arata y Burkhart, 1996; Hanson, 1990; Ullman y Filipas, 2001; Ullman, Filipas <i>et al.</i> , 2007; Ullman y Siegel, 1993.	No se encuentran significativas las características de la agresión.
	Campbell <i>et al.</i> , 1999; Koss <i>et al.</i> , 2002.	No se encuentra significativa la severidad del asalto.

Factores	Estudios	Hallazgos empíricos
2. Características de la agresión	Esbec y Fernández-Sastrón, 2000.	No se encuentra significativa la gravedad de las lesiones físicas .
	Kilpatrick, 1992; Riggs, Kilpatrick <i>et al.</i> , 1992.	No se encuentran significativas las siguientes variables: número de agresores, relación del agresor con la víctima, raza del agresor, uso de fuerza física, uso de armas, magnitud de las heridas de la víctima, lugar de la agresión y tipo de actividad sexual durante la agresión.
	Acierno <i>et al.</i> , 1999; Bownes <i>et al.</i> , 1991; Brewin <i>et al.</i> , 2000; Carrasco y Maza, 2005; Cascardi <i>et al.</i> , 1996; Darves-Bornoz <i>et al.</i> , 1998; Echeburúa y Corral, 2006; Echeburúa <i>et al.</i> , 1995; Galiana y De Marianas, 1996; Gidycz y Koss, 1991; Hembree <i>et al.</i> , 2004; López, 2012; Norris y Feldman-Summers, 1981; Siegel <i>et al.</i> , 1990; Wyatt y Notgrass, 1990.	La severidad de la agresión, entendida como el uso de violencia física, uso de armas, lesiones físicas, localización de la agresión y tipo de actividad sexual realizada, sí supone un factor predictor de la gravedad de la sintomatología presentada.
	Echeburúa, 2003.	Estas características podrían no influir en las reacciones de la víctima a corto plazo pero sí en el ajuste psicológico a largo plazo.
	Galiana y De Marianas, 1996.	Aunque las agresiones que emplean la violencia física o armas son menos frecuentes, provocan elevados niveles de estrés inicial y la permanencia de éste en el tiempo es más prolongada.
	Echeburúa y Corral, 1995, 2006.	La consumación del coito, junto con el efecto sumatorio de las lesiones físicas y de la percepción de muerte que ello conlleva, puede ser un potente predictor del desarrollo del TEPT.
	Zinzow, Resnick, McCauley <i>et al.</i> , 2010.	La única característica de la agresión que se relaciona con mayores índices de depresión fue la violencia física.
	Echeburúa y Corral, 2006.	El riesgo de quedar embarazada o de contraer una enfermedad de transmisión sexual y la doble victimización, por ejemplo, ser agredida sexualmente y robada al mismo tiempo, agrava la ansiedad sufrida.
	Echeburúa y Corral, 2006; Galiana y De Marianas, 1996.	Las agresiones sexuales llevadas a cabo en grupo son especialmente traumáticas, ya que se incrementa el grado de humillación, el tiempo de duración de la agresión y el grado de violencia implicado.
	Galiana y De Marianas, 1996.	Las agresiones sexuales en grupo tienen un factor positivo en cuanto que los pensamientos autoinculpatorios suelen ser menores y reciben menos mensajes sociales de censura.
	Echeburúa y Corral, 2006; Galiana y De Marianas, 1996, 1997.	La alteración psicológica es mayor cuando la conducta violenta es considerablemente larga (superior a una hora), y sobre todo, cuando la violación es reiterada en el tiempo.
Galiana y De Marianas, 1996.	Cuando las agresiones que, aun siendo de corta duración, se producen de manera reiterada en el tiempo, se agrava considerablemente el impacto de la agresión.	

Factores	Estudios	Hallazgos empíricos
2. Características de la agresión	DeMaris y Kaukinen, 2005; Echeburúa y Corral, 2006; Echeburúa <i>et al.</i> , 1995; Ellis <i>et al.</i> , 1981; Feehan <i>et al.</i> , 2001; Galiana y De Marianas, 1996, 1997; Gutner <i>et al.</i> , 2006; Matsushita-Arao, 1996; Ruch <i>et al.</i> , 1991; Temple <i>et al.</i> , 2007; Thornhill y Thornhill, 1990b; Ullman <i>et al.</i> , 2006b; Urra, 2007.	El grado de conocimiento del agresor sí aparece como un factor que influya en la severidad de la sintomatología tras una agresión sexual.
	Hembree <i>et al.</i> , 2004.	No se encuentra significativo el hecho de que el agresor sea conocido pero sí demuestra una fuerte tendencia a asociarse con una mayor gravedad de sintomatología.
	Galiana y De Marianas, 1997.	La gravedad de la sintomatología es mayor cuando el agresor mantiene una relación familiar con la víctima, seguido por un agresor conocido o cuando existe una relación laboral. Los efectos psicológicos son menores cuando el agresor es desconocido.
	Thornhill y Thornhill, 1990b, 1990c.	Las agresiones producidas por un extraño generan mayor trauma psicológico y las cometidas por un familiar, menor trauma.
	Temple <i>et al.</i> , 2007.	Haber sufrido una agresión sexual por parte de la pareja es un fuerte predictor de TEPT, estrés y disociación, mientras que la agresión sufrida fuera de la pareja se relaciona con el TEPT pero menos.
	Feehan <i>et al.</i> , 2001.	La agresión por parte de la pareja se relaciona significativamente con un peor ajuste psicológico.
	Gutner <i>et al.</i> , 2006; Ullman <i>et al.</i> , 2006b.	Las agresiones producidas por un agresor desconocido o familiar se asocian con una mayor presencia de síntomas de TEPT que cuando el agresor es conocido.
	DeMaris y Kaukinen, 2005.	Cuando el agresor es conocido la víctima muestra mayores tasas de depresión tras una agresión sexual.
	Feinstein <i>et al.</i> , 2011.	La relación entre la víctima y el agresor puede actuar como variable moderadora entre el miedo percibido durante la agresión y el TEPT. Elevados niveles de miedo durante la agresión predicen una elevada severidad de TEPT sólo en los casos en los que el agresor es la pareja.
	Galiana y De Marianas, 1996.	Algunas circunstancias específicas como una hora tardía, la aceptación de la compañía del agresor, haber consumido alcohol u otras drogas que disminuyeran o anulaban las capacidades volitivas y cognitivas, la ausencia de capacidad de resistencia o enfrentamiento en los casos en que no había un arma o la denuncia tardía, se han relacionado con el aumento de los pensamientos de culpa y con una mayor sintomatología.

Factores	Estudios	Hallazgos empíricos
2. Características de la agresión	Littleton <i>et al.</i> , 2009.	Se relaciona las víctimas que han sido incapacitadas como resultado del consumo de alcohol con mayores sentimientos de culpa. Sin embargo, no hay diferencias en cuanto a la sintomatología general con las víctimas de agresiones más violentas sin el uso de alcohol.
	Zinzow, Resnick, Amstadter <i>et al.</i> , 2010.	Las agresiones sexuales con la implicación de la fuerza física se asocian tanto al TEPT como a la depresión, mientras que los abusos sexuales con la implicación de alcohol o drogas se asocian solo al TEPT.
	Zinzow, Resnick <i>et al.</i> , 2011.	Tanto las agresiones sexuales con violencia así como los abusos sexuales con implicación de drogas o alcohol son relacionados con el TEPT, la depresión y el abuso de sustancias. Las víctimas de abusos sexuales muestran una mayor prevalencia de abuso de sustancias en comparación con las víctimas de agresiones sexuales.

3.4. FACTORES DE VULNERABILIDAD POSTERIORES A LA AGRESIÓN SEXUAL

Son numerosos los factores que influyen sobre la severidad de la sintomatología y el proceso de recuperación una vez ocurrida la agresión sexual. Se pueden clasificar en las siguientes categorías, la reacción cognitiva y emocional de la víctima tras la agresión, las estrategias de afrontamiento empleadas, el apoyo social recibido y cabe también mencionar en este apartado la victimización secundaria.

Algunos autores sugieren que los factores posteriores a la agresión son mejores predictores de la sintomatología que los anteriores a la agresión (Frazier, Gavian *et al.*, 2011; Ullman, Filipas *et al.*, 2007).

3.4.1. Reacción emocional y cognitiva de la víctima

La reacción de la víctima con el paso del tiempo no sigue siempre el mismo proceso. La intensidad inicial de los síntomas a los pocos días de la agresión permite predecir la gravedad del problema a largo plazo (Echeburúa, 1992, 2003, 2004; Echeburúa y Corral, 1995; Kilpatrick, 1992; Urra, 2007). Es decir, cuanto más intensa sea la reacción psicológica de la víctima en los primeros momentos tras la agresión, mayor es la probabilidad de que la sintomatología sea más resistente y se cronifique. Por lo tanto, la incorporación temprana a la vida cotidiana, retomando hábitos y costumbres laborales y sociales permiten predecir una pronta recuperación (Echeburúa, 2004).

3.4.1.1. *Emociones/Sentimientos*

Los sentimientos de suciedad se han relacionado con el TEPT tras una agresión sexual (Fairbrother y Rachman, 2004). En el estudio de Olatunji, Elwood, Williams y Lohr (2008), se encontró que esta relación estaba mediada por las creencias desadaptativas que generaban los sentimientos de suciedad en la mujer.

La vergüenza y la rabia son dos de las emociones más frecuentes vividas por las víctimas tras la agresión sexual. En una investigación se ha encontrado una fuerte relación entre la vergüenza y la rabia contra uno mismo. La vergüenza se relacionaba fundamentalmente con el no haberse podido defender del agresor y con la sensación de humillación porque los demás sepan lo ocurrido, ya sea por ser testigos o por tener señales físicas. Tanto la vergüenza como la rabia se correlacionaron con los síntomas de estrés postraumático. La rabia únicamente se correlacionaba con la sintomatología en los momentos iniciales de la evaluación por lo que parece asociado a los síntomas tempranos del trastorno de estrés postraumático. En cambio, la vergüenza parece influir a lo largo del tiempo en el curso del trastorno (Andrews *et al.*, 2000).

Numerosos autores relacionan la rabia con el trastorno de estrés postraumático (Lancaster, Melka y Rodríguez, 2011; Orth y Wieland, 2006; Riggs, Dancu, Gershuny, Greenberg y Foa, 1992; Roon-Cassini *et al.*, 2010).

La rabia parece ser un predictor de este trastorno, sin embargo, la dirección de esta relación puede ser la contraria a la descrita por Andrews *et al.* (2000). En otro estudio se obtuvo como resultado un efecto significativo del trastorno de estrés postraumático sobre la rabia pero no a la inversa. Los autores explican que este efecto puede estar mediado por las ruminaciones cognitivas, las cuales pueden ser el mecanismo de mediación por el cual el trastorno de estrés postraumático incrementa la rabia tras un suceso traumático (Orth, Maercker, Cahill y Foa, 2008).

3.4.1.2. *Creencias desadaptativas*

Todo proceso de victimización delictivo implica un cambio en el sistema de creencias de la víctima. Todas las personas poseemos un conjunto de creencias sobre el mundo que nos rodea, sin embargo, el grado de arraigo y la capacidad de cambio de las mismas pueden fluctuar enormemente (Soria, 2002).

Diversos estudios confirman que el delito altera esencialmente tres creencias básicas: la de invulnerabilidad, la percepción del mundo bajo control y la percepción de uno mismo como positivo (Dunlap, 2006; Janoff-Bulman, 1985).

Todo delito afecta a la concepción de invulnerabilidad y control del entorno de la víctima, así ésta se vuelve vulnerable (posibilidad de repetición del suceso) y observa su entorno fuera de todo control personal (efectos de su conducta) y social (efectos de la conducta de los demás como de la policía o la justicia) (Soria, 2002; Soria y Hernández, 1994).

La vulnerabilidad se manifiesta en el temor a la recurrencia del delito y aparece de forma especial en la agresión sexual (Burgess y Holmstrom, 1974). Como consecuencia del cambio de creencias se desarrolla la visión del mundo como un lugar hostil (Janoff-Bulman, 1985).

Las personas operan día a día con la ilusión de invulnerabilidad que generalmente favorece la adaptación, pero en ciertos casos como la agresión sexual, puede dificultar la adaptación al impedir reconocer el delito con sus características y efectos. En concreto, una mayor creencia de invulnerabilidad previa al trauma, predice mayores dificultades de afrontamiento posteriores (Scheppelle y Bart, 1983, cit. en Soria, 2002).

Las personas que realizan valoraciones negativas tras sufrir un trauma tienen mayores tasas de TEPT (Ali, Dunmore, Clark y Ehlers, 2002; Belsher, Ruzek, Bongar y Cordova, 2012; Chivers-Wilson, 2006; Dunlap, 2006; Dunmore, Clark y Ehlers 1997, 1999; Ehlers y Clark, 2000; Fairbrother y Rachman, 2006). Estas creencias desadaptativas desarrolladas a partir del trauma, las cuales se han relacionado en ocasiones con ambos estilos de culpa, predicen peores resultados sobre la salud e influyen directa e indirectamente sobre la sintomatología global (Gidycz y Koss, 1991; Kleim *et al.*, 2012; Koss *et al.*, 2002; Koss y Figueredo, 2004; Meiser-Stedman, Dalgleish, Glucksman, Yule y Smith, 2009).

Los resultados de la investigación de Ali *et al.* (2002) mostraron que las víctimas de una agresión que no habían desarrollado TEPT tenían mayores creencias positivas previas a la agresión que aquellas personas que no la habían sufrido. Las creencias del grupo que había desarrollado TEPT fueron significativamente más negativas que las del grupo que no había desarrollado TEPT y las del grupo que no habían sufrido ninguna agresión. Además del efecto negativo de las creencias desadaptativas en el desarrollo del TEPT, los autores sugieren que las creencias positivas previas pueden ser un factor de protección, minimizando el impacto de la agresión.

En el estudio de Dunlap (2006) el TEPT fue asociado significativamente con las creencias negativas acerca de la agresión sexual. En concreto, esta relación fue más consistente con las creencias sobre uno mismo, antes y después de la agresión. El incremento de las creencias negativas en el grupo de víctimas con TEPT tras la agresión sugiere que el TEPT está relacionado con la confirmación de estas creencias.

Otros autores han investigado acerca de los factores cognitivos asociados al inicio y mantenimiento del TEPT tras una agresión física o sexual. Los factores cognitivos que se relacionaron significativamente tanto con el inicio como con el mantenimiento del TEPT fueron: rendición mental, confusión mental, valoraciones negativas de las secuelas, percepción negativa de los demás y creencias globales negativas (Dunmore *et al.*, 1999).

La valoración negativa de la sintomatología también resultó ser un factor predictor del TEPT en el estudio de Dunmore *et al.* (2001).

En la investigación de Littleton *et al.* (2012) se encontró que las creencias desadaptativas eran un mediador del efecto de la variable victimización sexual previa sobre el ajuste psicológico, principalmente sobre la depresión, tras ser víctimas de disparos. En

concreto, refieren que las mujeres que tienen una historia traumática previa desarrollan menos creencias acerca de la bondad humana, lo que puede incrementar la vulnerabilidad psicológica.

Relacionado con las creencias desadaptativas, se ha estudiado la influencia de aquellos cambios, positivos o negativos, desencadenados a partir de la agresión sexual. Las autoras evaluaron los siguientes: cambios en uno mismo (referidos al aumento de fuerza y madurez), cambios en las relaciones con los demás, cambios en la filosofía de vida o espiritualidad (restablecimiento de prioridades), cambios en la empatía con los demás y cambios en los esquemas o creencias sobre el mundo (como la creencia en un mundo justo). Los cambios positivos en estas áreas fueron relacionados con una menor sintomatología y los cambios negativos fueron relacionados más fuertemente con una mayor sintomatología. A corto plazo, los cambios positivos fueron relacionados con el trastorno de estrés postraumático y depresión y sin embargo a largo plazo únicamente se relacionaron con la depresión. Los cambios negativos fueron relacionados con ambos trastornos (aunque mayoritariamente con la depresión) de forma estable en el tiempo. Las dos áreas más consistentes fueron los cambios en uno mismo y en la filosofía de vida (Frazier, Conlon y Glaser, 2001).

Por otra parte, el procesamiento cognitivo llevado a cabo tras la agresión también se ha relacionado con la sintomatología presentada. Algunos autores describen tres tipos de procesamiento: la asimilación, en el que se alteran las características del trauma para encajarlo con los esquemas existentes, por ejemplo minimizando la gravedad del suceso; la acomodación, en el que se alteran los esquemas existentes; y la sobre-acomodación, en el que se alteran los esquemas existentes apareciendo las creencias desadaptativas. Según estos autores, la respuesta más común era la de sobre-acomodación que se relacionó con mayores niveles de depresión y TEPT. Las víctimas que emplearon el proceso de asimilación presentaron menores niveles de ambos trastornos. Y las víctimas que emplearon la acomodación presentaban niveles similares de depresión a los presentados por el grupo de asimilación pero mayores niveles de TEPT. En este grupo se encontraron creencias negativas acerca del mundo pero no acerca de uno mismo o autoinculpatorias, como sucedía en el grupo de sobre-acomodación (Littleton, 2007; Littleton y Grills-Taquechel, 2011).

De modo similar, los resultados de otro estudio indicaron que la sobre-acomodación fue asociada con el incremento del TEPT, del afrontamiento de evitación y de la culpa, así como de la disminución de la percepción sobre el control de la recuperación. Por otro lado, la asimilación fue asociada con el incremento del afrontamiento de evitación y con la culpa (Varkovitzky, 2012).

3.4.1.3. *Ideas de culpa*

Según Esbec y Fernández-Sastrón (2000) las ideas de culpa pueden ser el principal factor que sostenga la mayoría de la sintomatología derivada de una agresión sexual.

En general, la culpa se ha relacionado negativamente con el trastorno de estrés postraumático, la depresión y un peor ajuste tras la agresión sexual en diferentes

estudios (Arata y Burkhart, 1996; Boeschén, Koss, Figueredo y Coan, 2001; Breitenbecher, 2006; Chivers-Wilson, 2006; Filipas y Ullman, 2006; Frazier, 1991; Hassija, 2011; Janoff-Bulman, 1979; Matsushita-Arao, 1996; Meyer y Taylor, 1986; Najdowski y Ullman, 2009b; Ullman, Filipas *et al.*, 2007; Ullman, Townsend, Filipas y Starzynski, 2007; Walsh y Bruce, 2011; Wyatt y Notgrass, 1990).

Aunque otros han sugerido que las personas que culpan a sus propias acciones sobre la ocurrencia del trauma están mejor adaptadas que las personas que no se sienten responsables, las víctimas de violación rompen con este patrón general. Entre ellas se ha encontrado, en repetidas ocasiones, que la autoinculpación predice una adaptación más pobre y un estrés mayor. De hecho, cuanto más tiempo se emplee en considerar cualquier tipo de causa, autoculpa o externa, se relaciona con mayores niveles de alteraciones psicopatológicas (Abbey, 1987, cit. en Lorente *et al.*, 1998; Meyer y Taylor, 1986).

En el trabajo de Ullman (1997) se analizaron tanto la culpa a uno mismo como la culpa externa. Las mujeres que habían sufrido abuso sexual en la infancia además de la agresión sexual presentaban elevados índices de culpa externa y las mujeres que sólo habían sufrido la agresión sexual presentaban elevadas tasas de ambos tipos de culpa. El incremento de las atribuciones de culpa se relacionó con una peor recuperación en el grupo de mujeres victimizadas en la infancia y en la etapa adulta.

Janoff-Bulman (1979) describe dos tipos de sentimientos de culpa: a) la culpa caracterológica, relacionada con la autoestima y la personalidad, que implica hacer atribuciones hacia recursos personales no modificables y se asocia con una creencia acerca de merecer lo ocurrido por acciones pasadas; y b) la conducta de culpa que se relaciona con el control e implica atribuciones sobre recursos controlables y la propia conducta que se asocia con una creencia acerca de la posibilidad de evitar futuros sucesos desagradables. En un estudio con una muestra de mujeres que sufren depresión frente a otras que no, encuentran que tienen mayores niveles de culpa caracterológica que las no deprimidas mientras que no existe diferencias en ambos grupos en cuanto a la conducta culpa.

En un segundo estudio, con mujeres que habían sufrido una agresión sexual, la conducta de culpa era el tipo de culpa más emergente entre las víctimas, lo que sugería que éstas deseaban mantener una creencia de control, particularmente la creencia de poder evitar una nueva violación y por lo tanto que este tipo de culpa puede ser adaptativo (Janoff-Bulman, 1979).

La mayoría de los autores coinciden en dividir las ideas de culpa en la culpa caracterológica y la conducta de culpa (Arata y Burkhart, 1996; Breitenbecher, 2006; Campbell *et al.*, 2009; Koss *et al.*, 2002; Koss y Figueredo, 2004; Frazier, 2003; Frazier, Mortensen y Steward, 2005; Frazier y Schauben, 1994; Hassija, 2011; Matsushita-Arao, 1996; Meyer y Taylor, 1986; Soria, 2002).

Algunos estudios han encontrado que la culpa caracterológica es más dañina que la conducta de culpa (Breitenbecher, 2006; Koss y Figueredo, 2004), actuando ésta última en algunos casos incluso de forma protectora (Koss *et al.*, 2002); pero otras investigaciones

sugieren que la conducta de culpa también puede ser muy perjudicial (Frazier, 1990, 2003; Frazier *et al.*, 2005; Frazier y Schauben, 1994; Meyer y Taylor, 1986).

En la investigación de Koss *et al.* (2002) se encontró que la culpa caracterológica fue altamente perjudicial para la salud, mientras que la conducta de culpa fue algo protectora. Ambos estilos de culpa correlacionaban con la existencia de creencias desadaptativas.

La culpa caracterológica fue determinante en el nivel inicial de creencias desadaptativas y sintomatología general tras la agresión. A su vez, ésta estaba influida por la exposición previa a violencia y la historia de problemas psicológicos de la víctima. En esta investigación no se confirmaron los resultados anteriores en los que se considera a la conducta de culpa un factor protector (Koss y Figueredo, 2004).

De acuerdo con Koss y Figueredo (2004), Breitenbecher (2006) encontró que la culpa caracterológica se asociaba a un peor ajuste psicológico pero la conducta de culpa no se asoció con un mejor ajuste.

Meyer y Taylor (1986), trataron de replicar el estudio de Janoff-Bulman (1979), coincidiendo en que la culpa aparece de manera significativa en las víctimas de violación y en la diferenciación de ambos tipos de culpa. Sin embargo, estos autores no encuentran un efecto positivo o protector de la conducta de culpa sobre la sintomatología. En este estudio, la conducta de culpa se asoció con una insatisfacción sexual y síntomas depresivos, y la culpa caracterológica se relacionó con elevados niveles de miedo y depresión.

Resultados similares se encontraron en el estudio de Frazier (1990). En este trabajo apenas se encontraron diferencias entre la culpa caracterológica y la conducta de culpa. Por otra parte, a diferencia de la hipótesis de Janoff-Bulman (1979), la conducta de culpa se relacionó con el control pasado de la situación y no sólo con el control o evitación futura de una nueva agresión, por lo que no se podía considerar un factor protector. Finalmente, ambos tipos de culpa se relacionaron con el incremento de la depresión tras la violación.

Frazier y Schauben (1994), encontraron que el control pasado (tanto la culpa caracterológica como la conducta de culpa) se relacionó con un peor ajuste psicológico tras la agresión sexual y el futuro control (la creencia de que una futura agresión era menos probable) se relacionó con una mejor recuperación.

En otro estudio, la culpa caracterológica se asoció positivamente con la severidad de los síntomas del TEPT, de la depresión y ansiedad, mientras que la conducta de culpa solo se asoció con la severidad de la ansiedad. La percepción de un control futuro medió la relación entre la conducta de culpa y la ansiedad y moderó su efecto sobre la depresión y el TEPT (Hassija, 2011).

Sin embargo, Ullman, Townsend *et al.* (2007), encontraron que aunque la culpa se correlacionaba con una mayor sintomatología, cuando se tenía en cuenta el apoyo social, la culpa no se relacionaba de una manera significativa con los síntomas postraumáticos, ya que éstos se explicaban mejor por el apoyo social.

En general, los eventos percibidos como incontrolables producen un peor ajuste psicológico que aquellos que se perciben como controlables. Sin embargo, según Frazier (2003) depende del tipo de control categorizado en función del tiempo. El control percibido se puede dividir en pasado, vicario, presente y futuro. El control pasado se refiere a la conducta autoinculpadora (en esta investigación no se tuvo en cuenta la culpa caracterológica). El control vicario consiste en culpar del suceso a una persona externa, en este caso al agresor. El control sobre el presente hace referencia al control sobre las emociones y el proceso de recuperación. Por último, el control futuro se divide en dos categorías, la creencia de probabilidad futura de nuevas agresiones y la realización de conductas preventivas (control futuro propiamente dicho).

Según esta autora, en otras investigaciones la conducta de culpa podía resultar un factor protector porque se relacionaba con el desarrollo de conductas preventivas pero en su investigación no encontró tal relación y si encontró que la conducta de culpa (pasado control) se relacionaba significativamente con una mayor sintomatología. El presente control fue la forma de control más fuertemente relacionada con un mayor ajuste psicológico y a su vez se relacionó con el futuro control. La creencia en una mayor probabilidad de un nuevo asalto se correlacionó con un peor ajuste. Cuando se consideraron conjuntamente todas las medidas de control se explicó una tercera parte de la varianza de la sintomatología. Otro efecto estudiado fue el cambio a lo largo del tiempo de cada tipo de percepción de control. La conducta de culpa y culpar al agresor disminuían con el paso del tiempo, el control sobre la recuperación y la creencia en futuras agresiones como menos probables aumentaban y el control futuro se mantenía estable en el tiempo (Frazier, 2003).

Estos datos se replicaron en el trabajo de Frazier, Steward y Mortensen (2004), en el que se relacionó el control presente y futuro con un mejor ajuste tras la agresión, es decir, con menores tasas de TEPT, depresión y ansiedad y una mejor satisfacción de vida. El control pasado se asoció a un peor ajuste.

De acuerdo con el estudio de Frazier (2003), Walsh y Bruce (2011) hallaron que el pasado control se relacionó con un peor ajuste psicológico tras la agresión, en concreto, la conducta de culpa se relacionó principalmente con la depresión y culpar al agresor con el TEPT. El control futuro no se relacionó con un mejor ajuste, sin embargo, la creencia de una mayor probabilidad de agresiones futuras se asoció con la depresión y el TEPT. Finalmente, los resultados sugirieron que el control sobre la recuperación (presente) supone un factor de protección contra el TEPT y la depresión tras una agresión sexual.

En el estudio de Ullman, Filipas *et al.* (2007), también apareció el control sobre la recuperación como un factor de protección en víctimas de agresiones sexuales.

En otra investigación, se estudió la relación entre el control pasado (conducta de culpa), el control presente (sobre el proceso de recuperación) y algunas estrategias de afrontamiento como evitación, retirada social, reestructuración cognitiva y expresión emocional. Los resultados fueron consistentes con el estudio de Frazier (2003) en cuanto a la relación significativa de ambos tipos de control con el ajuste global. La conducta de culpa sólo se correlacionó positivamente con las estrategias de afrontamiento

de evitación y retirada social. El control sobre la recuperación se correlacionó con las cuatro estrategias de afrontamiento, negativamente con la evitación y la retirada social y positivamente con la reestructuración cognitiva y la expresión emocional. No obstante, sólo se confirmó la retirada social como mediador parcial entre ambos tipos de control percibido y el ajuste psicológico (Frazier *et al.*, 2005).

De acuerdo con anteriores estudios, Frazier, Keenan *et al.* (2011) encontraron que el control presente se asoció de manera consistente a una menor sintomatología general así como a un menor consumo de alcohol tras la situación traumática. Los autores creen que esto se debe a que el intento de controlar el presente puede ayudar a las personas a desarrollar o mantener un sentido de control cuando no pueden controlar el suceso en el pasado ni prevenirlo en un futuro. Por el contrario, el control pasado y el futuro fueron asociados con una mayor sintomatología. El hecho de que algunas personas se centren en la necesidad de controlar el evento traumático, cuando no se puede cambiar los hechos, así como el tratar de prevenir un suceso poco controlable, no suponen buenas estrategias de ayuda.

Consistente con anteriores investigaciones, Najdowski y Ullman (2009b), hallaron que el control percibido sobre la recuperación (control presente) se relacionaba con menores niveles de TEPT, mientras que la culpa (control pasado) se asociaba a mayores niveles de TEPT.

Para otros autores el control percibido se puede clasificar en específico de la agresión (culpa propia o externa) o global (autoeficacia y locus de control). Las víctimas con altos niveles de autoeficacia y locus de control interno mostraron menores tasas de depresión y trastorno de estrés postraumático, mientras que las atribuciones de causalidad de la violación fueron significativamente asociadas con la depresión pero no con el trastorno de estrés postraumático. Los autores concluyen que el control percibido global fue un mayor predictor de sintomatología que el control específico de la agresión (Regehr, Cadell y Jansen, 1999).

3.4.1.4. *Memoria desorganizada*

Finalmente, otra variable que puede influir de forma significativa sobre la sintomatología de una víctima, es la organización de sus recuerdos tras la agresión. Como se describía anteriormente, la memoria desorganizada se correlacionó con el procesamiento cognitivo llevado a cabo durante la agresión y resultó ser un factor de desarrollo y predictor de severidad del trastorno de estrés postraumático (Halligan *et al.*, 2003).

Basándose en estudios anteriores, se investigó la influencia del sesgo de memoria generalizada asociado a trastornos como la depresión. Las personas con este sesgo tienden a responder con descripciones que resumen varios eventos diferentes, omitiendo los datos específicos. Los resultados de este estudio fueron que una baja especificidad de la memoria del trauma a las dos semanas predecía un trastorno de estrés postraumático crónico y depresión a los seis meses, pero no trastornos de tipo fóbicos. Este sesgo de memoria era mejor predictor que la severidad del asalto, sin embargo,

únicamente predecía un 4-6% de la varianza del trastorno de estrés postraumático y depresión en la fase de seguimiento (Kleim y Ehlers, 2008).

Por otra parte, una baja especificidad de la memoria fue relacionada con las rumiaciones y la percepción de cambio permanente por parte de la víctima, las cuales resultaron mediadores de la relación entre el sesgo de memoria y el trastorno de estrés postraumático y depresión. Los autores explican que esta mediación puede darse debido a que la incapacidad para recuperar memorias específicas de la propia vida puede aumentar el sentido de que uno ha cambiado a peor como persona, lo cual contribuye a mantener ambos trastornos (Kleim y Ehlers, 2008).

En el estudio de Halligan *et al.* (2003) se tuvieron en cuenta otras variables cognitivas además de la memoria desorganizada. Estas variables fueron la disociación persistente (dificultando el recuerdo y el procesamiento del mismo) y la valoración negativa de la sintomatología, fundamentalmente de los recuerdos intrusivos y los déficits de memoria. Ambas variables resultaron factores predictivos del mantenimiento del trastorno de estrés postraumático, siendo la más importante la valoración negativa de la sintomatología seguida de la disociación persistente, por encima de la memoria desorganizada, el procesamiento cognitivo durante el asalto y la severidad de la agresión. Cuando se midieron todas estas características cognitivas conjuntamente explicaban un 71% de la varianza del trastorno de estrés postraumático, mientras que la severidad del asalto por sí misma explicaba un 22%.

3.4.2. Estrategias de afrontamiento

Al igual que la personalidad, los estilos de afrontamiento han sido escasamente estudiados en relación a las agresiones sexuales aunque se han relacionado con el TEPT (Dunmore *et al.*, 2001; Gutner *et al.*, 2006; Rioli y Savicki, 2010; Roon-Cassini, 2010; Walter, Gunstad y Hobfoll, 2010).

Echeburúa y Corral (2006), refieren que el impacto psicológico de una agresión sexual se acentúa cuando los recursos psicológicos de afrontamiento son escasos.

Según Roon-Cassini *et al.* (2010), la eficacia de las estrategias de afrontamiento tras la situación traumática predice una menor probabilidad de cronicidad de los síntomas del TEPT.

Por estrategias de afrontamiento se entiende los esfuerzos cognitivos y conductuales que se desarrollan para manejar las demandas externas o internas que son evaluadas como desbordantes de los recursos de la persona (Lazarus y Folkman, 1986, cit. en Soria, 2005). Ambos esfuerzos pueden ser de aproximación o de evitación (Campbell *et al.*, 2009).

Existen dos tipos de estrategias de afrontamiento básicas, las dirigidas a la emoción y las dirigidas hacia el problema. Se opta por el primer tipo cuando se ha realizado una evaluación cognitiva de imposibilidad de poner en marcha las estrategias dirigidas hacia el problema, es decir, cuando no se pueden modificar las condiciones amenazantes

del entorno. La víctima intenta recuperar su funcionamiento previo a la agresión, tratando de integrar la situación vivida, reelaborando su sistema de creencias personales y del entorno. Cuando lo logra, se puede encontrar una mejora en su capacidad de adaptación al entorno o por el contrario, un proceso de indefensión y vulnerabilidad que precede a la psicopatología (Soria, 2002, 2005).

Los autores Baca, Cabanas y Baca-García (2003) han clasificado algunas estrategias de afrontamiento ante un suceso traumático en función de su influencia en la mayor o menor resistencia al estrés de la víctima. Las estrategias de afrontamiento positivas, y por tanto que incidirían en una menor afectación emocional del suceso, son: aceptación del hecho y resignación; experiencia compartida del dolor y de la pena; reorganización del sistema familiar y de la vida cotidiana; reinterpretación positiva del suceso hasta donde sea posible; establecimiento de nuevas metas y relaciones; búsqueda de apoyo social; e implicación en grupos de autoayuda o en ONG. Por otro lado, las estrategias de afrontamiento negativas ante un suceso traumático son: anclaje en los recuerdos y planteamiento de las preguntas sin respuesta; sentimientos de culpa; emociones negativas de odio o de venganza; aislamiento social; implicación voluntaria en procesos judiciales; consumo excesivo de alcohol o drogas; y abuso de fármacos (cit. en Echeburúa *et al.*, 2006).

Riulli y Savicki (2010) emplearon la escala COPE (Carver, Scheier y Weintraub, 1989) para evaluar los estilos de afrontamiento de los soldados americanos tras la guerra de Iraq. Los resultados no son consistentes con la división tradicional entre estrategias centradas en el problema y estrategias centradas en la emoción, considerándose estas últimas más disfuncionales. Las personas que se encuentran en determinadas situaciones en las que es difícil emplear un afrontamiento activo (centrado en el problema) podrían beneficiarse usando un afrontamiento centrado en las emociones. Estas situaciones son aquellas que no dependen de nuestro control, como en este caso una guerra. Asimismo, encontraron que la búsqueda de apoyo emocional y el humor fueron más fuertemente relacionados con menor sintomatología psicológica, mientras que la negación, la desconexión conductual y el consumo de alcohol y drogas se relacionaron con altos niveles de sintomatología.

Valentiner *et al.* (1996) analizaron la relación de tres estrategias de afrontamiento centradas en la emoción (búsqueda de apoyo, distanciamiento emocional y pensamientos de culpa) con el TEPT presentado por víctimas de agresión sexual. La estrategia de los pensamientos de culpa fue la única que se asoció positivamente a la severidad del TEPT, incluso cuando se controlaban las variables tipo de agresión, niveles iniciales de TEPT y otras estrategias de afrontamiento.

Veronen y Kilpatrick (1987) en su estudio con víctimas de violación, señalan que las estrategias de afrontamiento más efectivas fueron: la reevaluación de haber salvado la vida, el surgimiento de una conciencia del delito dentro de factores socioculturales más amplios y concebir el afrontamiento como un reto personal (cit. en Soria y Hernández, 1994).

En otra investigación se encontró que las víctimas que empleaban la estrategia de aislamiento social y cuyo agresor era conocido mostraban mayores síntomas postraumáticos (Gutner *et al.*, 2006).

Firehammer (2001) halló en su estudio que la estrategia de afrontamiento basada en la creencia de un control personal se relacionaba con un mejor ajuste social y menor sintomatología. Sin embargo, no encontró dicha relación con las estrategias de afrontamiento cognitivas.

Las estrategias de afrontamiento de uso de drogas y autoculparse fueron relacionadas con un mayor riesgo de suicidio en el estudio de Ullman y Najdowski (2009b).

Otra de las estrategias de afrontamiento estudiadas, con respecto a una agresión sexual, ha sido el afrontamiento religioso. Bryant-Davis, Ullman, Tsong y Gobin (2011), hallaron en su estudio que el uso del afrontamiento religioso se relacionó con mayores tasas de TEPT y depresión. Estos resultados son contrarios a otras investigaciones (Chang, Skinner y Boehmer, 2001) y los autores sugieren que se debe al empleo de una medida diferente. En el estudio de Bryant-Davis *et al.* (2011) no se tiene en cuenta la implicación en actividades religiosas (variable asociada a un mejor ajuste en el estudio de Chang *et al.*, 2001) sino a creencias negativas con respecto a la religión como por ejemplo que la agresión sexual es un castigo.

En la investigación de Meyer y Taylor (1986) se encontró una asociación entre la estrategia de afrontamiento de aislamiento social o quedarse en casa con un peor ajuste psicológico, mientras que la estrategia de reducir el estrés se asoció a un mejor ajuste. Esta estrategia consiste en tratar de pensar en cosas positivas y emplear técnicas específicas para reducir el estrés.

De acuerdo con el estudio de Meyer y Taylor (1986), en el estudio de Frazier y Burnett (1994) también se encontró una asociación entre las estrategias de afrontamiento de aislamiento social y quedarse en casa con una mayor sintomatología. Asimismo, las estrategias que se asociaron a un mejor ajuste fueron buscar ocupación, pensamientos positivos (como por ejemplo estar agradecida por estar viva) y suprimir los pensamientos sobre la violación. Las estrategias que fueron asociadas con un mejor ajuste están centradas en la emoción. Esto es consistente con otras investigaciones que sugieren que las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción son más efectivas que las centradas en el problema en el caso de eventos no controlables (Riulli y Savicki, 2010).

Por otra parte, las estrategias de afrontamiento de evitación y búsqueda de seguridad fueron relacionadas con una mayor severidad del TEPT (Dunmore *et al.*, 1999, 2001).

De acuerdo con estos estudios, varios autores encuentran que las estrategias de afrontamiento de evitación predicen resultados negativos tras una agresión sexual como TEPT, depresión y un mayor tiempo de recuperación (Campbell *et al.*, 2009; Kumpula *et al.*, 2011; Littleton y Breitkopf, 2006; Littleton, Horsley, John y Nelson, 2007; Santello y Leitenberg, 1993; Ullman, Filipas *et al.*, 2007; Ullman, Townsend *et al.*, 2007), incluso cuando se controla la severidad inicial de los síntomas del TEPT (Leiner, Kearns, Jackson, Astin y Rothbaum, 2012).

Otros autores añaden que la interacción entre la estrategia de evitación y una mayor reactividad fisiológica en el momento de la agresión supone un factor predictor de TEPT muy fuerte (Pineles *et al.*, 2011).

En el meta-análisis realizado por Littleton *et al.* (2007) se analizaron 39 estudios de afrontamiento tras dos tipos de eventos traumáticos, violencia interpersonal y lesiones severas. Los resultados muestran una consistente asociación entre las estrategias de afrontamiento de evitación y un peor ajuste psicológico. Sin embargo, no se encuentra una asociación entre las estrategias adaptativas de aproximación y un mejor ajuste.

Ullman, Townsend *et al.* (2007), encontraron en su estudio que las víctimas de violación que recibían un escaso apoyo social tendían a emplear estrategias de afrontamiento de evitación, lo que se relacionaba con un incremento de la sintomatología post-traumática. Estos autores diferencian entre estrategias de afrontamiento adaptativas y desadaptativas. Indican que una de las estrategias desadaptativas más significativas es la de evitación que incluye conductas como quedarse en casa, aislamiento o consumo de sustancias y que se asocia con un mayor tiempo de recuperación y elevados niveles de ansiedad, depresión, miedo y TEPT.

En el estudio de Santello y Leitenberg (1993) se encontró que las mujeres que habían sufrido una agresión sexual mostraban diferentes estrategias de afrontamiento ante la agresión que ante otros estresores vitales, además de una mayor sintomatología. Ante la agresión sexual empleaban estrategias desadaptativas como evitación, aislamiento social y auto-crítica, mientras que ante otros estresores vitales empleaban estrategias adaptativas como apoyo social, expresión emocional, reestructuración cognitiva y solución de problemas.

En otras investigaciones, las estrategias de afrontamiento desadaptativas también se han relacionado con elevados niveles de culpa y elevada sintomatología de TEPT (Filipas y Ullman, 2006; Frazier *et al.*, 2005; Gibson y Leitenberg, 2001; Najdowski y Ullman, 2009b).

Algunos autores han relacionado las estrategias de afrontamiento desadaptativas llevadas a cabo tras una agresión sexual con mayores síntomas de TEPT y una mayor sintomatología general. Asimismo, el haber sufrido también abuso sexual en la infancia o adolescencia se asoció de una forma significativa con el empleo de estrategias de afrontamiento desadaptativas (Gibson y Leitenberg, 2001; Leitenberg, Gibson y Novy, 2004).

Najdowski y Ullman (2009b) hallaron en su estudio que las estrategias de afrontamiento desadaptativas mediaban parcialmente la relación entre la culpa, los estresores traumáticos vitales y el control sobre la recuperación con el TEPT. Es decir, las mujeres que usaban estrategias desadaptativas para afrontar la agresión no conseguían aliviar su malestar. Por otro lado, las estrategias de afrontamiento adaptativas también mediaron parcialmente la relación de estas variables, pero mostraron una pequeña asociación positiva con el incremento de síntomas de TEPT. Las autoras sugieren que este resultado puede deberse a las estrategias de afrontamiento incluidas en cada factor.

Matheson, Skomorovsky, Fiocco y Anisman (2007) encontraron que, además de un bajo afrontamiento centrado en el problema y unas elevadas estrategias de evitación, el compromiso emocional elevado fue asociado con mayores síntomas depresivos en una muestra de mujeres que habían sufrido abusos en sus relaciones. Este

estudio propone una posible explicación de por qué el afrontamiento adaptativo se ha relacionado con mayores síntomas psicológicos en algunos estudios (e.j., Najdowski y Ullman, 2009b). Estos autores utilizaron un análisis factorial para determinar qué estrategias de afrontamiento formaban parte del tipo compromiso emocional. Se incluyeron la expresión emocional (que parece ser una estrategia adaptativa) pero también la rumiación y culpar a los otros, las cuales se han relacionado con un peor ajuste en algunos estudios (e.j., Frazier, 2003; Ullman, 1997).

En el trabajo de Littleton (2007) se identificaron tres pautas de afrontamiento en función del tipo de procesamiento cognitivo empleado tras la agresión sexual: a) asimilación, caracterizada por bajas estrategias de evitación y de aproximación, lo que implica minimizar los efectos de la agresión; b) acomodación, caracterizada por elevadas estrategias de evitación y aproximación; y c) sobre-acomodación, caracterizada por elevadas estrategias de evitación y bajas estrategias de aproximación, lo que implica desarrollar creencias negativas.

Las víctimas que emplearon estrategias de evitación presentaban una mayor sintomatología. Por otra parte, esta estrategia de afrontamiento se relacionó principalmente con el proceso de sobre-acomodación, es decir, las mujeres que se encontraban en este grupo tenían mayores tasas de ansiedad, depresión y TEPT (Littleton, 2007; Littleton y Grills-Taquechel, 2011).

El control de uno mismo, tanto de los pensamientos como de las conductas, como estrategia de afrontamiento, permite establecer un equilibrio entre la persona y el ambiente. En un estudio se ha encontrado que un escaso control de uno mismo como estrategia de afrontamiento predecía la aparición del TEPT así como modificaba el curso del trastorno. Los autores explican que este escaso control de uno mismo puede suponer a su vez el agotamiento de las estrategias de afrontamiento ante la propia sintomatología del TEPT, de ahí que se prolongue a largo plazo (Walter *et al.*, 2010).

Según Campbell *et al.* (2009), los diferentes estudios acerca de la influencia de las estrategias de afrontamiento en la sintomatología presentada por las víctimas de agresiones sexuales son escasos y no aportan datos concluyentes, por lo que sugieren que esta variable podría ser examinada en relación con otras variables como el apoyo social.

En el estudio de Ullman (1996a) la estrategia de afrontamiento de evitación fue una variable mediadora en la relación entre el apoyo social negativo y un peor ajuste psicológico.

3.4.3. Apoyo social

Las agresiones sexuales no ocurren de forma aislada con respecto a un contexto social y cultural. Vivimos en una cultura que tiene sus propios conceptos sobre la violación, incluso la aceptación de determinadas ideas erróneas o mitos acerca de ésta. Estas ideas se propagan entre las personas y servicios comunitarios que posteriormente puedan servir de apoyo social a la víctima pudiendo culpabilizarla en mayor medida afectando a su bienestar tras la agresión (Campbell *et al.*, 2009).

Los efectos de una agresión sexual a corto y a largo plazo son menores cuando la víctima cuenta con un buen apoyo social (Alonso, 2007; Amor, Echeburúa, Corral, Zubizarreta y Sarasua, 2002; Belsher *et al.*, 2012; Brewin *et al.*, 2000; Bryant-Davis *et al.*, 2011; Campbell *et al.*, 2009; Chivers-Wilson, 2006; Corral *et al.*, 1997; Echeburúa, 2003; Echeburúa y Corral, 2006; Echeburúa *et al.*, 1995; Echeburúa y Redondo, 2010; Filipas y Ullman, 2001; Frazier, Gavian *et al.*, 2011; Harb, 2006; López, 2012; Ozer *et al.*, 2008; Paris, 2002; Soria, 2002; Soria y Hernández, 1994; Ullman *et al.*, 2006b; Ullman y Najdowski, 2009b).

Ullman *et al.* (2006b) encuentran que esta variable tiene un peso mucho más significativo a la hora de explicar mayores niveles de sintomatología que otras variables como las características demográficas de la víctima o las características de la agresión.

Se puede tener en cuenta el apoyo social en dos momentos temporales, antes de la agresión sexual, que actúa como factor antecedente para reducir o aumentar el impacto psicológico; y después de la agresión sexual, teniendo un efecto amortiguador del suceso (Echeburúa *et al.*, 1995). En este estudio se ha tenido en cuenta el apoyo social en el segundo momento temporal, tras la agresión sexual.

Según el estudio realizado por Burgess y Holmstrom (1979), las víctimas carentes de apoyo previo a la agresión (es decir, mujeres que viven solas, sin trabajo, sin contacto regular con su familia) permanecen con una mayor sintomatología varios meses después de la agresión. A los 4 y 6 años del suceso traumático, un 80% de las mujeres que contaban con apoyo se encontraban totalmente recuperadas mientras que un 53% de las mujeres carentes de apoyo continuaban mostrando síntomas (cit. en Echeburúa *et al.*, 1995).

Con respecto al apoyo social recibido tras la agresión, la reacción del entorno de la víctima desempeña un papel modulador muy importante. La valoración de lo ocurrido por parte de su entorno puede variar desde el apoyo incondicional, rechazando la agresión y culpando al agresor, hasta la reticencia y cuestionamiento del comportamiento de la víctima antes de la agresión (haber adoptado conductas imprudentes, confianza excesiva), durante (quedarse paralizada, no defenderse lo suficiente) o después de la misma (no haberlo contado a nadie o no haber denunciado) (Echeburúa y Corral, 2006).

El apoyo social percibido por la víctima, ya que no es suficiente con que exista sino que lo tiene que percibir, parece que es un fuerte predictor a largo plazo y sus efectos son acumulativos en el tiempo. En la mayoría de los estudios evaluados, el apoyo social más efectivo fue el referido al apoyo sobre el dolor y proceso psicológico, por encima del apoyo económico y legal (Ozer *et al.*, 2008).

Beeble, Bybee, Sullivan y Adams (2009) encontraron que el apoyo social tenía un efecto fuerte y consistente en la calidad de vida y la depresión presentada por las mujeres de su estudio. Las mujeres que tenían un buen apoyo social manifestaban una buena calidad de vida así como baja depresión y este efecto se mantenía a largo plazo.

En otro estudio se encontró que el rol del apoyo social no siempre era positivo. Altos niveles de apoyo social interactuaban negativamente en personas con altos niveles de neuroticismo. Estos autores describen dos formas de apoyo social, una positiva

y otra negativa, no siendo esta última necesariamente de forma mal intencionada. El apoyo recibido puede ser bien intencionado pero no el que necesita la víctima en ese momento, y esto puede suponer un estresor (Borja *et al.*, 2009).

La mayoría de los estudios relacionan el TEPT con los aspectos positivos de la percepción del apoyo social por parte de la víctima. Sin embargo, diversos estudios sugieren que las reacciones negativas son una variable más central y con un mayor peso a la hora de predecir una mayor severidad de TEPT y depresión tras la agresión (Allred, 2007; Andrews, Brewin y Rose, 2003; Belsher *et al.*, 2012; Borja, Callahan y Long, 2006; Campbell, Ahrens, Sefl, Wasco y Barnes, 2001; Campbell *et al.*, 2009; Moss, Davis, Brickman y Baker, 1991; Frank y Anderson, 1990; Jacques-Tiura, Tkatch, Abbey y Wegner, 2010; Ullman, 1996a, 1999; Ullman y Filipas, 2001; Ullman, Filipas *et al.*, 2007; Ullman, Townsend *et al.*, 2007; Zoellner, Foa y Brigidi, 1999).

En el estudio de Ullman (1996a) una reacción social negativa fue fuertemente asociada con un incremento en la sintomatología, mientras que un apoyo social positivo no se asoció con la sintomatología presentada por las mujeres que habían sufrido una agresión sexual (consistente con el estudio de Feehan *et al.*, 2001). La única reacción social relacionada con un mejor ajuste psicológico fue sentirse creída y escuchada por los demás. Estos resultados fueron replicados por Campbell, Ahrens *et al.* (2001).

Zoellner *et al.* (1999) hallaron en su estudio que el apoyo social negativo predecía una mayor severidad de TEPT a los tres meses de la agresión sexual y sin embargo el apoyo social positivo no fue un predictor de dicho trastorno.

Ullman y Filipas (2001) llevaron a cabo un estudio con víctimas de una agresión sexual, en el que además tuvieron en cuenta los efectos negativos del apoyo social, como la indiferencia o el criticismo. Encontraron que un entorno social negativo es un mejor predictor del TEPT que la falta de apoyo social.

En el estudio de Belsher *et al.* (2012) se relacionó de una forma significativa un apoyo social negativo con mayores niveles de TEPT. Esta relación se hacía más intensa cuando actuaba como moderadora la variable creencias negativas tras el trauma.

En otra investigación se encontró que el efecto de un apoyo social negativo sobre el TEPT y la depresión era mediado por las creencias de culpa de las mujeres que habían sufrido una agresión sexual (Allred, 2007).

En otro estudio el apoyo social positivo se relacionó con el crecimiento personal tras la agresión sexual pero no con el TEPT o la sintomatología general. Solo el apoyo social negativo por parte de familiares y amigos fue asociado con el TEPT (Borja *et al.*, 2006).

Recibir apoyo social de la familia y amigos puede predecir una menor sintomatología tras una violación, pero su efecto es menos potente que recibir una reacción negativa inesperada (Campbell *et al.*, 2009).

En concreto, el apoyo del grupo familiar actúa como variable muy importante desde el inicio, con su primera reacción al conocer la agresión sexual de que ha sido objeto la víctima. Si en esta primera reacción están presentes claros componentes

inculpatorios, aumentarán sensiblemente el impacto psicológico sufrido. Si transcurrido algún tiempo se mantienen estos mensajes, el impacto será aún mayor y dificultará seriamente la recuperación, dado que ya no pueden justificarse como reacciones momentáneas de necesidad de negación de la realidad fruto del propio dolor sufrido. La actitud familiar adquiere especial relevancia en dos casos concretos: en el caso de los padres cuando la víctima es menor de edad y ha sido agredida por un familiar o un amigo íntimo; y en el caso de la pareja cuando la víctima adulta ha sido agredida por parte de alguna persona cercana o familiar (Galiana y De Marianas, 1996).

Según Ullman (1996b), la relación entre el apoyo social y el ajuste psicológico depende de dónde provenga dicho apoyo social. Cuando el apoyo proviene de los amigos, se relaciona con un mejor ajuste y una mejor recuperación que si proviene de otros recursos.

3.4.4. Victimización secundaria

Este fenómeno hace referencia al sufrimiento por parte de la víctima de nuevas experiencias negativas tras la agresión sexual, relacionadas con las áreas jurídicas, sanitarias y sociales, es decir con los sistemas comunitarios que deberían estar preparados para atender a este tipo de víctimas (Albarrán, 2002b; Campbell *et al.*, 2009; Campbell *et al.*, 2003; Echeburúa y Corral, 2006; Esbec, 1994; García *et al.*, 2004; Raja, 2001).

En el estudio de Starzynski *et al.* (2005) se encontró que las reacciones positivas del entorno no variaban entre el apoyo informal (familia, amigos) y el apoyo formal (sistemas comunitarios), sin embargo, las reacciones negativas eran más frecuentes por parte del apoyo formal.

Un ambiente constituido principalmente por hombres, un interrogatorio inmediato y poco tacto a la hora de tomar la declaración en comisaría, esperas largas a la hora de recibir atención médica, única preocupación por la búsqueda de pruebas en el reconocimiento forense, falta de información en el proceso legal, demora del juicio oral y el cuestionamiento de la credibilidad del testimonio de la víctima son algunas de las experiencias negativas por las que pasan muchas víctimas de agresiones sexuales y constituyen la victimización secundaria (Albarrán, 2002b; Campbell, 2008; Campbell y Raja, 2005; Campbell *et al.*, 2009; Carrasco y Maza, 2005; Echeburúa, 2004; Echeburúa y Corral, 2006; Echeburúa *et al.*, 1995; Echeburúa *et al.*, 2004; Esbec, 1994; Galiana y De Marianas, 1996; García *et al.*, 2004; García-Pablos, 2003; Urra, 2007).

El proceso penal garantiza escrupulosamente los derechos del acusado reconocidos por las leyes, por el contrario la víctima solo inspira, en el mejor de los casos, compasión siendo a menudo desconfianza o recelo. Sus derechos no son objeto de un reconocimiento tan solemne como los del acusado, por lo que se perpetúan o incrementan los efectos nocivos de la agresión (Echeburúa, 2004; García *et al.*, 2004; García-Pablos, 2003).

La victimización secundaria puede producir un mayor daño que la primaria (producida directamente por la agresión) por tres razones: porque es el propio sistema

legal quien perjudica una vez más a la víctima; porque estos males son experimentados intensamente por la víctima por acumularse a los ya padecidos; y porque afectan al prestigio del sistema y a las actitudes de la víctima y de terceros con respecto al sistema (García-Pablos, 2003).

Una actuación judicial eficiente resulta fundamental en el restablecimiento del equilibrio psicológico de las víctimas. Éstas, cuando se implican en un proceso judicial, que siempre les resulta muy duro, aspiran a una condena justa del culpable, experimentando así un pequeño alivio de su malestar emocional (Carrasco y Maza, 2005).

Altos niveles de victimización secundaria fueron asociados a altas tasas del trastorno de estrés postraumático (Campbell y Raja, 2005; Campbell *et al.*, 1999; Campbell *et al.*, 2009; Campbell, Wasco, Ahrens, Sefl y Barnes, 2001; Raja, 2001), siendo las experiencias con los sistemas legal y médico las que establecieron dicha relación, mientras que los servicios de salud mental fueron asociados a una mejoría del trastorno (Campbell *et al.*, 1999; Campbell, Wasco *et al.*, 2001).

En otro trabajo se encontró más perjudicial la actuación del sistema legal que la del sistema médico. Las víctimas, tras el contacto con el sistema legal, referían sentirse mal consigo mismas, culpables, deprimidas, violadas, dañadas por el sistema y reacias a buscar más ayuda (Campbell y Raja, 2005).

En otro trabajo se relacionó la respuesta de la policía tras la revelación de la agresión sexual con una mayor sintomatología, incluso cuando se arrestaba al agresor (Kaukinen y DeMaris, 2009).

Las conductas llevadas a cabo por el personal de estos servicios que se relacionaron con una mayor sintomatología fueron de culpa y duda, es decir, que les dijeran que su caso no era muy creíble o que no era lo suficientemente serio como para continuar con el proceso legal (Campbell *et al.*, 1999).

Con respecto al área médica o psicológica, es importante tener en cuenta no ir más allá de lo necesario, ni en declaraciones, ni en exploraciones, ni en pruebas innecesarias que pueden contribuir al enquistamiento del problema (Carrasco y Maza, 2005; Campbell y Raja, 2005).

Algunos autores han encontrado la existencia de un grupo de alto riesgo de padecer victimización secundaria. Este grupo está formado por víctimas de un agresor conocido, las cuales se relacionaban con recibir una mínima ayuda y con una mayor victimización secundaria, incluso comparándolas con las víctimas que no recibieron ayuda (Campbell *et al.*, 1999; Campbell, Wasco *et al.*, 2001). En investigaciones posteriores se añadió a este grupo de alto riesgo otras características como que pertenecieran a minorías étnicas o tuvieran un bajo estatus socioeconómico (Campbell, 2008; Campbell, Wasco *et al.*, 2001).

Tabla 3.3. Resumen de los factores de vulnerabilidad posteriores a la agresión sexual.

Factores	Estudios	Hallazgos empíricos
<p>1. Reacción cognitiva y emocional ante la agresión</p> <p>a) Emociones/Sentimientos</p>	Echeburúa, 1992, 2003, 2004; Echeburúa y Corral, 1995; Kilpatrick, 1992; Urra, 2007.	La intensidad inicial de los síntomas a los pocos días de la agresión permite predecir la gravedad del problema a largo plazo.
	Fairbrother y Rachman, 2004.	Los sentimientos de suciedad se han relacionado con el TEPT tras una agresión sexual.
	Olatunji <i>et al.</i> , 2008.	La relación entre los sentimientos de suciedad y el TEPT está mediada por las creencias desadaptativas que generaban dichos sentimientos.
	Andrews <i>et al.</i> , 2000.	Tanto la vergüenza como la rabia se correlacionan con el TEPT. La rabia únicamente se correlaciona en los momentos iniciales de la evaluación por lo que parece asociada a los síntomas tempranos del TEPT. En cambio, la vergüenza parece influir a lo largo del tiempo en el curso del trastorno.
	Lancaster <i>et al.</i> , 2011; Orth y Wieland, 2006; Riggs, Dancu <i>et al.</i> , 1992; Roon-Cassini <i>et al.</i> , 2010.	Relación significativa entre la rabia y el TEPT.
	Orth <i>et al.</i> , 2008.	Se obtiene como resultado un efecto significativo del TEPT sobre la rabia pero no a la inversa. Se sugiere que este efecto puede estar mediado por las ruminaciones cognitivas.
<p>b) Creencias desadaptativas</p>	Dunlap, 2006; Janoff-Bulman, 1985; Soria, 2002; Soria y Hernández, 1994.	El delito altera tres creencias básicas: la de invulnerabilidad, la percepción del mundo bajo control y la percepción de uno mismo como positivo.
	Scheppelle y Bart, 1983, cit. en Soria, 2002.	Una mayor creencia de invulnerabilidad previa al trauma, predice mayores dificultades de afrontamiento posteriores.
	Ali <i>et al.</i> , 2002; Belsher <i>et al.</i> , 2012; Chivers-Wilson, 2006; Dunlap, 2006; Dunmore <i>et al.</i> , 1997, 1999; Ehlers y Clark, 2000; Fairbrother y Rachman, 2006.	Las personas que realizan valoraciones negativas tras sufrir un trauma tienen mayores tasas de TEPT.
	Gidycz y Koss, 1991; Kleim <i>et al.</i> , 2012; Koss <i>et al.</i> , 2002; Koss y Figueredo, 2004; Meiser-Stedman <i>et al.</i> , 2009.	Las creencias desadaptativas desarrolladas a partir del trauma, se han relacionado con ambos estilos de culpa, predicen peores resultados sobre la salud e influyen directa e indirectamente sobre la sintomatología global.
	Ali <i>et al.</i> , 2002.	Además del efecto negativo de las creencias desadaptativas en el desarrollo del TEPT, se sugiere que las creencias positivas previas pueden ser un factor de protección.
	Dunmore <i>et al.</i> , 1999, 2001.	Los factores cognitivos que se relacionan significativamente tanto con el inicio como con el mantenimiento del TEPT son: rendición mental, confusión mental, valoraciones negativas de las secuelas, percepción negativa de los demás y creencias globales negativas.
	Littleton <i>et al.</i> , 2012.	Las creencias desadaptativas son un mediador del efecto de la variable victimización sexual previa sobre el ajuste psicológico, principalmente sobre la depresión.

Factores	Estudios	Hallazgos empíricos
b) Creencias desadaptativas	Frazier <i>et al.</i> , 2001.	Los cambios positivos en uno mismo, en las relaciones con los demás, en la filosofía de vida o espiritualidad, en la empatía con los demás y en los esquemas o creencias sobre el mundo se relacionan con una menor sintomatología y los cambios negativos se relacionan más fuertemente con una mayor sintomatología. Las dos áreas más consistentes han sido los cambios en uno mismo y en la filosofía de vida.
	Littleton, 2007; Littleton y Grills-Tauchel, 2011.	El procesamiento cognitivo más común en víctimas es el de sobre-acomodación que se relaciona con mayores niveles de depresión y TEPT. Las víctimas que emplean el proceso de asimilación presentan menores niveles de ambos trastornos. Y las víctimas que emplean la acomodación presentan niveles similares de depresión a los presentados por el grupo de asimilación pero mayores niveles de TEPT.
	Varkovitzky, 2012.	La sobre-acomodación fue asociada con el incremento del TEPT, del afrontamiento de evitación y de la culpa, así como de la disminución de la percepción sobre el control de la recuperación. La asimilación fue asociada con el incremento del afrontamiento de evitación y con la culpa.
c) Ideas de culpa	Esbec y Fernández-Sastrón, 2000.	Las ideas de culpa pueden ser el principal factor que sostenga la mayoría de la sintomatología derivada de una agresión sexual.
	Arata y Burkhart, 1996; Boesch <i>et al.</i> , 2001; Breitenbecher, 2006; Chivers-Wilson, 2006; Filipas y Ullman, 2006; Frazier, 1991; Hassija, 2011; Janoff-Bulman, 1979; Matsushita-Arao, 1996; Meyer y Taylor, 1986; Najdowski y Ullman, 2009b; Ullman, Filipas <i>et al.</i> , 2007; Ullman, Townsend <i>et al.</i> , 2007; Walsh y Bruce, 2011; Wyatt y Notgrass, 1990.	La culpa se ha relacionado negativamente con el trastorno de estrés posttraumático, la depresión y un peor ajuste tras la agresión sexual.
	Ullman, 1997.	El incremento de las atribuciones de culpa se relaciona con una peor recuperación en un grupo de mujeres victimizadas en la infancia y en la etapa adulta.
	Abbey, 1987, cit. en Lorente <i>et al.</i> , 1998; Meyer y Taylor, 1986.	Cuanto más tiempo se emplee en considerar cualquier tipo de causa, autoculpa o externa, se relaciona con mayores niveles de alteraciones psicopatológicas.
	Janoff-Bulman, 1979.	La conducta de culpa es el tipo de culpa más emergente entre las víctimas, lo que sugiere que éstas desean mantener una creencia de control, particularmente la creencia de poder evitar una nueva violación y por lo tanto, este tipo de culpa puede ser adaptativo.
Koss <i>et al.</i> , 2002.	La culpa caracterológica es altamente perjudicial para la salud, mientras que la conducta de culpa es algo protectora. Ambos estilos de culpa correlacionan con la existencia de creencias desadaptativas.	

Factores	Estudios	Hallazgos empíricos
c) Ideas de culpa	Breitenbecher, 2006; Koss y Figueredo, 2004.	La culpa caracterológica es más perjudicial que la conducta de culpa pero la conducta de culpa no se asocia con un mejor ajuste.
	Frazier, 1990, 2003; Frazier <i>et al.</i> , 2005; Frazier y Schauben, 1994; Meyer y Taylor, 1986.	La conducta de culpa también puede ser muy perjudicial.
	Meyer y Taylor, 1986.	La conducta de culpa se asocia con una insatisfacción sexual y síntomas depresivos, y la culpa caracterológica se relaciona con elevados niveles de miedo y depresión.
	Frazier, 1990.	Ambos tipos de culpa se relacionan con el incremento de la depresión tras la violación. La conducta de culpa se relaciona con el control pasado de la situación y no sólo con el control o evitación futura de una nueva agresión, por lo que no se puede considerar un factor protector.
	Frazier y Schauben, 1994.	El control pasado se relaciona con un peor ajuste psicológico tras la agresión sexual y el futuro control se relaciona con una mejor recuperación.
	Hassija, 2011.	La culpa caracterológica se asoció positivamente con la severidad de los síntomas del TEPT, de la depresión y ansiedad, mientras que la conducta de culpa solo se asoció con la severidad de la ansiedad. La percepción de un control futuro medió la relación entre la conducta culpa y la ansiedad y moderó su efecto sobre la depresión y el TEPT.
	Ullman, Townsend <i>et al.</i> , 2007.	Aunque la culpa se correlaciona con una mayor sintomatología, cuando se tiene en cuenta el apoyo social, la culpa no se relaciona significativamente con los síntomas postraumáticos, ya que éstos se explicaban mejor por el apoyo social.
	Frazier, 2003; Frazier <i>et al.</i> , 2005.	El control pasado se relaciona significativamente con una mayor sintomatología. El presente control es la forma de control más fuertemente relacionada con un mayor ajuste psicológico y a su vez se relaciona con el futuro control. La creencia en una mayor probabilidad de un nuevo asalto se correlaciona con un peor ajuste.
	Frazier <i>et al.</i> , 2004.	Se relacionó el control presente y futuro con menores tasas de TEPT, depresión y ansiedad y una mejor satisfacción de vida. El control pasado se asoció a un peor ajuste.
	Walsh y Bruce, 2011.	El pasado control se relacionó con un peor ajuste psicológico tras la agresión. El control futuro no se relacionó con un mejor ajuste, sin embargo, la creencia de una mayor probabilidad de agresiones futuras se asoció con la depresión y el TEPT. Finalmente, el control sobre la recuperación (presente) supone un factor de protección contra el TEPT y la depresión tras una agresión sexual.

Factores	Estudios	Hallazgos empíricos
c) Ideas de culpa	Ullman, Filipas <i>et al.</i> , 2007.	El control sobre la recuperación aparece como un factor de protección en víctimas de agresiones sexuales.
	Frazier <i>et al.</i> , 2005.	La conducta de culpa sólo se correlaciona positivamente con las estrategias de afrontamiento de evitación y retirada social. El control sobre la recuperación se correlaciona negativamente con la evitación y la retirada social y positivamente con la reestructuración cognitiva y la expresión emocional.
	Frazier, Keenan <i>et al.</i> , 2011.	El control presente se asocia a una menor sintomatología general así como a un menor consumo de alcohol tras la situación traumática. El control pasado y el futuro se asocian con una mayor sintomatología.
	Najdowski y Ullman, 2009b.	El control percibido sobre la recuperación se relaciona con menores niveles de TEPT, mientras que la culpa (control pasado) se asocia a mayores niveles de TEPT.
	Regehr <i>et al.</i> , 1999.	Las víctimas con altos niveles de autoeficacia y locus de control interno muestran menores tasas de depresión y TEPT, mientras que las atribuciones de causalidad de la violación han sido significativamente asociadas con la depresión pero no con el TEPT.
d) Memoria desorganizada	Kleim y Ehlers, 2008.	Una baja especificidad de la memoria a las dos semanas del trauma predice un TEPT crónico y depresión a los seis meses, pero no trastornos de tipo fóbicos. Este sesgo de memoria es mejor predictor que la severidad del asalto, sin embargo, únicamente predice un 4-6% de la varianza del TEPT y depresión en la fase de seguimiento.
	Kleim y Ehlers, 2008.	Las rumiaciones y la percepción de cambio permanente por parte de la víctima, resultan mediadores de la relación entre el sesgo de memoria y el trastorno de estrés postraumático y depresión.
	Halligan <i>et al.</i> , 2003.	La valoración negativa de la sintomatología seguida de la disociación persistente, resultaron factores predictivos del mantenimiento del TEPT por encima de la memoria desorganizada, del procesamiento cognitivo durante el asalto y la severidad de la agresión. Cuando se midieron todas estas características cognitivas conjuntamente explicaban un 71% de la varianza del TEPT.
2. Estrategias de afrontamiento	Echeburúa y Corral, 2006.	El impacto psicológico de una agresión sexual se acentúa cuando los recursos psicológicos de afrontamiento son escasos.
	Roon-Cassini <i>et al.</i> , 2010.	La eficacia de las estrategias de afrontamiento tras la situación traumática predice una menor probabilidad de cronicidad de los síntomas del TEPT.

Factores	Estudios	Hallazgos empíricos
2. Estrategias de afrontamiento	Rioli y Savicki, 2010.	Las personas que se encuentran en situaciones en las que es difícil emplear un afrontamiento centrado en el problema podrían beneficiarse usando un afrontamiento centrado en las emociones. Estas situaciones son aquellas que no dependen de nuestro control. La búsqueda de apoyo emocional y el humor han sido más fuertemente relacionados con menor sintomatología psicológica, mientras que la negación, la desconexión conductual y el consumo de alcohol y drogas se relacionan con altos niveles de sintomatología.
	Valentiner <i>et al.</i> , 1996.	La estrategia de los pensamientos de culpa es la única que se asocia positivamente a la severidad del TEPT, incluso cuando se controlan las variables tipo de agresión, niveles iniciales de TEPT y otras estrategias de afrontamiento.
	Veronen y Kilpatrick, 1987, cit. en Soria y Hernández, 1994.	Las estrategias de afrontamiento más efectivas son: la reevaluación de haber salvado la vida, el surgimiento de una conciencia del delito dentro de factores socioculturales más amplios y concebir el afrontamiento como un reto personal.
	Gutner <i>et al.</i> , 2006.	Las víctimas que emplean la estrategia de aislamiento social y cuyo agresor es conocido muestran mayores síntomas postraumáticos.
	Firehammer, 2001.	La estrategia de afrontamiento basada en la creencia de un control personal se relaciona con un mejor ajuste social y menor sintomatología. No se encuentra dicha relación con las estrategias de afrontamiento cognitivas.
	Ullman y Najdowski, 2009b.	Las estrategias de afrontamiento de uso de drogas y autoculparse se relacionan con un mayor riesgo de suicidio.
	Bryant-Davis <i>et al.</i> , 2011.	El uso del afrontamiento religioso se relaciona con mayores tasas de TEPT y depresión.
	Chang <i>et al.</i> , 2001.	La implicación en actividades religiosas se asocia a un mejor ajuste.
	Meyer y Taylor, 1986.	Asociación entre la estrategia de afrontamiento de aislamiento social o quedarse en casa con un peor ajuste psicológico, mientras que la estrategia de reducir el estrés se asocia a un mejor ajuste.
	Frazier y Burnett, 1994.	Asociación entre las estrategias de afrontamiento de aislamiento social y quedarse en casa con una mayor sintomatología. Las estrategias (centradas en la emoción) que se asocian a un mejor ajuste son buscar ocupación, pensamientos positivos (estar agradecida por estar viva) y suprimir los pensamientos sobre la violación.
Dunmore <i>et al.</i> , 1999, 2001.	Las estrategias de afrontamiento de evitación y búsqueda de seguridad se relacionan con una mayor severidad del TEPT.	

Factores	Estudios	Hallazgos empíricos
2. Estrategias de afrontamiento	Campbell <i>et al.</i> , 2009; Kumpula <i>et al.</i> , 2011; Leiner <i>et al.</i> , 2012; Littleton y Breittkopf, 2006; Littleton <i>et al.</i> , 2007; Santello y Leitenberg, 1993; Ullman, Filipas <i>et al.</i> , 2007; Ullman, Townsend <i>et al.</i> , 2007.	Las estrategias de afrontamiento de evitación predicen resultados negativos tras una agresión sexual como TEPT, depresión y un mayor tiempo de recuperación.
	Pineles <i>et al.</i> , 2011.	La interacción entre la estrategia de evitación y una mayor reactividad fisiológica en el momento de la agresión supone un factor predictor de TEPT muy fuerte.
	Littleton <i>et al.</i> , 2007.	Asociación entre las estrategias de afrontamiento de evitación y un peor ajuste psicológico. Sin embargo, no se encuentra una asociación entre las estrategias adaptativas de aproximación y un mejor ajuste.
	Ullman, Townsend <i>et al.</i> , 2007.	Una de las estrategias desadaptativas más significativas es la de evitación que incluye conductas como quedarse en casa, aislamiento o consumo de sustancias y que se asocia con un mayor tiempo de recuperación y elevados niveles de ansiedad, depresión, miedo y TEPT.
	Santello y Leitenberg, 1993.	Ante la agresión sexual se emplean estrategias desadaptativas como evitación, aislamiento social y auto-crítica, mientras que ante otros estresores vitales se emplean estrategias adaptativas como apoyo social, expresión emocional, reestructuración cognitiva y solución de problemas.
	Filipas y Ullman, 2006; Frazier <i>et al.</i> , 2005; Gibson y Leitenberg, 2001; Najdowski y Ullman, 2009b.	Las estrategias de afrontamiento desadaptativas también se han relacionado con elevados niveles de culpa y elevada sintomatología de TEPT.
	Gibson y Leitenberg, 2001; Leitenberg <i>et al.</i> , 2004.	El haber sufrido también abuso sexual en la infancia o adolescencia se asocia de una forma significativa con el empleo de estrategias de afrontamiento desadaptativas.
	Najdowski y Ullman, 2009b.	Las estrategias desadaptativas median parcialmente la relación entre la culpa, los estresores traumáticos vitales y el control sobre la recuperación con el TEPT. Las estrategias adaptativas también median parcialmente la relación de estas variables, pero muestran una pequeña asociación positiva con el incremento de síntomas de TEPT.
	Matheson <i>et al.</i> , 2007.	Además de un bajo afrontamiento centrado en el problema y unas elevadas estrategias de evitación, el compromiso emocional elevado fue asociado con mayores síntomas depresivos.
	Littleton, 2007; Littleton y Grills-Tauchel, 2011.	Las víctimas que emplean estrategias de evitación presentan una mayor sintomatología. Esta estrategia se relaciona principalmente con el proceso de sobre-acomodación, las mujeres que se encontraban en este grupo tenían mayores tasas de ansiedad, depresión y TEPT.

Factores	Estudios	Hallazgos empíricos
2. Estrategias de afrontamiento	Walter <i>et al.</i> , 2010.	Un escaso control de uno mismo como estrategia de afrontamiento predice la aparición del TEPT así como modifica el curso del trastorno. Este escaso control de uno mismo puede suponer a su vez el agotamiento de las estrategias de afrontamiento ante la propia sintomatología del TEPT.
	Ullman, 1996a.	La estrategia de afrontamiento de evitación es una variable mediadora en la relación entre el apoyo social negativo y un peor ajuste psicológico.
3. Apoyo social	Alonso, 2007; Amor <i>et al.</i> , 2002; Belsher <i>et al.</i> , 2012; Brewin <i>et al.</i> , 2000; Bryant-Davis <i>et al.</i> , 2011; Campbell <i>et al.</i> , 2009; Chivers-Wilson, 2006; Corral <i>et al.</i> , 1997; Echeburúa, 2003; Echeburúa y Corral, 2006; Echeburúa <i>et al.</i> , 1995; Echeburúa y Redondo, 2010; Filipas y Ullman, 2001; Frazier, Gavian <i>et al.</i> , 2011; Harb, 2006; López, 2012; Ozer <i>et al.</i> , 2008; Paris, 2002; Soria, 2002; Soria y Hernández, 1994; Ullman <i>et al.</i> , 2006b; Ullman y Najdowski, 2009b.	Los efectos de una agresión sexual a corto y a largo plazo son menores cuando la víctima cuenta con un buen apoyo social.
	Ullman <i>et al.</i> , 2006b.	El apoyo social tiene mayor peso a la hora de explicar la sintomatología que otras variables como las características demográficas de la víctima o las características de la agresión.
	Burgess y Holmstrom, 1979, cit. en Echeburúa <i>et al.</i> , 1995.	Las víctimas carentes de apoyo previo a la agresión permanecen con una mayor sintomatología varios meses después de ésta. A los 4 y 6 años del suceso traumático, un 80% de las mujeres que contaban con apoyo se encontraban totalmente recuperadas mientras que un 53% de las mujeres carentes de apoyo continuaban mostrando síntomas.
	Ozer <i>et al.</i> , 2008	El apoyo social más efectivo es el referido al apoyo sobre el dolor y proceso psicológico, por encima del apoyo económico y legal.
	Beeble <i>et al.</i> , 2009.	Las víctimas que tienen un buen apoyo social manifiestan una buena calidad de vida así como baja depresión. Este efecto se mantiene a largo plazo.
	Borja <i>et al.</i> , 2009.	El apoyo recibido puede ser bien intencionado pero no el que necesita la víctima en ese momento, y esto puede suponer un estresor. Altos niveles de apoyo social interactúan negativamente en personas con altos niveles de neuroticismo.
	Allred, 2007; Andrews <i>et al.</i> , 2003; Belsher <i>et al.</i> , 2012; Borja <i>et al.</i> , 2006; Campbell, Ahrens, <i>et al.</i> , 2001; Campbell <i>et al.</i> , 2009; Moss <i>et al.</i> , 1991; Frank y Anderson, 1990; Jacques-Tiura <i>et al.</i> , 2010; Ullman, 1996a, 1999; Ullman y Filipas, 2001; Ullman, Filipas <i>et al.</i> , 2007; Ullman, Townsend <i>et al.</i> , 2007; Zoellner <i>et al.</i> , 1999.	Las reacciones negativas son una variable más central y con un mayor peso a la hora de predecir una mayor severidad de TEPT y depresión tras la agresión.

Factores	Estudios	Hallazgos empíricos
3. Apoyo social	Feehan <i>et al.</i> , 2001; Ullman, 1996a; Zoellner <i>et al.</i> , 1999.	Una reacción social negativa se asocia fuertemente con un incremento en la sintomatología, mientras que un apoyo social positivo no se asocia con la sintomatología presentada.
	Campbell, Ahrens, <i>et al.</i> , 2001; Ullman, 1996a.	La única reacción social relacionada con un mejor ajuste psicológico sentirse creída y escuchada por los demás.
	Ullman y Filipas, 2001.	Un entorno social negativo es un mejor predictor del TEPT que la falta de apoyo social.
	Belsher <i>et al.</i> , 2012.	La relación entre el apoyo social negativo y el TEPT se hace más intensa cuando actúa como moderadora la variable creencias negativas tras el trauma.
	Allred, 2007.	El efecto de un apoyo social negativo sobre el TEPT y la depresión es mediado por las creencias de culpa.
	Borja <i>et al.</i> , 2006.	El apoyo social positivo se relaciona con el crecimiento personal tras la agresión sexual pero no con el TEPT o la sintomatología general. Solo el apoyo social negativo por parte de familiares y amigos se asocia con el TEPT.
	Campbell <i>et al.</i> , 2009.	Recibir apoyo social de la familia y amigos puede predecir una menor sintomatología tras una violación, pero su efecto es menos potente que recibir una reacción negativa inesperada.
	Galiana y De Marianas, 1996.	Si en la primera reacción familiar están presentes claros componentes inculpatorios, aumentará el impacto psicológico sufrido. Si transcurrido algún tiempo se mantienen estos mensajes, el impacto será aún mayor y dificultará seriamente la recuperación.
	Ullman, 1996b.	Cuando el apoyo proviene de los amigos, se relaciona con un mejor ajuste y una mejor recuperación que si proviene de otros recursos.
4. Victimización secundaria	Starzynski <i>et al.</i> , 2005.	Las reacciones positivas del entorno no varían entre el apoyo informal (familia, amigos) y el apoyo formal (sistemas comunitarios), sin embargo, las reacciones negativas son más frecuentes por parte del apoyo formal.
	Campbell y Raja, 2005; Campbell <i>et al.</i> , 1999; Campbell <i>et al.</i> , 2009; Campbell, Wasco <i>et al.</i> , 2001; Raja, 2001.	Altos niveles de victimización secundaria se asocian a altas tasas del TEPT.
	Campbell <i>et al.</i> , 1999; Campbell, Wasco <i>et al.</i> , 2001.	Las experiencias con los sistemas legal y médico son las que se relacionan con el TEPT, mientras que los servicios de salud mental son asociados a una mejoría del trastorno.
	Campbell y Raja, 2005.	Se encuentra más perjudicial la actuación del sistema legal que la del sistema médico. Las víctimas, tras el contacto con el sistema legal, refieren sentirse mal consigo mismas, culpables, deprimidas, violadas, dañadas por el sistema y reacias a buscar más ayuda.

Factores	Estudios	Hallazgos empíricos
4. Victimización secundaria	Kaukinen y DeMaris, 2009.	Se relaciona la respuesta de la policía tras la revelación de la agresión sexual con una mayor sintomatología, incluso cuando se arresta al agresor.
	Campbell <i>et al.</i> , 1999.	Las conductas llevadas a cabo por el personal de los servicios comunitarios que se relacionan con una mayor sintomatología son las de culpa y duda, es decir, que se les diga que su caso no es muy creíble o que no es lo suficientemente serio como para continuar con el proceso legal.
	Campbell <i>et al.</i> , 1999; Campbell, Wasco <i>et al.</i> , 2001.	Existencia de un grupo de alto riesgo de padecer victimización secundaria, formado por víctimas de un agresor conocido, las cuales se relacionan también con recibir una mínima ayuda, incluso comparándolas con las víctimas que no reciben ayuda.
	Campbell, 2008; Campbell, Wasco <i>et al.</i> , 2001.	Se añade a este grupo de alto riesgo otras características como pertenecer a minorías étnicas o tener un bajo estatus socioeconómico.

Segunda Parte

Investigación Empírica

CAPÍTULO IV

Metodología de investigación

4.1. INTRODUCCIÓN

Algunos autores han definido la agresión sexual atendiendo al elemento de coerción sexual principalmente, así como marcando el énfasis en la percepción que tenga la mujer de la agresión que ha sufrido, sean cuales sean las formas y circunstancias en que dicha agresión haya sido llevada a cabo (Corral *et al.*, 1997; Osborne, 2001).

En este trabajo de investigación se va a hacer referencia al término *agresión sexual* de forma general, siguiendo la definición que proponen Corral *et al.* (1997) y Osborne (2001), que establece una definición de la agresión sexual atendiendo al elemento de coerción sexual principalmente, no precisando, como la definición jurídica, el medio empleado para imponer sobre otra persona una actividad sexual que no desea. Es decir, se entiende por agresión sexual “cualquier tipo de actividad sexual cometida contra el deseo de una persona, ya sea con la utilización efectiva o con la amenaza de utilización de la fuerza, o por imposición de la voluntad del agresor o por cualquier otro medio”.

Por lo tanto, se han tenido en cuenta los dos primeros Capítulos del Título VIII del Libro II del Código Penal (1995, revisión de 2011) que recogen los delitos de agresión y abuso sexual. En las tablas 4.1. y 4.2. se presenta un resumen de las penas de prisión para estos delitos en personas adultas.

Como se describe en anteriores capítulos, la agresión sexual es un delito que causa un severo impacto a lo largo del tiempo, tanto en la salud física y psicológica como en el bienestar social de las personas que lo sufren.

En los diferentes estudios, parece existir un acuerdo en cuanto a las principales consecuencias derivadas de una agresión sexual. Entre ellas se destacan el trastorno de estrés postraumático, la depresión, trastornos de ansiedad, abuso o dependencia de sustancias, intentos autolíticos, trastornos de alimentación y disfunciones sexuales. Asimismo, también puede quedar afectada la salud física y el ajuste social en diversas áreas.

Tabla 4.1. Pena de prisión para el delito de agresión sexual.

	Sin agravantes	Con agravantes
Tipo básico (sin penetración)	1 a 5 años	5 a 10 años
Tipo cualificado (con penetración)	6 a 12 años	12 a 15 años

Tabla 4.2. Pena de prisión para el delito de abuso sexual.

	Sin agravantes	Con agravantes
Tipo básico (sin penetración)	1 a 3 años o multa	2 a 3 años o multa
Tipo cualificado (con penetración)	4 a 10 años	7 a 10 años

No obstante, estos cuadros sintomáticos no aparecen en todos los casos, ni se dan de forma uniforme, sino que varían en su intensidad y características ya que las víctimas pueden reaccionar de diferente forma ante un mismo suceso traumático.

Asimismo, se ha puesto de manifiesto la existencia de factores que influyen en el impacto de una agresión sexual generando variaciones en la sintomatología. A pesar de que los resultados obtenidos son contradictorios en algunos casos y poco concluyentes, varios autores han tratado de organizar estos factores a través de un modelo ecológico del impacto de la agresión sexual en la salud mental de la mujer (Campbell *et al.*, 2009) o en función del momento temporal en el que aparecen (Echeburúa *et al.*, 1995).

En esta investigación se han recogido los principales factores descritos en anteriores estudios para comprobar su efecto sobre la sintomatología desarrollada tras una agresión sexual. Estos factores se han organizado, siguiendo la clasificación de Echeburúa *et al.* (1995) en: anteriores y posteriores a la violación, así como durante la misma.

A continuación, se describen las características de la muestra de mujeres víctimas de agresión sexual y la metodología utilizada en la presente investigación.

4.2. PARTICIPANTES

Las participantes fueron 77 mujeres mayores de edad, víctimas de agresiones sexuales en la edad adulta, que acudieron al Centro de Atención a Víctimas de Agresiones Sexuales (C.A.V.A.S.) de Madrid entre los años 2010 y 2012.

A este centro se puede acceder mediante la derivación tanto de la policía como de los hospitales y Servicios Sociales. Asimismo, se puede acceder de forma personal sin derivación de ningún recurso, por lo que no es necesario haber denunciado la agresión sexual.

Cuando se habla de agresión sexual como criterio de inclusión en la investigación, se tiene en cuenta tanto la definición de agresión sexual como la de abuso sexual según el actual Código Penal.

Las características demográficas de la muestra se describen en la tabla 4.3.

Tabla 4.3. Características demográficas de la muestra.

Variables sociodemográficas		N	%
Edad	18-30	46	59.7
	31-40	22	28.6
	41-50	9	11.7
	> 50	0	0
Estado civil	Soltera	61	79.2
	Casada	10	13
	Separada/divorciada	6	7.8
	Viuda	0	0
Lugar de origen	España	52	67.5
	Resto Europa	2	2.6
	América del Norte	2	2.6
	América del Sur	20	26
	África	1	1.3
	Asia-Oceanía	0	0
Nivel de estudios	Sin estudios	0	0
	Formación profesional	14	18.2
	Estudios primarios	7	9.1
	Estudios secundarios	23	29.9
	Estudios universitarios	33	42.9
Situación laboral	En activo	37	48.1
	Desempleada	21	27.3
	Jubilada	0	0
	Otros	19	24.7

4.3. DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

4.3.1. Variables independientes (predictoras)

De todos los factores que han puesto de manifiesto las investigaciones tener un efecto sobre la sintomatología desarrollada a partir de una agresión sexual, se han elegido las variables para su inclusión en el protocolo de evaluación, tratando que sean representativas de cada área. Asimismo se ha tratado de no excederse en la utilización de un gran número de cuestionarios dadas las características especiales y situación vital de la muestra utilizada.

Tanto la entrevista clínica como los cuestionarios y escalas empleados en el protocolo de evaluación que se detallan a continuación, se pueden consultar en el apartado de anexos.

4.3.1.1. *Variables anteriores a la agresión sexual*

- *Variables demográficas*

De todas las variables demográficas recogidas en la entrevista se ha empleado como variable predictora fundamental la edad. Para el análisis descriptivo, esta variable se ha organizado en los siguientes intervalos: 18-30 años, 31-40 años,

41-50 años y mujeres mayores de 50 años. Sin embargo, para los análisis de regresión se ha tomado la variable edad como una variable continua.

- *Trastornos psicológicos previos*

Se tiene en cuenta cualquier trastorno psicológico que haya recibido un diagnóstico por parte de un profesional de la salud, a través de preguntas específicas incluidas en la entrevista clínica administrada. Los valores de esta variable son: ausencia de trastorno, ansiedad, depresión, trastorno de personalidad, trastorno psicótico, intento de suicidio y otros.

- *Abuso de alcohol y/o drogas*

En la entrevista se ha incluido un apartado para evaluar la existencia de consumo de alcohol y/o drogas tanto en la actualidad como en el pasado. Se trata de una variable dicotómica cuyos valores son la presencia o ausencia del consumo.

- *Historia psicopatológica familiar*

En este caso es necesario que se haya recibido un diagnóstico por un profesional de la salud. Se añade también el grado de parentesco con la persona que presenta el problema psicológico. Los valores de esta variable son: ausencia de trastorno, ansiedad, depresión, trastorno de personalidad, trastorno psicótico, intento de suicidio, adicciones y otros.

- *Trauma previo*

Bajo esta categoría se agrupan las siguientes variables: abuso sexual infantil, abuso físico infantil, una agresión física, robo, otra agresión sexual, malos tratos o haber sido testigo de un episodio violento. Todas estas variables son dicotómicas, cuyos valores son presencia o ausencia de cada tipo de trauma.

Asimismo también se tiene en cuenta otra variable llamada “acumulación de violencia”. Esta variable también es dicotómica y se considera que la acumulación de violencia está presente cuando la persona ha vivido dos o más de los episodios anteriores.

- *Sucesos estresantes*

Se recogen los sucesos estresantes ocurridos en el último año, tomando como variables las diferentes áreas: problemas de salud, cambio de domicilio o trabajo, problemas económicos, problemas laborales, problemas familiares, muerte de una persona cercana y una opción abierta para otros sucesos no recogidos en la lista. Todas estas variables son dicotómicas, cuyos valores son presencia o ausencia de cada tipo de suceso estresante.

- *Personalidad*

Se evalúan a través del “Inventario NEO reducido de cinco factores” (*NEO Five Factor Inventory*, NEO-FFI; Costa y McCrae, 1999) los cinco grandes rasgos de personalidad: neuroticismo, extraversión, apertura, amabilidad y responsabilidad. Se establecen por tanto, cinco variables que se corresponden con cada escala y cuyos valores son la puntuación obtenida.

4.3.1.2. *Variables que intervienen durante la agresión sexual*

- *Características de la agresión*

Las variables recogidas en la entrevista semiestructurada dentro de esta categoría son:

- Tipo de delito sufrido: cuyos valores son abuso sin penetración, abuso con penetración, agresión sin penetración y agresión con penetración.
- Número de agresores: se trata de una variable continua que recoge de manera abierta el número de agresores que intervienen en la agresión.
- Actos cometidos por el agresor: bajo esta categoría se agrupan a su vez las siguientes variables: tocamientos, penetración vaginal, penetración anal, felación, masturbación, lesiones y otros. Todas estas variables son dicotómicas, cuyos valores son presencia o ausencia de cada tipo de acto.
- Medios de coacción empleados por el agresor: bajo esta categoría se agrupan a su vez las siguientes variables: amenazas, golpes, vejaciones, arma blanca, arma de fuego, engaños, abuso de autoridad, regalos y otros. Todas estas variables son dicotómicas, cuyos valores son presencia o ausencia de cada tipo de medio de coacción.
- Estado alterado de la víctima antes de la agresión: esta variable tiene dos valores que son estar consciente o inconsciente, este último valor incluye también estar embriagada o drogada.
- Reacción de la víctima durante la agresión: bajo esta categoría se agrupan a su vez las siguientes variables: quedar paralizada, huir, intentar convencerle, defenderse/forcejear, suplicar, iniciar conversación, gritar y otros. Todas estas variables son dicotómicas, cuyos valores son presencia o ausencia de cada tipo de reacción.
- Relación de la víctima con el agresor: esta variable tiene tres valores que son que el agresor sea desconocido, conocido o allegado (en este caso se tiene en cuenta que sea pareja o familiar).

4.3.1.3. *Variables posteriores a la agresión sexual*

- *Tiempo transcurrido desde la agresión*

En la entrevista se recoge esta variable continua cuyos valores son los meses transcurridos desde la agresión hasta el momento de la evaluación.

- *Denuncia de la agresión*

Esta variable se recoge en la entrevista y tiene dos valores: si la víctima ha denunciado o no la agresión.

- *Creencias desadaptativas*

Medida con el “Inventario de Cogniciones Postraumáticas” (*The Posttraumatic Cognitions Inventory*, PTCI; Foa *et al.*, 1999; Traducción de Rincón, 2003). Se tienen en cuenta como variables predictoras las tres escalas del inventario: creencias desadaptativas sobre uno mismo, sobre el mundo y de culpa, así como la escala total. Por tanto, en esta categoría se recogen cuatro variables, cuyos valores se corresponden con la puntuación obtenida en cada subescala.

- *Culpa*

Medida con la puntuación en la escala de conducta culpa del “Rape Attribution Questionnaire” (RAQ; Frazier, 2003). Por tanto, el valor de esta variable se corresponde con la puntuación obtenida en dicha subescala.

- *Control sobre la recuperación*

La medición de esta variable consiste en la puntuación en la escala de control presente del “Rape Attribution Questionnaire” (RAQ; Frazier, 2003). Por tanto, el valor de esta variable se corresponde con la puntuación obtenida en dicha subescala.

- *Creencia en el control sobre el futuro*

La medición de esta variable se basa en la puntuación en la escala de control futuro del “Rape Attribution Questionnaire” (RAQ; Frazier, 2003). Por tanto, el valor de esta variable se corresponde con la puntuación obtenida en dicha subescala.

- *Creencia en una mayor probabilidad de tener una nueva agresión*

La medición de esta variable consiste en la puntuación en la escala de control futuro del “Rape Attribution Questionnaire” (RAQ; Frazier, 2003). Por tanto, el valor de esta variable se corresponde con la puntuación obtenida en dicha subescala.

- *Estrategias de afrontamiento*

El objetivo de incluir esta variable es evaluar cómo responden las mujeres ante la agresión sexual a través de la “Escala abreviada COPE de afrontamiento”

(*Brief COPE*, COPE-28; Carver, 1997; adaptación española de Crespo y Cruzado, 1997). Se tiene en cuenta como variables independientes sus catorce escalas: afrontamiento activo, planificación, apoyo emocional, apoyo social instrumental, religión, reevaluación positiva, aceptación, negación, humor, autodistracción, autoinculpción, desconexión conductual, desahogo y uso de sustancias. Los valores de cada variable se corresponden con la puntuación obtenida en cada subescala.

- *Apoyo social*

Las variables recogidas en la entrevista semiestructurada dentro de esta categoría son:

- Existencia de apoyo social: variable dicotómica cuyos valores son la presencia o ausencia de apoyo social.
- Satisfacción percibida del apoyo social: esta variable toma cinco valores organizados en una escala tipo Likert cuya gradación va desde muy malo hasta muy bueno.

En la siguiente tabla se resumen todas las variables independientes o predictoras y sus respectivos instrumentos de medida en función del momento temporal de vulnerabilidad.

Tabla 4.4. Resumen de las variables predictoras e instrumentos de medida.

Momento temporal de vulnerabilidad	Variables predictoras	Instrumentos de medida
<i>Anterior a la agresión</i>	Demográficas	Entrevista
	– Edad.	
	Trastornos psicológicos previos	
	Abuso de alcohol y/o drogas	
	Historia psicopatológica familiar	
	Trauma previo	
– Abuso sexual infantil.		
– Abuso físico infantil.		
– Agresión física.		
– Robo.		
– Otra agresión sexual.		
– Malos tratos.		
– Testigo episodio violento.		
– Acumulación de violencia.		
	Personalidad	“Inventario NEO reducido de cinco factores” (<i>NEO Five Factor Inventory</i> , NEO-FFI; Costa y McCrae, 1999).
	– Neuroticismo.	
	– Extraversión.	
	– Apertura.	
	– Amabilidad.	
	– Responsabilidad.	
	Sucesos estresantes	Entrevista
– Problemas de salud.		
– Cambio domicilio o trabajo.		
	– Problemas económicos.	

Momento temporal de vulnerabilidad	Variables predictoras	Instrumentos de medida
<i>Anterior a la agresión</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Problemas laborales. - Problemas familiares. - Muerte de persona cercana. - Otros. 	Entrevista
<i>Durante la agresión</i>	<p>Características de la agresión</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Tipo de delito:</i> <ul style="list-style-type: none"> - Abuso sin penetración. - Abuso con penetración. - Agresión sin penetración. - Agresión con penetración. - <i>Número de agresores.</i> - <i>Actos cometidos:</i> <ul style="list-style-type: none"> - Tocamientos. - Penetración vaginal. - Penetración anal. - Felación. - Masturbación. - Lesiones. - Otros. - <i>Medios de coacción:</i> <ul style="list-style-type: none"> - Amenazas. - Golpes. - Vejaciones. - Arma blanca. - Arma fuego. - Engaños. - Abuso autoridad. - Regalos. - Otros. - <i>Estado alterado de víctima.</i> - <i>Reacción de la víctima:</i> <ul style="list-style-type: none"> - Quedar paralizada. - Huir. - Intentar convencerle. - Defenderse/Forcejear. - Suplicar. - Iniciar conversación. - Gritar. - Otros. - <i>Relación con agresor:</i> <ul style="list-style-type: none"> - Desconocido. - Conocido. - Allegado. 	Entrevista
<i>Posterior a la agresión</i>	Tiempo transcurrido desde la agresión	Entrevista
	Denuncia de la agresión	
	<p>Creencias desadaptativas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Creencias desadaptativas uno mismo. - Creencias desadaptativas mundo. - Creencias desadaptativas culpa. - Creencias desadaptativas total. 	“Inventario de cogniciones postraumáticas” (<i>The Posttraumatic Cognitions Inventory</i> , PTCI; Foa <i>et al.</i> , 1999).
	Culpa	“Rape Attribution Questionnaire” (RAQ; Frazier, 2003).
	Control sobre la recuperación	“Rape Attribution Questionnaire” (RAQ; Frazier, 2003).

Momento temporal de vulnerabilidad	Variables predictoras	Instrumentos de medida
<i>Posterior a la agresión</i>	<i>Creencia control futuro</i>	“Rape Attribution Questionnaire” (RAQ; Frazier, 2003).
	<i>Creencia mayor probabilidad de nueva agresión</i>	“Rape Attribution Questionnaire” (RAQ; Frazier, 2003).
	<i>Estrategias de afrontamiento</i> – Afrontamiento activo. – Planificación. – Apoyo emocional. – Apoyo social instrumental. – Religión. – Reevaluación positiva. – Aceptación. – Negación. – Humor. – Autodistracción. – Autoinculpación. – Desconexión conductual. – Desahogo. – Uso de sustancias.	“Escala abreviada COPE de afrontamiento” (<i>Brief COPE</i> , COPE-28; Carver, 1997).
	<i>Apoyo social</i> – Existencia apoyo social. – Satisfacción apoyo social.	Entrevista

4.3.2. Variables dependientes (de criterio)

En la elaboración del protocolo de evaluación se ha tenido en cuenta más de una variable dependiente, que hacen referencia a la sintomatología principal, que según la teoría, desarrollan las víctimas tras una agresión sexual.

Todos los cuestionarios y escalas empleados en el protocolo de evaluación que se detallan a continuación se pueden consultar en el apartado de anexos.

Así, se contempla:

- *Trastorno de estrés postraumático*

Este trastorno se evaluó a través de la “Escala de trauma de Davidson” (*The Davidson Trauma Scale*, DTS; Davidson *et al.*, 1997). Se tiene en cuenta como variables dependientes sus tres subescalas: gravedad del estrés postraumático, frecuencia del estrés postraumático y estrés postraumático total. Los valores de cada variable se corresponden con la puntuación obtenida en cada subescala.

- *Depresión*

Esta variable se ha medido con el “Inventario de depresión de Beck” (*Beck Depression Inventory*, BDI; Beck *et al.*, 1979; versión española de Vázquez y Sanz, 1997). El valor de la variable se corresponde con la puntuación obtenida en dicha escala.

- *Ansiedad*

Medida a través del “Inventario de ansiedad de Beck” (*Beck Anxiety Inventory*, BAI; Beck *et al.*, 1988). El valor de la variable se corresponde con la puntuación obtenida en dicha escala.

- *Inadaptación general*

Medida con la “Escala de inadaptación” (EI; Echeburúa *et al.*, 2000). Se han introducido como variables de criterio todas las subescalas: trabajo, vida social, tiempo libre, pareja, familia, inadaptación global e inadaptación total. Los valores de cada variable se corresponden con la puntuación obtenida en cada subescala.

En la siguiente tabla se resumen todas las variables dependientes o de criterio y sus respectivos instrumentos de medida.

Tabla 4.5. Resumen de las variables criterio e instrumentos de medida.

VARIABLES CRITERIO	INSTRUMENTOS DE MEDIDA
<p>TEPT</p> <ul style="list-style-type: none"> – Gravedad. – Frecuencia. – Total. 	<p>“Escala de trauma de Davidson” (<i>The Davidson Trauma Scale</i>, DTS; Davidson <i>et al.</i>, 1997)</p>
<p>Depresión</p>	<p>“Inventario de depresión de Beck” (<i>Beck Depression Inventory</i>, BDI; Beck <i>et al.</i>, 1979)</p>
<p>Ansiedad</p>	<p>Inventario de ansiedad de Beck” (<i>Beck Anxiety Inventory</i>, BAI; Beck <i>et al.</i>, 1988)</p>
<p>Inadaptación general</p> <ul style="list-style-type: none"> – Trabajo. – Vida social. – Tiempo libre. – Pareja. – Familia. – Global. – Total. 	<p>“Escala de inadaptación” (EI; Echeburúa <i>et al.</i>, 2000)</p>

4.4. INSTRUMENTOS DE MEDIDA

El protocolo de evaluación se divide en dos grandes apartados. Por un lado, una entrevista semiestructurada con 26 preguntas y por otro, una serie de cuestionarios autoaplicados que se describen a continuación (Ver anexo).

4.4.1. Entrevista

Se ha empleado la entrevista semiestructurada utilizada por el centro CAVAS para la evaluación inicial, que recoge información acerca de las características demográficas y características propias de la agresión.

Por otro lado, se ha completado con una serie de preguntas elaboradas específicamente para la presente investigación, con el fin de recoger información relevante acerca de otras variables como: trastornos psicológicos previos, abuso de alcohol y/o drogas, historia psicopatológica familiar, trauma previo, sucesos estresantes en el último año, tiempo transcurrido desde la agresión y apoyo social.

Asimismo, se han creado 6 ítems específicamente para la evaluación de la variable victimización secundaria. Se evalúa el trato recibido tanto por la policía como en el reconocimiento forense, la espera en ambos recursos, si algún profesional sugirió que el caso no era lo suficientemente serio o si se responsabilizó a la víctima y el grado de conocimiento del proceso judicial a seguir desde la denuncia. Estas preguntas tienen una escala tipo Likert, con una gradación de 1 (“muy malo”) a 5 (“muy bueno”) en los primeros ítems y de 1 (“totalmente en desacuerdo”) a 5 (“totalmente de acuerdo”) en el resto. De estos ítems, los dos primeros y el último se puntúan de modo inverso. Estas variables se analizan únicamente de forma descriptiva.

4.4.2. Instrumentos de autoinforme

Se describen a continuación los instrumentos de autoinforme que se han aplicado en el proceso de evaluación. En el anexo se presenta un ejemplar de cada uno de estos instrumentos.

- *“Inventario de cogniciones postraumáticas” (The Posttraumatic Cognitions Inventory, PTCI; Foa et al., 1999).*

Es una escala tipo Likert que cuenta con 36 ítems, con una gradación de 1 (totalmente en desacuerdo) a 7 (totalmente de acuerdo), que sirve para evaluar pensamientos y creencias relacionados con el trauma. Consta de tres subescalas que miden cogniciones negativas acerca de sí mismo, cogniciones negativas acerca del mundo y autopunición.

La escala fue validada en una muestra de 601 voluntarios norteamericanos, de los que 392 habían experimentado eventos traumáticos y 170 de ellos habían desarrollado trastorno de estrés postraumático. Tanto sus tres escalas específicas como la escala global muestran una excelente consistencia interna, con puntuaciones obtenidas mediante el alfa de Cronbach superiores a .86 en todas ellas y una fiabilidad test-retest superior a .70. En la presente investigación, el coeficiente alfa alcanzó el valor de .95 para la escala total.

- *“Cuestionario RAQ” (Rape Attribution Questionnaire, RAQ; Frazier, 2003)*

Este cuestionario fue desarrollado por Frazier (2003) y consta de una serie de escalas que miden la conducta de culpa, la culpa externa, el control sobre la recuperación y el control futuro. Las respuestas se codifican en una escala de 5 puntos donde 5= muy frecuentemente y 1=nunca. Estas escalas tienen una alta fiabilidad.

En el estudio de Frazier (2003) el coeficiente alfa para la escala de conducta culpa fue $\alpha = .87$, para la escala de control sobre la recuperación fue $\alpha = .81$, y para las escalas de control futuro y probabilidad de una nueva agresión, el coeficiente alfa fue .70 y .83 respectivamente. En la investigación de Koss *et al.* (2002), el coeficiente alfa fue $\alpha = .83$ para la escala de conducta culpa. En la presente investigación, el coeficiente alfa alcanzó el valor de .68 para la escala total.

- “Escala abreviada COPE de afrontamiento” (*Brief COPE, COPE-28; Carver, 1997; adaptación española de Crespo y Cruzado, 1997*).

Este cuestionario está formado por 28 ítems en su versión reducida con una escala tipo Likert de cuatro puntos, donde 1= “No hago nada de esto en absoluto” y 4= “Hago esto con mucha frecuencia” (Traducido por Morán, Landero y González, 2010). Este cuestionario revisa las siguientes áreas: afrontamiento activo, planificación, apoyo social instrumental, búsqueda de apoyo social emocional, autodistracción, religión, reevaluación positiva, aceptación, centrarse en las emociones y desahogarse, autoinculpación, negación, desconexión conductual, humor y consumo de alcohol y drogas.

El coeficiente de fiabilidad alfa en la escala original fue de .45 a .92 (sólo una de las escalas tiene un coeficiente menor de .60), empleándose la versión reducida únicamente para fines de investigación. En esta investigación, el COPE obtuvo un coeficiente alfa de .60 para la escala total.

- “Escala de Trauma de Davidson” (*The Davidson Trauma Scale, DTS; Davidson et al., 1997*)

Diseñada para valorar la frecuencia y severidad de los síntomas del trastorno de estrés postraumático en individuos que han sufrido un evento estresante. Sus ítems se basan en los criterios DSM-IV para este trastorno. Validado en España por Bobes *et al.* (2000) con una consistencia interna de $\alpha = .90$ y una validez concurrente con el SCID de .83. En la presente investigación, el DTS obtuvo un alfa de .84 para ambas sub-escalas de frecuencia y gravedad.

- “Inventario de depresión de Beck” (*Beck Depression Inventory, BDI; Beck et al., 1979; versión española de Vázquez y Sanz, 1997*)

Es un instrumento que tiene como objetivo identificar los síntomas depresivos y evaluar la intensidad de los mismos. Para este estudio, se ha utilizado la versión autoaplicada de 21 ítems. Los ítems están estructurados en una escala tipo Likert con cuatro alternativas de respuesta (de 0 a 3), que el sujeto debe elegir en función de cómo se ha sentido durante la última semana.

Presenta una fiabilidad test-retest que oscila entre .60 y .62 y una elevada consistencia interna ($\alpha = .83$). En la presente investigación, el BDI obtuvo un alfa de .93.

- “*Inventario de ansiedad de Beck*” (*Beck Anxiety Inventory, BAI; Beck et al., 1988*)

Este inventario tiene por objetivo ofrecer una medida fiable y válida de la ansiedad que discrimine de forma fiable del constructo de la depresión. Consta de 21 ítems de los cuales, 14 (el 66.7%) se refieren a síntomas fisiológicos, mientras que sólo 4 evalúan aspectos cognitivos y 3 aspectos afectivos de la ansiedad. Por otro lado, 19 de los 21 ítems (90.5%) se refieren a síntomas característicos de las crisis de angustia. Los ítems están estructurados en una escala tipo Likert que oscila de 0 (nada en absoluto) a 3 (gravemente, casi no podía soportarlo).

Ha sido traducido por Sanz y Navarro (2003), y han analizado sus propiedades psicométricas encontrando una consistencia interna que oscila entre .90 y .94. En la presente investigación, el BAI obtuvo un alfa de .94.

- “*Escala de inadaptación*” (*EI; Echeburúa et al., 2000*)

Es una escala tipo Likert que cuenta con 6 ítems, con una gradación de 0 (nada) a 5 (muchísimo), que evalúa en qué medida el problema del sujeto afecta a las diferentes áreas de su vida como el trabajo, vida social, tiempo libre, relación de pareja y convivencia familiar, junto con una valoración global. El rango de la escala total es 0 a 30, cuanto mayor es la puntuación, mayor es la inadaptación, proponiéndose como punto de corte 12, en la escala total, y 2 en cada subescala o ítem.

La escala ha sido validada en población española, con una muestra clínica de 222 pacientes aquejados de cuadros clínicos diversos y con una muestra normativa de 100 sujetos. El índice de consistencia interna obtenido mediante el coeficiente alfa de Cronbach, en el conjunto total de sujetos, ha sido de .94. En la presente investigación, la escala EI obtuvo un alfa de .74.

- “*Inventario NEO reducido de cinco factores*” (*NEO Five Factor Inventory, NEO-FFI; Costa y McCrae, 1999*).

En esta versión reducida ofrece una medida rápida de los cinco factores de personalidad: neuroticismo, extraversión, apertura, amabilidad y responsabilidad de forma general sin tener en cuenta cada una de sus facetas. La consistencia interna de las facetas del NEO-FFI en la adaptación española realizada por Manga, Ramos y Morán (2004), osciló entre .71 y .82.

4.5. PROCEDIMIENTO

En la selección de la muestra (77 mujeres) se tuvieron en cuenta todas las mujeres que llegaron al centro a partir del inicio de la investigación (entre los años 2010 y 2012), siempre que cumplieran con los criterios de inclusión. Estos criterios son: ser mayores de edad y haber sufrido la agresión sexual en la edad adulta. Cuando se

habla de agresión sexual como criterio de inclusión en la investigación, se tiene en cuenta tanto la definición de agresión sexual como la de abuso sexual según el actual Código Penal.

En un primer momento, todas las mujeres tuvieron una entrevista inicial con la trabajadora social del centro, en la cual se les planteó la posibilidad de colaborar voluntariamente en la investigación, se obtuvo el consentimiento informado y se garantizó la confidencialidad de los datos, además de ofrecer los recursos propios del centro sin ningún compromiso con la investigación. Estos recursos son la atención psicológica y jurídica, para quien lo necesite, de forma gratuita.

Los datos demográficos y de la agresión se recogen a través de una entrevista realizada por la trabajadora social del centro, con la experiencia y entrenamiento requerido para tal fin. Estos datos se recogen con independencia de la participación en la investigación ya que es un requisito del centro. El resto de variables de la entrevista semiestructurada se añadieron posteriormente.

Una vez que se obtuvo el consentimiento informado, se procedió a la evaluación. La evaluación se llevó a cabo en una sala acondicionada del propio centro, donde la persona pudo realizar las pruebas con total comodidad y sin interrupciones.

La segunda parte del protocolo son los cuestionarios autoadministrados, por lo que no es necesario ningún entrevistador ni observador. Las instrucciones para las pruebas fueron dadas por la trabajadora social. Estos cuestionarios se realizaron en el mismo día de la entrevista.

Por otra parte, la psicóloga del centro estaba disponible, además de la trabajadora social, por si surgiera alguna duda.

El orden de los cuestionarios se ha ido cambiando de forma aleatoria para eliminar el efecto del cansancio u otros factores contaminadores.

En algunos casos, cuando las víctimas no dieron su consentimiento o se consideró que no podían realizar los cuestionarios, se perdieron algunos datos. En este caso, se continuó captando participantes hasta finalizar la investigación.

CAPÍTULO V

Estudio descriptivo de las víctimas de agresión sexual

5.1. OBJETIVOS

En este primer estudio se realiza un análisis descriptivo de las características socio-demográficas y de la agresión sexual sufrida por las víctimas, así como de la victimización secundaria presentada en la muestra de mujeres agredidas sexualmente.

A continuación se hace una descripción de la muestra en función de la edad, estado civil, lugar de origen, nivel de estudios y situación laboral.

Por otro lado, también se analiza la muestra en función de las siguientes variables propias de la agresión sexual: el tipo de delito sufrido, número de agresores, actos cometidos en la agresión, medios de coacción empleados, estado de la víctima antes de la agresión, reacción de la víctima durante la agresión, relación de la víctima con el agresor y la denuncia del suceso.

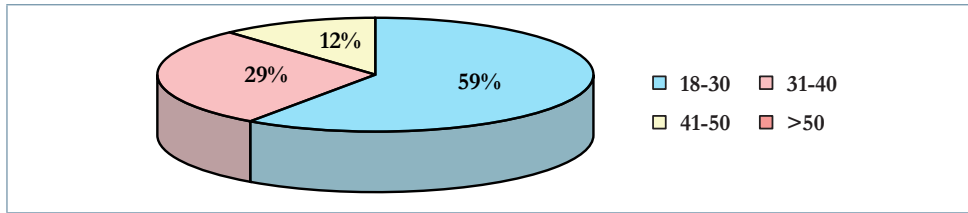
Finalmente, se presenta un análisis descriptivo de las variables que forman la victimización secundaria: el trato recibido tanto por la policía como en el reconocimiento forense, la espera en ambos recursos, si algún profesional sugirió que el caso no era lo suficientemente serio o si se responsabilizó a la víctima y el grado de conocimiento del proceso judicial a seguir desde la denuncia.

5.2. CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS

Respecto a la edad de la muestra, la media es de 29.18 años, con una desviación típica de 8.15, una edad mínima de 18 y una máxima de 49.

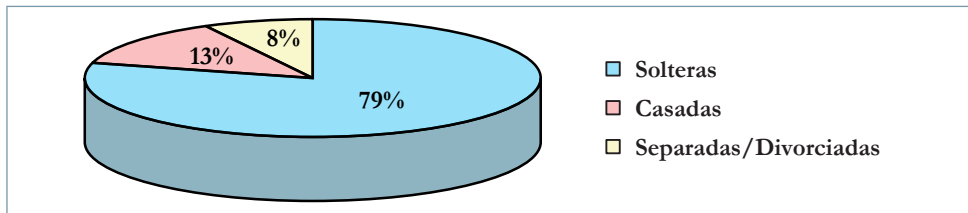
El porcentaje más alto de mujeres (59.7%) se encuentra en la franja de 18-30 años con un total de 46 mujeres. A continuación se encuentra la franja de 31-40 años con un 28.6% (22 mujeres) y la franja de 41-50 años con un 11.7% (9 mujeres). Finalmente, resaltar que no hay mujeres mayores de 50 años.

Gráfico 5.1. Descripción de la muestra según la edad.



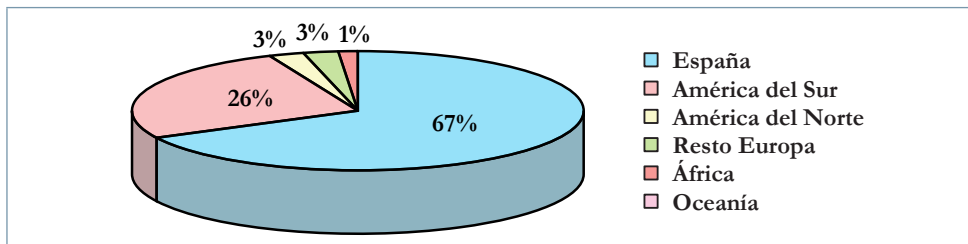
Respecto al estado civil de las mujeres de la muestra, 61 (79.2%) están solteras, 10 (13%) están casadas y 6 (7.8%) están separadas o divorciadas, no habiendo ninguna mujer viuda.

Gráfico 5.2. Descripción de la muestra según el estado civil.



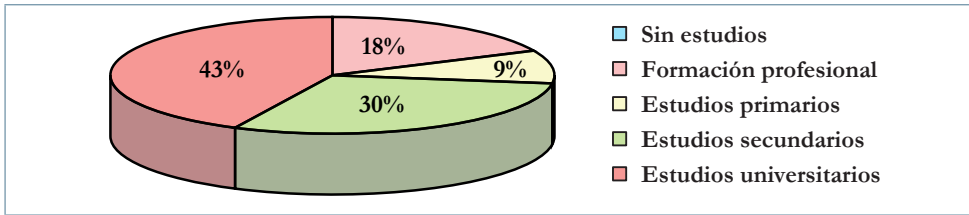
En función del lugar de origen, 52 (67.5%) mujeres son de España, 20 (26%) mujeres son de América del sur, 2 (2.6%) mujeres son de América del Norte, 2 (2.6%) mujeres son del resto de Europa y únicamente hay una mujer (1.3%) que procede de África. No hay mujeres de Oceanía.

Gráfico 5.3. Descripción de la muestra según el lugar de origen.



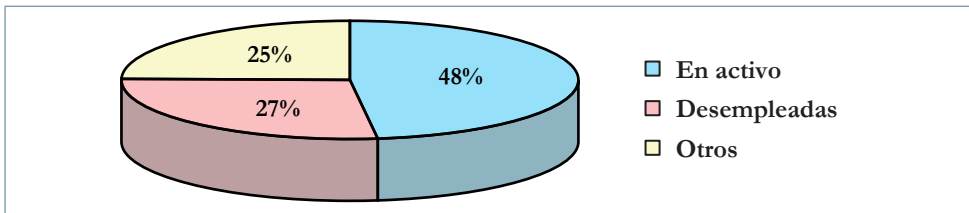
La muestra se divide en función del nivel de estudios en: 33 (42.9%) mujeres cursan o han cursado estudios universitarios, 23 (29.9%) tienen estudios secundarios, 7 (9.1%) mujeres tienen estudios primarios, 14 (18.2%) tienen formación profesional y por último no había ninguna mujer en la categoría sin estudios.

Gráfico 5.4. Descripción de la muestra según el nivel de estudios.



El 48.1% (37) de las mujeres se encuentran en activo, el 27.3% (21 mujeres) están desempleadas y el 24.7% (19 mujeres) se encuentran en situación de estudiante, de baja laboral o incapacidad temporal o permanente, recogida en la categoría de otros. No hubo en la muestra mujeres jubiladas.

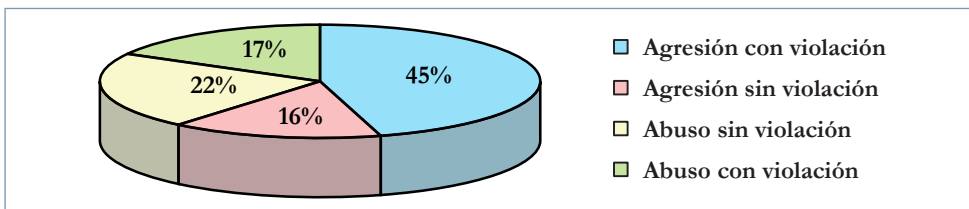
Gráfico 5.5. Descripción de la muestra según la situación laboral.



5.3. CARACTERÍSTICAS DESCRIPTIVAS DE LA AGRESIÓN SEXUAL

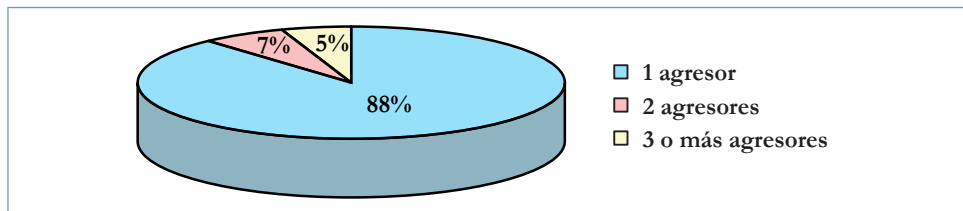
Respecto al tipo de delito sufrido por las 77 mujeres de la muestra, el 45.5% (35) sufrió una agresión sexual con violación, el 15.6% (12) sufrió una agresión sexual sin violación, el 16.9% (13) un abuso sexual con violación y el 22.1% (17) un abuso sexual sin violación.

Gráfico 5.6. Descripción de la muestra según el tipo de delito sufrido.



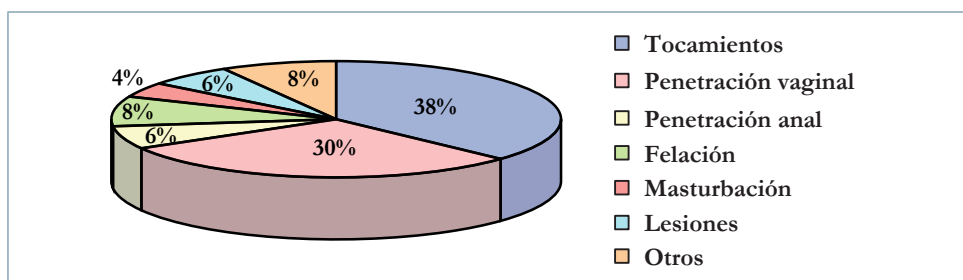
El 88.3% (68) de las mujeres fueron víctimas de un solo agresor, el 6.5% (5 mujeres) tuvo 2 agresores y el 5.2% (4 mujeres) tuvo tres o más agresores.

Gráfico 5.7. Descripción de la muestra según el número de agresores.



La distribución de la muestra en función de los actos cometidos en la agresión es la siguiente: en el 36.8% (53 mujeres) de los casos hubo tocamientos, en el 29.8% (43) hubo penetración vaginal, en el 6.2% (9) de los casos existió penetración anal, en el 8.3% (12) se cometió una felación, en el 4.1% (6) hubo masturbación, en el 6.2% (9) se produjeron lesiones y en el 8.3% (12) existieron otros actos diferentes a los recogidos en el estudio.

Gráfico 5.8. Descripción de la muestra según los actos cometidos en la agresión.



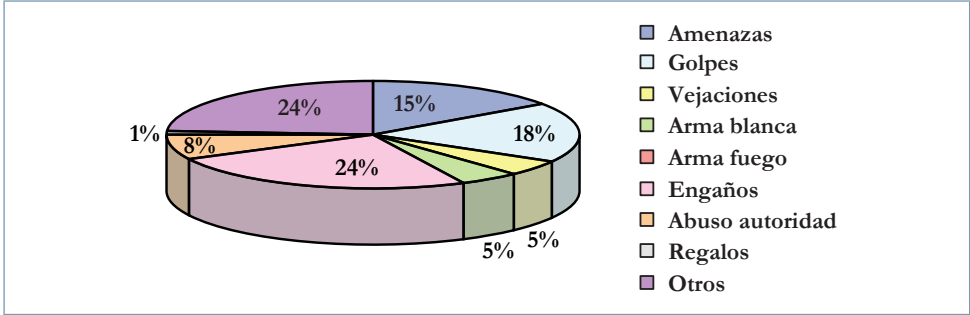
Hay que tener en cuenta que estos actos no son excluyentes y pueden darse de forma combinada en una agresión sexual.

Tabla 5.1. Algunas combinaciones de actos de una agresión sexual.

		Frecuencia	Porcentaje
Tocamientos + Penetración vaginal	Sí	23	29.9
	No	54	70.1
Tocamientos + P. vaginal + P. anal	Sí	4	5.2
	No	73	94.8
Tocamientos + P. vaginal + lesiones	Sí	2	2.6
	No	75	97.4
P. vaginal + lesiones	Sí	3	3.9
	No	74	96.1

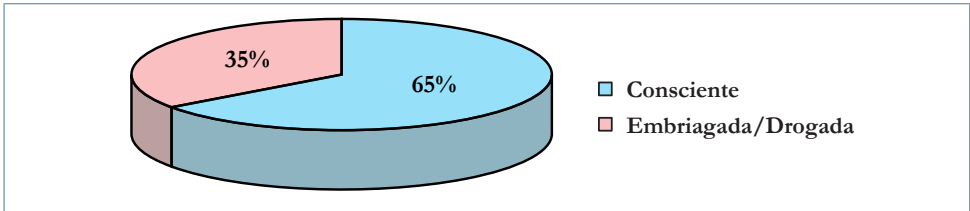
Para llevar a cabo la agresión se emplearon los siguientes medios de coacción: amenazas en el 15.2% de los casos (16 mujeres), golpes en el 18% (19), vejaciones en el 4.7% (5), arma blanca en el 4.7% (5), arma de fuego en el 0%, engaños en el 24.7% (26), abuso de autoridad en el 7.6% de los casos (8), regalos en el 1% (1) y otros (principalmente que la víctima estaba inconsciente) en el 23.8% (25). Estos medios de coacción no son excluyentes entre sí.

Gráfico 5.9. Descripción de la muestra según los medios de coacción empleados.



El 64.9% (50) de las mujeres de la muestra se encontraban conscientes y en plenas facultades en el momento de la agresión y únicamente un 35.1% (27 mujeres) fueron drogadas, embriagadas o atacadas en estado inconsciente.

Gráfico 5.10. Descripción de la muestra según el estado de la víctima.



Las diferentes reacciones, no excluyentes entre sí, que mostraron las víctimas durante la agresión sexual fueron las siguientes: quedar paralizada en el 23.3% de los casos (24 mujeres), huir en el 1.9% (2), intentar convencerle en el 12.6% (13), defenderse o forcejear en el 23.3% (24), suplicar en el 3.8% (4), iniciar una conversación con el agresor en el 1.9% (2), gritar en el 11.6% (12) y otras en el 21.3% de los casos (22).

En función de la relación con la víctima, había 24 casos en los que el agresor era un desconocido (31.2%), en 14 casos el agresor era un amigo (18.2%), en 15 casos era un conocido de horas (19.5%), en 8 casos mantenían una relación laboral (10.4%), en 4 casos el agresor formaba parte de la familia de la víctima (5.2%), en 8 casos el agresor fue la pareja (10.4%) y, finalmente, en 4 casos (5.2%) el agresor no se ajustaba a las

categorías descritas, siendo el agresor por ejemplo un vecino. No hubo agresores en las categorías de amigo de la familia y relación académica.

Gráfico 5.11. Descripción de la muestra según la reacción de la víctima.

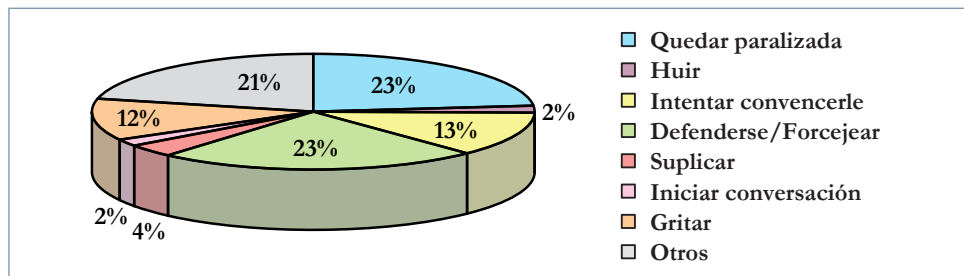
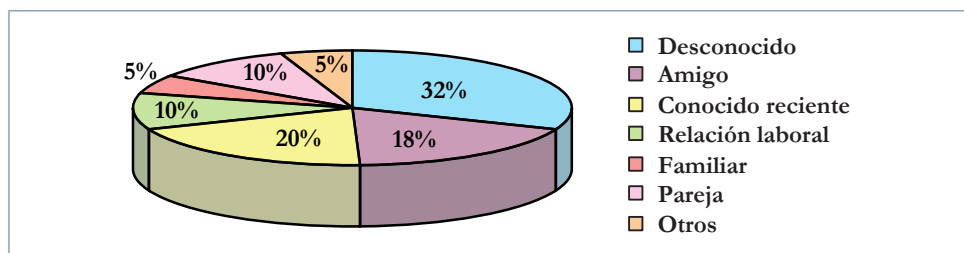
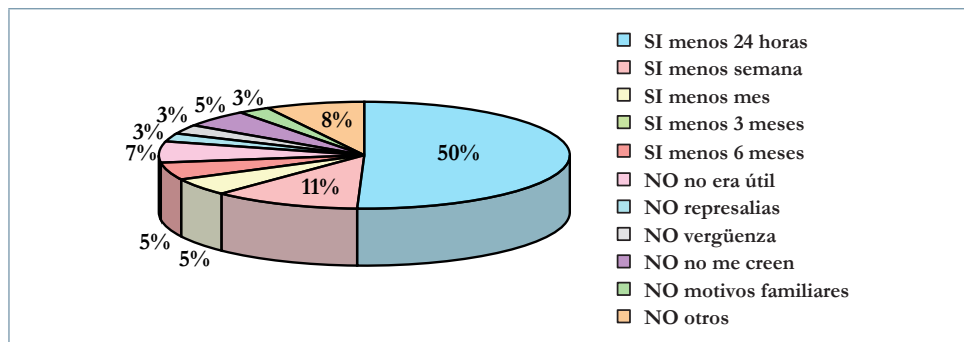


Gráfico 5.12. Descripción de la muestra según la relación con el agresor.



Respecto a la denuncia de la agresión, el 50.6% (39) de las mujeres denunció la agresión en menos de 24 horas, el 11.7% (9) lo hizo tras una semana de la agresión, el 5.2% (4) pasado un mes, ninguna mujer denunció entre uno y tres meses desde la agresión, el 5.2% (4) pasados seis meses, el 6.5% (5) no denunció porque pensaron que no era útil, el 2.6% (2) no lo hizo por miedo a las represalias, el 2.6% (2) no denunció por vergüenza, el 5.2% (4) no denunció porque temían que no se les creyese, el 2.6% (2) no lo hizo por motivos familiares y, finalmente, el 7.8% (6) no denunció por otras motivaciones no especificadas. En total, un 72.7% de las mujeres denunció la agresión y un 27.3% no lo hizo.

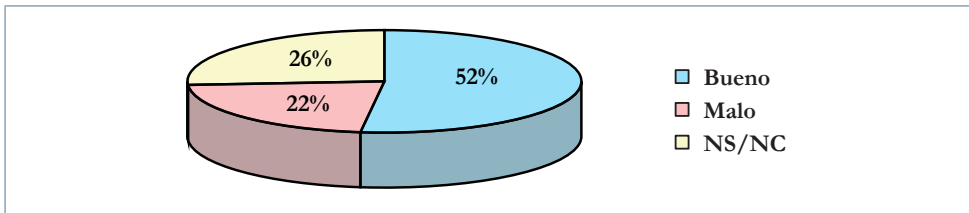
Gráfico 5.13. Descripción de la muestra según la denuncia del suceso.



5.4. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA VICTIMIZACIÓN SECUNDARIA

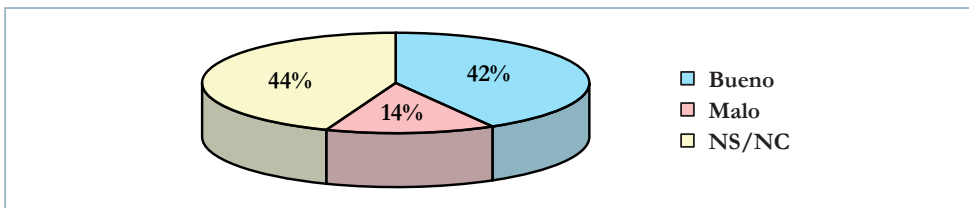
Respecto al trato recibido por la policía en el momento de la denuncia, para el 51.9% (40) de las mujeres fue bueno, para el 22.1% (17) fue malo y un 26% (20) de mujeres no contestaron porque no interpusieron denuncia de los hechos.

Gráfico 5.14. Descripción de la muestra según el trato de la policía.



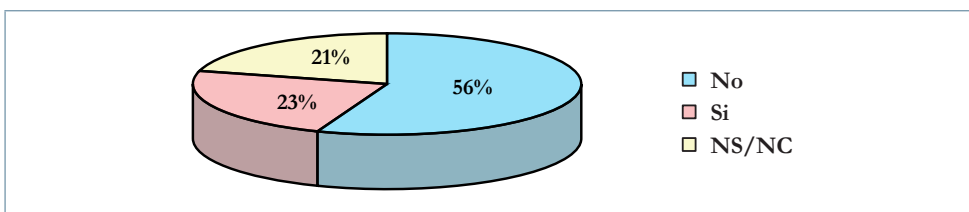
En cuanto al trato recibido por el médico en el reconocimiento forense, para el 41.6% (32) de las mujeres fue bueno, para el 14.3% (11) fue malo y un 44.2% (34) de mujeres no contestaron porque no tuvieron que realizar el reconocimiento forense. Hay que tener en cuenta que a pesar de poner una denuncia hay casos en los que el reconocimiento forense no se lleva a cabo, por ejemplo cuando la denuncia se realiza de forma tardía.

Gráfico 5.15. Descripción de la muestra según el trato del médico forense.



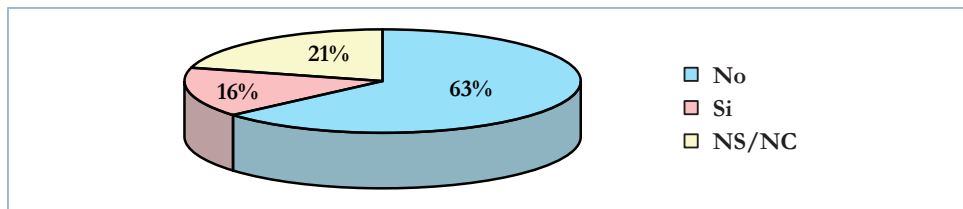
Acercas de las conductas presentadas por los profesionales que intervienen en el proceso, al 23.4% (18) de las mujeres les pareció que alguno de los profesionales les sugirió que su caso no era suficientemente serio. Al 55.8% (43) no se les sugirió que su caso no fuera serio y el 20.8% (16) de las mujeres no contestaron.

Gráfico 5.16. Descripción de la muestra según la variable sugerir caso no serio.



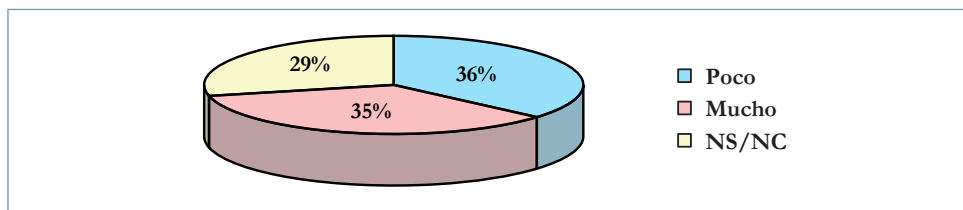
Al 15.6% (12) de las mujeres les pareció que alguno de los profesionales que intervinieron en el proceso les sugirió que tuvieron responsabilidad en la agresión. Al 63.6% (49) no se les sugirió responsabilidad en la agresión y el 20.8% (16) de las mujeres no contestaron.

Gráfico 5.17. Descripción de la muestra según la variable sugerir responsabilidad.



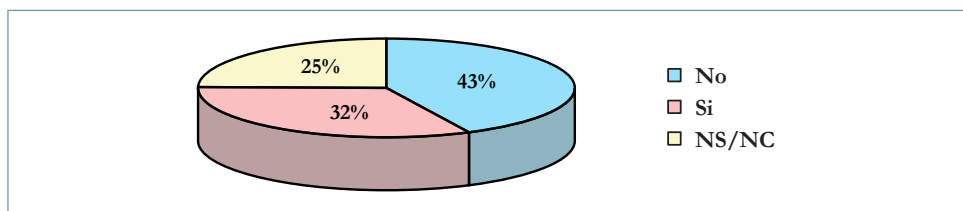
Con respecto a la espera en los servicios de policía o del médico forense, el 35.1% (27) de mujeres consideraron que tuvieron que esperar mucho, el 36.4% (28) tuvieron que esperar poco y el 28.6% (22) de mujeres no contestaron.

Gráfico 5.18. Descripción de la muestra según la espera en la policía o en el forense.



Finalmente, un 42.9% (33) de mujeres no conocía el proceso judicial a seguir a partir de la denuncia, un 32.5% (25) de las mujeres sí estaban informadas y un 24.7% (19) no contestaron.

Gráfico 5.19. Descripción de la muestra según el conocimiento del proceso judicial.



5.5. RESUMEN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS

A continuación se presentan los principales resultados que se han obtenido en el presente estudio centrado en el análisis descriptivo de las variables sociodemográficas, de las características de la agresión y de la victimización secundaria.

En relación a las variables sociodemográficas:

- Más de la mitad de las mujeres del estudio son menores de 30 años, no habiendo ninguna mujer mayor de 50 años.
- Con respecto al estado civil, la mayoría de las mujeres estaban solteras en el momento del estudio. Ninguna mujer se encontraba viuda.
- La mayoría de las mujeres del estudio son españolas. Asimismo, existe un grupo numeroso de América del Sur. Sin embargo, el resto de lugares solo están representados por una o dos mujeres, no habiendo ninguna de Oceanía.
- Todas las mujeres que han realizado el protocolo de evaluación tienen algún tipo de estudios. El menor grupo de mujeres tienen estudios primarios, a continuación formación profesional y estudios secundarios. El grupo más numeroso de mujeres tenía estudios universitarios.
- En cuanto a la situación laboral, casi la mitad de las participantes se encontraban en activo, mientras que la otra mitad se divide entre las mujeres que estaban en situación de paro o en otras situaciones como estudiante o de baja laboral.

En relación a las características de la agresión:

- El delito con una mayor prevalencia fue la agresión sexual con violación. El resto de delitos tienen una menor prevalencia, con una representación entre 12 y 17 casos.
- La gran mayoría de mujeres fueron víctimas de un solo agresor, únicamente 9 mujeres fueron víctimas de dos o más agresores.
- Los actos cometidos durante la agresión sexual que han mostrado una mayor prevalencia son los tocamientos y la penetración vaginal. De forma minoritaria se dieron los siguientes actos: penetración anal, masturbación, felación y otros. Únicamente en 9 casos se dieron lesiones físicas.
- Los actos cometidos durante la agresión no son excluyentes entre sí y pueden darse de forma combinada, sin embargo, en la mayoría de las ocasiones se han producido de forma aislada. Las combinaciones más frecuentes han sido los tocamientos más la penetración vaginal, seguido de esta combinación más la penetración anal.
- Los medios de coacción más frecuentes empleados por el agresor para llevar a cabo la agresión fueron los engaños y la categoría de otros, compuesta principalmente de casos en los que la víctima estaba inconsciente. Los siguientes medios de coacción más frecuentes fueron las amenazas y los golpes y de forma minoritaria aparecen vejaciones, arma blanca, abuso de autoridad y regalos. Finalmente, no hubo casos de empleo de armas de fuego.
- Un mayor número de participantes se encontraban conscientes durante la agresión sexual. No obstante, se han detectado 27 casos de mujeres que estaban

drogadas, embriagadas o atacadas en estado inconsciente durante la agresión o el abuso sexual.

- Las principales reacciones que mostraron las víctimas ante la agresión fueron quedar paralizada, forcejear y otros (principalmente mujeres que se encontraban en estado inconsciente durante la agresión). Las reacciones más frecuentes a continuación fueron intentar convencer al agresor y gritar. Minoritariamente se dieron reacciones como suplicar, iniciar una conversación y huir.
- En la mayoría de los casos el agresor se encontraba en el entorno de la víctima, ya sea como conocido reciente o amigo (categorías más frecuentes) como compañero de trabajo, pareja o familiar. El agresor fue desconocido para la víctima en 24 casos.
- El mayor porcentaje de las mujeres que realizaron el estudio denunció la agresión sufrida, la mayoría en las primeras 24 horas. Los principales motivos para no denunciar la agresión fueron pensar que no era útil, temer que no iban a ser creídas y otros no especificados.

En relación a las variables de victimización secundaria:

- Muchas mujeres no respondieron a estas preguntas porque no denunciaron su agresión sexual, por lo que no podían hacer ninguna valoración.
- La mayor parte de las mujeres que denunciaron recibieron un buen trato por parte de la policía, únicamente recibieron un mal trato 17 mujeres.
- La mayor parte de las mujeres que realizaron el reconocimiento forense recibieron un buen trato, únicamente recibieron un mal trato 11 mujeres.
- Con respecto a las conductas de los profesionales que intervinieron en el proceso, 18 mujeres percibieron que se les sugirió que su caso no era suficientemente serio y 12 mujeres que se les sugirió su responsabilidad en la agresión.
- En relación al tiempo de espera tanto en la policía como en el reconocimiento forense, aproximadamente la mitad de las mujeres que contestaron consideró que fue mucho tiempo de espera y la otra mitad que no lo fue.
- De las mujeres que denunciaron la agresión sexual, un poco más de la mitad (33 mujeres) no conocían el proceso judicial a seguir tras la denuncia, mientras que el resto (25 mujeres) sí lo conocían ya que se lo habían explicado en algún recurso al que habían asistido como la policía.

CAPÍTULO VI

Análisis de los factores predictores del impacto psicopatológico en víctimas de agresión sexual

6.1. INTRODUCCIÓN

Existen sucesos traumáticos, como las agresiones sexuales, que afectan a numerosas personas. Algunas víctimas presentan secuelas toda la vida, otras experimentan una intensa reacción inicial para luego readaptarse a su situación y, finalmente, otras consiguen recobrar la ilusión por los proyectos vitales prestando atención a los aspectos positivos de la realidad. Es decir, la respuesta humana ante un suceso traumático es muy variable.

La mayor o menor repercusión psicológica de un acontecimiento traumático en una persona depende de los factores de vulnerabilidad, aquellos que se refieren a la precariedad del equilibrio psicológico de la víctima y que pueden agravar el impacto en el caso de que tenga lugar la agresión.

De acuerdo con Echeburúa *et al.* (1995), en la presente investigación se han recogido una serie de factores de vulnerabilidad que se organizan en función del momento temporal en el que intervienen con respecto a la agresión sexual, en concreto, factores anteriores a la agresión, aquellos que intervienen durante la agresión y factores posteriores a la agresión sexual (véase tabla 6.1.).

Entre los factores anteriores a la agresión se han tenido en cuenta en esta investigación la edad, los trastornos psicológicos previos, la historia de psicopatología en la familia, el abuso de drogas, la existencia de un trauma previo y determinados rasgos de personalidad. Por último, se tiene en cuenta el impacto de los sucesos estresantes ocurridos con anterioridad a la agresión sexual.

Los factores que intervienen durante la agresión son las características propias de la agresión sexual como la severidad del asalto entendida como el tipo de delito, el número de agresores, los actos cometidos y los medios de coacción empleados; el estado de la víctima, la reacción de la víctima y la relación entre el agresor y la víctima.

Entre los factores que influyen sobre la severidad de la sintomatología una vez ocurrida la agresión sexual se encuentran el tiempo transcurrido desde la agresión, la denuncia de la agresión, las creencias desadaptativas, la culpa, el control sobre la recuperación,

la creencia sobre un control futuro, la creencia en una mayor probabilidad de sufrir una nueva agresión, las estrategias de afrontamiento empleadas y el apoyo social recibido.

En este capítulo se trata de establecer el poder predictivo de estos factores de vulnerabilidad sobre la sintomatología clínica presentada tras una agresión sexual. Así, algunos autores sugieren que los factores posteriores a la agresión son mejores predictores de la sintomatología que los anteriores a la agresión (Frazier, Gavian *et al.*, 2011; Ullman, Filipas *et al.*, 2007).

Tabla 6.1. Variables predictoras y de criterio e instrumentos de medida.

Momento temporal de vulnerabilidad	Variables predictoras	Instrumentos de medida	Variables criterio	Instrumentos de medida
Anterior a la agresión	Demográficas – Edad.	Entrevista	TEPT – Gravedad. – Frecuencia. – Total.	DTS
	Trastornos psicológicos previos			
	Abuso de alcohol y/o drogas			
	Historia psicopatológica familiar			
	Trauma previo – Abuso sexual infantil. – Abuso físico infantil. – Agresión física. – Robo. – Otra agresión sexual. – Malos tratos. – Testigo episodio violento. – Acumulación de violencia.			
	Personalidad – Neuroticismo. – Extraversión. – Apertura. – Amabilidad. – Responsabilidad.			
Durante la agresión	Sucesos estresantes – Problemas de salud. – Cambio domicilio o trabajo. – Problemas económicos. – Problemas laborales. – Problemas familiares. – Muerte de persona cercana. – Otros.	Entrevista		
	Características de la agresión – <i>Tipo de delito:</i> – Agresión con penetración. – Agresión sin penetración. – Abuso con penetración. – Abuso sin penetración. – <i>Número de agresores.</i> – <i>Actos cometidos:</i> – Tocamientos. – Penetración vaginal. – Penetración anal. – Felación.			

Momento temporal de vulnerabilidad	Variables predictoras	Instrumentos de medida	Variables criterio	Instrumentos de medida
Durante la agresión	<ul style="list-style-type: none"> - Masturbación. - Lesiones. - Otros. - <i>Medios de coacción:</i> <ul style="list-style-type: none"> - Amenazas. - Golpes. - Vejaciones. - Arma blanca. - Arma fuego. - Engaños. - Abuso autoridad. - Regalos. - Otros. - <i>Estado alterado de víctima.</i> - <i>Reacción de la víctima:</i> <ul style="list-style-type: none"> - Quedar paralizada. - Huir. - Intentar convencerle. - Defenderse/Forcejear. - Suplicar. - Iniciar conversación. - Gritar. - Otros. - <i>Relación con agresor:</i> <ul style="list-style-type: none"> - Desconocido. - Conocido. - Allegado. 	Entrevista	<p style="text-align: center;">TEPT</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gravedad. - Frecuencia. - Total. <p style="text-align: center;">Depresión</p> <p style="text-align: center;">Ansiedad</p> <p>Inadaptación general</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trabajo. - Vida social. - Tiempo libre. - Pareja. - Familia. - Global. - Total. 	<p style="text-align: center;">DTS</p> <p style="text-align: center;">BDI</p> <p style="text-align: center;">BAI</p> <p style="text-align: center;">EI</p>
	<p style="text-align: center;"><i>Tiempo transcurrido desde la agresión</i></p> <hr/> <p style="text-align: center;"><i>Denuncia de la agresión</i></p>		Entrevista	
<p style="text-align: center;"><i>Creencias desadaptativas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Creencias desadaptativas uno mismo. - Creencias desadaptativas mundo. - Creencias desadaptativas culpa. - Creencias desadaptativas total. <p style="text-align: center;"><i>Culpa</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Control sobre la recuperación</i></p> <hr/> <p style="text-align: center;"><i>Creencia control futuro</i></p> <hr/> <p style="text-align: center;"><i>Creencia mayor probabilidad de nueva agresión</i></p>	<p style="text-align: center;">PTCI</p> <p style="text-align: center;">RAQ</p>	<p style="text-align: center;">TEPT</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gravedad. - Frecuencia. - Total. <p style="text-align: center;">Depresión</p> <p style="text-align: center;">Ansiedad</p> <p>Inadaptación general</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trabajo. - Vida social. - Tiempo libre. - Pareja. - Familia. - Global. - Total. 		
Posterior a la agresión	<p style="text-align: center;"><i>Estrategias de afrontamiento</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Afrontamiento activo. - Planificación. - Apoyo emocional. - Apoyo social instrumental. - Religión. - Reevaluación positiva. - Aceptación. 	COPE-28		

Momento temporal de vulnerabilidad	VARIABLES predictoras	Instrumentos de medida	VARIABLES criterio	Instrumentos de medida
Posterior a la agresión	<ul style="list-style-type: none"> - Negación. - Humor. - Autodistracción. - Autoinculpación. - Desconexión conductual. - Desahogo. - Uso de sustancias. 	COPE-28		
	<p style="text-align: center;"><i>Apoyo social</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Existencia apoyo social. - Satisfacción apoyo social. 	Entrevista		

6.2. OBJETIVOS

El objetivo principal de este estudio consiste en establecer el poder predictivo de los factores de vulnerabilidad seleccionados, sobre la sintomatología clínica en víctimas de agresión sexual. Asimismo, este poder predictivo se va a analizar en función del momento temporal de la vulnerabilidad (antes, durante y después de la agresión sexual).

6.3. HIPÓTESIS

A partir de los supuestos teóricos, se han planteado las siguientes hipótesis en función del momento temporal en el que intervienen las variables.

VARIABLES anteriores a la agresión

H₁: Las variables anteriores a la agresión serán predictoras significativas de la sintomatología de las víctimas de agresión sexual.

Predicción₁: se espera que una edad avanzada prediga una mayor sintomatología.

Predicción₂: los trastornos psicológicos previos predecirán mayores niveles de sintomatología.

Predicción₃: el abuso de alcohol y/o drogas predecirá mayores niveles de sintomatología.

Predicción₄: la historia psicopatológica familiar predecirá un peor ajuste psicológico.

Predicción₅: la existencia de un trauma previo a la agresión sexual predecirá una mayor sintomatología.

Predicción₆: los rasgos de personalidad serán predictores de una mayor sintomatología.

Predicción₇: la experimentación de sucesos estresantes previos a la agresión sexual predice una mayor sintomatología.

Variables que intervienen durante la agresión

H₂: Las variables que intervienen durante la agresión serán predictoras significativas de la sintomatología de las víctimas de agresión sexual.

Predicción₁: La severidad de la agresión, entendida como el tipo de delito, los medios de coacción empleados y el tipo de actividad sexual realizada, predecirá una mayor sintomatología.

Predicción₂: Un mayor número de agresores predecirá una mayor sintomatología.

Predicción₃: El estado de conciencia de la víctima en el momento de la agresión predecirá una mayor sintomatología.

Predicción₄: La reacción de la víctima en el momento de la agresión predecirá una mayor sintomatología.

Predicción₅: El grado de relación con el agresor predecirá una mayor sintomatología.

Variables posteriores a la agresión

H₃: Las variables posteriores a la agresión serán predictoras significativas de la sintomatología de las víctimas de agresión sexual.

Predicción₁: Las creencias desadaptativas predecirán una mayor sintomatología.

Predicción₂: Se espera que la variable culpa sea predictora de una mayor sintomatología.

Predicción₃: La variable control sobre la recuperación se relacionará negativamente con una mayor sintomatología, siendo de este modo una variable protectora.

Predicción₄: La creencia en un mayor control futuro predecirá una mayor sintomatología.

Predicción₅: La creencia en una mayor probabilidad de sufrir una nueva agresión predecirá una mayor sintomatología.

Predicción₆: Las estrategias de afrontamiento desadaptativas serán un factor predictor de peor ajuste tras la agresión sexual, mientras que las estrategias de afrontamiento adaptativas serán un factor predictor de mejor ajuste.

Predicción₇: Se espera que la variable apoyo social sea un factor predictor de una menor sintomatología, siendo de este modo una variable protectora.

Finalmente, se establece una hipótesis general teniendo en cuenta los tres momentos temporales.

H₄: Los factores posteriores a la agresión sexual tendrán mayor capacidad predictiva sobre la sintomatología de las víctimas de agresión sexual que los factores anteriores y los que intervienen durante la agresión.

6.4. DISEÑO

El presente estudio se ha configurado como un estudio “ex post facto” retrospectivo, siguiendo la clasificación de Montero y León (2005). Este estudio responde a un diseño de corte transversal con un único grupo de mujeres. Se trata de establecer el poder predictivo de los factores de vulnerabilidad seleccionados como variables independientes sobre el ajuste psicológico presentado por las participantes tras sufrir una agresión sexual.

6.5. ANÁLISIS DE DATOS

Para la realización de los análisis estadísticos en función de los objetivos de investigación propuestos, se ha empleado el paquete estadístico SPSS v.19.

Se realizaron diversos análisis de regresión para determinar en qué medida los factores de vulnerabilidad considerados podían explicar la sintomatología clínica presentada y cuáles de ellos tenían una mayor capacidad predictiva.

En todos los modelos se utilizó el análisis de regresión múltiple a través del método *stepwise* (por pasos sucesivos). Es un procedimiento, que de la misma manera que el método hacia adelante, va incluyendo variables independientes en la ecuación. Añade a este procedimiento la posibilidad de eliminar, en un paso posterior, una variable predictora introducida en un paso anterior (Cea, 2002).

Este método permite además controlar el efecto de la multicolinealidad que afecta a la estimación de los pesos cuando no se utiliza un método de selección de variables. La multicolinealidad implica que las variables predictoras están muy relacionadas entre sí, por lo que las variables pueden ser combinaciones lineales con una o más del resto de las variables de la ecuación. Precisamente, el método *stepwise*, a través del criterio de la tolerancia, elimina aquellas variables en la ecuación que presentan altas correlaciones con otra u otras variables predictoras.

6.6. RESULTADOS

Se presentan a continuación los resultados obtenidos tras realizar el análisis de regresión para cada grupo de variables. Con el objetivo de facilitar su descripción, se

han propuesto tres apartados diferenciados que responden a la secuencia temporal en la que están clasificados los factores predictores.

En primer lugar, se exponen los datos resultantes del análisis de regresión de los factores anteriores a la agresión sexual aplicados para cada variable criterio. En segundo lugar, se presentan los resultados de los análisis de regresión de los factores que intervienen durante la agresión sexual aplicados para cada variable criterio y, en tercer lugar, se exponen los datos resultantes del análisis de regresión de los factores posteriores a la agresión sexual aplicados para cada una de las variables criterio.

Las variables criterio han sido en todos los casos la gravedad del TEPT, frecuencia del TEPT, escala TEPT total, depresión, ansiedad e inadaptación general en las áreas de trabajo o estudios, vida social, tiempo libre, pareja, familia, global y total.

6.6.1. Variables anteriores a la agresión

En las siguientes tablas se presentan los resultados correspondientes a los análisis de regresión tomando como variables criterio las anteriormente mencionadas y como variables predictoras la edad, trastornos psicológicos previos, historia psicopatológica familiar, abuso de alcohol y/o drogas, trauma previo (abuso sexual infantil, abuso físico infantil, agresión física, robo, otra agresión sexual, malos tratos, testigo de un episodio violento y acumulación de violencia), personalidad (neuroticismo, extraversión, apertura, amabilidad y responsabilidad) y los siguientes sucesos estresantes, problemas de salud, cambio de domicilio o trabajo, problemas económicos, problemas laborales, problemas familiares, muerte de una persona cercana y otros.

Los datos aportados por el análisis de regresión indicaron que la gravedad del TEPT es explicada directamente por cuatro de las variables del total de las incluidas en este estudio: [extraversión ($\beta = -.55$; $t = -4.15$; $p < .001$; $R^2 = .15$); trauma previo otra agresión sexual ($\beta = .45$; $t = 3.57$; $p < .001$; $R^2 = .12$); neuroticismo ($\beta = .44$; $t = 3.56$; $p < .001$; $R^2 = .13$); apertura ($\beta = -.28$; $t = -2.03$; $p < .05$; $R^2 = .06$)]. La cantidad de varianza explicada por las cuatro variables fue del 42.4% (R^2 ajustado = .42).

Tabla 6.2. Resultado del análisis de regresión para la variable criterio gravedad del TEPT.

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	F(gl)	p<	Cambio en R ²	Cambio en F ² (gl)	p<
Modelo 1 ^a	.398	.159	.137	7.347(1)	.01	.159	7.347(1)	.01
Modelo 2 ^b	.534	.286	.248	7.593(2)	.01	.127	6.754(1)	.05
Modelo 3 ^c	.650	.422	.376	9.023(3)	.001	.137	8.776(1)	.01
Modelo 4 ^d	.694	.482	.424	8.375(4)	.001	.060	4.137(1)	.05

^a Extraversión.

^b Extraversión, trauma previo otra agresión sexual.

^c Extraversión, trauma previo otra agresión sexual, neuroticismo.

^d Extraversión, trauma previo otra agresión sexual, neuroticismo, apertura.

Como se aprecia en los pesos de regresión, la variable que entró en primer lugar en la ecuación (modelo 1), y la más relevante para la explicación de la gravedad del TEPT, es la extraversión, la cual explica por sí sola un 15.9% de la varianza de la gravedad del TEPT y lo hace de forma negativa, es decir, cuanta menos extraversión mayor gravedad del TEPT. Considerando el efecto de la extraversión, la segunda variable en entrar en la ecuación fue el trauma previo otra agresión sexual (modelo 2), la cual explica significativamente un 12.7% de la gravedad del TEPT. La tercera variable en entrar fue el neuroticismo (modelo 3), la cual explica significativamente un 13.7% de la gravedad del TEPT. Finalmente, entró la variable apertura (modelo 4) como variable predictora con una aportación del 6% de la varianza en sentido negativo, es decir, cuanta menos apertura mayor gravedad del TEPT.

Los datos aportados por el análisis de regresión indicaron que la frecuencia del TEPT es explicada directamente por cuatro de las variables del total de las incluidas en este estudio: [extraversión ($\beta = -.52$; $t = -4.50$; $p < .001$; $R^2 = .28$); neuroticismo ($\beta = .33$; $t = 2.91$; $p < .01$; $R^2 = .10$); trauma previo otra agresión sexual ($\beta = .34$; $t = 2.92$; $p < .01$; $R^2 = .08$); sucesos estresantes problemas de salud ($\beta = .27$; $t = 2.33$; $p < .05$; $R^2 = .06$)]. La cantidad de varianza explicada por las cuatro variables fue del 49% (R^2 ajustado = .49).

Tabla 6.3. Resultado del análisis de regresión para la variable criterio frecuencia del TEPT.

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	F(gl)	p<	Cambio en R ²	Cambio en F ² (gl)	p<
Modelo 1 ^a	.536	.287	.269	15.713(1)	.001	.287	15.713(1)	.001
Modelo 2 ^b	.624	.389	.357	12.116(2)	.001	.102	6.360(1)	.05
Modelo 3 ^c	.686	.471	.428	10.992(3)	.001	.082	5.728(1)	.05
Modelo 4 ^d	.735	.541	.490	10.590(4)	.001	.069	5.434(1)	.05

^a Extraversión.

^b Extraversión, neuroticismo.

^c Extraversión, neuroticismo, trauma previo otra agresión sexual.

^d Extraversión, neuroticismo, trauma previo otra agresión sexual, sucesos estresantes problemas de salud.

Como se aprecia en los pesos de regresión, la variable que entró en primer lugar en la ecuación (modelo 1), y la más relevante para la explicación de la frecuencia del TEPT, es la extraversión, la cual explica por sí sola un 28.7% de la varianza de la frecuencia del TEPT y lo hace de forma negativa, es decir, cuanta menos extraversión mayor frecuencia del TEPT. Considerando el efecto de la extraversión, la segunda variable en entrar en la ecuación fue el neuroticismo (modelo 2), la cual explica significativamente un 10.2% de la frecuencia del TEPT. La tercera variable en entrar fue el trauma previo otra agresión sexual (modelo 3), la cual explica significativamente un 8.2% de la frecuencia del TEPT. Finalmente, entró la variable sucesos estresantes problemas de salud (modelo 4) como variable predictora con una aportación del 6.9% de la varianza.

Tabla 6.4. Resultado del análisis de regresión para la variable criterio TEPT total.

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	F(gl)	p<	Cambio en R ²	Cambio en F ² (gl)	p<
Modelo 1 ^a	.476	.226	.206	11.402(1)	.01	.226	11.402(1)	.01
Modelo 2 ^b	.588	.345	.311	10.026(2)	.001	.119	6.920(1)	.05
Modelo 3 ^c	.679	.461	.417	10.540(3)	.001	.115	7.917(1)	.01
Modelo 4 ^d	.723	.523	.470	9.878(4)	.001	.062	4.717(1)	.05

^a Extraversión.

^b Extraversión, neuroticismo.

^c Extraversión, neuroticismo, trauma previo otra agresión sexual.

^d Extraversión, neuroticismo, trauma previo otra agresión sexual, apertura.

Los datos aportados por el análisis de regresión indicaron que el TEPT total es explicado directamente por cuatro de las variables del total de las incluidas en este estudio: [extraversión ($\beta = -.62$; $t = -4.92$; $p < .001$; $R^2 = .22$); neuroticismo ($\beta = .44$; $t = 3.65$; $p < .001$; $R^2 = .11$); trauma previo otra agresión sexual ($\beta = .42$; $t = 3.46$; $p < .001$; $R^2 = .11$); apertura ($\beta = -.29$; $t = -2.17$; $p < .05$; $R^2 = .06$)]. La cantidad de varianza explicada por las cuatro variables fue del 47% (R^2 ajustado = .47).

Como se aprecia en los pesos de regresión, la variable que entró en primer lugar en la ecuación (modelo 1), y la más relevante para la explicación del TEPT total, es la extraversión, la cual explica por sí sola un 22.6% de la varianza del TEPT total y lo hace de forma negativa, es decir, cuanta menos extraversión mayor TEPT total. Considerando el efecto de la extraversión, la segunda variable en entrar en la ecuación fue el neuroticismo (modelo 2), la cual explica significativamente un 11.9% del TEPT total. La tercera variable en entrar fue el trauma previo otra agresión sexual (modelo 3), la cual explica significativamente un 11.5% del TEPT total. Finalmente, entró la variable apertura (modelo 4) como variable predictora con una aportación del 6.2% de la varianza en sentido negativo, es decir, cuanta menos apertura mayor TEPT total.

Tabla 6.5. Resultado del análisis de regresión para la variable criterio depresión.

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	F(gl)	p<	Cambio en R ²	Cambio en F ² (gl)	p<
Modelo 1 ^a	.520	.271	.252	14.484(1)	.001	.271	14.484(1)	.001
Modelo 2 ^b	.603	.364	.330	10.863(2)	.001	.093	5.551(1)	.05
Modelo 3 ^c	.655	.429	.382	9.257(3)	.001	.065	4.209(1)	.05
Modelo 4 ^d	.717	.514	.460	9.502(4)	.001	.085	6.278(1)	.05

^a Extraversión.

^b Extraversión, sucesos estresantes problemas de salud.

^c Extraversión, sucesos estresantes problemas de salud, trauma previo otra agresión sexual.

^d Extraversión, sucesos estresantes problemas de salud, trauma previo otra agresión sexual, trastornos psicológicos previos.

Los datos aportados por el análisis de regresión indicaron que la depresión es explicada directamente por cuatro de las variables del total de las incluidas en este estudio: [extraversión ($\beta = -.49$; $t = -4.13$; $p < .001$; $R^2 = .27$); sucesos estresantes problemas de

salud ($\beta = .30$; $t = 2.48$; $p < .05$; $R^2 = .09$); trauma previo otra agresión sexual ($\beta = .34$; $t = 2.77$; $p < .01$; $R^2 = .06$); trastornos psicológicos previos ($\beta = .31$; $t = 2.50$; $p < .05$; $R^2 = .08$]. La cantidad de varianza explicada por las cuatro variables fue del 46% (R^2 ajustado = .46).

Como se aprecia en los pesos de regresión, la variable que entró en primer lugar en la ecuación (modelo 1), y la más relevante para la explicación de la depresión, es la extraversión, la cual explica por sí sola un 27.1% de la varianza de la depresión y lo hace de forma negativa, es decir, cuanta menos extraversión mayor depresión. Considerando el efecto de la extraversión, la segunda variable en entrar en la ecuación fue sucesos estresantes problemas de salud (modelo 2), la cual explica significativamente un 9.3% de la depresión. La tercera variable en entrar fue el trauma previo otra agresión sexual (modelo 3), la cual explica significativamente un 6.5% de la depresión. Finalmente, entró la variable trastornos psicológicos previos (modelo 4) como variable predictora con una aportación del 8.5% de la varianza.

Tabla 6.6. Resultado del análisis de regresión para la variable criterio ansiedad.

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	F(gl)	p<	Cambio en R ²	Cambio en F ² (gl)	p<
Modelo 1 ^a	.489	.239	.219	12.229(1)	.001	.239	12.229(1)	.001
Modelo 2 ^b	.559	.313	.227	8.652(2)	.001	.074	4.102(1)	.05

^a Extraversión.

^b Extraversión, neuroticismo.

Los datos aportados por el análisis de regresión indicaron que la ansiedad es explicada directamente por dos de las variables del total de las incluidas en este estudio: [extraversión ($\beta = -.48$; $t = -3.58$; $p < .001$; $R^2 = .23$); neuroticismo ($\beta = .27$; $t = 2.02$; $p < .05$; $R^2 = .07$)]. La cantidad de varianza explicada por las dos variables fue del 22.7% (R^2 ajustado = .22).

Como se aprecia en los pesos de regresión, la variable que entró en primer lugar en la ecuación (modelo 1), y la más relevante para la explicación de la ansiedad, es la extraversión, la cual explica por sí sola un 23.9% de la varianza de la ansiedad y lo hace de forma negativa, es decir, cuanta menos extraversión mayor ansiedad. Considerando el efecto de la extraversión, la segunda variable en entrar en la ecuación fue el neuroticismo (modelo 2), la cual explica significativamente un 7.4% de la ansiedad.

Tabla 6.7. Resultado del análisis de regresión para la variable criterio inadaptación general trabajo o estudios.

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	F(gl)	p<	Cambio en R ²	Cambio en F ² (gl)	p<
Modelo 1 ^a	.396	.157	.136	7.274(1)	.01	.157	7.274(1)	.01

^a Neuroticismo.

Los datos aportados por el análisis de regresión indicaron que la inadaptación general en el área de trabajo o estudios es explicada directamente por una de las variables del total de las incluidas en este estudio: [neuroticismo ($\beta = .39$; $t = 2.69$; $p < .01$; $R^2 = .15$)].

Como se aprecia en los pesos de regresión, la variable que entró en primer y único lugar en la ecuación (modelo 1), y la más relevante para la explicación de la inadaptación en el trabajo o estudios, es el neuroticismo, la cual explica por sí sola un 15.7% de la varianza de la inadaptación general en el trabajo o estudios.

Tabla 6.8. Resultado del análisis de regresión para la variable criterio inadaptación general tiempo libre.

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	F(gl)	p<	Cambio en R ²	Cambio en F ² (gl)	p<
Modelo 1 ^a	.381	.145	.123	6.616(1)	.05	.145	6.616(1)	.05
Modelo 2 ^b	.505	.255	.215	6.493(2)	.01	.110	5.590(1)	.05

^a Extraversión.

^b Extraversión, neuroticismo.

Los datos aportados por el análisis de regresión indicaron que la inadaptación general en el área de tiempo libre es explicada directamente por dos de las variables del total de las incluidas en este estudio: [extraversión ($\beta = -.37$; $t = -2.65$; $p < .05$; $R^2 = .14$); neuroticismo ($\beta = .33$; $t = 2.36$; $p < .05$; $R^2 = .11$)]. La cantidad de varianza explicada por las dos variables fue del 21.5% (R^2 ajustado = .21).

Como se aprecia en los pesos de regresión, la variable que entró en primer lugar en la ecuación (modelo 1), y la más relevante para la explicación de la inadaptación en el área de tiempo libre, es la extraversión, la cual explica por sí sola un 14.5% de la varianza de la inadaptación en el tiempo libre y lo hace de forma negativa, es decir, cuanto menos extraversión mayor inadaptación en el tiempo libre. Considerando el efecto de la extraversión, la segunda variable en entrar en la ecuación fue el neuroticismo (modelo 2), la cual explica significativamente un 11% de la inadaptación general en el área de tiempo libre.

Tabla 6.9. Resultado del análisis de regresión para la variable criterio inadaptación general pareja.

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	F(gl)	p<	Cambio en R ²	Cambio en F ² (gl)	p<
Modelo 1 ^a	.310	.096	.073	4.145(1)	.05	.096	4.145(1)	.05

^a Sucesos estresantes problemas de salud.

Los datos aportados por el análisis de regresión indicaron que la inadaptación general en el área de pareja es explicada directamente por una de las variables del total de las incluidas en este estudio: [sucesos estresantes problemas de salud ($\beta = .31$; $t = 2.03$; $p < .05$; $R^2 = .09$)].

Como se aprecia en los pesos de regresión, la variable que entró en primer y único lugar en la ecuación (modelo 1), y la más relevante para la explicación de la inadaptación en el área de pareja, es sucesos estresantes problemas de salud, la cual explica por sí sola un 9.6% de la varianza de la inadaptación en la pareja. No obstante, este modelo obtuvo una escasa capacidad explicativa de esta variabilidad.

Tabla 6.10. Resultado del análisis de regresión para la variable criterio inadaptación general familia.

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	F(gl)	p<	Cambio en R ²	Cambio en F ² (gl)	p<
Modelo 1 ^a	.375	.141	.119	6.390(1)	.05	.141	6.390(1)	.05
Modelo 2 ^b	.483	.233	.193	5.783(2)	.01	.093	4.588(1)	.05

^a Sucesos estresantes problemas familiares.

^b Sucesos estresantes problemas familiares, amabilidad.

Los datos aportados por el análisis de regresión indicaron que la inadaptación general en el área de familia es explicada directamente por dos de las variables del total de las incluidas en este estudio: [sucesos estresantes problemas familiares ($\beta = .38$; $t = 2,72$; $p < .01$; $R^2 = .14$); amabilidad ($\beta = -.30$; $t = -2.14$; $p < .05$; $R^2 = .09$)]. La cantidad de varianza explicada por las dos variables fue del 19.3% (R^2 ajustado = .19).

Como se aprecia en los pesos de regresión, la variable que entró en primer lugar en la ecuación (modelo 1), y la más relevante para la explicación de la inadaptación en el área de familia, es sucesos estresantes problemas familiares, la cual explica por sí sola un 14.1% de la varianza de la inadaptación en la familia. Considerando el efecto de los sucesos estresantes problemas familiares, la segunda variable en entrar en la ecuación fue amabilidad (modelo 2), la cual explica significativamente un 9.3% de la inadaptación general en el área de familia en sentido negativo, es decir, cuanto menos amabilidad mayor inadaptación en el área familiar.

Tabla 6.11. Resultado del análisis de regresión para la variable criterio inadaptación general total.

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	F(gl)	p<	Cambio en R ²	Cambio en F ² (gl)	p<
Modelo 1 ^a	.343	.117	.095	5.187(1)	.05	.117	5.187(1)	.05

^a Sucesos estresantes problemas familiares.

Los datos aportados por el análisis de regresión indicaron que la inadaptación general total es explicada directamente por una de las variables del total de las incluidas en este estudio: [sucesos estresantes problemas familiares ($\beta = .34$; $t = 2.27$; $p < .05$; $R^2 = .11$)].

Como se aprecia en los pesos de regresión, la variable que entró en primer y único lugar en la ecuación (modelo 1), y la más relevante para la explicación de la inadaptación general total, es sucesos estresantes problemas familiares, la cual explica por sí sola un 11.7% de la varianza de la inadaptación total. No obstante, este modelo obtuvo una escasa capacidad explicativa de esta variabilidad.

Finalmente, no se han encontrado variables predictoras para la variable criterio inadaptación general en el área de vida social y en el área global.

6.6.2. Variables que intervienen durante la agresión

En las siguientes tablas se presentan los resultados correspondientes a los análisis de regresión tomando como variables criterio las anteriormente mencionadas y como variables predictoras el tipo de delito (agresión sexual con y sin penetración y abuso sexual con y sin penetración), el número de agresores, los actos cometidos en la agresión (tocamientos, penetración vaginal, penetración anal, felación, masturbación, lesiones y otros), los medios de coacción empleados (amenazas, golpes, vejaciones, arma blanca, arma de fuego, engaños, abuso de autoridad, regalos y otros), estado alterado de la víctima, la reacción de la víctima (quedar paralizada, huir, intentar convencerle, defenderse/forcejear, suplicar, iniciar conversación, gritar y otros), la relación con el agresor (desconocido, conocido y allegado) y la denuncia de la agresión.

Tabla 6.12. Resultado del análisis de regresión para la variable criterio gravedad del TEPT.

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	F(gl)	p<	Cambio en R ²	Cambio en F ² (gl)	p<
Modelo 1 ^a	.272	.074	.061	5.975(1)	.05	.074	5.975(1)	.05

^a Reacción víctima iniciar conversación.

Los datos aportados por el análisis de regresión indicaron que la gravedad del TEPT es explicada directamente por una de las variables del total de las incluidas en este estudio: [reacción víctima iniciar conversación ($\beta = -.27$; $t = -2.44$; $p < .05$; $R^2 = .07$)].

Como se aprecia en los pesos de regresión, la variable que entró en primer y único lugar en la ecuación (modelo 1), y la más relevante para la explicación de la gravedad del TEPT, es la reacción de la víctima iniciar conversación, la cual explica significativamente en escasa medida un 7.4% y lo hace en sentido negativo, es decir, cuando no se produce un intento de iniciar una conversación con el agresor mayor será la gravedad del TEPT.

Los datos aportados por el análisis de regresión indicaron que la frecuencia del TEPT es explicada directamente por una de las variables del total de las incluidas en este estudio: [reacción víctima iniciar conversación ($\beta = -.26$; $t = -2.39$; $p < .05$; $R^2 = .07$)].

Tabla 6.13. Resultado del análisis de regresión para la variable criterio frecuencia del TEPT.

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	F(gl)	p<	Cambio en R ²	Cambio en F ² (gl)	p<
Modelo 1 ^a	.267	.071	.059	5.739(1)	.05	.071	5.739(1)	.05

^a Reacción víctima iniciar conversación.

Como se aprecia en los pesos de regresión, la variable que entró en primer y único lugar en la ecuación (modelo 1), y la más relevante para la explicación de la frecuencia

del TEPT, es la reacción de la víctima iniciar conversación, la cual explica significativamente en escasa medida un 7.1% y lo hace en sentido negativo, es decir, cuando no se produce un intento de iniciar una conversación con el agresor mayor será la frecuencia del TEPT.

Tabla 6.14. Resultado del análisis de regresión para la variable criterio TEPT total.

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	F(gl)	p<	Cambio en R ²	Cambio en F ² (gl)	p<
Modelo 1 ^a	.277	.076	.064	6.211(1)	.05	.076	6.211	.05

^a Reacción víctima iniciar conversación.

Los datos aportados por el análisis de regresión indicaron que el TEPT total es explicado directamente por una de las variables del total de las incluidas en este estudio: [reacción víctima iniciar conversación ($\beta = -.27$; $t = -2.49$; $p < .05$; $R^2 = .07$)].

Como se aprecia en los pesos de regresión, la variable que entró en primer y único lugar en la ecuación (modelo 1), y la más relevante para la explicación del TEPT total, es la reacción de la víctima iniciar conversación, la cual explica significativamente en escasa medida un 7.6% y lo hace en sentido negativo, es decir, cuando no se produce un intento de iniciar una conversación con el agresor mayor será el TEPT total.

Los datos aportados por el análisis de regresión indicaron que la depresión es explicada directamente por dos de las variables del total de las incluidas en este estudio: [relación con agresor desconocido ($\beta = -.30$; $t = -2.66$; $p < .01$; $R^2 = .05$); medios de coacción arma blanca ($\beta = .24$; $t = 2.13$; $p < .05$; $R^2 = .05$)]. La cantidad de varianza explicada por las dos variables fue del 8.7% (R^2 ajustado = .08).

Tabla 6.15. Resultado del análisis de regresión para la variable criterio depresión.

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	F(gl)	p<	Cambio en R ²	Cambio en F ² (gl)	p<
Modelo 1 ^a	.237	.056	.043	4.454(1)	.05	.056	4.454(1)	.05
Modelo 2 ^b	.333	.111	.087	4.601(2)	.05	.055	4.537(1)	.05

^a Relación con agresor desconocido.

^b Relación con agresor desconocido, medios de coacción arma blanca.

Como se aprecia en los pesos de regresión, la variable que entró en primer lugar en la ecuación (modelo 1), y la más relevante para la explicación de la depresión, es la relación con agresor desconocido, la cual explica por sí sola un 5.6% de la varianza de la depresión y lo hace en sentido negativo, es decir, el hecho de que el agresor sexual no sea desconocido se relaciona con mayor depresión. Considerando el efecto de la relación con agresor desconocido, la segunda variable en entrar en la ecuación fue medios de coacción arma blanca (modelo 2), la cual explica significativamente un 5.5% de la depresión.

Tabla 6.16. Resultado del análisis de regresión para la variable criterio ansiedad.

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	F(gl)	p<	Cambio en R ²	Cambio en F ² (gl)	p<
Modelo 1 ^a	.283	.080	.068	6.506(1)	.05	.080	6.506(1)	.05
Modelo 2 ^b	.361	.130	.107	5.536(2)	.01	.050	4.282(1)	.05

^a Estado alterado de la víctima.

^b Estado alterado de la víctima, reacción víctima iniciar conversación.

Los datos aportados por el análisis de regresión indicaron que la ansiedad es explicada directamente por dos de las variables del total de las incluidas en este estudio: [estado alterado de la víctima ($\beta = -.31$; $t = -2.83$; $p < .01$; $R^2 = .08$); reacción víctima iniciar conversación ($\beta = -.22$; $t = -2.06$; $p < .05$; $R^2 = .05$)]. La cantidad de varianza explicada por las dos variables fue del 10.7% (R^2 ajustado = .10).

Como se aprecia en los pesos de regresión, la variable que entró en primer lugar en la ecuación (modelo 1), y la más relevante para la explicación de la ansiedad, es el estado alterado de la víctima, la cual explica por sí sola un 8% de la varianza de la ansiedad y lo hace en sentido negativo, es decir, el estado no alterado o consciente de la víctima se relaciona con una mayor ansiedad. Considerando el efecto del estado alterado de la víctima, la segunda variable en entrar en la ecuación fue reacción víctima iniciar conversación (modelo 2), la cual explica significativamente un 5% de la ansiedad, de nuevo lo hace en sentido negativo, es decir, cuando no se produce un intento de iniciar una conversación con el agresor mayor será la ansiedad.

Tabla 6.17. Resultado del análisis de regresión para la variable criterio inadaptación general trabajo o estudios.

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	F(gl)	p<	Cambio en R ²	Cambio en F ² (gl)	p<
Modelo 1 ^a	.247	.061	.049	4.893(1)	.05	.061	4.893(1)	.05

^a Actos cometidos penetración anal.

Los datos aportados por el análisis de regresión indicaron que la inadaptación general en el área de trabajo o estudios es explicada directamente por una de las variables del total de las incluidas en este estudio: [actos cometidos penetración anal ($\beta = -.24$; $t = -2.21$; $p < .05$; $R^2 = .06$)].

Como se aprecia en los pesos de regresión, la variable que entró en primer y único lugar en la ecuación (modelo 1), y la más relevante para la explicación de la inadaptación en el trabajo o estudios, es actos cometidos penetración anal, la cual explica por sí sola un 6.1% de la varianza de la inadaptación general en el trabajo o estudios y lo hace de forma negativa, es decir, cuando no hay presencia de actos de penetración anal (aunque sí se han sufrido otro tipo de agresiones o abusos sexuales) se produce una mayor inadaptación en el trabajo o estudios.

No hay que olvidar que en el análisis todas las mujeres han sufrido agresiones sexuales, por tanto se compara a las mujeres que han sufrido penetración anal con las que no la han sufrido pero han sido agredidas de otros modos.

Tabla 6.18. Resultado del análisis de regresión para la variable criterio inadaptación general vida social.

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	F(gl)	p<	Cambio en R ²	Cambio en F ² (gl)	p<
Modelo 1 ^a	.303	.092	.080	7.590(1)	.01	.092	7.590(1)	.01
Modelo 2 ^b	.378	.143	.120	6.164(2)	.01	.051	4.394(1)	.05

^a Actos cometidos felación.

^b Actos cometidos felación, actos cometidos penetración anal.

Los datos aportados por el análisis de regresión indicaron que la inadaptación general en el área de vida social es explicada directamente por dos de las variables del total de las incluidas en este estudio: [actos cometidos felación ($\beta = -.37$; $t = -3.30$; $p < .001$; $R^2 = .09$); actos cometidos penetración anal ($\beta = .23$; $t = 2.09$; $p < .05$; $R^2 = .05$)]. La cantidad de varianza explicada por las dos variables fue del 12% (R^2 ajustado = .12).

Como se aprecia en los pesos de regresión, la variable que entró en primer lugar en la ecuación (modelo 1), y la más relevante para la explicación de la inadaptación en el área de vida social, es actos cometidos felación, la cual explica por sí sola un 9.2% de la varianza de la inadaptación general en la vida social y lo hace de forma negativa, es decir, cuando no hay presencia de actos de felación (aunque sí se han sufrido otro tipo de agresiones o abusos sexuales), se produce una mayor inadaptación en la vida social. Considerando el efecto de actos cometidos felación, la segunda variable en entrar en la ecuación fue actos cometidos penetración anal (modelo 2), la cual explica significativamente un 5.1% de la inadaptación general en el área de vida social.

No hay que olvidar que en el análisis todas las mujeres han sufrido agresiones sexuales, por tanto se compara a las mujeres que han sufrido actos de felación con las que no los han sufrido pero han sido agredidas de otros modos.

Tabla 6.19. Resultado del análisis de regresión para la variable criterio inadaptación general pareja.

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	F(gl)	p<	Cambio en R ²	Cambio en F ² (gl)	p<
Modelo 1 ^a	.250	.062	.050	4.997(1)	.05	.062	4.997(1)	.05
Modelo 2 ^b	.340	.115	.091	4.823(2)	.05	.053	4.421(1)	.05

^a Reacción víctima suplicar.

^b Reacción víctima suplicar, reacción víctima quedar paralizada.

Los datos aportados por el análisis de regresión indicaron que la inadaptación general en el área de pareja es explicada directamente por dos de las variables del total de las incluidas en este estudio: [reacción víctima suplicar ($\beta = .25$; $t = 2.35$; $p < .05$; $R^2 = .06$); reacción víctima quedar paralizada ($\beta = .23$; $t = 2.10$; $p < .05$; $R^2 = .05$)]. La cantidad de varianza explicada por las dos variables fue del 9.1% (R^2 ajustado = .09).

Como se aprecia en los pesos de regresión, la variable que entró en primer lugar en la ecuación (modelo 1), y la más relevante para la explicación de la inadaptación en el área de pareja, es la reacción de la víctima suplicar, la cual explica por sí sola un 6.2%

de la varianza de la inadaptación en la pareja. Considerando el efecto de la reacción de la víctima suplicar, la segunda variable en entrar en la ecuación fue la reacción de la víctima quedar paralizada (modelo 2), la cual explica significativamente un 5.3% de la inadaptación general en el área de pareja.

Tabla 6.20. Resultado del análisis de regresión para la variable criterio inadaptación general familia.

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	F(gl)	p<	Cambio en R ²	Cambio en F ² (gl)	p<
Modelo 1 ^a	.232	.054	.041	4.269(1)	.05	.054	4.269(1)	.05

^a Relación con el agresor allegado.

Los datos aportados por el análisis de regresión indicaron que la inadaptación general en el área de familia es explicada directamente por una de las variables del total de las incluidas en este estudio: [relación con el agresor allegado ($\beta = .23$; $t = 2.06$; $p < .05$; $R^2 = .05$)].

Como se aprecia en los pesos de regresión, la variable que entró en primer y único lugar en la ecuación (modelo 1), y la más relevante para la explicación de la inadaptación en el área de familia, es la relación con el agresor allegado, la cual explica por sí sola un 5.4% de la varianza de la inadaptación en la familia.

Tabla 6.21. Resultado del análisis de regresión para la variable criterio inadaptación general global.

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	F(gl)	p<	Cambio en R ²	Cambio en F ² (gl)	p<
Modelo 1 ^a	.230	.053	.040	4.186(1)	.05	.053	4.186(1)	.05

^a Relación con el agresor desconocido.

Los datos aportados por el análisis de regresión indicaron que la inadaptación general en el área global es explicada directamente por una de las variables del total de las incluidas en este estudio: [relación con el agresor desconocido ($\beta = -.23$; $t = -2.04$; $p < .05$; $R^2 = .05$)].

Como se aprecia en los pesos de regresión, la variable que entró en primer y único lugar en la ecuación (modelo 1), y la más relevante para la explicación de la inadaptación en el área global, es la relación con el agresor desconocido, la cual explica por sí sola un 5.3% de la varianza de la inadaptación global y lo hace de forma negativa, es decir, el hecho de que el agresor sexual no sea desconocido se relaciona con una mayor inadaptación global.

Tabla 6.22. Resultado del análisis de regresión para la variable criterio inadaptación general total.

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	F(gl)	p<	Cambio en R ²	Cambio en F ² (gl)	p<
Modelo 1 ^a	.276	.076	0.64	6.192(1)	.05	.076	6.192(1)	.05

^a Reacción víctima huir.

Los datos aportados por el análisis de regresión indicaron que la inadaptación general total es explicada directamente por una de las variables del total de las incluidas en este estudio: [reacción víctima huir ($\beta = -.27$; $t = -2.48$; $p < .05$; $R^2 = .07$)].

Como se aprecia en los pesos de regresión, la variable que entró en primer y único lugar en la ecuación (modelo 1), y la más relevante para la explicación de la inadaptación general total, es la reacción de la víctima huir, la cual explica por sí sola un 7.6% de la varianza de la inadaptación total y lo hace de forma negativa, es decir, cuando no hay presencia de la reacción de huir de la agresión, se produce una mayor inadaptación total.

No se han encontrado variables predictoras para la variable criterio inadaptación general en el área de tiempo libre.

6.6.3. Variables posteriores a la agresión

En las siguientes tablas se presentan los resultados correspondientes a los análisis de regresión tomando como variables criterio las anteriormente mencionadas y como variables predictoras el tiempo transcurrido desde la agresión, las creencias desadaptativas (sobre uno mismo, sobre el mundo, sobre la culpa y de forma total), la culpa, el control sobre la recuperación, la creencia de control futuro, la creencia de mayor probabilidad de una nueva agresión, las estrategias de afrontamiento (afrontamiento activo, planificación, apoyo emocional, apoyo social instrumental, religión, reevaluación positiva, aceptación, negación, humor, autodistracción, autoinculpación, desconexión conductual, desahogo y uso de sustancias), la existencia de apoyo social y la satisfacción con el apoyo social.

Tabla 6.23. Resultado del análisis de regresión para la variable criterio gravedad del TEPT.

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	F(gl)	p<	Cambio en R ²	Cambio en F ² (gl)	p<
Modelo 1 ^a	.632	.400	.384	25.962(1)	.001	.400	25.962(1)	.001
Modelo 2 ^b	.711	.505	.479	19.371(2)	.001	.105	8.073(1)	.01
Modelo 3 ^c	.758	.575	.541	16.695(3)	.001	.070	6.121(1)	.05
Modelo 4 ^d	.795	.632	.592	15.489(4)	.001	.057	5.618(1)	.05
Modelo 5 ^e	.831	.690	.646	15.596(5)	.001	.058	6.521(1)	.05

^a Creencias desadaptativas uno mismo.

^b Creencias desadaptativas uno mismo, control sobre recuperación.

^c Creencias desadaptativas uno mismo, control sobre recuperación, afrontamiento apoyo social.

^d Creencias desadaptativas uno mismo, control sobre recuperación, afrontamiento apoyo social instrumental, afrontamiento uso de sustancias.

^e Creencias desadaptativas uno mismo, control sobre recuperación, afrontamiento apoyo social, afrontamiento uso de sustancias, creencia control futuro.

Los datos aportados por el análisis de regresión indicaron que la gravedad del TEPT es explicada directamente por cinco de las variables del total de las incluidas en

este estudio: [creencias desadaptativas uno mismo ($\beta = .50$; $t = 4.62$; $p < .001$; $R^2 = .40$); control sobre recuperación ($\beta = -.34$; $t = -3.21$; $p < .01$; $R^2 = .10$); afrontamiento apoyo social instrumental ($\beta = .27$; $t = 2.80$; $p < .01$; $R^2 = .07$); afrontamiento uso de sustancias ($\beta = .30$; $t = 3.08$; $p < .01$; $R^2 = .05$); creencia control futuro ($\beta = .25$; $t = 2.55$; $p < .05$; $R^2 = .05$)]. La cantidad de varianza explicada por las cinco variables fue del 64.6% (R^2 ajustado = .64).

Como se aprecia en los pesos de regresión, la variable que entró en primer lugar en la ecuación (modelo 1), y la más relevante para la explicación de la gravedad del TEPT, es creencias desadaptativas sobre uno mismo, la cual explica por sí sola un 40% de la varianza de la gravedad del TEPT. Considerando el efecto de las creencias desadaptativas sobre uno mismo, la segunda variable en entrar en la ecuación fue el control sobre la recuperación (modelo 2), la cual explica significativamente un 10.5% de la gravedad del TEPT y lo hace en sentido negativo, es decir, cuanto menos control sobre la recuperación mayor gravedad del TEPT. La tercera variable en entrar fue la estrategia de afrontamiento apoyo social instrumental (modelo 3), la cual explica significativamente un 7% de la gravedad del TEPT. La cuarta variable en entrar fue la estrategia de afrontamiento uso de sustancias (modelo 4) la cual explica significativamente un 5.7% de la gravedad del TEPT. Finalmente, entró la variable creencia control futuro (modelo 5) como variable predictora con una aportación del 5.8% de la varianza.

Tabla 6.24. Resultado del análisis de regresión para la variable criterio frecuencia del TEPT.

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	F(gl)	p<	Cambio en R ²	Cambio en F ² (gl)	p<
Modelo 1 ^a	.604	.364	.348	22.367(1)	.001	.364	22.367(1)	.001
Modelo 2 ^b	.657	.431	.401	14.394(2)	.001	.067	4.445(1)	.05
Modelo 3 ^c	.709	.502	.462	12.446(3)	.001	.071	5.296(1)	.05
Modelo 4 ^d	.752	.566	.517	11.714(4)	.001	.063	5.239(1)	.05
Modelo 5 ^e	.814	.663	.614	13.752(5)	.001	.097	10.084(1)	.01

^a Creencias desadaptativas uno mismo.

^b Creencias desadaptativas uno mismo, afrontamiento apoyo social.

^c Creencias desadaptativas uno mismo, afrontamiento apoyo social, afrontamiento aceptación.

^d Creencias desadaptativas uno mismo, afrontamiento apoyo social instrumental, afrontamiento aceptación, afrontamiento uso de sustancias.

^e Creencias desadaptativas uno mismo, afrontamiento apoyo social, afrontamiento aceptación, afrontamiento uso de sustancias, creencia control futuro.

Los datos aportados por el análisis de regresión indicaron que la frecuencia del TEPT es explicada directamente por cinco de las variables del total de las incluidas en este estudio: [creencias desadaptativas uno mismo ($\beta = .57$; $t = 5.47$; $p < .001$; $R^2 = .36$); afrontamiento apoyo social instrumental ($\beta = .33$; $t = 3.16$; $p < .01$; $R^2 = .06$); afrontamiento aceptación ($\beta = -.30$; $t = -2.86$; $p < .01$; $R^2 = .07$); afrontamiento uso de sustancias ($\beta = .33$; $t = 3.25$; $p < .01$; $R^2 = .06$); creencia control futuro ($\beta = .32$; $t = 3.17$; $p < .01$; $R^2 = .09$)]. La cantidad de varianza explicada por las cinco variables fue del 61.4% (R^2 ajustado = .61).

Como se aprecia en los pesos de regresión, la variable que entró en primer lugar en la ecuación (modelo 1), y la más relevante para la explicación de la frecuencia del TEPT, es creencias desadaptativas sobre uno mismo, la cual explica por sí sola un 36.4% de la varianza de la frecuencia del TEPT. Considerando el efecto de las creencias desadaptativas sobre uno mismo, la segunda variable en entrar en la ecuación fue la estrategia de afrontamiento apoyo social instrumental (modelo 2), la cual explica significativamente un 6.7% de la frecuencia del TEPT. La tercera variable en entrar fue la estrategia de afrontamiento aceptación (modelo 3), la cual explica significativamente un 7.1% de la frecuencia del TEPT y lo hace en sentido negativo, es decir, cuanto menos se emplea la estrategia de afrontamiento de aceptación mayor frecuencia del TEPT. La cuarta variable en entrar fue la estrategia de afrontamiento uso de sustancias (modelo 4) la cual explica significativamente un 6.3% de la frecuencia del TEPT. Finalmente, entró la variable creencia control futuro (modelo 5) como variable predictora con una aportación del 9.7% de la varianza.

Tabla 6.25. Resultado del análisis de regresión para la variable criterio TEPT total.

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	F(gl)	p<	Cambio en R ²	Cambio en F ² (gl)	p<
Modelo 1 ^a	.634	.402	.386	26.174(1)	.001	.402	26.174(1)	.001
Modelo 2 ^b	.693	.481	.453	17.590(2)	.001	.079	5.791(1)	.05
Modelo 3 ^c	.747	.558	.522	15.543(3)	.001	.077	6.425(1)	.05
Modelo 4 ^d	.786	.618	.576	14.577(4)	.001	.061	5.725(1)	.05

^a Creencias desadaptativas uno mismo.

^b Creencias desadaptativas uno mismo, control sobre recuperación.

^c Creencias desadaptativas uno mismo, control sobre recuperación, afrontamiento planificación.

^d Creencias desadaptativas uno mismo, control sobre recuperación, afrontamiento planificación, afrontamiento apoyo social instrumental.

Los datos aportados por el análisis de regresión indicaron que el TEPT total es explicado directamente por cuatro de las variables del total de las incluidas en este estudio: [creencias desadaptativas uno mismo ($\beta = .55$; $t = 4.66$; $p < .001$; $R^2 = .40$); control sobre recuperación ($\beta = -.37$; $t = -3.12$; $p < .01$; $R^2 = .07$); afrontamiento planificación ($\beta = .26$; $t = 2.51$; $p < .05$; $R^2 = .07$); afrontamiento apoyo social instrumental ($\beta = .25$; $t = 2.39$; $p < .05$; $R^2 = .06$)]. La cantidad de varianza explicada por las cuatro variables fue del 57.6% (R^2 ajustado = .57).

Como se aprecia en los pesos de regresión, la variable que entró en primer lugar en la ecuación (modelo 1), y la más relevante para la explicación del TEPT total, es creencias desadaptativas sobre uno mismo, la cual explica por sí sola un 40.2% de la varianza del TEPT total. Considerando el efecto de las creencias desadaptativas sobre uno mismo, la segunda variable en entrar en la ecuación fue el control sobre la recuperación (modelo 2), la cual explica significativamente un 7.9% del TEPT total y lo hace en sentido negativo, es decir, cuanto menos control sobre la recuperación mayor TEPT total. La tercera variable en entrar fue la estrategia de afrontamiento planificación (modelo 3), la cual explica significativamente un 7.7% del TEPT total. Finalmente, entró la variable estrategia de afrontamiento apoyo social instrumental (modelo 4) como variable predictora con una aportación del 6.1% de la varianza.

Tabla 6.26. Resultado del análisis de regresión para la variable criterio depresión.

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	F(gl)	p<	Cambio en R ²	Cambio en F ² (gl)	p<
Modelo 1 ^a	.787	.620	.610	63.603(1)	.001	.620	63.603(1)	.001
Modelo 2 ^b	.831	.691	.675	42.478(2)	.001	.071	8.736(1)	.01

^a Creencias desadaptativas uno mismo.

^b Creencias desadaptativas uno mismo, afrontamiento autodistracción.

Los datos aportados por el análisis de regresión indicaron que la depresión es explicada directamente por dos de las variables del total de las incluidas en este estudio: [creencias desadaptativas uno mismo ($\beta = .76$; $t = 8.39$; $p < .001$; $R^2 = .62$); afrontamiento autodistracción ($\beta = -.26$; $t = -2.95$; $p < .01$; $R^2 = .07$)]. La cantidad de varianza explicada por las dos variables fue del 67.5% (R^2 ajustado = .67).

Como se aprecia en los pesos de regresión, la variable que entró en primer lugar en la ecuación (modelo 1), y la más relevante para la explicación de la depresión, es creencias desadaptativas sobre uno mismo, la cual explica por sí sola un 62% de la varianza de la depresión. Considerando el efecto de las creencias desadaptativas sobre uno mismo, la segunda variable en entrar en la ecuación fue la estrategia de afrontamiento autodistracción (modelo 2), la cual explica significativamente un 7.1% de la depresión y lo hace de forma negativa, es decir, cuanto menos se emplea la estrategia de afrontamiento de autodistracción mayor depresión.

Los datos aportados por el análisis de regresión indicaron que la ansiedad es explicada directamente por dos de las variables del total de las incluidas en este estudio: [creencias desadaptativas uno mismo ($\beta = .51$; $t = 4.21$; $p < .001$; $R^2 = .30$); afrontamiento autodistracción ($\beta = -.37$; $t = -3.03$; $p < .01$; $R^2 = .13$)]. La cantidad de varianza explicada por las dos variables fue del 41% (R^2 ajustado = .41).

Tabla 6.27. Resultado del análisis de regresión para la variable criterio ansiedad.

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	F(gl)	p<	Cambio en R ²	Cambio en F ² (gl)	p<
Modelo 1 ^a	.551	.304	.286	16.994(1)	.001	.304	16.994(1)	.001
Modelo 2 ^b	.663	.440	.410	14.905(2)	.001	.136	9.229(1)	.01

^a Creencias desadaptativas uno mismo.

^b Creencias desadaptativas uno mismo, afrontamiento autodistracción.

Como se aprecia en los pesos de regresión, la variable que entró en primer lugar en la ecuación (modelo 1), y la más relevante para la explicación de la ansiedad, es creencias desadaptativas sobre uno mismo, la cual explica por sí sola un 30.4% de la varianza de la ansiedad. Considerando el efecto de las creencias desadaptativas sobre uno mismo, la segunda variable en entrar en la ecuación fue la estrategia de afrontamiento autodistracción (modelo 2), la cual explica significativamente un 13.6% de la ansiedad y lo hace de forma negativa, es decir, cuanto menos se emplea la estrategia de afrontamiento de autodistracción mayor ansiedad.

Tabla 6.28. Resultado del análisis de regresión para la variable criterio inadaptación general trabajo o estudios.

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	F(gl)	p<	Cambio en R ²	Cambio en F ² (gl)	p<
Modelo 1 ^a	.385	.148	.126	6.788(1)	.05	.148	6.788(1)	.05
Modelo 2 ^b	.493	.243	.203	6.109(2)	.01	.095	4.773(1)	.05

^a Creencia control futuro.

^b Creencia control futuro, afrontamiento, planificación.

Los datos aportados por el análisis de regresión indicaron que la inadaptación general en el área de trabajo o estudios es explicada directamente por dos de las variables del total de las incluidas en este estudio: [creencia control futuro ($\beta = .36$; $t = 2.54$; $p < .05$; $R^2 = .14$); afrontamiento planificación ($\beta = .30$; $t = 2.18$; $p < .05$; $R^2 = .09$)]. La cantidad de varianza explicada por las dos variables fue del 20.3% (R^2 ajustado = .20).

Como se aprecia en los pesos de regresión, la variable que entró en primer lugar en la ecuación (modelo 1), y la más relevante para la explicación de la inadaptación en el trabajo o estudios, es la creencia sobre control futuro, la cual explica por sí sola un 14.8% de la varianza de la inadaptación general en el trabajo o estudios. Considerando el efecto de la creencia sobre control futuro, la segunda variable en entrar en la ecuación fue la estrategia de afrontamiento planificación (modelo 2), la cual explica significativamente un 9.5% de la inadaptación general en el trabajo o estudios.

Tabla 6.29. Resultado del análisis de regresión para la variable criterio inadaptación general vida social.

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	F(gl)	p<	Cambio en R ²	Cambio en F ² (gl)	p<
Modelo 1 ^a	.442	.196	.175	9.480(1)	.01	.196	9.480(1)	.01
Modelo 2 ^b	.569	.324	.289	9.113(2)	.001	.129	7.232(1)	.05
Modelo 3 ^c	.635	.404	.355	8.345(3)	.001	.079	4.925(1)	.05
Modelo 4 ^d	.692	.479	.421	8.261(4)	.001	.075	5.182(1)	.05
Modelo 5 ^e	.748	.559	.496	8.885(5)	.001	.081	6.411(1)	.05
Modelo 6 ^f	.790	.624	.558	9.404(6)	.001	.065	5.847(1)	.05

^a Afrontamiento humor.

^b Afrontamiento humor, afrontamiento negación.

^c Afrontamiento humor, afrontamiento negación, control sobre recuperación.

^d Afrontamiento humor, afrontamiento negación, control sobre recuperación, creencia control futuro.

^e Afrontamiento humor, afrontamiento negación, control sobre recuperación, creencia control futuro, creencia mayor probabilidad nueva agresión.

^f Afrontamiento humor, afrontamiento negación, control sobre recuperación, creencia control futuro, creencia mayor probabilidad nueva agresión, tiempo transcurrido desde la agresión.

Los datos aportados por el análisis de regresión indicaron que la inadaptación general en el área de vida social es explicada directamente por seis de las variables del total de las incluidas en este estudio: [afrontamiento humor ($\beta = -.28$; $t = -2.59$; $p < .05$; $R^2 = .19$); afrontamiento negación ($\beta = .31$; $t = 2.76$; $p < .01$; $R^2 = .12$); control sobre recuperación ($\beta = -.44$; $t = -3.81$; $p < .001$; $R^2 = .07$); creencia control futuro ($\beta = .30$; $t = 2.68$;

$p < .05$; $R^2 = .07$); creencia mayor probabilidad nueva agresión ($\beta = .37$; $t = 3.12$; $p < .01$; $R^2 = .08$); tiempo transcurrido desde la agresión ($\beta = -.26$; $t = -2.41$; $p < .05$; $R^2 = .06$). La cantidad de varianza explicada por las seis variables fue del 55.8% (R^2 ajustado = .55).

Como se aprecia en los pesos de regresión, la variable que entró en primer lugar en la ecuación (modelo 1), y la más relevante para la explicación de la inadaptación en el área de vida social, es la estrategia de afrontamiento humor, la cual explica por sí sola un 19.6% de la varianza de la inadaptación general en la vida social y lo hace en sentido negativo, es decir, cuanto menos se emplea la estrategia de afrontamiento humor mayor inadaptación a la vida social. Considerando el efecto de la estrategia de afrontamiento humor, la segunda variable en entrar en la ecuación fue la estrategia de afrontamiento negación (modelo 2), la cual explica significativamente un 12.9% de la inadaptación general en el área de vida social. La tercera variable en entrar fue el control sobre recuperación (modelo 3), la cual explica significativamente un 7.9% de la inadaptación en el área de vida social y lo hace en sentido negativo, es decir, cuanto menos control sobre la recuperación mayor inadaptación en el área de vida social. La cuarta variable en entrar fue la creencia sobre control futuro (modelo 4) la cual explica significativamente un 7.5% de la inadaptación en el área de vida social. La quinta variable en entrar fue la creencia en una mayor probabilidad de nueva agresión (modelo 5) la cual explica significativamente un 8.1% de la inadaptación en el área de vida social. Finalmente, entró la variable tiempo transcurrido desde la agresión (modelo 6) como variable predictora con una aportación del 6.5% de la varianza en sentido negativo, es decir, cuanto menos tiempo ha transcurrido desde la agresión mayor es la inadaptación en el área de vida social.

Tabla 6.30. Resultado del análisis de regresión para la variable criterio inadaptación general tiempo libre.

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	F(gl)	p<	Cambio en R ²	Cambio en F ² (gl)	p<
Modelo 1 ^a	.457	.209	.189	10.310(1)	.01	.209	10.310(1)	.01
Modelo 2 ^b	.621	.385	.353	11.900(2)	.001	.176	10.878(1)	.01
Modelo 3 ^c	.682	.465	.421	10.701(3)	.001	.079	5.491(1)	.05
Modelo 4 ^d	.726	.527	.474	10.026(4)	.001	.062	4.748(1)	.05
Modelo 5 ^e	.774	.599	.542	10.466(5)	.001	.072	6.310(1)	.05

^a Creencia control futuro.

^b Creencia control futuro, control sobre recuperación.

^c Creencia control futuro, control sobre recuperación, satisfacción apoyo social.

^d Creencia control futuro, control sobre recuperación, satisfacción apoyo social, tiempo transcurrido desde la agresión.

^e Creencia control futuro, control sobre recuperación, satisfacción apoyo social, tiempo transcurrido desde la agresión, creencia mayor probabilidad nueva agresión.

Los datos aportados por el análisis de regresión indicaron que la inadaptación general en el área de tiempo libre es explicada directamente por cinco de las variables del total de las incluidas en este estudio: [creencia control futuro ($\beta = .45$; $t = 4.18$; $p < .001$; $R^2 = .20$); control sobre recuperación ($\beta = -.56$; $t = -4.78$; $p < .001$; $R^2 = .17$); satisfacción apoyo social ($\beta = -.29$; $t = -2.76$; $p < .01$; $R^2 = .07$); tiempo transcurrido desde la agresión

($\beta = -.29$; $t = -2.74$; $p < .01$; $R^2 = .06$); creencia mayor probabilidad nueva agresión ($\beta = .29$; $t = 2.51$; $p < .05$; $R^2 = .07$). La cantidad de varianza explicada por las cinco variables fue del 54.2% (R^2 ajustado = .54).

Como se aprecia en los pesos de regresión, la variable que entró en primer lugar en la ecuación (modelo 1), y la más relevante para la explicación de la inadaptación en el área de tiempo libre, es la creencia sobre control futuro, la cual explica por sí sola un 20.9% de la varianza de la inadaptación general en el tiempo libre. Considerando el efecto de la creencia sobre control futuro, la segunda variable en entrar en la ecuación fue el control sobre la recuperación (modelo 2), la cual explica significativamente un 17.6% de la inadaptación general en el área de tiempo libre y lo hace de forma negativa, es decir, cuanto menos control sobre la recuperación mayor inadaptación al tiempo libre. La tercera variable en entrar fue la satisfacción con el apoyo social (modelo 3), la cual explica significativamente un 7.9% de la inadaptación en el área de tiempo libre y lo hace en sentido negativo, es decir, cuanto menos satisfacción con el apoyo social mayor inadaptación en el área de tiempo libre. La cuarta variable en entrar fue el tiempo transcurrido desde la agresión (modelo 4) la cual explica significativamente un 6.2% de la inadaptación en el área de tiempo libre y lo hace en sentido negativo, es decir, cuanto menos tiempo ha transcurrido desde la agresión mayor es la inadaptación en el área de tiempo libre. Finalmente, entró la variable creencia en una mayor probabilidad de nueva agresión (modelo 5) como variable predictora con una aportación del 7.2% de la varianza.

Tabla 6.31. Resultado del análisis de regresión para la variable criterio inadaptación general pareja.

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	F(gl)	p<	Cambio en R ²	Cambio en F ² (gl)	p<
Modelo 1 ^a	.505	.255	.236	13.325(1)	.001	.255	13.325(1)	.001
Modelo 2 ^b	.581	.337	.302	9.671(2)	.001	.083	4.740(1)	.05

^a Creencias desadaptativas uno mismo.

^b Creencias desadaptativas uno mismo, control sobre recuperación.

Los datos aportados por el análisis de regresión indicaron que la inadaptación general en el área de pareja es explicada directamente por dos de las variables del total de las incluidas en este estudio: [creencias desadaptativas uno mismo ($\beta = .35$; $t = 2.40$; $p < .05$; $R^2 = .25$); control sobre recuperación ($\beta = -.32$; $t = -2.17$; $p < .05$; $R^2 = .08$). La cantidad de varianza explicada por las dos variables fue del 30.2% (R^2 ajustado = .30).

Como se aprecia en los pesos de regresión, la variable que entró en primer lugar en la ecuación (modelo 1), y la más relevante para la explicación de la inadaptación en el área de pareja, es creencias desadaptativas sobre uno mismo, la cual explica por sí sola un 25.5% de la varianza de la inadaptación en la pareja. Considerando el efecto de las creencias desadaptativas sobre uno mismo, la segunda variable en entrar en la ecuación fue el control sobre la recuperación (modelo 2), la cual explica significativamente un 8.3% de la inadaptación general en el área de pareja y lo hace

de forma negativa, es decir, cuanto menos control sobre la recuperación mayor inadaptación en la pareja.

Tabla 6.32. Resultado del análisis de regresión para la variable criterio inadaptación general familia.

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	F(gl)	p<	Cambio en R ²	Cambio en F ² (gl)	p<
Modelo 1 ^a	.455	.207	.187	10.189(1)	.01	.207	10.189(1)	.01
Modelo 2 ^b	.553	.306	.270	8.387(2)	.001	.099	5.428(1)	.05

^a Satisfacción apoyo social.

^b Satisfacción apoyo social, afrontamiento desahogo.

Los datos aportados por el análisis de regresión indicaron que la inadaptación general en el área de familia es explicada directamente por dos de las variables del total de las incluidas en este estudio: [satisfacción apoyo social ($\beta = -.43$; $t = -3.18$; $p < .01$; $R^2 = .20$); afrontamiento desahogo ($\beta = .31$; $t = 2.33$; $p < .05$; $R^2 = .09$)]. La cantidad de varianza explicada por las dos variables fue del 27% (R^2 ajustado = .27).

Como se aprecia en los pesos de regresión, la variable que entró en primer lugar en la ecuación (modelo 1), y la más relevante para la explicación de la inadaptación en el área de familia, es la satisfacción con el apoyo social, la cual explica por sí sola un 207% de la varianza de la inadaptación en la familia y lo hace en sentido negativo, es decir, cuanto menor es la satisfacción con el apoyo social mayor es la inadaptación en la familia. Considerando el efecto de la satisfacción con el apoyo social, la segunda variable en entrar en la ecuación fue la estrategia de afrontamiento desahogo (modelo 2), la cual explica significativamente un 9.9% de la inadaptación general en el área de familia.

Tabla 6.33. Resultado del análisis de regresión para la variable criterio inadaptación general global.

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	F(gl)	p<	Cambio en R ²	Cambio en F ² (gl)	p<
Modelo 1 ^a	.644	.415	.400	27.689(1)	.001	.415	27.689(1)	.001

^a Creencias desadaptativas total.

Los datos aportados por el análisis de regresión indicaron que la inadaptación general en el área global es explicada directamente por una de las variables del total de las incluidas en este estudio: [creencias desadaptativas total ($\beta = .64$; $t = 5.26$; $p < .001$; $R^2 = .41$)].

Como se aprecia en los pesos de regresión, la variable que entró en primer y único lugar en la ecuación (modelo 1), y la más relevante para la explicación de la inadaptación en el área global, es creencias desadaptativas total, la cual explica por sí sola un 41.5% de la varianza de la inadaptación global.

Tabla 6.34. Resultado del análisis de regresión para la variable criterio inadaptación general total.

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	F(gl)	p<	Cambio en R ²	Cambio en F ² (gl)	p<
Modelo 1 ^a	.497	.247	.228	12.782(1)	.001	.247	12.782(1)	.001
Modelo 2 ^b	.616	.379	.347	11.619(2)	.001	.133	8.121(1)	.01
Modelo 3 ^c	.674	.454	.410	10.273(3)	.001	.075	5.084(1)	.05
Modelo 4 ^d	.717	.514	.460	9.531(4)	.001	.060	4.440(1)	.05

^a Creencias desadaptativas uno mismo.

^b Creencias desadaptativas uno mismo, creencia control futuro.

^c Creencias desadaptativas uno mismo, creencia control futuro, control sobre recuperación.

^d Creencias desadaptativas uno mismo, creencia control futuro, control sobre recuperación, afrontamiento planificación.

Los datos aportados por el análisis de regresión indicaron que la inadaptación general total es explicada directamente por cuatro de las variables del total de las incluidas en este estudio: [creencias desadaptativas uno mismo ($\beta = .37$; $t = 2.85$; $p < .01$; $R^2 = .24$); creencia control futuro ($\beta = .32$; $t = 2.74$; $p < .01$; $R^2 = .13$); control sobre recuperación ($\beta = -.37$; $t = -2.75$; $p < .01$; $R^2 = .07$); afrontamiento planificación ($\beta = .25$; $t = 2.10$; $p < .05$; $R^2 = .06$)]. La cantidad de varianza explicada por las cuatro variables fue del 46% (R^2 ajustado = .46).

Como se aprecia en los pesos de regresión, la variable que entró en primer lugar en la ecuación (modelo 1), y la más relevante para la explicación de la inadaptación general total, es creencias desadaptativas sobre uno mismo, la cual explica por sí sola un 24.7% de la varianza de la inadaptación total. Considerando el efecto de las creencias desadaptativas sobre uno mismo, la segunda variable en entrar en la ecuación fue la creencia sobre control futuro (modelo 2), la cual explica significativamente un 13.3% de la inadaptación general total. La tercera variable en entrar fue el control sobre la recuperación (modelo 3), la cual explica significativamente un 7.5% de la inadaptación total y lo hace en sentido negativo, es decir, cuanto menor control sobre la recuperación mayor inadaptación total. Finalmente, entró la variable estrategia de afrontamiento planificación (modelo 4) como variable predictora con una aportación del 6% de la varianza.

6.7. RESUMEN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS

A continuación se presentan los principales resultados que se han obtenido en el presente estudio centrado en el análisis predictivo de los factores de vulnerabilidad sobre la sintomatología clínica tras sufrir una agresión sexual.

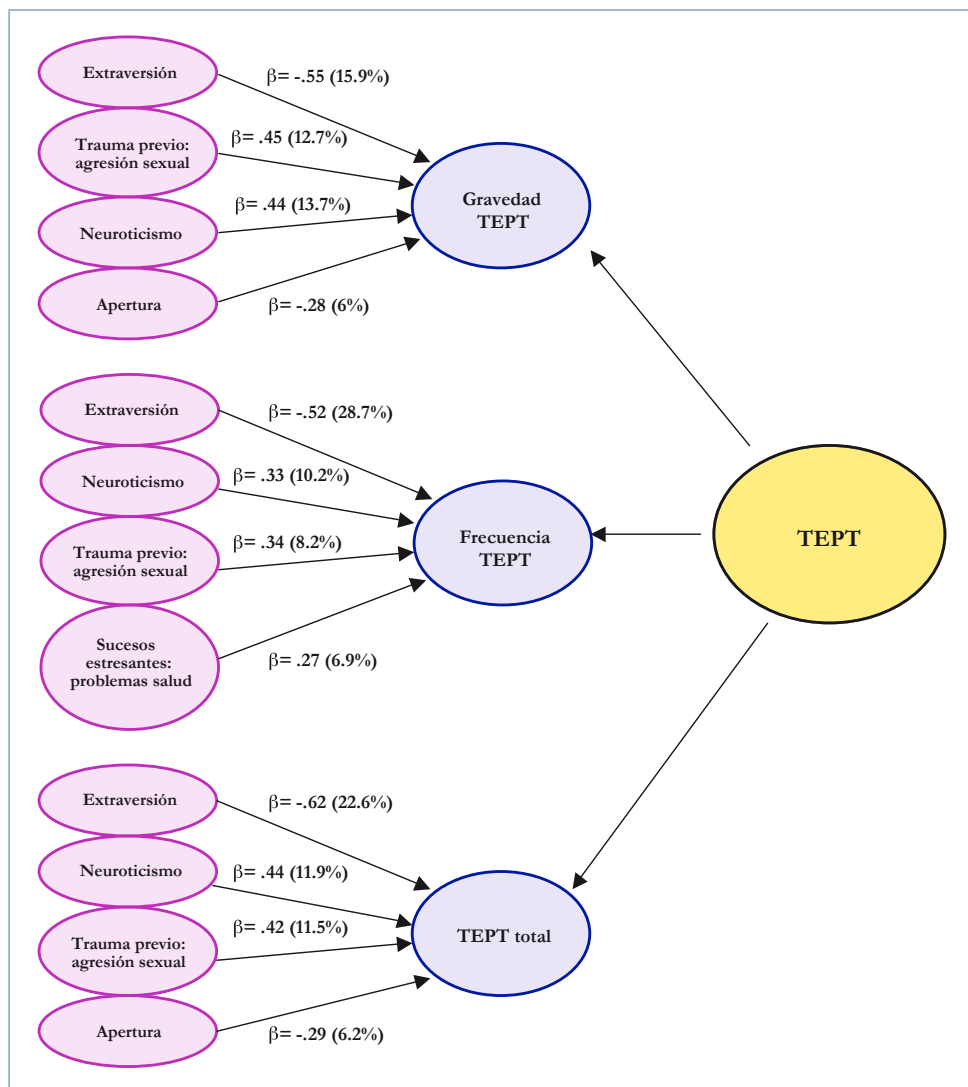
En relación con las variables anteriores a la agresión:

- Los factores predictores anteriores a la agresión de la variable criterio gravedad del TEPT han sido, en primer lugar, la extraversión, la cual explica por sí sola

un 15.9% de la varianza y lo hace de forma negativa, es decir, cuanto menos extraversión mayor gravedad del TEPT. En segundo lugar, la variable trauma previo otra agresión sexual, la cual explica significativamente un 12.7% de la gravedad del TEPT; la tercera variable ha sido el neuroticismo, la cual explica significativamente un 13.7% de la gravedad del TEPT. Por último, la variable de personalidad apertura ha aportado el 6% de la varianza en sentido negativo, es decir, cuanto menos apertura mayor gravedad del TEPT.

- Los factores predictores anteriores a la agresión de la variable criterio frecuencia del TEPT han sido, en primer lugar, la extraversión, la cual explica por sí sola

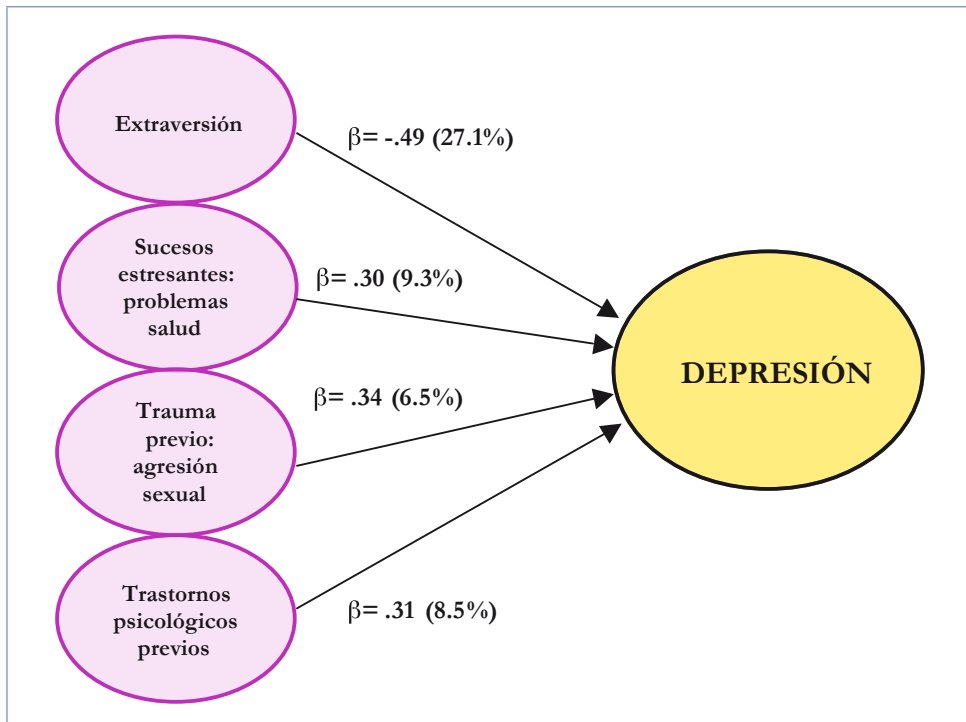
Gráfico 6.1. Resumen de los factores predictores anteriores a la agresión del TEPT.



un 28.7% de la varianza y lo hace de forma negativa, es decir, cuanto menos extraversión mayor frecuencia del TEPT; en segundo lugar, la variable neuroticismo, la cual explica significativamente un 10.2% de la frecuencia del TEPT; la tercera variable ha sido el trauma previo otra agresión sexual, la cual explica significativamente un 8.2% de la frecuencia del TEPT. Por último, la variable sucesos estresantes problemas de salud ha aportado el 6.9% de la varianza de la variable criterio.

- Los factores predictores anteriores a la agresión de la variable criterio TEPT total han sido: en primer lugar, la extraversión, la cual explica por sí sola un 22.6% de la varianza y lo hace de forma negativa, es decir, cuanto menos extraversión mayor TEPT total; en segundo lugar, la variable neuroticismo, la cual explica significativamente un 11.9% del TEPT total; la tercera variable ha sido el trauma previo otra agresión sexual, la cual explica significativamente un 11.5% del TEPT. Por último, la variable apertura ha aportado el 6.2% de la varianza en sentido negativo, es decir, cuanto menos apertura mayor TEPT total.
- Los factores predictores anteriores a la agresión de la variable criterio depresión han sido: en primer lugar, la extraversión, la cual explica por sí sola un 27.1% de la varianza y lo hace de forma negativa, es decir, cuanto menos extraversión

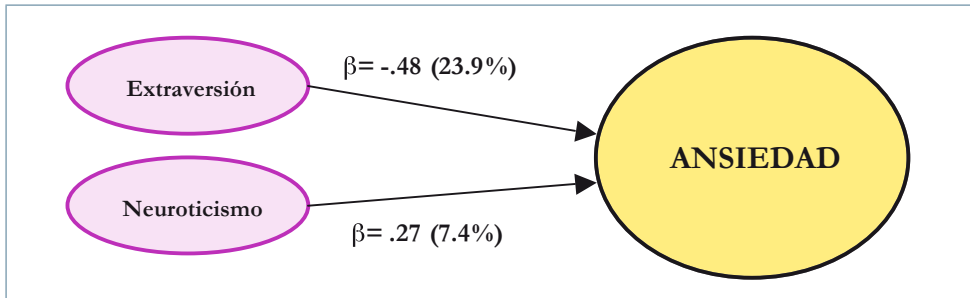
Gráfico 6.2. Resumen de los factores predictores anteriores a la agresión de la depresión.



mayor depresión; en segundo lugar, la variable sucesos estresantes problemas de salud, la cual explica significativamente un 9.3% de la depresión; la tercera variable ha sido el trauma previo otra agresión sexual, la cual explica significativamente un 6.5% de la depresión. Por último, la variable trastornos psicológicos previos ha aportado el 8.5% de la varianza de la variable criterio.

- Los factores predictores anteriores a la agresión de la variable criterio ansiedad han sido: en primer lugar, la extraversión, la cual explica por sí sola un 23.9% de la varianza y lo hace de forma negativa, es decir, cuanto menos extraversión mayor ansiedad; y en segundo lugar, la variable neuroticismo, la cual explica significativamente un 7.4% de la ansiedad.

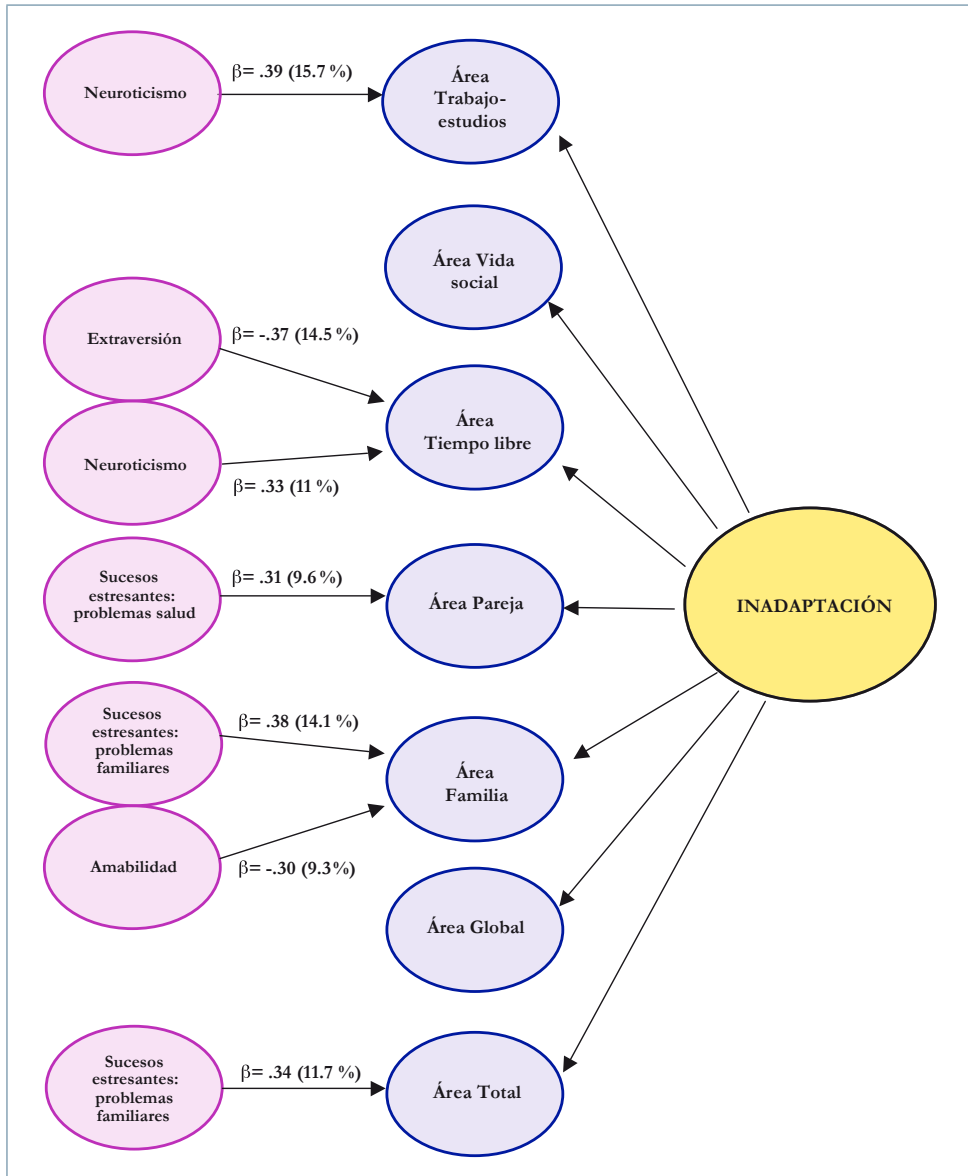
Gráfico 6.3. Resumen de los factores predictores anteriores a la agresión de la ansiedad.



- Para la variable criterio inadaptación en el trabajo o estudios solo aparece un factor predictivo anterior a la agresión, el neuroticismo, el cual explica por sí solo un 15.7% de la varianza.
- Los factores predictores anteriores a la agresión de la variable criterio inadaptación en el área de tiempo libre han sido: en primer lugar, la extraversión, la cual explica por sí sola un 14.5% de la varianza y lo hace de forma negativa, es decir, cuanto menos extraversión mayor inadaptación en el tiempo libre; y en segundo lugar, la variable neuroticismo, la cual explica significativamente un 11% de la variable criterio.
- Para la variable criterio inadaptación en el área de pareja solo aparece un factor predictivo anterior a la agresión, sucesos estresantes problemas de salud, el cual explica por sí solo un 9.6% de la varianza.
- Los factores predictores anteriores a la agresión de la variable criterio inadaptación en el área de familia han sido: en primer lugar, la variable sucesos estresantes problemas familiares, la cual explica por sí sola un 14.1% de la varianza; y en segundo lugar, la variable amabilidad, la cual explica significativamente un 9.3% de la variable criterio en sentido negativo, es decir, cuanto menos amabilidad mayor inadaptación en el área familiar.

- Para la variable criterio inadaptación general total solo aparece un factor predictivo anterior a la agresión, sucesos estresantes problemas familiares, el cual explica por sí solo un 11.7% de la varianza de la inadaptación total.
- No se han encontrado variables predictoras anteriores a la agresión para las variables criterio inadaptación en el área de vida social e inadaptación en el área global.

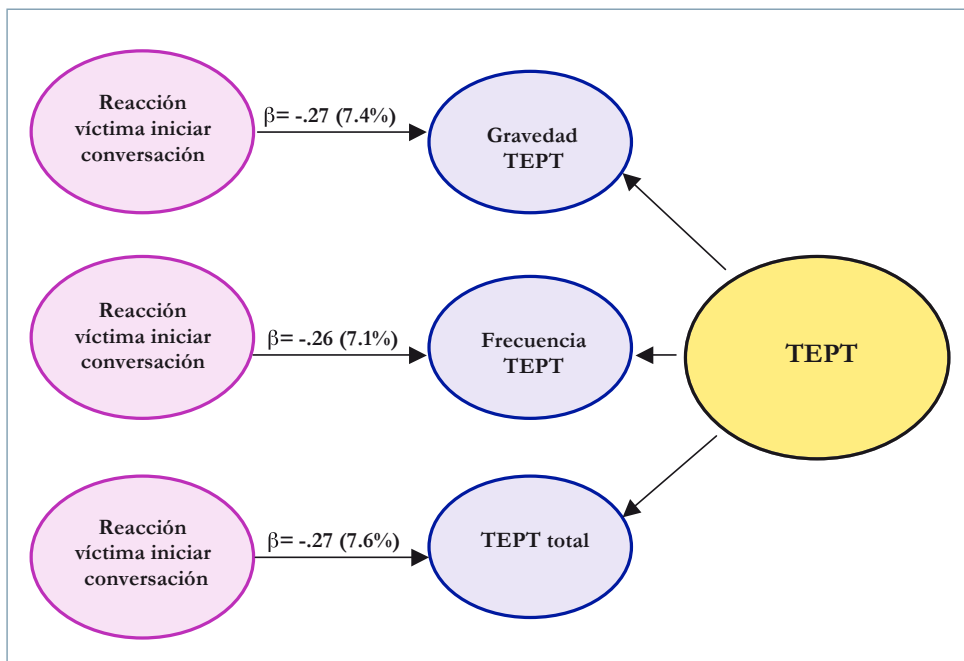
Gráfico 6.4. Resumen de los factores predictores anteriores a la agresión de la inadaptación.



En relación a las variables que intervienen durante la agresión

- Para la variable criterio gravedad del TEPT solo aparece un factor predictivo que interviene durante la agresión, la reacción de la víctima iniciar conversación, la cual explica por sí solo un 7.4% de la varianza en sentido negativo, es decir, cuando no se produce el intento de iniciar una conversación con el agresor mayor será la gravedad del TEPT.
- Para la variable criterio frecuencia del TEPT solo aparece un factor predictivo que interviene durante la agresión, la reacción de la víctima iniciar conversación, el cual explica por sí solo un 7.1% de la varianza en sentido negativo, es decir, cuando no se produce el intento de iniciar una conversación con el agresor mayor será la frecuencia del TEPT.
- Para la variable criterio TEPT total solo aparece un factor predictivo que interviene durante la agresión, la reacción de la víctima iniciar conversación, el cual explica por sí solo un 7.6% de la varianza en sentido negativo, es decir, cuando no se produce el intento de iniciar una conversación con el agresor mayor será el TEPT total.

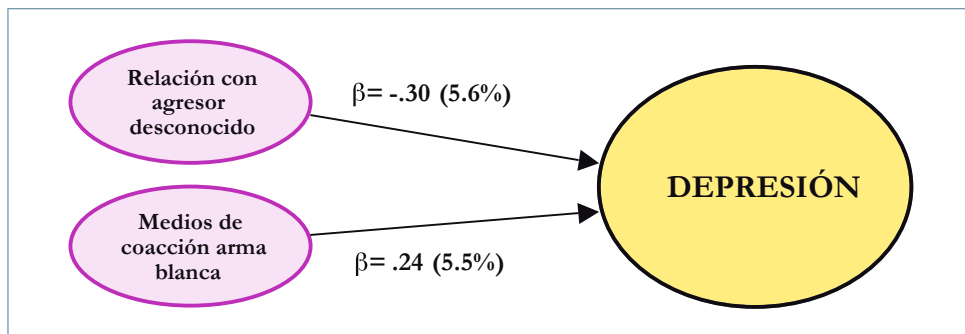
Gráfico 6.5. Resumen de los factores predictores que intervienen durante la agresión del TEPT.



- Los factores predictores que intervienen durante la agresión de la variable criterio depresión han sido: en primer lugar, la relación con el agresor desconocido,

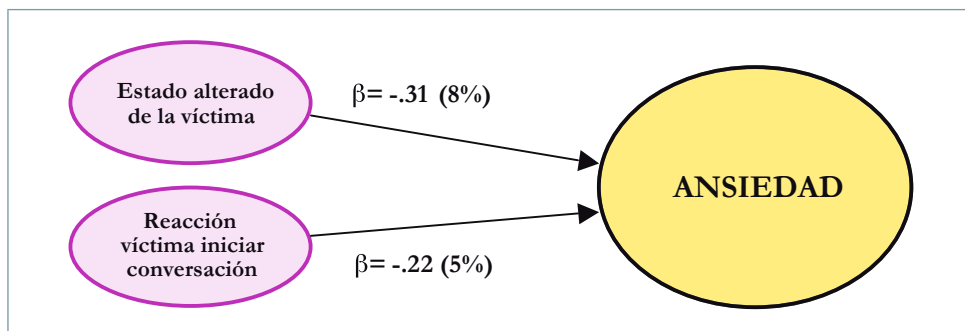
la cual explica por sí sola un 5.6% de la varianza y lo hace de forma negativa, es decir, el hecho de que el agresor sexual no sea desconocido se relaciona con mayor depresión; y en segundo lugar, la variable medios de coacción arma blanca, la cual explica significativamente un 5.5% de la depresión.

Gráfico 6.6. Resumen de los factores predictores que intervienen durante la agresión de la depresión.



- Los factores predictores que intervienen durante la agresión de la variable criterio ansiedad han sido: en primer lugar, el estado alterado de la víctima, la cual explica por sí sola un 8% de la varianza y lo hace de forma negativa, es decir, el estado no alterado o consciente de la víctima se relaciona con una mayor ansiedad; y en segundo lugar, la variable reacción de la víctima iniciar conversación, la cual explica significativamente un 5% de la ansiedad en sentido negativo, es decir, cuando no se produce el intento de iniciar una conversación con el agresor mayor será la ansiedad.

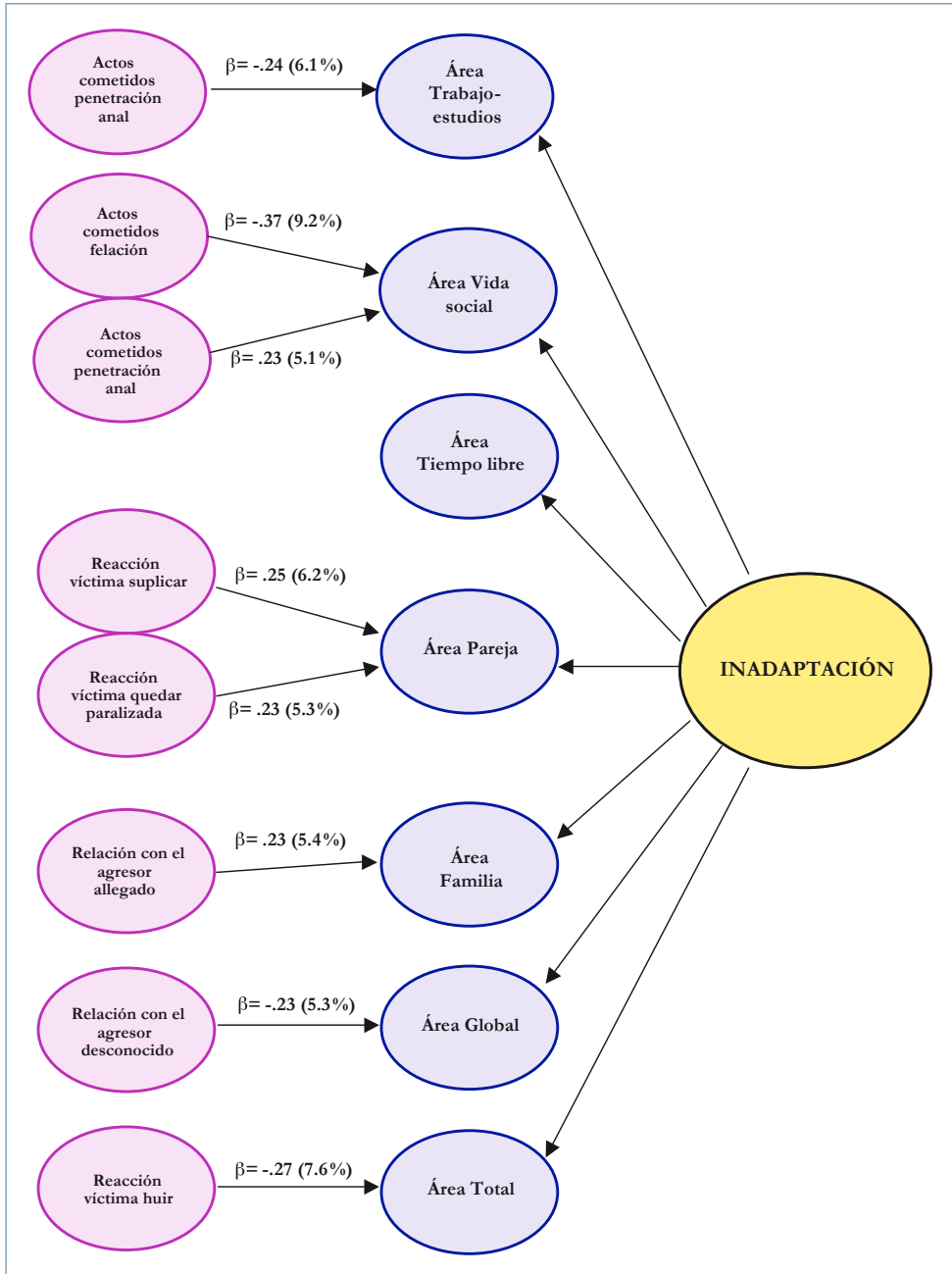
Gráfico 6.7. Resumen de los factores predictores que intervienen durante la agresión de la ansiedad.



- Para la variable criterio inadaptación en el trabajo o estudios solo aparece un factor predictivo que interviene durante la agresión, actos cometidos penetración anal, el cual explica por sí solo un 6.1% de la varianza de forma negativa.

- Los factores predictores que intervienen durante la agresión de la variable criterio inadaptación a la vida social han sido: en primer lugar, actos cometidos

Gráfico 6.8. Resumen de los factores predictores que intervienen durante la agresión de la inadaptación.



felación, la cual explica por sí sola un 9.2% de la varianza de forma negativa; y en segundo lugar, actos cometidos penetración anal, la cual explica significativamente un 5.1% de la variable criterio.

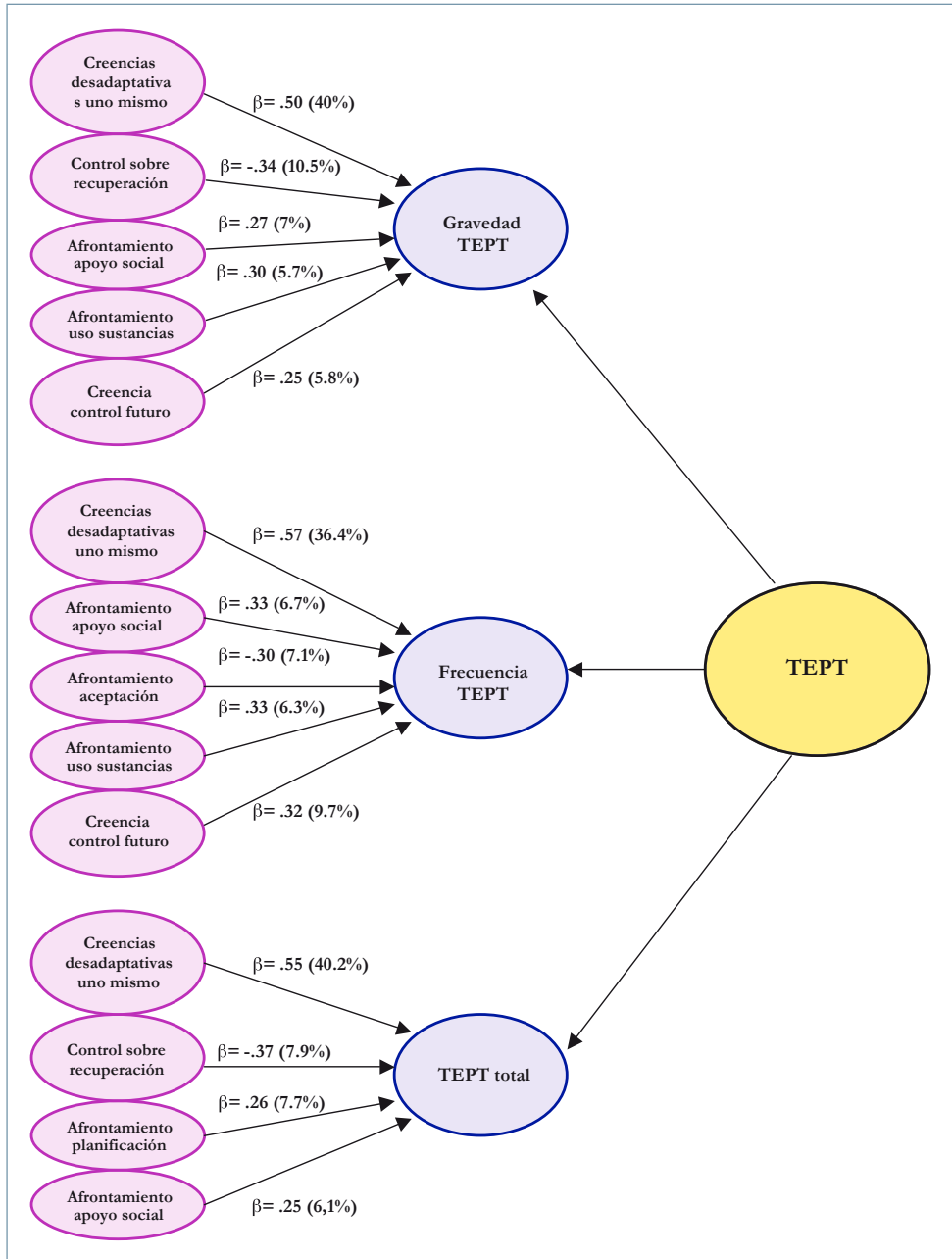
- Los factores predictores que intervienen durante la agresión de la variable criterio inadaptación en el área de pareja han sido: en primer lugar, la variable reacción de la víctima suplicar, la cual explica por sí sola un 6.2% de la varianza; y en segundo lugar, la variable reacción de la víctima quedar paralizada, la cual explica significativamente un 5.3% de la variable criterio.
- Para la variable criterio inadaptación en el área de familia solo aparece un factor predictivo que interviene durante la agresión, la relación con el agresor allegado, el cual explica por sí solo un 5.4% de la varianza de la inadaptación en el área de familia.
- Para la variable criterio inadaptación general global solo aparece un factor predictivo que interviene durante la agresión, relación con el agresor desconocido, el cual explica por sí solo un 5.3% de la varianza de la inadaptación global y lo hace en sentido negativo, es decir, el hecho de que el agresor sexual no sea desconocido se relaciona con una mayor inadaptación global.
- Para la variable criterio inadaptación general total solo aparece un factor predictivo que interviene durante la agresión, reacción de la víctima huir, el cual explica por sí solo un 7.6% de la varianza de la inadaptación total y lo hace en sentido negativo, es decir, cuando no se produce el intento de huir de la agresión mayor será la inadaptación total.
- No se han encontrado variables predictoras que intervienen durante la agresión sexual para la variable criterio inadaptación en el área de tiempo libre.

En relación a las variables posteriores a la agresión:

- Los factores predictores posteriores a la agresión de la variable criterio gravedad del TEPT han sido: en primer lugar, creencias desadaptativas sobre uno mismo, el cual explica un 40% de la varianza; en segundo lugar, la variable control sobre la recuperación, la cual explica por sí sola un 10.5% de la varianza y lo hace de forma negativa, es decir, cuanto menos control sobre la recuperación mayor gravedad del TEPT; en tercer lugar, la variable estrategia de afrontamiento apoyo social instrumental, la cual explica significativamente un 7% de la gravedad del TEPT; la cuarta variable ha sido estrategia de afrontamiento uso de sustancias, la cual explica significativamente un 5.7% de la gravedad del TEPT. Por último, la variable creencia sobre control futuro ha aportado el 5.8% de la varianza de la variable criterio.
- Los factores predictores posteriores a la agresión de la variable criterio frecuencia del TEPT han sido: en primer lugar, creencias desadaptativas sobre uno mismo, el cual explica un 36.4% de la varianza; en segundo lugar, la variable estrategia de afrontamiento apoyo social instrumental, la cual explica significativamente un

6.7% de la frecuencia del TEPT; en tercer lugar, la variable estrategia de afrontamiento aceptación, la cual explica por sí sola un 7.1% de la varianza y lo hace de forma negativa, es decir, cuanto menos se emplea la estrategia de afrontamiento

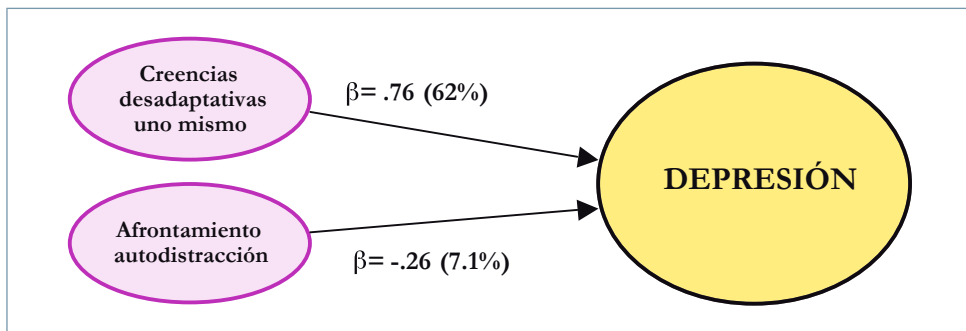
Gráfico 6.9. Resumen de los factores predictores posteriores a la agresión del TEPT.



de aceptación mayor frecuencia del TEPT; la cuarta variable ha sido estrategia de afrontamiento uso de sustancias, la cual explica significativamente un 6.3% de la frecuencia del TEPT. Por último, la variable creencia sobre control futuro ha aportado el 9.7% de la varianza de la variable criterio.

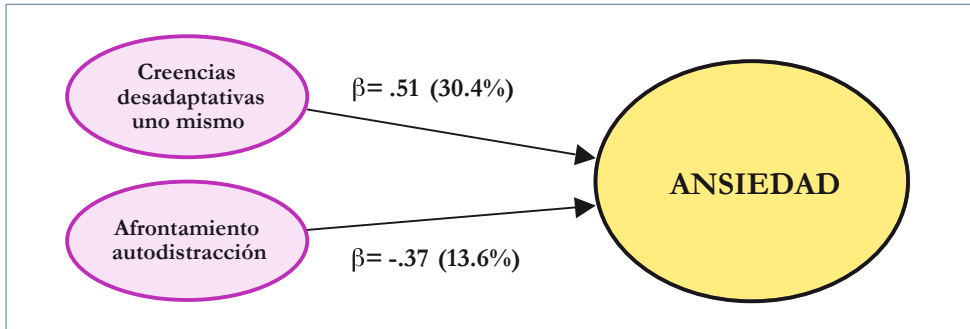
- Los factores predictores posteriores a la agresión de la variable criterio TEPT total han sido: en primer lugar, creencias desadaptativas sobre uno mismo, el cual explica un 40.2% de la varianza; en segundo lugar, la variable control sobre la recuperación, la cual explica por sí sola un 7.9% de la varianza y lo hace de forma negativa, es decir, cuanto menos control sobre la recuperación mayor TEPT total; en tercer lugar, la variable estrategia de afrontamiento planificación, la cual explica significativamente un 7.7% del TEPT total. Por último, la variable estrategia de afrontamiento apoyo social instrumental ha aportado el 6.1% de la varianza de la variable criterio.
- Los factores predictores posteriores a la agresión de la variable criterio depresión han sido: en primer lugar, creencias desadaptativas sobre uno mismo, el cual explica un 62% de la varianza; y en segundo lugar, la variable estrategia de afrontamiento autodistracción, la cual explica significativamente un 7.1% de la depresión y lo hace en sentido negativo, es decir, cuanto menos se emplea la estrategia de afrontamiento de autodistracción mayor tasa de depresión.

Gráfico 6.10. Resumen de los factores predictores posteriores a la agresión de la depresión.



- Los factores predictores posteriores a la agresión de la variable criterio ansiedad han sido: en primer lugar, creencias desadaptativas sobre uno mismo, el cual explica un 30.4% de la varianza; y en segundo lugar, la variable estrategia de afrontamiento autodistracción, la cual explica significativamente un 13.6% de la ansiedad y lo hace en sentido negativo, es decir, cuanto menos se emplea la estrategia de afrontamiento de autodistracción mayor nivel de ansiedad.
- Los factores predictores posteriores a la agresión de la variable criterio inadaptación en el área de trabajo o estudios han sido: en primer lugar, la creencia sobre control futuro, la cual explica por sí sola un 14.8% de la varianza; y en se-

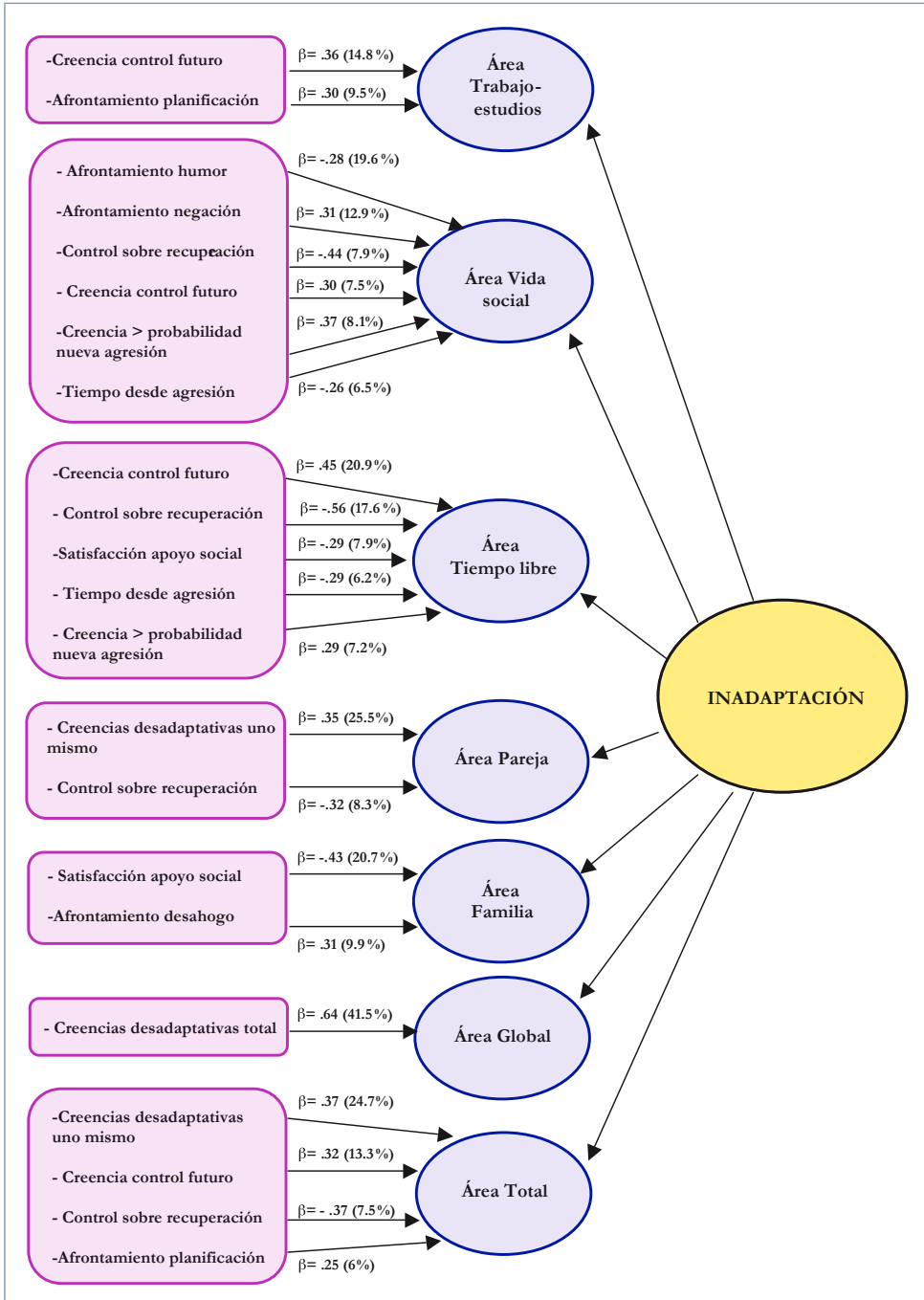
Gráfico 6.11. Resumen de los factores predictores posteriores a la agresión de la ansiedad.



gundo lugar, la variable estrategia de afrontamiento planificación, la cual explica significativamente un 9.5% de la variable criterio.

- Los factores predictores posteriores a la agresión de la variable criterio inadaptación a la vida social han sido: en primer lugar, estrategia de afrontamiento humor, el cual explica un 19.6% de la varianza en sentido negativo, es decir, cuanto menos se emplea la estrategia de afrontamiento de humor mayor inadaptación en la vida social; en segundo lugar, la variable estrategia de afrontamiento negación, la cual explica por sí sola un 12.9% de la inadaptación en la vida social; en tercer lugar, la variable control sobre la recuperación, la cual explica significativamente un 7.9% de la varianza y lo hace de forma negativa, es decir, cuanto menos control sobre la recuperación mayor inadaptación a la vida social; la cuarta variable ha sido creencia sobre control futuro, la cual explica significativamente un 7.5% de la inadaptación a la vida social; en quinto lugar, la variable creencia en la mayor probabilidad de una nueva agresión explica significativamente un 8.1% de la inadaptación a la vida social. Por último, la variable tiempo transcurrido desde la agresión ha aportado el 6.5% de la varianza y lo hace de forma negativa, es decir, cuanto menos tiempo ha transcurrido desde la agresión mayor es la inadaptación a la vida social.
- Los factores predictores posteriores a la agresión de la variable criterio inadaptación en el área de tiempo libre han sido: en primer lugar, creencia sobre control futuro, el cual explica un 20.9% de la varianza; en segundo lugar, la variable control sobre la recuperación, la cual explica por sí sola un 17.6% de la varianza y lo hace de forma negativa, es decir, cuanto menos control sobre la recuperación mayor inadaptación en el área de tiempo libre; en tercer lugar, la variable satisfacción con el apoyo social, la cual explica significativamente un 7.9% de la varianza en sentido negativo, es decir, cuanto menos satisfacción con el apoyo social mayor inadaptación en el área de tiempo libre; la cuarta variable ha sido tiempo transcurrido desde la agresión, la cual explica significativamente un 6.2% de la varianza y lo hace de forma negativa, es decir, cuanto menos tiempo ha transcurrido desde la agresión mayor es la

Gráfico 6.12. Resumen de los factores predictores posteriores a la agresión de la inadaptación.



inadaptación en el área de tiempo libre. Por último, la variable creencia en la mayor probabilidad de una nueva agresión ha aportado el 7.2% de la varianza de la variable criterio.

- Los factores predictores posteriores a la agresión de la variable criterio inadaptación en la pareja han sido: en primer lugar, la variable creencias desadaptativas sobre uno mismo, la cual explica por sí sola un 25.5% de la varianza; y en segundo lugar, la variable control sobre la recuperación, la cual explica significativamente un 8.3% de la variable criterio en sentido negativo, es decir, cuanto menos control sobre la recuperación mayor inadaptación en la pareja.
- Los factores predictores posteriores a la agresión de la variable criterio inadaptación en el área de familia han sido: en primer lugar, la variable satisfacción con el apoyo social, la cual explica por sí sola un 20.7% de la varianza en sentido negativo, es decir, cuanto menos satisfacción con el apoyo social recibido mayor inadaptación en el área familiar; y en segundo lugar, la variable estrategia de afrontamiento desahogo, la cual explica significativamente un 9.9% de la variable criterio.
- Para la variable criterio inadaptación en el área global solo aparece un factor predictivo posterior a la agresión, creencias desadaptativas total, el cual explica por sí solo un 41.5% de la varianza.
- Los factores predictores posteriores a la agresión de la variable criterio inadaptación general total han sido: en primer lugar, la variable creencias desadaptativas sobre uno mismo, la cual explica por sí sola un 24.7% de la varianza; en segundo lugar, la variable creencia sobre control futuro, la cual explica significativamente un 13.3% de la inadaptación total; en tercer lugar, la variable control sobre la recuperación, la cual explica significativamente un 7.5% de la varianza en sentido negativo, es decir, cuanto menos control sobre la recuperación mayor inadaptación total. Por último, la variable estrategia de afrontamiento planificación ha aportado el 6% de la varianza de la variable criterio.

Tabla 6.35. Resumen de los principales predictores de sintomatología clínica tras una agresión sexual.

Variables criterio	Anteriores a la agresión	Intervienen durante la agresión	Posteriores a la agresión
Gravedad TEPT	<p>↓ Extraversión (15.9%)</p> <p>↑ Trauma previo otra agresión sexual (12.7%)</p> <p>↑ Neuroticismo (13.7%)</p> <p>↓ Apertura (6%)</p>	<p>↓ Reacción víctima iniciar conversación (7.4%)</p>	<p>↑ Creencias desadaptativas uno mismo (40%)</p> <p>↓ Control sobre recuperación (10.5%)</p> <p>↑ Afrontamiento apoyo social instrumental (7%)</p> <p>↑ Afrontamiento uso de sustancias (5.7%)</p> <p>↑ Creencia control futuro (5.8%)</p>
Frecuencia TEPT	<p>↓ Extraversión (28.7%)</p> <p>↑ Neuroticismo (10.2%)</p> <p>↑ Trauma previo otra agresión sexual (8.2%)</p> <p>↑ Sucesos estresantes problemas de salud (6.9%)</p>	<p>↓ Reacción víctima iniciar conversación (7.1%)</p>	<p>↑ Creencias desadaptativas uno mismo (36.4%)</p> <p>↑ Afrontamiento apoyo social instrumental (6.7%)</p> <p>↓ Afrontamiento aceptación (7.1%)</p> <p>↑ Afrontamiento uso de sustancias (6.3%)</p> <p>↑ Creencia control futuro (9.7%)</p>
TEPT total	<p>↓ Extraversión (22.6%)</p> <p>↑ Neuroticismo (11.9%)</p> <p>↑ Trauma previo otra agresión sexual (11.5%)</p> <p>↓ Apertura (6.2%)</p>	<p>↓ Reacción víctima iniciar conversación (7.6%)</p>	<p>↑ Creencias desadaptativas uno mismo (40.2%)</p> <p>↓ Control sobre recuperación (7.9%)</p> <p>↑ Afrontamiento planificación (7.7%)</p> <p>↑ Afrontamiento apoyo social instrumental (6.1%)</p>
Depresión	<p>↓ Extraversión (27.1%)</p> <p>↑ Sucesos estresantes problemas de salud (9.3%)</p> <p>↑ Trauma previo otra agresión sexual (6.5%)</p> <p>↑ Trastornos psicológicos previos (8.5%)</p>	<p>↓ Relación con agresor desconocido (5.6%)</p> <p>↑ Medios de coacción arma blanca (5.5%)</p>	<p>↑ Creencias desadaptativas uno mismo (62%)</p> <p>↓ Afrontamiento autodistracción (7.1%)</p>
Ansiedad	<p>↓ Extraversión (23.9%)</p> <p>↑ Neuroticismo (7.4%)</p>	<p>↓ Estado alterado de la víctima (8%)</p> <p>↓ Reacción víctima iniciar conversación (5%)</p>	<p>↑ Creencias desadaptativas uno mismo (30.4%)</p> <p>↓ Afrontamiento autodistracción (13.6%)</p>
Inadaptación trabajo-estudio	<p>↑ Neuroticismo (15.7%)</p>	<p>↓ Actos cometidos penetración anal (6.1%)</p>	<p>↑ Creencia control futuro (14.8%)</p> <p>↑ Afrontamiento planificación (9.5%)</p>

VARIABLES criterio	Anteriores a la agresión	Intervienen durante la agresión	Posteriores a la agresión
Inadaptación vida social	-----	<p>↓ Actos cometidos felación (9.2%)</p> <p>↑ Actos cometidos penetración anal (5.1%)</p>	<p>↓ Afrontamiento humor (19.6%)</p> <p>↑ Afrontamiento negación (12.9%)</p> <p>↓ Control sobre recuperación (7.9%)</p> <p>↑ Creencia control futuro (7.5%)</p> <p>↑ Creencia mayor probabilidad nueva agresión (8.1%)</p> <p>↓ Tiempo transcurrido desde la agresión (6.5%)</p>
Inadaptación tiempo libre	<p>↓ Extraversión (14.5%)</p> <p>↑ Neuroticismo (11%)</p>	-----	<p>↑ Creencia control futuro (20.9%)</p> <p>↓ Control sobre recuperación (17.6%)</p> <p>↓ Satisfacción apoyo social (7.9%)</p> <p>↓ Tiempo transcurrido desde la agresión (6.2%)</p> <p>↑ Creencia mayor probabilidad nueva agresión (7.2%)</p>
Inadaptación pareja	<p>↑ Sucesos estresantes problemas de salud (9.6%)</p>	<p>↑ Reacción víctima suplicar (6.2%)</p> <p>↑ Reacción víctima quedar paralizada (5.3%)</p>	<p>↑ Creencias desadaptativas uno mismo (25.5%)</p> <p>↓ Control sobre recuperación (8.3%)</p>
Inadaptación familia	<p>↑ Sucesos estresantes problemas familiares (14.1%)</p> <p>↓ Amabilidad (9.3%)</p>	<p>↑ Relación con el agresor allegado (5.4%)</p>	<p>↓ Satisfacción apoyo social (20.7%)</p> <p>↑ Afrontamiento desahogo (9.9%)</p>
Inadaptación global	-----	<p>↓ Relación con el agresor desconocido (5.3%)</p>	<p>↑ Creencias desadaptativas total (41.5%)</p>
Inadaptación total	<p>↑ Sucesos estresantes problemas familiares (11.7%)</p>	<p>↓ Reacción víctima huir (7.6%)</p>	<p>↑ Creencias desadaptativas uno mismo (24.7%)</p> <p>↑ Creencia control futuro (13.3%)</p> <p>↓ Control sobre recuperación (7.5%)</p> <p>↑ Afrontamiento planificación (6%)</p>

CAPÍTULO VII

Discusión general

7.1. INTRODUCCIÓN

La presente investigación se ha centrado en dos aspectos principales, por un lado, se ha realizado un análisis descriptivo de una serie de variables como las características demográficas, las características de la agresión y la victimización secundaria. Por otro lado, se han analizado los principales factores de vulnerabilidad para comprobar su capacidad predictiva sobre la sintomatología desarrollada tras una agresión sexual. Para ello se ha tomado como muestra 77 mujeres mayores de edad, víctimas de agresiones sexuales en la edad adulta, que acudieron al Centro de Atención a Víctimas de Agresiones Sexuales (C.A.V.A.S.) de la Comunidad de Madrid.

7.2. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS VÍCTIMAS DE AGRESIÓN SEXUAL

Algunos sucesos traumáticos, como las agresiones sexuales afectan a numerosas personas, causando múltiples consecuencias negativas tanto a corto como a largo plazo.

Para comprender mejor esta problemática, en este primer estudio se ha realizado un análisis descriptivo de las características socio-demográficas y de la agresión sexual sufrida, así como de la victimización secundaria presentada en la muestra de mujeres víctimas de agresión sexual.

Los resultados descriptivos del análisis de las *características socio-demográficas*, muestran que en esta investigación el grupo de edad más frecuente de las víctimas de agresión sexual ha sido de 18 a 30 años (59.7% de la muestra), seguido del grupo de 31 a 40 años (28.6%). La mayoría de las mujeres estaban solteras en el momento de la evaluación (79.2%). Estos datos coinciden con los aportados por Echeburúa y Redondo (2010), que refieren que las víctimas suelen ser mayoritariamente jóvenes (entre 16 y 25 años) y solteras. Con respecto al lugar de origen, la mayoría de las mujeres eran españolas (67.5%), seguidas de un pequeño grupo de mujeres de América del sur (26%).

En cuanto al nivel de estudios, la muestra ha sido más heterogénea, un 43% de las mujeres han cursado estudios universitarios, un 30% de mujeres tenían estudios secundarios, un 18% formación profesional y un 9% tenía estudios primarios. Por último, casi la mitad de las participantes se encontraban en activo (48.1%), mientras que la otra mitad se divide entre las mujeres que estaban en situación de paro (27.3%) o en otras situaciones (24.7%) como estudiantes o de baja laboral.

En un estudio anterior (Roig, 1996), realizado en el mismo centro de asistencia a víctimas de agresiones sexuales (CAVAS) se encontraron resultados similares. Con respecto a la edad, el grupo más frecuente lo formaba el comprendido entre 18 y 25 años, seguido del grupo comprendido entre 26 y 35 años y del grupo de 13 a 17 años, ya que en este estudio se tuvo en cuenta a las víctimas menores de edad. En ambos estudios la mayoría de las mujeres eran solteras. De modo similar, el mayor grupo de mujeres se encontraba en activo y el resto se dividía entre estudiantes y mujeres en situación de paro laboral.

En lo que se refiere al nivel de estudios, se aprecia alguna diferencia entre ambas investigaciones. En la investigación de Roig (1996) la mayoría de las mujeres tienen estudios correspondientes a enseñanza media, siendo universitarias solo el 16% de las mujeres, mientras que en la presente investigación, un 43% de mujeres eran universitarias. Esta gran diferencia puede deberse a varios motivos como el tipo de muestra seleccionada para el estudio o al cambio de rol de la mujer en la sociedad con el transcurso del tiempo, ya que entre ambas investigaciones han pasado quince años.

Con respecto a las *características de la agresión*, el delito con una mayor prevalencia en la presente muestra fue la agresión sexual con violación (45.5%), coincidiendo con los resultados de Roig (1996). El resto de delitos tuvieron una menor prevalencia, con una representación entre 16-22% de los casos. Al igual que en el estudio de Roig (1996), la mayoría de las mujeres fueron víctimas de un solo agresor, existiendo un pequeño porcentaje de víctimas de dos (6.5%) y tres o más agresores (5.2%). No obstante, el número de asaltos cometidos por más de dos agresores es mayor según Echeburúa y Redondo (2010), llegando a un tercio de los casos.

Asimismo, y de acuerdo con los autores Echeburúa y Redondo (2010) y Roig, (1996), los actos cometidos durante la agresión sexual que han mostrado una mayor prevalencia son los tocamientos y la penetración vaginal. De forma minoritaria se dieron los siguientes actos: penetración anal, masturbación, felación y otros. Únicamente en el 6.2% de los casos se dieron lesiones físicas, ascendiendo a un tercio de los casos según anteriores estudios (Echeburúa y Redondo, 2010; Roig, 1996). Estos actos cometidos durante la agresión no son excluyentes entre sí y pueden darse de forma combinada, sin embargo, en la mayoría de las ocasiones se han producido de forma aislada. Las combinaciones más frecuentes han sido los tocamientos más la penetración vaginal, seguido de esta combinación más la penetración anal.

Los medios de coacción más frecuentemente empleados por el agresor para llevar a cabo la agresión fueron los engaños y la categoría de otros, compuesta principalmente de casos en los que la víctima estaba inconsciente. Los siguientes medios de coacción

más frecuentes fueron las amenazas y los golpes y de forma minoritaria aparecen vejaciones, arma blanca, abuso de autoridad y regalos. Finalmente, no hubo casos de empleo de armas de fuego. Los resultados no coinciden con los referidos por Echeburúa y Redondo (2010), según los cuales en la mitad aproximada de los casos el agresor emplea un arma como medio de coacción. En el estudio de Roig (1996), los medios de coacción empleados de forma más frecuente fueron las amenazas, seguidos en menor medida por los golpes, vejaciones y arma blanca.

En cuanto al estado de la víctima en el momento de la agresión, un mayor número de mujeres se encontraban conscientes durante la agresión sexual. No obstante, se ha detectado un 35.1% de mujeres que estaban drogadas, embriagadas o atacadas en estado inconsciente durante la agresión o el abuso sexual.

Las principales reacciones que mostraron las víctimas ante la agresión fueron quedar paralizada, defenderse o forcejear y otros (principalmente mujeres que se encontraban en estado inconsciente durante la agresión). Las reacciones más frecuentes a continuación fueron intentar convencer al agresor y gritar. Minoritariamente se dieron reacciones como suplicar, iniciar una conversación y huir. En el estudio de Roig (1996), las reacciones principales fueron defenderse, suplicar, huir e intentar convencer al agresor, seguidas de entablar conversación y gritar.

De acuerdo con numerosos autores (Albarrán, 2002a; Aparicio y Muñoz, 2007; Delgado, 1994; Echeburúa y Corral, 2006; López, 2012; Noguerol, 2005; Roig, 1996; Soria y Hernández, 1994), en la mayoría de los casos el agresor se encontraba en el entorno de la víctima, ya sea como conocido reciente o amigo (categorías más frecuentes) como compañero de trabajo, pareja o familiar. El agresor fue desconocido para la víctima en un 31.2% de los casos. Esta cifra de agresores desconocidos es mayor, en torno al 50%, que los datos aportados por Echeburúa y Redondo (2010).

A pesar de que el delito de agresión sexual apenas es denunciado (Instituto de la Mujer, 2008; OMS, 2002), el mayor porcentaje (50.6%) de las mujeres que realizaron el estudio denunció la agresión sufrida, la mayoría en las primeras 24 horas. Estos resultados coinciden con los obtenidos en el estudio de Roig (1996). La explicación de este hecho puede ser que uno de las formas de acceso a la asociación es mediante la derivación de la policía. En cuanto a las mujeres que no denunciaron, los principales motivos para no denunciar la agresión fueron pensar que no era útil, temer que no iban a ser creídas y otros no especificados, los cuales son consistentes con otras investigaciones (Echeburúa y Corral, 2006; Echeburúa *et al.*, 1995; García *et al.*, 2004; García *et al.*, 2009; Lorente *et al.*, 1998; Urra, 2007).

La tercera variable analizada descriptivamente es la *victimización secundaria* que hace referencia al sufrimiento por parte de la víctima de nuevas experiencias negativas tras la agresión sexual, relacionadas con los sistemas comunitarios (Albarrán, 2002b; Campbell *et al.*, 2009; Campbell *et al.*, 2003; Echeburúa y Corral, 2006; Esbec, 1994; García *et al.*, 2004; Raja, 2001). En la presente investigación se ha analizado de modo descriptivo el trato recibido tanto por la policía como por el médico forense. Teniendo en cuenta que algunas mujeres no respondieron a estas preguntas debido a que no habían

denunciado la agresión sexual, los resultados revelan que la mayoría de las mujeres sintieron que habían recibido un buen trato por parte de ambos profesionales, solo un 22.1% refirió un mal trato por parte de la policía y un 14.3% por parte del médico forense.

Por otro lado, se han analizado dos tipos de conductas llevadas a cabo por los profesionales de los sistemas comunitarios: que éstos sugirieran a la víctima que su caso no era suficientemente serio o que le sugirieran su responsabilidad en la agresión, culpándola de ésta. Campbell *et al.* (1999) relacionaron en su estudio estas conductas con una mayor sintomatología tras la agresión sexual. Los resultados muestran que el 23.4% de las mujeres percibió que se les sugirió que su caso no era suficientemente serio y el 15.6% que se les sugirió su responsabilidad en la agresión.

Según numerosos autores, algunas de las experiencias negativas que constituyen la victimización secundaria son un ambiente constituido principalmente por hombres, un interrogatorio inmediato y poco tacto a la hora de tomar la declaración en comisaría, esperas largas a la hora de recibir atención médica, única preocupación por la búsqueda de pruebas en el reconocimiento forense, falta de información en el proceso legal, demora del juicio oral y el cuestionamiento de la credibilidad del testimonio de la víctima (Albarrán, 2002b; Campbell, 2008; Campbell y Raja, 2005; Campbell *et al.*, 2009; Carrasco y Maza, 2005; Echeburúa, 2004; Echeburúa y Corral, 2006; Echeburúa *et al.*, 1995; Echeburúa *et al.*, 2004; Esbec, 1994; Galiana y De Marianas, 1996; García *et al.*, 2004; García-Pablos, 2003; Urra, 2007).

En este estudio se han tenido en cuenta dos de estas experiencias negativas, la espera a la hora de recibir atención médica y el conocimiento del proceso judicial a seguir tras la denuncia. Con respecto al tiempo de espera, aproximadamente la mitad de las mujeres que contestaron consideró que fue mucho tiempo de espera y la otra mitad que no lo fue. De las mujeres que denunciaron la agresión sexual, un poco menos de la mitad (42.9%) no conocían el proceso judicial a seguir tras la denuncia, mientras que el resto (32.5%) sí lo conocían ya que se lo habían explicado en algún recurso al que habían asistido como la policía.

7.3. FACTORES DE VULNERABILIDAD PREDICTORES DEL IMPACTO PSICOLÓGICO EN VÍCTIMAS DE AGRESIÓN SEXUAL

La respuesta humana ante un suceso traumático es muy variable, la mayor o menor repercusión psicológica de una agresión sexual depende de los factores de vulnerabilidad, aquellos que pueden agravar el impacto en el caso en que tenga lugar la agresión. Por este motivo, se ha planteado este segundo estudio para determinar la capacidad predictiva de los principales factores de vulnerabilidad que aparecen descritos en anteriores estudios, lo que permitiría una mayor comprensión de la sintomatología presentada por las víctimas, tanto a nivel clínico como forense.

Estos factores se han organizado a lo largo de la presente investigación de acuerdo con la clasificación establecida por Echeburúa *et al.* (1995), en; anteriores y posteriores a la violación, así como durante la misma.

Los resultados obtenidos señalan una estrecha relación entre muchas de las variables seleccionadas y la sintomatología presentada por las participantes de la muestra, lo que corrobora la adecuación de su inclusión y su valor predictivo descrito en otros estudios. Por otro lado, la relación que se establece entre estas variables de vulnerabilidad y las secuelas tras una agresión sexual confirma algunas de las hipótesis iniciales, convirtiendo dichas variables en factores predictores de la sintomatología presentada en mujeres víctimas de agresión sexual.

7.3.1. Factores anteriores a la agresión sexual

En primer lugar, con respecto a la *variable demográfica* incluida en el estudio, la edad, no ha resultado ser predictora de sintomatología tras una agresión sexual. En este caso no se cumple la hipótesis planteada. Este resultado concuerda con numerosas investigaciones que no encuentran diferencias significativas en cuanto a las variables demográficas y el grado de estrés (Brewin *et al.*, 2000; Campbel *et al.*, 1999; Hanson, 1990; Kilpatrick, 1992; Ullman, Filipas *et al.*, 2006b, 2007). En concreto, según los estudios de Galiana y De Marianas (1996) y Ullman y Filipas (2001) la edad no es determinante del impacto causado por la agresión sexual, aunque se constata alguna influencia a nivel cualitativo.

Con respecto a las *variables personales*, los trastornos psicológicos previos sí resultan ser factores predictores de la depresión de acuerdo con otras investigaciones (Atkeson *et al.*, 1982; Echeburúa, 2003; Frazier, 1991), por lo que se confirma la hipótesis planteada de forma específica para este trastorno.

Sin embargo, en contra de los resultados obtenidos en algunos estudios (Brewin *et al.*, 2000; Kessler *et al.*, 1995; Molnar, 2001; Ozer *et al.*, 2008), la historia psicopatológica familiar no ha resultado ser una variable predictora, por lo que se ha refutado la hipótesis inicial. Asimismo, se ha introducido en la investigación el abuso de alcohol y/o drogas de modo independiente a los trastornos psicológicos previos y no se ha mostrado como factor predictor.

Una de las variables, dentro del grupo de variables personales, que más peso tiene en el desarrollo de sintomatología tras una agresión sexual según diversos estudios es el trauma previo (Andrews *et al.*, 2000; Brewin *et al.*, 2000; Campbell *et al.*, 2009; Campbell *et al.*, 2008; Echeburúa y Redondo, 2010; Follette *et al.*, 1996; Frazier, 1991; Galiana y De Marianas, 1996; Harb, 2006; Hedtke *et al.*, 2008; Hembree *et al.*, 2004; Jozkowski y Sanders, 2012; Koss *et al.*, 2002; Littleton *et al.*, 2012; Mackey *et al.*, 1991; Miner *et al.*, 2006; Najdowski y Ullman, 2009a; Najdowski y Ullman, 2009b; Nishith *et al.*, 2000; Ozer *et al.*, 2008; Ruch *et al.*, 1991; Ullman, 1997; Ullman y Brecklin, 2002a, 2002b; Ullman, Filipas *et al.*, 2007; Ullman y Najdowski, 2009b; Ullman *et al.*, 2009; Testa *et al.*, 2007).

Coincidiendo con estas investigaciones y confirmando parcialmente la hipótesis del estudio, una de las categorías de la variable trauma previo, en concreto haber sufrido otra agresión sexual con anterioridad, ha resultado ser factor predictor del TEPT y de la depresión. Otras categorías como el abuso sexual o físico infantil, una agresión física, robo o malos tratos no han sido predictoras. Estos resultados apoyan también el concepto de *acumulación* de violencia, según el cual no es determinante el tipo de violencia sufrida con anterioridad sino la existencia de esta violencia previa sin diferenciar el momento temporal en el que se produce (Campbell *et al.*, 2009; Campbell *et al.*, 2008; Echeburúa y Redondo, 2010; Follette *et al.*, 1996; Frazier, 1991; Galiana y De Marianas, 1996; Harb, 2006; Hedtke *et al.*, 2008; Jozkowski y Sanders, 2012; Koss *et al.*, 2002; Littleton *et al.*, 2012; Najdowski y Ullman, 2009b; Nishith *et al.*, 2000; Ruch *et al.*, 1991; Ullman, Filipas *et al.*, 2007; Ullman y Najdowski, 2009b).

En cuanto a los rasgos de la personalidad, apenas existen estudios que los relacionen con la sintomatología sufrida tras una agresión sexual, aunque sí con el TEPT (Alonso, 2007; Borja *et al.*, 2009; Campbell *et al.*, 2009; Cox *et al.*, 2004; Enrique, 2004; Frazier, Gavian *et al.*, 2011; Medina, 2001; Paris, 2002). Además estos estudios hacen referencia fundamentalmente al rasgo de neuroticismo, entendido desde la perspectiva de la teoría de los cinco grandes factores de personalidad, como la tendencia general a experimentar sentimientos negativos tales como miedo, melancolía, vergüenza, ira y culpabilidad. Las personas con un nivel elevado de neuroticismo son propensas a tener ideas irracionales, a ser menos capaces de controlar sus impulsos y a enfrentarse peor que los demás al estrés (Costa y McCrae, 1999).

De acuerdo con las investigaciones anteriores, en esta investigación han resultado ser factores predictores del TEPT principalmente los rasgos de extraversión (en mayor medida y en sentido negativo), el neuroticismo y en una pequeña aportación y de forma negativa, la apertura. Por lo tanto, una baja extraversión, elevado neuroticismo y baja apertura se relacionan con el aumento del TEPT en víctimas de agresiones sexuales. Estos resultados confirman la hipótesis de inicio y coinciden con los hallados en el estudio de Enrique (2004) con veteranos de Vietnam.

Además de ser predictor del TEPT, el rasgo extraversión ha resultado ser predictor en sentido negativo de la depresión, de la ansiedad y de la inadaptación en relación al tiempo libre. El neuroticismo también ha sido factor predictor de la ansiedad, de la inadaptación en el trabajo y de la inadaptación al tiempo libre. Finalmente, en un pequeño porcentaje y de forma negativa, la amabilidad ha sido predictora de la inadaptación en la familia.

Por último, de todos los *sucesos estresantes* ocurridos en el último año que se han incluido en el estudio, ha resultado ser factor predictor del TEPT y depresión los problemas de salud. Por otro lado, los problemas familiares han resultado ser factor predictor de la inadaptación en la vida familiar y la inadaptación total. Estos resultados confirman la hipótesis planteada en la presente investigación, específicamente para ambos trastornos y son acordes a los hallados en estudios anteriores, según los cuales, la experimentación de sucesos estresantes en el último año pueden agravar las reacciones psicológicas experimentadas tras el trauma (Echeburúa, 2003; Echeburúa y

Corral, 2006; Echeburúa *et al.*, 1995; Esbec y Fernández-Sastrón, 2000; Galiana y De Marianas, 1996; Kilpatrick, 1992; Lecic-Tosevski *et al.*, 2003; López, 2012; Paris, 2002).

7.3.2. Factores que intervienen durante la agresión sexual

Los resultados hallados en el estudio confirman parcialmente las hipótesis planteadas. Las variables que han resultado ser predictoras presentaron un peso explicativo de la variabilidad muy pequeño, menor de un 10% en todos los modelos de regresión.

Este grupo de variables resulta controvertido ya que se encuentran estudios con datos contradictorios. Hay autores que consideran que la severidad de la agresión, entendida como el tipo de delito, los medios de coacción empleados y el tipo de actividad sexual realizada, sí supone un factor predictor de sintomatología tras una agresión sexual (Acierno *et al.*, 1999; Bownes *et al.*, 1991; Brewin *et al.*, 2000; Carrasco y Maza, 2005; Cascardi *et al.*, 1996; Darves-Bornoz *et al.*, 1998; Echeburúa y Corral, 2006; Echeburúa *et al.*, 1995; Galiana y De Marianas, 1996; Gidycz y Koss, 1991; Hembree *et al.*, 2004; López, 2012; Norris y Feldman-Summers, 1981; Siegel *et al.*, 1990; Wyatt y Notgrass, 1990), mientras que numerosos estudios no encuentran que dichas características sean significativas (Arata y Burkhart, 1996; Campbell *et al.*, 1999; Esbec y Fernández-Sastrón, 2000; Hanson, 1990; Kilpatrick, 1992; Koss *et al.*, 2002; Riggs *et al.*, 1992; Ullman y Filipas, 2001; Ullman, Filipas *et al.*, 2007; Ullman y Siegel, 1993).

En este estudio la *severidad de la agresión* no ha resultado ser predictor de una mayor sintomatología tras la agresión sexual, a excepción del empleo de arma blanca como medio de coacción que se ha mostrado como factor predictor de la depresión, la felación que ha sido factor predictor en sentido negativo de la inadaptación a la vida social y la penetración anal que ha sido predictor en sentido negativo de la inadaptación al trabajo y predictor de la inadaptación a la vida social.

Hay que tener en cuenta que todas las mujeres de la muestra han sufrido agresiones sexuales, por tanto se compara a las mujeres que han sufrido diferentes actos en la agresión con las que no los han sufrido pero han sido agredidas de otros modos.

Con respecto al *número de agresores*, al contrario que en otras investigaciones (Echeburúa y Corral, 2006; Galiana y De Marianas, 1996), no ha resultado ser predictor de mayor sintomatología, refutando la hipótesis inicial. Es importante señalar, el escaso número de mujeres de la muestra que han sufrido una agresión sexual cometida por más de un agresor, ya que este dato ha podido influir en los resultados.

El *estado alterado de la víctima* en el momento de la agresión ha resultado ser predictor en sentido negativo de la ansiedad tras la agresión sexual, confirmando la hipótesis de inicio específicamente para este trastorno, es decir, cuanto menos alterado se encuentre el estado de conciencia de la víctima, mayor ansiedad mostrará tras la agresión. En estudios anteriores se ha relacionado el estado de conciencia de la víctima con diferente sintomatología. De acuerdo con Zinzow, Resnick, Amstadter *et al.* (2010) las agresiones sexuales con la implicación de la fuerza física se asociaron tanto al TEPT

como a la depresión, mientras que los abusos sexuales con la implicación de alcohol o drogas, con la consiguiente alteración de la conciencia de la víctima, se asociaron solo al TEPT. En otro estudio, tanto las agresiones sexuales con violencia así como los abusos sexuales con implicación de drogas o alcohol, en los cuales estaba alterado el estado de conciencia, fueron relacionados con el TEPT, la depresión y el abuso de sustancias (Zinzow *et al.*, 2011). Por otro lado, Littleton *et al.* (2009) relacionaron las víctimas que habían sido incapacitadas como resultado del consumo de alcohol con mayores sentimientos de culpa. Sin embargo, no había diferencias, en cuanto a la sintomatología general, con las víctimas de agresiones más violentas sin el uso de alcohol. A pesar de estas investigaciones, esta variable ha sido poco estudiada, por lo que se recomienda analizar sus efectos con mayor profundidad.

En relación con las *reacciones de la víctima* ante la agresión, han resultado ser predictoras de una mayor sintomatología, confirmando la hipótesis del estudio. Las reacciones de la víctima predictoras de una mayor sintomatología han sido, iniciar una conversación con el agresor, que ha resultado ser un factor predictor en sentido negativo del TEPT y ansiedad, es decir, cuando no se produce un intento de iniciar una conversación con el agresor mayor será el TEPT y la ansiedad; suplicar y quedar paralizada que han sido factores predictores de la inadaptación a la vida de pareja. La reacción de la víctima consistente en iniciar una conversación con el agresor ha sido el factor predictor más potente de todas las características de la agresión, aunque de forma muy moderada. No obstante, los resultados obtenidos deben considerarse con una gran cautela ya que el número de casos es particularmente pequeño para esta variable. Este resultado se puede relacionar con el establecimiento del locus de control en el momento de la agresión, ya que el hecho de tratar de iniciar una conversación con el agresor puede considerarse como un intento de control de la situación y según algunos autores (Esbec y Fernández-Sastrón, 2000; Regehr *et al.*, 1999), las víctimas con un locus de control interno mostraron menor sintomatología tras la agresión.

Con respecto a la *relación entre la víctima y el agresor*, numerosos estudios consideran que es un factor que influye en la severidad de la sintomatología tras la agresión sexual, aunque existen resultados contradictorios acerca de cómo se establece esta influencia (DeMaris y Kaukinen, 2005; Echeburúa y Corral, 2006; Echeburúa *et al.*, 1995; Ellis *et al.*, 1981; Feehan *et al.*, 2001; Galiana y De Marianas, 1996, 1997; Gutner *et al.*, 2006; Matsushita-Arao, 1996; Ruch *et al.*, 1991; Temple *et al.*, 2007; Thornhill y Thornhill, 1990b; Ullman *et al.*, 2006b; Urra, 2007).

En el presente estudio se confirma la hipótesis inicial ya que la variable relación con el agresor desconocido ha resultado ser predictoras en sentido negativo de depresión y de inadaptación global y la variable relación con el agresor allegado ha sido predictoras de inadaptación a la vida familiar. Estos resultados apuntan que las agresiones sexuales llevadas a cabo por agresores conocidos se relacionan con una mayor sintomatología, de acuerdo con otras investigaciones (DeMaris y Kaukinen, 2005; Galiana y De Marianas, 1997; Hembree *et al.*, 2004; Temple *et al.*, 2007).

7.3.3. Factores posteriores a la agresión sexual

En primer lugar, se ha tenido en cuenta la variable *tiempo transcurrido desde la agresión sexual* hasta que acuden al centro en busca de ayuda profesional, momento de la evaluación, y ha resultado ser factor predictor de la inadaptación en el área social y de tiempo libre en sentido negativo. Es decir, cuanto menos tiempo ha transcurrido desde la agresión sexual hasta el momento de acudir al centro, las mujeres muestran una peor adaptación en el área social y de tiempo libre. Estos resultados son acordes con los efectos sociales a corto plazo detectados en algunos estudios que refieren que en el primer periodo crítico experimentado tras la violación, las víctimas manifiestan una desorganización en diferentes niveles. Tras este periodo, se puede dar una etapa de reorganización, donde la mujer en algunos casos puede recuperar su funcionamiento habitual (Echeburúa *et al.*, 1995).

Se incluye en este apartado la *denuncia de la agresión*, porque a pesar de ser una característica de la misma, por el momento temporal en que se produce, la consideramos posterior a la agresión sexual. Esta variable no ha resultado ser predictora de mayor sintomatología.

Con respecto a las *creencias desadaptativas*, en concreto las referentes a uno mismo, han resultado ser el factor predictor de sintomatología más potente de todo el estudio, por lo que se confirma la hipótesis de la investigación. Estos resultados coinciden con otras investigaciones que refieren que las personas que realizan valoraciones negativas tras sufrir un trauma tienen mayores tasas de TEPT (Ali *et al.*, 2002; Belsher *et al.*, 2012; Chivers-Wilson, 2006; Dunlap, 2006; Dunmore *et al.*, 1997, 1999; Ehlers y Clark, 2000; Fairbrother y Rachman, 2006). De acuerdo con Dunlap (2006), el TEPT se ha asociado significativamente con las creencias negativas tras una agresión sexual, siendo de forma mayoritaria las referidas a uno mismo.

En cuanto a la *culpa*, se ha refutado la hipótesis inicial, no resultando ser un factor predictor, lo cual está en desacuerdo con la mayoría de investigaciones (Arata y Burkhart, 1996; Boeschén *et al.*, 2001; Breitenbecher, 2006; Chivers-Wilson, 2006; Filipas y Ullman, 2006; Frazier, 1991, 2003; Hassija, 2011; Janoff-Bulman, 1979; Matsushita-Arao, 1996; Meyer y Taylor, 1986; Najdowski y Ullman, 2009b; Ullman, Filipas *et al.*, 2007; Ullman, Townsend *et al.*, 2007; Walsh y Bruce, 2011; Wyatt y Notgrass, 1990). Este hecho puede ser debido al instrumento de evaluación empleado, ya que tiene en cuenta solo la conducta de culpa, no contemplando la culpa caracterológica. Según Janoff-Bulman (1979), la culpa caracterológica, se relaciona con la autoestima y la personalidad, implica hacer atribuciones hacia recursos personales no modificables y se asocia con una creencia acerca de merecer lo ocurrido por acciones pasadas; y la conducta de culpa se relaciona con el control, implica atribuciones sobre recursos controlables, la propia conducta y se asocia con una creencia acerca de la posibilidad de evitar futuros sucesos desagradables. Algunos estudios han encontrado que la culpa caracterológica es más dañina que la conducta de culpa (Breitenbecher, 2006; Koss y Figueredo, 2004).

Según Koss y Figueredo (2004), la culpa caracterológica fue determinante en el nivel inicial de creencias desadaptativas. De acuerdo con estos autores, numerosos

estudios (Gidycz y Koss, 1991; Kleim *et al.*, 2012; Koss *et al.*, 2002; Koss y Figueredo, 2004; Meiser-Stedman *et al.*, 2009) relacionan fuertemente la culpa caracterológica con las creencias desadaptativas, las cuales sí han resultado ser un potente factor predictor, siendo en ocasiones difícil diferenciar ambos conceptos.

De acuerdo con algunos autores (Frazier, 2003; Frazier, Keenan *et al.*, 2011; Frazier *et al.*, 2005; Frazier *et al.*, 2004; Najdowski y Ullman, 2009b; Ullman, Filipas *et al.*, 2007; Walsh y Bruce, 2011) el control presente o *control sobre la recuperación* ha resultado ser un factor predictor de protección, confirmando la hipótesis del estudio.

Se esperaba que la *creencia en un control futuro* o la realización de conductas preventivas fuera un factor predictor de mayor sintomatología, de acuerdo con otras investigaciones (Frazier, Keenan *et al.*, 2011; Walsh y Bruce, 2011). Se confirma esta hipótesis, ya que ha resultado ser factor predictor del TEPT y de la inadaptación a la vida laboral, en el área social, en el área de tiempo libre y de forma total. Frazier, Keenan *et al.* (2011) explican que el hecho de que algunas personas se centren en la necesidad de prevenir un suceso poco controlable no supone una buena estrategia de ayuda. No obstante, en otras investigaciones, el control futuro se ha relacionado con una menor sintomatología tras una agresión sexual (Frazier, 2003; Frazier *et al.*, 2004).

En algunas investigaciones se ha relacionado la *creencia en una mayor probabilidad de una nueva agresión* con un peor ajuste psicológico tras el asalto (Frazier, 2003; Walsh y Bruce, 2011). Los resultados del presente estudio apoyan estas investigaciones confirmando parcialmente la hipótesis, resultando ser un factor predictor de la inadaptación en las áreas social y de tiempo libre.

Con respecto a las *estrategias de afrontamiento*, se encuentran resultados contradictorios en investigaciones anteriores, dificultando la comparación de resultados debido a los diferentes nombres asignados a las estrategias de afrontamiento, dependiendo estos del instrumento de evaluación empleado. Algunos autores que han utilizado en su estudio el Brief COPE, el mismo instrumento de medida que en la presente investigación, engloban como estrategias de afrontamiento de evitación las estrategias de autodistracción, negación y desconexión conductual, las cuales se relacionan con un peor ajuste tras la agresión (Najdowski y Ullman, 2009b, 2011; Starzynski *et al.*, 2005; Ullman, Townsend *et al.*, 2006; Ullman, Townsend *et al.*, 2007). La estrategia de uso de sustancias también se han relacionado con un peor ajuste en varios estudios (Ullman y Najdowski, 2009b; Ullman, Townsend *et al.*, 2007). Asimismo, Najdowski y Ullman (2009b) consideran estrategias de afrontamiento adaptativas y por tanto relacionadas con un mejor ajuste tras la agresión, las estrategias de afrontamiento activo, apoyo emocional, apoyo social instrumental, reevaluación positiva, desahogo, planificación, aceptación, humor y religión.

Los resultados obtenidos en la presente investigación han confirmado parcialmente la hipótesis de partida y muestran como factores predictores de mayor sintomatología las siguientes estrategias de afrontamiento: planificación, predictor de TEPT e inadaptación a la vida laboral y total; apoyo social instrumental, predictor de TEPT; negación, predictor de inadaptación a la vida social; desahogo, predictor de inadaptación a la vida familiar; y uso de sustancias, factor predictor de TEPT. Por

otro lado, han resultado factores predictores de un mejor ajuste psicológico las siguientes estrategias de afrontamiento: aceptación, factor predictor de menor TEPT; humor, factor predictor de menor inadaptación social; y autodistracción, factor predictor de menor depresión y ansiedad.

De acuerdo con los anteriores estudios (Najdowski y Ullman, 2009b, 2011; Starzynski *et al.*, 2005; Ullman y Najdowski, 2009b; Ullman, Townsend *et al.*, 2006; Ullman, Townsend *et al.*, 2007), las estrategias de aceptación y humor han resultado ser predictores de un mejor ajuste y las estrategias de negación y uso de sustancias se han relacionado con un peor ajuste tras la agresión. Sin embargo, el resto de los resultados no han sido consistentes con las anteriores investigaciones, como sucede con las estrategias de desahogo, apoyo social instrumental y planificación, que han resultado ser predictoras de un peor ajuste psicológico y con la estrategia de autodistracción que ha resultado ser factor predictor de un mejor ajuste.

La estrategia de desahogo se ha relacionado en la presente investigación, con una peor inadaptación a la vida familiar y esto puede ser debido a que esta estrategia se define como la tendencia a expresar y descargar las emociones negativas acerca del suceso (Morán *et al.*, 2010), lo cual puede afectar al clima familiar.

En cuanto a la estrategia de apoyo social instrumental, al contrario que en otros estudios, se ha relacionado con una mayor sintomatología tras la agresión. Borja *et al.* (2009) explican este fenómeno y describen que el apoyo recibido puede ser bien intencionado pero no el que necesita la víctima en ese momento, y esto puede suponer un estresor.

La estrategia de planificación se ha mostrado como factor predictor de mayor sintomatología. Esta estrategia consiste en pensar acerca de cómo afrontar el estresor y planificar estrategias de acción (Morán *et al.*, 2010). Se trata de una estrategia adaptativa orientada al problema. Sin embargo, algunos autores sugieren que las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción son más efectivas que las centradas en el problema en el caso de eventos no controlables como son las agresiones sexuales (Riulli y Savicki, 2010).

En la presente investigación ha resultado ser factor predictor de menor depresión y ansiedad la estrategia de autodistracción, que se define como el intento de concentrarse en otros proyectos tratando de distraerse con otras actividades para no concentrarse en el estresor (Morán *et al.*, 2010). Estos resultados podrían mostrar el efecto de la evitación cognitiva a corto plazo por lo que sería conveniente valorar este efecto a largo plazo, el cual según los estudios anteriores (Najdowski y Ullman, 2009b, 2011; Starzynski *et al.*, 2005; Ullman, Townsend *et al.*, 2006; Ullman, Townsend *et al.*, 2007) sería predictor de un peor ajuste.

En cuanto a la última variable estudiada, el *apoyo social*, numerosos estudios refieren que los efectos de una agresión sexual a corto y a largo plazo son menores cuando la víctima cuenta con un buen apoyo social (Alonso, 2007; Amor *et al.*, 2002; Belsher *et al.*, 2012; Brewin *et al.*, 2000; Bryant-Davis *et al.*, 2011; Campbell *et al.*, 2009; Chivers-Wilson, 2006; Corral *et al.*, 1997; Echeburúa, 2003; Echeburúa y Corral, 2006; Echeburúa

et al., 1995; Echeburúa y Redondo, 2010; Filipas y Ullman, 2001; Frazier, Gavian *et al.*, 2011; Harb, 2006; López, 2012; Ozer *et al.*, 2008; Paris, 2002; Soria, 2002; Soria y Hernández, 1994; Ullman *et al.*, 2006b; Ullman y Najdowski, 2009b). Sin embargo, en la presente investigación, la variable existencia de apoyo social no ha resultado ser un factor predictor, mientras que la satisfacción con el apoyo social sí ha resultado como tal. Estos resultados coinciden con los de Ozer *et al.* (2008), que refieren que es mejor predictor de sintomatología el apoyo social percibido que la existencia de dicho apoyo.

En este caso se confirma parcialmente la hipótesis planteada, ya que la satisfacción con el apoyo social ha resultado ser factor predictor únicamente de la inadaptación al tiempo libre y en el área familiar. Estos resultados solo tienen en cuenta la variable apoyo social desde un punto de vista positivo y en numerosos estudios hacen referencia a que las reacciones negativas del entorno son una variable más central y con mayor peso a la hora de predecir una mayor severidad de sintomatología que un apoyo social positivo (Allred, 2007; Andrews *et al.*, 2003; Belsher *et al.*, 2012; Borja *et al.*, 2006; Campbell, Ahrens *et al.*, 2001; Campbell *et al.*, 2009; Moss, *et al.*, 1991; Frank y Anderson, 1990; Jacques-Tiura *et al.*, 2010; Ullman, 1996a, 1999; Ullman y Filipas, 2001; Ullman, Filipas *et al.*, 2007; Ullman, Townsend *et al.*, 2007; Zoellner *et al.*, 1999).

Finalmente, y de acuerdo con algunos autores (Frazier, Gavian *et al.*, 2011; Ullman, Filipas *et al.*, 2007), se confirma la hipótesis general del estudio, ya que los factores posteriores a la agresión han resultado ser predictores con mayor capacidad explicativa de la sintomatología asociada a la agresión sexual en comparación con los anteriores a la agresión y los que intervienen durante ésta.

CAPÍTULO VIII

Conclusiones y líneas futuras de investigación

8.1. CONCLUSIONES

Las agresiones sexuales son un suceso traumático para cualquier mujer y tiene un carácter especialmente negativo por estar causado deliberadamente por el ser humano. Las reacciones ante tales agresiones tienen una gran incidencia sobre el bienestar físico, psíquico y social de la persona, ocasionando la pérdida de salud, tanto a corto como a largo plazo. Entre las consecuencias psicológicas más frecuentes se encuentran el trastorno de estrés postraumático, depresión, miedos, ansiedad, intentos de suicidio o abuso de sustancias.

Si bien un porcentaje elevado de víctimas presentan una severa sintomatología tras la agresión, no quiere decir que todas las mujeres reaccionen de forma uniforme ante este delito, sino que la reacción varía en su intensidad y características, ya que las víctimas pueden reaccionar de diferente forma ante un mismo suceso traumático, en función de unos factores de vulnerabilidad determinados.

Esta investigación surge de la necesidad de analizar las secuelas de una mujer víctima de una agresión sexual en el ámbito de la psicología clínica y forense, destacando su relevancia en el ámbito de la prevención e intervención. Para ello, se ha analizado la vulnerabilidad psicológica, es decir, aquellos factores que influyen en el mayor o menor impacto psicopatológico derivado de una agresión sexual.

En primer lugar, las conclusiones obtenidas a partir del *estudio descriptivo* son las siguientes:

En relación a las *variables sociodemográficas*:

- El grupo de edad más frecuente de las víctimas de agresión sexual ha sido el de 18 a 30 años seguido del grupo de 31 a 40 años.
- La mayoría de las mujeres estaban solteras en el momento de la evaluación y eran españolas, seguidas de un pequeño grupo de mujeres de América del sur.
- En cuanto al nivel de estudios, la mayoría de las mujeres tenían estudios secundarios o universitarios.

- En torno a la mitad de las participantes se encontraban en activo, mientras que la otra mitad se divide entre las mujeres que estaban en situación de paro o en otras situaciones como estudiante o de baja laboral.

En relación a las *características de la agresión sexual*:

- El delito con una mayor prevalencia en la muestra fue la agresión sexual con violación, siendo en la mayoría de los casos cometidos por un solo agresor.
- Los actos cometidos durante la agresión sexual que mostraron una mayor prevalencia son los tocamientos y la penetración vaginal. De forma minoritaria se dieron los siguientes actos: penetración anal, masturbación, felación y otros. Únicamente en nueve mujeres se dieron lesiones físicas.
- Estos actos cometidos durante la agresión no son excluyentes entre sí y pueden darse de forma combinada, sin embargo en la mayoría de las ocasiones se han producido de forma aislada. Las combinaciones más frecuentes han sido los tocamientos más la penetración vaginal, seguido de esta combinación más la penetración anal.
- Los medios de coacción más frecuentes empleados por el agresor para llevar a cabo la agresión fueron los engaños. Los siguientes medios de coacción más frecuentes fueron las amenazas y los golpes y de forma minoritaria aparecieron vejaciones, arma blanca, abuso de autoridad y regalos. Finalmente, no hubo casos de empleo de armas de fuego.
- Con respecto al estado de la víctima en el momento de la agresión, un mayor número de mujeres se encontraban conscientes durante la agresión sexual, aunque un tercio de las mujeres estaban drogadas, embriagadas o fueron atacadas en estado inconsciente durante la agresión o el abuso sexual.
- Las reacciones principales que mostraron las víctimas ante la agresión fueron quedar paralizada, defenderse o forcejear y otros (principalmente mujeres que se encontraban en estado inconsciente durante la agresión). Las reacciones más frecuentes a continuación fueron intentar convencer al agresor para que desistiera de su intento y gritar.
- En la mayoría de los casos el agresor se encontraba en el entorno de la víctima, siendo desconocido en un tercio de los casos aproximadamente.
- El mayor porcentaje de las mujeres que realizaron el estudio denunció la agresión sufrida, la mayoría en las primeras 24 horas. En cuanto a las mujeres que no denunciaron, los principales motivos para no denunciar la agresión fueron pensar que no era útil, temer que no iban a ser creídas y otros no especificados.

En relación a las variables de *victimización secundaria*:

- La mayoría de las mujeres que habían denunciado la agresión sintieron que habían recibido un buen trato por parte de la policía y el médico forense. Únicamente

un grupo reducido de mujeres percibieron que se les sugirió que su caso no era suficientemente serio o que tenían responsabilidad en la agresión.

- Con respecto al tiempo de espera, aproximadamente la mitad de las mujeres que contestaron consideró que fue mucho tiempo de espera y la otra mitad que no lo fue.
- De las mujeres que denunciaron la agresión sexual, un poco más de la mitad no conocían el proceso judicial a seguir tras la denuncia, mientras que el resto sí lo conocían ya que se lo habían explicado en algún recurso al que habían asistido como la policía.

Los *factores* que mayor valor predictivo han presentado con respecto a una mayor sintomatología clínica tras la agresión sexual son:

- En relación a las *variables anteriores a la agresión*: tener antecedentes de trastornos psicológicos previos; haber sufrido otra agresión sexual; como rasgos de personalidad, baja extraversión, elevado neuroticismo, en menor medida baja apertura y baja amabilidad; y finalmente, haber tenido en el último año problemas de salud y en menor medida problemas familiares.
- En relación a las *variables que intervienen durante la agresión*, han resultado ser predictoras con un peso muy pequeño (menor de un 10% en todos los casos) las siguientes: como medio de coacción, el empleo de arma blanca; como actos cometidos en la agresión, la felación y la penetración anal en sentido negativo; presentar un estado no alterado de conciencia durante la agresión; como reacciones de la víctima, no intentar iniciar una conversación con el agresor, suplicar o quedar paralizada; y que el agresor fuera conocido (no desconocido y allegado).
- En relación a las *variables posteriores a la agresión*: menos tiempo transcurrido desde la agresión sexual hasta el momento de la evaluación; elevadas creencias desadaptativas sobre uno mismo (siendo la variable con mayor valor predictivo); la creencia en un control futuro o la realización de conductas preventivas; la creencia en una mayor probabilidad de una nueva agresión; como estrategias de afrontamiento, planificación, apoyo social instrumental, negación, desahogo y uso de sustancias. En cuanto a los factores que han resultado ser de protección son: el control presente o control sobre la recuperación; como estrategias de afrontamiento, aceptación, humor y autodistracción; y por último, la satisfacción con el apoyo social recibido.
- Los factores posteriores a la agresión tienen un mayor valor predictivo sobre la sintomatología que los anteriores a la agresión y los que intervienen durante ésta.

No obstante, en el presente estudio se han dado una serie de **limitaciones** que deben de ser tenidas en cuenta. En primer lugar, el tipo especial de participantes objeto de estudio, ya que no todas denuncian la violación ni acuden a centros asistenciales y

de las que sí lo hacen no todas se muestran voluntarias, algo comprensible teniendo en cuenta el estado psicológico en el que se encuentran las víctimas. Asimismo, este estado psicológico alterado puede suponer un impedimento o limitación para realizar el protocolo aunque se muestren voluntarias.

Debido a este hecho, y a que la procedencia de las participantes era de un solo centro de la Comunidad de Madrid, el tamaño de la muestra fue relativamente pequeño. Esto supone que los resultados no se pueden generalizar y deben interpretarse con cautela.

Relacionado con el tamaño muestral, no hubo participantes de más de 50 años, por lo tanto, no se ha podido analizar el efecto que produce la agresión sexual en mujeres de edad avanzada. Por otro lado, en el estudio no han podido participar mujeres sin ningún tipo de estudios ya que dificultaba la comprensión del protocolo de evaluación, aunque de acuerdo con el estudio descriptivo de Roig (1996) este grupo era muy reducido, compuesto únicamente por 3 mujeres.

De las víctimas que se ofrecieron voluntarias para el estudio, no todas habían denunciado la agresión, de este modo, en variables como la victimización secundaria se ha limitado más el número de participantes. Por este motivo, esta variable se ha analizado de forma descriptiva y no se ha incluido en el análisis de regresión.

Teniendo en cuenta las características especiales de la muestra, se ha intentado recoger el mayor número de variables tratando de no exceder el número de cuestionarios empleados en el protocolo. Por esta razón se ha optado por versiones reducidas de algunos instrumentos como del NEO o del COPE, los cuales a pesar de tener buenas propiedades psicométricas, quizás no sean los instrumentos más completos en su versión reducida para la medida de los rasgos de personalidad y las estrategias de afrontamiento.

Por último, en relación con los instrumentos de evaluación, se escogió el Cuestionario RAQ (Frazier, 2003) para la medida de la variable culpa ya que ha sido empleado en numerosos estudios con víctimas de agresiones sexuales (Frazier, 2003; Frazier, Keenan *et al.*, 2011; Frazier *et al.*, 2005; Frazier *et al.*, 2004; Koss *et al.*, 2002; Najdowski y Ullman, 2009b; Starzynski *et al.*, 2005; Ullman *et al.*, 2006a; Ullman, Filipas *et al.*, 2007; Ullman y Najdowski, 2009b; Ullman, Townsend *et al.*, 2007; Walsh y Bruce, 2011). Sin embargo, este cuestionario solo mide uno de los componentes de la culpa, la conducta de culpa y no tiene en cuenta la culpa caracterológica, por lo que sería conveniente incluir en siguientes investigaciones este segundo componente.

8.2. IMPLICACIONES Y LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

Los resultados obtenidos en la presente investigación suponen una novedad para este ámbito de estudio ya que es la primera vez que se recogen en un solo estudio numerosas variables que pueden relacionarse con una mayor sintomatología tras

sufrir una agresión sexual, representando los distintos momentos temporales en los que pueden ejercer su influencia.

De cara al proceso terapéutico es importante conocer estos factores predictivos para poder detectar aquellas víctimas de alto riesgo de desarrollar una sintomatología más severa que requieran una especial atención, proporcionando una asistencia individualizada tanto a corto como a largo plazo. Dicho conocimiento puede ayudar a la planificación de la intervención, haciendo énfasis en las variables que mantienen el problema y eligiendo las técnicas apropiadas para su tratamiento.

Relacionado con el tratamiento, es importante mencionar el factor protector que supone el control presente, ya que como se ha mostrado anteriormente, es el control sobre el proceso de recuperación uno de los factores posteriores a la agresión con más fuerza predictiva y que puede ser reforzado en terapia tratando de conseguir un mayor empoderamiento de la mujer.

En el ámbito forense, las implicaciones de estos resultados pueden ayudar a la comprensión y el análisis de cada caso de forma individual. De este modo, al analizar las secuelas de una agresión sexual, se puede tener en cuenta estos factores predictivos e incorporar en el protocolo de evaluación instrumentos más específicos.

El conocimiento de los factores predictivos de la severidad del trauma no sólo es importante en relación con el ámbito clínico y forense sino también en relación con la prevención. La prevención debe ir enfocada tanto a las conductas de riesgo como a la disminución de los posibles factores predictivos, incorporando tal información a los programas preventivos dirigidos a la población de mayor riesgo. Hay que destacar que la mayoría de los agresores se encuentran en el entorno de la víctima por lo que la prevención es fundamental.

Durante muchos años las consecuencias sobre la salud de la mujer han sido olvidadas al haber prevalecido una visión mayoritariamente jurídica de las agresiones sexuales. La agresión a la mujer es algo más que un delito y su solución no solo pasa por la condena del agresor y por la reparación del daño causado en la mujer víctima de la misma. La verdadera solución va de la mano de la prevención (Lorente y Toquero, 2004).

Las acciones preventivas se deben llevar a cabo en todos los estratos de la sociedad. Además se debe trabajar en los tres niveles de prevención, primaria, secundaria y terciaria (UNFPA, 2008). Sin embargo, dada la imposibilidad de determinar la incidencia real de la violación, la evaluación de estas intervenciones preventivas se hace todavía más difícil.

La prevención primaria tiene por objeto reducir la aparición de nuevos casos de violencia sexual y se centra en la enseñanza de cómo evitar la violencia sexual y qué medidas tomar ante determinadas situaciones. Este nivel de prevención también se puede encaminar a detectar, prevenir y reducir algunos de los factores de vulnerabilidad predictores de una mayor sintomatología tras la agresión sexual, antes de que ésta ocurra.

Muchos de estos factores de vulnerabilidad no se pueden modificar. No obstante, y según los resultados obtenidos en la presente investigación, son afortunadamente

los factores cognitivos desencadenados a partir del trauma los que más peso tiene en el desarrollo de la sintomatología y, por tanto, se pueden tener muy en cuenta en el proceso de recuperación.

En concreto, el factor con mayor capacidad predictiva ha sido las creencias desadaptativas sobre uno mismo. Estas creencias de inadecuación personal relacionadas con la agresión sexual pueden verse influenciadas por las falsas creencias o mitos que a su vez existen en la sociedad, acerca de las agresiones sexuales, del agresor y del papel de la mujer como víctima de este delito. En el origen de estas falsas creencias se puede encontrar la creencia personal de ser invulnerable, es decir, percibir que el entorno es agradable, que todo se encuentra en orden y sobre todo se refuerza con el planteamiento de que algunos hechos desagradables solo suceden a determinado tipo de personas (Delgado, 1994). Sería conveniente en futuras investigaciones ahondar más en la relación entre las creencias desadaptativas acerca de uno mismo y los mitos que se encuentran en nuestra sociedad.

A pesar del cambio social experimentado, todavía persisten estos mitos, por lo que uno de los objetivos principales de la prevención debería encaminarse a detectar y cambiar aquellas creencias sociales que aprueban y justifican en algunos casos, la violencia sexual. Así, los programas de prevención pueden incluir datos reales que desmonten estos mitos.

Los resultados obtenidos en esta investigación, como por ejemplo los del análisis descriptivo de las características socio-demográficas y de la agresión, pueden servir para rebatir algunos mitos o creencias erróneas acerca de las agresiones sexuales. Por ejemplo, la creencia en que la mayoría de los agresores sexuales son desconocidos para las víctimas, ya que los resultados muestran que en la mayoría de los casos el agresor se encontraba en el entorno de la víctima. Otro mito afirma que la mayoría de las agresiones sexuales son violentas o causan lesiones físicas, comprobando en los resultados el pequeño porcentaje de lesiones físicas que se dieron en la muestra. Con respecto a la víctima, existe la creencia de que las agresiones sexuales las sufren personas de bajo nivel económico o cultural y, sin embargo, en la muestra analizada la mayoría de las mujeres tenían estudios secundarios o universitarios.

El objetivo de la prevención secundaria es detectar a las víctimas vulnerables que ya han sufrido una agresión sexual para desarrollar sobre ellas programas específicos de intervención terapéutica y de apoyo social (Echeburúa y Corral, 2006). Es importante que esta intervención se realice cuanto antes, para evitar el desarrollo y afianzamiento de la sintomatología a largo plazo.

Por otro lado, dado que la satisfacción con el apoyo social se ha mostrado como factor predictor de un mejor ajuste, sería conveniente implicar a la familia o personas allegadas a la víctima en el proceso terapéutico.

La prevención terciaria trata de evitar la repetición de la violencia sexual o la revictimización, ofreciendo servicios de calidad para tratar adecuadamente a las víctimas y a sus familias, disminuyendo las secuelas.

Especial mención requieren los programas de prevención dirigidos a los profesionales de los sistemas comunitarios que intervienen con las mujeres víctimas de una

agresión sexual. A pesar de los cambios producidos hasta ahora en la sociedad, sigue siendo necesario revisar los sistemas comunitarios para tratar de mejorar en la medida de lo posible la atención y el trato administrado a las víctimas, para reducir así la victimización secundaria.

Esta sensibilización va induciendo un cambio lentamente en las actitudes y modos en que la policía, los tribunales y las instituciones tratan a las víctimas, como se puede observar en los datos descriptivos recogidos en la presente investigación, según los cuales la mayoría de las mujeres que denunciaron su caso recibieron un buen trato por parte de la policía y del médico forense. Sin embargo, entre un 14-22% refleja haber recibido un mal trato. A pesar de ser un grupo reducido de mujeres, continúa siendo necesario encaminar los esfuerzos a reducir la victimización secundaria por completo. En esta investigación se ha analizado la victimización secundaria de modo descriptivo, no obstante, es necesario continuar investigando, especialmente el efecto que tiene esta variable en la sintomatología de las mujeres víctimas de agresión sexual.

En este estudio se pone de manifiesto la escasez de artículos y datos contradictorios encontrados acerca de los factores relacionados con el ajuste psicológico y el desarrollo de sintomatología tras sufrir una agresión sexual, por lo que se recomienda ahondar más profundamente en esta área en futuras investigaciones, específicamente en algunas variables tales como las de personalidad y estrategias de afrontamiento, que apenas se han encontrado investigaciones con víctimas de agresiones sexuales.

Por otro lado, en el presente estudio se han encontrado resultados contradictorios con respecto al efecto de la culpa sobre la sintomatología tras la agresión, que pueden ser atribuidos al tipo de instrumento seleccionado para la evaluación. Por este motivo, es necesario continuar investigando esta variable desarrollando instrumentos más completos que contemplen los dos componentes de la culpa, tanto la conducta de culpa como la culpa caracterológica en víctimas de agresión sexual.

Otro aspecto a tener en cuenta en futuras investigaciones tiene que ver con la generalización de los resultados. Para ello sería conveniente la obtención de la muestra no solo de un centro asistencial o asociación de una Comunidad Autónoma, sino acudir a una Federación de asociaciones para acceder a una muestra representativa de toda España.

Finalmente, la presente investigación así como la mayoría de los estudios en este ámbito son de corte transversal, por lo que sería muy importante el realizar estudios longitudinales dirigidos al análisis del efecto de estas variables, que empleen una muestra representativa para una mayor comprensión de las complejas relaciones existentes entre los factores predictivos del impacto psicopatológico y del ajuste psicológico tras la agresión sexual.

Referencias

- Acierno, R. E., Brady, K. L., Gray, M. J., Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S. y Best, C. L. (2002). Psychopathology following interpersonal violence: A comparison of risk factors in older and younger adults. *Journal of Clinical Geropsychology*, 8, 13-23.
- Acierno, R., Resnick, H., Kilpatrick, D. G., Saunders, B. y Best, C. L. (1999). Risk factors for rape, physical assault, and posttraumatic stress disorder in women: Examination of differential multivariate relationships. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 541-563.
- Albarrán, A. J. (2002a). La violencia familiar y la agresión sexual como objeto de la pericia psicológica. En J. Urra Portillo (comp.). *Tratado de psicología forense* (pp. 461-476). Madrid: Siglo Veintiuno de España editores.
- Albarrán, A. J. (2002b). Psicología forense y victimología. En J. Urra Portillo (coomp). *Tratado de psicología forense* (pp. 327-364). Madrid: Siglo Veintiuno de España editores.
- Alberdi, I. (2005). Cómo reconocer y cómo erradicar la violencia contra las mujeres. En I. Alberdi y L. Rojas. *Violencia: tolerancia cero* (pp. 9-89). Barcelona: Fundación La Caixa.
- Ali, T., Dunmore, E., Clark, D. y Ehlers, A. (2002). The role of negative beliefs in posttraumatic stress disorder: A comparison of assault victims and non victims. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30, 249-257.
- Aller, T. y Gómez, E. (2010). *Cuadernos de bienestar y protección infantil*. España: Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil (FAPMI).
- Allred, S. K. (2007). Multiple levels of influence on the sexual assault victim: Examining the relationship of sexist beliefs, social reactions, and self-blame on recovery. *Dissertation Abstracts International*, 68, 6949. (UMI N°. 3285589).
- Alonso, E. (2007). *Mujeres víctimas de violencia doméstica con trastorno de estrés postraumático: Validación empírica de un programa de tratamiento*. Tesis doctoral no publicada, Universidad Complutense de Madrid, España.
- Alonso, F. (2001). *Delitos contra la libertad e indemnidad sexuales (perspectiva jurídica y criminológica)*. Madrid: Dykinson.
- American Psychiatric Association (APA) (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3.ª ed.). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4.ª ed.). Washington, DC: APA.

- American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4.^a ed. text revision.). Washington, DC: APA.
- Amnistía Internacional (1998). *La mutilación genital femenina y los derechos humanos: Infibulación, escisión y otras prácticas cruentas de iniciación*. Madrid: Amnistía Internacional.
- Amor, P., Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (2001). Perfil psicopatológico diferencial en víctimas de maltrato doméstico y en víctimas de agresiones sexuales. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 605-629.
- Amor, P., Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (2002). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias de maltrato. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2, 227-246.
- Amstadter, A. B., McCauley, J. L., Ruggiero, K. J., Resnick, H. S. y Kilpatrick, D. G. (2011). Self-rated health in relation to rape and mental health disorders in a national sample of women. *American Journal of Orthopsychiatry*, 81, 202-210.
- Amstadter, A. B., Zinzow, H. M., McCauley, J. L., Strachan, M., Ruggiero, K. J., Resnick, H. S. (2010). Prevalence and correlates of service utilization and help seeking in a national college sample of female rape victims. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 900-902.
- Andrews, B., Brewin, C. R. y Rose, S. (2003). Gender, social support, and PTSD in victims of violent crime. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 421-427.
- 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, 69-73.
- Antona, A. y Madrid, J. (2007). Adolescencia, inmigración y violencia sexual. En J. A. Díaz, J. Soriano, M. Ruiz y J. Aguayo (dirs.). *Calidad, género y equidad en la atención integral a la salud de la infancia y adolescencia* (pp. 95-104). España: Sociedad de Pediatría Social.
- Aosved, A. y Long, P. (2005). College women's experiences of psychological maltreatment and sexual assault. *Violence and Victims*, 20, 577-587.
- Aparicio, A. y Muñoz, T. (2007). *Después del silencio. Cómo sobrevivir a una agresión sexual*. Barcelona: Paidós.
- Arata, C. M. y Burkhart, B. R. (1996). Post-traumatic stress disorder among college students victims of acquaintance assault. *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 8, 79-92.
- Arellano, C. M., Kuhn, J. A. y Chavez, E. L. (1997). Psychosocial correlates of sexual assault among mexican american and white non-hispanic adolescent females. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 19, 446-460.
- Asociación para la Prevención, Reinserción y Atención de la Mujer Prostituida (APRAMP) (2009). *Guía básica para la identificación, derivación y protección de las personas víctimas de trata con fines de explotación*. Madrid: Instituto de la Mujer, Ministerio de Igualdad.
- Atkeson, B., Cahoun, K. S., Resick, P. y Ellis, E. (1982). Victims of rape: Repeated assessment of depressive symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 96-102.
- Bados, A. (2009). *Trastorno por estrés postraumático*. Universidad de Barcelona.
- Bagley, C., Bolitho, F. y Bertrand, L. (1995). Mental health profiles, suicidal behavior, and community sexual assault in 2112 canadian adolescents. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 16, 126-131.
- Bagley, C., Bolitho, F. y Bertrand, L. (1997). Sexual assault in school, mental health and suicidal behaviors in adolescent women in Canada. *Adolescence*, 32, 361-366.

- Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G. y Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.R. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford Press.
- Becker, J. V. (1984). Sexual problems of sexual assault survivors. *Women and Health*, 9, 5-20.
- Becker, J. V., Skinner, L. J., Abel, G. G., Axelrod, R. R. y Treacy, E. C. (1984). Depressive symptoms associated with sexual assault. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 10, 185-192.
- Becker, J. V., Skinner, L. J., Abel, G. G. y Cichon, J. (1986). Level of postassault sexual functioning in rape and incest victims. *Archives of Sexual Behavior*, 15, 37-49.
- Becker, J. V., Skinner, L. J., Abel, G. G. y Treacy, E. C. (1982). Incidence and types of sexual dysfunctions in rape and incest victims. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 8, 65-74.
- Beebe, D. K. (1991). Emergency management of the adult female rape victim. *American Family Physician*, 43, 2041-2046.
- Beeble, M., Bybee, D., Sullivan, C. y Adams, A. (2009). Main, mediating and moderating effects of social support on the well being of survivors of intimate partner violence across two years. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 718-729.
- Belsher, B. E., Ruzek, J. I., Bongar, B. y Cordova, M. J. (2012). Social constraints, posttraumatic cognitions, and posttraumatic stress disorder in treatment-seeking trauma survivors: Evidence for a social-cognitive processing model. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4, 386-391.
- Bennice, J. A., Resick, P. A., Mechanic, M. y Astin, M. (2003). The relative effects of intimate partner physical and sexual violence on posttraumatic stress disorder symptomatology. *Violence and Victims*, 18, 87-94.
- Binstock, H. (1998). *Violencia en la pareja. Tratamiento legal. Evolución y balance*. Santiago de Chile: Serie Mujer y Desarrollo, Naciones Unidas.
- Bobes, J., Calcedo-Barba, A., García, M., Francois, M., Rico-Villademoros, E., González, M. P. et al. (2000). Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española de cinco cuestionarios para la evaluación del trastorno de estrés postraumático. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 28, 207-218.
- Boletín Oficial del Estado (2009). *Ley de violencia de género*. Madrid: Ministerio de Igualdad.
- Boeschen, L. E., Koss, M. P., Figueredo, A. J. y Coan, J. A. (2001). Experiential avoidance and posttraumatic stress disorder: A cognitive mediational model of rape recovery. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 4, 211-245.
- 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, 905-14.
- Borja, S., Callahan, J. y Rambo, P. (2009). Understanding negative outcomes following traumatic exposure: The roles of neuroticism and social support. *Psychological trauma: theory, research, practice and policy*, 1, 118-129.
- Bownes, I. T., O'Gorman, E. C. y Sayers, A. (1991). Assault characteristics and posttraumatic stress disorder in rape victims. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83, 27-30.
- Breitenbecher, K. H. (2006). The relationships among self-blame, psychological distress, and sexual victimization. *Journal of Interpersonal Violence*, 21, 597-611.
- Brewin, C. R., Andrews, B. y Valentine, J. D. (2000). Meta-Analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 748-766.

- Bryant, N. (2000). Child sexual abuse and its relationship to perceived vulnerability, powerlessness, self-efficacy and sexual assault. *Dissertation Abstracts International*, 61, 4973. (UMI N° 9989104).
- Bryant, R. y Guthrie, R. (2007). Maladaptive self-appraisals before trauma exposure predict posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 812-815.
- Bryant-Davis, T., Ullman, S. E., Tsong, Y. y Gobin, R. (2011). Surviving the storm: The role of social support and religious coping in sexual assault recovery of african american women. *Violence Against Women*, 17, 1601-1618.
- Burgess, A. W. y Holmstrom, L. L. (1974). Rape trauma syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 131, 981-986.
- Burnam, M. A., Stein, J. A., Golding, J. M., Siegel, J. M., Sorenson, S. B., Forsythe, A. B. et al. (1988). Sexual assault and mental disorders in a community population. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 843-850.
- Byrne, C. A., Resnick, H. S., Kilpatrick, D. G., Best, C. L. y Saunders, B. E. (1999). The socioeconomic impact of interpersonal violence on women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 362-366.
- Cadena, F. A. (2000). Los delitos de agresiones sexuales en el Código Penal. En Instituto de la Mujer (coomp.). *Estudios sobre la violencia familiar y agresiones sexuales III. Derecho de extranjería, problemática de la mujer extranjera en España. Delitos sobre la libertad sexual y tráfico ilícito de personas, especial referencia a las últimas reformas legislativas.* (pp. 229-314). Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Calhoun, K. S. y Atkeson, B. M. (1991). *Treatment of rape victims. Facilitating psychosocial adjustment.* Oxford: Pergamon Press.
- Calhoun, K. S., Atkeson, B. M. y Resick, P. A. (1982). A longitudinal examination of fear reactions in victims of rape. *Journal of Counseling Psychology*, 29, 655-661.
- Campbell, J. C. y Soeken, K. L. (1999). Forced sex and intimate partner violence: Effects on women's risk and women's health. *Violence Against Women*, 5, 1017-1035.
- Campbell, R. (2008). The psychological impact of rape victims' experiences with the legal, medical, and mental health systems. *American Psychologist*, 63, 702-717.
- Campbell, R., Ahrens, C. E., Seft, T., Wasco, S. M. y Barnes, H. E. (2001). Social reactions to rape victims: Healing and hurtful effects on psychological and physical health outcomes. *Violence and Victims*, 16, 287-302.
- Campbell, R., Dworkin, E. y Cabral, G. (2009). An ecological model of the impact of sexual assault on women's mental health. *Trauma, Violence y Abuse*, 10, 225-246.
- Campbell, R., Greeson, M. R., Bybee, D. y Raja, S. (2008). The co-occurrence of childhood sexual abuse, adult sexual assault, intimate partner violence and sexual harassment: A mediational model of posttraumatic stress disorder and physical health outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 194-207.
- Campbell, R., Lichty, L. F., Sturza, M. y Raja, S. (2006). Gynecological health impact of sexual assault. *Research in Nursing and Health*, 29, 399-399.
- Campbell, R. y Raja, S. (2005). The sexual assault and secondary victimization of female veterans: Help-seeking experiences in military and civilian social systems. *Psychology of Women Quarterly*, 29, 97-106.
- Campbell, R., Seft, T. y Ahrens, C. E. (2003). The physical health consequences of rape: Assessing survivors' somatic symptoms in a racially diverse population. *Women's Studies Quarterly*, 31, 90-104.

- Campbell, R., Sefl, T., Barnes, H. E., Ahrens, C. E., Wasco, S. M. y Zaragoza-Diesfeld, Y. (1999). Community services for rape survivors: Enhancing psychological well-being or increasing trauma? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 847-858.
- 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, 1239-1259.
- Cantón, J. y Cortés, M.R. (2001). Sintomatología, evaluación y tratamiento del abuso sexual infantil. En V. E. Caballo y M. A. Simón (dirs.). *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente* (pp. 293-325). Madrid: Pirámide.
- Carrasco, J. J. y Maza, J. M. (2005). *Manual de psiquiatría legal y forense*. Madrid: La Ley.
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 92-100.
- Carver, C. S., Scheier, M. F. y Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- Cascardi, M., Riggs, D. S., Hearst-Ikeda, D. y Foa, E. B. (1996). Objective ratings of assault safety as predictors of PTSD. *Journal of Interpersonal Violence*, 11, 65-78.
- Cea, M.A. (2002). *Análisis multivariable. Teoría y práctica en la investigación social*. Madrid: Síntesis.
- Centro de Investigaciones Innocenti (2005). *Cambiar una convención social perjudicial: la ablación o mutilación genital femenina*. Siena: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF.
- Cerezo, A. I. (2006). Las víctimas de la violencia doméstica. En E. Baca, E. Echeburúa y J. M. Tamarit (dirs.). *Manual de victimología* (pp. 164-190). Valencia: Tirant lo Blanch.
- Chandler, H. K., Ciccone, D. S. y Raphael, K. G. (2006). Localization of pain and self-reported rape in a female community sample. *Pain Medicine (Malden, Mass.)*, 7, 344-352.
- Chang, B., Skinner, K. y Boehmer, U. (2001). Religion and mental health among women veterans with sexual assault experience. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 31, 77-95.
- Cheasty, M., Clare, A. y Collins, C. (2002). Child sexual abuse: A predictor of persistent depression in adult rape and sexual assault victims. *Journal of Mental Health*, 11, 79-84.
- Chivers-Wilson, K. (2006). Sexual assault and posttraumatic stress disorder: A review of the biological, psychological and sociological factors and treatment. *McGill Journal of Medicine*, 9, 111-118.
- Choquet, M., Darves-Bornoz, J., Ledoux, S., Manfredi, R. y Hassler, C. (1997). Self-reported health and behavioral problems among adolescent victims of rape in France: Results of a cross-sectional survey. *Child Abuse and Neglect*, 21, 823-832.
- Cloutier, S., Martin, S. L. y Poole, C. (2002). Sexual assault among North Carolina women: Prevalence and health risk factors. *Journal of Epidemiology and Community Health (1979)*, 56, 265-271.
- Clum, G. A., Calhoun, K. S. y Kimerling, R. (2000). Associations among symptoms of depression and posttraumatic stress disorder and self-reported health in sexually assaulted women. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 671-678.
- Cobo, J. A. (1998). *Manual de asistencia integral a las mujeres víctimas de agresión sexual*. Barcelona: Masson.
- Código Penal (34ª ed.) (2011). Madrid: Boletín Oficial del Estado.
- Comisión para la Investigación de Malos Tratos a Mujeres (2002). *Informe sobre el tráfico de mujeres y la prostitución en la Comunidad de Madrid*. Madrid: Dirección General de la Mujer.

- Connor-Smith, J. y Flachsbart, C. (2007). Relations between personality and coping: A meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93, 1080-1107.
- Consejo General del Poder Judicial (2012). *Datos de denuncias, procedimientos penales y civiles registrados, órdenes de protección solicitadas en los juzgados de violencia sobre la mujer (JVM) y sentencias dictadas por los órganos jurisdiccionales en esta materia en el tercer trimestre del año 2012*. Recuperado el 16 de marzo de 2013, desde <http://www.observatorioviolencia.org/informes.php?id=10>.
- Corral, P., Echeburúa, E. y Amor, P. J. (1997). Consecuencias psicológicas en las víctimas adultas de agresiones sexuales. En M. Lameiras y A. López (dirs.). *Sexualidad y Salud. La transmisión sexual del VIH y las agresiones sexuales* (pp. 215-234). Santiago de Compostela: Tórculo Ediciones.
- Costa, P. y McCrae, R. (1999). *Inventario de Personalidad NEO Revisado e Inventario NEO Reducido de Cinco Factores. Manual profesional*. Madrid: TEA ediciones.
- Cogle, J. R., Resnick, H. y Kilpatrick, D. G. (2011). Factors associated with chronicity in post-traumatic stress disorder: A prospective analysis of a national sample of women. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*.
- Cox, B. J., MacPherson, P. S., Enns, M. W. y McWilliams, L. A. (2004). Neuroticism and self-criticism associated with posttraumatic stress disorder in a nationally representative sample. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 105-114.
- Crespo, M. y Cruzado, J. A. (1997). La evaluación del afrontamiento: Adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 797-830.
- Darves-Bornoz, J., Lépine, J., Choquet, M., Berger, C., Degiovanni, A. y Gaillard, P. (1998). Predictive factors of chronic post-traumatic stress disorder in rape victims. *European Psychiatry*, 13, 281-287.
- Davidson, J., Book, S., Colket, J., Tupler, L., Roth, S., David, D. et al. (1997). Assessment of a new self-rating scale for posttraumatic stress disorder. *Psychol Med*, 27, 153-160.
- Davidson, J. R., Hughes, D. C., George, L. K. y Blazer, D. G. (1996). The association of sexual assault and attempted suicide within the community. *Archives of General Psychiatry*, 53, 550-555.
- Davis, R. C., Brickman, E. y Baker, T. (1991). Supportive and unsupportive responses of others to rape victims: Effects on concurrent victim adjustment. *American Journal of Community Psychology*, 19, 443-451.
- Delgado, S. (1994). Aspectos psiquiátricos de la violación: lesiones psíquicas en víctimas de violación. En S. Delgado (dir.), E. Esbec, F. Rodríguez y J. L. González (coords.). *Psiquiatría legal y forense vol. 2* (pp. 89-114). Madrid: Colex.
- Deliramich, A. N. y Gray, M. J. (2008). Changes in women's sexual behavior following sexual assault. *Behavior Modification*, 32, 611-621.
- DeMaris, A. y Kaukinen, C. (2005). Violent victimization and women's mental and physical health: Evidence from a national sample. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 42, 384-411.
- Díaz-Aguado, M. J. y Martínez-Arias, R. (2002). *Estudio sobre las medidas adoptadas, por los Estados Miembros de la Unión Europea, para luchar contra la violencia hacia las mujeres*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Díez, J. L. (1999). El objeto de protección del nuevo derecho penal sexual. En J. L. Díez (dir.). *Delitos contra la libertad sexual* (pp. 215-260). Madrid: Consejo General del Poder Judicial.

- Dubosc, A., Capitaine, M., Franko, D. L., Bui, E., Brunet, A., Chabrol, H. *et al.* (2012). Early adult sexual assault and disordered eating: The mediating role of posttraumatic stress symptoms. *Journal of Traumatic Stress, 25*, 50-56.
- Dunlap, H. (2006). Trauma-related beliefs and posttraumatic stress among sexual assault survivors. *Dissertation Abstracts International, 66*, 5679. (UMI N°. 07562).
- Dunmore, E., Clark, D. M. y Ehlers, A. (1997). Cognitive factors in persistent versus recovered post-traumatic disorder after physical or sexual assault: A pilot study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 25*, 147-159.
- 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.
- Dunmore, E., Clark, D. y Ehlers, A. (2001). A prospective investigation of the role of cognitive factors in persistent posttraumatic stress disorder after physical or sexual assault. *Behaviour Research and Therapy, 39*, 1063-1084.
- Eadie, E. M., Runtz, M. G. y Spencer-Rodgers, J. (2008). Posttraumatic stress symptoms as a mediator between sexual assault and adverse health outcomes in undergraduate women. *Journal of Traumatic Stress, 21*, 540-547.
- Echeburúa, E. (1992). Repercusiones psicológicas en las víctimas de agresiones sexuales. *Eguzkilore, 6*, 131-135.
- Echeburúa, E. (2003). *El estrés postraumático en las víctimas. Factores predictivos del trastorno por estrés postraumático en víctimas de agresiones sexuales*. Recuperado el 3 de abril de 2009, desde http://www.webzinemaker.com/admi/m2/page.php3?num_web=11235&rubr=4&id=72033
- Echeburúa, E. (2004). *Superar un trauma: el tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*. Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E. (2008). *Impacto psicológico en víctimas de delitos violentos*. Comunicación presentada en la III Jornada de mediación penal juvenil, Barcelona, España. Recuperado el 9 de abril de 2009, desde http://www20.gencat.cat/docs/Justicia/Documents/ARXIUS/MediadorsJJ_121208_echeburua.pdf
- Echeburúa, E., Amor, P. J. y Corral, P. (2006). Asistencia psicológica postraumática. En E. Baca, E. Echeburúa y J. M. Tamarit (dirs.). *Manual de victimología* (pp. 285-306). Valencia: Tirant lo Blanch.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1995). Trastorno de estrés postraumático. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos. *Manual de psicopatología vol. 2* (pp 171-186). Madrid: McGraw-Hill.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (2006). Especial consideración de algunos ámbitos de victimación. Agresiones sexuales contra mujeres. En E. Baca, E. Echeburúa y J. M. Tamarit (dirs.). *Manual de victimología* (pp. 149-163). Valencia: Tirant lo Blanch.
- Echeburúa, E., 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., Corral, P. y Amor, P. J. (2004). Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense, 4*, 227-224.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Fernández-Montalvo, J. (2000). Escala de Inadaptación (EI): Propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y Modificación de Conducta, 26*, 325-340.
- Echeburúa, E., 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: víctimas y agresores*. Barcelona: Ariel.
- Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. (2006). Especial consideración de algunos ámbitos de victimación. Abusos sexuales de menores. En E. Baca, E. Echeburúa y J. M. Tamarit (dirs.). *Manual de victimología* (pp. 129-148). Valencia: Tirant lo Blanch.
- Echeburúa, E. y Redondo, S. (2010). *¿Por qué víctima es en femenino y agresor masculino?. La violencia contra la pareja y las agresiones sexuales*. Madrid: Pirámide.
- Ehlers, A. y Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345.
- 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, 203-211.
- Ellis, E. M., Atkeson, B. M. y Calhoun, K. S. (1981). An assessment of long-term reaction to rape. *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 263-266.
- Enrique, A. (2004). Neuroticismo, extraversión y estilo atribucional en veteranos de guerra: Una aproximación desde el estrés postraumático. *Interdisciplinaria*, 21, 213-246.
- Esbec, E. (1994). Víctimas de delitos violentos. Victimología general y forense. En S. Delgado (dir.), E. Esbec, F. Rodríguez y J. L. González (coords.). *Psiquiatría legal y forense vol. 2* (pp. 89-114). Madrid: Colex.
- Esbec, E. y Fernández-Sastrón, O. (2000). Aspectos psicopatológicos de la agresión sexual: Antecedentes y una revisión sobre las nuevas líneas de investigación. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 1, 35-57.
- Fairbrother, N. y Rachman, S. (2004). Feelings of mental pollution subsequent to sexual assault. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 173-189.
- 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, 74-93.
- Feehan, M., Nada-Raja, S., Martin, J. A. y Langley, J. D. (2001). The prevalence and correlates of psychological distress following physical and sexual assault in a young adult cohort. *Violence and Victims*, 16, 49-63.
- Feinstein, B. A., Humphreys, K. L., Bovin, M. J., Marx, B. P. y Resick, P. A. (2011). Victim-offender relationship status moderates the relationships of peritraumatic emotional responses, active resistance, and posttraumatic stress symptomatology in female rape survivors. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 3, 192-200.
- Fernández-Ballesteros, E. (2002). Formas valorativas del abuso infantil. En M. A. Soria Verde (dir.). *Manual de psicología penal forense* (pp. 549-580). Barcelona: Atelier.
- Filipas, H. H. (2007). Predictors of chronic posttraumatic stress disorder and revictimization in sexual assault survivors. *Dissertation Abstracts International*, 68, 620. (UMI N°. 3248847).
- Filipas, H. H. y Ullman, S. E. (2001). Social reactions to sexual assaults victims from various support sources. *Violence and Victims*, 16, 673-692.
- Filipas, H. H. y Ullman, S. E. (2006). Child sexual abuse, coping responses, self-blame, PTSD, and adult sexual revictimization. *Journal of Interpersonal Violence*, 21, 652-672.
- Firehammer, J. M. (2001). Resilience after rape: Making meaning, regaining mastery, and restoring self-esteem. *Dissertation Abstracts International*, 63, 522. (UMI N°. 3040088).
- Fischer, S., Stojek, M. y Hartzell, E. (2010). Effects of multiple forms of childhood abuse and adult sexual assault on current eating disorder symptoms. *Eating Behaviors*, 11, 190-192.

- Foa, E., Ehler, A., Clark, D.M., Tolin, D.F. y Orsillo, S.M. (1999). The posttraumatic cognitions inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment, 11*, 303-314.
- Follette, V. M., Polusny, M. A., Bechtle, A. E. y Naugle, A. E. (1996). Cumulative trauma: The impact of child sexual abuse, adult sexual assault, and spouse abuse. *Journal of Traumatic Stress, 9*, 25-35.
- Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) (2008). *Protocolo para el abordaje integral de la violencia sexual desde el sector salud*. Bogotá: Convenio Secretaría Distrital de Salud.
- Forman-Hoffman, V., Mengeling, M. A., Booth, B. M., Torner, J. C. y Sadler, A. G. (2012). Eating disorders, post-traumatic stress, and sexual trauma in women veterans. *Military Medicine, 171*, 1161-1168.
- Frayne, S. M., Skinner, K. M., Sullivan, L. M., Tripp, T. J., Hankin, C. S., Kressin, N. R. et al. (1999). Medical profile of women veterans administration outpatients who report a history of sexual assault occurring while in the military. *Journal of Women's Health and Gender-Based Medicine, 8*, 835-845.
- Frazier, P. A. (1990). Victim attributions and post-rape trauma. *Journal of Personality and Social Psychology, 59*, 298-304.
- Frazier, P. A. (1991). Self-blame as a mediator of postrape depressive symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology, 10*, 47-57.
- Frazier, P. (2003). Perceived control and distress following sexual assault: A longitudinal test of a new model. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*, 1257-1269.
- Frazier, P., Anders, S., Perera, S., Tomich, P., Tennen, H., Park, C. et al. (2009). Traumatic events among undergraduate students: Prevalence and associated symptoms. *Journal of Counseling Psychology, 56*, 450-460.
- Frazier, P. A. y Burnett, J. W. (1994). Immediate coping strategies among rape victims. *Journal of Counseling and Development : JCD, 72*, 633-633.
- Frazier, P., Conlon, A. y Glaser, T. (2001). Positive and negative life changes following sexual assault. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 1048-1055.
- Frazier, P., Gavian, M., Hirai, R., Park, C., Tennen, H., Tomich, P. et al. (2011). Prospective predictors of posttraumatic stress disorder symptoms: Direct and mediated relations. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 3*, 27-36.
- Frazier, P., Keenan, N., Anders, S., Perera, S., Shallcross, S. y Hintz, S. (2011). Perceived past, present, and future control and adjustment to stressful life events. *Journal of Personality and Social Psychology, 100*, 749-765.
- Frazier, P., 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*, 267-278.
- Frazier, P. y Schauben, L. J. (1994). Causal attributions and recovery from rape and other stressful life events. *Journal of Social and Clinical Psychology, 13*, 1-14.
- Frazier, P., Steward, J. y Mortensen, H. (2004). Perceived control and adjustment to trauma: A comparison across events. *Journal of Social and Clinical Psychology, 23*, 303-324.
- Galiana, S. y De Marianas, H. (1996). Estudio psicológico de las víctimas. En E. Roig, S. Galiana y H. De Marianas. *Estudios sobre las agresiones sexuales* (pp. 205-227). Madrid: Servicio de Publicaciones Decanato de los Juzgados.

- Galiana, S. y De Marianas, H. (1997). Intervención psicológica en víctimas de agresiones sexuales. En M. Lameiras y A. López (dirs.). *Sexualidad y Salud. La transmisión sexual del VIH y las agresiones sexuales* (pp. 235-256). Santiago de Compostela: Tórculo Ediciones.
- García, S., López, A. M., Hernández, E. y Mena, L. (2011). *Poblaciones – mercancía: Tráfico y trata de mujeres en España*. Madrid: Instituto de la Mujer, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- García, C., Olivares, C., San Vicente, M. y Jaime, M. (2004). *Guía de atención integral a mujeres víctimas de delitos contra la libertad sexual*. Madrid: Asociación de Mujeres Juristas Themis.
- García-Esteve, L., Navarro, P., Imaz, M. L. y Salanova, C. (2009). *Guía de autoayuda para mujeres víctimas de una agresión sexual reciente. Camino hacia la recuperación*. Barcelona: Clínic. Recuperado el día 3 de noviembre del 2012, desde <http://www.hospitalclinic.org/Portals/0/hospital%20clinnic/corporaci%C3%B3/20090512guiaagresionessexuales.pdf>
- García-Pablos, A. (2003). *Tratado 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 and Neglect*, 25, 1343-1361.
- Gidycz, C. A. y Koss, M. P. (1991). Predictors of long-term sexual assault trauma among a national sample of victimized college women. *Violence and Victims*, 6, 175-190.
- Golding, J. M. (1994). Sexual assault history and physical health in randomly selected Los Angeles women. *Health Psychology*, 13, 130-138.
- Golding, J. M. (1996). Sexual assault history and women's reproductive and sexual health. *Psychology of Women Quarterly*, 20, 101-121.
- Golding, J. M. (1999). Sexual-assault history and long-term physical health problems: Evidence from clinical and population epidemiology. *Current Directions in Psychological Science*, 8, 191-194.
- Golding, J. M., Cooper, M. L. y George, L. K. (1997). Sexual assault history and health perceptions: Seven general population studies. *Health Psychology*, 16, 417-425.
- Golding, J. M., Stein, J. A., Siegel, J. M. y Burnam, M. A. (1988). Sexual assault history and use of health and mental health services. *American Journal of Community Psychology*, 16, 625-644.
- Grice, D. E., Brady, K. T., Dustan, L. R., Malcolm, R. y Kilpatrick, D. G. (1995). Sexual and physical assault history and posttraumatic stress disorder in substance-dependent individuals. *American Journal on Addictions*, 4, 297-305.
- Gutner, C. A., Rizvi, S. L., Monson, C. M. y Resick, P. A. (2006). Changes in coping strategies, relationship to the perpetrator, and posttraumatic distress in female crime victims. *Journal of Traumatic Stress*, 19, 813-823.
- Halligan, S. L., Michael, T., Clark, D. M. y Ehlers, A. (2003). Posttraumatic stress disorder following assault: The role of cognitive processing, trauma memory, and appraisals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 419-431.
- Hankin, C. S., Skinner, K. M., Sullivan, L. M., Miller, D. R., Frayne, S. y Tripp, T. J. (1999). Prevalence of depressive and alcohol abuse symptoms among women VA outpatients who report experiencing sexual assault while in the military. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 601-612.
- Hanson, R. K. (1990). The psychological impact of sexual assault on women and children: A review. *Annals of Sex Research*, 3, 187-232.
- Harb, G. C. (2006). *Acute posttraumatic stress in sexual assault survivors: Factors predicting acute posttraumatic symptomatology*. *Dissertation Abstracts International*, 67, 5403. (UMI N°. 3233434).

- Harned, M. S. (2004). Does it matter what you call it? The relationship between labeling unwanted sexual experiences and distress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 1090-1099.
- Harris, H. N. y Valentiner, D. P. (2002). World assumptions, sexual assault, depression, and fearful attitudes toward relationships. *Journal of Interpersonal Violence, 17*, 286-305.
- Hassija, C. M. (2011). An examination of self-blame among victims of sexual assault. *Dissertation abstracts International, 72*, 7685. (UMI N°. 3473817).
- Hedtke, K. A., Ruggiero, K. J., Fitzgerald, M. M., Zinzow, H. M., Saunders, B. E., Resnick, H. S. *et al.* (2008). A longitudinal investigation of interpersonal violence in relation to mental health and substance use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 633-647.
- Hembree, E. A., Street, G. P., Riggs, D. S. y Foa, E. B. (2004). Do assault-related variables predict response to cognitive behavioral treatment for PTSD?. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 531-534.
- Horno, P., Santos, A. y Del Molino, C. (2001). *Abuso Sexual Infantil: Manual de formación para profesionales*. España: Save the Children.
- Hutchings, P. y Dutton, M. A. (1997). Symptom severity and diagnoses related to sexual assault history. *Journal of Anxiety Disorders, 11*, 607-618.
- Instituto Andaluz de la Mujer (2000). *Violencia contra las mujeres*. Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer.
- Instituto de la Mujer (2007). *Delitos conocidos contra la libertad e indemnidad sexual, según edad de la víctima y ámbito de comisión*. Recuperado el 15 de noviembre de 2012, desde <http://www.inmujer.es/estadisticas/consulta.do?area=10>
- Instituto de la Mujer (2008). *Las mujeres en cifras 1983-2008*. Madrid: Autor.
- Instituto de la Mujer (2009). *Delitos conocidos de abuso, acoso y agresión sexual*. Recuperado el 15 de noviembre de 2012, desde <http://www.inmujer.es/estadisticas/consulta.do?area=10>
- Iverson, K. M., Dick, A., McLaughlin, K. A., Smith, B. N., Bell, M. E., Gerber, M. R., *et al.* (2012). Exposure to interpersonal violence and its associations with psychiatric morbidity in a U.S. national sample: A gender comparison. *Psychology of Violence*.
- Jacques-Tiura, A., Tkatch, R., Abbey, A. y Wegner, R. (2010). Disclosure of sexual assault: Characteristics and implications for posttraumatic stress symptoms among african american and caucasian survivors. *Journal of Trauma and Dissociation, 11*, 174-192.
- Janoff-Bulman, R. (1979). Characterological versus behavioral self-blame: inquires into depression and rape. *Journal of Personality and Social Psychology, 37*, 1798-1809.
- Janoff-Bulman, R. (1985). Criminal vs. noncriminal victimization: Victims' reactions. *Victimology, 10*, 498-511.
- Jozkowski, K. N. y Sanders, S. A. (2012). Health and sexual outcomes of women who have experienced forced or coercive sex. *Women and Health, 52*, 101-118.
- Kalichman, S. C., Sikkema, K., DiFonzo, K., Luke, W. y Austin, J. (2002). Emotional adjustment in survivors of sexual assault living with HIV-AIDS. *Journal of Traumatic Stress, 15*, 289-296.
- Kaukinen, C. y DeMaris, A. (2005). Age at first sexual assault and current substance use and depression. *Journal of Interpersonal Violence, 20*, 1244-1270.
- Kaukinen, C. y DeMaris, A. (2009). Sexual assault and current mental health: The role of help-seeking and police response. *Violence Against Women, 15*, 1331-1357.

- Kessler, R., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. y Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Kilpatrick, D. G. (1992). Etiología y factores predictivos del estrés postraumático en víctimas de agresiones sexuales. En E. Echeburúa (ed.), *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad* (pp. 117-144). Madrid: Pirámide.
- Kilpatrick, D. G. y Acierno, R. (2003). Mental health needs of crime victims: Epidemiology and outcomes. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 119-132.
- Kilpatrick, D. G., Acierno, R., Resnick, H. S., Saunders, B. E. y Best, C. L. (1997). A 2-year longitudinal analysis of the relationships between violent assault and substance use in women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 834-847.
- Kilpatrick, D. G., Best, C. L., Veronen, L. J., Amick, A. E., Villeponteaux, L. A. y Ruff, G. A. (1985). Mental health correlates of criminal victimization: A random community survey. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 866-873.
- Kilpatrick, D. G., Resick, P. A. y Veronen, L. J. (1981). Effects of a rape experience: A longitudinal study. *Journal of Social Issues*, 37, 105-122.
- Kilpatrick, D. G., Ruggiero, K. J., Acierno, R., Saunders, B. E., Resnick, H. S. y Best, C. L. (2003). Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: Results from the national survey of adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 692-700.
- Kimerling, R. y Calhoun, K. S. (1994). Somatic symptoms, social support and treatment seeking among sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 333-340.
- Kleim, B. y Ehlers, A. (2008). Reduced autobiographical memory specificity predicts depression and posttraumatic stress disorder after recent trauma. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 231-242.
- Kleim, B., Ehlers, A. y Glucksman, E. (2007). Early predictors of chronic post-traumatic stress disorder in assault survivors. *Psychological Medicine*, 37, 1457-1467.
- Kleim, B., Ehlers, A. y Glucksman, E. (2012). Investigating cognitive pathways to psychopathology: Predicting depression and posttraumatic stress disorder from early responses after assault. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4, 527-537.
- Koss, M. P. y Figueredo, A. J. (2004). Change in cognitive mediators of rape's impact on psychosocial health across 2 years of recovery. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 1063-1072.
- Koss, M. P., Figueredo, A. J. y Prince, R. J. (2002). Cognitive mediation of rape's mental, physical, and social health impact: Tests of four models in cross-sectional data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 926-941.
- Koss, M. P., Woodruff, W. J. y Koss, P. G. (1991). Criminal victimization among primary care medical patients: Prevalence, incidence, and physician usage. *Behavioral Sciences and the Law*, 9, 85-96.
- Krakov, B., Tandberg, D., Barey, M. y Scriggins, L. (1995). Nightmares and sleep disturbance in sexually assaulted women. *Dreaming*, 5, 199-206.
- Kramer, T. L. y Green, B. L. (1991). Posttraumatic stress disorder as an early response to sexual assault. *Journal of Interpersonal Violence*, 6, 160-173.
- Kumpula, M. J., Orcutt, H. K., Bardeen, J. R. y Varkovitzky, R. L. (2011). Peritraumatic dissociation and experiential avoidance as prospective predictors of posttraumatic stress symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 120, 617-627.

- La Flair, L. N., Franko, D. L. y Herzog, D. B. (2008). Sexual assault and disordered eating in asian women. *Harvard Review of Psychiatry*, 16, 248-257.
- Labrador, F., Rincón, P. P., De Luis, P. y Fernández-Velasco, R. (2004). *Mujeres víctimas de la violencia doméstica. Programa de actuación*. Madrid: Pirámide.
- Lancaster, S. L., Melka, S. E. y Rodriguez, B. F. (2011). Emotional predictors of PTSD symptoms. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 3, 313-317.
- 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, 579-82.
- Lecic-Tosevski, D., Gavrilovic, J., Knezevic, G. y Priebe, S. (2003). Personality factors and posttraumatic stress: Associations in civilians one year after air attacks. *Journal of Personality Disorders*, 17, 537-549.
- Leiner, A. S., Kearns, M. C., Jackson, J. L., Astin, M. C. y Rothbaum, B. O. (2012). Avoidant coping and treatment outcome in rape-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 317-321.
- Leitenberg, H., Gibson, L. E. y Novy, P. L. (2004). Individual differences among undergraduate women in methods of coping with stressful events: The impact of cumulative childhood stressors and abuse. *Child Abuse and Neglect*, 28, 181-192.
- Littleton, H. L. (2007). An evaluation of the coping patterns of rape victims. *Violence Against Women*, 13, 789-801.
- Littleton, H. y Breikopf, C. R. (2006). Coping with the experience of rape. *Psychology of Women Quarterly*, 30, 106-116.
- Littleton, H. L. y Grills-Taquechel, A. (2011). Evaluation of an information-processing model following sexual assault. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 3, 421-429.
- Littleton, H., Grills-Taquechel, A. y Axsom, D. (2009). Impaired and incapacitated rape victims: Assault characteristics and post-assault experiences. *Violence and Victims*, 24, 439-457.
- Littleton, H. L., Grills-Taquechel, A., Axsom, D., Bye, K. y Buck, K. S. (2012). Prior sexual trauma and adjustment following the Virginia tech campus shootings: Examination of the mediating role of schemas and social support. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4, 578-586.
- Littleton, H., Horsley, S., John, S. y Nelson, D. V. (2007). Trauma coping strategies and psychological distress: A meta-analysis. *Journal of Traumatic Stress*, 20, 977-988.
- Lizana, R. (2012). *A mí también me duele. Niños y niñas víctimas de la violencia de género en la pareja*. Barcelona: Gedisa.
- López, E. (2012). Agresión sexual. En T. Pacheco, E. Garrosa, E. López y J. I. Robles. *Atención psicosocial en emergencias* (pp. 99-126). Madrid: Síntesis.
- López, F. (1994). Efectos de los abusos sexuales de menores. En S. Delgado (dir.), E. Esbec, F. Rodríguez y J. L. González (coords.). *Psiquiatría legal y forense vol. 2* (pp. 89-114). Madrid: Colex.
- Lorente, M., Lorente, J. A. y Lorente, M. J. (1998). *Agresión a la mujer: maltrato, violación y acoso*. Granada: Comares.
- Lorente, M. y Toquero, F. (2004). *Guía de buena práctica clínica en abordaje en situaciones de violencia de género*. Madrid: Internacional Marketing and Communications, S.A.
- Luscher, K. A. (2001). Attention and memory functioning in victims of sexual assault. *Dissertation Abstracts International*, 62, 4225. (UMI N°. 3025342).

- Luterek, J. A., Bittinger, J. N. y Simpson, T. L. (2011). Posttraumatic sequelae associated with military sexual trauma in female veterans enrolled in VA outpatient mental health clinics. *Journal of Trauma and Dissociation*, 12, 261-274.
- Mackey, T. F., Hacker, S. S., Weissfeld, L. A. y Ambrose, N. C. (1991). Comparative effects of sexual assault on sexual functioning of child sexual abuse survivors and others. *Issues in Mental Health Nursing*, 12, 89-112.
- Mackey, T. T., Sereika, S. M. S., Weissfeld, L. A. L., Hacker, S. S. S., Zender, J. F. J. y Heard, S. L. S. (1992). Factors associated with long-term depressive symptoms of sexual assault victims. *Archives of Psychiatric Nursing*, 6, 10-25.
- Manga, D., Ramos, F. y Morán, C. (2004). The Spanish Norms of the NEO-FFI inventory. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3, 639-648.
- Marshall, W. L. (2001). *Agresores sexuales*. Barcelona: Ariel.
- Marshall, G., Miles, J. y Stewart, S. (2010). Anxiety sensitivity and PTSD symptom severity are reciprocally related: Evidence from a longitudinal study of physical trauma survivors. *Journal of Abnormal Psychology*, 119, 143-150.
- Martín, J.L. y de Paúl, J. (2004). Trastorno por estrés postraumático en víctimas de situaciones traumáticas. *Psicothema*, 16, 1, 45-49.
- Mas, B. (1995). Trastorno por estrés postraumático: el abuso sexual infantil y su tratamiento. En J. M. Buceta y A. M. Bueno (dirs.). *Psicología y salud: control del estrés y trastornos asociados* (pp. 385-420). Madrid: Dykinson.
- Masho, S. y Ahmed, G. (2007). Age at sexual assault and posttraumatic stress disorder among women: Prevalence, correlates and implications for prevention. *Journal of Women's Health*, 16, 262-271.
- Matheson, K., Skomorovsky, A., Fiocco, A. y Anisman, H. (2007). The limits of "adaptive" coping: Well-being and mood reactions to stressors among women in abusive dating relationships. *Stress: The International Journal on the Biology of Stress*, 10, 75-91.
- Matsushita-Arao, Y. (1996). Self-blame and depression among forcible rape survivors. *Dissertation Abstracts International*, 57, 5925. (UMI N°. 9704213).
- McFarlane, J., Malecha, A., Gist, J., Watson, K., Batten, E., Hall, I. et al. (2005). Intimate partner sexual assault against women and associated victim substance use, suicidality, and risk factors for femicide. *Issues in Mental Health Nursing*, 26, 953-967.
- McFarlane, J., Malecha, A., Watson, K., Gist, J., Batten, E., Hall, I. et al. (2005). Intimate partner sexual assault against women: Frequency, health consequences, and treatment outcomes. *Obstetrics and Gynecology*, 105, 99-108.
- McLean, S. A., Soward, A. C., Ballina, L. E., Rossi, C., Rotolo, S., Wheeler, R. et al. (2012). Acute severe pain is a common consequence of sexual assault. *The Journal of Pain*, 13, 736-741.
- Medina, J. L. (2001). *El trastorno de estrés postraumático en víctimas de terrorismo. Evaluación clínica, psicofisiológica y pericial*. Tesis doctoral no publicada, Universidad Complutense de Madrid, España.
- Meiser-Stedman, R., Dalgleish, T., Glucksman, E., Yule, W. y Smith, P. A. (2009). Maladaptive cognitive appraisals mediate the evolution of posttraumatic stress reactions: A 6-month follow-up of child and adolescent assault and motor vehicle accident survivors. *Journal of Abnormal Psychology*, 118, 778-787.
- Mestre, M. V., Tur, A. M. y Semper, P. (2008). *Impacto psicosocial de la violencia de género en las mujeres y sus hijos e hijas*. Valencia: Universidad de Valencia.

- Meyer, C. B. y Taylor, S. E. (1986). Adjustment to rape. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 1226-1234.
- Miner, M. H., Klotz-Flitter, J., M. y Robinson, B. E. (2006). Association of sexual revictimization with sexuality and psychological function. *Journal of Interpersonal Violence*, 21, 503-524.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). *III Informe anual del observatorio estatal de violencia sobre la mujer 2010*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Centro de Publicaciones.
- Molnar, A. E. (2001). The effect of college women's binge eating and sexual assault on anxiety and social dysfunction. *Dissertation Abstracts International*, 61, 6714. (UMI N°. 9988374).
- Monge, A. (2005). *Los delitos de agresiones sexuales violentas*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Montero, I. y León, O. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en psicología. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 115-127.
- Morán, C., Landero, R. y González, T. (2010). COPE-28: Un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *Universitas Psychologica*, 9, 543-552.
- Moreyra, M. J. (2007). *Conflictos armados y violencia sexual contra las mujeres*. Buenos Aires: Del Puerto.
- Moss, M., Frank, E. y Anderson, B. (1990). The effects of marital status and partner support on rape trauma. *American Journal of Orthopsychiatry*, 60, 379-391.
- Najdowski, C. J. y Ullman, S. E. (2009a). Prospective effects of sexual victimization on PTSD and problem drinking. *Addictive Behaviors*, 34, 965-968.
- Najdowski, C. J. y Ullman, S. E. (2009b). PTSD symptoms and self-rated recovery among adult sexual assault survivors: The effects of traumatic life events and psychosocial variables. *Psychology of Women Quarterly*, 33, 43-53.
- Najdowski, C. J. y Ullman, S. E. (2011). The effects of revictimization on coping and depression in female sexual assault victims. *Journal of Traumatic Stress*, 24, 218-221.
- Nishith, P., Mechanic, M. B. y Resick, P. A. (2000). Prior interpersonal trauma: The contribution to current PTSD symptoms in female rape victims. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 20-25.
- Noguerol, V. (2005). *Agresiones sexuales*. Madrid: Síntesis.
- Norris, J. y Feldman-Summers, S. (1981). Factors related to the psychological impacts of rape on the victim. *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 562-567.
- Norwood, A. y Murphy, C. (2012). What forms of abuse correlate with PTSD symptoms in partners of men being treated for intimate partner violence? *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4, 596-604.
- Novo, M. y Seijo, D. (2009). Aproximación psicosocial a la violencia de género: aspectos introductorios. En F. Fariña, R. Arce y G. Bucla-Casal (dirs.). *Violencia de género. Tratado psicológico y legal*. (pp. 64-74). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Núñez, J. (2010). *Regulación histórica de la agresión sexual y sus objetos de protección*. Madrid: Congreso de los Diputados.
- Observatorio de la Seguridad de la Información (2009). *Estudio sobre hábitos seguros en el uso de las TIC por niños y adolescentes y confianza de sus padres*. Instituto Nacional de Tecnologías de la Comunicación (INTECO). Recuperado el 19 de junio de 2012, desde http://www.inteco.es/Seguridad/Observatorio/Estudios/Estudio_ninos
- O'donnell, M., L., Creamer, M. y Pattison, P. (2004). Posttraumatic stress disorder and depression following trauma: Understanding comorbidity. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1390-1396.

- Olatunji, B. O., Elwood, L. S., Williams, N. L. y Lohr, J. M. (2008). Mental pollution and PTSD symptoms in victims of sexual assault: A preliminary examination of the mediating role of trauma-related cognitions. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 22, 37-47.
- Orengo, F., Rodríguez, M., Lahera, G. y Ramírez, G. (2001). Prevalencia y tipos de trastorno por estrés postraumático en población general y psiquiátrica. *Psiquis*, 22, 169-176.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992). *CIE-10, décima revisión de la clasificación internacional de enfermedades*. Madrid: Meditor.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*.
- Orth, U., Maercker, A., Cahill, S. P. y Foa, E. B. (2008). Anger and posttraumatic stress disorder symptoms in crime victims: A longitudinal analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 208-218.
- Orth, U. y Wieland, E. (2006). Anger, hostility, and posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 698-706.
- Osborne, R. (2001). *La violencia contra las mujeres. Realidad social y políticas públicas*. Madrid: UNED ediciones.
- Ozer, E. J., Weiss, D. S., Best, S. R. y Lipsey, T. L. (2008). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5, 3-36.
- Paris, J. (2002). Predisposiciones, rasgos de personalidad y trastorno de estrés postraumático. *Revista de Toxicomanías*, 31, 21-32.
- Pardo, J. (2010). Ciberacoso: cyberbullying, grooming, redes sociales y otros peligros. En J. García (ed.). *Ciberacoso: la tutela penal de la intimidad, la integridad y la libertad sexual en Internet* (pp. 51-64). Valencia: Tirant lo Blanch.
- Perilloux, C., Duntley, J. D. y Buss, D. M. (2012). The costs of rape. *Archives of Sexual Behavior*, 41, 1099-1106.
- Petrak, J., Doyle, A., Williams, L., Buchan, L. y Forster, G. (1997). The psychological impact of sexual assault: A study of female attenders of a sexual health psychology service. *Sexual and Marital Therapy*, 12, 339-345.
- Pico-Alfonso, M., García-Linares, M., Celda-Navarro, N., Blasco-Ros, C., Echeburúa, E. y Martínez, M. (2006). The impact of physical, psychological and sexual intimate male partner violence on women's mental health: depressive symptoms, posttraumatic stress disorder, state anxiety and suicide. *Journal of Women's Health* 15, 599-611.
- Pineles, S. L., Mostoufi, S. M., Ready, C. B., Street, A. E., Griffin, M. G. y Resick, P. A. (2011). Trauma reactivity, avoidant coping, and PTSD symptoms: A moderating relationship? *Journal of Abnormal Psychology*, 120, 240-246.
- Raja, S. (2001). Secondary victimization among female veterans who have experienced sexual assault. *Dissertation Abstracts International*, 61, 3857. (UMI N°. 9978631).
- Regehr, C., Cadell, S. y Jansen, K. (1999). Perceptions of control and long-term recovery from rape. *American Journal of Orthopsychiatry*. 69, 110-115.
- Resick, P. A. (1993). The psychological impact of rape. *Journal of Interpersonal Violence*, 8, 223-255.
- Resick, P. A., Calhoun, K. S., Atkeson, B. M. y Ellis, E. M. (1981). Social Adjustment in victims of sexual assault. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 705-712.
- Resnick, H. S., Kilpatrick, D. G. y Lipovsky, J. A. (1991). Assessment of rape-related posttraumatic stress disorder: Stressor and symptom dimensions. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 561-572.

- Resnick, H. S., Walsh, K., McCauley, J. L., Schumacher, J. A., Kilpatrick, D. G. y Acierno, R. E. (2012). Assault related substance use as a predictor of substance use over time within a sample of recent victims of sexual assault. *Addictive Behaviors*, 37, 914.
- Riggs, D. S., Dancu, C. V., Gershuny, B. S., Greenberg, D. y Foa, E. B. (1992). Anger and post-traumatic stress disorder in female crime victims. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 613-625.
- Riggs, D. S., Kilpatrick, D. G. y Resnick, H. S. (1992). Long-term psychological distress associated with marital rape and aggravated assault: A comparison to other crime victims. *Journal of Family Violence*, 7, 283-296.
- Rincón, P. (2003). *Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica: evaluación de programas de intervención*. Tesis doctoral no publicada, Universidad Complutense de Madrid, España.
- Rioli, L. y Savicki, V. (2010). Coping effectiveness and coping diversity under traumatic stress. *International Journal of Stress Management*, 17, 97-113.
- Roig, E. (1996). Estudio sociológico. Víctimas de la violencia sexual. En E. Roig, S. Galiana y H. De Marianas. *Estudios sobre las agresiones sexuales* (pp. 13-98). Madrid: Servicio de Publicaciones Decanato de los Juzgados.
- Roon-Cassini, T., Mancini, A., Rusch, M. y Bonnano, G. (2010). Psychopathology and resilience following traumatic injury: A latent growth mixture model analysis. *Rehabilitation Psychology* 55, 1-11.
- Root, M. P. (1991). Persistent, disordered eating as a gender-specific, post-traumatic stress response to sexual assault. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 28, 96-102.
- Rothbaum, B. O., Foa, E. B., Riggs, D. S., Murdock, T. B. y Walsh, W. (1992). A prospective examination of post-traumatic stress disorder in rape victims. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 455-475.
- Ruch, L. O., Amedeo, S. R., Leon, J. J. y Gartrell, J. W. (1991). Repeated sexual victimization and trauma change during the acute phase of the sexual assault trauma syndrome. *Women and Health*, 17, 1-19.
- Sadler, A. G., Mengeling, M. A., Fraley, S. S., Torner, J. C. y Booth, B. M. (2012). Correlates of sexual functioning in women veterans: Mental health, gynecologic health, health status, and sexual assault history. *International Journal of Sexual Health*, 24, 60-77.
- Sadler, A. G., Mengeling, M. A., Syrop, C. H., Torner, J. C. y Booth, B. M. (2011). Lifetime sexual assault and cervical cytologic abnormalities among military women. *Journal of Women's Health*, 20, 1693-1701.
- Sánchez, C. (2000). *Qué es la agresión sexual*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Sánchez, J., Rosa, A. I. y López, C. (2011). The psychological treatment of sexual abuse in children and adolescent: A meta-analysis. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11, 67-93.
- Sandín, B. (1995). Teorías sobre los trastornos de ansiedad. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos. *Manual de psicopatología vol. 2* (pp. 113-170). Madrid: McGraw-Hill.
- Sanjuan, P. M., Langenbucher, J. W. y Labouvie, E. (2009). The role of sexual assault and sexual dysfunction in Alcohol/Other drug use disorders. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 27, 150-163.
- Sanmartín, J., Farnós, T., Capel, J. L. y Molina, A. (2000). *Violencia contra la mujer (situación actual mundial)*. Valencia: Centro Reina Sofía para el estudio de la violencia.
- Sanmartín, J., Iborra, I., García, Y. y Martínez, P. (2010). *III Informe internacional de violencia contra la mujer en las relaciones de pareja*. Valencia: Instituto Centro Reina Sofía.

- Santello, M. D. y Leitenberg, H. (1993). Sexual aggression by an acquaintance: Methods of coping and later psychological adjustment. *Violence and Victims*, 8, 91-104.
- Sanz, J. y Navarro, M.E. (2003). Propiedades psicométricas de una versión española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés*, 9, 59-84.
- Siegel, J. M., Golding, J. M., Stein, J. A., Burnam, M. A. y Sorenson, S. B. (1990). Reactions to sexual assault: A community study. *Journal of Interpersonal Violence*, 5, 229-246.
- Soria, M. A. (2002). La evaluación de la victimización criminal. En M. A. Soria (ed.). *Manual de psicología penal forense* (pp. 623-654). Barcelona: Atelier.
- Soria, M. A. (2005). Psicología de la victimización criminal. En M. A. Soria (ed.). *Manual de psicología jurídica e investigación criminal* (pp. 149-166). Madrid: Pirámide.
- Soria, M. A. y Hernández, J. A. (1994). *El agresor sexual y la víctima*. Barcelona: Marcombo.
- Sortzen (2011). *Agresiones sexuales. Cómo se viven, cómo se entienden y cómo se atienden*. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Departamento de Interior.
- 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 and Victims*, 20, 417-432.
- Stein, J. A. (1995). Differential susceptibility to depression and negative affect following sexual assault: A test of the vulnerability and additive burden models. *Dissertation Abstracts International*, 55, 4594. (UMI N°. 9507353).
- Stein, M. B. y Barrett-Connor, E. (2000). Sexual assault and physical health: Findings from a population-based study of older adults. *Psychosomatic Medicine*, 62, 838-843.
- Stein, M. y Kennedy, C. (2001). Major depressive and post-traumatic stress disorder comorbidity in female victims of intimate partner violence. *Journal of Affective Disorders*, 66, 133-138.
- Stein, M. B., Lang, A. J., Laffaye, C., Satz, L. E., Lenox, R. J. y Dresselhaus, T. R. (2004). Relationship of sexual assault history to somatic symptoms and health anxiety in women. *General Hospital Psychiatry*, 26, 178-183.
- Suris, A., Lind, L., Kashner, T. M. y Borman, P. D. (2007). Mental health, quality of life, and health functioning in women veterans: Differential outcomes associated with military and civilian sexual assault. *Journal of Interpersonal Violence*, 22, 179-197.
- Suris, A., Lind, L., Kashner, T. 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.
- Temple, J. R., Weston, R., Rodriguez, B. F. y Marshall, L. L. (2007). Differing effects of partner and nonpartner sexual assault on women's mental health. *Violence Against Women*, 13, 285-297.
- Testa, M., VanZile-Tamsen, C. y Livingston, J. A. (2007). Prospective prediction of women's sexual victimization by intimate and nonintimate male perpetrators. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 52-60.
- Thornhill, N. W. y Thornhill, R. (1990a). An evolutionary analysis of psychological pain following rape: I. the effects of victim's age and marital status. *Ethology and Sociobiology*, 11, 155-176.
- Thornhill, N. W. y Thornhill, R. (1990b). An evolutionary analysis of psychological pain following rape: II. The effects of stranger, friend, and family-member offenders. *Ethology and Sociobiology*, 11, 177-193.
- Thornhill, N. W. y Thornhill, R. (1990c). An evolutionary analysis of psychological pain following rape: III. Effects of force and violence. *Aggressive Behavior*, 16, 297-320.

- Tomasula, J. L., Anderson, L. M., Littleton, H. L. y Riley-Tillman, T. (2012). The association between sexual assault and suicidal activity in a national sample. *School Psychology Quarterly*, 27, 109-119.
- Ullman, S. E. (1996a). Social reactions, coping strategies, and self-blame attributions in adjustment to sexual assault. *Psychology of Women Quarterly*, 20, 505-526.
- Ullman, S. E. (1996b). Do social reactions to sexual assault victims vary by support provider? *Violence and Victims*, 11, 143-57.
- Ullman, S. E. (1997). Attributions, world assumptions, and recovery from sexual assault. *Journal of Child Sexual Abuse*, 6, 1-19.
- Ullman, S. E. (1999). Social support and recovery from sexual assault : A review. *Aggression and Violent Behavior*, 4, 343-358.
- Ullman, S. E. (2004). Sexual assault victimization and suicidal behavior in women: A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 9, 331-351.
- Ullman, S. E. y Brecklin, L. R. (2002a). Sexual assault history, PTSD, and mental health service seeking in a national sample of women. *Journal of Community Psychology*, 30, 261-279.
- Ullman, S. E. y Brecklin, L. R. (2002b). Sexual assault history and suicidal behavior in a national sample of women. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32, 117-130.
- Ullman, S. E. y Filipas, H. H. (2001). Predictors of PTSD symptom severity and social reactions in sexual assault victims. *Journal of Traumatic Stress*, 14, 369-389.
- 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 Studies on Alcohol*, 66, 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, 128-132.
- Ullman, S. E., Filipas, H. H., Townsend, S. M. y Starzynski, L. L. (2006b). The role of victim-offender relationships in women's sexual assaults experiences. *Journal of Interpersonal Violence*, 21, 798-819.
- Ullman, S. E., Filipas, H. H., Townsend, S. M. y Starzynski, L. L. (2007). Psychosocial correlates of PTSD symptom severity in sexual assault survivors. *Journal of Traumatic Stress*, 20, 821-831.
- Ullman, S. E. y Najdowski, C. J. (2009a). Revictimization as a moderator of psychosocial risk factors for problem drinking in female sexual assault survivors. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 70, 41-49.
- Ullman, S. E. y Najdowski, C. J. (2009b). Correlates of serious suicidal ideation and attempts in female adult sexual assault survivors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 39, 47-57.
- Ullman, S. E., Najdowski, C. J. y Filipas, H. H. (2009). Child sexual abuse, post-traumatic stress disorder, and substance use: Predictors of revictimization in adult sexual assault survivors. *Journal of Child Sexual Abuse: Research, Treatment, and Program Innovations for Victims, Survivors and Offenders*, 18, 367-385.
- Ullman, S. E. y Siegel, J. M. (1993). Victim-offender relationship and sexual assault. *Violence and Victims*, 8, 121-34.
- Ullman, S. E. y Siegel, J. M. (1994). Predictors of exposure to traumatic events and posttraumatic stress sequelae. *Journal of Community Psychology*, 22, 328-338.

- Ullman, S. E. S. y Siegel, J. M. J. (1995). Sexual assault, social reactions, and physical health. *Women's Health (Hillsdale, N.J.)*, 1, 289-308.
- Ullman, S. E., Townsend, S.M., Filipas, H. H. y Starzynski, L. L. (2007). Structural models of the relations of assault severity, social support, avoidance coping, self-blame and PTSD among sexual assault survivors. *Psychology of Women Quarterly*, 31, 23-37.
- Ullman, S. E., Townsend, S. M., Starzynski, L. L. y Long, L. M. (2006). Correlates of comorbid PTSD and polysubstance use in sexual assault victims. *Violence and Victims*, 21, 725-733,736-743.
- Urrea, J. (2003). *Agresor sexual. Casos reales. Riesgo de reincidencia*. Madrid: EOS.
- Urrea, J. (2007). *Víctimas de abusos sexuales*. Madrid: Pirámide.
- Valentiner, D. P., Foa, E. B., Riggs, D. S. y Gershuny, B. S. (1996). Coping strategies and posttraumatic stress disorder in female victims of sexual and nonsexual assault. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 455-458.
- Van Berlo, W. y Ensink, B. (2000). Problems with sexuality after sexual assault. *Annual Review of Sex Research*, 11, 235-257.
- Varkovitzky, R. L. (2012). *Assimilation, accommodation, and overaccommodation: An examination of information processing styles in female victims of adolescent and adult sexual assault*. Tesis doctoral, Northern Illinois University.
- Vázquez, B. (1995). *Agresión sexual. Evaluación y tratamiento en menores*. Madrid: Siglo XXI.
- Vázquez, B. (2007). *Manual de psicología forense*. Madrid: Síntesis.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1997). Fiabilidad y valores normativos de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978. *Clínica y Salud*, 8, 403-422.
- Vidal, M. E. y Petrak, J. (2007). Shame and adult sexual assault: A study with a group of female survivors recruited from an east London population. *Sexual and Relationship Therapy*, 22, 159-171.
- Walter, K., Gunstad, J. y Hobfoll, S. (2010). Self control predicts later symptoms of posttraumatic stress disorder. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 2, 97-101.
- Walsh, R. M. y Bruce, S. E. (2011). The relationships between perceived levels of control, psychological distress, and legal system variables in a sample of sexual assault survivors. *Violence Against Women*, 17, 603-618.
- Werner, K. B. y Griffin, M. G. (2012). Peritraumatic and persistent dissociation as predictors of PTSD symptoms in a female cohort. *Journal of Traumatic Stress*, 25, 401-407.
- Wolfe, J., Sharkansky, E. J., Read, J. P., Dawson, R., Martin, J. A. y Ouimette, P. C. (1998). Sexual harassment and assault as predictors of PTSD symptomatology among U.S. female Persian Gulf war military personnel. *Journal of Interpersonal Violence*, 13, 40-57.
- Wyatt, G. E., Notgrass, C. M. y Newcomb, M. (1990). Internal and external mediators of women's rape experiences. *Psychology of Women Quarterly*, 14, 153-176.
- Zinzow, H. M., Amstadter, A. B., McCauley, J. L., Ruggiero, K. J., Resnick, H. S. y Kilpatrick, D. G. (2011). Self-rated health in relation to rape and mental health disorders in a national sample of college women. *Journal of American College Health*, 59, 588-594.
- Zinzow, H. M., Resnick, H. S., Amstadter, A. B., McCauley, J. L., Ruggiero, K. J. y Kilpatrick, D. G. (2010). Drug- or alcohol-facilitated, incapacitated, and forcible rape in relationship to mental health among a national sample of women. *Journal of Interpersonal Violence*, 25, 2217-2236.

- Zinzow, H. M., Resnick, H. S., Barr, S. C., Danielson, C. K. y Kilpatrick, D. G. (2012). Receipt of post-rape medical care in a national sample of female victims. *American Journal of Preventive Medicine*, 43, 183-187.
- Zinzow, H. M., Resnick, H. S., McCauley, J. L., Amstadter, A. B., Ruggiero, K. J. y Kilpatrick, D. G. (2010). The role of rape tactics in risk for posttraumatic stress disorder and major depression: Results from a national sample of college women. *Depression and Anxiety*, 27, 708-715.
- Zinzow, H. M., Resnick, H. S., McCauley, J. L., Amstadter, A. B., Ruggiero, K. J., y Kilpatrick, D. G. (2011). Prevalence and risk of psychiatric disorders as a function of variant rape histories: Results from a national survey of women. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*.
- Zinzow, H. M., Resnick, H. S., McCauley, J. L., Amstadter, A. B., Ruggiero, K. J. y Kilpatrick, D. G. (2012). Prevalence and risk of psychiatric disorders as a function of variant rape histories: Results from a national survey of women. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47, 893-902.
- Zoellner, L. A., Foa, E. B. y Brigidi, B. D. (1999). Interpersonal friction and PTSD in female victims of sexual and nonsexual assault. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 689-700.

Anexo

Protocolo de Evaluación

Expediente:	
Fecha:	

PROTOCOLO DE EVALUACIÓN

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA SOBRE AGRESIONES SEXUALES

Tiempo transcurrido desde la agresión:			
Edad:		Estado civil:	
Lugar de origen:			
Nivel de estudios:		Situación laboral:	
- Sin estudios		- En activo.....	
- Formación profesional.		- Desempleada.	
- Estudios primarios, secundarios.		- Jubilada.	
- Estudios universitarios.		- Trabajo no remunerado.	
- Otros.....		- Otros.....	
1. ¿Qué tipo de delito ha sufrido?		Agresión sexual con violación.	
		Agresión sexual sin violación.	
		Abuso sexual sin violación.	
		Abuso sexual con violación.	
2. Número de agresores:			
3. ¿Qué actos cometió el agresor?		Tocamientos.	
		Penetración vaginal.	
		Penetración anal.	
		Felación.	
		Masturbación al agresor.	
		Lesiones físicas.	
		Otras.....	
4. ¿Qué medios de coacción utilizó el agresor?		Amenazas.	
		Golpes/ malos tratos.	
		Vejaciones/ insultos.	
		Arma blanca.	
		Arma de fuego.	
		Engaños.	
		Abuso de autoridad.	
		Regalos/dinero.	
Otros.....			

5. ¿En qué estado se encontraba la víctima antes de la agresión?	Normal.
	Alterada (Embriagada/drogada)

6. ¿Cuáles fueron sus reacciones durante la agresión?	Quedar paralizada.
	Intentar huir.
	Intentar convencerle.
	Defenderse.
	Suplicar.
	Forcejear.
	Entablar conversación.
	Gritar.
Otras.....	

7. ¿Qué tipo de relación tenía con el agresor?	Ninguna.
	Amistad.
	Conocido de horas.
	Relación laboral (cuál).....
	Relación académica (cuál).....
	Relación familiar (cuál).....
	Pareja.
	Amigo de la familia.
Otros.....	

8. ¿Ha denunciado el hecho?	Sí:	Hace menos de 24h.
		Hace menos de una semana.
		Hace menos de un mes.
		Hace menos de tres meses.
		Hace menos de seis meses.
	No:	Porque no era útil.
		Porque tenía miedo.
		Temía represalias.
		Tenía vergüenza.
		No me iban a creer.
		Motivos familiares.
	Otros.....	

9. ¿Ha sido víctima de otro tipo de violencia anteriormente?	Abuso sexual infantil.
	Abuso físico infantil.
	Agresión física.
	Robo.
	Otra agresión sexual.
	Malos tratos.
	Testigo episodio violento.

10. ¿Ha sufrido en el último año alguna situación estresante?	Problemas de salud
	Cambio de domicilio, trabajo...
	Problemas económicos.
	Problemas laborales (paro, jefe).
	Problemas familiares.
	Muerte familiar, amigo íntimo.
	Otros.....

11. ¿Existe alguna persona/s que te apoye y se preocupe por ti?							
a. ¿Quién o quiénes?							
b. ¿Cuál es tu grado de satisfacción con su apoyo?							
(Muy malo)	1	2	3	4	5	(Muy bueno)	

12. ¿Ha tenido algún tipo de trastorno psicológico anteriormente?							
a. ¿De qué tipo?							
b. ¿Ha recibido tratamiento psicológico?							
c. ¿Cuál?							

13. ¿Ha tenido o tiene problemas de abuso de alcohol y/o drogas?							

14. ¿Ha habido en su familia algún tipo de problema psicológico?							
a. ¿De qué tipo?							

15. ¿Cómo fue el trato recibido por parte de la policía a la hora de realizar la denuncia y/ declaraciones?							
(Muy malo)	1	2	3	4	5	(Muy bueno)	

16. ¿Cómo fue el trato recibido por parte de los profesionales en el reconocimiento médico-forense?							
(Muy malo)	1	2	3	4	5	(Muy bueno)	

Expresar en qué grado está de acuerdo con las siguientes afirmaciones:

17. Alguno de los profesionales que han intervenido en el proceso ha sugerido que mi caso no era lo suficientemente serio.							
	(Nada de acuerdo)	1	2	3	4	5	(Totalmente de acuerdo)
	En caso afirmativo, especificar de quién se trata:						

18. Alguno de los profesionales que han intervenido en el proceso ha sugerido que yo tuve parte de responsabilidad en la agresión.							
	(Nada de acuerdo)	1	2	3	4	5	(Totalmente de acuerdo)
	En caso afirmativo, especificar de quién se trata:						

19. La espera para la denuncia en la policía o en el reconocimiento médico-forense me resultó muy larga.							
	(Nada de acuerdo)	1	2	3	4	5	(Totalmente de acuerdo)
	En caso afirmativo, especificar el número de horas esperando:						

20. Conozco el proceso judicial a seguir a partir de la denuncia.							
	(Nada de acuerdo)	1	2	3	4	5	(Totalmente de acuerdo)

NEO-FFI (Costa y McCrae, 1999)

Las siguientes frases reflejan modos de ser. Lea con atención y marque la alternativa (0 a 4) que refleje mejor su acuerdo o desacuerdo con ella. No hay respuestas correctas ni incorrectas. Conteste de forma sincera y no olvide contestar a todas las frases.

0= Estoy en total desacuerdo.

1= Estoy en desacuerdo.

2= Ni estoy en desacuerdo ni de acuerdo, neutral.

3= Estoy de acuerdo.

4= Estoy totalmente de acuerdo.

1. A menudo me siento inferior a los demás.	0	1	2	3	4
2. Soy una persona alegre y animosa.	0	1	2	3	4
3. A veces, cuando leo poesía o contemplo una obra de arte, siento una profunda emoción o excitación.	0	1	2	3	4
4. Tiendo a pensar lo mejor de la gente.	0	1	2	3	4
5. Parece que nunca soy capaz de organizarme.	0	1	2	3	4
6. Rara vez me siento con miedo o ansiosa.	0	1	2	3	4
7. Disfruto mucho hablando con la gente.	0	1	2	3	4
8. La poesía tiene poco o ningún efecto sobre mí.	0	1	2	3	4
9. A veces intimido o adulo a la gente para que hagan lo que yo quiero.	0	1	2	3	4
10. Tengo unos objetivos claros y me esfuerzo por alcanzarlos de una forma ordenada.	0	1	2	3	4
11. A veces me vienen a la mente pensamientos aterradores.	0	1	2	3	4
12. Disfruto en las fiestas en las que hay mucha gente.	0	1	2	3	4
13. Tengo una gran variedad de intereses intelectuales.	0	1	2	3	4
14. A veces consigo con artimañas que la gente haga lo que yo quiero.	0	1	2	3	4
15. Trabajo mucho para conseguir mis metas.	0	1	2	3	4
16. A veces me parece que no valgo absolutamente nada.	0	1	2	3	4
17. No me considero especialmente alegre.	0	1	2	3	4
18. Me despiertan la curiosidad las formas que encuentro en el arte y en la naturaleza.	0	1	2	3	4
19. Si alguien empieza a pelearse conmigo, yo también estoy dispuesta a pelear.	0	1	2	3	4
20. Tengo mucha auto-disciplina.	0	1	2	3	4
21. A veces las cosas me parecen demasiado sombrías y sin esperanza.	0	1	2	3	4

22. Me gusta tener mucha gente alrededor.	0	1	2	3	4
23. Encuentro aburridas las discusiones filosóficas.	0	1	2	3	4
24. Cuando me han ofendido, lo que intento es perdonar y olvidar.	0	1	2	3	4
25. Antes de emprender una acción, siempre considero sus consecuencias.	0	1	2	3	4
26. Cuando estoy bajo un fuerte estrés, a veces siento que me voy a desmoronar.	0	1	2	3	4
27. No soy tan viva ni tan animada como otras personas.	0	1	2	3	4
28. Tengo mucha fantasía.	0	1	2	3	4
29. Mi primera reacción es confiar en la gente.	0	1	2	3	4
30. Trato de hacer mis tareas con cuidado, para que no haya que hacerlas otra vez.	0	1	2	3	4
31. A menudo me siento tensa e inquieta.	0	1	2	3	4
32. Soy una persona muy activa.	0	1	2	3	4
33. Me gusta concentrarme en un ensueño o fantasía y, dejándolo crecer y desarrollarse, explorar todas sus posibilidades.	0	1	2	3	4
34. Algunas personas piensan de mí que soy fría y calculadora.	0	1	2	3	4
35. Me esfuerzo por llegar a la perfección en todo lo que hago.	0	1	2	3	4
36. A veces me he sentido amargada y resentida.	0	1	2	3	4
37. En reuniones, por lo general prefiero que hablen otros.	0	1	2	3	4
38. Tengo poco interés en andar pensando sobre la naturaleza del universo o de la condición humana.	0	1	2	3	4
39. Tengo mucha fe en la naturaleza humana.	0	1	2	3	4
40. Soy eficiente y eficaz en mi trabajo.	0	1	2	3	4
41. Soy bastante estable emocionalmente.	0	1	2	3	4
42. Huyo de las multitudes.	0	1	2	3	4
43. A veces pierdo el interés cuando la gente habla de cuestiones muy abstractas o teóricas.	0	1	2	3	4
44. Trato de ser humilde.	0	1	2	3	4
45. Soy una persona productiva, que siempre termina su trabajo.	0	1	2	3	4
46. Rara vez estoy triste o deprimida.	0	1	2	3	4
47. A veces reboso felicidad.	0	1	2	3	4
48. Experimento una gran variedad de emociones y sentimientos.	0	1	2	3	4
49. Creo que la mayoría de la gente con la que trato es honrada.	0	1	2	3	4
50. En ocasiones primero actúo y luego pienso.	0	1	2	3	4
51. A veces hago las cosas impulsivamente y luego me arrepiento.	0	1	2	3	4
52. Me gusta estar donde está la acción.	0	1	2	3	4

53. Con frecuencia pruebo comidas nuevas o de otros países.	0	1	2	3	4
54. Puedo ser sarcástica y mordaz si es necesario.	0	1	2	3	4
55. Hay tantas pequeñas cosas que hacer que a veces lo que hago es no atender a ninguna.	0	1	2	3	4
56. Es difícil que yo pierda los estribos.	0	1	2	3	4
57. No me gusta mucho charlar con la gente.	0	1	2	3	4
58. Rara vez experimento emociones fuertes.	0	1	2	3	4
59. Los mendigos no me inspiran simpatía.	0	1	2	3	4
60. Muchas veces no preparo de antemano lo que tengo que hacer	0	1	2	3	4

PTCI
(Foa et al., 1999. Traducción de Rincón, 2001)

Estamos interesados en el tipo de pensamientos que puede haber tenido después de la agresión. A continuación hay un número de frases que pueden ser o no ser representativas de sus pensamientos. Por favor, lea cuidadosamente cada frase y díganos su grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de ellas. Las personas reaccionan a los sucesos traumáticos de muchas maneras diferentes. No hay respuestas correctas o incorrectas para estas frases.

1. Estoy Totalmente en Desacuerdo.
2. Estoy Muy en Desacuerdo.
3. Estoy Levemente en Desacuerdo.
4. Me es Indiferente.
5. Estoy Levemente de Acuerdo.
6. Estoy Muy de Acuerdo.
7. Estoy Totalmente de Acuerdo.

1. El suceso ocurrió debido a la forma en que yo actué.	1	2	3	4	5	6	7
2. No confío en que haré las cosas bien.	1	2	3	4	5	6	7
3. Soy una persona débil.	1	2	3	4	5	6	7
4. No seré capaz de controlar mi ira y haré algo terrible.	1	2	3	4	5	6	7
5. No puedo controlar ni siquiera la más mínima molestia o enojo.	1	2	3	4	5	6	7
6. Solía ser una persona feliz, pero ahora me siento siempre desdichada.	1	2	3	4	5	6	7
7. No se puede confiar en las personas.	1	2	3	4	5	6	7
8. Tengo que estar alerta todo el tiempo.	1	2	3	4	5	6	7
9. Me siento muerta interiormente.	1	2	3	4	5	6	7
10. No puedes saber quién te hará daño.	1	2	3	4	5	6	7
11. Tengo que ser especialmente cuidadosa porque nunca se sabe que puede ocurrir después.	1	2	3	4	5	6	7
12. Soy una persona incompetente.	1	2	3	4	5	6	7
13. No seré capaz de controlar mis emociones y pasará algo terrible.	1	2	3	4	5	6	7
14. Si pienso en el suceso, no seré capaz de controlarlo.	1	2	3	4	5	6	7
15. El suceso me ocurrió por la clase de persona que soy.	1	2	3	4	5	6	7
16. Mis reacciones desde el suceso me hacen pensar que estoy enloqueciendo.	1	2	3	4	5	6	7
17. Nunca seré capaz de sentir de nuevo emociones normales.	1	2	3	4	5	6	7

18. El mundo es un lugar peligroso.	1	2	3	4	5	6	7
19. Otras personas podrían haber detenido el suceso y no les hubiese pasado nada malo.	1	2	3	4	5	6	7
20. Permanentemente he cambiado a peor.	1	2	3	4	5	6	7
21. Me siento como un objeto, no como una persona.	1	2	3	4	5	6	7
22. Otras personas no hubieran caído en esta situación.	1	2	3	4	5	6	7
23. No puedo confiar en otras personas.	1	2	3	4	5	6	7
24. Me siento apartada y aislada de otros.	1	2	3	4	5	6	7
25. No tengo futuro.	1	2	3	4	5	6	7
26. No puedo hacer nada para que no me sucedan cosas malas.	1	2	3	4	5	6	7
27. Las personas no son lo que parecen.	1	2	3	4	5	6	7
28. Mi vida ha sido destrozada por el trauma.	1	2	3	4	5	6	7
29. Como persona hay algo equivocado en mí.	1	2	3	4	5	6	7
30. Mis reacciones desde el suceso demuestran que soy una perdedora.	1	2	3	4	5	6	7
31. Algo en mí hace que las cosas me sucedan.	1	2	3	4	5	6	7
32. No seré capaz de soportar mis pensamientos acerca del suceso, y caeré en el aislamiento.	1	2	3	4	5	6	7
33. Me siento como si no me conociera nada en absoluto.	1	2	3	4	5	6	7
34. Nunca puedes saber cuándo sucederá algo horrible.	1	2	3	4	5	6	7
35. No puedo confiar en mí misma.	1	2	3	4	5	6	7
36. Nunca más puede sucederme nada bueno.	1	2	3	4	5	6	7

RAQ
(Frazier, 2003)

A continuación se enumeran unas frases que describen pensamientos que las mujeres tienen frecuentemente sobre por qué ha ocurrido la agresión. Por favor indica con qué frecuencia has tenido cada uno de los siguientes pensamientos en la semana pasada. Las personas reaccionan a los sucesos traumáticos de muchas maneras diferentes. No hay respuestas correctas o incorrectas para estas frases.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	A veces	Frecuentemente	Muy recuentemente

Con qué frecuencia has pensado: “Yo fui agredida porque...”

1. Fui una insensata.	1	2	3	4	5
2. Debería haberme resistido más.	1	2	3	4	5
3. Me expuse a una situación peligrosa.	1	2	3	4	5
4. Debería haber sido más precavida.	1	2	3	4	5
5. No hice lo suficiente para protegerme.	1	2	3	4	5
6. El agresor pensó que él podía salirse con la suya.	1	2	3	4	5
7. El agresor quería ejercer su poder sobre alguien.	1	2	3	4	5
8. El agresor era un enfermo.	1	2	3	4	5
9. El agresor detesta a las mujeres.	1	2	3	4	5
10. El agresor quería hacer daño a alguien.	1	2	3	4	5

A continuación exprese su grado de acuerdo con las siguientes frases:

1	2	3	4	5
Fuertemente en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	Fuertemente de acuerdo

1. La agresión va a afectarme durante un largo tiempo, pero hay cosas que yo puedo hacer para minimizar estos efectos.	1	2	3	4	5
2. Siento que no hay mucho que yo pueda hacer para sentirme mejor.	1	2	3	4	5
3. Sé lo que debería hacer para recuperarme de la agresión.	1	2	3	4	5
4. Estoy segura de que lo puedo superar si trabajo en ello.	1	2	3	4	5

5. Siento que el proceso de recuperación está bajo mi control.	1	2	3	4	5
6. Tengo miedo de que pueda ser agredida otra vez.	1	2	3	4	5
7. No es muy probable que pueda ser agredida otra vez.	1	2	3	4	5
8. Una vez que he sido agredida, es poco probable que esto me ocurra otra vez.	1	2	3	4	5
9. Me siento bastante segura de que no seré agredida otra vez.	1	2	3	4	5
10. Da igual lo que haga, podría ser agredida otra vez.	1	2	3	4	5
11. He cambiado algunas conductas para intentar evitar ser agredida de nuevo.	1	2	3	4	5
12. Desde la agresión, intento no exponerme ante situaciones potencialmente peligrosas.	1	2	3	4	5
13. No tomo ninguna precaución especial desde que ocurrió la agresión.	1	2	3	4	5
14. He hecho algunas cosas para protegerme desde la agresión.	1	2	3	4	5
15. He hecho cambios en mi vida desde la agresión.	1	2	3	4	5

COPE (Carver, 1997. Traducción de Morán et al., 2010)

Las frases que aparecen a continuación describen formas de pensar, sentir o comportarse, que la gente suele utilizar para enfrentarse a los problemas personales o situaciones difíciles. Las formas de enfrentarse a los problemas, como las que aquí se describen, no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Indica cómo te estás enfrentando a la situación actual tras la agresión empleando esta escala:

0. Nunca hago esto en absoluto.
1. Hago esto un poco.
2. Hago esto con cierta frecuencia.
3. Hago esto siempre.

1. Intento conseguir que alguien me ayude o aconseje sobre qué hacer.	0	1	2	3
2. Concentro mis esfuerzos en hacer algo sobre la situación en la que estoy.	0	1	2	3
3. Acepto la realidad de lo que ha sucedido.	0	1	2	3
4. Recorro al trabajo o a otras actividades para apartar las cosas de mi mente.	0	1	2	3
5. Me digo a mí misma “esto no es real”.	0	1	2	3
6. Intento proponer una estrategia sobre qué hacer.	0	1	2	3
7. Hago bromas sobre ello.	0	1	2	3
8. Me critico a mí misma.	0	1	2	3
9. Consigo apoyo emocional de otros.	0	1	2	3
10. Tomo medidas para intentar que la situación mejore.	0	1	2	3
11. Renuncio a intentar ocuparme de ello.	0	1	2	3
12. Digo cosas para dar rienda suelta a mis sentimientos desagradables.	0	1	2	3
13. Me niego a creer que haya sucedido.	0	1	2	3
14. Intento verlo con otros ojos, para hacer que parezca más positivo.	0	1	2	3
15. Utilizo alcohol u otras drogas para hacerme sentir mejor.	0	1	2	3
16. Intento hallar consuelo en mi religión o creencias espirituales.	0	1	2	3
17. Consigo el consuelo y la comprensión de alguien.	0	1	2	3
18. Busco algo bueno en lo que está sucediendo.	0	1	2	3
19. Me río de la situación.	0	1	2	3
20. Rezo o medito.	0	1	2	3
21. Aprendo a vivir con ello.	0	1	2	3

22. Hago algo para pensar menos en ello, como ir al cine o ver la televisión	0	1	2	3
23. Expreso mis sentimientos negativos.	0	1	2	3
24. Utilizo alcohol u otras drogas para ayudarme a superarlo.	0	1	2	3
25. Renuncio al intento de hacer frente al problema.	0	1	2	3
26. Pienso detenidamente sobre los pasos a seguir.	0	1	2	3
27. Me echo la culpa de lo que ha sucedido.	0	1	2	3
28. Consigo que otras personas me ayuden o aconsejen.	0	1	2	3

DTS

(Davidson *et al.*, 1997. Validación española por Bobes *et al.*, 2000)

Cada una de las siguientes preguntas se trata de un síntoma específico. Considere, para cada pregunta, cuántas veces le ha molestado el síntoma y con cuánta intensidad durante la última semana, teniendo en cuenta los siguientes criterios:

Gravedad	Frecuencia
0= Nada.	0= Nunca.
1= Leve.	1= Alguna vez.
2= Moderada.	2= 2-3 veces.
3= Marcada.	3= 4-6 veces.
4= Extrema.	4= A diario.

Item	Gravedad					Frecuencia				
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
1. ¿Ha tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento?	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
2. ¿Ha tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento?	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
3. ¿Ha sentido que el acontecimiento estaba ocurriendo de nuevo, como si lo estuviera reviviendo?	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
4. ¿Le ha molestado alguna cosa que se lo haya recordado?	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
5. ¿Ha tenido manifestaciones físicas por recuerdos del acontecimiento? (sudores, temblores, taquicardia, disnea, náuseas o diarrea)	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
6. ¿Ha estado evitando algún pensamiento o sentimiento sobre el acontecimiento?	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
7. ¿Ha estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que le recordaran el acontecimiento?	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
8. ¿Ha sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento?	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
9. ¿Ha tenido dificultad para disfrutar de las cosas?	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
10. ¿Se ha sentido distante o alejada de la gente?	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
11. ¿Ha sido incapaz de tener sentimientos de tristeza o afecto?	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
12. ¿Ha tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir sus objetivos?	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
13. ¿Ha tenido dificultad para iniciar o mantener el sueño?	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4

14. ¿Ha estado irritable o ha tenido accesos de ira?	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
15. ¿Ha tenido dificultades de concentración?	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
16. ¿Se ha sentido nerviosa, permaneciendo en guardia?	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
17. ¿Se ha asustado fácilmente?	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4

BDI

(Beck et al., 1979. Validación española de Vázquez y Sanz, 1997)

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido DURANTE ESTA ÚLTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DÍA DE HOY. Rodee con un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo hay más de una afirmación que considere aplicable en su caso, márkelo también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

1. No me siento triste.
Me siento triste.
Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
Me siento tan triste o tan desgraciada que no puedo soportarlo.

2. No me siento especialmente desanimada respecto al futuro.
Me siento desanimada respecto al futuro.
Siento que no tengo que esperar nada.
Siento que el futuro es desalentador y las cosas no mejorarán.

3. No me siento fracasada.
Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
Me siento una persona totalmente fracasada.

4. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
No disfruto de las cosas tanto como antes.
Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
Estoy insatisfecha o aburrida de todo.

5. No me siento especialmente culpable.
Me siento culpable en bastantes ocasiones.
Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
Me siento culpable constantemente.

6. No creo que esté siendo castigada.
Me siento como si fuese a ser castigada.
Espero ser castigada.
Siento que estoy siendo castigada.

7. No estoy decepcionada de mí misma.	
	Estoy decepcionada de mí misma.
	Me da vergüenza de mí misma.
	Me detesto.

8. No me considero peor que cualquier otro.	
	Me autocritico por mis debilidades o por mis errores.
	Continuamente me culpo por mis faltas.
	Me culpo por todo lo malo que sucede.

9. No tengo ningún pensamiento de suicidio.	
	A veces pienso en suicidarme pero no lo haría.
	Desearía suicidarme.
	Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10. No lloro más de lo normal.	
	Ahora lloro más que antes.
	Lloro continuamente.
	No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.

11. No estoy más irritado de lo normal.	
	Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
	Me siento irritada continuamente.
	No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12. No he perdido el interés por los demás.	
	Estoy menos interesada en los demás que antes.
	He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
	He perdido todo el interés por los demás.

13. Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.	
	Evito tomar decisiones más que antes.
	Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
	Ya me es imposible tomar decisiones.

14. No creo tener peor aspecto que antes.	
	Me temo que parezco más vieja o poco atractiva.
	Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractiva.
	Creo que tengo un aspecto horrible.

15. Trabajo igual que antes.	
	Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
	Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
	No puedo hacer nada en absoluto.

16. Duermo tan bien como siempre.	
	No duermo tan bien como antes.
	Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me cuesta volver a dormir.
	Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17. No me siento más cansada de lo normal.	
	Me canso más fácilmente que antes.
	Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
	Estoy demasiado cansada para hacer nada.

18. Mi apetito no ha disminuido.	
	No tengo tan buen apetito como antes.
	Ahora tengo mucho menos apetito.
	He perdido completamente el apetito.

19. Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.	
	He perdido más de 2 kilos y medio.
	He perdido más de 4 kilos.
	He perdido más de 7 kilos.

20. No estoy preocupada por mi salud más de lo normal.	
	Estoy preocupada por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
	Estoy preocupada por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más.
	Estoy tan preocupada por mis problemas físicos que no pienso en otra cosa.

21. No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.	
	Estoy menos interesada por el sexo que antes.
	Estoy mucho menos interesada por el sexo.
	He perdido totalmente mi interés por el sexo.

BAI

(Beck et al., 1988. Validación española de Sanz y Navarro, 2003).

A continuación hay una lista de síntomas frecuentes de ansiedad. Léalos atentamente e indique el grado en que se ha visto afectada por cada uno de ellos durante LA ÚLTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DÍA DE HOY, rodeando con un círculo el número correspondiente.

0= En absoluto.

1= Levemente, no me molesta mucho.

2= Moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo.

3= Gravemente, casi no podía soportarlo.

1. Hormigueo o entumecimiento.	0	1	2	3
2. Sensación de calor.	0	1	2	3
3. Debilidad en las piernas.	0	1	2	3
4. Incapacidad para relajarme.	0	1	2	3
5. Miedo a que suceda lo peor.	0	1	2	3
6. Mareos o vértigos.	0	1	2	3
7. Palpitaciones o taquicardia.	0	1	2	3
8. Sensación de inestabilidad.	0	1	2	3
9. Sensación de estar aterrorizada.	0	1	2	3
10. Nerviosismo.	0	1	2	3
11. Sensación de ahogo.	0	1	2	3
12. Temblor de manos.	0	1	2	3
13. Temblor generalizado o entumecimiento.	0	1	2	3
14. Miedo a perder el control.	0	1	2	3
15. Dificultades para respirar.	0	1	2	3
16. Miedo a morir.	0	1	2	3
17. Estar asustada.	0	1	2	3
18. Indigestión o molestias en el abdomen.	0	1	2	3
19. Sensación de irse a desmayar.	0	1	2	3
20. Rubor facial.	0	1	2	3
21. Sudoración (no debida al calor).	0	1	2	3

EI
(Echeburúa et al., 2000)

Rodee con un círculo el número que mejor describa su situación actual acerca de los aspectos de su vida cotidiana que se le señalan a continuación.

Trabajo y/o estudios

A causa de mis problemas actuales, mi funcionamiento en el trabajo y/o en los estudios se ha visto afectado:					
0 Nada	1 Casi nada	2 Poco	3 Bastante	4 Mucho	5 Muchísimo

Vida social

A causa de mis problemas actuales, mi vida social habitual (relaciones de amistad con otras personas) se ha visto afectada:					
0 Nada	1 Casi nada	2 Poco	3 Bastante	4 Mucho	5 Muchísimo

Tiempo libre

A causa de mis problemas actuales, mis actividades habituales en los ratos libres (salidas, cenas, excursiones, viajes, práctica deportiva, etc.) se han visto afectadas:					
0 Nada	1 Casi nada	2 Poco	3 Bastante	4 Mucho	5 Muchísimo

Relación de pareja

A causa de mis problemas actuales, mi relación de pareja (o la posibilidad de encontrarla) se ha visto afectada:					
0 Nada	1 Casi nada	2 Poco	3 Bastante	4 Mucho	5 Muchísimo

Vida familiar

A causa de mis problemas actuales, mi relación familiar en general se ha visto afectada:					
0 Nada	1 Casi nada	2 Poco	3 Bastante	4 Mucho	5 Muchísimo

Escala global

A causa de mis problemas actuales, mi vida normal en general se ha visto afectada:					
0 Nada	1 Casi nada	2 Poco	3 Bastante	4 Mucho	5 Muchísimo

