



Universidad del Azuay

Facultad de Psicología

Carrera de Psicología Clínica

***“CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS,
EMOCIONALES Y CONDUCTUALES EN
MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA
SEXUAL EN EL CENTRO DE ACOGIDA
MARÍA AMOR EN LA CIUDAD DE
CUENCA”***

Tesis previa a la obtención del título en Psicología Clínica

Autora:

Dayanna Montenegro Moncayo

Director:

Mgst. Fabricio Peralta Bravo

Cuenca – Ecuador

2022

DEDICATORIA

Este trabajo investigativo va dedicado a mi familia, quienes me apoyaron y acompañaron durante este camino, un camino motivado por mi sueño desde pequeña en convertirme en profesional de la salud mental y así servir a la sociedad basándome en los conocimientos y experiencias adquiridas en esta reconocida y querida institución universitaria.

Así mismo, este trabajo va dedicado a una persona muy especial en este momento de mi vida, el cual siempre me motivó a seguir adelante y esforzarme por cumplir mis metas.

AGRADECIMIENTO

Agradezco principalmente a mi tutor de tesis, Mgst. Fabricio Peralta, el cual me brindó su guía y motivación para llevar a cabo esta investigación y a quien admiro mucho por su profesionalidad y sabiduría desde que fue mi profesor años atrás.

Y un especial agradecimiento a la casa de acogida “María Amor” por permitirme realizar la investigación en su centro, así mismo, a aquellas mujeres que decidieron colaborar con el estudio mediante sus datos y experiencias al ser víctimas de violencia.

RESUMEN:

La violencia sexual es un fenómeno que ha estado presente en nuestra sociedad desde siempre, presentándose mayormente a mujeres y menores de edad. Este tipo de violencia, a más de generar problemas físicos, también generan afectaciones mentales, por lo que el objetivo de este trabajo se centrará en identificar las consecuencias psicológicas, emocionales y conductuales de las mujeres víctimas en un rango de edad desde los 18 hasta los 40 años que han sufrido violencia sexual y asisten al centro de apoyo “María amor” en la ciudad de Cuenca. A través de una encuesta ad-hoc y la aplicación del inventario de síntomas SCL-90-R, se obtuvo que no existe un solo diagnóstico relacionado a ser víctima de violencia sexual y que dependerá de distintas características personales y sociales.

Palabras clave: agresión sexual, psicopatología, violencia contra la pareja, violencia contra la mujer.

ABSTRACT

Sexual violence is a phenomenon that has always been present in our society, presenting itself mostly to women and minors. This type of violence, in addition to generating physical problems, generates mental effects, so the objective of this work will focus on identifying the psychological, emotional and behavioral consequences of female victims in an age ranged between 18 to 40 who have suffered sexual violence and attend the “María Amor” support center in Cuenca. Through an ad-hoc survey and the application of the SCL-90-R symptom inventory, it was obtained that there is no one single diagnosis related to being a victim of sexual violence and that it will depend on different personal and social characteristics.

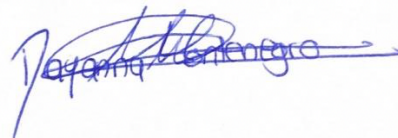
Keywords: sexual assault, psychopathology, intimate partner violence, gender violence.

Translated by



ENTIDAD DEL
AZUAY
Dpto. Idiomas

Dayanna Montenegro



ÍNDICE

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
RESUMEN:	IV
ABSTRACT	V
CAPÍTULO 1	1
INTRODUCCIÓN	1
1.1 DEFINICIONES, TIPOS Y CAUSAS DE LA VIOLENCIA	1
1.1.1 Concepto de Violencia	1
1.1.2 Concepto de Violencia Física	3
1.1.3 Concepto de Violencia Psicológica.....	5
1.1.4 Concepto de Violencia Sexual.....	6
1.1.5 Clasificación de la Violencia Sexual.....	9
1.1.6 Causas de la Violencia Sexual	10
1.1.7 Consecuencias de la Violencia.....	13
1.1.8 Consecuencias psicológicas emocionales y conductuales de la Violencia sexual	16
1.2 Casas de acogida para víctimas de violencia	20
Conclusión	22
CAPÍTULO 2	24
2.1 Participantes	24
2.2 Instrumentos Aplicados	24
2.3 Procedimiento	26
CAPÍTULO 3	27
RESULTADOS	27
3.1 Variables sociodemográficas y características sobresalientes	27
3.2 Diagnóstico con mayor prevalencia en mujeres víctimas de violencia sexual (N. 17) ...	31
3.3 Relación de la psicopatología con las variables sociodemográficas	34
CAPÍTULO 4	40
4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	40
4.1 Discusión	40
4.2 Conclusiones y Recomendaciones	47
REFERENCIAS	49
Anexos	54

INDICE DE TABLAS:

1) TABLA No 1: Variables relacionadas a la violencia sexual	27
2) TABLA No 2: Diagnóstico de las 17 mujeres víctimas de violencia sexual	31
3) TABLA No 3: Índices globales de las 17 mujeres	32
4) TABLA No 4: Relación del diagnóstico y el tipo de violencia sexual	34
5) TABLA No 5: Relación del diagnóstico y el estado civil	35
6) TABLA No 6: Relación del diagnóstico y la escolaridad	36
7) TABLA No 7: Relación del diagnóstico y el rango de edad	37
8) TABLA No 8: Relación del diagnóstico y el lugar dónde ocurrió el acto violento	38
9) TABLA No 9: Relación del diagnóstico y el Parentesco/Relación con el agresor	39

INDICE DE FIGURAS:

1) GRÁFICO No 1: Tipo de violencia sufrió	28
2) GRÁFICO No 2: Tipo de violencia sexual que sufrió	29
3) GRÁFICO No 3: Edad en la que sucedió la violencia sexual	29
4) GRÁFICO No 4: Denunció el acto de violencia sexual	30
5) GRÁFICO No 5: Motivo por el cual no denunciaron el acto violento.....	30
6) GRÁFICO No 6: Diagnósticos con mayor prevalencia	33
7) GRÁFICO No 7: Diagnóstico y tipo de violencia sexual.....	34
8) GRÁFICO No 8: Diagnóstico y estado civil	35
9) GRÁFICO No 9: Diagnóstico y escolaridad	36
10) GRÁFICO No 10: Diagnóstico y Rango de edad	37
11) GRÁFICO No 11: Diagnóstico y Lugar dónde ocurrió el acto violento	38
12) GRÁFICO No 12: Diagnóstico y Parentesco / Relación con el agresor	39

INDICE DE ANEXOS:

1) ANEXO 1: ENCUESTA	54
2) ANEXO 2: INVENTARIO DE SÍNTOMAS SCL-90-R	57

CAPÍTULO 1

INTRODUCCIÓN

Dentro de este primer capítulo se abordará la parte teórica, los conceptos y los distintos tipos de violencia, entre ellas la violencia física, psicológica o también conocida como violencia emocional y por último la violencia de tipo sexual, en la que se hablará sobre la clasificación que existe, además de sus distintos tipos. También se dará a conocer sobre las consecuencias psicológicas que se generan en las víctimas que han sufrido estos actos violentos.

INTRODUCCIÓN

Dentro de este primer capítulo se abordará la parte teórica, los conceptos y los distintos tipos de violencia, entre ellas la violencia física, psicológica o también conocida como violencia emocional y, por último, la violencia de tipo sexual, en la que se hablará sobre la clasificación que existe, además de sus distintos tipos. También se dará a conocer sobre las consecuencias psicológicas que se generan en las víctimas que han sufrido estos actos violentos.

1.1 DEFINICIONES, TIPOS Y CAUSAS DE LA VIOLENCIA

1.1.1 Concepto de Violencia

La violencia ha estado presente desde siglos atrás, incluso en el ámbito religioso (Tamayo, 2019) además, dentro de la mitología griega y en las diferentes culturas e imperios existentes a lo largo de la historia (Villegas, 2018) pues la violencia ha sido asociada a la idea de fuerza y poder frente al otro. Este comportamiento se ejerce sobre personas, animales e incluso objetos y ha aumentado de forma notable y ha emergido con mayor facilidad al exterior, causando un alarmante desarrollo en las últimas décadas. Su presencia y aceptación como algo “normal” varía mediante el constructo social de cada época.

Gran parte de los actos violentos nacen desde el hogar, ya que este lugar no siempre cumple con las necesidades básicas, de afecto y compañía. Puede llegar a convertirse en un sitio de riesgo, con agresiones y conductas violentas prolongadas, que sirven como aprendizaje para los nuevos agresores y para las víctimas, mismas que pueden llegar a sentirse incapaces de escapar de dichas conductas agresivas debido al control que están

sujetas ya sea por la fuerza física, aislamiento, ignorancia o dependencia emocional, económica o legal (Echeburúa y De Corral, 1998).

La OMS (2022) define a la violencia como: el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad, que cause o tenga probabilidades de ocasionar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. Esta definición vincula la intención con la comisión del acto mismo, independientemente de las consecuencias que se producen.

Existen varias definiciones de violencia, y en su mayoría, se habla de la relación que tienen con la imposición de la fuerza física, sin embargo, engloba mucho más ya que hablamos de un término más profundo que hace referencia a cualquier acto de comisión u omisión y cualquier condición que resulte de dichos actos, que prive a los sujetos de igualdad de derechos y libertades e interfiera con su máximo desarrollo y libertad de elegir (Carmona, 1999). Tiene varias formas de manifestarse, sin embargo, se relaciona con aquellos actos que puedan provocar daños físicos o psicológicos al prójimo. Es importante mencionar que, no necesariamente debe existir una consecuencia mediante el contacto físico, ya que también hablamos de violencia a comportamientos como ofensas o amenazas. Una característica principal de esta, es que se busca imponer y obtener un fin determinado en contra de la voluntad del otro. Se puede decir que la violencia es un fenómeno similar a la enfermedad en cuanto a sus efectos, como son: el dolor, lesiones, sufrimiento e incluso la muerte, con la diferencia que la violencia resulta ser una acción intencionada, sin importar en el escenario que se presente, esta tendrá un doble efecto sobre la persona, provocando un malestar tanto en el nivel físico como psíquico, así como secuelas sociales y adaptativas (Pueyo, 2012, citado en Asensi y Díez, 2016).

A pesar de que cualquiera puede ser víctima, no deja de ser curioso que las diferencias de sexo condicionen el tipo de violencia experimentada. Cuando un hombre sufre una agresión, esta tiene lugar habitualmente en la calle y suele estar asociada a un robo, una pelea, un ajuste de cuentas o un problema de celos. Por otro lado, las mujeres, o al menos su mayoría, cuando son víctimas de actos violentos, suelen sufrirlos dentro del hogar y generalmente a manos de su pareja o ex pareja (Echeburúa y De Corral, 1998). Un tercio de las mujeres del planeta es víctima de violencia física o sexual, generalmente desde que es muy joven, 736 millones de mujeres han sufrido este acto por parte de su pareja o por otras personas, además, una de cada cuatro jóvenes de entre los 15 y 24 años

de edad que han tenido una relación íntima han presenciado esta situación al llegar a los 25 años (OMS, 2021).

Es importante conocer algunos datos de la realidad ecuatoriana donde la violencia se ha vuelto cotidiana y un tema ampliamente extendido, según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos evidenció que 65 de cada 100 mujeres en el Ecuador, han experimentado por lo menos un hecho violento en alguno de los distintos ámbitos a lo largo de su vida (INEC, 2019).

Según cifras oficiales, recopiladas por ONU Mujeres, seis de cada 10 mujeres han experimentado algún tipo de violencia de género y una de cada cuatro ha sufrido agresión sexual. Del total de quienes han sufrido violencia, un 69,5% de los casos involucran a sus ex parejas o parejas actuales (Dannemann, 2019).

Cabe mencionar que el ambiente familiar es un factor que influye de gran manera frente a los distintos tipos de abusos, debido a que la expresividad emocional positiva y la disfunción familiar tienen relación y pueden acentuar los efectos a largo plazo, por lo que al vivir en un hogar basado en un funcionamiento negativo dentro de la familia como la presencia de un control excesivo, falta de expresividad y de cohesión, puede generar aspectos negativos en la vida de la persona (Arboleda, Cantón y Duarte, 2011). Todos estos comportamientos agresivos y violentos, sobre todo dentro del hogar, están relacionados con un intento de control dentro la relación, especialmente de la pareja, por lo que se puede explicar que los hombres protagonicen este maltrato debido a las creencias de que este es el género con poder, fuerza y autoridad dentro la sociedad, poniendo así al género femenino en condiciones de vulnerabilidad, debilidad y sumisión. Sin mencionar, que también se trata a los niños, ancianos e incapacitados como sujetos indefensos dentro del hogar, volviéndose blancos fáciles para ser víctimas de cualquier tipo de violencia (Corsi, 1994, citado en Arboleda, Cantón y Duarte, 2011).

1.1.2 Concepto de Violencia Física

La UNICEF (2013) define a la violencia física como todo acto que incluya un castigo físico, formas de tortura y tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes. El castigo físico se refiere a todo castigo que utilice la fuerza física con el fin de causar dolor o malestar por leve que sea.

La violencia física se considera una invasión del espacio físico de la otra persona y origina un impacto de forma inmediata en el cuerpo de la otra persona, la cual puede presentarse de varias formas, independientemente del grado o consecuencia que genere

en el cuerpo de la víctima, a través del contacto directo con el cuerpo causando lesiones ya sean internas, externas o ambas con cualquier tipo de objeto, arma blanca o de fuego, por medio de las restricciones de los movimientos de esta como encerrándola o amarrándola e incluso obligar a ingerir ciertos productos o sustancias como alcohol y otras drogas. Además, estos actos pueden manifestarse en consecuencias mortales como suicidio, homicidio, mortalidad materna y mortalidad relacionada con enfermedades de transmisión sexual, especialmente de SIDA (OMS.2002).

Este tipo de violencia puede presentarse dentro de cualquier ámbito, ya sea laboral, familiar, escolar, por parte de las autoridades o de la pareja o expareja, etc., siendo la última mencionada, la más frecuente y alarmante desde varios años atrás (Camacho, 2014) debido a la creencia del poder, superioridad y pertenencia asociado al género masculino y que cada vez se presenta un incremento del número de víctimas a nivel global, sin importar su edad, cultura e ideología. Dentro de esta, se puede decir que hablamos de maltrato físico cuando las conductas implicadas como puñetazos, golpes, patadas, señales de estrangulamiento, etc. son reflejo de un abuso físico. Estas actitudes se presentan de diversas formas, sin embargo, la situación de riesgo para la integridad más común para la mujer puede ser el momento que decide separarse de la pareja, ya que en este momento el agresor se da cuenta de que la pérdida es probablemente inevitable (Echeburúa y Corral, 1998).

Existe otro tipo de manifestación para este tipo de violencia, llamada la violencia Ginecosbétrica, misma que se ejerce por profesionales de la salud hacia las mujeres embarazadas, en labor de parto y puerperio, controlando su vida sexual y reproductiva, ya sea por el uso excesivo de medicamentos, aplicación de prácticas médicas inadecuadas como la realización injustificada de cesáreas, violación a la privacidad, o incluso la negación al tratamiento y la detención de las mismas o de sus recién nacidos en las instalaciones por falta de pago, estos actos sin la autorización de la mujer (Toledo, 2018). En pleno siglo XX, la maternidad se volvió un fenómeno global y la asistencia al parto normal pasó de ser practicada dentro del interior del hogar a una sala de hospital debido a una mayor seguridad y mejores resultados obstétricos, aunque las prácticas de asistencia al parto difieren de un lugar a otro ya sea por componentes culturales o por las diferencias en las praxis obstétricas, entonces, la mujer en estado de gestación comienza a ser vista como alguien que requiere de asistencia médica, donde prima el dominio médico sobre el proceso natural del nacimiento y sobre la posesión y control de la mujer sobre su propio cuerpo (Lampert,2021). El rol de los profesionales sanitarios toma preminencia y con su

poder, subordina la maternidad al modelo biomédico, centrado en lo biológico y la tecnología, mientras se excluye completamente el proceso emocional del nacimiento (Walsh, 2010 citado en Lampert, 2021).

Esta sigue presente en la sociedad a pesar de que varios movimientos se han levantado contra este poder del equipo médico, y se han dado varias conferencias, en las cuales se ha aceptado este problema e incluso, la OMS ha establecido estrategias para un parto más humanizado, lo que implica restablecer a la embarazada como un sujeto activo, empoderarla, darle el control de su parto, donde el equipo médico trabaje para esta y su proceso, el cual debe basarse en evidencia científica y no en prácticas médicas que neutralizan a la mujer y dificultan el parto natural vaginal, además de reconocer, validar y respetar las prácticas ancestrales de pueblos originarios, respetándolas y por tanto introduciendo la multiculturalidad en el proceso del nacimiento (Lampert, 2021).

1.1.3 Concepto de Violencia Psicológica

La violencia Psicológica o también llamada violencia emocional, consiste en todo acto que incluya un maltrato psicológico, un abuso o una agresión de forma verbal, o un descuido emocional. Trata de cualquier omisión u acción que causa o puede causar directamente un daño psicológico, y esta suele valerse del lenguaje, ya sea de tipo verbal como gestual (Sanmartín, 2007).

Puede manifestarse mediante un tipo de interacción persistente y perjudicial, provocando miedo a través de la intimidación, posturas y gestos amenazantes contra la persona o sus familiares, mascotas o incluso bienes; conductas de restricción como el control de sus relaciones, forzarla a aislarse de personas y situaciones o de las salidas fuera de casa, conductas frecuentes de desvaloración y disminución del autoestima por medio del rechazo, discriminación, insultos, humillaciones, críticas y al desvalorizar la salud mental de la víctima; conductas destructivas referidas a objetos con un valor económico o afectivo. También se da este tipo de violencia al exponer a otra persona a condiciones de detención denigrantes, humillantes y de aislamiento. Además, al exponer a la persona a otros tipos de violencia (física, sexual, etc) existe una relación directa a que repercute en el aspecto emocional, ya que el objetivo de cualquier tipo de violencia es afectar emocionalmente a la víctima. Generando un desgaste a nivel psicológico y por consecuencia, más complicaciones. Cabe recalcar, que además de generarle dichas afectaciones emocionales, está presente la culpabilización a la víctima de las conductas del agresor.

Este tipo de maltrato puede ser el reflejo de diversas actitudes por parte del maltratador, por ejemplo, la presencia de la hostilidad, la cual se manifiesta en forma de reproches, insultos y amenazas; la desvalorización, misma que supone un desprecio de las opiniones, tareas o incluso, el propio cuerpo de la víctima y la indiferencia, la cual representa una carencia de atención a las necesidades afectivas y los estados de ánimo de la mujer (Echeburúa y Corral, 1998).

Dentro de este tipo de violencia, como ya mencionamos anteriormente, se encuentran otras manifestaciones de violencia como: la violencia patrimonial, la cual se presenta cuando el agresor esconde los objetos de valor de la víctima o los documentos personales o no le permite disponer de los bienes comunes (Córdoba, 2017); la violencia política, esta se define como acto o conjunto de actos de presión, persecución, hostigamiento o amenazas, cometidos por una o varias personas de forma directa o a través de terceros en contra de mujeres candidatas, electas, designadas o en ejercicio de la función político pública o en contra de sus familias, con el propósito de suspender, impedir o restringir las funciones inherentes a su cargo, para inducirla u obligarla a realizar una acción en el cumplimiento de sus funciones o en el ejercicio de sus derechos en contra de su voluntad (LCAVOMB, 2012, citado en ONU Mujeres, 2019) y la violencia digital, misma que ha tenido una aparición en los últimos años y un crecimiento acelerado dentro de la sociedad a medida de la expansión de la tecnología. La violencia digital, se da en un espacio virtual y se ejerce por medio de redes sociales, imágenes, llamadas, videos y otras modalidades, que se manifiestan por chantajes, abuso verbal, ataques, etc. especialmente a las mujeres, niñas y adolescentes (Instituto Superior Tecnológico Central Técnico, 2020).

1.1.4 Concepto de Violencia Sexual

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, la violencia sexual, se define como todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo (OMS, 2002, citado en Rondón, 2016).

Con respecto a la violencia sexual, históricamente se han utilizado diferentes modelos de relación de las personas con su sexualidad y la de los demás. Desgraciadamente, la obligatoriedad de ajustarse a dichos modelos ha provocado

múltiples episodios de violencia sexual, siguiendo los intereses de los grupos sociales dominantes. Millones de mujeres y niñas de diferentes edades y culturas alrededor del mundo, han sufrido de una represión social y de brutales agresiones sexuales, debido a que a lo largo del tiempo estos comportamientos, se han utilizado como un mecanismo de control social o como recordatorio de que el género femenino no es más que un objeto deseable. Iniciando desde las culturas prehistóricas y los periodos de la Edad Antigua hasta llegar a conservar ciertas conductas y creencias hasta la actualidad. Las mujeres empezaron a ser discriminadas desde los inicios de las civilizaciones con actos “simples” como quedarse la mayor parte del tiempo cuidando a los hijos y no participar en ciertas actividades de supervivencia como la caza. Dentro de estos periodos, surge el descubrimiento por parte del hombre de que sus genitales podían servir como un arma para generar miedo. Además, una vez que los hombres tuvieron “título de posesión” de un cuerpo femenino específico, tenían la obligación de defenderlo de otros potenciales rivales, lo que significaba la imposición de la castidad, la monogamia y la pertenencia. Así pues, un acto violento cometido contra el cuerpo de estas, pronto se convirtió en un crimen perpetuado contra la posesión de los hombres, sin dar importancia al interés de las mismas. Por tanto, las mujeres sufrieron una situación de total desigualdad ante la Ley, puesto que aun siendo violadas y agredidas sexualmente no podían reclamar justicia. También, los matrimonios forzados de niñas, se extendió durante todo el Imperio Romano, pese a que en su Derecho no adquiría naturaleza legal hasta los doce años. Muchos de los maridos presionaron a los juristas romanos para que legislaran sobre el adulterio, tanto de niñas como de mujeres adultas, aceptaron sancionar y castigar a toda clase de adúlteras. También, estuvo presente este tipo de violencia dentro de las guerras y conquistas, donde se mantenía la idea de que los hombres eran los guerreros y las mujeres hijas, esposas y madres, pero además eran capturadas como botín, esclavizadas, prostitutas y violadas (Fraile, 2020).

De esta forma se han mantenido ciertas creencias y comportamientos hasta la actualidad, si bien las mujeres han avanzado y evolucionado dentro de la sociedad mediante varias actividades como el voto, participación dentro de la política, o la creación de movimientos más grandes que defienden los derechos del género femenino. Siguen apareciendo nuevos casos de mujeres víctimas de estos tipos de violencia a toda hora y en todo lugar.

Este término, puede manifestarse de varias formas, pueden ir desde comentarios sexuales, la masturbación o exposición de los genitales frente a la víctima sin su consentimiento con el fin de ocasionar algún tipo de consecuencia o caricias no deseadas hasta comportamientos más atroces como el abuso y agresión, o incluso la explotación y comercialización de cualquier tipo de contenido sexual, estos comportamientos se pueden dar mediante conocidos de la víctima como familiares y amigos o por personas totalmente extrañas (Tibaná et al., 2020). Pueden presentarse en distintos medios, ya sea dentro del mismo hogar, escenario en el que ha estado presente estos actos desde siglos pasados, también dentro de instituciones públicas como la escuela, trabajo o incluso en la calle o el transporte público, lo cual es cada vez más común dentro de nuestro día a día.

La violencia sexual es uno de los fenómenos más frecuentes, que ha causado un gran impacto en la sociedad, y que genera en la víctima múltiples y graves consecuencias a corto y largo plazo después del suceso agresivo, en el caso de víctimas menores de edad, se generan con una mayor probabilidad, repercusiones en su vida adulta (Echeburúa y De Corral, 1998).

Hablamos de maltrato sexual cuando existe un establecimiento forzado de relaciones eróticas, sin la más mínima contrapartida afectiva, o a la imposición de conductas percibidas como degradantes por la víctima (Corsi, 1995, citado en Echeburúa y Corral, 1998). Cabe recalcar que una de las más comunes, es el abuso o agresión sexual dentro de la relación de pareja, el cual se centra en el agresor como pareja de la víctima, ya sea un noviazgo, unión libre o matrimonio, donde una de las partes se ve obligada a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad debido al rol autoritario que ejerce el perpetrador y el rol permisivo de la víctima. La mayoría de estos casos, no han sido denunciados por miedo y amenazas por parte de los agresores, los mismos que pueden ser profesionales, autoridades, de cualquier edad, o incluso pueden compartir el mismo grupo sanguíneo de manera directa con la víctima (OPS, 2010).

La Organización Mundial de la Salud, señala que cada año 150 millones de niñas en el mundo (17%) son forzadas a mantener relaciones sexuales y otras formas de violencia sexual (OMS, 2017). Un mayor aumento se da en la región Latinoamericana, donde las tasas de victimización sexual infantil oscilan entre el 26% y el 38% (Ulibarri, Ulloa y Camacho, 2009, citado en Rivas, Bonilla y Vázquez, 2020). No es fácil determinar la incidencia real de este problema debido a que generalmente se da en el

contexto privado y gran parte de los abusos no son informados o denunciados, ni por las víctimas ni allegados, ya sea por prejuicios, miedo a que no les crean, por amenazas de los mismos agresores, por un desconocimiento o por falta de oportunidades. En el Ecuador, una de cada 4 víctimas de abuso sexual nunca dijo lo que le había pasado. Las víctimas se quedaron calladas por temor a represalias, vergüenza, impotencia o por miedo a las amenazas. Y de aquellas que avisaron, a una de cada 3 nunca le creyeron (unicef, 2018). Cabe recalcar, que en la sociedad, desde el hogar hasta el sistema judicial aún se sigue culpabilizando a las víctimas de violencia sexual, por diversos factores, como la vestimenta, la hora en la que sucedió el acto, el uso del alcohol o de otras sustancias, entre otras.

1.1.5 Clasificación de la Violencia Sexual

Esté término se puede manifestar en varias formas como:

- La violación o agresión sexual: misma que es una de las más significativas, ya que se trata de una penetración forzada físicamente o empleando otros medios de coacción, ya sea usando el miembro sexual, objetos u otras partes del cuerpo (OMS, 2002); el abuso sexual a menores, que se define por aquellos comportamientos en el que un menor de edad es utilizado por una persona adulta u otro menor con fines sexuales.
- El Abuso sexual: estos comportamientos hacen referencia a los tocamientos forzados, es decir, cualquier tipo de contacto sexual o caricias no deseadas que pueden darse por parte de conocidos o personas totalmente extrañas (Pérez, 2019).
- La explotación sexual: se trata de una situación donde una persona abusa de su posición de poder o de confianza de una o varias personas en situación de vulnerabilidad como refugiados, solicitantes de asilo, discapacitados o migrantes para obtener relaciones o favores de tipo sexual, esto se da por medio de la fuerza o de la intimidación (Maqueda, 2000).
- El acoso sexual: al igual que todas las mencionadas, es una conducta no deseada de naturaleza sexual como insinuaciones, observaciones, etc. que se puede presentar en el ámbito laboral, escolar, entre otros. No necesariamente debe existir un contacto físico entre el agresor y la víctima para que se considere un acto de violencia sexual. Dentro de este apartado, se encuentran manifestados cuando el agresor muestra los genitales o el cuerpo desnudo a otros sin su consentimiento,

la masturbación pública o el observar a otra persona en un acto sexual o privado sin su conocimiento o permiso (National sexual Violence Resource Center, 2021).

1.1.6 Causas de la Violencia Sexual

La violencia no es inevitable, ni tampoco instintiva, de hecho, hay individuos y grupos que muestran un alto grado de violencia, y otros individuos y grupos que muestran muy poca. Sin embargo, no existe un factor que explique por sí solo porqué una persona se comporta de manera violenta y otra no (OMS, 2002).

Existen ciertas hipótesis sobre las raíces de la violencia en general, una de ellas, el modelo ecológico, un análisis realizado en el marco del Informe Mundial sobre la violencia y la salud, el cual trata de esclarecer las causas de la violencia y sus interacciones, se relaciona con factores biológicos, sociales, culturales, económicos y políticos que influyen en estos comportamientos, está basado en un nivel de tipo individual, relacional, comunitario y social y examinan factores biológicos, historia personal, relaciones familiares, con amigos y pareja y su relación con comportamientos violentos, los contextos donde se desarrollan las relaciones sociales y además, identifican características que aumentan el riesgo de que estos actos sucedan y normas sociales que alientan o inhiben la violencia (OMS, 2002).

También, se trata de dar una explicación sobre los comportamientos y personas violentas de cualquier tipo, desde otras teorías explicativas acerca de la agresión, como la teoría del instinto agresivo (innato), la teoría de la frustración/agresión, la teoría del aprendizaje social o la teoría del condicionamiento operante de Skinner, sin embargo, ninguna de estas teorías por sí sola puede explicar la violencia y caen en un reduccionismo al intentar establecer relaciones lineales entre factores (Espín et al., 2008).

El hombre que violenta sexualmente no es exclusivo de una determinada clase social, puede existir en cualquier ciudad y lugar. Aunque no es posible generalizar sobre las características personales de aquellos que provocan este tipo de actos. Distintos estudios sobre los agresores en la violencia de género demuestran que existen ciertas peculiaridades, vivencias y situaciones específicas comunes a la mayoría de ellos. Un gran porcentaje de maltratadores han sido víctimas o testigos de malos tratos, adoptando este comportamiento como una forma normal de relacionarse. Lo han experimentado

como sistema de poder, aprendiendo que, ejerciéndolo en el hogar, obtienen la máxima autoridad y consiguen lo que quieren (López, 2004).

Tanto en los autores de los actos de violencia sexual como de las víctimas, es posible que haya existido una exposición al maltrato infantil y haber presenciado escenas de violencia familiar. Con respecto al aprendizaje, es un hecho que si la violencia tiene éxito, habrá una gran posibilidad de volverla a utilizar; por lo tanto, el aprendizaje de la agresividad desempeña un papel destacado, desde el discurso y desde el modelaje (Ceccato et al., 2012). Además, existe una posibilidad de que estos actos violentos se den gracias al uso de alcohol y otras sustancias, lo cual tiene gran relación con los actos de violencia, un bajo nivel de instrucción, antecedentes de violencia, discordia e insatisfacción marital, frustración y dificultades de comunicación entre los miembros de la pareja, conductas de control por parte del agresor hacia la pareja. Se ha evidenciado que los casos de violencia doméstica, aumentan en condiciones de miseria, desempleo, o discusiones banales como de aficionados perdedores al fútbol (OMS, 2021).

Se percibía a los abusadores sexuales como individuos socialmente aislados por sus conductas perturbadoras y crueles contra las normas de una sociedad, se tenía la idea de que al hablar de abusadores, nos referíamos a las personas delincuentes, impulsivas, drogodependientes, descontrolados y con la presencia de alguna enfermedad mental severa (Yugueros, 2014) o algún problema de degeneración sexual, no obstante, existen abusadores que llegan a ser todo lo contrario, con comportamientos aparentemente normales, obedientes a reglas sociales, trabajadores y no necesariamente alcohólicos o drogadictos, incluso llegan a profesores o padres de familia de la víctima. En una investigación, se encontró que, de 19 abusadores, 52,6% eran padres y o padrastros, 21,1% eran otros parientes hombres, 21,1 % eran hombres conocidos, pero sin parentesco y solamente el 5,3 %, un hombre extraño” (Deblinger et al.,1990, citado en Parreño, 2011). Es importante tener en cuenta que a pesar de conocer ciertas características las cuales son comunes y frecuentes dentro de la personalidad de los abusadores, cada uno de estos tendrá diferentes rasgos, motivaciones e historias para cometer estos comportamientos.

Algunos de los factores que aumentan el riesgo de que un hombre cometa una violación, guardan relación con las actitudes y creencias, así como las conductas originadas por determinadas situaciones y condiciones sociales que hacen viable la

perpetración de actos de abuso y los sustentan (OMS, 2002). También, los hombres maltratadores suelen tener una imagen muy negativa de sí mismos, provocando esto una baja autoestima, sintiéndose por esto fracasados como persona, y consecuentemente actuando de forma amenazante, omnipotente y reforzándose así con cada acto de violencia (López, 2004).

Las características comunes, en la persona agresiva en cualquier ámbito suelen ser el haber desarrollado un trastorno de la personalidad antisocial, aunque entre los hombres violentos se encuentre un porcentaje elevado de psicópatas y neuróticos entre la población normal (Conger y Miller, 1966 citado en López, 2004), la agresividad no es causa solo de este perfil de personas. Esto, se demuestra cuando el hombre “normal” que sabe qué hace un daño a su víctima, por lo que trata de disculparse, mediante el remordimiento o la autocrítica (López, 2004).

El hombre violento ya sea de forma física, psicológica o sexual, es el resultado de un sistema social que ofrece los ingredientes para alimentar esta forma de actuar. Aspira a ejercer un poder y control absolutos sobre su pareja en lo que hace y en sus pensamientos y sentimientos más íntimos. Consideran a su pareja como una posesión que tienen derecho a controlar en todos los aspectos de su vida (Espada y Torres, 1996c citado en López, 2004). Por lo que un factor de riesgo es que la persona tenga comportamientos dañinos como múltiples parejas o actitudes de aprobación y apoyo de la violencia de género, con relación a ciertas normas comunitarias y leyes discriminatorias que otorgan privilegios y una condición de superioridad al género masculino como el escaso acceso de la mujer a un empleo remunerado y otras actividades. Sabemos que no existe un perfil definido para ser un agresor, aunque estudios coinciden en que uno de los más importantes es la internalización de los estereotipos de género y la masculinidad hegemónica, es decir, un ideal de ser hombre, una aspiración a cómo debería funcionar su identidad para una aceptación social y un reconocimiento de poder (Observatorio Nacional de la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar, 2019). Además, este tipo de personas agresoras suelen ser patológicamente celosos, queriendo ser los primeros y últimos, y por tanto los únicos, en la atención de sus mujeres (López, 2004).

Debido a que una de las formas más comunes de violencia sexual es la causada por la pareja, uno de los factores de riesgo más importantes que aumentan la vulnerabilidad de las víctimas de violencia, especialmente mujeres, es estar casada o

convivir con una pareja, también comprenden el ser joven, consumir alcohol u otras drogas, haber sido violada o abusada sexualmente con anterioridad, tener un gran número de compañeros sexuales, bajo nivel de instrucción y pobreza y dependencia económica (OMS, 2002), Además, se cree que poseen características generales para ser agredidas, pueden ser blanco fácil para enfrentarse a estos actos violentos debido a su baja autoestima y a su falta de decisión, establecimiento de límites, su forma de afrontar dichas situaciones difíciles, sus rasgos y comportamientos de sumisión. Además, influye de gran manera sus experiencias pasadas y las creencias que tenga sobre la violencia ya que varias de las víctimas han crecido con la idea de que estos actos son “normales”. También se llega a creer que estas son masoquistas, pasivas, débiles e ingenuas, e incluso que provocan la violencia y dan una respuesta negativa cuando en realidad si lo desean. Y especialmente en menores de edad, existe la creencia que fantasean, mienten, que no entienden que está pasando, por lo tanto, que no sienten (Yugueros, 2014).

1.1.7 Consecuencias de la Violencia

La ONU define a la víctima como aquella persona que ha sufrido un perjuicio, entendiéndolo por ello una lesión física o mental, sufrimiento emocional, pérdida o daño material, o un menoscabo importante en sus derechos, como consecuencia de una acción u omisión que constituya un delito con arreglo a la legislación nacional o el derecho internacional, o bien sea un acto de abuso de los poderes públicos. Esto se puede aplicar no solo a la persona victimada, sino también a colectivos, tales como entidades o asociaciones, así como a los familiares de la víctima y aquellas que intentaron auxiliarla durante la perpetración del delito (United Nations, 1988).

Sabemos que el maltrato a la salud física y mental trae consigo varias consecuencias en distintos ámbitos de la persona afectada, interfiriendo así en una o varias de las esferas vitales como la parte personal, familiar, social, laboral o académica e incluso económica. Estas secuelas, pueden presentarse de distintas formas y niveles de afectación, sin embargo, en varias ocasiones, llegan a presentarse de manera significativa. Además, es común que los familiares, específicamente, los hijos de las víctimas, también sufran de estos tipos de consecuencias de forma inmediata o a largo plazo.

La violencia contra las mujeres, desde la perspectiva de género, y a diferencia de otros tipos de violencia, se presenta como una agresión a los derechos humanos, cuya expresión práctica y objetiva es el trato indigno. Tales afectaciones pueden manifestarse

de distintas maneras, y pueden ir desde problemas físicos, problemas emocionales, problemas funcionales, problemas de tipo sexual, problemas de conducta y adaptación a la sociedad e incluso, problemas para relacionarse con las parejas y/u otros individuos. Sin mencionar, que todas estas contribuyen a un deterioro en la calidad de vida, además, de generar y mantener un modelo mediante una secuencia de tales patrones en los cuales se naturaliza a la violencia.

Una persona puede ser víctima de cualquiera de estos tipos de violencia, e incluso varias de ellas a la vez, pero independientemente del tipo de violencia que se presente, generará consecuencias tanto físicas como psicológicas, en función de diversas variables tales como la personalidad, sus recursos, experiencias y habilidades de afrontamiento, el apoyo social y características específicas del maltrato con relación a su duración y grado de violencia. Las complicaciones en este tipo de víctimas pueden presentarse desde alteraciones en las facultades mentales hasta el desarrollo de trastornos psicológicos severos y conductas de riesgo. Cabe recalcar que estas complicaciones pueden estar presentes de manera individual o puede existir una comorbilidad, es decir, una combinación de estas en el mismo periodo de tiempo.

En cuanto a las consecuencias psicológicas de la violencia física y psicológica, se calcula que el 60% de las mujeres maltratadas tiene problemas psicológicos moderados o graves (Lorente, 2001, citado en Rincón, 2003). Estas situaciones provocan un impacto psicológico significativo en la mayoría de sus víctimas, produciendo reacciones distintas en función de diversas variables relacionadas a la víctima y a su agresión.

Cuando la violencia se presenta con regularidad y con periodos de remordimiento y afecto por parte del agresor, generan en la víctima sentimientos de alerta y ansiedad elevada, esta percepción de amenaza y de inseguridad provoca miedo, alteraciones en la concentración, en los estados de ánimo y un estado de hipervigilancia constante (Zubizarreta, 2004). Dentro de las afectaciones más frecuentes, se encuentran los Trastornos de Ansiedad, como: la ansiedad generalizada, se representa por una preocupación de forma constante por uno o varios temas de la vida cotidiana que pueden ir desde el trabajo hasta la salud de ella o de los demás; la Agorafobia, la cual se basa en el miedo y malestar intenso a estar en espacios abiertos, donde es difícil escapar o donde no se podría disponer de ayuda, se caracteriza por la evitación casi permanente de situaciones que van desde salir de casa hasta el no poder subir a un transporte público; y

el Trastorno de estrés postraumático (Echeburúa et al., 2006; Aguirre et al., 2010; Organización Panamericana de la Salud, 2003), se lo conoce como la huella psicológica referida al estrés ocasionado por el agresor y la nueva forma de vida adaptativa como consecuencia de la agresión, da lugar a síntomas y síndromes relacionados a los modos de reacción y a los cambios de personalidad que se dan cuando la persona ha sufrido este tipo de agresiones, la reacción emocional experimentada implica una respuesta intensa de miedo, horror o indefensión. Se asocia a la vivencia de agresión o violencia por parte de la pareja, especialmente de un hombre hacia la mujer.

La violencia doméstica podría ser un evento estresante y significar la pérdida de una relación afectiva importante (Rincón, 2003) desencadenando afectaciones emocionales como el trastorno de depresión, el cual se caracteriza por un sentimiento de tristeza constante, baja energía, pérdida de interés en las actividades que generaban placer, sentimientos de culpa, entre otras alteraciones que pueden causar dificultades significativas en la vida cotidiana (Llosa y Canetti, 2010; Organización Panamericana de la Salud, 2003).

Se puede presentar el abuso o dependencia de alcohol y otras sustancias, para este tipo de víctimas son vistas como una salida o mecanismo de defensa frente a los recuerdos traumáticos y dolorosos del pasado. El consumo de sustancias parece ser más frecuente en víctimas de violencia de género que en el resto de la población femenina (Devries et al., 2014, citado en Rivas, Bonilla y Vásquez, 2020). Estudios indican que entre el 25%-75% de las mujeres adictas al alcohol u otras sustancias han padecido más tipos y gravedad de violencia (Caldentey et al., 2017, citado en Rivas, Bonilla y Vásquez, 2020).

Aparecen problemas en cuanto a su autoestima, las mujeres con poca autoestima suelen presentar dependencia emocional y características de una personalidad sumisa, contribuyendo con la violencia permitiendo malos tratos físicos, psicológicos y/o sexuales (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2017, citado en Gómez y Mantilla, 2018). La tendencia a culparse por lo sucedido, las críticas constantes y la privación de relaciones con otras fuentes de refuerzo social suele ayudar al desarrollo del problema de autoestima (Lynch & Graham-Bermann, 2000, citado en Rincón, 2003).

Además en las víctimas se pueden encontrar comportamientos como: la ideación suicida, la cual va desde el deseo, las fantasías y la evaluación de la posibilidad de quitarse

la vida; las autolesiones, generalmente el cortarse ciertas partes del cuerpo, o el suicidio consumado (Llosa y Canetti, 2010), debido a que no ven otra salida, muchas de ellas están expuestas a sufrir de esta violencia por reiteradas veces y algunas se encuentran en condiciones de aislamiento, lo que implica un factor de riesgo para el suicidio (Blaauw et al., 2002, citado en Rincón, 2003). La OMS en su “Informe sobre la Salud en el Mundo 2001”, da a conocer la relación entre violencia doméstica y los pensamientos suicidas, donde la ideación suicida es significativamente superior en mujeres que han vivido malos tratos (WHO, 2001). Dentro del País, antes de terminar el 2020, se dieron a conocer 977 casos de suicidios donde, el 90% de las motivaciones principales de estos hechos son por problemas sentimentales y por violencia intrafamiliar (DINASED, 2020)

Se ha encontrado en estas víctimas la presencia de problemas relacionados a la esfera sexual, padecimientos psicosomáticos, o la presencia de síntomas y trastornos disociativos, este último referido a aquellas situaciones en las que existe una alteración de las funciones integradoras de la conciencia, la identidad, la memoria y la percepción del entorno (APA, 2002; Organización Panamericana de la Salud, 2003). Así como: sensación de indefensión, rumiaciones negativas, déficit en el afrontamiento y solución de problemas, labilidad emocional, y alteraciones del sueño como insomnio (Labrador et al., s/f; Organización Panamericana de la Salud, 2003), aislamiento social, negligencia o falta de responsabilidad en las obligaciones, problemas de conducta, inestabilidad en relaciones sociales y de pareja, dificultad en la crianza de los hijos y una alta probabilidad de la transmisión intergeneracional de las prácticas parentales como el maltrato, uso del castigo físico, inadecuado afrontamiento de problemas.

1.1.8 Consecuencias psicológicas emocionales y conductuales de la Violencia sexual

El abuso sexual siempre tendrá efectos, estos varían según la edad, el grado de desarrollo cognitivo y emocional, el daño físico producido, los factores resilientes, el contexto cultural, el tipo de vínculo con el agresor, la duración y tipo de abuso, la utilización de amenazas o manipulación, la detección temprana, la reacción y actuación de la persona que detecta o recibe la revelación espontánea de los hechos y el tratamiento proporcionado. Es importante mencionar que el sexo y edad del agresor o los medios utilizados no hacen diferencia alguna en las consecuencias (Alumbra, 2020).

Generalmente, el sufrir un abuso sexual durante la infancia, es un factor de riesgo significativo para el desarrollo psicopatológico en la etapa adulta, debido a factores

generados a largo plazo. Muchas de estas afectaciones pueden presentarse de manera individual o en conjunto, sin embargo cualquiera de estas, pueden llegar a transformarse en problemas aún más serios, como ideas suicidas e intentos de suicidio (OMS.2002).

Con respecto a las consecuencias psicológicas emocionales de la violencia sexual, no existen diferencias significativas en cuanto a las secuelas de la violencia física y psicológica en comparación con la violencia de tipo sexual, en esta última, uno de los múltiples problemas emocionales principales es de igual forma, el Trastorno de estrés postraumático (TEP), en el cual, el diagnóstico ha sido más frecuente en mujeres víctimas de abuso físico y sexual por parte de su pareja, siendo agredidas de manera violenta y grave en la mayoría de los casos, provocando a nivel físico, traumatismos, hematomas y laceraciones leves en el menor de los casos (Londborg et al., 2001; Puigcerver Báguena, 2001; Organización Panamericana de la Salud, 2003).

Sin embargo, la presencia de problemas emocionales es más alta a raíz de la violencia sexual, como los trastornos depresivos y bipolares, otros trastornos de ansiedad, trastornos de la personalidad, siendo en este último el más común, el trastorno límite de la personalidad, el cual se ha encontrado una estrecha relación con el abuso sexual infantil, el 70 % de las víctimas han desarrollado esta patología en la adultez (Linehan, 2006). También las conductas autodestructivas, conductas autolesivas (Rodríguez et al., 2012) e incluso, existen varios estudios que han señalado una relación entre el abuso sexual y algunos de los trastornos de la conducta alimentaria, algunos autores concluyen que la adversidad infantil puede tener un rol importante en la bulimia pero no en la anorexia. Asimismo, Waller & Ruddock (1995), observan una mayor frecuencia de atracones en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria con historia de abuso sexual infantil. Son pocos los estudios que se centran exclusivamente en pacientes con anorexia nerviosa, sin embargo, coinciden en señalar que la relación se da con la anorexia subtipo purgativo y no restrictivo (Carter et al., 2006, citado en Villarroel, 2008).

También, otros síntomas que se presentan con frecuencia en víctimas de violencia sexual, son las crisis de ansiedad, el miedo a ser atacadas nuevamente, fobias, cambios bruscos en su temperamento y ataques de pánico. Se relaciona al abuso sexual intrafamiliar con serias patologías y desórdenes psicológicos en la adultez. Las víctimas tienden a adquirir con mayor facilidad trastornos relacionados con los afectos

(ciclotímicos), trastornos obsesivos – compulsivos y ansiedad patológica (Finkelhor, 1990; Browne, 1993 en Merlyn, 2006, citado en Parreño, 2011).

Según el análisis de 2013, las mujeres que han sufrido violencia de pareja tienen casi el doble de probabilidades de padecer depresión y problemas con la bebida (OMS,2021). En cuanto a este último, se conoce que quienes han pasado por eventos traumáticos durante la niñez asociados a la violencia, como el maltrato psicológico, físico y/o sexual, han desarrollado conductas relacionadas con el consumo abusivo de sustancias, tabaco, alcohol y otras drogas (Organización Panamericana de la Salud, 2003). Atravesar por sucesos vitales estresantes, la frecuencia y la duración de los abusos, la posible violación y la vinculación familiar con el agresor influyen de forma negativa en su evolución (Finkelhor,1999, citado en Rivas, Bonilla y Vázquez, 2020). La relación entre la violencia y el consumo puede presentarse como un círculo vicioso, ya que puede ser una estrategia de afrontamiento, además de que representa un factor de riesgo para que padezcan maltrato de manera reiterada y con una mayor gravedad (Simonelli, Pasquali y De Palo, 2014, citado en Rivas, Bonilla y Vázquez, 2020).

Otro aspecto es la aparición de efectos durmientes en ciertos casos, los cuales se refieren a que la víctima muestra conflictos significativos inmediatos al abuso, por lo que, con el paso del tiempo, se manifiestan en otros problemas emocionales o conductuales, ya sea después de un año o en ocasiones, la edad adulta, en la cual aparece por diversas razones como un recuerdo o suceso estresante en relación al abuso (Cantón y Cortés, 2015).

Se ha encontrado que las víctimas tienen una fuerte tendencia a desarrollar trastornos disociativos de la personalidad y trastornos de despersonalización, También otros como presentes de forma frecuente como el sentimiento de culpa, de rechazo, vergüenza, desconfianza, confusión, miedo, problemas para relacionarse en el ámbito social/familiar/laboral o conductas antisociales o impulsivas, baja autoestima, conductas autolesivas, negligencia en las obligaciones y conductas de riesgo. Además, debido a la represión como mecanismo de defensa. Se presentan varias afecciones en el ámbito sexual cuando la víctima llega a la adultez. Existe una fuerte tendencia a crear relaciones de pareja poco sólidas así como construir vínculos deficientes con los hijos en caso de tenerlos. El ser abusadas por alguien cercano o de su propia familia les impide confiar en

otros, sentir afecto hacia ellos, tener seguridad en sus palabras así como ofrecerles vínculos estables (Merlyn, 2006, citado en Parreño, 2011).

En cuanto a las consecuencias conductuales de la violencia sexual, en la mayoría de los casos, se presenta sintomatología en las víctimas de abuso, ya sean manifestaciones de miedo, problemas para dormir, abuso de alcohol y otro tipo de sustancias. Se puede presentar un fracaso académico y negligencia en cuanto a responsabilidades, se sabe que las mujeres que sufren malos tratos en general tienen un mayor ausentismo laboral, aislamiento, inadaptación, sentimientos de vergüenza, humillación y rechazo social, menor cantidad de amistades y de interacciones sociales, bajos niveles de participación en actividades comunitarias, desajuste en las relaciones de pareja, relaciones inestables, mayor presencia de conductas antisociales, y problemas de relación social, familiar y laboral (Asensi, 2016 ; Pereda, 2010; Parreño, 2011; Llosa y Canetti, 2010). Además, existe un control inadecuado de la ira, en caso de las mujeres, esta se canaliza mediante conductas autodestructivas, ideas suicidas, intentos de suicidio y suicidio (OMS.2002).

Problemas psicósomáticos, definido como la presencia de síntomas psicósomáticos que requieren tratamiento médico y que no pueden explicarse totalmente por la presencia de una enfermedad conocida, ni por los efectos directos de una sustancia (APA, 2002) y dolores físicos sin razón médica que los justifique como cefaleas, fatiga, caída del cabello, fibromialgias y trastornos gastrointestinales (Walker et al., 1999; Organización Panamericana de la Salud, 2003; Zubizarreta, 2004) trabajos han mostrado relación entre la experiencia de abuso sexual infantil y un peor estado de salud física general, mediante síntomas físicos reales como por la percepción de salud subjetiva de las víctimas (Swanston et al., 2003, citado en Rodríguez, 2012). También se detectan trastornos de conversión, que incluyen la afectación de alguna de las funciones motoras o sensoriales de la víctima (APA, 2002), las denominadas crisis convulsivas no epilépticas, que cambian brevemente el comportamiento de una persona y parecen crisis epilépticas, si bien no son causadas por cambios eléctricos anormales en el cerebro si no por la vivencia de acontecimientos fuertemente estresantes. También, desórdenes ginecológicos y dolores pélvicos crónicos. (Rodríguez, 2012).

Así como afectaciones en los comportamientos y respuestas sexuales como: la insatisfacción, ausencia de placer sexual, bloqueo sexual, insatisfacción en el acto sexual, o en ocasiones, la búsqueda de manera inconsciente de la revictimización, eligen parejas

que las maltratan sexualmente o las fuerzan a tener relaciones sexuales y de este modo vuelven a vivir una situación de abuso, de igual modo se ha encontrado que las víctimas de abuso en la infancia y adolescencia, son más propensas a ser atacadas nuevamente, lo que se explica la falta de preocupación e interés sobre sí mismas, lo que usualmente causa conductas de riesgo como: el mantenimiento de relaciones sexuales sin protección, un mayor número de parejas, una mayor presencia de enfermedades de transmisión sexual y de riesgo de VIH, conductas sexuales promiscuas, prostitución y la maternidad temprana, a su vez, trastornos ligados a la identidad sexual, experiencias homosexuales, sexualidad compulsiva, así como disfunciones y aversiones sexuales (Merlyn, 2006, citado en Parreño, 2011).

Cabe recalcar que el riesgo de crecer y desarrollarse dentro de un ambiente familiar hostil y de violencia, aumenta la probabilidad de desarrollar un modelamiento parental de victimización y naturalización de la violencia, por lo tanto, el riesgo de desarrollar conductas agresivas, futuros agresores en la etapa adulta, así como futuras víctimas. Respecto al abuso sexual infantil, se han obtenido cifras de la posible transmisión intergeneracional situadas entre el 20% y el 30% de los casos (Rodríguez, 2012).

1.2 Casas de acogida para víctimas de violencia

Las casas de acogida son espacios que sirven de albergue temporal a las mujeres, sus hijos e hijas víctimas de violencia basada en género en el ámbito intrafamiliar y doméstico, para su efecto por tanto los concibe como víctimas directas que requieren atención y acompañamiento especializado y permanente. Son parte de los servicios del eje de atención del sistema de protección y atención a víctimas de violencia y se han convertido en la actualidad en una respuesta eficaz para prevenir femicidios y otras consecuencias de la violencia intrafamiliar y/o sexual. Cuando las mujeres abandonan sus casas frente a una escala violenta, se encuentran en una situación de vulnerabilidad y buscan de forma urgente un lugar donde refugiarse. Es para estas mujeres que se crearon las Casas de Acogida como un servicio integral de atención gratuita en donde encuentran un lugar seguro y se sienten protegidas (MJDHC, 2015 citado en Chacón, 2021).

Las casas de acogida tienen como objetivo principal, brindar protección, atención integral y especializada desde las perspectivas de género, derechos humanos e

interseccionalidad, a las mujeres, sus hijas e hijos en situación de riesgo y a quienes se ofrece acogida de manera temporal (Chacón, 2021).

Funcionan dentro de un esquema de estructura circular con la finalidad de demostrar la ausencia de jerarquía de poder y representar las jerarquías de responsabilidad en cada uno de los niveles que engloban los servicios a las usuarias. De esta conceptualización emanan los principios de trabajo que promueve la confidencialidad, la participación y colaboración, el trabajo en equipo, la toma de decisiones, el compromiso con el servicio profesional, el sentido de pertenencia, la capacidad de adaptación al cambio, el proceso de transformación y solución armónica de conflictos, la comunicación abierta y capacidad de escucha, la aceptación del otro u otra y la democracia (Chacón, 2021).

Las mujeres tienen la posibilidad de participar en un programa de terapia individual y grupal que les ayuda a organizar un plan de vida sin violencia y además a elaborar un plan de seguridad al identificar su red familiar, social y de amistades que les facilita salir del aislamiento y reconocer que pueden romper el ciclo de la violencia e iniciar su vida en un marco de justicia y libertad. Es importante mencionar que las mujeres ingresan por decisión propia y pueden abandonar la casa cuando lo decidan (Chacón, 2021).

La casa de acogida para mujeres víctimas de violencia, María Amor, inicia con sus servicios el 3 de agosto del 2004, con una capacidad de acoger diariamente a 15 mujeres y sus hijos e hijas, llegando a un aproximado de 50 personas al día y 100 mujeres y 150 niños y niñas al año. Esta fundación tiene como misión, aportar a la construcción de una sociedad libre de violencia, al acoger y acompañar a mujeres, sus hijos e hijas, sobrevivientes de violencia intrafamiliar, en la recuperación y el fortalecimiento de su autoestima, su capacidad de tomar decisiones autónomas, y sus relaciones armónicas con el entorno natural y social. Y con una visión que contempla ser un referente en la exigibilidad y restitución de los derechos de las mujeres y sus hijos e hijas, enmarcados en el reconocimiento y respeto de la diversidad, que brinda oportunidades de sanación, autonomía económica, desarrollo productivo y responsabilidad con la naturaleza y la comunidad para el ejercicio de una vida plena (Geova, 2017).

La casa de acogida María Amor, se encontraba hasta fines de 2013 ubicada en el Centro Histórico de Cuenca, era una alternativa válida frente al problema de la violencia, sin embargo, después de casi 10 años, ya no ofrecía el espacio suficiente para la

realización de todas sus actividades, por lo que surgió el proyecto para la creación de una nueva casa con el nombre de “Nina Huasi”, la cual fue inaugurada el 25 de octubre de 2013 y recibe a mujeres y sus hijos e hijas desde inicios del 2014, ubicada en el sector de San Miguel de Putuzhí, en la parroquia Sayausí en una altura de 2870m en un entorno rural. Contempla varias casas pequeñas: dos bloques con un total de 12 habitaciones familiares, cocina, comedor, espacio para los turnos de 24 horas, conjunto de casas para el centro infanto-juvenil, administración, oficinas y salas de atención individual y grupal (Geova, 2017).

María Amor ofrece a las mujeres y sus hijos distintos servicios como la casa de acogida, misma que es un espacio seguro con alimentación sana y acompañamiento en trámites y procesos sociales, legales y psicológicos; el centro infanto-juvenil, donde brindan refuerzo escolar, estimulación temprana, aprendizaje en la no-violencia, recreación, etc para los niños, niñas y adolescentes de 0 a 16 años; la línea telefónica de emergencia, la cual atiende las 24 horas del día, los 365 días del año; la asociación “Mujeres con Éxito” para la capacitación laboral y personal de las mujeres con centros de capacitación en lavandería, cafetería y servicio de catering; departamentos acompañados, esto como una vivienda temporal para las víctimas de violencia (Geova, 2017).

Conclusión

La violencia ha sido declarada como un importante problema de salud pública en todo el mundo. Se trata de algo inherente al ser humano, y no existe una distinción de clase, sexo, edad, parentesco, orientación sexual, ideología, etc. La violencia ha llegado a formar parte de nuestro diario vivir y al volverse cotidiana, muchas veces no podemos percibir las dimensiones reales que alcanza, llegamos a verla como algo natural convirtiéndose para nosotros en sinónimos de democracia, altruismo y sobre todo del amor, cuidado y preocupación.

Con respecto a la violencia de tipo sexual, es uno de los fenómenos más frecuentes, que ha causado un gran impacto en nuestra sociedad, y que lastimosamente, ha dado más de que hablar en los últimos años, ya que no existe una restricción para convertirse en una víctima más, ni por la edad, género, raza, religión o estatus económico. Un hecho violento es delictivo independientemente de quién lo realiza y quién lo sufre, y cada año, aparecen nuevos casos, que no sólo se han vuelto escándalos a nivel nacional o

incluso mundial, si no casos que se presentan dentro de las mismas familias, hogares, trabajo, colegios e incluso dentro de lugares públicos como el transporte o la calle.

Como ya se mencionó, una manera de manifestarse este tipo de violencia y por no decir la más frecuente, es el abuso o agresión sexual dentro de la relación de pareja, no importa si se trata de un noviazgo, de unión libre o de un matrimonio, de la misma forma, la pareja se encuentra como agresor y obliga a la otra persona a mantener relaciones sexuales en contra de su voluntad debido al rol de autoridad que ejerce sobre ella. Este tipo de víctimas no denuncia por que tienen miedo de que ocurran represalias para ella o para el perpetrador ya que la mayoría de las víctimas dependen del agresor ya sea de forma sentimental o económica por lo que se vuelve complicado salir de las agresiones.

Finalmente, la violencia, sin importar de que tipo sea, deja en las víctimas varias secuelas que afectan su vida en uno, varios o todos los ámbitos, ya sea personal, social, familiar, académico o laboral. Y más aún, si han sido episodios recurrentes de violencia. Son pocos los casos que no llegan a tener consecuencias significativas ya que nos referimos a comportamientos hostiles e inhumanos que interfieren en la mente y cuerpo, y ambos al tener una estrecha relación, llegan a afectar la manera en la que una persona piensa, siente y se comporta.

CAPÍTULO 2

METODOLOGÍA

El enfoque metodológico de la investigación es de tipo cuantitativo ya que utiliza la recolección y el análisis de datos para contestar a la pregunta de investigación: ¿Qué consecuencias psicológicas, emocionales y conductuales tienen las mujeres víctimas de violencia sexual que asisten al centro “María Amor” en la ciudad de Cuenca?

La presente investigación es de tipo no experimental, ya que no se controlará la maniobra, ni se realizará ninguna comparación entre dos grupos, en este caso, todas las mujeres serán víctimas de violencia sexual entre un rango de edad desde los 18 hasta los 40 años que asisten al centro “María Amor”.

De acuerdo al seguimiento durante el tiempo, la investigación será de tipo Transversal, ya que se efectuará una sola medición del fenómeno y al alcance, será de tipo Descriptivo ya que sólo existe un grupo de sujetos al comienzo del estudio para describir determinada cuestión, en este caso, mujeres víctimas de violencia sexual del centro “María Amor” en la ciudad de Cuenca.

2.1 Participantes

Durante el año anterior se evidenció que asistieron un total de 65 mujeres a la casa de acogida “María Amor” y en lo que va de este año (enero-agosto) se han registrado 37 mujeres aproximadamente, por lo que esta investigación se desarrolló con una muestra formada por 17 mujeres entre un rango de edad desde los 18 hasta los 40 años de edad que cumplieran con los parámetros de haber sido víctimas de violencia sexual y que asistían a la casa de acogida “María Amor”.

2.2 Instrumentos Aplicados

Se hizo uso de una encuesta ad hoc, la cual contiene una batería de preguntas específicas que respondieron cada una de las participantes (ver anexo 1).

También se utilizó el inventario de síntomas SCL-90-R de L. Derogatis (adaptación María Casullo, 2004), el cual ha sido desarrollado para evaluar patrones de síntomas presentes en individuos y puede ser utilizado en tareas comunitarias para el diagnóstico clínico (ver anexo 2).

Este instrumento es aplicable a personas entre los 13 y 65 años de edad, además, se puede responder sin mayores dificultades y requiere alrededor de 15 minutos o más, dependiendo de cada encuestado. Los puntajes T normalizados superiores a 63 puntos se consideran elevados, lo que indica una persona en riesgo de sufrir psicopatología.

Este reactivo psicológico contiene 90 ítems y cada uno de ellos se responde sobre la base de una escala de cinco puntos (0-4). Se lo interpreta en función de nueve dimensiones primarias los cuales están divididos en:

- **SOMATIZACIONES:** Evalúa la presencia de malestares que la persona percibe relacionados con diferentes disfunciones corporales (cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorios).
- **OBSESIONES Y COMPULSIONES:** Pensamientos, acciones e impulsos que son vivenciados como imposibles de evitar o no deseados.
- **SENSITIVIDAD INTERPERSONAL:** Se focaliza en detectar la presencia de sentimientos de inferioridad e inadecuación, en especial cuando la persona se compara con sus semejantes.
- **DEPRESIÓN:** representan una muestra representativa de las principales manifestaciones clínicas de un trastorno de tipo depresivo: estado de ánimo disfórico, falta de motivación, poca energía vital, sentimientos de desesperanza, ideaciones suicidas.
- **ANSIEDAD:** Evalúa la presencia de signos generales de ansiedad tales como nerviosismo, tensión, ataques de pánico, miedos.
- **HOSTILIDAD:** Hace referencia a pensamientos, sentimientos y acciones característicos de la presencia de afectos negativos de enojo.
- **ANSIEDAD FÓBICA:** Este malestar alude a una respuesta persistente de miedo (a personas específicas, lugares, objetos, situaciones) que es en sí misma irracional y desproporcionada en relación con el estímulo que la provoca.
- **IDEACIÓN PARANOIDE:** Evalúa comportamientos paranoides fundamentalmente en tanto desórdenes del pensamiento: pensamiento proyectivo, suspicacia, temor a la pérdida de autonomía.
- **PSICOTICISMO:** Esta dimensión se ha construido con la intención que represente el constructo en tanto dimensión continua de la experiencia humana. Incluye síntomas referidos a estados de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones y control del pensamiento.

y en tres índices globales de malestar psicológico:

- Índice de Severidad Global (IGS): es un muy buen indicador del nivel actual de la severidad del malestar. Combina el número de síntomas reconocidos como presentes con la intensidad del malestar percibido.
- Total, de síntomas positivos (TSP): se estima contando el total de ítems que tienen una respuesta positiva (mayor que cero). En sujetos de población general, puntuaciones brutas iguales o inferiores a 3 en varones e iguales o inferiores a 4 en mujeres son consideradas como indicadoras de un intento consciente de mostrarse mejores de lo que realmente están. (imagen positiva). Puntuaciones brutas superiores a 50 en varones y a 60 en mujeres indican lo contrario: tendencia a exagerar sus patologías.
- Índice de Malestar Sintomático Positivo (IMSP): pretende evaluar el estilo de respuesta indicando si la persona tiende a exagerar o a minimizar los malestares que lo aquejan. Puntuaciones extremas en este índice también sugieren patrones de respuestas que deben analizarse en términos de actitudes de fingimiento.

2.3 Procedimiento

Mediante la autorización de la casa de acogida “María Amor”, este proyecto se desarrolló con una muestra voluntaria de 17 mujeres que han sido víctimas de violencia sexual y que asistían al centro anteriormente mencionado, se les dio a conocer sobre las variables a investigar, se les explicó y presentó un consentimiento informado en donde consta que los datos obtenidos se manejarán de manera confidencial, para posteriormente aplicar una encuesta de recolección de datos sociodemográficos e información relevante, se aplicó el test SCL-90-R de L.Derogatis, finalmente los datos obtenidos se tabularon en el programa de Office, Excel y el análisis de los datos obtenidos fueron procesados mediante el programa estadístico SPSS versión 26.

CAPÍTULO 3

RESULTADOS

3.1 Variables sociodemográficas y características sobresalientes

Tabla No 1

Tema: Variables relacionadas a la violencia sexual

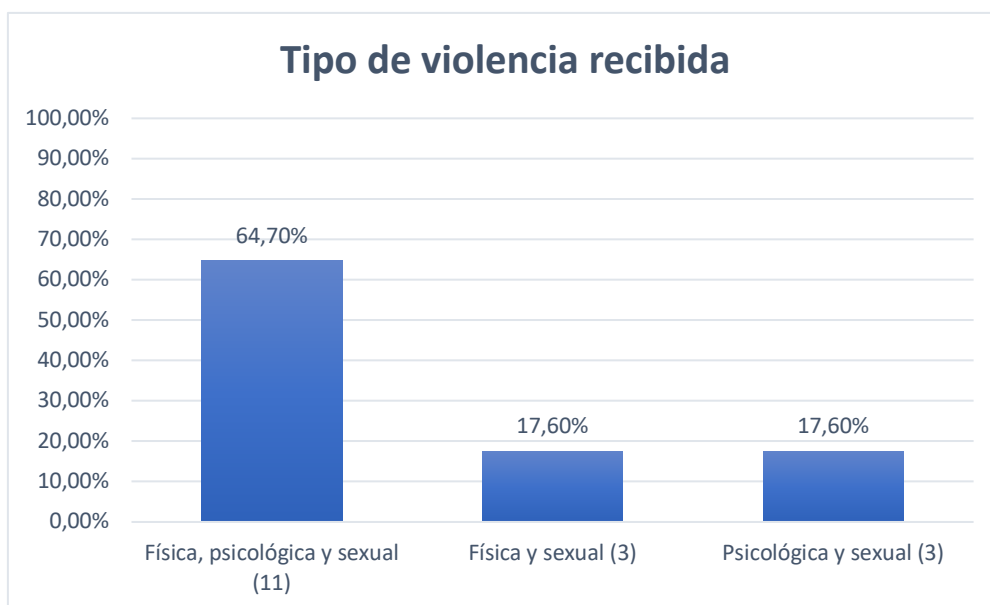
Víctimas de violencia sexual	
Mujeres entrevistadas (N.17)	100%
Rango de edad	
18 – 25 años	52,9%
26 – 33 años	23,5%
34 – 41 años	23,5%
Estado Civil	
Soltera	64,7%
Casada – unión libre	0%
Separada	29,4%
Viuda	5,9%
Nivel de escolaridad	
Primaria	11,8%
Secundaria	52,9%
Técnico/tecnológico	23,5%
Universitario	11,8%
Ninguna	0%
Edad promedio cuándo sucedió el acto de violencia	28 años
Edad del acto violento	
3	5,9%
5	5,9%
8	11,8%
10	5,9%
12	5,9%
16	5,9%
17	17,6%
18	5,9%
21	5,9%
22	11,8%
24	11,8%
33	5,9%
Lugar donde se dio el acto de violencia	
Su hogar	47,1%
Hogar de un familiar	17,6%
Otro (calle, transporte público, desconocido)	35,3%

Parentesco/relación con el agresor	
Personas que viven con la víctima	52,9%
Personas que no viven con la víctima	23,5%
Desconocida	23,5%
Sexo del agresor	
Masculino	94%
Femenino	6%

En la tabla No 1 se puede observar que existe un mayor porcentaje de violencia sexual en mujeres solteras (64,7%), que cuenten con educación secundaria (52,9%), el lugar con mayor incidencia de que esto ocurra es el propio hogar de la víctima (47.1%), y que el agresor fue una persona que vivió con ella (52,9%), además, es interesante saber que el 94% de los agresores pertenecen al sexo masculino.

Gráfico No 1

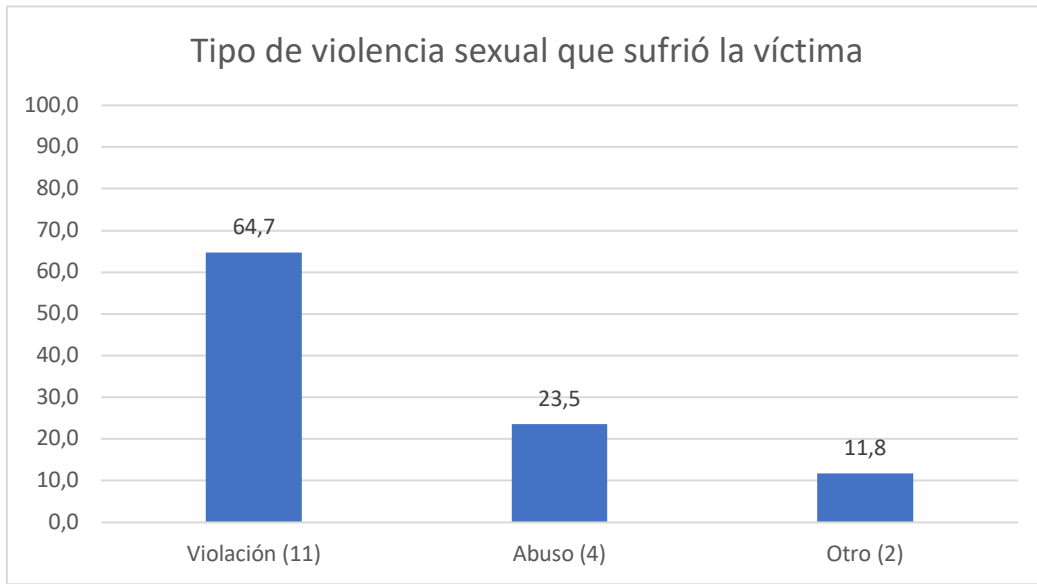
Tema: Tipo de violencia que sufrió



Según el gráfico No 1, más de la mitad de las encuestadas (64,7%) afirmaron haber sufrido violencia tanto *física, psicológica y sexual*, mientras que un 17,6% padecieron *violencia sexual* acompañada de *violencia física* y el otro 17,6% *violencia sexual* y a la vez, *violencia psicológica*.

Gráfico No 2

Tema: Tipo de violencia sexual que sufrió



Según el gráfico No 2, de todas las participantes que sufrieron violencia sexual, su mayoría (64,7%) fue víctima de una *violación o penetración forzada*, un 23,5% sufrieron de *abuso o tocamientos forzados* y un 11,8% experimentaron otro tipo de violencia sexual como acoso sexual, explotación sexual, etc.

Gráfico No 3

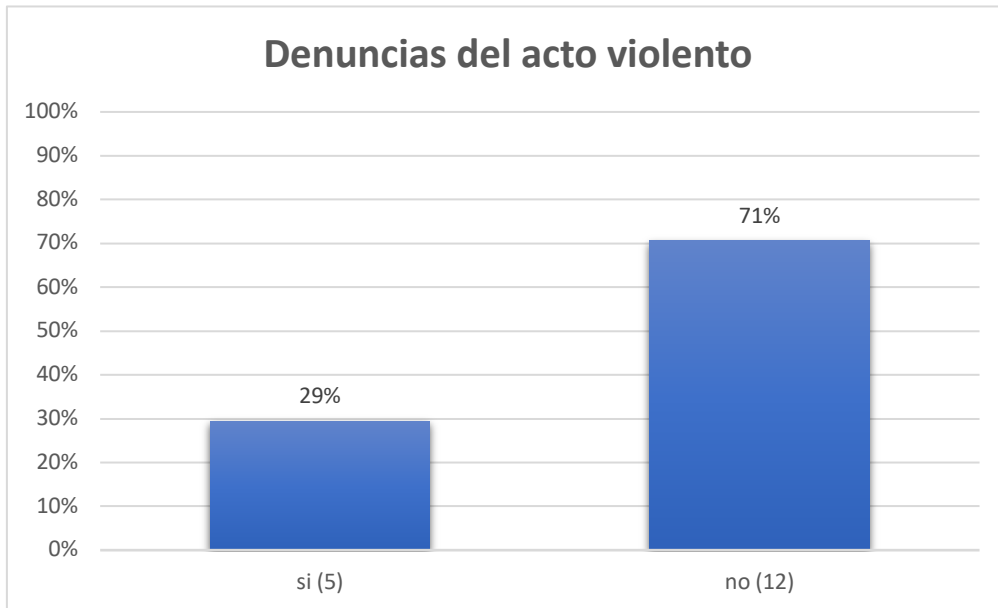
Tema: Edad en el que sucedió la violencia sexual



Según el gráfico No 3, con respecto a cuándo se dio el acto violento, las participantes mencionaron en su mayoría, es decir un 17,6 % que sufrieron estas agresiones de tipo sexual a la edad de 17 años, mientras que con un valor similar de 11,8 % se dieron a la edad de 8, 22 y 24 años.

Gráfico No 4

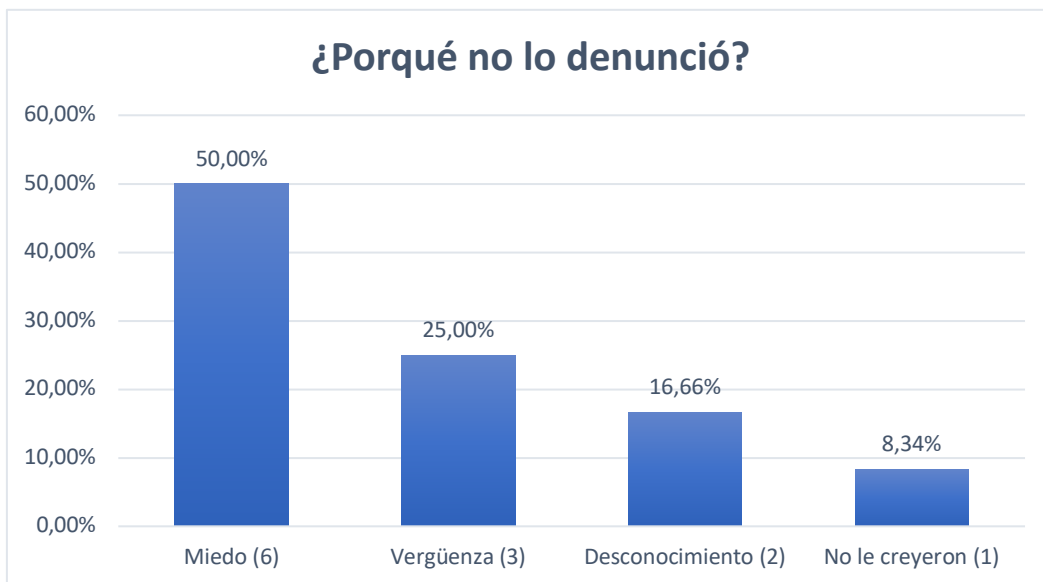
Tema: Denuncia de la violencia sexual



Según el gráfico No 4, solamente un 29,4% *si denunció* el acto violento, además, estas afirman haberlo hecho de manera voluntaria. Mientras que en su mayoría, un 70,6% de mujeres *no lo denunciaron*.

Gráfico No 5

Tema: Motivo por el cual no denunciaron la violencia sexual



Según el gráfico No 5, de las participantes que no denunciaron el acto violento (70,6%), mencionaron no haberlo hecho por distintas razones, la mitad de estas participantes (50%) mencionó haber tenido *miedo* de hacerlo, un 25% por *vergüenza*; un 16% por causa de un *desconocimiento* y un 8% porque *no le creyeron*.

3.2 Diagnóstico con mayor prevalencia en mujeres víctimas de violencia sexual (N. 17)

Tabla No 2

Tema: Diagnóstico de las 17 mujeres víctimas de violencia sexual

	SOM	OBS	SI	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC
1	40	40	45	50	55	40	65	55	55
2	75	63	70	80	80	70	75	65	70
3	70	70	70	70	75	60	75	65	65
4	63	60	55	63	60	80	50	70	70
5	60	60	70	75	60	65	63	70	70
6	50	45	45	55	75	45	80	65	55
7	55	50	55	55	55	55	45	40	45
8	45	60	65	60	55	70	50	65	50
9	55	60	65	60	63	50	30	60	45
10	40	50	35	40	35	45	30	45	50
11	60	40	45	35	50	45	50	55	45
12	50	40	35	40	45	30	30	55	30
13	70	63	65	70	75	60	75	63	65
14	65	60	55	60	55	30	30	50	55
15	60	63	65	75	80	50	80	70	55
16	75	63	70	70	63	50	55	55	70
17	60	55	55	60	55	80	50	75	70
Cant. Dx. >63	6	5	8	7	7	5	7	9	7

En la Tabla No 6, se muestra el diagnóstico con mayor prevalencia de las 9 escalas del SCL-90-R de cada una de las víctimas de violencia sexual, donde se puede evidenciar los diagnósticos mayores a 63, siendo el de Paranoia el predominante con 9 de las participantes, le sigue Sentitividad con 8 de estas, a diferencia de Obsesiones que es el diagnóstico con menor cantidad de presencia en las participantes (5).

Tabla No 3

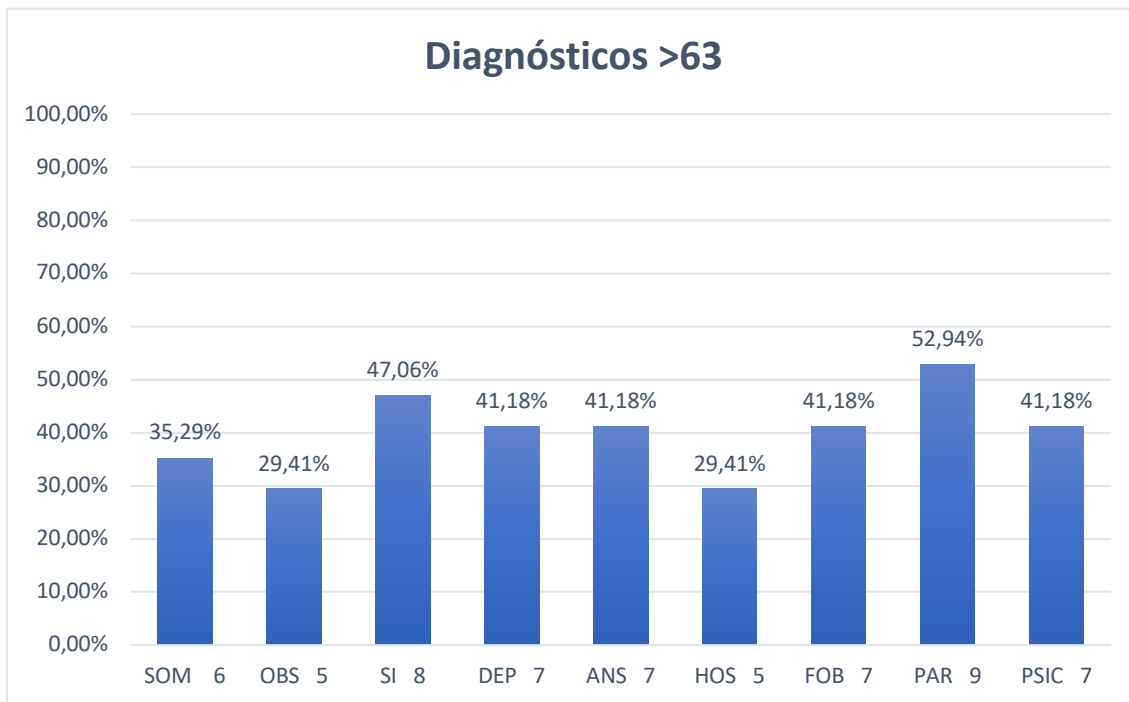
Tema: Índices globales de las 17 mujeres

participantes	IGS	TSP	IMSP
1	59	33	1,79
2	233	87	2,68
3	203	84	2,42
4	161	54	2,98
5	170	65	2,62
6	108	37	2,92
7	73	41	1,78
8	112	50	2,24
9	107	49	2,18
10	31	17	1,82
11	47	20	2,35
12	35	20	1,75
13	187	72	2,60
14	95	34	2,79
15	188	54	3,48
16	175	60	2,92
17	140	66	2,12

En la tabla No 3 se puede observar que los valores de las participantes 2 y 3 del total de las 17 mujeres, muestran un puntaje mayor a 75 dentro del total de síntomas positivos, lo que demuestra un malestar exagerado o dramatización, y la participante 15 evidenció un puntaje mayor a 3,20 (3,49) en índice de malestar sintomático positivo, lo que demuestra dramatismo.

Gráfico No 6

Tema: Diagnósticos con mayor prevalencia



En el gráfico No 6 se observan los diagnósticos mayores a 63 con mayor prevalencia dentro de la población seleccionada, donde se puede evidenciar que del 100% de las participantes de violencia sexual, un total de 9 mujeres, lo que representa más de la mitad (52,94%) cuenta con un riesgo de padecer *Paranoia*, le sigue *Sensitividad interpersonal* con el 47,06%, es decir, 8 del total de las participantes. Es importante mencionar que *Obsesión y Hostilidad* tienen el riesgo de diagnóstico más bajo, con un valor de 29,42%, es decir, 5 mujeres dentro de cada uno. Cabe recalcar que una mujer puede encontrarse en más de un diagnóstico.

3.3 Relación de la psicopatología con las variables sociodemográficas

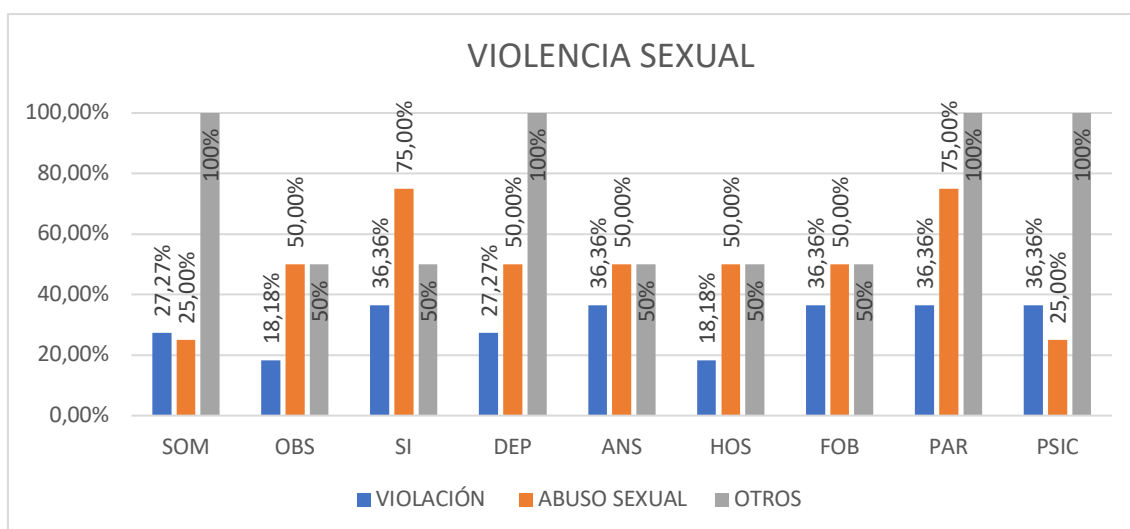
Tabla No 4

Tema: Relación del diagnóstico y tipo de violencia sexual

Diagnóstico									
Tipo de violencia	SOM	OBS	SI	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC
Violación	3	2	4	3	4	2	4	4	4
Abuso sexual	1	2	3	2	2	2	2	3	1
Otros (acoso sexual, explotación sexual, etc)	2	1	1	2	1	1	1	2	2

Gráfico No 7

Tema: Diagnóstico y tipo de violencia sexual



Según el gráfico No 7, se puede observar que los tres tipos de violencia sexual obtuvieron valores por encima de 63 del test aplicado. Del total de participantes que sufrieron *Violación*, el 36,36%, es decir 5 mujeres, desarrollaron un posible riesgo en *Sensitividad interpersonal*, al igual que en *Ansiedad*, *Fobia*, *Paranoia* y *Psicoticismo*. Con respecto al total de participantes que fueron víctimas de *abuso* sexual, un 75% mostró un riesgo de diagnósticos de *Sensitividad interpersonal* y también en *Paranoia*. Y del total de las participantes de *Otro* tipo de violencia sexual, un 100% desarrolló riesgo de diagnósticos significativos en *Somatización*, *Depresión*, *Paranoia* y *Psicoticismo*, este último apartado representa a dos personas de todas las mujeres encuestadas. Es importante mencionar que las mujeres pueden encontrarse en más de un solo diagnóstico.

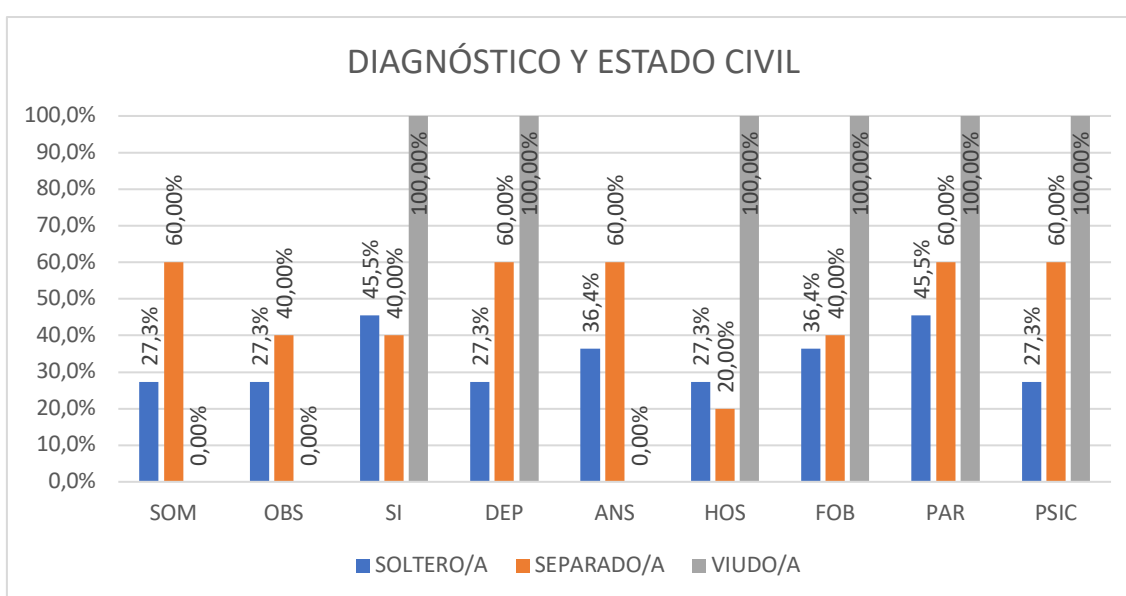
Tabla No 5

Tema: Relación del diagnóstico y el estado civil

Estado civil	Diagnóstico								
	SOM	OBS	SI	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC
Soltera	3	3	5	3	4	3	4	5	3
Separada	3	2	2	3	3	1	2	3	3
Viuda	0	0	1	1	0	1	1	1	1

Gráfico No 8

Tema: Diagnóstico y Estado civil



Según el gráfico No 8, se puede observar que los tres tipos de estado civil obtuvieron valores por encima de 63. Del total de las participantes que mencionaron ser *solteras*, un 45,5% (5 mujeres) desarrollaron riesgo de diagnósticos altos en *Sensitividad Interpersonal* y también en *Paranoia*. De las participantes *separadas*, un 60% (3 mujeres), obtuvieron valores significativos en *Somatización*, al igual que en *Depresión*, *Ansiedad*, *Paranoia* y *Psicoticismo*. Y de todas las participantes que mencionaron ser *Viudas*, un 100% desarrolló riesgo de diagnóstico en *Sensitividad interpersonal*, *Depresión*, *Hostilidad*, *Fobia*, *Paranoia* y *Psicoticismo*, este último apartado representa a una persona del total de las participantes. Es importante mencionar que las mujeres pueden encontrarse en más de un solo diagnóstico.

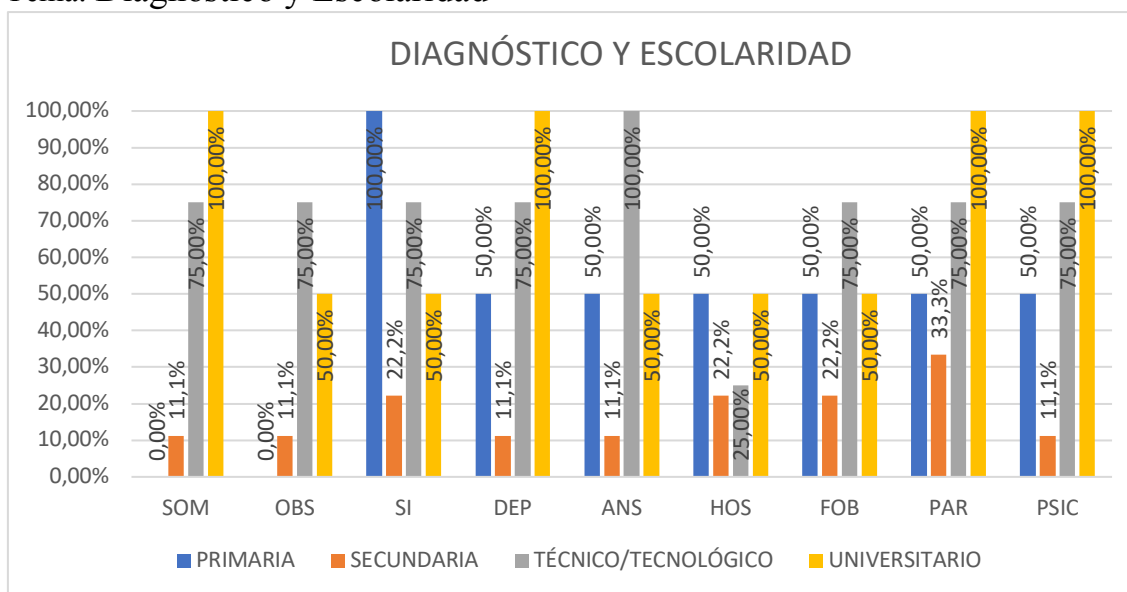
Tabla No 6

Tema: Relación del diagnóstico y la escolaridad

Diagnóstico									
Escolaridad	SOM	OBS	SI	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC
Primaria	0	0	2	1	1	1	1	1	1
Secundaria	1	1	2	1	1	2	2	3	1
Técnico	3	3	3	3	4	1	3	3	3
Universitario	2	1	1	2	1	1	1	2	2

Gráfico No 9

Tema: Diagnóstico y Escolaridad



Según el gráfico No 9, se puede observar que todos los tipos de escolaridad obtuvieron valores por encima de 63. Del total de las participantes que mencionaron tener una educación *primaria*, un 100% desarrolló riesgo de *Sensitividad interpersonal*, lo que representa a dos mujeres. De todas las mujeres que estudiaron hasta *secundaria*, un 33,3%, es decir 3 mujeres, obtuvieron un riesgo de diagnóstico elevado en *Paranoia*. En cuanto al total de mujeres correspondientes a estudios técnicos/tecnológicos, un 100% de ellas manifestó un riesgo de diagnóstico de ansiedad, este porcentaje represente a 4 de las mujeres y por último, de todas las mujeres pertenecientes a una escolaridad universitaria, un 100% desarrolló un riesgo de diagnóstico en somatización, al igual que en depresión, paranoia y psicoticismo. Este último porcentaje representa a dos personas de las participantes. Cabe mencionar que las mujeres pueden encontrarse en más de un solo diagnóstico.

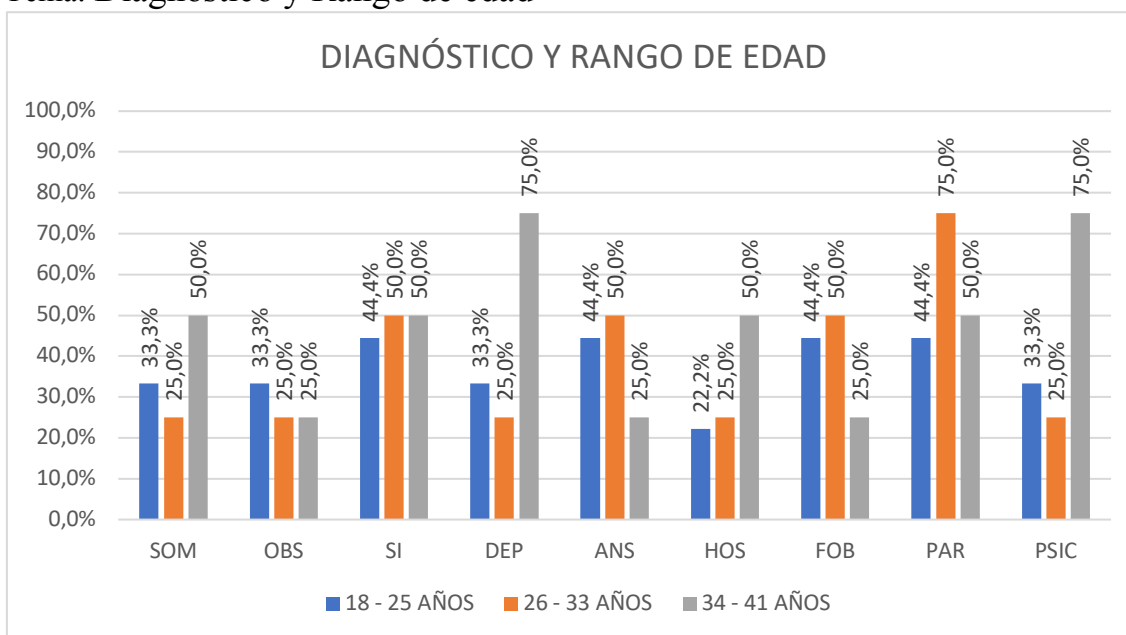
Tabla No 7

Tema: Relación del diagnóstico y el rango de edad

Diagnóstico									
Edad	SOM	OBS	SI	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC
18-25	3	3	4	3	4	2	4	4	3
26-33	1	1	2	1	2	1	2	3	1
34-41	2	1	2	3	1	2	1	2	3

Gráfico No 10

Tema: Diagnóstico y Rango de edad



Según el gráfico No 10, se puede observar que todos los rangos de edad obtuvieron valores por encima de 63. Del total de las participantes que mencionaron pertenecer al rango de edad de 18 a 25 años, un 44,4%, es decir 4 mujeres desarrollaron un riesgo de diagnóstico elevado en *Sensitividad interpersonal*, también en *Ansiedad*, *Fobia* y *Paranoia*. De todas las participantes con edades entre los 26 a 33 años, un 75%, es decir 3 participantes obtuvieron un riesgo de diagnóstico significativo en *Paranoia*. Por último, del total de las participantes con edades entre 34 a 41 años, un 75%, es decir, 3 de las mujeres, desarrolló un riesgo de diagnósticos de *Depresión*, al igual que *Psicoticismo*. Es importante mencionar que las mujeres pueden encontrarse en más de un solo diagnóstico.

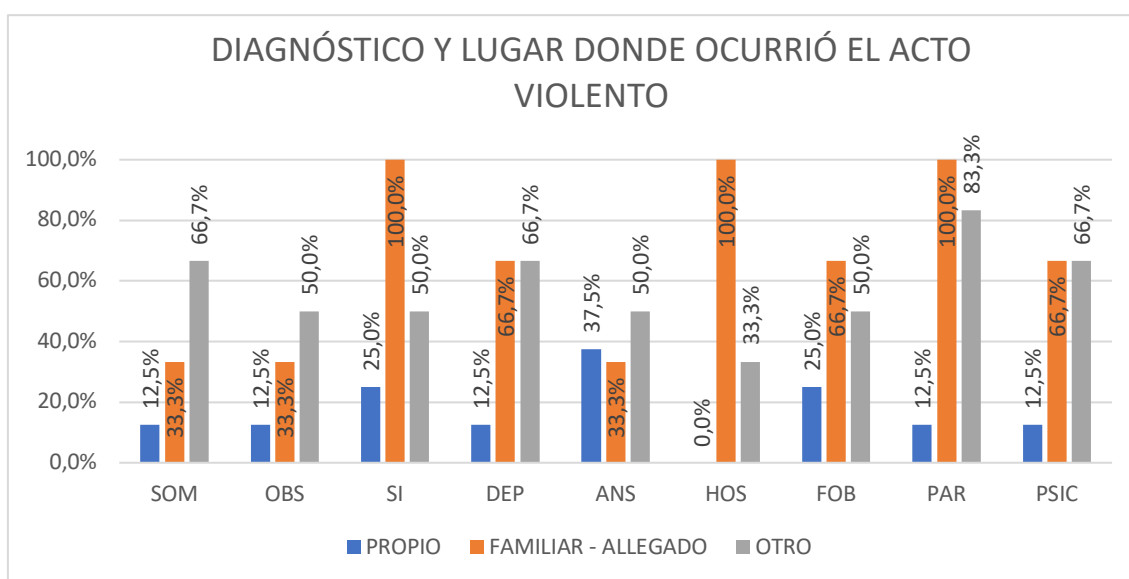
Tabla No 8

Tema: Relación del diagnóstico y el lugar dónde ocurrió el acto violento

		Diagnóstico							
¿Dónde lo sufrió?	SOM	OBS	SI	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC
Propio hogar	1	1	2	1	3	0	2	1	1
Hogar-familiar	1	1	3	2	1	3	2	3	2
Otro	4	3	3	4	3	2	3	5	4

Gráfico No 11

Tema: Diagnóstico y Lugar dónde ocurrió el acto violento



Según el gráfico No 11, se puede observar que todos los lugares seleccionados obtuvieron valores por encima de 63. Del total de las participantes que mencionaron haber sufrido el acto violento sexual en *su propia casa*, un 37,5%, es decir, 3 mujeres, desarrollaron un riesgo de diagnóstico de *Ansiedad*. De todas las participantes que mencionaron haber sido víctimas de violencia sexual en casa de un *familiar o allegado*, un 100%, es decir, 3 mujeres, obtuvieron riesgos de diagnósticos elevados en *Sensitividad Interpersonal*, *Hostilidad* y *Paranoia*. Y por último, del total de las víctimas de actos violentos de tipo sexual en *otro lugar*, un 83,3%, lo que representa a 5 mujeres, desarrolló un riesgo de diagnóstico elevado en *Paranoia*. Es importante mencionar que las mujeres pueden encontrarse en más de un solo diagnóstico.

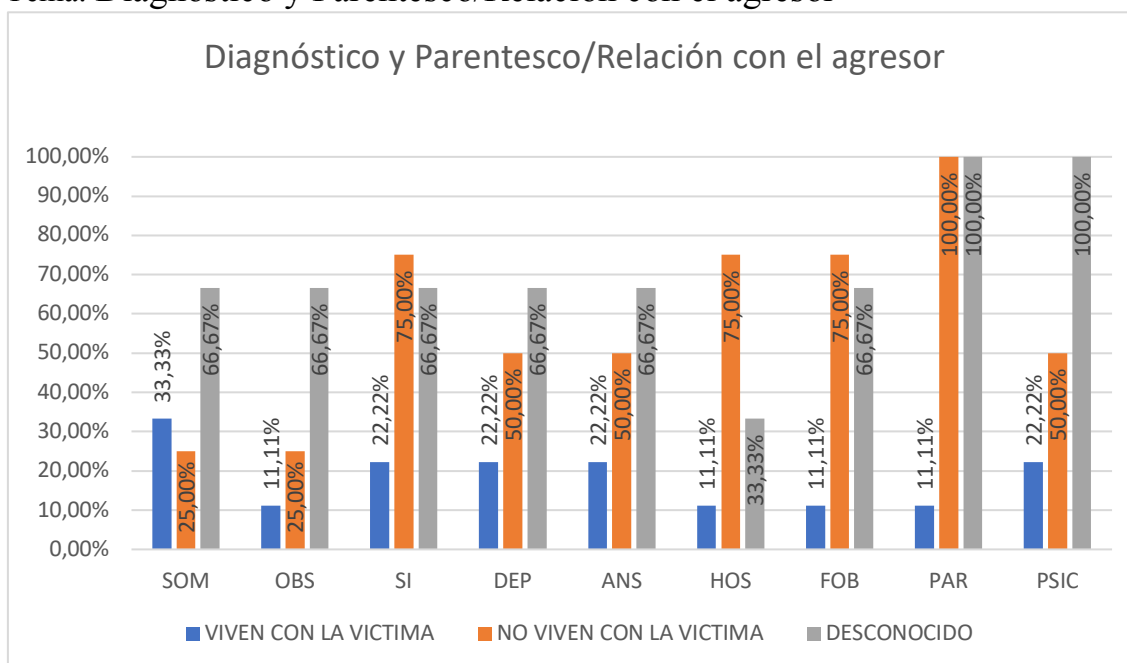
Tabla No 9

Tema: Relación del diagnóstico y el Parentesco/Relación con el agresor

Parentesco con el agresor	Diagnóstico									
	SOM	OBS	SI	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC	
Viven con la víctima	3	1	2	2	2	1	1	1	2	
No viven con la víctima	1	1	3	2	2	3	3	4	2	
Desconocido	2	2	2	2	2	1	2	3	3	

Gráfico No 12

Tema: Diagnóstico y Parentesco/Relación con el agresor



Según el gráfico No 11, se puede observar que todo tipo de parentesco o relación con el agresor obtuvo valores por encima de 63. Del total de las mujeres que mencionaron haber sufrido el acto violento por parte de una persona que vivía con ella, un 33,3%, lo que representa a 3 mujeres, desarrolló un riesgo de diagnóstico en *Somatización*. De todas las participantes que fueron víctimas por personas que no vivían con ellas, un 100% obtuvo un diagnóstico elevado en riesgo de *Paranoia*, esto representa a 4 mujeres. Por último, del total de las mujeres que fueron víctimas de personas desconocidas, un 100%, es decir, 3 participantes mostraron diagnósticos significativos en *Paranoia* y *Psicoticismo*. Es importante mencionar que las mujeres pueden encontrarse en más de un solo diagnóstico.

CÁPITULO 4

4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

4.1 Discusión

Se obtuvieron resultados a través de los datos obtenidos en la encuesta y en el reactivo psicológico SCL-90-R de las mujeres víctimas de violencia sexual que asisten a la casa de acogida “María amor” en la ciudad de Cuenca, participaron 17 mujeres con edades repartidas desde los 18 hasta los 40 años, el promedio de edad fue de 28 años. Con los datos obtenidos, se pudo confirmar que los comportamientos violentos de tipo sexual están presentes dentro de nuestra sociedad. No existen variables específicas y concretas para convertirse en una víctima de violencia sexual (Naciones Unidas, 2019) y así lo hemos comprobado al encontrar distintas características sociodemográficas en las participantes.

Dentro de la población de estudio, sobre el punto de corte, se encuentra la mayoría de participantes con riesgo de diagnóstico en paranoia (9), por otro lado, en cuanto a los valores con mayor puntuación, sobresalen los riesgos de diagnósticos en Depresión, Ansiedad, Hostilidad y Fobia, estos datos coinciden con la literatura en cuanto a las consecuencias directas de actos violentos como una violación. Según un análisis del 2013, las mujeres que han sufrido violencia de pareja de cualquier tipo tienen casi el doble de probabilidades de padecer depresión y problemas con la bebida (OMS, 2021). Además, el área más afectada a largo plazo, es el de la ansiedad y de miedo (Kilpatrick et al., s/f, citado en Echeburua, de Corral y Sarasua, 1985) la violación es un acontecimiento que produce trastorno de estrés postraumático en la mayoría de casos de violación (Veronen y Kilpatrick, en prensa, citado en Echeburua, de Corral y Sarasua, s/f).

Los resultados varían según las variables con más prevalencia de las víctimas, es así que las encuestadas agredidas de forma sexual por medio de violación, están más propensas a ser diagnosticadas con sensibilidad interpersonal, ansiedad, fobia, paranoia y psicoticismo; estos resultados coinciden con el estudio sobre el impacto psicológico en las víctimas de violación de Echeburua et al. (s/f) donde explica que uno de los síntomas a largo plazo de una violación es la disminución de la autoestima y el aumento de la depresión de las víctimas (...) además, el área más afectada a largo plazo es el de la ansiedad y los miedos (Kilpatrick, Rieck y Veronen, 1981; Santiago, McCall-Pérez,

Goercy y Beigel, 1985 citado en Echeburúa et al. (s/f), las participantes que fueron víctimas de abuso presentaron sensibilidad interpersonal y paranoia, estos datos resultan compatibles con lo descrito por Rind, Bauserman y Tromovich, 1998 (Malón, 2008) que indican que existen la presencia de 18 categorías de trastornos asociados a la experiencia del abuso sexual donde se incluyen la Paranoia y los problemas de autoestima; finalmente, en cuanto a las víctimas de otro tipo de violencia sexual, como explotación sexual y acoso sexual, presentaron riesgos de diagnóstico de somatización, depresión, paranoia y psicotismo, estas secuelas coinciden con Giménez, 2011 en su estudio sobre la explotación y trata de mujeres con fines sexuales, menciona a la depresión, fobia y ataques de pánico como algunas de las secuelas de la explotación sexual, por otro lado Arancibia et al., 2015 citado en Medina, 2019, menciona que el acoso sexual genera creencias negativas, modificaciones de la conducta, rechazo social, etc., afecta la capacidad de pensar lúcidamente y se encuentra a la defensiva con el mundo (Samayoa, 1987 citado en Medina, 2019), desconfianza hacia los hombres desconocidos en general, además la sensación de pérdida del control, distorsiones en la valoración cognoscitiva de las experiencias del mismo acoso (Gaytan, 2009 citado en Medina, 2019).

Según la muestra seleccionada, las personas que son más propensas a convertirse en víctimas de estos actos violentos son las del sexo femenino mientras que los posibles victimarios pertenecen al sexo masculino Según Ramos, Saltijeral, Romero, Caballero y Martínez (2001) a pesar de que cualquiera puede ser víctima, no deja de ser curioso que las diferencias de sexo condicionen el tipo de violencia experimentada. Cuando un hombre sufre una agresión, esta tiene lugar habitualmente en la calle y suele estar asociada a un robo, una pelea, un ajuste de cuentas o un problema de celos. Por otro lado, las mujeres, o al menos su mayoría, cuando son víctimas de actos violentos, suelen sufrirlos dentro del hogar y generalmente a manos de su pareja o ex pareja (Echeburúa y De Corral, 1998).

La presencia de la violencia sexual según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) se relacionan principalmente con la agresión sexual perpetrada por la pareja y en cuanto a la violencia sexual fuera de la pareja, este mismo estudio cifra que entre el 0,3% y 12% de las mujeres fueron forzadas después de los 15 años de edad a tener relaciones sexuales o a realizar un acto sexual por alguien que no era su pareja. Así

también estos datos son compatibles con los encontrados en este estudio que dicta que 11 de las participantes sufrieron la agresión sexual por primera vez después de los 15 años.

En cuanto al estado civil, las participantes solteras fueron las de mayor presencia como víctimas de este tipo de violencia, cabe recalcar que en la actualidad, la mayoría se encuentran en dicho estado civil ya que decidieron escapar de sus perpetradores antes o durante de su proceso dentro de la casa de acogida, debido a que la mayor parte de los agresores son sus ex parejas y/o las personas que vivían con ellas. Se coincide con González et al. (2007, citado en Pacheco Vela, 2015) quienes entienden la violencia contra la mujer en la relación de pareja como una de las formas de la violencia de género, pues se desarrollan en un espacio delimitado por las interacciones en ámbitos privados como las relaciones sentimentales de noviazgo, relación de pareja con o sin convivencia o los vínculos entre ex parejas. En este sentido las participantes con estado civil solteras presentaron mayor riesgo de sufrir diagnósticos de sensibilidad interpersonal y paranoia; las víctimas que están divorciadas con un riesgo alto de sufrir somatización, depresión, ansiedad y paranoia y psicoticismo y las víctimas que son viudas, de sufrir un trastorno de sensibilidad interpersonal, depresión, hostilidad, fobia paranoia y psicoticismo.

Una considerable minoría de mujeres y niñas sufren abuso sexual por parte de personas que no son sus parejas, según se indica en un análisis de estudios de LAC, el cual encontró que entre el 8% y el 27% de las mujeres relatan haber sufrido violencia sexual por alguien que no era su pareja (Ellsberg, 2005, citado en Contreras et al., 2010). Al igual que en otras regiones, la mayoría de los perpetradores que no son las parejas de las víctimas son conocidos por estas, por ejemplo: parientes, vecinos, amigos, colegas, curas y maestros (Jewkes et al., 2002; García-Moreno et al., 2005, citado en Contreras et al., 2010). Sin embargo, en algunos casos el perpetrador puede ser un extraño. En cuanto al parentesco o relación con sus agresores, las que fueron agredidas por alguien que vivía con ellas, están propensas a un diagnóstico de somatización; las que no vivían con su agresor tienen una mayor probabilidad de ser diagnosticadas con paranoia, y al ser agredida por parte de un desconocido, se presenta mayor prevalencia en desarrollar paranoia y psicoticismo.

Con respecto a la escolaridad, las participantes con nivel de escolaridad secundaria tuvieron una presencia del 52,9%, lo que coincide con la investigación de Alain Darcout Rodríguez, publicada en 2017, con el título “Caracterización de las mujeres

que demandan interconsulta de psicología por violencia” donde también existe una prevalencia significativa en el tipo de escolaridad secundaria. Debido a que la mayoría de las encuestadas no completaron sus estudios, es importante recalcar lo que menciona la Comisión Internacional de Derechos Humanos, que este tipo de violencia puede traer consecuencias dentro del proyecto de vida de una niña o adolescente con respecto a su educación, ya sea el abandono de sus estudios por un embarazo producto de la violación, por la exclusión y discriminación en los centros educativos al encontrarse embarazadas, por presiones familiares a ser forzadas a contraer matrimonio con su agresor o simplemente por la falta de apoyo de sus familiares. Aunque los hallazgos son diversos, Contreras, et al. (2010) en el estudio titulado Violencia sexual en Latinoamérica y el Caribe: análisis de datos secundarios, se menciona que los niveles de escolaridad más altos podrían servir de protección en cuanto a la violencia sexual. En Bolivia, Colombia y Perú, las encuestas de ENDESA informan que el riesgo de sufrir violencia sexual infligida por una pareja íntima disminuyó conforme aumentó el nivel de escolaridad de las mujeres. En la literatura se asocia la baja escolaridad con un mayor riesgo de violencia y también el nivel de instrucción o conocimientos relacionados con la violencia por el impacto sobre las creencias y mitos que sustentan este fenómeno (Darcourt, 2017). Las víctimas que mencionaron haber cursado primaria son más propensas a diagnósticos de sensibilidad interpersonal; las que se encontraron en un nivel de secundaria tienen una mayor prevalencia a diagnósticos de paranoia; las del nivel técnico en trastornos de ansiedad y por último, las participantes que mencionaron tener un título universitario presentaron un diagnóstico mayor de somatización, depresión, paranoia y psicoticismo.

La violencia sexual puede llegar a interferir en el proyecto de vida de una mujer, niña o adolescente; las cuales se ven forzadas a dejar de estudiar, ya sea por embarazos como consecuencia de una violación, por la exclusión, estigmatización y discriminación dentro de los centros educativos al encontrarse embarazadas, por presiones familiares para contraer matrimonio con su agresor, por el aislamiento de sus familias, o por el abandono de los estudios por la falta de apoyo.

En cuanto al lugar donde se presentaron estos comportamientos, el propio hogar de las víctimas fue el más mencionado, esto es compatible con los datos del periódico El universo que dicta que 6 de cada 10 delitos sexuales se cometen en casa, cifras de la Unicef reflejan que en Ecuador, el 65% de los casos de abuso sexual fueron cometidos

por familiares y personas cercanas a las víctimas. Sin embargo, se pueden presentar dentro de otros lugares, como en la calle, en espacios y transporte público, lugares desconocidos, etc., como segundo dato más alto de la investigación en cuanto al lugar donde sucedieron los comportamientos violentos de tipo sexual, Espinoza (2016) en su análisis jurídico con perspectiva de género ¿Galantería o acoso sexual callejero? menciona que, en la calle, mientras las mujeres caminan, trotan, se suben al bus o hacen uso del espacio público, es frecuente que sean objeto de insinuaciones mediante expresiones y gestos de contenido sexual que van desde todo tipo de acciones sutiles, piropos gráciles o acciones más claras de hostigamiento que en un extremo, estas acciones pueden ascender hasta la violación. A demás, Vallejo, 2015 citado en Díaz, 2019, en su proyecto titulado “Transporte público y acoso sexual en Quito; estrategia comunicacional hacia el empoderamiento de las mujeres” dice que el acoso sexual se puede dar a través de muchos aspectos dentro de la vida diaria, son realizadas sobre todo por hombres solos o en grupo y recaen sobre mujeres, en la mayoría de casos desconocidas para ellos. Se realizan en la vía pública o en el transporte público o privado, de manera rápida e intempestiva manifestándose en prácticas cotidianas como frases, gestos, silbidos, sonidos de besos, tocamientos, masturbación pública, exhibicionismo, seguimientos a pie o en auto, entre otras, con un manifiesto de carácter sexual. También puede darse en el hogar de un familiar, según datos del El Universo (2021), solo desde junio se han emitido 80 sentencias por agresiones sexuales dentro de los núcleos familiares. De estas, 75 son por violaciones sexuales y 5 por abuso, según datos de la Fiscalía General del Ecuador. En cuanto a los resultados con respecto al lugar donde sucedió la violencia sexual, las víctimas que sufrieron estos comportamientos violentos dentro de su hogar son más propensas a sufrir diagnósticos de Ansiedad; las que fueron agredidas dentro del hogar de un familiar o allegado muestran mayor probabilidad en trastornos de sensibilidad interpersonal, hostilidad y paranoia, a diferencia de las que sufrieron en otro lugar, las cuales mostraron ser más propensas a paranoia.

Con respecto a los rangos de edad de las participantes, el primer grupo de 18 a 25 años mostró mayor prevalencia en sensibilidad interpersonal, ansiedad, fobia y paranoia; el grupo de 26 a 33 años mostró mayor presencia en paranoia, finalmente el último grupo, de 34 a 41 años presentó un riesgo de diagnóstico para trastorno depresivo y psicoticismo. La información de hace cuánto tiempo ocurrió el hecho de violencia fue distribuido en diferentes edades que van desde los 3 hasta los 33 años aproximadamente, además se

encontró que la mayor parte de las agresiones se dieron al ser menores de 18 años, esto coincide con gran parte de la literatura (Contreras et al., 2010) que señala a la edad más temprana como un factor de riesgo para sufrir violencia debido a la vulnerabilidad e inocencia de los menores. En un análisis de datos sobre el abuso sexual de menores, provenientes de las encuestas sobre salud reproductiva auspiciadas por CDC y realizadas en tres países centroamericanos (El Salvador, Guatemala y Honduras), se encontró que la edad media de las víctimas de abuso sexual en la infancia fue de 10.5 años (Speizer et al., 2008). Además, la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva en México realizada en el año 2003, encontró que la mayoría de víctimas (el 65%) había sufrido abuso entre los 10 y 20 años de edad (Gasman et al., 2006, citado en Contreras et., 2010). Es necesario mencionar el riesgo de revictimización sexual en la edad adulta cuando existe el antecedente de este tipo de violencia en la infancia (Jewkes et al., 2006, citado en Contreras et al., 2010).

Según la Organización Mundial de la Salud, la violencia sexual por la pareja generalmente es acompañada de violencia física y emocional, pero puede ocurrir por sí sola. Todas las mujeres de la muestra seleccionada fueron víctimas de violencia sexual, además, todas mencionaron que esta estuvo acompañada de violencia física y/o psicológica. Según el Plan Internacional Ecuador, en el país se registra al día un promedio de 42 denuncias por violación, abuso y acoso sexual a niñas y mujeres. En cuanto al tipo de violencia sexual sufrida específicamente dentro de la población mencionada, los actos de violación fueron los más significativos de las encuestas a comparación de las víctimas de abuso y otro tipo de violencia sexual como la explotación sexual, el acoso sexual, entre otras.

Se desconoce la incidencia real del número de agresiones sexuales debido a que gran parte de los abusos no son informados o denunciados, ni por las víctimas ni allegados. Liz Briceño, periodista, menciona que la violencia que menos se denuncia en el Ecuador es la sexual. Sólo un pequeña parte decide denunciar al agresor, el resto no lo hace por diferentes razones, en cuanto a la investigación, podemos tener en cuenta que más de la mitad de las encuestadas no denunciaron a sus agresores, siendo el miedo la principal razón, seguida de vergüenza, un desconocimiento por parte de las víctimas y otra parte, porque no le creyeron. Estos datos coinciden con la literatura. En el Ecuador, una de cada 4 víctimas de abuso sexual nunca dijo lo que le había pasado. Las víctimas

se quedaron calladas por temor a represalias, vergüenza, impotencia o por miedo a las amenazas. Y de aquellas que avisaron, a una de cada 3 nunca le creyeron (UNICEF, 2018).

Según Liz Briceño, el porcentaje de denuncia de la violencia sexual fuera de la pareja, por la víctima o por otra persona o institución, es del 11,1%, lo que significa que la gran mayoría de esta violencia permanece oculta. Entre los motivos para no denunciar una violación los más citados por las encuestadas fueron: la vergüenza, el haber sido menor cuando ocurrieron los hechos, el temor a no ser creída y el miedo al agresor. Menos del 40 por ciento de las mujeres que experimentan violencia buscan algún tipo de ayuda, entre las mujeres que buscan ayuda, la mayoría acude a familiares y amistades. Muy pocas recurren a instituciones formales, como la policía o los servicios de salud. Menos del 10 por ciento de quienes buscan ayuda acuden a la policía.

Es de gran importancia evidenciar que los resultados no resaltaron por llegar a resultados extremos, como se esperaba los actos violentos de tipo sexual en su mayoría, ocurrieron hace un tiempo considerable, mismo que ha sido tratado por diferentes profesionales dentro de la casa de acogida, lo que evidencia un buen procedimiento psicológico dentro de esta fundación. Las casas de acogida son el único mecanismo eficaz para la prevención de feminicidios y para la protección de las sobrevivientes que requieren un espacio seguro para resguardarse frente a la escalada de violencia (Hernández, 2022).

4.2 Conclusiones y Recomendaciones

La sociedad ha crecido en muchos ámbitos, sin embargo, en el sentido de igualdad y discriminación seguimos quedándonos atrás, permitiendo que la violencia tanto física, psicológica y sexual consuma la vida de varias mujeres que sienten que no hay una respuesta o un auxilio.

Con esta investigación se logró identificar el riesgo de padecer psicopatología por haber sufrido violencia de tipo sexual, además se encontraron variables que predominan en cierta medida en las participantes. Es evidente que el número de víctimas mujeres no denuncian el hecho por miedo principalmente, contribuyendo a mantener su estado psicológico y el riesgo de incidencia. La violencia de tipo sexual debe ser considerada como un problema social y de salud pública.

Las consecuencias psicológicas emocionales y conductuales son derivadas de los distintos riesgos diagnósticos que presentaron las participantes, entre ellos los síntomas de ansiedad, depresión, paranoia, fobia y sensibilidad interpersonal que representan un menoscabo en las áreas sociales, laborales, familiares, entre otras.

La población estudiada necesita mayor apoyo social y económico puesto que los agresores serían, en su mayoría, parientes cercanos y que el lugar de los hechos sería su hogar vivienda, por lo que, pueden decidir huir de este contexto sin tener un respaldo que mejore sus condiciones como ciudadanas.

Esta investigación demuestra que no existe un límite en cuanto a edad, estado civil, escolaridad, entre otras para convertirse en una víctima más de violencia sexual. Por lo que se recomienda que existan charlas con el objetivo de psicoeducar a las mujeres y hombres para prevenir estos comportamientos violentos.

Es importante mencionar que debería existir un mayor respaldo en el ámbito social sobre el tema, además es necesario que se pueda realizar futuras investigaciones en poblaciones más amplias para obtener datos más precisos. Así mismo, que se realicen procedimientos psicoterapéuticos y que se analicen los resultados del mismo.

Para poder terminar con este problema, se debe comenzar por cambiar los patrones socioculturales que reproducen e incentivan la violencia sexual como una forma de

adquirir el control y el poder sobre el género femenino, mismo que se manifiesta en todos los ámbitos, familiar, laboral, académico, político e incluso dentro de nuestro lenguaje o medios de comunicación, ocasionando que se mantenga el problema al compartir y difundir la ideología errada de que las mujeres no tienen derecho a superarse, a mejorar, a tener el mando, etc. y al transmitirse de generación en generación se convierte en un problema sin fin.

Se recomienda trabajar tanto con mujeres como con hombres en cuanto a la expansión y difusión de los conocimientos sobre la información sobre la violencia, y específicamente en la violencia sexual, misma que no sólo conlleva actos de violación. Aumentar los programas y estrategias para su prevención y así mismo, una mayor expansión y transparencia sobre la realidad de las víctimas de tal manera que se pueda romper la cadena de desigualdad y cambiar los roles y estereotipos designados socialmente, modificando simples actos que nacen y se aprenden dentro del hogar y que lamentablemente, están influenciados por una serie de factores culturales, sociales, educativos y religiosos. Además, debe existir un mayor empoderamiento por parte de las mujeres y fortalecer el conocimiento de sus derechos, así como de las leyes y su aplicación en cuanto a las sanciones contra los agresores.

REFERENCIAS

- Aguirre, P., Cova, F., Domarchi, P., Garrido, C., Mundaca, I., Rincón, P., Troncoso, P. y Vidal, P. (2010). Estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*. 48 (2), 114-122. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272010000300004>
- Arboleda, M., Cantón, D. y Duarte, J. (2011). Consecuencias a largo plazo del abuso sexual infantil: papel de la naturaleza y continuidad del abuso y del ambiente familiar. *Psicología conductual*, 19, 41-56.
- Asensi, L. y Diez, M. (2016). Evaluaciones Psicológico-Forenses en asuntos de Violencia de Género. Errores habituales y propuestas de mejora. *INFORMACION PSICOLOGICA*, (111), 103–119. DOI:[10.14635/IPSIC.2016.111.8](https://doi.org/10.14635/IPSIC.2016.111.8)
- Cantón, D. y Cortés, M. (2015). Consecuencias del abuso sexual infantil: una revisión de las variables intervinientes. *Anales de psicología*, 31, s/p dx.doi.org/10.6018/analesps.31.2.180771
- Camacho, G. (2014). La violencia de género contra las mujeres en el Ecuador. Análisis de los resultados de la Encuesta Nacional sobre relaciones familiares y violencia de género contra las mujeres. *Consejo Nacional para la Igualdad de Género*. https://oig.cepal.org/sites/default/files/violencia_de_gnero_ecuador.pdf
- Carmona, M. (1999). Violencia y sociedad. *Adolescencia y salud*.1(1), s/p https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41851999000100004
- Casullo, M. (2004). El inventario de síntomas SCL-90-R de L.Derogatis. Adaptación UBA.CONICET. <https://www.fundacionforo.com/pdfs/inventariodesintomas.pdf>
- Ceccato, R., Giménez, C., Ballester, R., Gil, M., Ruiz, E. y Gil, B. (2012). El aprendizaje temprano de la violencia en el contexto familiar. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. 2 (1), 313-321. <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832339032.pdf>
- Córdova, O. (2017). La violencia económica y/o patrimonial contra las mujeres en el ámbito familiar. *Unife, revista del instituto de la familia*. 6, 39-58. <https://revistas.unife.edu.pe/index.php/personayfamilia/article/view/468/295>
- Corsi, J. (s/f). La violencia hacia la mujer en el contexto doméstico. *Fundación Mujeres*. <http://tiva.es/articulos/www.corsi.com.ar.pdf>
- Dannemann, V. (en prensa). Ecuador: la violencia sexual es algo cotidiano en la vida de la mujer. *Made for minds*.
- Echeburúa, E. y de Corral, P. (1998). Manual de violencia familiar. Siglo veintiuno editores México - España.

- Echeburúa, E. y de Corral, P. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuadernos de Medicina Forense*. 12(43 - 44), 75-82. <https://scielo.isciii.es/pdf/cmfn43-44/06.pdf>
- Echeburúa, E., de Corral, P. y Sarasua, B. (s/f). El impacto psicológico en las víctimas de violación. Universidad del País Vasco. <https://www.ehu.es/documents/1736829/2028519/08+-+Impacto+psicologico.pdf>
- Espín, J., Valladares, A., Abad, J., Presno, C, y Gener, N. (2008). La violencia, un problema de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 24 (4), http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000400009
- Fraile, C. (18 de junio de 2020). Las agresiones sexuales en la historia. <https://adavas.org/las-agresiones-sexuales-en-la-historia/>
- Giménez, A. (2011). La explotación y trata de mujeres con fines sexuales: el papel del sector salud. *Gaceta Sanitaria*. 25 (5), s/p. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112011000500001
- Hernandez, K. (2022). Fortalecimiento de las capacidades de respuesta de las casas de acogida para sobrevivientes de violencia basada en género. Fundación ALDEA, Asociación Latinoamericana para el Desarrollo Alternativo. <http://www.fundacionaldea.org/noticias-aldea/fortalecimientocasas>
- INEC. (2010). Fascículo provincial Azuay. Instituto nacional de estadística y censos. Quito. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manu-lateral/Resultados-provinciales/azuay.pdf>
- Instituto Nacional De Salud Pública. (2020). La violencia obstétrica también es violencia contra la mujer. Gobierno de México. Cuernavaca. <https://www.insp.mx/avisos/5138-dia-violencia-mujer-obstetrica.html>
- Instituto Superior Tecnológico Central técnico. (2020). Violencia Digital Folleto informativo/ Bienestar Institucional. <https://istct.edu.ec/portal/nuevo/wp-content/uploads/sites/2/2020/10/Violencia-Digital-BIENESTAR-ESTUDIANTIL.pdf>
- National sexual Violence Resorce Center. (2021). Qué es la violencia sexual. https://www.nsvrc.org/sites/default/files/Publications_NSVRC_Overview_Quées-la-Violencia-Sexual.pdf
- Lampert, M. (2021). Parto humanizado y violencia obstétrica en parámetros de la Organización Mundial de la Salud. *Biblioteca del Congreso Nacional de Chile/BCN*. https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/32275/1/BCN_parto_humanizado_violencia_obstetrica_FINAL.pdf

- López, E. (2004). La fijura del agresor en la violencia de género: características personales e intervención. *Papeles del psicólogo*. Madrid. 25 (88), 31-38. <https://www.redalyc.org/pdf/778/77808805.pdf>
- Malón, A.(2008). La hipótesis del trauma en el abuso sexual: revisión crítica e implicaciones. *Revista colombiana de psicología*. (17), pp. 177 - 200. <https://www.redalyc.org/pdf/804/80411803013.pdf>
- Maqueda, M. (2000). El tráfico de personas con fines de explotación sexual. *Jueces para la democracia.s/v*, (38), 25-29. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=174827>
- Medina, A. (2019). “EL TRAUMA PSICOSOCIAL COMO UN EFECTO DEL ACOSO SEXUAL EN LUGARES PÚBLICOS”. [Tesis de grado no publicada]. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/16384/DISERTACIÓN%20Andrea%20Elvira%20Medina%20Delgado.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Observatorio Nacional de la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar. (2019). Características de las personas agresoras en el entorno familiar. Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables. [Foro].Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. <https://observatoriovioencia.pe/wp-content/uploads/2019/09/Presentación-Foro-agresores.pdf>
- Ocampo, L. (2015). Autoestima y adaptación en víctimas de maltrato psicológico por parte de la pareja. *Psicología desde el Caribe*. 32, (1),155-168. <https://www.redalyc.org/pdf/213/21337152006.pdf>
- OMS. (2021). Violencia contra la mujer. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
- ONU Mujeres Ecuador. (2019). Estudio violencia política contra las mujeres en el Ecuador. <https://ecuador.un.org/sites/default/files/2020-02/violencia%20politica%20baja.pdf>
- ONU MUJERES. (s/f). Preguntas frecuentes: Tipos de violencia contra las mujeres y las niñas. <https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/faqs/types-of-violence>
- OPS.(s/f).Prevención de la violencia. Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-violencia>
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). Prevención de la violencia sexual y violencia inflingida por la pareja contra las mujeres. Organización Mundial de la Salud. https://oig.cepal.org/sites/default/files/9789275316351_spa.pdf

- Organización Panamericana de la Salud.(2018).Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Organización Mundial de la Salud. https://oig.cepal.org/sites/default/files/20184_violenciasexual.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2002). Informe mundial sobre la violencia y la salud. Ginebra.http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67411/a77102_spa.pdf;jsessionid=A7C95DF0B592125E64EB9A1841E52376?sequence=1
- Panjwani, V. (9 de marzo de 2021). Una de cada tres mujeres en el mundo sufre violencia física o sexual desde que es muy joven. *Naciones Unidas. Noticias ONU*. <https://news.un.org/es/story/2021/03/1489292>
- Parreño, M. (2011). Consecuencias psicológicas, comportamentales y sexuales de la “normalización” del abuso sexual incestuoso en la víctima. [Tesis de grado no publicado]. Pontificia universidad del Ecuador. <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/4583/Tesis%20Salomé%20Parreño.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Pérez, S. (2019). La violencia de género en los jóvenes. Una visión general de la violencia de género aplicada a los jóvenes en España. *Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Gobierno de España*. http://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2019/07/estudio_violencia_web_injuve.pdf
- Rincón, P. (2003).Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica: evaluación de programas de intervención [Tesis doctoral no publicada]. Universidad Complutense de Madrid.
- Rivas, E., Bonilla, E. y Vázquez, J. (2020). Factores de riesgo asociados al consume de sustancias en mujeres víctimas de maltrato en context de pobreza. *Anales de psicología*. 36 (1),173 – 180. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-97282020000100019&script=sci_arttext&tlng=es
- Rodríguez, Y., Aguiar. B. y García, I. (2012). Consecuencias psicológicas del abuso sexual infantil. *Eureka*. 9 (1), 58-68. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/eureka/v9n1/a07.pdf>
- Rondón, M. (2016). Impacto del embarazo luego de una violación. Argumentos para proteger la salud mental. *Promsex*. <https://issuu.com/promsex/docs/impactoembarazocasosviolacionmartar>
- Salgado, B. (2020). Dinased presentó cifras de suicidios y formas de prevención. Policía nacional del Ecuador. <https://www.policia.gob.ec/dinased-presento-cifras-de-suicidios-y-formas-de-prevencion/>
- Sanmartín, J. (2007). ¿Qué es violencia? Una aproximación al concepto y a la clasificación de la violencia. *Daimon Revista Internacional de Filosofía*, s/v, 9–21. <https://revistas.um.es/daimon/article/view/95881>
- SN. (17 de diciembre de 2019). Incidencia de abuso sexual infantil se concentra en tres provincias de Ecuador. *La Hora*

- Tamayo, J. (10 de abril del 2019). El patriarcado “extremoduro” de las religiones. El País. https://elpais.com/elpais/2019/04/09/opinion/1554827755_747922.html
- Tibaná, D., Arciniegas, D. y Delgado, I. (2020). Tipos y manifestaciones de la violencia a partir de relatos de mujeres víctimas en Soacha, Colombia. *Prospectiva. Revista de Trabajo Social e intervención social*. (30), 117-144. DOI: 10.25100/prts.v0i30.8803
- Toledo, N. (21, noviembre, 2018). La violencia ginecobstétrica es una forma de controlar la vida sexual y reproductiva de las mujeres. *Red chilena contra la violencia hacia las mujeres*. <http://www.nomasviolenciacontramujeres.cl/natasha-toledo-la-violencia-ginecobstetrica-es-una-forma-de-controlar-la-vida-sexual-y-reproductiva-de-las-mujeres/>
- UNICEF. (2013). Ocultos a plena luz. Un análisis estadístico de la violencia contra los niños. Unite for Children. <https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/informeocultosbajolaluz.pdf>
- Yugueros, A. (2014). La violencia contra las mujeres: Concepto y Causas. *BARATARIA. Revista Castellano-Manchega de Ciencias sociales*. (18),147-159. <https://www.redalyc.org/pdf/3221/322132553010.pdf>
- Zubizarreta, I. (2004). Consecuencias psicológicas del maltrato doméstico en mujeres y sus hijos e hijas. *Emakunde*. (24), https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/proyecto_nahiko_formacion/es_def/ad_juntos/2004.03.17.irene.zubirreta.pdf

Anexos

Anexo N.1

1. Encuesta

MARQUE CON UN X

1. SEXO
 - a. FEMENINO
 - b. MASCULINO
 - c. OTRO

2. EDAD
 - a. 18 – 25 AÑOS
 - b. 26 – 33 AÑOS
 - c. 34 – 41 AÑOS

3. ESTADO CIVIL
 - a. SOLTERO (A)
 - b. CASADO (A), UNIÓN LIBRE
 - c. SEPARADO (A)
 - d. VIUDO (A)

4. NIVEL DE ESCOLARIDAD
 - a. PRIMARIA
 - b. SECUNDARIA
 - c. TÉCNICO/ TECNOLÓGICO
 - d. UNIVERSITARIO
 - e. NINGUNA

5. HA SIDO VÍCTIMA DE VIOLENCIA
 - a. SI
 - b. NO

6. RECONOCE QUÉ TIPO DE VIOLENCIA SUFRIÓ:
 - a. FÍSICA
 - b. PSICOLÓGICA
 - c. SEXUAL

7. EN CASO DE HABER RESPONDIDO LA OPCIÓN C EN LA ANTERIOR PREGUNTA, RECUERDA SI SUFRIÓ:
 - a. VIOLACIÓN
 - b. ABUSO
 - c. OTRO

8. RECUERDA APROXIMADAMENTE HACE CUÁNTO TIEMPO LO SUFRIÓ:

R: _____

9. DÓNDE LO SUFRIÓ

- a. SU HOGAR
- b. EL DE UN FAMILIAR O ALLEGADO
- c. LUGAR DESCONOCIDO
- d. OTRO

10. PARENTEZCO/ RELACIÓN CON EL AGRESOR

- a. PERSONAS QUE VIVEN CON USTED
- b. PERSONAS QUE NO VIVEN CON USTED
- c. DESCONOCIDO

11. SEXO DEL AGRESOR

- a. FEMENINO
- b. MASCULINO
- c. OTRO

12. DENUNCIÓ EL ACTO DE VIOLENCIA

- a. SI
- b. NO

13. Si SU RESPUESTA FUE POSITIVA, RESPONDA SI LO HIZO DE MANERA:

- a. VOLUNTARIA
- b. OBLIGADA

14. SI SU RESPUESTA FUE NEGATIVA, PORQUÉ NO LO HIZO

R: _____

1. Inventario de síntomas SCL-90-R de L. Derogatis

SCL-90-R.
Adaptación UBA, CONICET, 1999/2008.
Prof. M.M. Casullo.

EL INVENTARIO DE SÍNTOMAS SCL-90-R de L. Derogatis

María Martina Casullo, Marcelo Pérez.
(2008)

Este inventario ha sido desarrollado para evaluar patrones de síntomas presentes en individuos y puede ser utilizado tanto en tareas comunitarias como de diagnóstico clínico.

Cada uno de los 90 ítems que lo integran se responde sobre la base de una escala de cinco puntos (0-4). Se lo evalúa e interpreta en función de nueve dimensiones primarias y tres índices globales de malestar psicológico:

- 1) Somatizaciones (SOM)
 - 2) Obsesiones y compulsiones (OBS)
 - 3) Sensitividad interpersonal (SI)
 - 4) Depresión (DEP)
 - 5) Ansiedad (ANS)
 - 6) Hostilidad (HOS)
 - 7) Ansiedad fóbica (FOB)
 - 8) Ideación paranoide (PAR)
 - 9) Psicoticismo (PSIC).
-
- 1) Índice global de severidad (IGS)
 - 2) Total de síntomas positivos (TSP)
 - 3) Índice Malestar Sintomático Positivo (IMSP)

Estos tres indicadores reflejan aspectos diferenciales de los trastornos a ser evaluados.

En términos generales una persona que ha completado su escolaridad primaria lo puede responder sin mayores dificultades. En caso de que el sujeto evidencie dificultades lectoras es aconsejable que el examinador le lea cada uno de los ítems en voz alta.

En circunstancias normales su administración no requiere más de quince minutos. Se le pide a la persona que está siendo evaluada que responda en función de cómo se ha sentido durante los últimos siete días, incluyendo el día de hoy (el de la administración del inventario). Los pacientes con retraso mental, ideas delirantes o trastorno psicótico son malos candidatos para responder el SCL-90. Es aplicable a personas entre 13 y 65 años de edad.

LAS NUEVE DIMENSIONES DE SÍNTOMAS.

Estas dimensiones se definieron sobre la base de criterios clínicos, racionales y empíricos.

SOMATIZACIONES

Evalúa la presencia de malestares que la persona percibe relacionados con diferentes disfunciones corporales (cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorios).

OBSESIONES Y COMPULSIONES

Incluye síntomas que se identifican con el síndrome clínico del mismo nombre:

Pensamientos, acciones e impulsos que son vivenciados como imposibles de evitar o no deseados.

SENSITIVIDAD INTERPERSONAL

Se focaliza en detectar la presencia de sentimientos de inferioridad e inadecuación, en especial cuando la persona se compara con sus semejantes

DEPRESIÓN

Los ítems que integran esta subescala representan una muestra representativa de las principales manifestaciones clínicas de un trastorno de tipo depresivo: estado de ánimo disfórico, falta de motivación, poca energía vital, sentimientos de desesperanza, ideaciones suicidas.

SCL-90-R.
Adaptación UBA, CONICET. 1999/2008.
Prof. M.M. Casullo.

ANSIEDAD

Evalúa la presencia de signos generales de ansiedad tales como nerviosismo, tensión, ataques de pánico, miedos.

HOSTILIDAD

Esta dimensión hace referencia a pensamientos, sentimientos y acciones característicos de la presencia de afectos negativos de enojo.

ANSIEDAD FÓBICA

Este malestar alude a una respuesta persistente de miedo (a personas específicas, lugares, objetos, situaciones) que es en sí misma irracional y desproporcionada en relación con el estímulo que la provoca.

IDEACIÓN PARANOIDE

Evalúa comportamientos paranoides fundamentalmente en tanto desórdenes del pensamiento: pensamiento proyectivo, suspicacia, temor a la pérdida de autonomía.

PSICOTICISMO

Esta dimensión se ha construido con la intención que represente el constructo en tanto dimensión continua de la experiencia humana. Incluye síntomas referidos a estados de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones y control del pensamiento.

ITEMES ADICIONALES.

El SCL-90-R incluye siete ítems que no se incorporan a las nueve dimensiones ya mencionadas pero que tienen relevancia clínica:

- 19: Poco apetito
- 44: Problemas para dormir
- 59: Pensamientos acerca de la muerte o el morir
- 60: Comer en exceso
- 64: Despertarse muy temprano.
- 66: Sueño intranquilo.
- 89: Sentimientos de culpa.

INDICES GLOBALES.

1) Índice de Severidad Global (IGS): es un muy buen indicador del nivel actual de la severidad del malestar. Combina el número de síntomas reconocidos como presentes con la intensidad del malestar percibido.

2) Total de síntomas positivos (TSP): se estima contando el total de ítems que tienen una respuesta positiva (mayor que cero). En sujetos de población general, puntuaciones brutas iguales o inferiores a 3 en varones e iguales o inferiores a 4 en mujeres son consideradas como indicadores de un intento consciente de mostrarse mejores de lo que realmente están. (imagen positiva).

Puntuaciones brutas superiores a 50 en varones y a 60 en mujeres indican lo contrario: tendencia a exagerar sus patologías.

3) Índice de Malestar Sintomático Positivo (IMSP): pretende evaluar el estilo de respuesta indicando si la persona tiende a exagerar o a minimizar los malestares que lo aquejan. Puntuaciones extremas en este índice también sugieren patrones de respuestas que deben analizarse en términos de actitudes de fingimiento.

En el Manual en el original inglés de la prueba se consignan estudios sobre su Validez Estructural y Convergente así como acerca de su consistencia interna y fiabilidad test-retest. (Derogatis, 1994. Minnesota. National Computer System).

Evaluación e interpretación del inventario

- 1) Para cada una de las respuestas a los ítems, se asignarán los siguientes valores:

Nada: 0 Muy poco: 1 Poco: 2 Bastante: 3 Mucho: 4

Con esos cinco números se completará en la **hoja para el cálculo de los puntajes** el valor que le corresponde a cada respuesta. Por ejemplo, si al ítem nro. 1 el examinado marcó una cruz en la columna encabezada con la opción " poco" , donde dice en la hoja de cálculo donde dice 1..... se deberá completar con en número dos: 1..2. De la misma forma se procede con las 90 respuestas.

- 2) Cada una de las nueve dimensiones primarias tiene sus ítems en un mismo renglón de la hoja para el cálculo de puntajes. Para cada dimensión se sumarán los valores de todas las respuestas que la componen, y el resultado se escribirá en donde dice "total". Luego se contará el número de respuestas en dicha dimensión y se anotará en "Nº resp.". Finalmente se calculará el promedio dividiendo el número "total" por el de "Nº resp.". Dicho valor se escribirá en "promedio".
Ejemplo:

SOMATIZACIONES (SOM):

1.2 4.1 12.0 27.2 40.1 42.2 48.3 49.1 52.0 53.1 56.2 58.2 →

Total	17	promedio
Nº resp.	12	1,41

- 3) Los ítems adicionales no conforman una dimensión, pero a fin de luego poder calcular el índice de severidad global, se realizará la sumatoria como se vino haciendo para obtener el total, sin hacer el promedio.
- 4) Para calcular el índice de severidad global (IGS), se suman los valores de todas las respuestas y se divide por la cantidad de respuestas dadas (90 si respondió a todas). Una manera práctica de hacer esto es sumando el valor de las casillas "total" de las nueve dimensiones y de las respuestas adicionales y dividir ese valor por el número de respuestas dadas.
- 5) El total de síntomas positivos (TSP) es la cantidad de respuestas distintas de cero que dio el examinado
- 6) Índice de Malestar Sintomático Positivo (IMSP) se calcula haciendo la misma suma que para IGS pero esta vez en vez de dividir por la cantidad de respuestas se divide por la cantidad de respuestas dadas distintas de cero , vale decir por TSP
- 7) Estos doce puntajes brutos se transformarán en un puntaje T normalizado para su adecuada lectura. Dichos puntajes se volcarán en el cuadro correspondiente de la hoja de cálculos:

PUNTAJES T SCL 90-R											
SOM	OBS	SI	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC	IGS	TSP	IMSP

- 8) Los puntajes T normalizados superiores a 63 puntos se consideran elevados (equivalen a un percentil de 90), lo que indica una persona en riesgo.
- 9) Puntajes brutos de TSP menores o iguales a 6 en varones y 13 en mujeres (adolescentes), pueden indicar tendencia a mostrarse exageradamente libre de síntomas. Valores brutos de TSP superiores a 71 en varones y 75 en mujeres indicarían por el contrario malestar exagerado o dramatización.
- 10) Valores extremos en IMSP podrían indicar un intento deliberado en mostrarse demasiado bien o mal. Un IMSP menor a 1,00 (bruto) con un TSP muy bajo (menos o igual a 3 en hombres y 4 en mujeres adultos) en general indica tendencia a mostrarse libre de problemas psicológicos. IMSP mayores a 3,20 en adultos sugiere dramatismo. Mayores a 3,50 extremo dramatismo.

Hoja para el cálculo de los puntajes

- 1) Se calculan las puntuaciones directas o brutas para cada una de las nueve dimensiones y los tres índices.
- 2) Sumar los valores asignados a cada ítem y dividir ese total por el número de ítems respondidos.
- 3) Se convierten esas puntuaciones directas en puntuaciones T normalizadas, usando tabla.
- 4) Se considera indicativa de una persona EN RIESGO toda puntuación T normalizada igual o superior a 63.

1) SOMATIZACIONES (12 ítems)

1.... 4.... 12.... 27.... 40.... 42.... 48.... 49.... 52.... 53.... 56.... 58.... →

Total		promedio
Nº resp.		

SOM

2) OBSESIONES Y COMPULSIONES (10 ítems)

3.... 9.... 10.... 28.... 38.... 45.... 46.... 51.... 55.... 65.... →

Total		promedio
Nº resp.		

OBS

3) SENSITIVIDAD INTERPERSONAL (9 ítems)

6.... 21.... 34.... 36.... 37.... 41.... 61.... 69.... 73.... →

Total		promedio
Nº resp.		

SI

4) DEPRESIÓN (13 ítems)

5.... 14.... 15.... 20.... 22.... 26.... 29.... 30.... 31.... 32.... 54.... 71.... 79.... →

Total		promedio
Nº resp.		

DEP

5) ANSIEDAD (10 ítems)

2.... 17.... 23.... 33.... 39.... 57.... 72.... 78.... 80.... 86.... →

total		promedio
Nº resp.		

ANS

6) HOSTILIDAD (6 ítems)

11.... 24.... 63.... 67.... 74.... 81.... →

Total		promedio
Nº resp.		

HOS

7) ANSIEDAD FÓBICA (7 ítems)

13.... 25.... 47.... 50.... 70.... 75.... 82.... →

Total		promedio
Nº resp.		

FOB

8) IDEACIÓN PARANOIDE (6 ítems)

8.... 18.... 43.... 68.... 76.... 83.... →

Total		promedio
Nº resp.		

PAR

9) PSICOTICISMO (10 ítems)

7.... 16.... 35.... 62.... 77.... 84.... 85.... 87.... 88.... 90.... →

Total		promedio
Nº resp.		

PSIC

ITEMES ADICIONALES (7 ítems)

19.... 44.... 59.... 60.... 64.... 66.... 89.... →

Total	
Nº resp.	

INDICE DE SEVERIDAD GLOBAL →

Σ "total"	Nº respuestas contestadas	
	/	

IGS

TOTAL DE SINTOMAS POSITIVOS →

--

TSP

INDICE MALESTAR SINTOMÁTICO POSITIVO →

Σ "total"	SP	
	/	

IMSP

PUNTAJES T SCL 90-R												
SOM	OBS	SI	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC	IGS	TSP	IMSP	