



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS EN MUJERES VÍCTIMAS DE
VIOLENCIA SEXUAL

VALDIVIEZO CONTRERAS MARIA GRACIA
PSICÓLOGA CLÍNICA

VERA CUCALON PEDRO JAVIER
PSICÓLOGO CLÍNICO

MACHALA
2020



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS EN MUJERES VÍCTIMAS DE
VIOLENCIA SEXUAL

VALDIVIEZO CONTRERAS MARIA GRACIA
PSICÓLOGA CLÍNICA

VERA CUCALON PEDRO JAVIER
PSICÓLOGO CLÍNICO

MACHALA
2020



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TRABAJO TITULACIÓN
ANÁLISIS DE CASOS

CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA
SEXUAL

VALDIVIEZO CONTRERAS MARIA GRACIA
PSICÓLOGA CLÍNICA

VERA CUCALON PEDRO JAVIER
PSICÓLOGO CLÍNICO

ULLAURI CARRION MARCIA GALINA

MACHALA, 29 DE ABRIL DE 2020

MACHALA
2020

Consecuencias psicológica en mujeres victima de la violencia sexual

INFORME DE ORIGINALIDAD

0%

INDICE DE SIMILITUD

0%

FUENTES DE
INTERNET

0%

PUBLICACIONES

0%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias

< 20 words

Excluir bibliografía

Activo

CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

Los que suscriben, VALDIVIEZO CONTRERAS MARIA GRACIA y VERA CUCALON PEDRO JAVIER, en calidad de autores del siguiente trabajo escrito titulado CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL, otorgan a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tienen potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

Los autores declaran que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

Los autores como garantes de la autoría de la obra y en relación a la misma, declaran que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asumen la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 29 de abril de 2020

VALDIVIEZO CONTRERAS MARIA GRACIA
0706614500

VERA CUCALON PEDRO JAVIER
0705153757

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios, nuestras familias y a la docente tutora por el apoyo que nos brindaron durante la realización de este trabajo.

CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

RESUMEN

Autores: María Gracia Valdiviezo Contreras
C.I:0706614500
mvaldiviezo_est@utmachala.edu.ec

Pedro Javier Vera Cucalón
C.I: 0705153757
pjvera_est@utmachala.edu.ec

Coautora: Mgs. Marcia Galina Ullauri Carrión
0701952897
mullauri@utmachala.edu.ec

El estudio plantea evidenciar las consecuencias emocionales presentes en mujeres que en alguna etapa de su vida han experimentado violencia o abuso sexual, para ello se tomó como sustento teórico y epistemológico el enfoque cognitivo conductual, el mismo que se justifica en base a sus diversas investigaciones experimentales y empíricas; el más eficiente y el que brinda la mayor cantidad de técnicas para el abordaje terapéutico y la práctica clínica. Este enfoque tiene por finalidad que el sujeto identifique su malestar y luego controle mediante sus habilidades personales las situaciones adversas que le han impedido sostener un estilo de vida adecuado; además, dentro de este enfoque se destaca el modelo de psicoterapia centrada en el trauma el cual despunta como el más eficaz para las intervenciones en torno a las problemáticas en el ámbito sexual y tiene por objetivo potencializar las habilidades del individuo para la resolución de las secuelas que sostiene en torno a vivencias traumáticas. Las categorías de análisis determinadas para este trabajo son la violencia sexual, las perturbaciones emocionales y las secuelas de una intervención terapéutica a destiempo. Participaron de este estudio tres mujeres adultas cuyas edades fluctúan entre los 23 y los 35 años y los profesionales del área psicológica del Centro de Atención Integral “Rosa Vivar”, estas mujeres viven en la ciudad de Machala y acuden habitualmente a este centro el cual les brindó el apoyo necesario con la finalidad de hacer respetar sus derechos. Se destaca como una investigación cualitativa resaltando el estudio de casos clínicos de diseño narrativo-biográfico debido a la contribución de los discursos referidos por las participantes y de alcance descriptivo-explicativo facilitando describir las diferentes afectaciones emocionales y patológicas que se encuentran presentes en las víctimas. Con la debida autorización de las profesionales que dirigen el Centro de Atención Integral y de las participantes, se procedió a ejecutar las entrevistas como técnica esencial para el abordaje terapéutico de temáticas difíciles como lo son los acontecimientos y experiencias traumáticas, así como también recopilar los datos más importantes que derivaron en la interpretación de las consecuencias psicológicas de las víctimas; de manera continua se aplicaron las Escalas de Desesperanza de Beck que

evalúa las expectativas futuras en base a los factores afectivo, motivacional y cognitivo y la Escala de Trauma de Davidson que permite identificar el acontecimiento traumático y valorarlo en base a las dimensiones de gravedad y frecuencia. Además, se tomó como un referente el Test Proyectivo de la Figura Humana, el mismo que fue aplicado por las profesionales del centro en la primera intervención que recibieron las víctimas. De acuerdo con el sustento teórico basado en los postulados de organizaciones de renombre e investigaciones realizadas por autores de relevancia actual, los resultados que se han obtenido evidencian que las víctimas de violencia sexual presentan consecuencias psicológicas de gravedad entre los cuales se destacan un perfil psicológico caracterizado por la inseguridad, vergüenza, autodesprecio, temor y culpa; las secuelas sexuales en la etapa infantil no intervenidas terapéuticamente; la inestabilidad y dependencia emocional; relaciones sociales inestables; reexperimentación del suceso traumático; alteraciones del sueño; miedo a la sexualidad; baja autoestima; múltiples distorsiones cognitivas y la ausencia de habilidades de afrontamiento y para la resolución de problemas.

Palabras Claves: Violencia Sexual, consecuencias psicológicas, trauma.

PSYCHOLOGICAL CONSEQUENCES IN VICTIMS WOMEN OF SEXUAL VIOLENCE

ABSTRACT

Author: María Gracia Valdiviezo Contreras
C.I:0706614500
mvaldiviezo_est@utmachala.edu.ec

Pedro Javier Vera Cucalón
C.I: 0705153757
pjvera_est@utmachala.edu.ec

Coauthor: Mgs. Marcia Galina Ullauri Carrión
0701952897
mullauri@utmachala.edu.ec

The study raises evidence of the emotional consequences present in women who at some stage of their life have experienced violence or sexual abuse, for this the cognitive behavioral approach was taken as theoretical and epistemological support, which is justified based on their various experimental investigations and empirical; the most efficient and the one that offers the greatest amount of techniques for the therapeutic approach and clinical practice. This approach is intended for the subject to identify his discomfort and then control through his personal skills adverse situations that have prevented him from maintaining an adequate lifestyle; In addition, within this approach, the trauma-centered psychotherapy model stands out, which stands out as the most effective for interventions around sexual problems and aims to potentiate the individual's abilities to resolve sequelae. which holds around traumatic experiences. The categories of analysis determined for this work are sexual violence, emotional disturbances and the consequences of a therapeutic intervention at the wrong time.

Three adult women whose ages fluctuate between 23 and 35 years and the professionals of the psychological area of the Center for Integral Care "Rosa Vivar" participated in this study, these women live in the city of Machala and usually go to this center which provided the necessary support in order to enforce their rights. It stands out as a qualitative investigation highlighting the study of clinical cases of narrative-biographical design due to the contribution of the discourses referred by the participants and of descriptive-explanatory scope facilitating to describe the different emotional and pathological effects that are present in the victims. With the proper authorization of the professionals who run the Comprehensive Care Center and the participants, the interviews were carried out as an essential technique for the therapeutic approach to difficult topics such as traumatic events and experiences, as well as to collect the data more important that derived in the interpretation of the psychological consequences of

the victims; the Beck Hopelessness Scales that assess future expectations based on affective, motivational and cognitive factors and the Davidson Trauma Scale that allow to identify the traumatic event and assess it based on the severity and frequency dimensions were continuously applied . In addition, the Projective Test of the Human Figure was taken as a reference, the same one that was applied by the professionals of the center in the first intervention that the victims received. According to the theoretical support based on the postulates of renowned organizations and research carried out by authors of current relevance, the results that have been obtained show that victims of sexual violence have serious psychological consequences, among which a characterized personological profile stands out for insecurity, shame, self-deprecation, fear and guilt; sexual sequelae in the childhood stage not intervened therapeutically; instability and emotional dependence; unstable social relationships; reexperimentation of the traumatic event; sleep disturbances; fear of sexuality; low self-esteem; multiple cognitive distortions and the absence of coping skills and problem solving.

Keywords: Sexual violence, psychological consequences, trauma.

CONTENIDO

AGRADECIMIENTO	I
RESUMEN	II
ABSTRACT	IV
CONTENIDO	VI
1. GENERALIDADES DEL OBJETO DE ESTUDIO	9
1.1. Definición y hechos de interés	9
1.2. Causas del Problema de Estudio.....	11
1.3. Tipologías y Síntomas Asociados.....	13
1.4. Pronóstico	15
1.5. Contextualización y Objetivo de la Investigación	15
2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICO EPISTEMOLÓGICO DEL ESTUDIO DE LAS CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL DESDE EL ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL	18
2.1. Descripción del Apartado Teórico.....	18
2.2. Enfoques epistemológicos y teoría de soporte	24
2.3. Argumento teórico de la investigación	25
3. METODOLOGÍA	28
3.1. Diseño de investigación	28
3.2. Técnicas e instrumentos utilizados	29
3.3. Categorías de análisis	30
4. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	31
4.1. Violencia sexual	31
4.2. Perturbaciones emocionales	33
4.3. Secuelas de una Intervención terapéutica a destiempo	35
5. CONCLUSIONES	37
6. RECOMENDACIONES	38
BIBLIOGRAFÍA	39
ANEXOS	42

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud define la violencia sexual como cualquier acto sexual perpetrado contra la voluntad de alguien, cometido por cualquier persona independientemente de su relación con la víctima, en cualquier entorno. Incluye, entre otros, la violación, el intento de violación y la esclavitud sexual, así como el contacto no deseado, la violencia sexual amenazada y el acoso sexual verbal (OMS, 2013).

La violencia sexual puede tener consecuencias múltiples y prolongadas en diferentes niveles. Hay consecuencias físicas, psicológicas, relacionales y financieras. Los problemas de índole físicos se relacionan a lesiones, enfermedades de transmisión sexual, embarazos forzados; las psicológicas se reflejan en problemas depresivos, ansiedad, ideas suicidas.

Según datos proporcionados por la Organización Panamericana de la Salud el 30% al 39% de las mujeres víctimas de violación son diagnosticadas con trastorno post traumático en los meses posteriores al evento, lo que puede generar que la víctima tenga más probabilidad de sufrir una adicción a las drogas y otros trastornos psiquiátrico.

Como indica Echeburúa y de Corral (2006) es complicado establecer la incidencia real de esta problemática por cuanto los abusos suelen darse en el entorno privado de la víctima, complicando la revelación del abuso, donde el 58.9% de los afectados son mujeres, mientras que los hombres son el 40.1%, abusos que suelen darse entre los 6 a 12 años de edad.

Los efectos psicológicos, emocionales y físicos provocados por la violencia sexual no siempre son fáciles de manejar, pero con la ayuda y el soporte adecuados se pueden superar. Para Brooker (2015) las pautas internacionales indican que una víctima de violencia sexual debe recibir atención forense, médica y psicológica en la fase aguda, así como atención médica y psicológica de seguimiento adecuada en los años posteriores a la violencia.

Para determinar las consecuencias psicológicas de las víctimas de violencia sexual se acudió al Centro de Atención Integral “Rosa Vivar” en que se aplicaron instrumentos para recopilar información, con la intención de conocer la realidad psicológica de las mujeres, para en lo posterior realizar la debida intervención que les permita reinsertarse a la sociedad con una mejor calidad de vida.

El presente trabajo de investigación se lo realizó en cuatro capítulos que se los describe a continuación:

Capítulo I, generalidades del objeto de estudio en que se definen los hechos de interés, las causas del problema de estudio, la tipología y los síntomas asociados de la investigación, el pronóstico, la contextualización del estudio, con la intención de tener una idea más clara y general sobre las consecuencias psicológicas provocada por la violencia sexual en las mujeres.

Capítulo II, fundamentación epistemológica del estudio, en que a través del apartado teórico se hace una introspección de la violencia sexual en la mujer a través del enfoque epistemológico y teorías de soporte para culminar con su argumentación teórica realizando los diferentes puntos de vista de científicos y autores sobre esta temática.

Capítulo III, metodología, donde se describe el diseño de la investigación, las técnicas e instrumentos aplicados, las categorías analizadas, con la que se obtendrá información de fuentes primarias y secundarias para su respectivo análisis e interpretación de los resultados.

Capítulo IV, discusión de resultados, en que se exponen los datos obtenidos en la investigación, información que servirá para el desarrollo de las conclusiones y sus respectivas recomendaciones, acorde a los objetivos que se plantearon en el presente estudio.

1. GENERALIDADES DEL OBJETO DE ESTUDIO

1.1. Definición y hechos de interés

El presente trabajo de investigación pretende determinar los efectos psicológicos que se producen en las mujeres que han sido víctimas de violencia sexual. Para abordar la temática a profundidad es necesario definir los términos “abuso sexual” y “violencia sexual”.

Como se menciona en (Garmendia, 2016)

La violencia es el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. (p.2)

Este fenómeno se ha convertido en un grave problema en la salud pública y como una violación de los derechos humanos en especial del género femenino. De acuerdo a los resultados presentados por la Organización Mundial de Salud en un estudio realizado en el 2013; una de tres mujeres ha padecido de violencia física o sexual por parte de la pareja o de otra persona. Como lo mencionan las Naciones Unidas la violencia ejercida hacia la mujer está representada a través de cualquier acción que produzca un perjuicio físico, psicológico o sexual, incluida la coacción como forma de intimidación en los contextos públicos o privados (OMS, 2017).

La violencia de género está asociada a una prevalente desigualdad entre hombres y mujeres; creando así en la sociedad la idea errónea de que el hombre debe ser superior en todos los sentidos a la mujer con quien convive; que esta le pertenece y la puede tratar o maltratar como él lo considere adecuado. Este tipo de agresión se puede representar por medio de la emisión constante de amenazas, agravios, ofensas, burlas, humillaciones y la toma del control de la autonomía de la víctima, con la finalidad de minimizar los niveles de autoestima y afrontamiento de problemas (Garmendia, 2016).

Otro escenario destacado es el agravio que se genera en contra de los niños/as de nuestra sociedad; el abuso sexual infantil no es una problemática que ha resaltado en los últimos años, sino que se lo considera como uno de los tipos de maltrato que ha cortado al desarrollo del ser humano durante toda su evolución. Esta problemática es difícil de diagnosticar y abordar, debido a que su mayor afluencia se encuentra en el

seno familiar y tanto los agresores como los agredidos prefieren mantenerlo en secreto y en perfil bajo alejado de las críticas de la sociedad. Este fenómeno puede encontrar en todos los contextos, sin importar el tipo de cultura o la clase social.

Las agresiones sexuales en contra de los infantes se caracterizan por una interacción entre un adolescente o niño sexualmente inmaduro y un adulto que desea la satisfacción sexual; o un acercamiento o contacto sexual utilizando como artilugios la violencia física y psicológica para asegurar la intervención de ambos individuos en el acto. Además, se demuestra mediante las agresiones que se concretan en la víctima sin autorización de la misma; pero sin consumir el acto sexual o intentar algún tipo de penetración y a través de los tocamientos en las partes íntimas o el frotamiento del pene en las zonas erógenas de la víctima (Matamoros Pérez, 2018).

Se destacan dos tipos de abuso sexual el que se produce dentro del hogar o incesto a manos de un padre/madre, una padrastra o madrastra, un hermano/a; o cualquier otra familiar cercano con quien conviva habitualmente; mientras que el que se produce fuera del hogar puede estar causado por un amigo/a, un vecino/a, maestro/a, o un desconocido. Como lo indica Rodríguez (2012) en América Latina el 50% de los casos representa a las situaciones ligadas al abuso sexual por parte de un familiar; por ende 1 de cada 5 niños han sido víctimas de experiencias relacionadas con el incesto durante sus etapas de desarrollo.

De acuerdo con López (2014)

El abuso sexual incluye muchos tipos de actividades: violación, manoseos, masturbación, penetración con objetos o dedos, contacto buco-genital, presenciar actividades sexuales, voyeurismo, fotografiar a niños, exhibicionismo, exhibición de material pornográfico, dejar material pornográfico al alcance de los niños, miradas libidinosas, involucrar a los niños en conversaciones sexuales de adultos, acoso sexual, matrimonio infantil, mutilación genital y prostitución infantil. (p.52)

Las víctimas no solo sufren agresiones como el abuso; sino que también experimentan situaciones que conllevan al agresor a utilizar la fuerza física, amenazas de daño y la intimidación psicológica, que a mayor proporción se caracteriza como violencia sexual. El abuso sexual está representado mediante los actos de carácter sexual, los intentos de concretar el coito, las insinuaciones indeseadas y las acciones que involucren el

comercio o utilización de otro medio de sexualidad de parte de una persona a través de la coacción hacia otra, sin importar la relación que exista entre ellas y el ámbito en que se desarrollen incluidos el contexto laboral y familiar.

De acuerdo a Falcón (2015) “La violencia abarca un amplio espectro de manifestaciones que varían en frecuencia y severidad: gestos obscenos, palabras soeces, burlas del aspecto físico, persecuciones, tocamientos, manoseos, mordidas, abuso sexual, violación” (p.97). Además, se incluyen los actos que están asociados a los intentos de consumir el coito sin consentimiento mediante la intimidación y obligación, el acoso sexual, el desarrollo sexual forzado y prematuro, la elaboración de escenas pornográficas, la prostitución y la trata de personas.

Durante este proceso negativo en la vida de las víctimas se puede identificar que el agresor que ejecuta sus acciones con tendencia comportamental agresiva habitualmente causa daño o miedo real o imaginario. Por ende se considera a la agresión de tipo sexual como un fenómeno social desarrollado progresiva y negativamente; que para su mejor entendimiento se debe analizar las estructuras psicológicas del ser humano; los factores a nivel social, cultural, idiosincrático e individual y las características asociadas a la sexualidad, entre las cuales despuntan las distorsiones y aberraciones en la conducta sexual, las mismas que afectarán a los demás física y emocionalmente.

1.2. Causas del Problema de Estudio

Durante el transcurrir de los años se ha evidenciado que la sociedad se ha planteado múltiples interrogantes referentes a la problemática planteada y que en la actualidad está tomando mayor relevancia para los profesionales e investigadores, destacando los motivos psicológicos individuales para utilizar el abuso o la agresión sexual como medio para satisfacer sus necesidades o placeres y las diferencias que existen entre el autocontrol de los impulsos de un individuo y la falta de control y la inhibición de conductas asociadas al abuso sexual que sostienen otros individuos (Martinez-Catena y Redondo, 2016).

En el desarrollo del individuo el despertar sexual aparece durante la etapa adolescente en donde por lo general se inicia con la educación y valores que le brindan en el hogar y se culmina mediante una socialización de sexual pertinente brindada por profesionales en las instituciones educativas facilitando a la persona un desarrollo sexual apropiado y de esta forma adquiera el respectivo control emocional y racional; sino se da este

proceso de manera adecuada se incrementará la posibilidad de que en su adultez aparezcan distorsiones en el ámbito sexual que lo motiven a expresar sus deseos de manera equivocada.

Como lo menciona Barbaree y Marshall (2006), citado por Martínez-Catena y Redondo, (2016) los varones que durante alguna etapa de su vida han tenido que experimentar situaciones como el rechazo afectivo, el abandono de su familia o han sido víctimas sexuales, existirá un evidente declive en sus habilidades sociales, estrategias comunicativas y su autoestima.

De acuerdo a Maniglio (2012) y Mancini, Reckdenwald, y Beauregard (2012), citados por Martínez-Catena y Redondo (2016) los adolescentes adoptan conductas sexuales inapropiadas por la negligencia de los padres, una mala educación y la desvinculación emocional. Además, los jóvenes que experimentan este tipo de carencias comunicacionales y afectivas se incrementan las probabilidades de padecer de una hipersexualización en su conducta y sus emociones, partiendo por los pensamientos o fantasías sexuales desviadas o la masturbación, como un medio viable para satisfacer sus necesidades de compensación y la falta de habilidades para afrontar las interacciones inadecuadas y el aislamiento social.

En concordancia con las características antes mencionadas se puede explicar a la violencia sexual en contra de la mujer en base a dos componentes, en primer lugar los factores de riesgo para que la víctima sea vulnerada y coaccionada con fines netamente sexuales y en segundo plano los factores que se originan en el agresor para forzar a sus víctimas.

El factor principal que facilita la vulnerabilidad en la mujer para sobrellevar la violencia sexual es el compromiso o la convivencia con una pareja. Además también influyen factores como la edad, el consumo de drogas lícitas e ilícitas, previas experiencias sexuales con secuelas no solucionadas, promiscuidad, estatus socioeconómico y la pobreza. A diferencia de los factores de riesgo para que el hombre concrete la violencia sexual en donde se destacan cuatro categorías los individuales, los relacionales, los comunitarios y los sociales (OMS, 2003).

En los factores individuales del hombre se evidencia el consumo drogas, conductas impulsivas y antisociales, antecedentes de abuso sexual infantil y las fantasías sexuales; en los factores relacionales figuran el ambiente familiar violento, la carencia de recursos

y las interacciones con delincuentes; en los factores comunitarios despuntan la pobreza, la escasez de ofertas laborales y la tolerancia social ante la problemática de la agresión sexual y en los factores sociales intervienen las normas sociales que facilitan la violencia sexual, un elevado porcentaje de crímenes y la carencia de leyes y políticas que promuevan la igualdad de género y castiguen enérgicamente los delitos sexuales.

En relación con el aspecto de salud pública, los factores comunitarios y sociales son los más significativos para identificar las diversas formas de prevención acerca de la violencia sexual, que en la sociedad y cultura pueden ayudar y vincular creencias que aprueben la violencia. Entre los factores más elevados en torno a la violencia sexual ejercida por los hombres podemos destacar las reglas usuales y sociales favorables a la mejoría masculina, tal como suponer que las relaciones sexuales sean un derecho del hombre en el compromiso, que las mujeres mantengan bajo control los deseos sexuales del hombre o que la violación sea un signo de masculinidad.

1.3. Tipologías y Síntomas Asociados

La violencia sexual constituye cualquier tipo de acción que obligue a la víctima a sostener un encuentro o acercamiento sexual, mediante el uso de la fuerza, amenazas, intimidación, manipulación u otra forma que erradique el control de la voluntad.

El Abuso en la niñez es un tópico fundamental en cuanto a la violencia sexual; debido a que es un tema tabú y difícil de exteriorizar en su máxima expresión. De acuerdo a la OMS en un estudio realizado en el 2004; la prevalencia a nivel mundial de niñas víctimas sexuales rodea el 27% mientras que los niños varones alcanzan el 14%.

Dentro de esta problemática social existe un constructo que no ha tenido la relevancia que lo requiere y se ha convertido en el menos nombrado e investigado por la comunidad científica, la violencia sexual contra hombres y niños varones; se ha posesionado como otro de los temas tabú tanto para los investigadores y la sociedad en general, debido a que una gran parte de los individuos en nuestra actualidad se encuentran limitados a centralizar la problemática solamente hacia la mujer. De acuerdo a los estudios realizados por la OMS (2003) se refleja que entre el 5% y el 10% de los hombres existe la probabilidad de haber padecido de abuso sexual en su etapa infantil.

El comportamiento de los niños que han sido abusados sexualmente tiene similitudes con el de los niños que no han experimentado estas situaciones; sin embargo a medida

que culminan sus etapas de desarrollo se van evidenciando patologías ligadas al trauma psicológico; el mismo que se encuentra caracterizado por mecanismos de defensa y rasgos característicos en su personalidad.

Entre los síntomas que presentan los infantes víctimas aparecen el reservar el secreto acerca del abuso debido al terror de ser maltratados, las sensaciones de vergüenza de la opinión de los demás y la culpa por permitir que el abuso se concrete, sentimientos de humillación acompañados de una baja autoestima; en cierto casos tienen la idea equivocada de que si satisfacen el deseo de su agresor solucionarían situaciones adversas en la familia; reprimen sus emociones, utilizan mecanismos de defensa como la negación, disociación y la compulsión o cuando el abuso se ha ejecutado por un largo periodo de tiempo terminan aceptando resignadamente (López, 2014).

Como parte de este problema aparece el maltrato infantil; el cual se lo entiende como una acción u omisión no accidental que provoca en el menor una sensación de frustración y baja autoestima; además de interferir negativamente en el adecuado desarrollo físico y psicológico, ya que en su gran mayoría los responsables de ejercer el maltrato son familiares o personas cercanas con quienes conviven las víctimas. Dentro de los tipos de maltrato podemos encontrar el físico, la negligencia o descuido de parte de padres o tutores encargados, el sexual en ciertos casos con intervención de terceras personas y el emocional ignorando la opinión del infante (Soriano, 2015).

Además, existen diversos tipos de violencia sexual entre las cuales se destaca la Violencia sexual infligida por parte de la pareja sentimental que en la mayoría de casos asociados a este tipo de agresión se puede evidenciar la presencia de violencia física y emocional (OMS, 2013). En este tipo se pueden identificar tres elementos fundamentales la en primer lugar una amenaza de un perjuicio físico, mental o sexual; en segundo lugar aparece la imposición sobre la voluntad y libertad de la pareja y finalmente figura el deterioro de algún aspecto de la relación (Rubio-Garay, Carrasco, Amor y López-González, 2015).

Otro tipo es la violencia sexual por parte de personas que no son la pareja sentimental; este constructo está basado en los datos que se han podido recopilar de investigaciones delincuenciales, en encuestas realizadas en centros de reclusión social y en valoraciones psicológicas retrospectivas asociadas a la temática del abuso sexual en la etapa infantil. De acuerdo a un estudio realizado por la OMS en diversos países, se pudo destacar que

existe un rango entre el 0.3% y el 12% de las mujeres que han sido obligadas o forzadas después de los 15 años a concretar algún encuentro sexual. Estudios en Estados Unidos revelan 8 de cada 10 mujeres pueden identificar a sus agresores (OMS, 2013).

1.4. Pronóstico

Se considera a la violencia como uno de los principales problemas que atenta a la salud y los derechos humanos, y que genera serias repercusiones en las víctimas, en ciertos casos dichas secuelas atormentan a las personas si no son tratados adecuadamente por un profesional.

En ciertas víctimas las conductas incestuosas se desarrollan como la principal experiencia traumática, despuntando múltiples consecuencias a corto y a largo plazo. En el caso de los estragos que se pueden evidenciar a corto plazo podemos señalar la falta de las habilidades para el afrontamiento, sensaciones de vergüenza o de culpa, carencia de interacciones con iguales, conductas sexuales agresivas y en el caso de los adolescentes suelen ser inducidos para realizar actividades sexuales incluido el coito con o sin su consentimiento; y a raíz de este suceso aparecen secuelas como el riesgo de un embarazo, el consumo de drogas, la conducta promiscua y los intentos autolíticos.

Entre las perturbaciones a largo plazo se destacan la disfunción sexual y los trastornos de depresión, ansiedad y estrés postraumático; y su desarrollo depende de factores como el lazo familiar con el agresor, la cantidad de experiencias, la frecuencia del suceso y el periodo de duración.

La violencia sexual genera múltiples consecuencias de forma individual y colectiva; los individuos que han padecido de este tipo de catástrofe durante sus etapas de desarrollo se verán afectados en su salud física y mental; los problemas generados en el área de la salud sexual y reproductiva se pueden evidenciar mediante las infecciones de transmisión sexual, malestares ginecológicas y embarazos no planificados o incompletos. Las consecuencias que se generan en la comunidad son las socioeconómicas caracterizadas por una baja calidad de vida, la indecisión de la mujer en la política y el trabajo y el ciclo intergeneracional de violencia.

1.5. Contextualización y Objetivo de la Investigación

La violencia es un acontecimiento que se produce a nivel general; tiene un estimado de alrededor del 35% de la población global de mujeres en algún momento de sus vidas

han sido víctimas de violencia física y/o sexual de parte de su pareja; o han padecido violencia sexual de parte de cualquier otra persona; es importante resaltar que dentro de este porcentaje no está incluido las cifras referentes al acoso sexual. En ese porcentaje se despuntan cerca de 15 millones de adolescentes con un promedio de edad entre los 15 y 19 años; quienes han sido obligadas a concretar el acto sexual o forzado a realizar algún tipo de práctica sexual sin su consentimiento (ONU, 2019).

De acuerdo al INEC (2019), en la Encuesta Nacional acerca de las Relaciones Familiares y la Violencia de Género hacia las Mujeres, realizada el año pasado en el Ecuador se puede constatar que los indicadores nacionales acerca de violencia ocurrida a lo largo de la vida del individuo; la violencia total o global representa el área nacional con un 64.9%; el área urbano constituye un 65.7% y el área rural figura con un 62.8%. Mientras que dentro de los resultados referentes a la violencia sexual en el área nacional se evidencia un 32.7%; en el área urbana despunta con un 36.6% y en el área rural se grafica un 22.9%.

Además, el Consejo Nacional para la Igualdad de Género evidencia que en el plano nacional un 60.6% de la población son víctimas de violencia de cualquier tipo; despuntando la violencia psicológica con un 53.9%, además se destaca la violencia de género en donde 6 de cada 10 mujeres han padecido de este tipo de agresión.

La provincia de El Oro ocupa la séptima posición de la tabla nacional con respecto a este fenómeno figurando con el 41.7% en violencia psicológica; 33.0% en violencia física y 14.6% en violencia sexual. Dentro del Marco Nacional las provincias que más destacan en cuanto a la violencia psicológica y física son Morona Santiago; Pastaza y Tungurahua; mientras que las provincias que despuntan en cuanto a la violencia sexual son Morona Santiago; Zamora Chinchipe y Cañar (Valle, 2018).

El hecho de interés de esta investigación se lo realizará en la parroquia Puerto Bolívar de la ciudad de Machala, a través del Centro de Atención Integral “Rosa Vivar” y el “Movimiento de Mujeres de El Oro”; los cuales tienen por fin hacer respetar los derechos de las mujeres, además de brindar la debida intervención gratuita en los ámbitos legal, psicológico y social a las múltiples víctimas que acuden por voluntad propia o son referidas por instituciones asociadas a la misma y que han experimentado situaciones como violencia intrafamiliar, femicidios, acosos, abusos y violencia sexual. De las beneficiarias se ha determinado tomar un referente de 2 pacientes, a las cuales

luego de haber realizado las debidas entrevistas, se les aplicará una batería de reactivos psicológicos que aportaran a concretar el objetivo de la investigación.

2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICO EPISTEMOLÓGICO DEL ESTUDIO DE LAS CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL DESDE EL ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL

2.1. Descripción del Apartado Teórico

De acuerdo con los avances de la psicología como ciencia y el desarrollo de nuevas tendencias, el enfoque Cognitivo Conductual ha despuntado como el más idóneo y eficaz para el afrontamiento de problemas y trastornos mentales, así como también se ha convertido en el más justificado por sus múltiples evidencias experimentales y empíricas (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012). Uno de sus principales postulados es otorgar responsabilidad al individuo acerca de su proceso permitiéndole identificar y controlar las situaciones que le causan malestar o algún tipo de daño.

Este enfoque se fundamentó en los constructos de la Terapia de la Conducta, en la que se enfatiza acerca de los procesos relacionados con el aprendizaje, la tendencia conductista surge mediados del siglo XV como una variante de intervención distinta al psicoanálisis, manifestando que toda conducta se aprende y se puede modificar. Esta tendencia parte de los descubrimientos de fisiólogos rusos, que en su intento por destacar la neurofisiología, establecieron las hipótesis acerca de los procesos subjetivos y la conducta manifiesta del ser humano; además enfatizaron al aprendizaje y la interacción con el ambiente como un medio para explicar la conducta.

La terapia de la conducta partió de las teorías de Iván Séchenov, quien postuló que los mecanismos reflejos y los estímulos del ambiente determinan la actividad psíquica y estableció que el nexo que unía a la neurofisiología con la psicología eran los reflejos adquiridos mediante el aprendizaje. Otra figura importante del conductismo es Ivan Pavlov quien estudió la conducta y la actividad cerebral y su principal aporte a la psicología es el condicionamiento clásico. Como lo mencionan Núñez, Sebastián y Muñoz (2015) analizó los reflejos mediante experimentos realizados con la salivación de perros, comprobando que la conducta es un acto reflejo innato del individuo.

El conductismo continuó su desarrollo a través de los postulados de destacadas figuras como Vladimir Bechterev, quien influenció a la reflexología a estudiar los estímulos

aversivos y las respuestas motoras. Mientras que Edward Thorndike desacreditó la teoría pavloviana y realizó sus experimentos con animales basados en la ley del efecto que fundamenta en cómo se obtiene la respuesta y la ley de la práctica que valida el aprendizaje. Los resultados de su teoría de estímulo-respuesta determinaron que el comportamiento se aprende y moldea mediante el mecanismo de ensayo y error.

Uno de los revolucionarios del conductismo es John Watson, quien ratificó a la psicología como una ciencia objetiva y enfatizó a la conducta mediante su predicción y control. De acuerdo con Ceballos, Meza, Portugal y Tirado (2015) descartó de su teoría los términos mente y conciencia y preservó los postulados del positivismo. El experimento con el pequeño Albert incidió en los modelos de intervención basados en el surgimiento de los miedos. Tuvo como discípula a Mary Cover, quien descubrió la conexión del miedo con un estímulo que provoque una respuesta positiva y la intimidación social como habilidades efectivas para el condicionamiento directo.

En la misma línea de desarrollo surgieron los postulados neoconductistas cuyos representantes fueron Tolman, Guthrie y Hull (Ceballos, Meza, Portugal y Tirado, 2015). Guthrie postuló el principio de contigüidad; con el cual el aprendizaje se produce de la relación estímulo-respuesta. Para Hull la teoría de conducta se basó en las variables del hábito y el impulso, cuyo mecanismo opera mediante las relaciones entre una respuesta y la disminución de un impulso o reforzador. Mientras que para Tolman la teoría del aprendizaje se fundamentó en la asociación de estímulos y no la habitual entre estímulo y respuesta.

Una de las teorías más importantes de este enfoque es la formulada por Burrhus Skinner, quien con su conductismo operante, evidenció que el aprendizaje se produce mediante refuerzos positivos o negativos. Los reforzadores son constructos que facilitan la repetición de la conducta deseada, se considera como un tipo de reforzador positivo un premio, mientras que un tipo de reforzador negativo es la exclusión del reforzador positivo o un castigo (Morales Acosta, 2018).

A medida que el conductismo evolucionó, las teorías básicas darían un giro importante en función de la inclusión de los procesos cognitivos y sociales. Entre los postulados más influyentes se pueden destacar la teoría del aprendizaje social y el aprendizaje vicario de Albert Bandura, para quien la observación, la influencia social y las habilidades de autocontrol jugaban un papel importante en el desarrollo de los procesos

cognitivos y la conducta del ser humano. Como se menciona en Moctezuma-Pérez (2017) para Bandura el contexto con el cual interactúan los individuos es importante para el modelamiento de su conducta.

De acuerdo a la base teórica y experimental infundada en el aprendizaje; las investigaciones se interesaron más en el modelo cognitivo. Los representantes de este enfoque se apoyaron en la herencia del psicoanálisis y el conductismo. La teoría cognitiva surge con los postulados de George Kelly, quien formuló la teoría de los constructos personales, destacándose como edificaciones mentales que se anticipan a la vivencia propia y que permiten interpretar los sucesos futuros; además, afirmaba que los individuos no interactúan con el medio directamente, sino que lo reconocen a través de los mapas mentales y luego le dan un significado a lo que experimentan.

Albert Ellis se destacó como teórico cognitivo con su Teoría Racional Emotiva Conductual, la cual promueve la identificación de los pensamientos irracionales y facilita el cambio de estos por ideas racionales. Como se menciona en Coren (2015) en la TREC las emociones, pensamientos y conductas interactúan estrechamente y no por separado. Plantea que las anomalías emocionales no se generan por las vivencias, sino por las interpretaciones que se les otorga a estas experiencias. Presentó su modelo de terapia llamado ABC, destacando tres aspectos los acontecimientos activadores (A), la interpretación del suceso (B), y las consecuencias emocionales o conductuales (C).

El modelo cognitivo se desarrolló a partir de las investigaciones realizadas por Aaron Beck, quien despuntó como uno de los pioneros con la terapia cognitiva, como una alternativa para refutar las hipótesis de los postulados psicoanalíticos en torno a la depresión. Para Beck los individuos que padecen depresión no se enfocan en el fracaso, sino que distorsionan sus vivencias amparándose en la desvalorización de sus habilidades y en pensamientos negativos acerca de sí mismo. Tomó la teoría de los constructos personales de Kelly y de otros autores estructuralistas y ratificó contenidos básicos como los esquemas, los procesos cognitivos y los pensamientos automáticos.

Este enfoque manifiesta que los seres humanos no responden de forma automática a los estímulos o vivencias, sino que antes de exteriorizar una respuesta priorizan la interpretación y el sentido que le dan al estímulo en base a sus esquemas cognitivos. Dichos constructos son representados como procesos estables que regulan la percepción del individuo acerca del mundo exterior. Además, incluyen las creencias nucleares que

engloban aspectos relacionados con el self de los individuos, la identidad y la visión propia y de los demás; y las creencias periféricas que no involucran los aspectos personales y son fáciles de cambiar o erradicar.

Los procesos cognitivos son constructos personales por medio de los cuales el sujeto extrae del contexto la información para luego analizar, codificar y almacenar. Cuando el individuo tiene que afrontar situaciones similares a las que ya están recopiladas, no las resuelve solamente con base en las vivencias actuales, sino también de acuerdo a los esquemas cognitivos anteriores. Dentro de este sistema operan ciertas variaciones en el procesamiento de la información conocidas como sesgos cognitivos, Beck afirmó que existen sesgos negativos y están presentes en los sujetos que están padeciendo por un conflicto emocional, los cuales denomino distorsiones cognitivas.

Dentro del mismo enfoque se destacan los productos cognitivos, los cuales se plantean como pensamientos automáticos; los cuales refieren a ideas o imágenes mentales que se obtienen de las interacciones entre los esquemas y creencias, los procesos cognitivos y la información que proporciona el contexto del sujeto. Además de su terapia, Beck desarrollo modelos cognitivos enfocados en la depresión y la ansiedad.

En el modelo centrado en la depresión se destaca a la triada cognitiva como una alteración de los constructos mentales que motiva al sujeto a tener una percepción negativa de sí mismo, del entorno y sus experiencias y del futuro. La desesperanza aparece como consecuencia de la visión negativa del futuro, debido a que anula la percepción del sujeto acerca de un posible cambio e incrementa los conflictos y el sufrimiento. Beck destaca que la tendencia del sujeto por sesgar información y sus esquemas negativos surge en la etapa infantil y pese a que el individuo sostiene un esquema inactivo, este puede reactivarse con una situación o experiencia pasada.

Otro de los aspectos importantes que despuntan en este modelo son las distorsiones negativas, estos esquemas invalidan el procesamiento de información, que conllevan al sujeto a producir mayor cantidad de sesgos cognitivos y en ciertos casos sostienen la validez de las creencias. Beck señaló ciertas distorsiones como las más comunes en los sujetos depresivos entre las cuales se pueden destacar la inferencia arbitraria, minimización o maximización, personalización, abstracción selectiva, pensamiento absolutista y dicotómico y la generalización excesiva.

El modelo cognitivo para la ansiedad se diferencia por inclusión de creencias subyacentes y la importancia que el sujeto proporciona a los estímulos que le generan temor. Las reacciones que tienen los ansiosos incrementan en forma progresiva desde las fisiológicas hasta las más extremas incitadas por un factor de peligro. Las distorsiones cognitivas son las mismas que para la depresión, pero los pensamientos automáticos son distintos. Estas creencias predisponen a la desatención ante amenazas del medio, el análisis de los estímulos, desestimar las habilidades para el afrontamiento y la posibilidad de ayuda en situaciones de peligro y facilitan la conducta de evitación.

En los individuos que han sido diagnosticados con el Trastorno de Estrés Posttraumático, se produce una interacción equivocada entre la memoria autobiográfica y las vivencias traumáticas. En el sujeto se incrementan las creencias posteriores al suceso, destacando las percepciones acerca de un contexto peligroso, las ideas irracionales de que las situaciones no serán igual que antes y la carencia de autocontrol.

El objetivo de las terapias cognitivas en la actualidad radica en la comprensión de las problemáticas que aquejan los individuos a través de una aproximación más directa y eficaz para la aplicación del tratamiento pertinente. Las técnicas cognitivas más conocidas dentro de la psicología engloban a las de reestructuración cognitiva, las de manejo de situaciones y las de solución de problema.

Las técnicas de reestructuración cognitiva están focalizadas en la detección y erradicación de los pensamientos distorsionados e irracionales que están generando algún tipo de malestar en las personas. Entre las más destacadas para la intervención está la Terapia Racional Emotiva y la Terapia Cognitiva de Beck.

Las técnicas para el manejo de situaciones adversas, incrementan en el individuo las oportunidades de desarrollar habilidades para afrontar de manera adecuada las diferentes situaciones producidas por el estrés o algún tipo de dolor; entre las más conocidas podemos encontrar el entrenamiento en autoinstrucciones que se encarga de regular la conducta mediante verbalizaciones que erradiquen los patrones desadaptados; las técnicas para el manejo de la ansiedad y el entrenamiento dirigido para la inoculación del estrés.

De igual manera las técnicas para la solución de problemas, le permiten al individuo corregir la forma en que maneja situaciones conflictivas, mediante la instrucción de una

variedad de posibilidades eficaces, generando en el sujeto el poder de elegir la más idónea para el afrontamiento adecuado de situaciones adversas.

Una vez que se introdujeron estas técnicas en la predicción y tratamiento de las conductas se dio paso a las terapias conocidas como las de tercera generación en donde despunta la Terapia Cognitiva Conductual, la misma que se fundamenta en que los trastornos o enfermedades mentales están caracterizados por pensamientos disfuncionales o conductas distorsionadas que pueden modificarse con la ayuda de técnicas eficaces.

La Terapia Cognitiva Conductual incorpora diferentes técnicas y procesos terapéuticos que estimulan las habilidades de los individuos, potencializando su interacción con el medio y mejorando su calidad de vida. Su objetivo principal es conducir al paciente a identificar su problema o enfermedad, mediante la interpretación y aceptación del mismo; facilitando así la definición de objetivos a corto, mediano y largo plazo, y recibiendo la instrucción de diversas técnicas psicológicas y pautas terapéuticas que aporten la disminución del malestar que este aqueja (Londoño Salazar, 2017).

Una de las principales terapias de este enfoque es la Psicoterapia Funcional Analítica, que como lo menciona Ferro-García (2016) es estrictamente un interacción de corte verbal entre terapeuta y el paciente. Esta terapia es eficaz en pacientes que han cursado múltiples procesos terapéuticos o los que padecen trastornos de personalidad. Tiene sus fundamentos en el análisis funcional y el terapeuta es el encargado de dirigir las interacciones de acuerdo a los objetivos previamente establecidos por el y que apuntan a la conducta que se desea fomentar o erradicar.

Otra de las intervenciones más conocidas de este enfoque es la Terapia de Aceptación y Compromiso, que de acuerdo con Ribero-Marulanda y Agudelo-Colorado (2016) se encuentra alineada a la generación de objetivos centrados en la activación y aceptación; además fomenta la erradicación o disminución del control cognitivo y emocional por sobre la conducta, generando mayor énfasis en las contingencias de la conducta que provienen del ambiente del sujeto. Se fundamenta en la erradicación de las estrategias de autocontrol; en la identificación de vivencias sin elevarlas a la categoría de reales y en orientar las conductas a la generación de situaciones eficaces.

Dentro de este enfoque también se destaca la Terapia de Conducta Dialéctica, que como lo afirman Soler, Elices y Carmona (2016) es un tipo de intervención formulado por

Marsha M. y está dirigida a los pacientes con trastorno límite de la personalidad o los que padecen de diversas conductas suicidas. Dentro del proceso terapéutico se pueden incluir técnicas desarrolladas en la actualidad como las habilidades de aceptación y validación y la técnica del mindfulness. Para que se produzca un proceso adecuado se debe realizar una jerarquía de los problemas de acuerdo al grado de malestar que genera en el paciente.

2.2. Enfoques epistemológicos y teoría de soporte

En el contexto actual los diferentes conflictos en el área psicológica tienen sus inicios en etapas fundamentales del desarrollo del ser humano como lo son la niñez y la adolescencia y si estos no son diagnosticados e intervenidos adecuadamente, se generarán graves consecuencias y dejarán secuelas que atormentaran por un largo periodo de tiempo a los afectados (Figueredo y Gamarra, 2018). En psicología se han destacado diversos enfoques y modelos de terapia para erradicar las problemáticas asociadas a experiencias traumáticas, debido a que las víctimas tienden a revivir negativamente los sucesos o episodios que marcaron esa etapa de su vida.

Los fenómenos o problemas que más se destacan por provocar traumas en niños y adolescentes son el abuso y la violencia física y sexual. Por lo general este tipo de agresiones se da de parte de un familiar con quien convive o con quien sostiene una relación sentimental la víctima. Como parte de la terapia es indispensable que el profesional establezca los primeros encuentros en función de la recopilación de información necesaria para establecer un proceso de intervención de acuerdo a las necesidades del paciente y de su familia si esta decide participar del mismo.

El modelo de tratamiento referente a las situaciones traumáticas con mayor sustento académico, empírico y experimental es el fundamentado en el enfoque Cognitivo Conductual. En casos como el abuso y la violencia sexual en contra de niños y adolescentes este modelo terapéutico se focaliza en la connotación que el afectado le otorga a la vivencia, la identificación y afrontamiento de los pensamientos desadaptados, las sensaciones de culpa y el nivel bajo de autoestima (Guerra y Barrera, 2017).

Las intervenciones de este enfoque también están dirigidas al desarrollo de las habilidades para confrontar conflictos conductuales externos como las agresiones e internos como la ansiedad y desvalorización; y mediante la interacción con el padre o

cuidador que no ha participado en la agresión mejorar el proceder sexual de la víctima. Agravios como el abuso y la violencia sexual desencadenan inevitables estragos en las víctimas, por ende el riesgo de padecer de un trastorno psicológico es muy alto; la afectación de mayor connotación es el Trastorno de Estrés Postraumático.

El modelo de intervención más reconocido de este enfoque es la Terapia Cognitivo Conductual centrada en el Trauma, la cual surgió de la aplicación de dos proyectos simultáneos desarrollados por Cohen y Mannarino y el otro por Esther Deblinger. Ambos grupos de focalizaron su intervención individual y grupal teniendo como objetivos la indagación acerca del impacto del abuso sexual en los niños de parte de un familiar; la promoción de habilidades de autoeficacia en las víctimas y la interpretación de las consecuencias comportamentales, sociales y personales.

De acuerdo a estas intervenciones se desarrollaron otros ensayos utilizando protocolos similares, con la diferencia de que estos desvincularon las técnicas de exposición directa y se sustentan en técnicas como la psicoeducación dirigidas a los padres o cuidadores que no son agresores; la reestructuración cognitiva y la inoculación del estrés.

Este modelo de terapia se puede aplicar a niños y adolescentes de edades que fluctúan entre los 5 y 17 años y se lo aplica de forma individual con el niño, el adolescente o con sus padres y de manera conjunta con el grupo familiar completo; se puede modificar de acuerdo a las necesidades de cada familia; y tiene por objetivo potencializar las habilidades del individuo para la resolución de las secuelas que sostiene en torno a vivencias traumáticas; además, minimiza sintomatología asociada a trastornos como el estrés postraumático, la depresión y la ansiedad (Guerra y Barrera, 2017).

La psicoterapia centrada en el trauma tiene su fundamento en componentes como la psicoeducación y entrenamiento de habilidades parentales, sociales y para la resolución de problemas; las técnicas de relajación, de exposición, de autoafirmaciones positivistas y de detección del pensamiento; el entrenamiento para reconocer y modificar las emociones; la reestructuración cognitiva y la narración del evento traumático.

2.3. Argumento teórico de la investigación

Existen diferentes formas de evidenciar y prevenir este tipo de agravios y delitos, entre los cuales se destacan la prevención primaria y secundaria. La primaria hace referencia a las intervenciones en el sector educativo que se producen en la familia y la escuela y

se encuentran en función de la educación sexual y social de los jóvenes y niños, mientras que la prevención secundaria tiene un aspecto más concreto y su propósito es impedir las infracciones sexuales juveniles.

Recibir la debida educación familiar y escolar, ejemplos de conductas y sobre todo valores adecuados para su posible interacción sexual con otras personas. Como resultado sería que la mayor parte de adolescentes obtengan con normalidad muestrarios sexuales adecuados, con esto se da la debida evitación del contacto sexual con los menores. En el plano preventivo, frente a los casos de jóvenes que han cometido abuso o agresiones sexuales, se requiere la intervención de la justicia y como segunda seria la aplicación de tratamiento especializado.

Programas de intervención psicológica que se dan de manera grupal-individual con los siguientes objetivos terapéuticos: reconocimiento y asunción por parte de los jóvenes de la autoría y responsabilidad por el delito cometido, ayuda terapéutica para que identifiquen aquellas situaciones y decisiones de riesgo susceptibles de llevarles a cometer delitos sexuales, mejora de su empatía con las víctimas, reestructuración cognitiva y justificaciones asociadas a sus delitos sexuales, educación sexual, mejora de la autoestima, competencia social-familiar y de la capacidad de resolución de problemas, mejorar la competencia tanto en lo social como familiar y cambios en los estilos de vida habituales, y de esta manera colaborar a prevenir posibles recaídas en la conducta infractora (Martinez-Catena y Redondo, 2016).

De esta forma se llevó a cabo un programa educativo y terapéutico para las víctimas de agresiones sexuales, el cual se desarrolló en función de fortalecer el autoestima y las estrategias para controlar y afrontar los conflictos; la psicoeducación acerca de temáticas referente a la sexualidad; brindar el respaldo, empatía y simpatía que requieren las víctimas y generar conciencia que permitan advertir la repetición de agresiones como el abuso y la violencia sexual.

De acuerdo a Guerra y Barrera (2017) el tratamiento que se utiliza está caracterizado por psicoeducación esta es para ordenar las respuestas de la víctima ante los eventos traumáticos y a la vez fortalecer los pensamientos que le permitan afrontar la situación exitosa; Habilidades parentales, estas en cambio son dirigidas a reforzar y entrenar las habilidades apropiadas en los padres de familia que les permitan entregar un apoyo

apropiado a sus hijos; Relajación para entregarle a la víctima los instrumentos necesarios para reducir su ansiedad.

Marshall desarrolló un formato de tratamiento cognitivo-conductual en el que se han sustentado muchos de los programas posteriores con delincuentes sexuales aplicados en diversos países. El programa puede aplicarse en teoría con varios grados de intensidad, de manera completa o a su vez reducida, en función del mayor o menor riesgo criminal presente en los agresores sexuales que van a ser tratados. La práctica más común hasta ahora ha sido aplicar el tratamiento de modo completo a todos los participantes, que en general son sujetos con delitos sexuales graves y condenas prolongadas.

A partir de ello se escogieron como indicadores de cambio y progreso terapéutica variables como la asertividad o capacidad del sujeto para expresar sentimientos y deseos de forma abierta pero no agresiva; la soledad o aislamiento experimentados por el sujeto; la ansiedad ante situaciones sexuales normalizadas; el grado de malestar o temor desencadenados por el inicio una interacción sexual; las distorsiones cognitivas o errores interpretativos y valorativos sobre el propio delito; la impulsividad o tendencia de actuar de una forma razonada; el cambio terapéutico o disposición de un sujeto para mejorar su comportamiento y como último la empatía para situarse en el lugar de la otra persona.

3. METODOLOGÍA

3.1 Diseño de investigación

La presente investigación tiene el enfoque cualitativo enfatizando el estudio de casos clínicos referentes a la problemática destacada. Este tipo de enfoque no se focaliza en alcanzar una muestra extensa y de relevancia. Los fenómenos que se describen y analizan en la investigación parten desde los aspectos específicos o individuales hasta los más generales. Además, se sustentan en los procesos inductivos, los cuales examinan, detallan y conciben nuevas perspectivas teóricas (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 2004).

El enfoque cualitativo es flexible, afina las interrogantes de la investigación y permite incorporar al estudio datos como los testimonios verbales o escritos y la conducta, comportamiento, prejuicios y actitudes que se pueden observar en los sujetos examinados.

Es necesario recalcar que las investigaciones de calidad se fundamentan en estrategias de verificación y aspectos de rigor como la validez y la confiabilidad. De acuerdo a Corral (2017) en las investigaciones cualitativas se pueden distinguir la validez interna o credibilidad, la cual involucra que el estudio se sostenga en indagaciones admisibles, y la validez externa que se centraliza en la transferencia de los resultados con el propósito de que estos puedan ser replicados.

La triangulación en los estudios cualitativos representa la metodología idónea para que un estudio obtenga la relevancia que lo acredite, puesto que le proporciona la validez a los análisis comparativos (Sánchez Gómez, 2015). Esta técnica se encarga de corroborar la validez interna y la fiabilidad mediante la diferenciación de los datos recolectados; así como también, permite disminuir las inconsistencias que puedan presentar en la recopilación de la información y en su análisis e interpretación.

De acuerdo al propósito de este estudio se ha seleccionado el diseño narrativo-biográfico, a causa de los testimonios referidos por las participantes y al análisis de la influencia de la violencia sexual en la generación de estragos en la salud de las víctimas. Además, esta investigación tiene un alcance descriptivo-explicativo, puesto que se

detallaran los efectos psicológicos que se destacan en las víctimas que han padecido de este fenómeno en alguna etapa de su desarrollo.

3.2 Técnicas e instrumentos utilizados

Dentro de las técnicas e instrumentos utilizados para el desarrollo de este estudio podemos encontrar:

La entrevista clínica: este método es de gran ayuda para la recolección de datos y consta de tres etapas el rapport, cima y cierre, también es definida como un medio de comunicación interpersonal. Además, esta técnica se caracteriza por tener objetivos prefijados y roles predeterminados y así el paciente pueda sentirse con la libertad de expresar de manera espontánea todo lo que le está aquejando.

Observación directa: la cual permite evidenciar los aspectos generales y específicos de las conductas de las participantes.

Para este estudio se procedió a la aplicación de test psicológicos que permitirán corroborar los datos e información obtenidos de las pacientes, entre los cuales se destacan:

Escala de Desesperanza de Beck (Hopelessness Scale, HS): Es un instrumento que tiene por objetivo relacionar los factores afectivos, motivacionales y cognitivos del individuo hacia el futuro (Quiñonez-Tapia, Méndez, y Castañeda-Camey, 2019). Además, está diseñada para evaluar desde el punto de vista subjetivo las expectativas y sentimientos negativos futuros y las habilidades para sobrellevar las dificultades y conseguir el éxito en la vida (Aliaga, Rodríguez, Ponce, Frisancho y Enríquez, 2006). Consta de 20 ítems a los que el paciente deberá responder verdadero o falso, no tiene tiempo límite pero por lo general son de 5 a 10 min. Los ítems que indican desesperanza califican como 1 punto; mientras que los que no la indican se califican con 0. (ANEXO D)

Escala de Trauma de Davidson (Davidson Trauma Scale, DTS): Es un instrumento psicométrico que está constituido por 17 ítems que corresponden y evalúan cada uno de los 17 síntomas recogidos en el DSM IV. Esta escala evalúa la gravedad y frecuencia de los síntomas del trastorno en individuos que han experimentado un trauma (Villafañe,

Milanesio, Marcellino y Amodei, 2003). Los autores indican que también pueden utilizarse para evaluar resultados del tratamiento. La escala de Trauma de Davidson (DTS) mide la frecuencia y gravedad del Estrés Postraumático. Dado que en Chile existe escasez de datos respecto de la validez y confiabilidad de instrumentos para medir este trastorno, se examinan las propiedades psicométricas de la escala. (ANEXO E)

3.3 Categorías de análisis

Para esta investigación se ha determinado las siguientes categorías de estudio:

- 3.3.1 *Violencia sexual.*** Es considerada como la principal fuente de las experiencias traumáticas del paciente y por el cual se les imposibilita llevar un estilo de vida adecuado.
- 3.3.2 *Perturbaciones emocionales.*** La víctima cuando está cursando una situación desagradable o traumática experimenta déficit en sus habilidades para el afrontamiento, sostienen sensaciones de vergüenza o de culpa y existe la posibilidad adoptar conductas de consumo o tendencia al suicidio; mientras que las vivencias traumáticas sostenidas por un largo periodo luego del evento traumático derivarán en trastornos como la depresión, ansiedad, estrés postraumático o de personalidad.
- 3.3.3 *Secuelas de una Intervención terapéutica a destiempo.*** El protocolo adecuado para aliviar los malestares de las víctimas indica que se debe concretar de forma inmediata una valoración psicológica; puesto que aportara a disminuir las sensaciones de vergüenza, inferioridad o desprecio; elevar el autoestima; mejorar las relaciones sociales y fomentar el aumento de confianza de la víctima; y si no se realiza la atención prioritaria se desencadenaran problemas psicopatológicos de gravedad y las secuelas no abordadas permitirán revivir los sucesos traumáticos.

4. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los resultados que se han obtenido en el presente estudio permitirán evidenciar las diversas consecuencias psicológicas que se destacan en las mujeres víctimas de violencia sexual que acuden al Centro de Atención Integral “Rosa Vivar”.

El análisis de las categorías se fundamentó en los resultados obtenidos a través de las entrevistas aplicadas a las víctimas y la información obtenida por parte de los profesionales del Centro de Atención Integral; de los instrumentos aplicados la Escala de Desesperanza de Beck que evalúa las expectativas futuras en base a los factores afectivos, motivacional y cognitivo y la Escala de Trauma de Davidson que identifica la situación traumática y la valora en torno a su gravedad y frecuencia. Además, se tomó como referente el Test Proyectivo de la Figura Humana el cual fue aplicado por las profesionales del Centro durante la primera intervención de acogida que se les realiza a todas las víctimas; en el cual en todos los casos se evidencian las agresiones sexuales y la identificación con la figura femenina realizada; solamente en el C1 se pudo constatar que se dibujó la figura del sexo opuesto en primer lugar, el cual se destaca como el agresor y su ex conviviente.

4.1 Violencia sexual

Este fenómeno aparece reiteradamente en la sociedad y se lo considera como el principal factor de procedencia de los estragos a nivel psicológico que se producen en las víctimas; además se lo identifica como una de las perpetraciones más habituales de los derechos y el bienestar físico de las mujeres (Koss, Heise y Russo, 1994). De esta manera se entiende por violencia sexual a cualquier acto que utilizando la fuerza física, la coerción y la persuasión por medio de la intimidación genere estragos o daños en los ámbitos físicos y psicológicos (Andalaf y Anibal, 2001).

C1: Tiene 4 hijos; de los cuales una hija vive con su ex conviviente desde hace tres meses, ella labora como mesera en un restaurante. Refiere que las agresiones sexuales inician en la infancia en donde sufrió abusos y violaciones de parte de su padre desde los 8 hasta los 10 años, y a consecuencia de esto decidió abandonar el hogar de forma permanente e irse a refugiar donde un tía; además, también menciona que en múltiples ocasiones acusó a su padre por los actos cometidos en su contra y trató de hacérselo saber a su madre; pero ella hacía caso omiso a las acusaciones de la hija. Puntualizó que

a raíz de este suceso no estableció ninguna relación con sus padres hasta la adultez y en la actualidad visita y conversa solo con su madre, pero le incomoda el trato que les brinda a sus hijas. Relata que también recibió violencia sexual de parte de ex pareja con el cual lleva separada cerca de 1 año, señala que los principales motivos de las agresiones eran el consumo de alcohol y de múltiples estupefacientes, indica que muchas ocasiones llegaba a la casa por las noches bajo los efectos de drogas y la obligaba a sostener relaciones sexuales en el baño y si intentaba oponerse era agredía físicamente y casi siempre una de sus hijas fue testigo de todos estos sucesos. Refiere que tiene miedo de que su hija experimente las mismas situaciones que ella, debido a que en la actualidad vive con el padre, al cual lo cataloga como un ser humano despreocupado, con una vida de libertinaje y consumo. C2: Es estudiante universitaria vive con su padre debido a que procede de un núcleo familiar disfuncional; además, manifiesta que fue víctima de violencia sexual de parte de un allegado a la familia, el agresor es una ex pareja de una de sus hermanas. Relata que este acudía habitualmente su casa, pero nunca se le insinuó, se propuso o mostro conductas anormales, pero una noche la persuadió para que la acompañe a comprar en su motocicleta y a medio camino el agresor se introdujo por caminos desconocidos y paro en un escenario escalofriante para ella. Relata que se bajó bruscamente cerca de unos arbustos y la arrojó a ella contra el piso y amedrentando con matarla si gritaba o hacia algún ruido procedió a violarla. Posterior a este hecho fue abandonada en el lugar y prefirió callar el hecho por unos días puesto que el agresor la amenazó con quitarle la vida si mencionaba lo que sucedió. Manifiesta que a raíz de este hecho traumático no ha sostenido ningún tipo de encuentro o actividad sexual con nadie debido a que se siente sucia y tiene miedo a revivir las imágenes y secuelas mentales que aún sostiene de aquella noche. C3: Es ama de casa y madre de tres hijos y actualmente vive con su agresor, refiere que ha padecido de violencia física desde hace 7 años, pero en la actualidad los conflictos maritales se han agravado puesto que su pareja ha adoptado conductas agresivas debido a que ha vuelto a consumir alcohol y drogas; además, manifiesta que a diario permanece en estado de alerta porque debe de cumplir con todos los quehaceres del hogar y los requerimientos de su pareja. Indica desde hace tres meses su marido ha insistido en sostener encuentros sexuales bajo los efectos de los estupefacientes y si ella se opone este la golpea hasta dejarle hematomas de gravedad o hasta que uno de sus hijos pequeños interviene en la discusión. Señala que en la actualidad se encuentra decidida a abandonar el hogar y a

exponer al agresor ya que nunca se lo ha comentado a nadie por miedo a que este lastime a sus hijos.

En cuanto a los resultados de las entrevistas en todos los casos se puede evidenciar la reexperimentación de los acontecimientos traumáticos; sensación de abatimiento emotivo, temor, vulnerabilidad y la tendencia al silencio a consecuencia de las amenazas que los agresores han hecho a las víctimas o a sus hijos. Además, durante la entrevista los casos C2 y C3 se mostraron inestables emocionalmente durante todos sus relatos y con predisposición al llanto cuando mencionaron el tema de la violencia padecida. Cabe recalcar que todos los casos se encuentran en un proceso legal en el cual han denunciado a sus agresores y se encuentran dispuestas a recibir la ayuda terapéutica necesaria para eliminar las secuelas traumáticas del suceso experimentado.

4.2 Perturbaciones emocionales

En la actualidad la violencia, el abuso y la agresión sexual se encuentran situados en el mapa global como los fenómenos perjudiciales de mayor porcentaje y gravedad que generan múltiples consecuencias en la salud física y mental, entre las que se destacan las afectaciones psicológicas relacionadas con la situación traumática experimentada.

Dichos conflictos plantean en la víctima sensaciones de humillación, vulnerabilidad, vergüenza, preocupación, abatimiento, desamparo y miedo; baja autoestima; inestabilidad emocional; aislamiento social y diferentes distorsiones cognitivas; a largo plazo se producen perturbaciones de mayor escala como los trastornos de ansiedad, depresión y el estrés postraumático (Soler, Pilar y González, 2005); y en otros casos acusan cuadros de fatiga; dificultad para la concentración y toma de decisiones; pérdida del apetito; conciliación y sostenimiento del sueño; reacciones fisiológicas indeseadas y reexperimentación del suceso (Alcázar y Gómez-Jarabo, 2001). De esta manera se puede demostrar en los casos que:

C1: En la Escala de Desesperanza registró un puntaje de 8/20, la cual evidencia un Riesgo Leve de concretar Intentos Autolíticos; en la cual se destacan afectaciones como la indecisión para concretar lo deseado; los sentimientos y expectativas pesimistas y las ideas irracionales referentes a un futuro oscuro. En la Escala de Trauma indicó que el suceso traumático es la violación sexual que recibió de parte de su ex esposo y el miedo que ella tiene a que la hija que actualmente vive con él experimente lo mismo; el mismo que evaluó con una frecuencia y gravedad de 27/68; los factores más predominantes en

torno a la frecuencia y gravedad son la sensación de alejamiento o distancia que guarda con la gente y la dificultad para disfrutar de las cosas. En el Test de la Figura Humana la evaluada refirió en la historia que la persona es ella que llora en silencio debido a que no sabe cómo cambiar su situación actual y que hacer para disminuir las constantes discusiones que tiene con sus hijos por la ausencia del padre, así como también se ha determinado un patrón psicológico caracterizado por la agresividad; infantilismo; dependencia; sentimientos de inseguridad, rechazo, menosprecio propio y desprecio; rasgos paranoides; secuelas de seducción infantil no elaborada; inadecuados impulsos sexuales; frágil control de los conflictos; tendencia a la introversión, timidez y la angustia y mecanismos de defensa como la represión; regresión y despersonalización.

C2: En la Escala de Desesperanza registró un puntaje de 4/20 con relación al punto de corte que denota un Riesgo Leve de concretar intentos autolíticos; en la cual se evidencian adecuados sentimientos sobre el futuro, pero existen afectaciones asociadas a las creencias inadecuadas y las expectativas dubitativas para concretar su proyecto de vida y las expectativas. En la Escala de Trauma refirió que su trauma es el ser víctima de abuso y violencia sexual; al cual lo valoro con una frecuencia de 16/68 y una gravedad de 26/68; los factores más destacados en torno a la frecuencia son la repetición de imágenes, recuerdos y pensamientos referentes al acontecimiento, mientras que en la gravedad dichos recuerdos le han impedido conciliar el sueño. En el Test de la Figura Humana la víctima refirió en la historia la persona es ella recordando que disfrutaba cuando sus padres estaban juntos y vivían con ella, pero le falta hacer controlar sus emociones y traumas que le quedaron a raíz del suceso, además, se destaca una marcada personalidad caracterizada por la agresividad, el temor a la sexualidad, sentimientos de culpabilidad, inferioridad, desprecio y de rechazo, introversión, fantasía, disgregación, infantilismo, relaciones sociales inestables, desvalorización, agresión motora, inseguridad, dependencia emocional, depresión, escasa habilidad motora, trastornos en el desarrollo y mecanismos de defensa como la introversión, regresión, represión e inhibición.

C3: En la Escala de Desesperanza registró un puntaje de 4/20 determinando un Riesgo Leve de concretar intentos autolíticos; en la cual mantiene adecuados sentimientos hacia el futuro, pero se evidencian conflictos asociados a los pensamientos distorsionados referentes a un futuro vago e incierto. En la Escala de Trauma de Davidson manifestó que su acontecimiento traumático es el maltrato físico, psicológico y sexual; al cual lo valoro con una frecuencia de 42/68 y con una gravedad de 36/68. Los factores más destacados en torno a la frecuencia y

gravedad son la constante reexperimentación del acontecimiento; las dificultades para conciliar el sueño y concentración; los estados permanentes de irritabilidad, alerta o nerviosismo; la incapacidad para disfrutar las cosas y el declive en sus interacciones sociales. En el Test de la Figura Humana la víctima manifiesta en la historia que el dibujo es ella, se encuentra mal por todo y lo único que quiere es un alto para la vida que lleva con sus hijos; así como también se evidencian rasgos psicológicos como la dependencia; agresividad; hostilidad; graves conflictos; desórdenes, incapacidad de control; inmadurez e inseguridad y conductas deficientes en torno a la sexualidad; trastornos en el desarrollo ligados al complejo de castración; ideas inadecuadas referentes a sus interacciones sociales; sentimientos de deficiencia, inseguridad, inferioridad y rechazo; falta de afectividad; un yo disminuido; infantilismo y mecanismos de defensa como la inhibición, represión por las tendencias agresivas y los instintos vivenciados como amenazadores, despersonalización, disociación y evasión.

En los C1 y C3 se ha identificado el trauma e ideas irracionales referentes a la dependencia emocional en torno a la figura masculina; mientras que en el C2 existen distorsiones cognitivas asociadas a los pensamientos autolíticos, de daño, culpa, desprecio propio y desvalorización y en todos los casos se evidencia la sensación de desamparo, apegos inseguros, un declive en las interacciones con el medio, reexperimentación de los sucesos traumáticos, baja autoestima, habilidades inadecuadas para afrontar los conflictos, el autocontrol y la carencia de regulación de las emociones.

4.3 Secuelas de una Intervención terapéutica a destiempo

En relación a las diversas consecuencias emocionales y patológicas que se destacan en base a los sucesos traumáticos experimentados por las víctimas de violencia sexual del centro de atención integral, se puede destacar que en los casos evaluados la intervención más eficiente para disminuir y erradicar la sintomatología evidenciada es la Psicoterapia centrada en el Trauma (Guerra y Barrera, 2017), cuyos componentes se fundamentan en los constructos del enfoque cognitivo conductual.

Como se pudo evidenciar a través de la entrevista, el C1 refirió que en la actualidad su malestar en relación a las agresiones sexuales recibidas de parte de su ex pareja están disminuyendo paulatinamente debido a las intervenciones proporcionadas por los psicólogos del centro; pese a que anteriormente no ha recibido atención por los sucesos traumáticos que ha vivido a lo largo de su desarrollo en la que ha padecido baja

autoestima; sentimientos de rechazo, culpa y vergüenza; retraimiento social, un desarrollo sexual inadecuado y prematuro; sesgos cognitivos negativos referentes a la desconfianza y rencor hacia los adultos; relaciones sociales inestables y bajo rendimiento académico; además sus habilidades inadecuadas para el afrontamiento le han impedido establecer algún tipo de interacción con su padre (agresor). Síntomas que están en correlación con el trauma vivido

Así mismo el C3 refirió que en la actualidad soporta un estilo de vida caracterizado por las agresiones verbales, físicas, psicológicas de la que fue objeto durante los 7 años de convivencia con su pareja y en los últimos 6 meses se ha acentuó la violencia sexual. Manifiesta estar dispuesta a participar en un proceso de intervención terapéutica que la ayude a superar aquellos traumas, la misma que le proporcionar estrategias y herramientas para disminuir y erradicar las secuelas psicológicas. Ya que indica que la mayoría del tiempo se siente estresada; se aísla; presenta apnea del sueño y reexperimenta con frecuencia los acontecimientos negativos; a esto se suma las creencias irracionales de convivencia y dependencia emocional, lo que no permite concretar un proyecto de vida.

Por ende es de fundamental importancia que las víctimas reciban un tratamiento acorde a sus necesidades; que en relación al sustento teórico es la psicoterapia centrada en el trauma y cuyos componentes sugieren que se instruyan las técnicas de psicoeducación, reconstrucción cognitiva, autoafirmaciones positivas, de relajación, de exposición y potencializar las habilidades sociales, para el afrontamiento y el control de las emociones.

5 CONCLUSIONES

- Se puede evidenciar que las mujeres que acuden al Centro de Atención Integral han sido víctimas de violencia y abuso sexual de una u otra forma, por parte de un familiar o pareja.
- Las perturbaciones emocionales que presentan las víctimas son el la inseguridad, culpa, vergüenza, autodesprecio, trauma, sistema de apegos inseguros, labilidad emocional, relaciones sociales inestables, alteraciones del sueño, baja autoestima, múltiples distorsiones cognitivas y ausencia de habilidades de afrontamiento y para la resolución de problemas.
- Las secuelas de una intervención terapéutica a destiempo de las víctimas de violencia sexual son el despertar sexual inapropiado, temor por la sexualidad, aislamiento social, reexperimentación de los acontecimientos traumáticos y la dependencia emocional hacia el agresor.

6 RECOMENDACIONES

- En función del estudio realizado se recomienda la ejecución de programas preventivos de psicoeducación sexual que fomenten el adecuado desarrollo de jóvenes y niños, brinden información acerca de las consecuencias de una intervención terapéutica a destiempo y de las instituciones que proporcionan ayuda y acogida a las víctimas de violencia sexual.
- Concretar talleres prácticos dirigidos al desarrollo de autoestima, habilidades sociales, de afrontamiento, para la resolución de conflictos, el control de las emociones y las capacidades para encontrar nuevas redes de apoyo.
- Facilitar charlas informativas dirigidas a la concientización, erradicación y exposición de casos asociados a la problemática investigada.
- Con el objetivo de abordar las diversas consecuencias psicológicas es primordial la intervención psicológica en base a la psicoterapia centrada en el trauma con las víctimas de violencia sexual para la disminución de la sintomatología asociada al acontecimiento traumático.

BIBLIOGRAFÍA

- Alcázar, M., & Gómez-Jarabo, G. (2001). Aspectos Psicológicos de la Violencia de Género. Una Propuesta de Intervención. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense; Vol. 1, N° 2*, 33-49.
- Aliaga, J., Rodríguez, L., Ponce, C., Frisancho, A., & Enríquez, J. (2006). Escala de Desesperanza de Beck (BHS): Adaptación y Características Psicométricas. *Revista de Investigación en Psicología, Vol. 9, N° 1*, 69-79.
- Andalaft, J., & Anibal, F. (2001). Violencia sexual y la respuesta del sector salud en Brasil. *Violencia de género, salud y derechos en las Américas*, (págs. 1-4). Cancún, México.
- Barbaree y Marshall. (2006). *The Juvenile Sex Offender*. Guilford Press.
- Brooker, C. (2015). Salud mental, violencia sexual y el trabajo de los centros de referencia de agresión sexual. *Medicina Legal, 31*, 47-51.
- Ceballos, K., Meza, S., Portugal, M., & Tirado, M. (2015). Centenario del Conductismo. *Revista Psicológica Universidad Católica San Pablo, Arequipa, Perú*, 169-174.
- Cored, A. (2015). De la Terapia Racional Emotivo Conductual a la Educación Racional Emotiva diversidad de pensamientos. *Educación y Diversidad, 9 (1-2)*, 61-72.
- Corral, Y. (2017). Validez y fiabilidad en investigaciones cualitativas. *ARJÉ: Revista de Postgrado FaCE-UC. Vol. 11 N° 20*, 196-209.
- Echeburúa, E., & de Corral, P. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuaderno de Medicina Forense, 12(43)*, 75-82.
- Falcón, M. T. (2015). Entre el silencio y la Impunidad: Violencia sexual en escenarios de conflicto. *Revista de Estudios de Género, La Ventana, Núm. 41*, 75-112.
- Ferro-García. (2016). Fundamentos, características y eficacia de la Psicoterapia Analítica Funcional. *Análisis y Modificación de Conducta, Vol. 42, N° 165-166*, 51-73.
- Figueredo, M., & Gamarra, O. (2018). Terapia Cognitiva Conductual TCC-FT modificada aplicada a un caso de abuso sexual. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, Vol. XX, N° 1*, 7-26.
- Garmendia, F. (2016). La Violencia en el Perú 2015. *An Fac med. 77(2)*, 153-161.
- Guerra, C., & Barrera, P. (2017). Psicoterapia con víctimas de abuso sexual inspirada en la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma. *Revista de Psicología, 26(2)*, 1-13.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2004). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- INEC. (2019). *Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres – ENVIGMU*.
- Koss, Heise, & Russo. (1994). The global health burden of rape. *Psychol Women Quart, 8*, 499-527.
- Londoño Salazar, M. (2017). La importancia de la psicoterapia cognitivo-conductual en el tratamiento de los trastornos mentales. *Reflexiones sobre la ética del psicólogo. Poiésis, (33)*, 139-145.

- López, M. (2014). *Los Juegos en la detección del abuso sexual infantil*. Itzaingó: Maipue.
- Mancini, Reckdenwald, y Beauregard. (2012). Pornographic Exposure Over The Life Course and the Severity of Sexual Offenses: Imitation and Cathartic Effects. *Journal of Criminal Justice*, 40, 21-30.
- Maniglio, R. (2012). The Role of Parent-Child Bonding, Attachment, and Interpersonal Problems in the Development of Deviant Sexual Fantasies in Sexual. *Trauma, Violence, & Abuse*, 13, 83-96.
- Martinez-Catena, A., & Redondo, S. (2016). Etiología, prevención y tratamiento de la delincuencia sexual. *Anuario de Psicología Jurídica*, vol. 26, 19-29.
- Matamoros Pérez, F. G. (2018). *El agresor sexual: un enfoque clínico-forense de sus características psicológicas y alteraciones sexuales*. México: Trillas.
- Moctezuma-Pérez, S. (2017). Una aproximación a las sociedades rurales de México desde el concepto de Aprendizaje Vicario. *LiminaR. Estudios Sociales y Humanísticos*, vol. XV, núm. 2, 169-178.
- Morales Acosta, I. (2018). El CONductismo como recurso para la mejora del ambiente, el aprendizaje y la disciplina escolar en la practica docente. *Revista Electrónica Visión Educativa IUNAES*, 66-69.
- Núñez, M., Sebastián, A., & Muñoz, D. (2015). Principios de condicionamiento clásico de Pavlov en la estrategia creativa publicitaria . *Opción, Año 31, No. Especial 2*, 813-831.
- OMS. (2003). *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud*. Washington , D. C.
- OMS. (2013). *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres*. Washington, DC: Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (2013). *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Violencia Sexual*. Washington, DC: Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (29 de 11 de 2017). *Oganización Mundial de la salud*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
- ONU. (2019). *ONU MUJERES, Hechos y cifras: Acabar con la violencia contra mujeres y niñas*. Obtenido de <https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/facts-and-figures>
- Quiñonez-Tapia, F., Méndez, T., & Castañeda-Camey, N. (2019). Análisis factorial confirmatorio y propiedades psicométricas de la Escala de Desesperanza de Beck en Estudiantes en contextos de pobreza en México. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, Vol. 24, 59-70.
- Ribero-Marulanda, S., & Agudelo-Colorado, L. (2016). La aplicación de la terapia de aceptación y compromiso en dos casos de evitación experimental. *Avances en Psicología Latinoamericana*, Vol. 34(1), 29-46.
- Rodríguez, Y., Aguiar, B., & García, I. (2012). Consecuencias Psicológicas del Abuso Sexual Infantil. *CDID "Centro de Documentación Investigación y Difusión de la Carrera de Psicología"*, 58-68.

- Rubio-Garay, F., Carrasco, M., Amor, P., & López-González, M. (2015). Factores asociados a la violencia en el noviazgo entre adolescentes: una revisión crítica. *Anuario de Psicología Jurídica 2015*.
- Ruiz, M. A., Díaz, M. I., & Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Henao, Bilbao: Desclée De Brouwer, S.A.
- Sánchez Gómez, M. (2015). La dicotomía cualitativo-cuantitativo: posibilidades de integración y diseños mixtos . *Campo Abierto, vol. monográfico*, 11-30.
- Soler, E., Pilar, B., & González, R. (2005). Cuestionario de respuesta emocional a la violencia doméstica y sexual . *Psicothema Vol. 17, N. 2*, 267-274.
- Soler, J., Elices, M., & Carmona, C. (2016). Terapia Dialectica Conductual: aplicaciones clínicas y evidencia empirica . *Análisis y Modificación de Conducta, Vol. 42, N° 165-166*, 35-49.
- Soriano, F. (2015). *Promoción del buen trato y prevencion del maltrato en la infancia en el ambito de la atencion primaria de la salud*.
- Valle, C. (2018). *Atlas de Género INEC*. Quito, Ecuador : Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) .
- Villafañe, A., Milanesio, M. S., Marcellino, C., & Amodei, C. (2003). La Evaluación del Trastorno por Estrés Postraumático: Aproximación a las propiedades psicométricas de la Escala de Trauma de Davidson. *Evaluar, N° 3*.

ANEXOS

ANEXO A



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA

D.L. NO. 69-04 DE 14 DE ABRIL DE 1969

Calidad, Pertinencia y Calidez

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

PSICOLOGÍA CLÍNICA

Oficio No. UTMACH-FCS-CPC-2019-011-OF
Machala, 13 de enero 2020

Señora.
Rosa López Machuca.
Coordinadora.
Centro de atención integral "Rosa Vivar Arias".
Movimiento de Mujeres el Oro.
Presente.-

De mis consideraciones:

Por medio de la presente, solicito a usted el permiso correspondiente para que los estudiantes **María Gracia Valdiviezo** y **Pedro Vera Cuchalon** de la carrera de **Psicología Clínica**, que se encuentra en proceso de titulación, con el tema: "**consecuencias psicológicas en adolescentes víctimas de violencia sexual**", para que se realice la aplicación de reactivos psicológicos a los pacientes que se encuentren en las Instituciones.

Los reactivos a utilizarse son:

- **Escala de desesperanza del Beck.**- actitud de la persona ante su bienestar y expectativas futuras.
- **Escala de Trauma de Davidson.**- evaluar la frecuencia y gravedad de los síntomas del TEPT desde un punto de vista subjetivo. L

Por la acogida a la presente, anticipo mi agradecimiento.

Atentamente,


MARCIA ULLAURI CARRIÓN
Coordinadora de Carrera de Psicología Clínica
Facultad de Ciencias Sociales
MUC./Priscila Illescas



ANEXO B

FICHA DE OBSERVACION

1 DATOS GENERALES

NOMBRE:

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO:

SEXO:

EDAD:

INSTRUCCIÓN:

NACIONALIDAD:

FECHA:

NOMBRE DEL OBSERVADOR:

2 DESCRIPCION DE LA OBSERVACIÓN

2.3 DESCRIPCION FÍSICA Y VESTIMENTA

2.4 DESCRIPCION DEL AMBIENTE

2.5 DESCRIPCION DEL COMPORTAMIENTO (CONDUCTAS OBSERVADAS-REGISTRO NARRATIVO)

COMENTARIOS

ANEXO C

Entrevista semiestructurada para la exploración de la Violencia Sexual

¿Ha sufrido en el pasado de algún tipo de agresión o abuso sexual por otra/s personas/?	No	
	Si	¿Qué ocurrió? ¿Quién lo hizo? ¿Con qué frecuencia? ¿Durante qué tiempo?
¿Se ha visto obligada a mantener relaciones sexuales con su pareja o realizar alguna conducta sexual no deseada?	No	
	Si	<p style="text-align: center;">¿Qué tipo de conductas sexuales?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tocamientos • Masturbación • Penetración • Visualización de pornografía • Sexo con otras personas • Exhibicionismos • Otros _____
¿Cuáles fueron las reacciones del agresor en caso de negación a las conductas sexuales?		<ul style="list-style-type: none"> • Usando la fuerza física (sujeción, apretones, empujones) • Mediante chantajes o amenazas instantáneas (emocionales o económicas) • Agresiones verbales (Insultos, gritos o menosprecios) • Conducta agresiva (golpes) • Otros _____
¿Cómo ha reaccionado usted?		<ul style="list-style-type: none"> • Se ha negado explícitamente • A adoptado un estado pasivo • Ha fingido placer • Ha llorado • Ha participado de forma activa • Otro _____
¿Con qué frecuencia ocurren estos hechos?		
¿Durante qué tiempo se han repetido estas conductas y reacciones?		
¿Cómo se siente con respecto a la/s situaciones padecidas?		

¿Ha recibido intervención terapéutica?	No	
	Si	¿Le ha servido la ayuda psicológica para disminuir o erradicar la sintomatología asociada al acontecimiento traumático?
Alguna otra información relevante acerca de la violencia sexual		

ANEXO D

6.1. Escala de Desesperanza de Beck (Hopelessness Scale, HS)

1. Espero el futuro con esperanza y entusiasmo	V	F
2. Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo	V	F
3. Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así	V	F
4. No puedo imaginar cómo será mi vida dentro de 10 años	V	F
5. Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer	V	F
6. En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar	V	F
7. Mi futuro me parece oscuro	V	F
8. Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio	V	F
9. No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro	V	F
10. Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro	V	F
11. Todo lo que puedo ver por delante de mí es más desagradable que agradable	V	F
12. No espero conseguir lo que realmente deseo	V	F
13. Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora	V	F
14. Las cosas no marchan como yo quisiera	V	F
15. Tengo una gran confianza en el futuro	V	F
16. Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa	V	F
17. Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro	V	F
18. El futuro me parece vago e incierto	V	F
19. Espero más bien épocas buenas que malas	V	F
20. No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré	V	F

ANEXO E

7.17. Escala de Trauma de Davidson (Davidson Trauma Scale, DTS)

Por favor, identifique el trauma que más le molesta _____

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*. Escriba en los recuadros de al lado de cada pregunta un número de 0 a 4, para indicar la frecuencia y la gravedad del síntoma.

Frecuencia	Gravedad
0. Nunca	0. Nada
1. A veces	1. Leve
2. 2-3 veces	2. Moderada
3. 4-6 veces	3. Marcada
4. A diario	4. Extrema

	Frecuencia	Gravedad
1. ¿Ha tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ha tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Ha sentido que el acontecimiento estaba ocurriendo de nuevo? ¿Como si lo estuviera reviviendo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Le ha molestado alguna cosa que se lo haya recordado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Ha tenido manifestaciones físicas por recuerdos del acontecimiento? (Incluye sudores, temblores, taquicardia, disnea, náuseas o diarrea)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha estado evitando algún pensamiento o sentimiento sobre el acontecimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Ha estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que le recordaran el acontecimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Ha sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Ha tenido dificultad para disfrutar de las cosas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Se ha sentido distante o alejado de la gente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Ha sido incapaz de tener sentimientos de tristeza o de afecto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Ha tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir sus objetivos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Ha tenido dificultad para iniciar o mantener el sueño?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Ha estado irritable o ha tenido accesos de ira?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Ha tenido dificultades de concentración?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Se ha sentido nervioso, fácilmente distraído o permanecido «en guardia»?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿Ha estado nervioso o se ha asustado fácilmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>