



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**PERFIL DE RASGOS DE PERSONALIDAD EN MUJERES
VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A:

MARIA TERESA DOMINGUEZ LOBATO

LILIANA JOCELINE CASTILLO FRAGOSO

DIRECTOR: Mtra. MIRIAM CAMACHO VALLADARES

REVISOR: Mtro. SOTERO MORENO CAMACHO

SÍNODO:

DR. HECTOR LARA TAPIA

DRA. MARIA DEL ROCIO AVENDAÑO SANDOVAL

DR. JORGE ROGELIO PEREZ ESPINOSA



**Facultad
de Psicología**

CIUDAD UNIVERSITARIA, MEXICO CDMX, 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIAS

A mis padres: Miguel Ángel y Argelia. Por darme la vida y su amor incondicional, siendo mi mayor inspiración. Secundando cada uno de mis pasos, y avivando cada uno de mis anhelos.

En memoria de mi abuela: María Teresa, la más hermosa, admirable y dulce persona que he conocido, quién estuvo conmigo apoyándome en éste camino, en mi sed por aprender y ser mejor persona, impulsándome a realizar mis sueños

AGRADECIMIENTOS

A mi padre Miguel Ángel. Las palabras nunca me alcanzarán para agradecerte, por enseñarme que los padecimientos no son ninguna barrera en el aprendizaje y en la vida. Eres la persona que más admiro, no sólo por ser ese gran ser humano polímata, sino también, por la gran franqueza e inteligencia que te caracterizan, que a consecuencia de ésta última, incursionaste en mí, el encanto y admiración por el saber. Gracias por los consejos y el amor que siempre me has brindado desde tú gran corazón.

A mi madre Argelia. Darte las gracias no es suficiente, pues me has protegido de cada una de las adversidades, teniendo siempre la fuerza y palabras adecuadas para hacerme sentir mejor, has creído en mí en todo momento, a pesar de verme casi desfallecer, en diversas situaciones. Gracias por tener la canción perfecta para cada instante en que necesito escucharte o recordarte, pero sobretodo, gracias por brindarme tus saberes, tú inmensa comprensión y ser mi gran confidente.

Abuela María. La vida sin ti, no es la misma. Siempre llevare conmigo el recuerdo de aquel hermoso rostro, que manifestabas ante mí día a día con tu singular ternura y alegría. Doy gracias a Dios y a la vida, por prestarme tan dulce y noble ser humano. Gracias por tus consejos, abrazos, cariño y amor durante tú estancia en tan bella existencia. Te amo.

Abuelo Rufino. No tengo palabras para agradecerte el infinito apoyo que me has brindado a lo largo de estos años y durante este camino lleno de dificultades, apostaste por mí sin saber cuáles serían los resultados. Me complace poder responderte de éste modo y decirte que eres parte fundamental e importante de éste gran logro y de lo que soy. Gracias por tanto. Te admiro y te quiero.

Mis queridos y dulces “Itos”, Gela y Gerardo. A pesar de cada una de las diferencias que se han presentado, nunca han dejado de creer en mí, han sido parte de mi formación desde siempre, sé que si las circunstancias fuesen otras lo dejarían todo por mí, a pesar de ya haber hecho demasiado. Gracias por permitirme residir con ustedes estos últimos años.

Héctor y Dalia. No solo mis tíos, además mis padrinos. Gracias por creer y cuidar de mí, por estar a mi lado en momentos difíciles, dándome palabras de aliento y demostrándome su inmenso cariño.

Susana y Miriam. Mis pequeñas niñas, las palabras no alcanzan para expresar lo mucho que las amo y lo importante que son cada una para mí. Gracias por llenar de felicidad y alegría mi vida, por ser tan dulces y demostrar el amor sincero que sienten por mí.

Xóchitl. tía, gracias por todo el tiempo que cuidaste de mí y el amor que me brindaste junto con Adrián, al cual quiero sinceramente.

Omar y Ely. No sé cómo hubiera logrado esto sin ustedes, son parte de este momento, junto con el pequeño Diego, al que quiero infinitamente. Gracias por permitirme terminar este gran proyecto, por cada uno de sus consejos y demostraciones de afecto. Omar crecimos juntos y sabes que siempre te he visto como un hermano, al que quiero y respeto. Ely gracias por ser parte de mi familia y por creer en mí. Los quiero.

Coral. Mi querida hermana a la que admiro, siempre has sido mi ejemplo, y debo darte las gracias, por ser mi cómplice, confidente y compañera de juegos de toda una vida, mi infancia hubiese sido de lo más triste, sin tu compañía y amor.

*Regina. Dulce y gran amiga, formaste parte de éste proyecto, de más de la mitad de mi formación académica. Gracias por tu apoyo, por alentarme en todo momento. Once años a tú lado, parecen pocos, pero en realidad es la mitad de nuestra corta vida, y me alegra haberla compartido contigo. A pesar del tiempo, de los cambios que puedan venir, eres y serás mi mejor y más antigua amiga, a la que nunca dejaré de querer. Qué perdure por el **resto de nuestra vida tan bella y fraternal amistad. Te amo querida "Shila"***

Carolina. Gracias por hacer de la universidad la más divertida, aprendimos, lloramos y crecimos como personas juntas. Has sido mi cómplice y confidente. Hemos compartido mil historias y experiencias juntas. No tengo palabras para agradecerle a la vida y a ti que aparecieras en mejor momento. Gracias querida amiga, por tanto, y por ser parte de esto.

Benjamín. Mi dulce hermano "Bengie" tantos años de conocernos, tantas cosas que hemos pasado y la amistad perdura. Gracias por las ideas y apoyo a lo largo de nuestra linda amistad.

Fernando. Mi querido amigo y confidente, tantos momentos y anécdotas, buenas, malas, regulares, pero siempre apoyándome en todo, haber compartido la Universidad fue un verdadero placer y honor, pues me encontré con un hombre brillante, el cuál admiro y quiero.

Lety, Judith y Liz. Me honra tanto el haber compartido y aprendido junto a ustedes, mis inicios cómo practicante en ésta noble y bella profesión de la que ahora formo parte. Gracias por las enseñanzas a través de su dulzura y amistad que cada una de ustedes me brindó, pero sobre todo, gracias por emprender el presente trabajo conmigo, ya que sin su apoyo este proyecto jamás se hubiese realizado El cariño, respeto y admiración es sólo una parte de lo que siento e inspiran en mí, Espero ser tan exitosa y buena representante de éste gremio como lo son ustedes. Las quiero mucho.

Janeth. Por su tiempo, colaboración y aportación, pero sobre todo por su paciencia y ayuda en esta investigación.

Liliana. Amiga y cotesista, gracias por colaborar junto a mí en este maravilloso trabajo, aunado de tus conocimientos, paciencia y empeño. Gracias por compartir tu sabiduría e infinita entrega, así como tú cuidado en cada detalle, sin el esto no sería posible. Te quiero.

Este proyecto está dedicado a quienes me han ayudado a forjar mi camino, a desarrollarme académica y personalmente.

*Familia, amigos, compañeros y profesores. A lo largo de este trayecto, de diferente manera todos y cada uno de ustedes dedicaron tiempo para enseñarme cosas nuevas, las cuales **considero invaluable ya que me servirán toda la vida....***

A mis padres Refugio y Marlen. Por su protección y amor. Por tomarme de la mano en cada paso que he dado y haber forjado gran parte de la persona que soy ahora, por recordarme siempre que puedo lograr lo que quiera porque no hay secreto alguno para alcanzar el éxito si no uno mismo, por enseñarme a no darme por vencida y siempre levantarme. Mi amor y admiración por ustedes es infinito....

A mis amigos presentes y pasados, quienes me acompañaron en esta trayectoria llena de aprendizajes, por enseñarme diferentes maneras de ver y disfrutar la vida, por su compañía en mis momentos de lucidez y confusión. Los considero como mi segunda familia, no lo son de sangre pero si de corazón.

A ti Andrés por confiar en mí. Por haber caminado a mi lado en las etapas más importantes de mi vida. Fuiste, eres y serás parte esencial en mi vida. Eres una de las personas que más admiro. Gracias por enseñarme tanto y por guiarme cuando estaba confundida acerca de qué camino tomar. Por tu amor, tu ayuda y tu apoyo incondicional siempre.

*A ti Joel que estuviste de principio a fin siendo mi fuente de calma y consejo. Por permanecer a mi lado en cada momento bueno y también por compartir tristezas y **frustraciones. Por impulsarme cuando creo que ya no puedo...** Me pones las cosas en perspectiva y al mismo tiempo pones en orden mi vida. Gracias por compartirme tu conocimiento y visión de las cosas, siempre logras ampliar mi panorama haciéndome ver más allá .*

A Maritere, colega y amiga. Por haberme pensado para la realización de este proyecto, por hacerme participe en algo tan importante como la culminación de una de las etapas más importantes de nuestra vida. Por tu gran dedicación, apoyo, comprensión y el aprendizaje adquirido en este tiempo juntas. Lo logramos...

Con amor ...

Liliana

A nuestra directora de tesis:

Mtra. Miriam Camacho Valladares. Por su orientación y el apoyo incondicional que nos brindó a lo largo de esta tesis. Por creer en nosotras, compartir cada uno de sus conocimientos y tener confianza en nosotras. Gracias por ser una gran guía, maestra y amiga.

A nuestros sinodales por permitirnos compartirles los hallazgos de esta investigación:

Mtro. Sotero Moreno Camacho. Por su tiempo, calidad humana y profesionalismo.

Dra. María del Rocío Avendaño. Por su paciencia, consejos y amor. Gracias por ser una persona fundamental en nuestro desarrollo académico y personal.

Dr. Héctor Lara Tapia. Por enseñarnos a amar la psicología aún más, por sus consejos y aportaciones en esta tesis, el cuál fue fundamental a lo largo de la investigación. Gracias por compartir su infinito conocimiento, memorables experiencias y su tiempo, donde siembra la semilla por querer aprender aún más.

Dr. Jorge Rogelio Pérez Espinosa. Por su tiempo, disposición y aportaciones en el presente trabajo.

Nuestro más sincero agradecimiento al Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Por abrirnos sus puertas y prestarnos sus aulas para realizar el presente trabajo, por darnos la oportunidad de encontrarnos con profesionistas que no solo entregan el corazón en lo que hacen, sino también, nos brindaron su amistad y conocimientos a lo largo de esta investigación. Sin su ayuda este proyecto no hubiera sido posible.

Universidad Nacional Autónoma de México. Por ser nuestro segundo hogar durante un largo tiempo, y permitirnos ser universitarias, donde no solo nos dio la oportunidad de tener la mejor de las formaciones, sino también, permitió abrir nuevas expectativas hacia lo que deseamos. Gracias por prestarnos cada una de tus instalaciones dónde se aprende algo nuevo y diferente cada día.

INDICE

RESUMEN.....	11
INTRODUCCIÓN.....	12
CAPÍTULO 1. PERSONALIDAD	15
1.1 Definición de personalidad	15
1.2. Perfil de Personalidad.....	17
1.3. Teorías de la Personalidad.....	18
1.3.1 <i>Teoría psicodinámica de la Personalidad</i>	18
1.3.2 <i>Teoría fenomenológica de la personalidad</i>	19
1.3.3. <i>Teoría conductual de la personalidad</i>	21
1.3.4. <i>Teoría cognitiva de la personalidad</i>	21
1.3.5 <i>Teoría de los rasgos</i>	23
1.4 Descripción del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI-II).....	26
1.5 Perfiles del MMPI-2 en personas víctimas de Abuso.....	35
CAPÍTULO 2. ABUSO SEXUAL	36
2.1 Antecedentes del abuso sexual.....	36
2.2 Concepto de abuso sexual.....	38
2.2.1. <i>Conceptualización del abuso sexual infantil</i>	39
2.2.2 <i>Tipos de Abuso Sexual</i>	43
2.3 Consecuencias del Abuso Sexual.....	47
2.3.1. <i>Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) como repercusión en Víctimas de Abuso Sexual</i>	49
2.3.2. <i>Trastorno de estrés postraumático según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V</i>	51
2.4 Abuso Sexual como agresión.....	56

2.4.1 Definición de agresión	56
2.4.2 Agresión o abuso sexual como tipo penal en la legislación Mexicana	58
2.4.3. Violencia Sexual según La Organización Mundial de la Salud (OMS)	61
2.5 Falsas Creencias sobre el Abuso Sexual	63
2.6 Situaciones de alto riesgo	68
2.6.1 Factores individuales y relacionales	70
2.7 Prevalencia	73
2.7 Violencia de género.....	76
CAPÍTULO 3. MÉTODO	81
3.1 Justificación	81
3.2 Planteamiento del problema	81
3.3 Pregunta de investigación.....	82
3.4 Objetivos.....	83
3.5 Hipótesis.....	83
3.6 Variables	84
3.7 Muestreo	85
3.8 Alcance del Estudio.....	85
3.9 Instrumento	86
3.10 Procedimiento.....	88
CAPÍTULO 4. ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	89
4.1 DATOS GENERALES.....	95
CAPÍTULO 5. DISCUSION Y CONCLUSION DE RESULTADOS	103
CONCLUSIONES.....	106
CAPÍTULO 6. PROPUESTAS	107
REFERENCIAS.....	109
ANEXOS.....	114

*“El secreto de la existencia no consiste solamente en
vivir,
sino en saber para que se vive”*

Fiódor Dostoyevski

RESUMEN

El abuso sexual es definido como las actitudes y comportamientos que realiza una persona sobre otra, sin su consentimiento y para su propia satisfacción sexual, que va desde la amenaza, al engaño, la seducción y confusión. Los efectos de la agresión son múltiples, y se expresan en las áreas más importantes de la persona, como lo son: psicológica, sexual, psicosomática, social etc. (S. L. Hamby, D. Finkelhor, 2000).

Objetivo: Conocer el perfil de rasgos personalidad en mujeres víctimas de abuso sexual con un rango de edad que comprende entre los 18 y los 50 años de edad, a través del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota MMPI-II Butcher, Graham, Ben-Porath, Tellegen, Dahlstrom y Kaemmer, (1989).

Metodología: La presente investigación tiene como fin realizar un estudio exploratorio que pretende mostrar información detallada respecto al abuso sexual, y los rasgos de personalidad que tienen en común las mujeres que han padecido este tipo de agresión. La muestra será no probabilística, conformada por 30 mujeres cuyas edades fluctúan entre 18 y 50 años de edad, las cuales son enviadas de los diferentes juzgados al área de psicología legal del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

Palabras clave: Abuso sexual, MMPI-II, Ansiedad, Depresión, TEPT

INTRODUCCIÓN

La presente investigación tiene como propósito brindar un panorama más amplio sobre el abuso sexual, dicho fenómeno se ha convertido en objeto de preocupación, ya que su “aparición” relativamente reciente ha demostrado el encubrimiento que ha persistido por mucho tiempo. Existen pruebas de que el abuso sexual puede afectar el estado de salud mental de quien lo ha experimentado.

El abuso sexual es considerado un problema de alto impacto ya que las secuelas que aparecen en las víctimas pueden alterar su alto funcionamiento y sano desarrollo (Heise, Pitanguy & Germain, 1994). La prevalencia de este tipo de abuso es mayor en mujeres y tiende a presentarse con mayor frecuencia en poblaciones que no han alcanzado la mayoría de edad. (Pereda, Guilera, Forns & Gómez-Benito, 2009; Van Roode, Dickson, Herbison & Paul, 2009).

Una gran variedad de profesionales ha atendido los casos de abuso sexual entre ellos se encuentran: médicos Redondo y Ortiz (2005), trabajadores sociales, psicólogos, policías, abogados, forenses, jueces etc. Vilardell et. Al (2006). Cada uno de ellos tiene preferencia por nombres específicos, tales como ataques al pudor, estupro, violación, sodomía, pedofilia, pederastia, incesto, etc. denominaciones un tanto eufemísticas. De ahí que se hayan propuesto a lo largo de los últimos años, distintas definiciones sobre abuso sexual.

El abuso sexual comprende varios tipos de agresiones, entre ellas se encuentran la violación (penetración en vagina, boca o ano con el pene, dedo o con

cualquier objeto sin el consentimiento de la persona) , el contacto genital-oral, las caricias (tocar o acariciar los genitales de otro, incluyendo la masturbación forzada para cualquier contacto sexual sin penetración), el obligar a ver actividades sexuales de otras personas, las peticiones sexuales, el voyeurismo, el exhibicionismo, y también incluye la explotación sexual (implicar a una persona en conductas o actividades que tengan que ver con la producción de pornografía o promover la prostitución o el tráfico sexual).

Las estadísticas disponibles en México son escasas y no necesariamente reflejan la realidad. Esto se debe al deficiente sistema de registro y, a que muchos actos de abuso sexual no son denunciados ni por la víctima ni por los testigos por desconocimiento, culpa, vergüenza o por estigmas sociales, morales o religiosos. Peor aún, también parecen temer que los impartidores de servicios asistenciales o de justicia también abusen de ellas.

Diversos autores han coincidido en señalar que el tratamiento para víctimas de violencia sexual debe hacerse con apoyo de un equipo interdisciplinar Assis et al., (2009); Bernik, Laranjeiras & Corregiari, 2003; Menicucci et al., (2005). La necesidad de un trabajo combinado para estas personas se hace aún más evidente cuando son diagnosticadas con Trastorno de Estrés Postraumático. El TEPT requiere de tratamientos de alta calidad para ser afrontado, pues la complejidad de sus manifestaciones y la gravedad de su impacto genera fuertes alteraciones en la salud mental de las personas (Vallejo & Terranova, 2009). Se recomienda la combinación de técnicas como la relajación para reducir el nivel de estrés psicofisiológico, la

reestructuración cognitiva, la psicoterapia psicodinámica, el uso de psicofármacos, la hipnosis, entre otras. Los autores aconsejan en los casos leves de TEPT el uso de psicoterapia, y en los casos moderados y graves el uso de tratamiento farmacológico y psicoterapéutico combinados por lo menos durante un período de doce meses, y con un seguimiento posterior Foa, Davidson & Frances, como se cita en Mingote, Boguña, Isla, Perris & Nieto, (2001).

CAPÍTULO 1. PERSONALIDAD

1.1 Definición de personalidad

Tener una definición única sobre concepto de personalidad ha sido una tarea casi imposible, pues a lo largo del tiempo nos hemos enfrentado con diferentes perspectivas e ideas de las diversas personas interesadas en el estudio de la personalidad.

En palabras de Duane, (2009) el término personalidad hace referencia a la apariencia que cada sujeto quiere representar de acuerdo con la situación o el contexto en el que se encuentra.

Chavira, en 2007, proporciona una definición de personalidad, donde refiere que la personalidad es el patrón de pensamientos, sentimientos y conducta que presenta una persona, la cual persiste a lo largo de su vida a través de diferentes situaciones. Es una organización compleja de cogniciones, emociones y conducta que da orientaciones y pautas a la vida de una persona. Como el cuerpo, la personalidad está integrada tanto por estructuras como por procesos que reflejan la naturaleza y el aprendizaje. Además la personalidad engloba los efectos y los recuerdos del pasado, así como construcciones del presente y futuro (Pervin, 1997). Tiene cierta persistencia y estabilidad a lo largo de su vida de modo tal que las manifestaciones de ese patrón en las diferentes situaciones poseen algún grado de predictibilidad.

Eysenck, partiendo del supuesto de que es necesario orientar el estudio de la personalidad hacia términos de dimensiones o unidades de comportamiento

determinables y medibles, define a la personalidad como “la suma total de los esquemas de conducta del organismo, actuales y potenciales, heredados y adquiridos, se origina y se desarrolla mediante la interacción funcional de los cuatro sectores principales en los que están organizados estos esquemas de conducta: el sector cognoscitivo (inteligencia), conativo (carácter), afectivo (temperamento), somático (constitución)” (Eysenck, 1985).

Los rasgos de personalidad hacen referencia a las pautas duraderas en la forma de percibir, pensar y relacionarse con el ambiente y con uno mismo.

La personalidad es algo que no se puede ver o tocar, es por ello que se hace uso de pruebas psicológicas para identificar sus rasgos.

El estudio de la personalidad se ha centrado en dos grandes temas: identificación de rasgos de personalidad y los factores que originan dichos rasgos. Aunque existen múltiples estrategias para la evaluación de dicho constructo, las pruebas más utilizadas en los últimos tiempos son las pruebas objetivas verbales. Además, las pruebas de personalidad se han centrado en el primer tema, y para ello se ha impulsado el uso de múltiples instrumentos avalados por estudios de determinación de sus propiedades psicométricas. Entre los inventarios de personalidad más utilizados se encuentra el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI), que fue creado en 1940 y se ha actualizado a lo largo de las décadas. Dicha prueba se encarga de evaluar rasgos psicopatológicos en las personas

Al hablar de personalidad depende la orientación ideológica que tenga la persona, por eso, a lo largo de la historia, diferentes teóricos han escrito y planteado

sus propuestas. Dentro de la psicología, son demasiadas las ideas, definiciones y teorías que se han dado. Para tener un marco referencial en el estudio de la personalidad se mencionan algunas teorías relevantes de esta.

1.2. Perfil de Personalidad

La medición de la personalidad está limitada por factores que sesgan el proceso y lo distorsionan. Ciertas distorsiones aparecen por el estilo de personalidad del individuo estudiado o del entrevistador. Otras surgen porque el grado de patología no permite que el sujeto identifique sus propios errores afectivos, cognitivos o de comportamiento y por ello no los reporta. Además, sus respuestas pueden estar influenciadas por el deseo de obtener un beneficio o evitar una consecuencia desagradable de su propia conducta.

El perfil de personalidad nace de las limitaciones que genera la medición de la personalidad desde una sola perspectiva, lo que ocasiona ubicar a la persona bajo una única etiqueta que intenta predecir el tipo de problemas a los que el individuo es vulnerable y cuáles serían las terapias más eficaces para tratarlo.

El perfil de personalidad consiste en una serie de instrumentos de medición que evalúan un conjunto de características psicológicas, sociales, culturales y rasgos que definen a una persona. Tras su aplicación, se postulan cualidades relativamente regulares y consistentes del comportamiento y se evalúan las alteraciones psicológicas. El objetivo es obtener con el conjunto de instrumentos una interpretación de la persona en su totalidad Molina (2014).

1.3. Teorías de la Personalidad

1.3.1 Teoría psicodinámica de la Personalidad

De acuerdo con el teórico más importante de este paradigma de la psicología Sigmund Freud (1856-1939), la conducta de una persona es el resultado de fuerzas psicológicas que operan dentro del individuo y que por lo general se dan fuera de la conciencia (Morris y Maisto, 2005). El concepto de conducta desde esta orientación es de vital importancia porque permite entender la personalidad; es por eso que Pervin y John (1998) plantean que el punto de vista estructural de Freud es una buena manera de abordar este tema. Según la idea antes expuesta, la persona posee tres estructuras que aparecen durante el desarrollo de la vida; la primera de ellas corresponde a lo que se ha denominado ello, la única estructura que se encuentra presente en el nacimiento y es totalmente inconsciente, se interesa en satisfacer los deseos del niño con el fin de evitar el dolor. En esta parte del desarrollo el niño solo tiene dos maneras de obtener placer, las acciones reflejas y la fantasía (Bransky, 1998).

La segunda estructura planteada por Freud (1967) es el yo, el que se encuentra entre lo consciente y lo preconscious que busca satisfacer los deseos del ello en el mundo externo; se diferencia de éste en que, en lugar de actuar de acuerdo con el principio del placer (satisfacción inmediata), actúa bajo el principio de realidad.

Por medio del razonamiento inteligente el yo busca demorar la satisfacción de los deseos del ello hasta que se pueda garantizar la gratificación de la manera más

segura posible. Cuando la persona llega a la edad adulta no solo busca la satisfacción de deseos sino que empieza a entrar en juego el componente moral, lo cual se ha denominado súper yo, este cumple las veces de guardián moral, entonces tiene la función de vigilar al yo para conducirlo hacia las acciones morales socialmente aceptadas (Pervin & John, 1998). Teniendo en cuenta lo anterior, Freud plantea que la personalidad se desarrolla en la medida en que una persona logra satisfacer los deseos sexuales durante el curso de su vida, es decir, que la personalidad está determinada por la manera en que se aborda cada una de las etapas psicosexuales (Morris & Maisto, 2005). Las etapas psicosexuales son cinco: Etapa oral, Etapa anal, Etapa Fálica, Etapa de latencia y Etapa genital y las vivencias en cada una de ellas dan cuenta de un posible perfil de personalidad.

1.3.2 Teoría fenomenológica de la personalidad

La teoría fenomenológica de la personalidad, a diferencia del psicoanálisis, considera que el ser humano no debe ser comprendido como resultado de conflictos ocultos e inconscientes sino que tiene una motivación positiva y que, conforme a cómo evoluciona en la vida, el hombre va logrando obtener niveles superiores de funcionamiento, teniendo en cuenta que la persona es responsable de sus propias actuaciones y por ende de las consecuencias que le sobrevienen. Dos de los teóricos importantes de esta comprensión de la personalidad son Carl Rogers y Gordon Allport.

Carl Rogers consideró que los seres humanos construyen su personalidad cuando se ponen al servicio de metas positivas, es decir, cuando sus acciones están

dirigidas a alcanzar logros que tengan un componente benéfico (Morris & Maisto, 2005). Para Rogers, la persona desde que nace viene con una serie de capacidades y potenciales los cuales tiene que seguir cultivando a través de la adquisición de nuevas destrezas; esta capacidad se ha denominado tendencia a la realización; por el contrario, cuando el individuo descuida el potencial innato hay una tendencia a que se vuelva un ser rígido, defensivo, coartado y a menudo se siente amenazado y ansioso.

Por su parte, Allport (1940), resaltó la importancia de los factores individuales en la determinación de la personalidad, señaló que debía existir una continuidad motivacional en la vida de la persona, estuvo de acuerdo con Freud en que la motivación estaba determinada por los instintos sexuales, pero difiere de él en que esta determinación se dé de manera indefinida pues según él, el predominio de los instintos sexuales no permanece durante toda la vida.

También creía que la medida en que los motivos de una persona para actuar son autónomos, determina su nivel de madurez, señalando así la importancia del yo, concepto que defendió porque creía que era una de las características más importantes de la personalidad. Para que no se confundiera su orientación del yo con la dada por Freud, creó el concepto de propium, lo que contiene las raíces de la uniformidad que caracteriza las actitudes, objetivos y valores de la persona. Según lo anterior, el yo no se encuentra presente al momento de nacer sino que se desarrolla con el paso del tiempo (Mischel, 1988).

1.3.3. Teoría conductual de la personalidad

Watson, padre del conductismo, manifestó su acuerdo con la teoría de John Locke en el siglo XVII sobre la tabula rasa, teoría de la personalidad según la cual un recién nacido viene en blanco y es el ambiente el que determinará la personalidad debido a la moldeabilidad de este, no solo en la infancia sino también en la etapa adulta (Davidoff, 1998). De otra manera, Skinner, quien realizó experimentos sobre el aprendizaje animal y humano, concluyó que lo que una persona aprende a hacer es semejante a como aprende otras cosas; por tal razón, lo que implica motivación inconsciente, aspectos morales y rasgos emocionales no existe (Papalia y Wendkos, 1997). El enfoque conductual de la personalidad hace énfasis en la especificidad situacional restándole importancia a las manifestaciones internas (Pervin & John, 1998). Finalmente, la visión de Skinner concibe la conducta como un producto elicitado por el ambiente, donde se presentan estímulos que pueden actuar como reforzadores que incrementan la incidencia conductual.

1.3.4. Teoría cognitiva de la personalidad

Esta teoría plantea que la conducta está guiada por la manera como se piensa y se actúa frente a una situación; sin embargo, no deja de lado las contingencias que ofrece el ambiente inmediato ante cualquier situación. En palabras de Bandura (1977), la personalidad es la interacción entre cognición, aprendizaje y ambiente; de igual manera juegan un papel importante las expectativas internas de los individuos, pues el ambiente influye en la manera de comportarse y por tanto

modifica las expectativas del individuo ante otras situaciones respecto a su comportamiento, teniendo en cuenta que las personas se ajustan a unos criterios o estándares de desempeño que son únicos a la hora de calificar un comportamiento en diversas situaciones.

De acuerdo con el cumplimiento o no de las expectativas, se dice que las personas que alcanzan grandes niveles de desempeño interno desarrollan una actitud llamada autoeficacia (Bandura y Locke, 2003), entendida como la capacidad de manejar las situaciones de manera adecuada para generar resultados deseados.

Mientras que para Rotter (1954) esto puede ser utilizado como una habilidad cognitiva que influye en las personas de acuerdo con el manejo de sus expectativas, como lo plantea Bandura (1977; citado por Davidoff, 1998), la conducta de las personas está orientada a metas, pues los individuos se pueden regular a sí mismos; además tienen un grado de libertad y capacidad de cambiar durante toda la vida. Bandura consideró a los humanos como seres complejos, únicos, activos, destacando el pensamiento y la autorregulación. Pues los individuos están en una continua resolución de problemas, partiendo de la experiencia y de la capacidad de procesamiento de información. Por tal razón, Bandura realizó sus estudios en humanos en el nivel contextual; por lo tanto, a través de la observación de modelos la persona puede transformar imágenes e ideas que se pueden combinar y modificar con el fin de elaborar patrones de conducta adecuados. Siguiendo con Bandura, el carácter, al definirse por dimensiones aprendidas y vinculadas a factores psicosociales, tiende a formarse de manera continua pero especialmente en los procesos de socialización más básicos.

Entre los modelos centrados en dimensiones del carácter se destacan los que se centran en el concepto de “esquema”.

Los esquemas son sistemas estructurados y entrelazados, responsables del procesamiento de un estímulo percibido y su respuesta conductual asociada (Beck, Freeman, Pretzer, Davis, Fleming & Ottaviani, 1995). Por su parte, Mischel (1973) se interesó por estudiar las variables personales del aprendizaje social cognoscitivo, variables que generaron otras maneras de percibir las diferencias conductuales; a partir, de estos estudios se pudo especificar cómo las cualidades de una persona influyen en el ambiente y las situaciones, así como también que el individuo emite patrones de conducta complejos y distintos en cada una de sus interacciones cotidianas.

Por tal razón, es necesario identificar las aptitudes de un individuo para construir diversas conductas bajo ciertas condiciones; de la misma manera que es pertinente considerar la codificación y clasificación que hace un individuo de la situación, al igual que demanda un gran interés por conocer sus expectativas respecto a los resultados esperados, los valores de esos resultados y los sistemas autorregulatorios de esa persona en particular.

1.3.5 Teoría de los rasgos

La teoría de los rasgos se refieren a las características particulares de cada individuo como el temperamento, la adaptación, la labilidad emocional y los valores que le permiten al individuo girar en torno a una característica en particular (Engler,

1996). En este sentido Raymond Cattel, uno de los personajes más significativos en esta teoría, agrupó los rasgos en cuatro formas que se anteponen; de esta manera su clasificación fue la siguiente:

a) comunes (propios de todas las personas) contra únicos (son característicos de individuo); b) superficiales (fáciles de observar) contra fuentes (sólo pueden ser descubiertos mediante análisis factorial); c) constitucionales (dependen de la herencia) contra moldeados por el ambiente (dependen del entorno); d) los dinámicos (motivan a la persona hacia la meta) contra habilidad (capacidad para alcanzar la meta) contra temperamento (aspectos emocionales de la actividad dirigida hacia la meta) (Aiken, 2003).

Posteriormente, Hans Eysenck (1970) definió la personalidad como una organización estable y perdurable del carácter, del temperamento, del intelecto y del físico de la persona, lo cual permite su adaptación al ambiente, definición originada a partir del orden de las fuerzas biológicas, la tipología histórica y la teoría del aprendizaje, estableciendo así la base de la personalidad compuesta por tres dimensiones: introversión-extroversión, neuroticismo (síntomas relacionados con la ansiedad) y psicoticismo (conducta desorganizada) (Davidoff, 1998).

Eysenck describe la personalidad como una jerarquía de respuestas específicas y respuestas habituales que no solo describen la conducta sino que busca comprender los factores causales de la misma (Engler, 1996). Eysenck (1947) realizó una revisión acerca de las teorías del temperamento con la que logró dar explicación a los factores o dimensiones de la personalidad: introversión en contraposición con extroversión y emocionalidad en contraposición con estabilidad,

siendo la primera dimensión la que determina que una persona sea sociable y participativa al relacionarse con otros sujetos. Extroversión-introversión es una dimensión continua que varía entre individuos, pues algunos tienden a ser más amistosos, impulsivos y extrovertidos mientras que otros se inclinan por ser más reservados, callados y tímidos.

La dimensión de emocionalidad, en contraposición con estabilidad, se refiere a la capacidad de adaptación de un individuo al ambiente y a la estabilidad de esta conducta a través del tiempo.

Algunas personas son más estables emocionalmente de una manera integral mientras que otras suelen ser más impredecibles desde el punto de vista emocional. Eysenck y Rachman (1965) sostiene que existen dos extremos de esta dimensión en los que fácilmente una persona puede encajar o no; en uno de los extremos las personas son emocionalmente más inestables, intensas y exaltantes con facilidad o por el contrario son malhumoras, ansiosas e intranquilas; en el otro, las personas son más estables a nivel emocional, calmadas, confiables y despreocupadas. La dimensión denominada psicoticismo se caracteriza por la pérdida o ausencia del principio de realidad connotado por la incapacidad para distinguir entre los acontecimientos reales o imaginados (Engler, 1996).

Entre los instrumentos de evaluación de la personalidad desde esta teoría se encuentra que una de las herramientas más usadas es el MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) cuyo instrumento evalúa una serie de características de personalidad pero tiende a resaltar perturbaciones y

anormalidades en la misma. El MMPI ha sido revisado y reformulado en dos versiones: el MMPI-2 y el MMPI para Adolescentes (Anastasi & Urbina, 1998).

Entre los aspectos de los cuales se puede tener información con la aplicación del MMPI se encuentran: salud general, afectiva, neurológica, actitudes sexuales, políticas, sociales, aspectos educativos, ocupacionales, familiares y maritales, como también algunas manifestaciones de conducta neurótica o psicótica, como lo son los estados obsesivos compulsivos, delirios alucinaciones, ideas de referencia, las fobias y la tendencia sádica y masoquista.

1.4 Descripción del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI-II)

El MMPI-2 es un test clásico en Psicología. Se trata de un instrumento para la evaluación de las características psicopatológicas globales y específicas del individuo, trastornos psicósomáticos, intereses y personalidad psicopatológica, así como de distintos aspectos de sinceridad en las respuestas de los individuos. Por lo tanto supone un instrumento muy útil tanto para la psicología clínica, psicología educativa, neuropsicología, selección de personal, psicología del tráfico, peritajes forenses, etc (Butcher y Graham 1989).

Muñíz y Fernández-Hermida (2010) señalan que el MMPI-2 es una de las pruebas más utilizadas a nivel mundial en psicología clínica, psicología forense y neuropsicología (Camara, Nathan y Puente, 2000; Greene, 2008)

Diversas investigaciones posteriores a la publicación de la prueba han seguido aportando información sobre su funcionamiento en relación con múltiples campos como los trastornos afectivos (Watson, Quilty, & Bagby, 2011), la conducta antisocial (Aslan, 2010), las relaciones sexuales (Reid, Carpenter, & Draper, 2011), el dolor crónico (Gironda & Clark, 2009), los problemas cognitivos (Gervais, Ben-Porath, & Wygant, 2009), el abuso de sustancias (Moran, 2011), las quejas somáticas (Thomas & Locke, 2010), la epilepsia (Locke & Thomas, 2010; Locke et al., 2010), el maquiavelismo (Ingram, Kelso, & McCord, 2011), los trastornos de personalidad (Ayearst, 2011; Smith, 2010), su equivalencia transcultural (Khouri, 2011; Moran, 2011; Poizner, 2010; Shemer, 2011) o su convergencia con diversos criterios externos en población universitaria (Forbey, Lee, & Handel, 2010).

El Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI-2) está compuesto por 567 ítems, contiene 7 escalas de validez; ? (no puedo decir), L (Mentira), F (Infrecuencia), K (Corrección), Fp (Infrecuencia Posterior), y dos escalas de consistencia de las respuestas INVAR (Inconsistencia en las respuestas Variables) e INVER (Inconsistencia de las respuestas Verdadero).

Contiene diez escalas básicas; los reactivos de éstas tienen en general un contenido heterogéneo por la forma en que se construyeron. (Harris y Lingo, 1955, 1968, en Butcher y Williams, 1992).

Escala 1 Hipocondriasis (Hs)- Mide la tendencia del individuo a preocuparse por quejas referentes a los diversos sistemas del cuerpo, sin una base orgánica.

Escala 2 Depresión (D)- Evalúa principalmente pesimismo, falta de esperanza en el futuro e insatisfacción general con la propia situación de la vida, retardo psicomotor, abandono y ausencia de interés en lo que rodea al sujeto.

Escala 3 Histeria Conversiva (Hi)- Identifica individuos con reacciones histéricas ante las situaciones de tensión, negación general de la salud física, quejas somáticas incluyendo dolor del corazón, náuseas, vómito, sueño irregular y dolor de cabeza.

Escala 4 Desviación Psicopática (Dp)- Mide tendencias antisociales, conducta psicopática, dificultad para incorporar los valores y normas de la sociedad, mentiras y rebeldía hacia figuras de autoridad.

Escala 5 Masculinidad-Femineidad (Mf)- Identifica rasgos de personalidad de inversión sexual.

Escala 6 Paranoia (Pa)- Identifica rasgos paranoides, ideas de persecución, ideas de grandeza, suspicacia y excesiva susceptibilidad.

Escala 7 Psicastenia (Pt)- Evalúa principalmente preocupaciones obsesivas, rituales compulsivos y temores exagerados.

Escala 8 Esquizofrenia (Es)- Mide conductas francamente psicóticas (delirio de persecución, ilusiones, alucinaciones y pensamiento delirante) otros aluden a alineación social, dificultades sexuales, relaciones familiares difíciles y problemas en control de impulsos.

Escala 9 Hipomanía (Ma)- Identifica conductas como ambición exagerada, extroversión, euforia y aspiraciones elevadas.

Escala 0 Introversión Social (Is)- Evalúa introversión del pensamiento social y emocional así como carencia de autoafirmación social.

Existen 15 escalas de contenido que tienen un valor considerable para precisar o refinar el significado de las elevaciones en las escalas clínicas. A través de ellas se puede obtener información sobre el funcionamiento de la personalidad que no está disponible en otras escalas clínicas, apoyada en sus constructos homogéneos (Butcher, et al., 1990)

Las escalas de contenido pueden ser interpretadas aplicando los significados particulares de cada elevación que se observe en ellas, mediante ellas se evalúan

cuatro áreas clínicas generales: 1) síntoma o tensiones internas, 2) tendencias agresivas externas, 3) autoconcepciones negativas y 4) área de problemas generales (Butcher, et al., 1990). Estas escalas se detallan a continuación.

Escalas De Síntomas Internos

ANSIEDAD (ANS): Identifica síntomas de ansiedad incluyendo tensión, problemas somáticos, dificultades para dormir, preocupaciones y falta de concentración.

MIEDOS (MIE): Describe la presencia de miedos específicos, temor a dejar el hogar, miedo al fuego, las tormentas y desastres naturales.

OBSESIVIDAD (OBS): Evalúa las dificultades para tomar decisiones, y meditan excesivamente acerca de sus asuntos y problemas, provocando que los otros se impacienten.

DEPRESIÓN (DEP): Indica pensamientos depresivos significativos, sentimientos de tristeza, incertidumbre acerca del futuro y desinterés por la propia vida.

PREOCUPACIÓN POR LA SALUD (SAU): Se presenta en personas con síntomas físicos en diversos órganos corporales. Se incluyen síntomas gastrointestinales, problemas neurológicos, problemas en la piel y respiratorios.

PENSAMIENTO DELIRANTE (DEL): Implican procesos psicóticos del pensamiento, alucinaciones visuales, auditivas u olfativas, e ideas paranoides.

Escalas De Tendencias Agresivas Externas

ENOJO (ENJ): Indica problemas de control del enojo, irritabilidad, impaciencia e impulsividad.

CINISMO (CIN): Se presenta en personas con ideas misantrópicas, suponen motivaciones ocultas y negativas detrás de las acciones de los demás.

PRÁCTICAS ANTISOCIALES (PAS): Indican problemas de conducta y prácticas antisociales como robar.

PERSONALIDAD TIPO A (PTA): Se presenta en personas directas que pueden ser desagradables en sus relaciones con los otros, a quienes presionan mediante su agresividad, suelen ser hostiles y se enojan con facilidad.

Escala de Autoconcepto Negativo

Baja Autoestima (BAE): Se presenta en personas con opiniones pobres de sí mismos, mantienen actitudes negativas y tienen poca confianza en sí mismos.

Escalas del Área De Problemas Generales

IncomoSocial (ISO): Identifica perturbaciones del sueño y perturbaciones con respecto a la salud.

PROBLEMAS FAMILIARES (FAM): Evalúa desavenencia, pleitos importantes, hostilidad y desadaptación en esta área.

DIFICULTAD EN EL TRABAJO (DTR): Indica conductas o actitudes que provocan un pobre desempeño laboral así como falta de concentración, obsesividad y dificultad en la toma de decisiones.

RECHAZO AL TRATAMIENTO (RTR): Se presentan en personas que tienen actitudes negativas con el personal médico y el tratamiento de salud mental.

Existe un grupo de escalas suplementarias propuesto por Butcher (Butcher y Williams 1992), proporciona información general en la elaboración de perfil completo de una persona. Este grupo de escalas está conformado por:

(A) Ansiedad: Tensión, falta de habilidad para funcionar, y síntomas psicológicos.

(R) Represión: Falta de insight e inhibición social.

(Fyo) Fuerza del yo: Funcionamiento físico, aislamiento, postura moral, adaptación personal, habilidad de enfrentamiento, fobias y ansiedad.

(A-MAC) Alcoholismo de MacAndrew: Problemas de adicción, de abuso de drogas y jugadores crónicos.

(HR) Hostilidad reprimida: Dificultades para expresar enojo, hostilidad, agresión.

(Do) Dominancia: Características de personalidad de dominancia social como equilibrio, confianza, seguridad en sí mismo, iniciativa social, perseverancia, resolución y liderazgo.

(Rs) Responsabilidad Social: Interesa por aspectos sociales y morales, desaprobación de privilegios y favores, énfasis en los deberes y autodisciplina.

(Dpr) Desajuste profesional: Identificación de problemas emocionales como la poca adaptación, ineficiencia, pesimismo y angustia.

(GM) Género masculino: Negación de miedos, ansiedad, síntomas somáticos, mide el interés en actividades masculinas estereotipadas y negación de intereses femeninos estereotipados.

(GF) Género femenino: Interés en actividades femeninas estereotipadas y falta de interés en actividades masculinas estereotipadas.

(EPK) Desorden de estrés postraumático de Keane: Síntomas de trastorno por estrés postraumático, incluyen angustia emocional intensa, ansiedad y alteraciones del sueño; sienten culpa y depresión por sus experiencias; presentan desórdenes emocionales y manifiestan tener pensamientos intrusivos no deseados; además sienten que han perdido el control sobre sus emociones y pensamientos,

expresan sentimientos de no ser comprendidos o considerados por los demás, debido a las situaciones estresantes que han vivido.

(EPS) Desorden de estrés postraumático de Schlenger: Trastornos somáticos en los que la ansiedad es componente importante.

(PPA) Predisposición a problemas con las adicciones: Indica la presencia de uso o abuso de sustancias o el desarrollo de adicción a éstas.

(RA) Reconocimiento de las adicciones: Indica el grado en que las personas reconocen tener problemas con el uso del alcohol y las drogas.

(DM) Desadaptación matrimonial: Problemas en las relaciones maritales.

1.5 Perfiles del MMPI-2 en personas víctimas de Abuso

Los perfiles del MMPI-2 de las personas que han sufrido abuso sexual presentan múltiples elevaciones en las escalas que frecuentemente están relacionadas con síntomas de angustia. Los individuos con abuso sexual también son susceptibles a producir elevaciones de escalas que reflejan perturbación, sensibilidad en las relaciones interpersonales y aislamiento social. Roland, Zelhart, Cochran y Funderburk (1985) informaron que las escalas 3, 5, 1 y 4 identificaron con exactitud

a 73% de las mujeres adultas que manifestaron experiencia de abuso sexual en la niñez.

Greene, Rodriguez y Boggs (1994) agregaron que los perfiles del MMPI de las sobrevivientes de abuso sexual se caracterizaron por puntuaciones elevadas en las escalas 4 y 8. En los estudios realizados con el MMPI-2 de mujeres adultas con antecedentes de abuso sexual se han encontrado, por ejemplo, puntuaciones significativamente más elevadas en las escalas 1, 2, 4, 6,7 y 9 en comparación con las mujeres sin antecedentes de abuso.

CAPÍTULO 2. ABUSO SEXUAL

2.1 Antecedentes del abuso sexual

La violencia sexual no tiene el mismo contenido jurídico a algunas décadas de distancia. La sensibilidad ante la violencia no tiene los mismos criterios ni los mismos grados; se ha focalizado reiteradamente sobre la condición de los implicados, su prestigio, su vulnerabilidad, admitiendo durante mucho tiempo y de forma implícita una brutalidad casi abierta hacia los dominados (Vigarello,1999).

La violencia sexual comprende una gran diversidad de actos, como las relaciones sexuales bajo coacción en el matrimonio y en las citas, las violaciones por parte de extraños, las violaciones sistemáticas durante los conflictos armados, el acoso sexual (incluida la petición de favores sexuales a cambio de trabajo o calificaciones escolares), los abusos sexuales de menores, la prostitución forzada y la trata de personas, los matrimonios precoces y los actos violentos contra la integridad sexual

de las mujeres, como la mutilación genital y las inspecciones obligatorias de la virginidad. Tanto hombres como mujeres pueden, además, sufrir violaciones estando detenidos o encarcelados.

La violencia sexual repercute hondamente en la salud física y mental de las víctimas. Al igual que las lesiones, se asocia a un mayor riesgo de diversos problemas sexuales y reproductivos con consecuencias que se manifiestan tanto de inmediato como muchos años después de la agresión. En la salud mental, las repercusiones son tan graves como en la física, y pueden ser también muy duraderas. La mortalidad asociada a la violencia sexual puede deberse al suicidio, a la infección por el VIH o al homicidio, bien durante la agresión, o bien ulteriormente en los «asesinatos por honor»

El abuso sexual como forma de maltrato infantil no es una práctica de los tiempos modernos, sino una constante a través de la historia de la humanidad; sin embargo el desarrollo intelectual de los dos últimos siglos ha permitido reconocer al niño como actor social con derechos propios y a la infancia como periodo determinante en el desarrollo de los ciudadanos. Este enfoque ha llevado a la identificación y penalización de las conductas lesivas por parte de los adultos para con los menores, siendo reconocida como la más grave de todas, el abuso sexual, por cuanto se asocia con muchos tipos de enfermedades mentales y comportamientos disfuncionales en quienes lo padecen, entre los que se pueden mencionar: depresión, baja autoestima, fracaso escolar, abuso de fármacos y alcohol, intento de suicidio, promiscuidad sexual, prostitución y conductas criminales.

A pesar de la liberalización sexual paulatina del último siglo, aún continúa siendo extremadamente difícil para la gente discutir abiertamente muchos temas sobre el sexo. La gran mayoría de la gente que ha tenido tales experiencias sexuales en su infancia, probablemente las ha mantenido como un secreto aún a sus más cercanos confidentes, llevando así una vida donde la vergüenza y la culpabilidad son de gran peso.

Tal reticencia ha impedido la documentación del problema. Es hasta muy recientemente que las actitudes moralistas sobre el sexo han disminuido lo suficiente de manera que la discusión de anomalías sexuales de varios tipos ha llegado a ser aceptable.

2.2 Concepto de abuso sexual

La tarea de encontrar una definición adecuada de abuso sexual es compleja; sin embargo surgen importantes diferencias entre las definiciones empleadas por los profesionales de la salud y las definiciones legales, siendo las primeras mucho más amplias y las segundas de carácter más restrictivo (Echeburúa y Guerricaechevarría, 1998). En el presente trabajo definiremos el abuso sexual como las actitudes y comportamientos que realiza una persona sobre otra, sin su consentimiento y para su propia satisfacción sexual, que va desde la amenaza, al engaño, la seducción y confusión (S. L. Hamby, D. Finkelhor 2000).

El abuso sexual, como todo acto de violencia, es un acto social, y sus consecuencias rebasan el ámbito de la salud; por tanto, no puede conceptualizarse como un fenómeno exclusivamente médico o legal, sino que se manifiesta como un tema complejo con ramificaciones morales, socioculturales, políticas y personales. Esta forma de violencia es un problema social, sin embargo, una manera de dirigir la atención de diferentes sectores a este problema es reconocer los efectos que puede generar en la salud, con el fin de prevenirlo y tratarlo adecuadamente (Ramos, Saldivar, Medina-Mora, Rojas y Villatoro ,1998).

Podemos hablar de abuso siempre que el otro no quiera o sea engañado, (incluso dentro de la pareja). Es un acto que pretende dominar, poseer, cosificar a la persona a través de la sexualidad, algunas veces el agresor actúa desde la violencia explícita hacia la víctima, que se siente impotente, desprotegida y humillada. Otras veces, se vale de la confianza depositada para que desde la cercanía de una relación afectiva, pueda romper los límites de la intimidad e introducir elementos eróticos, (sobre todo en niños y preadolescentes) y así establecer una relación confusa, irrumpiendo no sólo en su sexualidad, sino en el conjunto de su mundo afectivo y vivencial (Calvente,2009).

2.2.1. Conceptualización del abuso sexual infantil

De Acuerdo con Kempe y Kempe, “el abuso sexual infantil” es el involucramiento en actividades sexuales de un adulto con un menor, las que el niño por su dependencia e inmadurez, aún no comprende totalmente y es incapaz de tomar decisiones de

esta naturaleza con plena conciencia” (1979). Suzanne M. Sgroi señala acertadamente diversos tipos de conducta sexual abusiva, a saber:

1. El adulto se pasea inconscientemente desnudo por la casa.
2. El adulto se quita la ropa delante del menor generalmente cuando están solos.
3. El adulto expone sus genitales para que el menor los vea y dirija su atención hacia ellos. Puede pedir al menor que los toque.
4. El adulto vigila al menor cuando éste se desviste, se baña, orina o defeca.
5. El adulto besa al niño en forma prolongada e íntima, propia de manifestaciones entre adultos.
6. El adulto acaricia al menor en los senos, el abdomen, la zona genital, el interior de los muslos o las nalgas. Puede pedirle al infante que lo acaricie a él.
7. El adulto se masturba frente al menor, observa al menor masturbándose, lo masturba, le pide que lo masturbe, o bien adulto y menor se masturban entre sí simultáneamente.
8. El adulto hace que el pequeño tome su pene en la boca o el adulto toma el pene del niño en su boca o ambas cosas (felación).
9. El adulto coloca su boca y lengua en la vulva de la niña, la menor es obligada a poner su boca y lengua en la vulva de la adulta (cuando se trata de una mujer)
10. El adulto introduce su dedo u otros objetos en la vagina de la niña.
11. El adulto introduce su pene en la vagina de la niña.

12. El adulto introduce su pene en el ano del menor.

13. El adulto frota su pene en las áreas genitales (nalgas, muslos)

La misma autora define cinco fases del abuso sexual al menor:

1. *Fase de seducción.* El ofensor convence al niño de que sus propuestas son divertidas y aceptables, y a cambio le ofrece recompensas. Cuando el infante se niega, llega a utilizar la amenaza.

2. *Fase de interacción sexual.* Generalmente se da en forma progresiva desde la exposición semidesnuda hasta la penetración del menor, ya sea anal o vaginal.

3. *Fase del secreto.* El agresor desea que la situación continúe para satisfacer sus necesidades y demostrar al menor que es un conocedor que puede ejercer dominio y poder sobre él. Lo consigue persuadiéndolo por medio de amenazas o dándole un sentido atractivo al secreto.

4. *Fase del descubrimiento.* Puede ser accidental, cuando nadie lo espera, y origina crisis familiar. Cuando el menor está dispuesto a comentarlo a la familia, éste sufre menos porque se prepara para enfrentar el conflicto familiar (la intervención policiaca, el rechazo en el hogar, etcétera).

5. *Fase de negación.* La relación de la familia como alternativa de fuga a la situación es no dar importancia a lo que sucede, obligando al pequeño a negar los cargos. Esto vuelve al pequeño indefenso y hace que manifieste sentimientos de culpabilidad ante la crisis familiar.

Las consecuencias del abuso sexual al menor pueden ser físicas, psicológicas y sociales, y dependerán de las características propias del niño, de la situación en la cual ocurrió el abuso, de las características del agresor, de la duración de la agresión y del papel que juegue la familia (Papalia y Ollas, 1981). En este sentido, Rubín y Kirkendall señalan: “Respecto a la edad de las víctimas, cuando éstas son muy pequeñas el daño físico es mayor, a diferencia de las víctimas adolescentes, pues sus órganos genitales son menos desarrollados. No obstante, el daño psicológico puede ser en ambos casos severo; se presentan actitudes de temor, inseguridad, regresión en el desarrollo y actitudes fóbicas, entre otras” (1972).

En el niño de edad inferior a cinco años, los abusos sexuales dan con frecuencia lugar a estados de pánico y terrores nocturnos, comportamientos persistentes y a ciertas formas de regresión en el desarrollo y muchas veces se producen síntomas tales como temblor incontrolable, llanto, pesadillas, miedo de salir a la calle a causa del dolor físico, aunque algunas veces también sucede lo mismo a pesar de no haber sufrido ningún daño físico (Roffiel, citado en la revista Fem, 1986).

En este tenor, el mismo autor menciona las siguientes alteraciones que presenta un menor victimado sexualmente:

1. Da indicios de algún tipo de actividad sexual al hablar o por medio de gestos o mímica.
2. Falta de confianza, especialmente en sus allegados. Manifiesta que no puede confiar en nadie o que no hay lugar donde esté seguro.
3. Dificultad para concentrarse en lo que hace.

4. Baja repentina en la escuela, sus calificaciones descienden.
5. Miedo extraordinario a los varones (si el agresor fue del género masculino).
6. Duerme mal, tiene pesadillas, miedo a la oscuridad, o bien duerme excesivamente.
7. Se aísla y se retrae repentinamente.
8. Experimenta sentimientos suicidas.
9. Disminuye o incrementa la ingesta de alimentos.
10. Muestra irritabilidad.

2.2.2 Tipos de Abuso Sexual

En términos generales, se distinguen los distintos tipos de abuso sexual en función del vínculo con el agresor, los cuales son los siguientes:

1- Abuso sexual Extrafamiliar: la persona que agrede no pertenece al círculo familiar de la víctima. Dentro de esta categorización encontramos el abuso sexual por desconocido y el abuso sexual por conocido (Dubowitz H, Black M, Harrington D. *Am J Dis Child* 1992).

1.1- Abuso sexual por desconocido: hace referencia a un agresor que no forma parte de la vida de la víctima, por tanto no existe ninguna vinculación previa.

1.2- Abuso Sexual por Conocido: se refiere a que existe un vínculo previo, generalmente mediado por la cercanía física, social o familiar, sin pertenecer al núcleo familiar (Barudy 1998; CAVA. Metropolitano, 2007 y 2009) en cuyo casos se pueden encontrar procesos de victimización basados en la utilización del vínculo de confianza, por medio de la persuasión, presión psicológica, manipulación emocional, intimidación o incluso amenazas.

Los efectos de la agresión son múltiples, y se expresan en las áreas más importantes de la persona. Es vivido como un suceso traumático; es decir, como algo que impresiona tanto que no se puede elaborar, y por ello se intenta olvidar. Pero todo suceso traumático, “olvidado”, tiende a expresarse y a salir a la luz, bien desde un impulso a la repetición, o siendo ella misma, quien de manera activa, violenta o abusa de otros. Al mismo tiempo, también aparece una necesidad de evitar y defenderse consigo mismo de las relaciones sexuales en general, pues es una sexualidad herida, muy mal integrada, y vivida como una amenaza, como algo que no se puede controlar, y que lógicamente afecta en las relaciones y compromisos de la persona afectada.

Se debe aclarar que el abuso sexual abarca desde el contacto físico, (violación, penetración digital, caricias, masturbación, sexo oral), hasta la ausencia de contacto (Propuestas verbales de actividad sexual explícita, exhibicionismo, erotización con relatos de historias sexuales) así como explotación sexual (prostitución y la implicación en actividades pornográficas como son: vídeos, películas, fotografías etc).

Varios estudios han encontrado una conexión entre los antecedentes de abuso en la niñez y una serie de trastornos, como la adicción a sustancias psicotrópicas, los problemas de salud mental y el alcoholismo. Además, las víctimas del abuso tal vez no sean identificadas como tales hasta etapas posteriores de la vida y quizá no presenten síntomas hasta mucho tiempo después de haber sufrido el abuso (Runyan, Wattam, Ikeda, Hassan & Ramiro, 2002).

Finkelhor y Browne (1985, en CAVAS Metropolitano, 2003, 2007 y 2009) propusieron un modelo basado en la existencia de cuatro factores que permiten comprender las diferentes dinámicas que pueden generarse a partir de una situación de abuso sexual, denominadas Dinámicas Traumatogénicas. Este modelo fue planteado en alusión al abuso sexual en la infancia, sin embargo es posible encontrar sus implicaciones en las diferentes poblaciones victimizadas (en los adultos victimizados en la infancia que consultan en la adultez, y también en los adultos victimizados recientemente). En este sentido, se reafirma la importancia de considerarlas en la comprensión de las implicaciones que el abuso tiene en el adulto. En éste modelo se pueden manifestar de diversas formas:

- **Sexualización traumática:** La sexualidad aparece asociada a un ámbito de violencia y transgresión. Si el abuso ha comenzado en la infancia o la adolescencia, el desarrollo psico- sexual se ve afectado por lo traumático, quedando huellas de esto en la sexualidad adulta de difícil desanclaje si no se cuenta con un tratamiento apropiado. En el caso del abuso ocurrido en la adultez, se genera un quiebre en lo actual que de todas formas puede tener un impacto en su vida sexual. En cada una de estas situaciones podemos observar comportamientos que se pueden situar

entre la presencia de una inhibición o rechazo, hasta el ejercicio desmedido de la sexualidad.

- **Estigmatización:** La noción de sí mismo que tiene el adulto victimizado es la de ser una persona diferente al resto, sintiéndose marcado desde la vivencia de indignidad, vergüenza y culpa. Esta dinámica afecta a tal punto la imagen de la persona, que ésta llega a dudar de sí misma, a considerarse culpable y merecedora de lo ocurrido.
- **Traición:** En el caso de la población adulta es posible encontrar manifestación de esta dinámica en variadas formas según la tipología del abuso. Cuando se trata de abuso sexual intrafamiliar lo que encontramos es la vivencia profunda de haber sido traicionado por alguien importante para la víctima, de quien probablemente se esperaba protección y cuidado (particularmente en el abuso incestuoso). En el caso del abuso extrafamiliar por conocido, igualmente existe un vínculo previo que es utilizado para la transgresión, por cuanto la sensación de traición también coexiste, a un nivel distinto pero importante de todas formas. Cuando se trata de un desconocido, si bien es cierto la confianza en la relación no se ve agredida -en tanto no existe una relación previa con el agresor-, sí existe una conmoción profunda en la relación y particularmente la confianza hacia el mundo, alterando así la noción de que existe un mundo confiable y seguro en el cual es posible vivir.
- **Indefensión o impotencia:** La experiencia de ver sometida la propia voluntad por la de otro genera la pérdida de la sensación de control sobre los comportamientos propios, la vivencia de no tener poder alguno sobre los eventos

vitales, y finalmente una sensación de desprotección y vulnerabilidad frente a los otros y frente al mundo en general, pudiéndose instalar de esta forma la impotencia como elemento regidor de la vida de quien ha sido victimizado y la creencia en un destino ya determinado que necesariamente debe ser así.

2.3 Consecuencias del Abuso Sexual

En las tres últimas décadas, los estudios han sugerido de forma consistente que el Abuso Sexual Infantil (ASI) se asocia a consecuencias psicológicas negativas en poblaciones adultas, variando desde la depresión y los problemas de autoestima hasta los trastornos sexuales y de la personalidad (Cantón y Cantón, 2007; Del Campo y López, 2006; Echeburúa y Subijana, 2008; Lemieux y Byers, 2008).

Una de sus consecuencias más frecuentes es el Trastorno de Estrés Post-traumático (TEP), habiendo informado muchos estudios que las víctimas de ASI presentan un mayor riesgo de desarrollar síntomas, de TEP durante la edad adulta (e.g., Kingston y Raghavan, 2009).

El impacto del ASI en la víctima se puede explicar, al menos en parte, por las características del abuso. En este sentido, los estudios han encontrado que aquellos abusos relacionados de forma más consistente con un peor ajuste psicológico son aquellos que han sido más frecuentes (Chromy, 2006; Hébert, Tremblay, Parent, Daignault y Piché, 2006), en los que se han cometido actos más intrusivos (Lemieux

y Byers, 2008), y cuando había una relación de proximidad entre el agresor y la víctima (McLean y Gallop, 2003).

Tabla 1. Principales secuelas psicológicas en víctimas adultas de abuso sexual en la infancia (Echeburúa & Guerricaechevarría, 1998)

Tipos de secuelas	Síntomas
Físicas	<ul style="list-style-type: none"> -Dolores crónicos generales -Hipocondría y trastornos de somatización -Alteraciones del sueño (pesadillas) -Problemas gastrointestinales -Desórdenes alimenticios, especialmente bulimia
Conductuales	<ul style="list-style-type: none"> -Intentos de suicidio -Consumo de drogas y/o alcohol -Trastorno disociativo de identidad
Emocionales	<ul style="list-style-type: none"> -Depresión -Ansiedad -Baja autoestima -Estrés Postraumático -Trastornos de personalidad -Desconfianza y miedo de los hombres -Dificultad para expresar o recibir sentimientos de ternura y de intimidad
Sexuales	<ul style="list-style-type: none"> -Fobias o aversiones sexuales -Falta de satisfacción sexual -Alteraciones en la motivación sexual -Trastornos de la activación sexual y del orgasmo -Creencia de ser valorada por los demás únicamente por el sexo
Sociales	<ul style="list-style-type: none"> -Problemas en las relaciones interpersonales -Aislamiento -Dificultades en la educación de los hijos

2.3.1. Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) como repercusión en Víctimas de Abuso Sexual

El trastorno de estrés postraumático es la principal perturbación psíquica en víctimas de abuso sexual. Existen asociaciones significativas entre la edad y el género de la víctima, relación con el victimario, la penetración y el trastorno; sin embargo, la evidencia sobre el efecto de la mayoría de factores de riesgo es aún controversial.

Estudios en niños, niñas, adolescentes y adultos han mostrado asociaciones entre el trastorno por estrés postraumático (TEPT) y el género y edad de la víctima al momento del abuso (Walker JL y Carey PD 2004) así como también su relación con el número de episodios. (McLean LM y Gallop R 2003)

El Trastorno de estrés postraumático (TEPT) que puede surgir después de que una persona viva un evento traumático que le causó pavor, impotencia u horror extremo.

El trastorno de estrés postraumático puede producirse a raíz de traumas personales (por ejemplo: una violación, violencia doméstica, guerra, desastres naturales, abuso sexual, un grave accidente etc) Aunque es común pasar por un breve estado de ansiedad o depresión después de dichos eventos, las personas que sufren de este trastorno continúan reexperimentando el trauma; evitan a las personas, los pensamientos o situaciones relacionadas con el evento y tienen síntomas de emociones excesivas.

Las personas con este padecimiento sufren estos síntomas durante más de un mes y no pueden vivir como lo hacían antes del suceso traumático.

Los síntomas de estrés postraumático, por lo general aparecen en un periodo de tres meses de la situación traumática, sin embargo, a veces se presentan meses o años después.

Los estudios sugieren que entre el 2% y el 9% de la población tiene cierto grado de trastorno. No obstante, la probabilidad de sufrirlo es mayor cuando la persona se ve expuesta a múltiples traumas o a eventos traumáticos durante su niñez y adolescencia, especialmente si el trauma dura mucho tiempo o se repite.

Los síntomas de TEPT los podemos dividir en tres subgrupos (Moretti, 2003; Rodríguez de Armenta, 2007; Saiz, 2000; Walter, 1991);

1. Síntomas de reexperimentación: Son todos aquellos síntomas relacionados con revivir el suceso traumático, en este caso, la agresión sexual: Tener pesadillas acerca de los malos tratos, recordar constantemente lo vivido, sentir malestar, sudoración o taquicardia al recordarlo.
2. Síntomas de evitación: La persona no quiere saber nada del suceso traumático porque su recuerdo le provoca un malestar exagerado: evita pensar en el suceso traumático, evita el lugar donde se produjo el incidente traumático, no tiene ganas de hacer cosas que antes hacía, no tiene ilusiones para el futuro y lo ve muy negativo, se siente incapaz de retomar su vida.
3. Síntomas de hiperactivación: Relacionados con un aumento en la activación del organismo: estar irritable, no poder concentrarse, tener dificultad para

conciliar o mantener el sueño, estar excesivamente alerta a los posibles peligros, mostrarse muy desconfiada con los demás y con una visión muy negativa del ser humano.

2.3.2. Trastorno de estrés postraumático según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V

Nota: Los criterios siguientes se aplican a adultos, adolescentes y niños mayores de 6 años. Para niños menores de 6 años, véanse los criterios correspondientes más abajo.

A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:

- Experiencia directa de los sucesos traumáticos.
- Presencia directa de los sucesos ocurridos a otros.
- Conocimiento de que los sucesos traumáticos le han ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, los sucesos han de haber sido violentos o accidental.
- Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos de los sucesos traumáticos (por ejemplo, socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).

Nota: El criterio A4 no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo.

B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados a los sucesos traumáticos, que comienzan después de los sucesos traumáticos:

- Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos de los sucesos traumáticos.

Nota: En los niños mayores de 6 años, se pueden producir juegos repetitivos en los que se expresen temas o aspectos de los sucesos traumáticos.

- Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con los sucesos traumáticos.

Nota: En los niños, pueden existir sueños aterradores sin contenido reconocible.

- Reacciones disociativas (por ejemplo, escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitieran los sucesos traumáticos. (Estas reacciones se pueden producir de manera continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.).

Nota: En los niños, la representación específica del trauma puede tener lugar en el juego.

- Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a algún aspecto de los sucesos traumáticos.

- Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a algún aspecto de los sucesos traumáticos.

C. Evitación persistente de estímulos asociados a los sucesos traumáticos, que comienza tras los sucesos traumáticos, como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:

- Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados a los sucesos traumáticos.
- Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados a los sucesos traumáticos.

D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas a los sucesos traumáticos, que comienzan o empeoran después de los sucesos traumáticos, como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

- Incapacidad de recordar un aspecto importante de los sucesos traumáticos (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, o el consumo de alcohol o drogas).
- Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (por ejemplo, «Estoy mal», «No puedo confiar en nadie», «El mundo es muy peligroso», «Tengo los nervios destrozados»).

- Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias de los sucesos traumáticos que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.
- Estado emocional negativo persistente (por ejemplo, miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).
- Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.
- Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.
- Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (por ejemplo, felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).

E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada a los sucesos traumáticos, que comienza o empeora después de los sucesos traumáticos, como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

- Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
- Comportamiento imprudente o autodestructivo.
- Hipervigilancia.
- Respuesta de sobresalto exagerada.
- Problemas de concentración.
- Alteración del sueño (por ejemplo, dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

F. La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.

G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, medicamento, alcohol) o a otra afección médica.

Especificar si: Con síntomas disociativos: Los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés postraumático y, además, en respuesta al factor de estrés, el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de una de las características siguientes:

- Despersonalización: Experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (por ejemplo, como si se soñara; sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio).
- Desrealización: Experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (por ejemplo, el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado).

Nota: Para utilizar este subtipo, los síntomas disociativos no se han de poder atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, desvanecimiento, comportamiento durante la intoxicación alcohólica) u otra afección médica (por ejemplo, epilepsia parcial compleja).

Especificar si: Con expresión retardada: Si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos).

2.4 Abuso Sexual como agresión

2.4.1 Definición de agresión

La conducta agresiva es un comportamiento básico y primario en la actividad de los seres vivos, que está presente en la totalidad del reino animal. Se trata de un fenómeno multidimensional (Huntingford y Turner, 1987), en el que están implicados un gran número de factores, de carácter polimorfo, que puede manifestarse en cada uno de los niveles que integran al individuo: físico, emocional, cognitivo y social.

Procede del latín “agredi”, una de cuyas acepciones, similar a la empleada en la actualidad, connota “ir contra alguien con la intención de producirle daño”, lo que hace referencia a un acto efectivo.

En general, algo común que podemos encontrar en las diferentes definiciones de agresión son los siguientes tres elementos :

a) Su carácter intencional, en busca de una meta concreta de muy diversa índole, en función de la cual se pueden clasificar los distintos tipos de agresión.

b) Las consecuencias aversivas o negativas que conlleva, sobre objetos u otras personas, incluido uno mismo.

c) Su variedad expresiva, pudiendo manifestarse de múltiples maneras, siendo las apuntadas con mayor frecuencia por los diferentes autores, las de índole física y verbal. También en función de su expresión se ha establecido una tipología de la agresión.

Existen diversos términos interrelacionados que se han empleado habitualmente como equivalentes del concepto de “agresión”, fundamentalmente por su solapamiento conceptual, como son: agresividad, ira, hostilidad, violencia, delito o crimen. Sin embargo, estos términos presentan diferencias más o menos importantes entre sí.

El término violencia se suele emplear para referirse a conductas agresivas que se encuentran más allá de lo “natural”, en sentido adaptativo, caracterizadas por su ímpetu, intensidad, destrucción, perversión o malignidad, mucho mayores que las observadas en un acto meramente agresivo, así como por su aparente carencia de justificación, su tendencia meramente ofensiva, contra el derecho y la integridad de un ser humano, tanto física como psicológica o moral, su ilegitimidad, ya que suele conllevar la ausencia de aprobación social, e incluso su *ilegalidad*, al ser a menudo sancionada por las leyes.

La sexualidad; al igual que ocurre con la agresividad, desempeña un papel primario dentro de las necesidades biológicas del ser humano, ya que tiene una función procreativa y una necesidad instintiva y básica de atracción sexual.

Las características de la violencia apuntadas no son elementos definitorios de la agresión, ya que, a veces, una conducta agresiva puede ser legítima, no tiene porqué ser ilegal, puede emplearse para defenderse de un ataque externo, y a menudo, posee un motivo que justifica su aparición, de lo que se deduce que no se puede equiparar todo acto agresivo con la violencia.

Habitualmente, los términos agresión o agresividad suelen emplearse para etiquetar comportamientos “animales”, mientras el concepto violencia suele reservarse para describir acciones “humanas”. Esto es debido a que los etólogos han detectado agresiones en toda la escala animal, no así la violencia, casi exclusiva del ser humano.

2.4.2 Agresión o abuso sexual como tipo penal en la legislación Mexicana

En este apartado establecemos la diferenciación entre el tipo penal relativo al abuso sexual contenido en el Código Penal Federal y el contemplado en el Código Penal para el Distrito Federal; continuamos enunciando algunas consecuencias psico-emocionales que el mencionado delito trae hacia la víctima, tomando en cuenta las consideraciones hechas por lo que en Derecho se denomina ‘doctrina’, para finalmente, establecer nuestro punto de vista al respecto.

El artículo 260 del Código Penal Federal establece que “Comete el delito de abuso sexual quien ejecute en una persona, sin su consentimiento, o la obligue a ejecutar para sí o en otra persona, actos sexuales sin el propósito de llegar a la cópula.”, estableciendo una penalidad que va de los seis a los diez años de prisión y hasta doscientos días multa.

El mismo artículo nos presenta la definición de lo que deberá entenderse por acto sexual, diciendo que serán aquellos “tocamientos o manoseos corporales obscenos, o los que representen actos explícitamente sexuales u obliguen a la víctima a representarlos” y, de igual manera, considera como abuso sexual “cuando se

obligue a la víctima a observar un acto sexual, o a exhibir su cuerpo sin su consentimiento”.

En el mismo numeral, se agrega un agravante en el tipo penal en estudio, pues en el último párrafo del mismo se establece que en caso de que el delito se cometa haciendo uso de violencia, sea física o psicológica, la pena se aumentará en una mitad más en su mínimo y máximo.

Ahora bien, el artículo 261 del mismo ordenamiento nos habla del abuso sexual en menores de edad o incapaces, estableciendo que el mismo se dará cuando el delito se ejecute en persona menor de quince años; también establece el caso en que la víctima no tenga la capacidad de comprender el significado del hecho, sin importar que la misma haya dado su consentimiento, o que por cualquier causa no pueda resistir el hecho o la obligue a ejecutarlos en sí o en otra persona. En estos supuestos, la pena será de seis a trece años de prisión y hasta quinientos días multa.

En cuanto al ámbito local, es decir al relativo a la Ciudad de México, el artículo 176 del Código Penal para el Distrito Federal establece lo siguiente: “Al que sin consentimiento de una persona y sin el propósito de llegar a la cópula, ejecute en ella un acto sexual, la obligue a observarlo o la haga ejecutarlo, se le impondrá de uno a seis años de prisión”, agregando que en caso de que haya violencia física o moral en la ejecución del delito, la pena se aumentará en una mitad.

Cuando la víctima sea una persona que no tenga la capacidad de comprender el significado del hecho o no pueda resistirlo, o bien sea obligada a observar o ejecutar

el acto, la pena será de dos a siete años de prisión, aumentándose en una mitad en caso de que concurra violencia, tal como lo establece el artículo 177 del mismo Código.

En relación a las consecuencias psicológicas, la abogada penalista Griselda Amuchategui Requena, en su obra *Derecho Penal*, establece algunas notas que es conveniente retomar: para el caso de que la víctima –o sujeto pasivo del delito– sea un menor de edad, la autora nos menciona que ellos suelen ser las víctimas idóneas del delincuente –o sujeto activo del delito– debido a su inmadurez, edad, miedo a decir lo que le pasa y precaria capacidad de defensa, pues ello provoca que los infantes sean más vulnerables.

Sin embargo, continúa la autora, el daño más serio que sufre el menor de edad no es en sí el ser víctima del delito, sino “las consecuencias de tipo emocional que se convierten, con el tiempo y la falta de una atención adecuada, en problemas de tipo psicológico”, afectando su sexualidad y su desarrollo en lo general.

Por otro lado, cuando las víctimas son personas que no tienen la capacidad de comprender el hecho o tienen una imposibilidad para llevar a cabo su defensa, la Dra. Amuchategui menciona en su obra que se trata de personas que “se encuentran en un estado de indefensión por razones naturales, de enfermedad, meramente circunstanciales, etc.”, y aquí podríamos pensar en algunos ejemplos, como son una persona en estado de coma o anestesiada de manera general, alguna persona que se haya desmayado o perdido el inconsciente, algún enfermo mental, entre otros.

Así pues, podemos apreciar que las normas que regulan el delito de abuso sexual no contemplan nada en relación al daño en las víctimas, la forma en que las mismas deban recibir atención y, mucho menos, quién deberá dar dicha atención, pues se limitan a la mera enunciación de la conducta típica en comento, dejando de lado todo el aspecto emocional y psicológico de los que sufren este tipo de delitos.

2.4.3. Violencia Sexual según La Organización Mundial de la Salud (OMS)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia sexual como: “todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo”.

La coacción puede abarcar:

- Uso de grados variables de fuerza
- Intimidación psicológica
- Extorsión
- Amenazas (por ejemplo de daño físico o de no obtener un trabajo o una calificación, etc.)

También puede haber violencia sexual si la persona no está en condiciones de dar su consentimiento, por ejemplo cuando está ebria, bajo los efectos de un estupefaciente, dormida o mentalmente incapacitada.

La definición de la OMS es muy amplia, pero también existen definiciones más circunscritas. Por ejemplo, para fines de investigación algunas definiciones de violencia sexual se limitan a los actos que incluyen la fuerza o la amenaza de violencia física.

El Estudio multipaís de la OMS definió la violencia sexual como actos en los cuales una mujer:

- fue forzada físicamente a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad;
- tuvo relaciones sexuales contra su voluntad por temor a lo que pudiera hacer su pareja;
- fue obligada a realizar un acto sexual que consideraba degradante o humillante

Los actos de violencia sexual pueden ser muy variados y producirse en circunstancias y ámbitos muy distintos. Entre ellos, cabe señalar:

- la violación en el matrimonio o en las citas amorosas;
- la violación por parte de desconocidos;
- la violación sistemática durante los conflictos armados;
- las insinuaciones o el acoso no deseados de carácter sexual, con inclusión de la exigencia de mantener relaciones sexuales a cambio de favores;
- el abuso sexual de personas física o mentalmente discapacitadas;
- el abuso sexual de menores;
- el matrimonio o la cohabitación forzados, incluido el matrimonio de menores;
- la denegación del derecho a hacer uso de la anticoncepción o a adoptar otras medidas de protección contra las enfermedades de transmisión sexual;
- el aborto forzado;

– los actos de violencia que afecten a la integridad sexual de las mujeres, incluida la mutilación genital femenina y las inspecciones obligatorias para comprobar la virginidad;

– la prostitución forzada y la trata de personas con fines de explotación sexual.

Los datos sobre la violencia sexual generalmente provienen de la policía, los centros clínicos, las organizaciones no gubernamentales y las investigaciones mediante encuestas.

2.5 Falsas Creencias sobre el Abuso Sexual

La cultura es el acervo común de creencias y comportamientos de una sociedad y sus ideas acerca de cómo deben conducirse las personas. La cultura ayuda a definir los principios que por lo general se aceptan en relación con la crianza y el cuidado de los niños. Las diferentes culturas tienen reglas distintas acerca de cuáles prácticas de crianza son aceptables.

La existencia y prevalencia de la violencia sexual es resultado de las construcciones culturales de género, de lo femenino y lo masculino, los espacios de acción y de poder asignados culturalmente a las mujeres y a los hombres, situación que tiene repercusión directa en el ejercicio y vivencia de la sexualidad entre los hombres y las mujeres.

Martín Baró detectó que a medida que se eleva el nivel académico del individuo, la imagen machista de la mujer se modifica y, a menor escolaridad de un sujeto la imagen estereotipada de la mujer se acentúa.

El machismo es caracterizado por brindar una clasificación de los individuos en superiores e inferiores, en donde la superioridad del hombre se determina en forma abierta y directa, implícita en todos los aspectos de la vida laboral, familiar y social. La socialización del machismo, como un patrón cultural que ha sido reforzado por el núcleo de la unidad familiar en su relación hombre-mujer, ha legado generación tras generación el carácter autoritario y vertical estructurando un sistema en el que el hombre se caracteriza por: Fuerte tendencia y gran valoración de la actividad sexual, tendencia a la agresividad, actitud e indiferencia frente a todo aquello que no se relaciona claramente con la imagen fuerte y dominante que desea proyectar.

Mientras, la mujer es considerada como: subordinada instrumental frente al hombre, realización femenina concebida sólo mediante el servicio al hombre, procreación y educación de los hijos. Además, para ella se exige: la virginidad y el enclaustramiento, el cultivo de la sensibilidad, conservacionismo y religiosidad, fomentar y mantener las tradiciones culturales y espirituales.

La cultura patriarcal en la que vivimos cimienta el poder masculino en la represión de la sexualidad femenina y el sometimiento de las mujeres. Esta visión del mundo y de las relaciones entre las personas, favorece que algunos hombres consideren a las mujeres como su propiedad, incluida su sexualidad, que puede ser usada cuando ellos quieran. Así, el coito forzado se convierte en la reafirmación del poder y la autoridad de los hombres y la represión de las mujeres (Rich, 1996).

En culturas como la nuestra, donde apenas se reconoce de las mujeres un papel social o económico legítimo fuera del matrimonio, muchas mujeres sienten que no

pueden sino acceder a las exigencias del hombre, por lo que para algunas de ellas, el sexo es un deber social que toleran en vez de gozarlo.

La violencia que ocurre dentro de la relación de pareja puede tener muchas formas. En sociedades como la nuestra, es común que se piense que en la relación de pareja casi todo está permitido y que lo que ocurre en este espacio es parte de la vida privada y solo compete a los miembros de la misma. Esta situación deja en un total estado de indefensión a la mujer frente a su pareja, y la orilla a no denunciar las agresiones, por el miedo y la vergüenza provenientes de la misma situación de violencia vivida.

Por otro lado, cuando la masculinidad se vincula con la agresión y la conquista sexual, el comportamiento sexual dominante y la violencia se vuelven no solamente un medio para estructurar las relaciones de poder entre los hombres y las mujeres, sino una manera de establecer relaciones de poder entre los hombres (Heise, 2001). Esto nos lleva a examinar qué aspectos de la construcción de la masculinidad en nuestras culturas y en nuestras sociedades promueven el comportamiento sexual agresivo por parte de los hombres; y qué características tiene la construcción de la feminidad y la estructura de las relaciones de poder económico y social en las sociedades, que permiten que tales conductas continúen.

Otro punto importante es mencionar que la falta de información adecuada, la ocultación de este tipo de situaciones, así como el estigma social generado, han contribuido al mantenimiento de pensamientos erróneos respecto a los abusos sexuales de menores. Las falsas creencias hacen referencia de este tipo de

situaciones como a las características de la persona que las lleva a cabo, de las víctimas o de las familias en las que se producen (López, 1997).

Tabla 2. Errores y verdades sobre el abuso sexual (López, 1997)

FALSO	VERDADERO
Los abusos sexuales son poco frecuentes.	El 23% de las mujeres y el 15% de los hombres han sido víctimas de algún tipo de abuso sexual en la infancia.
En la actualidad se producen con mayor frecuencia.	Ahora se conocen mejor; antes no se estudiaban ni se denunciaban.
Solo lo sufren las niñas.	El 40% de abuso sexual son niños.
Quienes los cometen están locos.	Los abusadores son personas con apariencia normal, de estilo convencional, de inteligencia media y no psicóticos.
Solo se dan en determinadas clases sociales.	El abuso sexual puede darse en cualquier nivel socioeconómico o cultural.
Los niños no dicen la verdad.	Los niños no suelen mentir cuando realizan una denuncia de abuso sexual. Solo el 7% de las declaraciones resultan ser falsas.
Los menores son responsables de los abusos.	La responsabilidad única de los abusos es el agresor.
Los menores pueden evitarlo.	Los niños pueden aprender a evitarlo, pero generalmente cuando les sucede los toma por sorpresa, les engañan amenazan y no saben reaccionar adecuadamente.
Si ocurriera a una persona cercana, nos enteraríamos.	Solo un 2% de los casos de abuso sexual familiar se conocen al tiempo en que ocurren.
Los agresores son siempre conocidos o siempre familiares.	Los agresores pueden ser tanto familiares o conocidos de la víctima (65-85%) como personas desconocidas (15-35%).
Los abusos van acompañados de violencia física.	Solo en un 10% de los casos los abusos vienen asociados a violencia física.
Los efectos son casi siempre muy graves.	Un 70% de las víctimas presentan un cuadro clínico a corto plazo y un 30% a un largo plazo. No obstante, la gravedad de los efectos depende de muchos factores, en ocasiones, algunos actúan como "amortiguadores" del impacto.

También algo que es muy común es responsabilizar a las víctimas de su “suerte”. Ya que hay una especie de justificación social e institucional que avala que fue culpa de ellas, por su forma de vestir, o por los lugares donde suele desarrollarse.

2.6 Situaciones de alto riesgo

Al hablar de situaciones o factores de riesgo estos hacen referencia a circunstancias de diversos tipos que favorecen que la persona sea víctima de abuso sexual; es decir, el hecho de que la persona se encuentre en una situación de alto riesgo significa simplemente que tiene una mayor probabilidad de sufrir abusos sexuales (Finkelhor y Asdigian, 1996).

Por otro lado, el hecho de ser niña (es decir, mujer) es una de las circunstancias que tradicionalmente se ha considerado como de alto riesgo. Los diferentes estudios coinciden en señalar la mayor incidencia de agresiones sexuales en niñas o mujeres, especialmente en los casos de abuso sexual intrafamiliar. Esta asociación puede deberse principalmente al hecho de que la mayoría de los agresores son varones, predominantemente heterosexuales (Gil, 1997; Vázquez Mezquita y Calle, 1997).

En la mayoría de los países, las niñas corren mayor peligro que los varones de ser víctimas de abuso sexual. Los resultados de varios estudios internacionales indican que las tasas de abuso sexual entre las niñas son de 1.5 a 3 veces más altas que entre los varones.

Por otro lado lo referente a determinadas situaciones familiares, los niños víctimas de malos tratos – en cualquiera de sus formas- son más fácilmente susceptibles de convertirse también en objetos de abusos sexuales.

Otro factor importante es la ausencia de los padres biológicos, la incapacidad o enfermedad de la madre, el trabajo de ésta fuera del hogar y los problemas de la pareja (peleas, malos tratos, separaciones o divorcios). Sobre todo cuando vienen acompañados de interrupción de la relación sexual, constituyen factores de riesgo que aumentan las posibilidades de victimización (López,1959). Son así mismo familias de alto riesgo las constituidas por padres dominantes y violentos, así como las formadas por madres maltratadas (Arruabarrena, De Paul y Torres, 1996; Mas, 1995; Vázquez Mezquita, 1995; Cortés y Cantón, 1997).

Tabla 3. *Características del abusador y de la familia en que se produce el abuso sexual (Cortés y Cantón, 1997)*

Características del agresor	Características de la familia
Extremadamente protector o celoso de la persona	Familias monoparentales o reconstruidas
Víctima de abuso sexual en la infancia	Familias caóticas y desestructuradas
Con dificultades en la relación de pareja	Madre frecuentemente enferma o ausente
Aislado socialmente	Madre emocionalmente poco accesible

Consumidor excesivo de drogas o Alcohol	Madre con un historial de abuso sexual infantil
Frecuentemente ausente del hogar	Problemas de hacinamiento

2.6.1 Factores individuales y relacionales

La investigación de los factores que aumentan el riesgo de que los hombres cometan actos de violencia sexual es relativamente reciente y se refiere predominantemente a hombres que fueron aprehendidos, en particular por haber cometido una violación. Entre los factores que han sido señalados en múltiples estudios de ese tipo se cuentan los siguientes:

- pertenencia a una pandilla,
- consumo perjudicial o ilícito de alcohol o drogas,
- personalidad antisocial,
- exposición en la niñez a la violencia entre los padres,
- antecedentes de abuso físico o sexual en la niñez
- escasa educación,
- aceptación de la violencia (por ejemplo, creer que sea aceptable golpear a la esposa o la novia),
- múltiples parejas o infidelidad,
- opiniones favorables a la inequidad de género.

Desde una perspectiva de salud pública, los factores comunitarios y sociales pueden ser los más importantes para identificar formas de prevenir la violencia

sexual antes de que se produzca, ya que la sociedad y la cultura pueden apoyar y perpetuar creencias que aprueban la violencia. Los factores vinculados con tasas más elevadas de violencia sexual perpetrada por hombres incluyen los siguientes:

Normas tradicionales y sociales favorables a la superioridad masculina (por ejemplo, considerar que las relaciones sexuales sean un derecho del hombre en el matrimonio, que las mujeres y las niñas sean responsables de mantener bajo control los deseos sexuales de los hombres o que la violación sea un signo de masculinidad); y sanciones jurídicas y comunitarias poco rigurosas contra la violencia.

En el siguiente recuadro se presentan algunas características de los agresores y las características de su entorno familiar.

Las influencias sociales también desempeñan un papel importante en la aparición de la agresión sexual. Las actitudes despectivas hacia las mujeres y los niños llevan a jóvenes vulnerables a tener un comportamiento antisocial, facilitando así la satisfacción de sus deseos frustrados a través de mujeres y niños.

En algunos casos, los factores externos pueden contribuir a exacerbar el abuso; factores como el consumo abusivo de alcohol o drogas; situaciones presentes de estrés; conflictos interpersonales; pornografía o películas pornográficas.

Diferentes investigaciones avalan que los estímulos eróticos agresivos aumentan el comportamiento agresivo del hombre hacia la mujer. Las películas pornográficas, a veces, asocian la violación de la mujer con el placer que sienten ellas por el hecho de ser violadas. Ésta es una de las muchas justificaciones que utilizan los violadores

después de la agresión sexual. A mayor creencia en los mitos de la violencia sexual, menor puede ser el freno sobre el comportamiento sexual agresivo (Noguerol, 2014)

De la misma forma que los anuncios publicitarios tienen como finalidad que el espectador consuma un determinado artículo, el sexo y la violencia en la pantalla pueden tener algún efecto sobre los consumidores, tal como algunos de los agresores atendidos han reconocido.

Es posible, que el contenido agresivo de la pornografía tenga efectos negativos en la violencia para aquellas personas con unas determinadas características en su historia personal como socialización sexual negativa, cotas de agresividad altas, apego emocional deficitario, masiva y temprana exposición a materiales porno-agresivos, los que pueden producir habituación.

Características del agresor (Noguerol, 2014):

- Exposición por observación o victimización a la violencia en la familia de origen.
- Baja autoestima
- Déficit en habilidades verbales y asertividad, especialmente en relación con sus parejas
- Señalada necesidad de ejercer poder y control
- Consumo de alcohol y drogas (por sí misma no es una variable suficiente para explicar el abuso)
- Actitudes tradicionales rígidas.

2.7 Prevalencia

El análisis de las cifras de abuso sexual presenta grandes desafíos por diversos aspectos relacionados al hecho mismo de la violencia sexual. Las fuentes de datos y de información son escasas, y las pocas que existen no representan fielmente ni la magnitud, ni las formas y mucho menos, las consecuencias de esas conductas violentas. Uno de los problemas con los que nos encontramos es que se denuncia muy poco (por lo que las cifras de víctimas de abuso sexual podrían ser mucho mayores), esto porque es muy penoso para la mujer tener que ir a relatar hechos que le avergüenzan. Los datos generalmente provienen de la policía, los centros de salud, las organizaciones no gubernamentales e instancias académicas que realizan investigaciones mediante encuestas (Krug, et al, 2002).

El registro se debe, entre otros factores, al estigma social que persiste en torno a las mujeres, adolescentes y niñas que sufren violencia sexual, al miedo de las represalias del agresor, la vergüenza, la ausencia de redes de apoyo para las víctimas y a la desconfianza hacia los sistemas de procuración e impartición de justicia, esto debido a que existe una percepción de que los derechos de las víctimas y sobrevivientes de la violencia sexual no son respetados.

Además es muy baja la aplicación de la ley, porque la investigación lleva tiempo, lo que le da oportunidad al agresor de esconderse o escapar de la justicia, por lo cual el delito queda impune.

La mayoría de los casos de violencia sexual en nuestro país son contra las mujeres, las jóvenes, las niñas y los niños; suceden en el seno de la propia casa y

son perpetrados por familiares (padres, padrastros, hermanos, tíos, primos), hombres conocidos (vecinos, compadres) o gente de “confianza” (amigos).

La mayoría de las investigaciones coinciden en que el agresor suele ser un conocido de la víctima. Si bien los abusos sexuales se cometen en todas las clases sociales, ambientales culturales o razas (Madansky, 1996). Los estudios epidemiológicos no han encontrado diferencias en las tasas de prevalencia en función de la clase social, de nivel cultural o de la etnia a las que pertenecen las familias de la víctima. No obstante, si se ha detectado un mayor número de casos de abuso sexual en familias con estatus socioeconómico bajo, pero este puede explicarse por el mayor contacto que tienen estas familias con los servicios sociales (Cantón y Cortés, 1997).

Las víctimas de abuso sexual suelen ser más frecuentemente mujeres (59,9%) que hombres (40,1%) y se sitúan en una franja de edad entre los 6 y 12 años. Hay un mayor número de niñas en el abuso intrafamiliar (incesto), con una edad de inicio anterior (7-8 años), y un mayor número de niños en el extrafamiliar (pedofilia), con una edad de inicio posterior (11-12 años).

A lo largo de la vida, la prevalencia de la violencia sexual contra las mujeres es de 17.3%, lo que significa que una de cada seis usuarias sufre este tipo de agresión, según los resultados de la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres publicados en 2003 por el Instituto Nacional de Salud Pública.

El 7.6% las encuestadas reportó abuso sexual en la infancia (antes de los 15 años), según el documento.

El 13.7% del total de mujeres que fueron obligadas a tener relaciones sexuales alguna vez en su vida en México dijo que el ataque ocurrió cuando eran menores de 10 años y el 65%, entre los 10 y 20 años de edad, según el informe de Ipas Salud.

El 70% de los agresores son familiares que abusan de ellas en el hogar; el padre en 7.2% de los casos; el padrastro en 8.2%; algún otro familiar hombre (tíos, primos u hombres conocidos como los vecinos, los compadres, etc) en 55.1%; y el novio en 3.4%, según el informe.

Encontramos que la violación sucede más en la casa debido a la privacidad que existe y el continuo roce que hay entre la víctima y el victimario. Es por esto que le resulta fácil abusar al padrastro, a los primos, a los amigos.

En caso de la violencia sexual de pareja, las formas más comunes fueron: a través de presión verbal para forzar relaciones sexuales en 84%; el uso de la fuerza para tener relaciones sexuales (54%) y obligar a la mujer a tener relaciones sexuales cuando otros ven u oyen (6%), según el informe de Ipas.

Otros actos de violencia sexual suceden comúnmente en las escuelas, donde los maestros abusan de sus alumnas; o en el trabajo, donde los jefes o compañeros abusan de sus compañeras; o en situaciones de vulnerabilidad, como el caso de las mujeres migrantes, que son violadas en el camino o donde las circunstancias las obligan a realizar actos sexuales a cambio de comida, dinero, alojamiento, transporte y protección, indica el Informe Nacional sobre la Violencia y la Salud en México.

Hay entidades federativas con mayor incidencia de abuso sexual como Quintana Roo, Chihuahua, Tabasco, Baja California, Morelos y Estado de México.

2.7 Violencia de género

El uso de la expresión “violencia de género” es tan reciente como el reconocimiento de la realidad del maltrato a las mujeres.

La violencia de género puede ser entendida como un tipo de violencia que no sólo hace referencia a las agresiones físicas y la falta de recursos económicos, sino también al ámbito simbólico, es decir, nuestras emociones, nuestros deseos y nuestras carencias a la hora de establecer relaciones afectivas con las personas, derivadas de la forma como se entienden y se construyen la masculinidad y la feminidad en nuestra época.

La violencia de género es un fenómeno que se presenta en todas las culturas y niveles socioeconómicos, sin embargo la frecuencia y gravedad de sus consecuencias es mayor en los grupos vulnerables, dada su condición social, económica, cultural, étnica, su edad o discapacidad.

El género se constituye así en el resultado de un proceso de construcción social mediante el que se adjudican simbólicamente las expectativas y valores que cada cultura atribuye a sus hombres y mujeres (Bergalli & Bodelón, 1992). Es decir, por género se entiende, aquellas diferencias que tienen una dimensión social y cultural

Como resultado de ese aprendizaje cultural de índole machista, unos y otras exhiben los roles e identidades que se les han sido asignados bajo la etiqueta de género. Surgiendo la prepotencia de lo masculino y la subalternidad de lo femenino. Siendo esto lo que define las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, origen de la violencia de género.

Las relaciones de género están estrechamente vinculadas a las relaciones de poder en nuestra sociedad, la cual prescribe normas sobre cómo deben ser los comportamientos y los deseos de los hombres y las mujeres para mantener el orden social imperante. Estos comportamientos y deseos aún se ajustan a la relación establecida en Occidente entre el capitalismo, como sistema que determina y organiza las relaciones económicas, y el patriarcado, relación que toma cuerpo en la institución de la familia nuclear. Históricamente, mediante unos mecanismos determinados se han instaurado relaciones claramente asimétricas entre hombres y mujeres, según las cuales los primeros disponen de los recursos, mientras que las segundas dependen no sólo económicamente, sino también afectivamente, de su pareja (Gil Rodríguez, Lloret Ayter, & Mestre Chust, 2012).

Las diferencias de socialización pueden notarse en los siguientes aspectos (Mora Chamorro, 2008):

Mujeres: Mayor peso al aspecto físico que al intelectual, el rol de seductora, Su educación está basada en aspectos de saber agradar y complacer, valía de la mujer solo en aspectos de madre de familia.

Hombres: Las características de fuerte o violento es más tolerada, educación del hombre como una persona más autosuficiente, se le enseña y conduce a contar con más derechos en la relación conyugal.

Como el mantenimiento de esta dependencia de la mujer hacia el hombre es importante de cara a la definición de masculinidad, determinados cambios producidos en el contexto actual dentro de los cuales la imposibilidad de tener un empleo estable para toda la vida y la incorporación de la mujer al mercado laboral son sólo unos ejemplos que amenazan la identidad del hombre como proveedor, en el que puede ser uno de los marcos estructurales que permitan entender la resurrección actual de la violencia de género.

Este contexto permite hablar de relaciones de poder establecidas socialmente en la pareja. En este punto es importante mencionar que se entiende por el concepto de “relaciones de poder” en el sentido propuesto por Michael Foucault, para quien el poder no es algo que tiene alguien (el hombre sobre la mujer), sino algo que se produce en la relación (entre hombres, entre mujeres, y entre hombres y mujeres). Desde este concepto se entiende que el poder puede ser ejercido desde cualquier punto, lo cual permite trastocar los sistemas sociales imperantes y los órdenes simbólicos establecidos (Gil Rodríguez, Lloret Ayter, & Mestre Chust, 2012).

La mayoría de las mujeres parten desde sí una identidad estereotipada debido a los mandatos que tienen que ver con las personas que conforman su entorno. Algo que es importante reflexionar es cómo se ha permeado la autoestima de las mujeres a partir de un contexto sociocultural que no solo las coloca en una situación de

inferioridad, benevolencia y un cuerpo que biológicamente pareciera que tiene que ser asexuado.

Los procesos de socialización se diferencian entre hombres y mujeres, en particular quedan ensambladas en prescripciones sociales masculinas, que tienen que ver con la idealización de un -príncipe azul- y la -princesa que lo espera-, la prioridad de las mujeres en todo lo que tiene que ver con el amor suele convertirse en lo más importante de su proyecto de vida.

La obtención del amor y su desarrollo (noviazgo, enamoramiento y matrimonio), ejerce, en general, efectos benéficos sobre la salud física y mental de ambos sexos, no obstante este efecto es menor en las mujeres, debido a las asimetrías tradicionales en la distribución de cargas, teniendo un mayor impacto en la salud mental de la mujer de una mala relación.

Así, desde la perspectiva tradicionalista, mientras que para los hombres la expresión del amor, tiene que ver con agresividad y dominio principalmente, para las mujeres implica pasividad, sumisión y dependencia, de modo que la ausencia de amor no estará tan fuertemente vinculada al fracaso personal como se supone lo está en el caso de las mujeres.

Por lo tanto las mujeres han aprendido que a lo largo de su vida el pertenecer al otro o los otros, dejando que su autoestima dependa profundamente de su aceptación. La subjetividad femenina es moldeada para que cada mujer asuma un segundo plano, ya sea con su pareja o en la familia, desarrollando actividades de abnegación, dando todo, sin recibir nada a cambio (Lagarde, 2001).

Cuando las mujeres no cumplen con estos mandatos de género, suelen ser criticadas e incluso excluidas de los contextos socioculturales, por lo general son rechazadas y empieza a generar en ellas un sentimiento de culpa. Se les educa para “ser hermosas”, el reconocimiento de su aspecto físico por los otros es fundamental para que se consideren exitosas, ya que les permite acceder a bienes materiales y simbólicos porque se pueden dedicar única y exclusivamente a serlo (Lagarde, 2001). La intención de ser atractiva, satisfacer con el objeto de atraer y mantener la atención del otro en este caso el hombre, lógicamente el modelo del amor que propone el medio, encaja con la que se espera en una relación.

A consecuencia de estas falsas creencias que se han incorporado día con día en la vida cotidiana de las mujeres éstas aguantan todo tipo de maltratos, degradaciones y violencia a nivel personal, laboral y social. Lo cual genera en las mujeres un desconocimiento de sus derechos humanos y la permisión de una discriminación que se ha propagado desde hace mucho tiempo y de la que se deriva la violencia contra ellas.

CAPÍTULO 3. MÉTODO

3.1 Justificación

En México se cometen anualmente miles de delitos de índole sexual en contra de mujeres, niños y adolescentes. En ese sentido se encuentra que por el delito de abuso sexual, se han procesado 11.516 casos entre el 2009 y el 2011, lo que implica un promedio de 3,838 casos anuales, o bien, casi 11 casos diarios. Según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).

Los efectos de esta agresión van desde reacciones emocionales y conductuales inmediatas hasta la aparición de trastornos psicológicos como son: estrés postraumático, ansiedad, depresión, abuso de sustancias, entre otros.

La siguiente investigación tiene como fin conocer acerca de los rasgos de personalidad de mujeres víctimas de abuso sexual con un rango de edad que va de los 18 a 50 años, que han acudido al hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez ubicado en la ciudad de México para la evaluación psicológica correspondiente, a través del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota MMPI-II (Butcher, Graham, Ben-Porath, Tellegen, Dahlstrom y Kaemmer, 1989).

3.2 Planteamiento del problema

Las historias de abuso sexual empiezan a manifestarse desde los piropos, por el acoso en espacios públicos, en el transporte público y culminan en violaciones.

Los efectos de la agresión son múltiples, y se expresan en las áreas más importantes de la persona, como lo son: psicológica, sexual, psicosomática, social etc. Es vivido como un suceso traumático, es decir, como algo que impresiona tanto que no se puede elaborar, y por ello se intenta “olvidar”.

Los efectos dependen de la intensidad y duración, de la edad de la víctima y solidez de su estructura psíquica, del valor asignado al agresor etc. Así como también de otros sucesos importantes que le hayan podido fortalecer o debilitar posteriormente. No siempre hay secuelas importantes, pero un porcentaje elevado presenta dificultades que afectan al conjunto de la persona. Uno de los problemas con los que nos encontramos es que se denuncia muy poco y es por ello que las investigaciones son escasas, esto porque es muy penoso para la víctima tener que relatar dicha experiencia además del estigma social. Lo que se pretende en esta investigación es ahondar sobre los rasgos de personalidad que tienen en común las mujeres que han sufrido este tipo de agresión y así poder brindarles la atención especializada que necesitan.

3.3 Pregunta de investigación

¿Cuál será el perfil de rasgos de personalidad en mujeres que han sufrido abuso sexual?

3.4 Objetivos

Objetivo General:

- Conocer el perfil de rasgos personalidad en mujeres víctimas de abuso sexual con un rango de edad que comprende entre los 18 y los 50 años de edad.

Objetivo Específico:

- Describir los datos arrojados por el Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI-II).
- Organizar los resultados encontrados por el Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI-II).
- Presentar el perfil de rasgos de personalidad de mujeres víctimas de abuso sexual.

3.5 Hipótesis

Los estudios cualitativos, por lo regular, no formulan hipótesis antes de recolectar datos. Su naturaleza es más bien inductiva, lo cual es cierto, particularmente si su alcance es exploratorio (Sampieri, 2003).

Por tanto, debido al alcance inicial de nuestro estudio, no habrá formulación de hipótesis.

3.6 Variables

Variable independiente: Abuso sexual

Definición conceptual: Actitudes y comportamientos que realiza una persona sobre otra, sin su consentimiento y para su propia satisfacción sexual, que va desde la amenaza, al engaño, la seducción y confusión. Los efectos de la agresión son múltiples, y se expresan en las áreas más importantes de la persona, como lo son: psicológica, sexual, psicosomática, social etc. (S. L. Hamby, D. Finkelhor 2000).

Definición operacional: Mujeres que fueron referidas al hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez para la evaluación.

Variable dependiente: Escalas elevadas en el Manual Multifásico de la Personalidad (MMPI-II).

Definición conceptual: Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI-II) (Butcher, Graham, Ben-Porath, Tellegen, Dahlstrom y Kaemmer, 1989): Instrumento que está enfocado a la identificación del perfil de personalidad y la detección de psicopatologías.

El MMPI posee ciertas ventajas que lo hacen útil como instrumento para investigar las características de la personalidad. Estas ventajas son: está basado en la teoría de los rasgos, es una técnica autodescriptiva bajo control, aporta datos acerca de las diferencias entre sujetos con alteraciones psicológicas y sujetos que

no padecen perturbaciones de este tipo (Rivera, 1991). Definición operacional:
Respuestas que el sujeto de a la prueba

3.7 Muestreo

En la presente investigación se tomará una muestra no probabilística (no aleatoria). Los sujetos fueron seleccionados para mostrar la existencia de abuso sexual en dicha población con el objetivo hacer un estudio exploratorio. De acuerdo con Sampieri (2003) el objetivo de un estudio exploratorio es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o no se han abordado antes.

Participantes:

La muestra se compone por 30 mujeres cuyas edades fluctúan entre 18 y 50 años de edad, las cuales son enviadas de los diferentes juzgados al área de psicología legal del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

3.8 Alcance del Estudio

La presente investigación tiene como fin realizar un estudio exploratorio que pretende mostrar información detallada respecto al abuso sexual, y los rasgos de personalidad que tienen en común las mujeres que han padecido este tipo de agresión.

3.9 Instrumento

Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI-II) (Butcher, Graham, Ben-Porath, Tellegen, Dahlstrom y Kaemmer, 1989): Instrumento que está enfocado a la identificación del perfil de personalidad y la detección de psicopatologías.

El MMPI posee ciertas ventajas que lo hacen útil como instrumento para investigar las características de la personalidad. Estas ventajas son: está basado en la teoría de los rasgos, es una técnica auto descriptiva bajo control, aporta datos acerca de las diferencias entre sujetos con alteraciones psicológicas y sujetos que no padecen perturbaciones de este tipo (Rivera, 1991).

Supone un instrumento muy útil para la psicología clínica y educativa, neuropsicología, selección de personal, peritajes forenses, etc.

La prueba solamente puede aplicarse a sujetos que tengan entre 14 y 64 años de edad.

El MMPI debe ser tomado, dentro de la batería de pruebas psicológicas, como el instrumento autodescriptivo más valioso con que se cuenta. Esto se fundamenta en las características de la prueba, ya que, al dar respuesta a 567 reactivos, un individuo se describe a sí mismo en una situación controlada. Además, tales respuestas pueden compararse con la media estadística y con la desviación estándar del grupo al que pertenece el individuo. Esto da lugar a que la prueba

adquiera importantes características psicométricas que la hacen uno de los instrumentos más firmes, dentro del conjunto de técnicas que evalúan la personalidad. Por otra parte, la posibilidad del sujeto de describirse a sí mismo, permite que lo haga manifestando algunos elementos inconscientes que le dan al instrumento un importante tinte proyectivo (Rivera, 1991).

Proporciona calificaciones para 10 “escalas clínicas” básicas:

1. Hs: Hipocondriasis
2. D: Depresión
3. Hi: Histeria
4. Dp: Desviación psicopática
5. M-f: masculinidad y feminidad
6. Pa: Paranoia
7. Pt: Psicastenia
8. Es: Esquizofrenia
9. Ma: Manía
10. Is: Introversión social

La prueba solamente puede aplicarse a sujetos que tengan entre 14 y 64 años de edad.

3.10 Procedimiento

1. Se presentó el protocolo al Comité de Investigación y al Comité de Ética en Investigación del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez para la evaluación y dictamen.
2. Con la aprobación de ambos comités, se inició la recolección de datos, es decir, la revisión de los expedientes.
3. De acuerdo con el nivel de riesgo de la investigación se entregó por escrito nuestro compromiso ético con la información obtenida: Carta compromiso para proyectos SIN RIESGO (revisión de expedientes).
4. Una vez obtenidos los expedientes, se procedió a la descripción de los datos arrojados por el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI-II), su respectiva interpretación y finalmente la presentación del perfil de rasgos de personalidad.

CAPÍTULO 4. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Con el fin de lograr los objetivos planteados al inicio de esta investigación, se realizó una base de datos en el programa estadístico informático IBM SPSS Statistics 23 con el objetivo de obtener la información para su análisis e interpretación.

Se presentan los resultados en orden, partiendo de las tablas de cada una de las escalas que contienen la puntuación bruta del MMPI-2, posteriormente se determina cuáles son las escalas más altas de este, utilizando la media Real y la media Teórica con el propósito de hacer una comparación entre ambas por cada escala.

Finalmente se identifica el perfil de personalidad, tomando en cuenta las escalas que se encuentran cerca del valor de la media teórica (menor a 5) incluyéndose estas como escalas elevadas, en cuanto a las escalas que más se alejaban del valor de la media teórica (mayor a 5) se incluyen como escalas bajas en el perfil (Tabla 1 y Gráfica 1), resultando de la siguiente manera:

Tabla 4. Puntuaciones de la media real y la media teórica de cada escala obtenidas por las participantes

Escala	Media real	Media teórica
Introversión social	64	63.5
Desviación psicopática	66.5	67.5
Psicastenia	67	69
Depresión	69	66
Hipocondriasis	68	71
Masculinidad y Feminidad	59	56.5
Paranoia	74	79.5
EPK	66	72
EPS	66	68
Hipomanía	65	59
Esquizofrenia	70	83.5
Histería conversiva	69	60

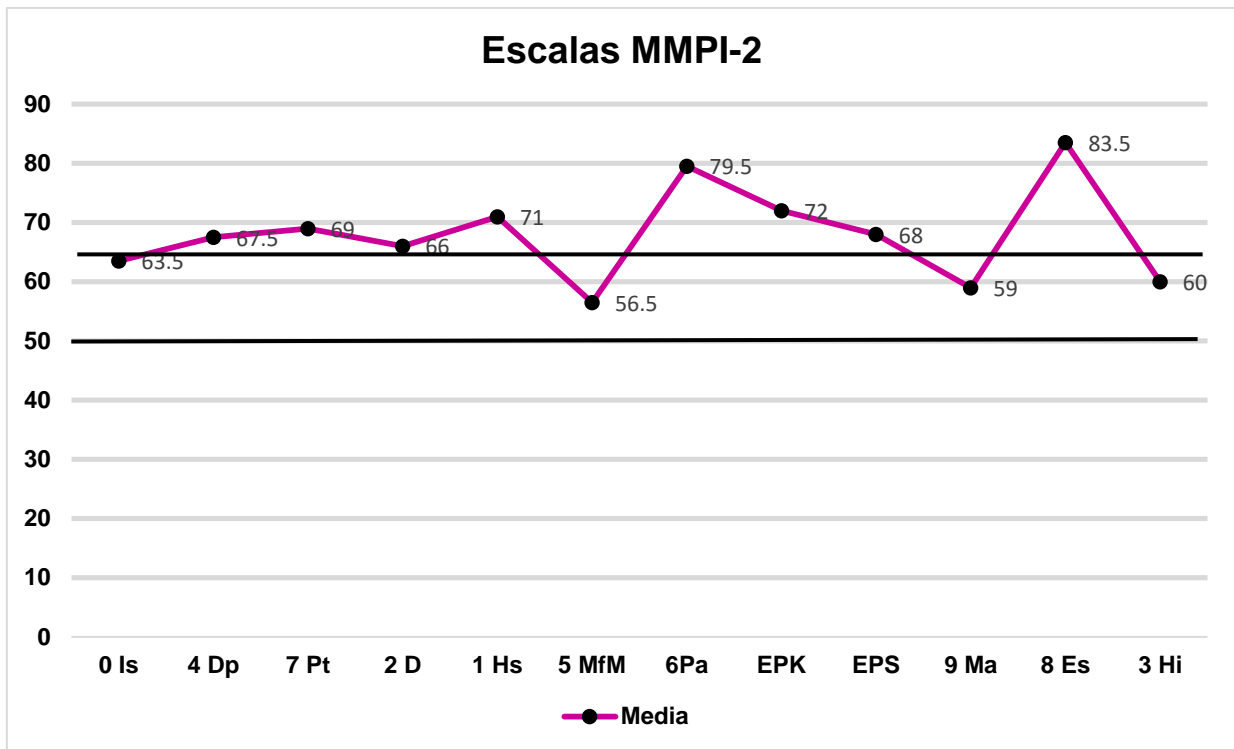


Figura1. Puntuaciones de la media real y media teórica de las escalas clínicas básicas y de las escalas suplementarias (EPK/EPS) del MMPI-2.

Realizada la comparación de medias por cada escala, se procedió a realizar una descripción de los rasgos de personalidad de acuerdo a las escalas más elevadas y más bajas (Tabla 5, 6 y 7).

Tabla 5. Posible interpretación de cada escala elevada según el perfil de personalidad de la investigación.

La columna izquierda se refiere a puntuaciones altas. La columna de la derecha se refiere a puntuaciones bajas.	
0 Introversión Social (Is)	
Las personas pueden ser aisladas, distantes y retraídas. Puede tratarse de sujetos meditativos, inseguros e indecisos.	Sujetos sociables, cálidos y dóciles. Puede tener confianza en sí mismo y ser autoafirmativo.
4 Desviación Psicopática (Dp)	
Persona que tiene poca capacidad de juicio Se puede presentar conductas antisociales	Personas rígidas, convencionales, confiables, tenaces y responsables.
7 Psicastenia (Pt)	
El sujeto puede ser temerosos, presentar sentimientos de culpa y excesiva ansiedad. Puede presentarse en individuos depresivos.	La persona confía en sí misma, se siente libre de inseguridades relajado y tranquilo.
2 Depresión (D)	
Puede implicar que se trata de sujetos retraídos y abrumado por las problemáticas. Puede indicar sentimientos de culpa, devaluación e inadecuación.	Se puede presentar en una persona activa y entusiasta, así como alegre y optimista. Puede ser desinhibida y socialmente abierta, libre de problemas emocionales y mostrar confianza en sí mismo.
1 Hipocondrías (Hs)	
Puede tratarse de una persona con delirios corporales extraños Puede ser limitado, inmovilizado por múltiples síntomas y quejas.	Puede presentarse cuando se niegan signos o síntomas de enfermedad. Puede tratarse también de personas optimistas y enérgicas que pueden ser capaces y eficientes.
5 Masculinidad- Feminidad (Mf)	
Pocos intereses femeninos tradicionales, puede ser una persona poco amable, dominante o agresiva. Puede mostrar cierta frialdad emocional.	Tendencias a la inseguridad y autoevaluación.
6 Paranoia (Pa)	
Puede indicar alteración del pensamiento ser violento y resentido. Es una persona hostil, suspicaz y obstinada Tendencias a interpretar mal las situaciones sociales.	Puede tratarse de un sujeto equilibrado y jovial con pensamiento claro y racional.

Tabla 6. Implicaciones de las elevaciones en las escalas suplementarias EPK Y EPS.

Estrés Postraumático Desorden de Estrés Postraumático de Keane (EPK)
Puede indicar angustia emocional intensa, ansiedad y alteraciones del sueño. Sentimientos de culpa, depresión. Presentan desórdenes emocionales y manifiestan tener sentimientos intrusivos no deseados. Sentimientos de haber perdido el control sobre sus emociones y pensamientos.
Desorden de Estrés Postraumático de Schlenger (EPS)
Trastornos somáticos, ansiedad y depresión.

Tabla 7 Posibles interpretaciones en las escalas bajas según el perfil de personalidad de la investigación.

La columna izquierda se refiere a puntuaciones altas. La columna de la derecha se refiere a puntuaciones bajas.	
9 Hipomanía (Ma)	
Los sujetos pueden ser comunicativos, irritable y extravagantes El individuo puede estar confuso y tomar decisiones impulsivas	El sujeto puede ser apático y pesimista Tímido y dependiente Falta de energía con poca confianza en si mismo Puede estar deprimido y fatigarse fácilmente
8 Esquizofrenia (Es)	
Alteraciones del pensamiento El contacto con la realidad suele ser pobre y manifestar tendencias delirantes Pueden presentarse alucinaciones.	Personas sumisas, convencionales y con poco interés en la gente
3 Histeria Conversiva (Hi)	
Sujeto desinhibido y caprichoso Conductas infantiles ante la frustración	Personas con poco intereses Puede implicar aislamiento y poco interés en los demás

De acuerdo a los resultados obtenidos, se pudo observar que las participantes presentan elevaciones significativas en las escalas: 0 (Introversión social Is), 1 (Hipocondriasis, Hs), 2 (Depresión, D), 4 (Desviación psicopática, Dp), 5 (Masculinidad- Femenidad, Mf), 6 (Paranoia, Pa) y 7 (Psicastenia, Pt) las cuales representan características de personalidad asociadas con introversión social, la hipocondriasis, depresión, conducta psicopática, factores relacionados con la masculinidad y femineidad e importantes elementos de personalidad asociados con la conducta paranoide y psicastenia respectivamente. Siendo las más bajas las escalas 9 (Hipomanía, Ma) ,8 (Esquizofrenía Es) y 3 (Histeria conversiva, Hi) las cuales están relacionadas con hipomanía, esquizofrenia e histeria.

Es importante destacar que la mayoría de las víctimas presentaron una elevación en las escalas suplementarias EPK y EPS del MMPI-2, las cuales evalúan estrés postraumático.

Se procedió a realizar un análisis de los datos sociodemográficos de esta población para describir el contexto en el que se encuentran, las víctimas.

4.1 DATOS GENERALES

Tabla 8. Frecuencia de edades

Edad	Frecuencia
18	5
19	4
20	1
21	2
22	1
23	1
24	1
27	3
30	3
32	1
36	2
37	1
38	1
42	1
45	2
50	1
Total	30

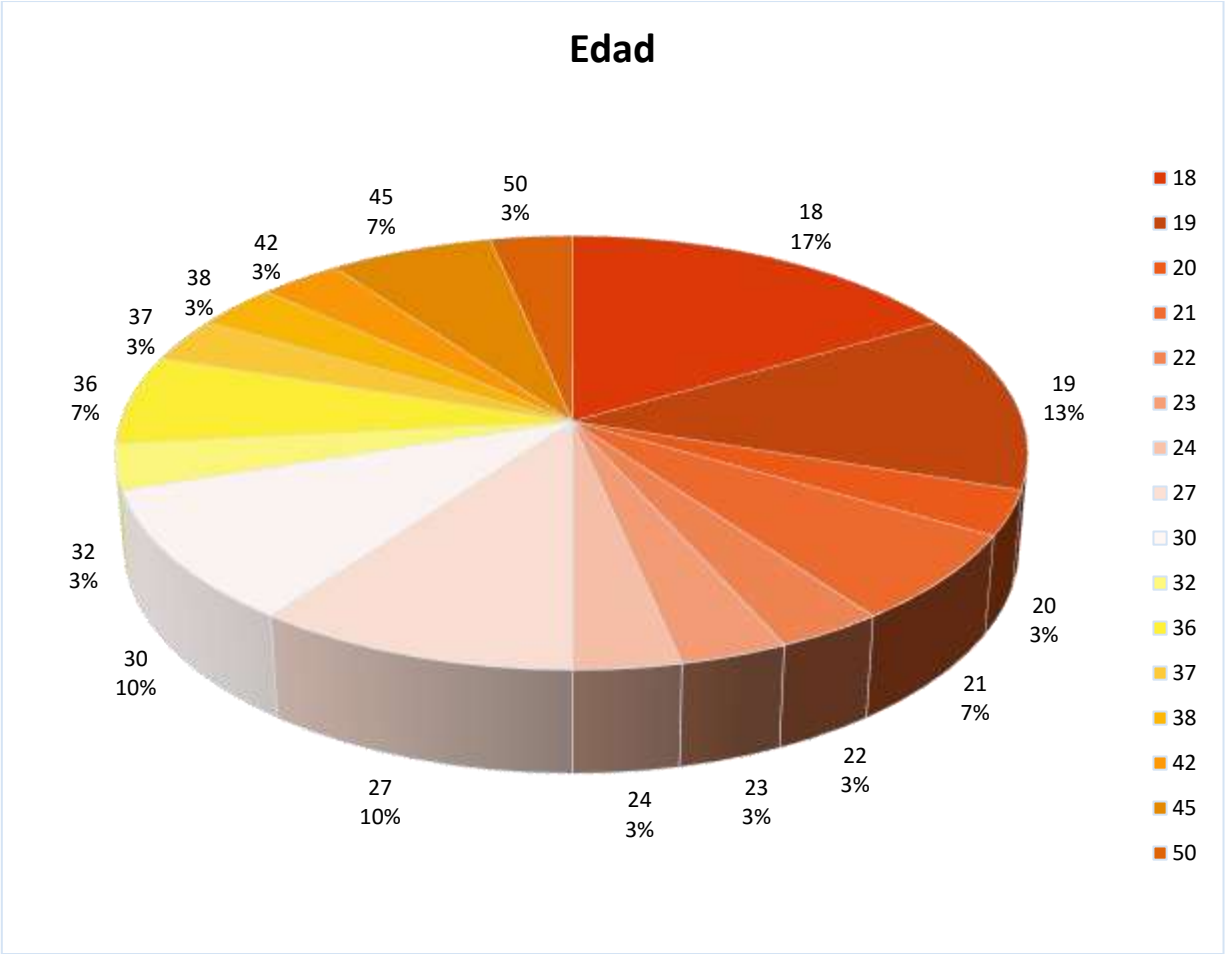


Figura 2. Edad

Los datos obtenidos durante la investigación nos permiten observar la incidencia de mujeres que han vivido abuso sexual en algún momento de su vida.

La media de edad es de 25 años, como puede observarse en la tabla, en su mayoría cuentan con 18 y 19 años, estos datos nos dan un marco de referencia con respecto al grado de madurez que atraviesan las víctimas.

Tabla 9. Frecuencias de Estado civil

Estado civil	Frecuencia
Soltero	21
Casado	4
Unión Libre	4



Figura 3. Estado civil

Tabla 10. Frecuencias de ocupación

Ocupación	Frecuencia
Estudiante	12
Empleada	11
Hogar	4
Desempleada	3

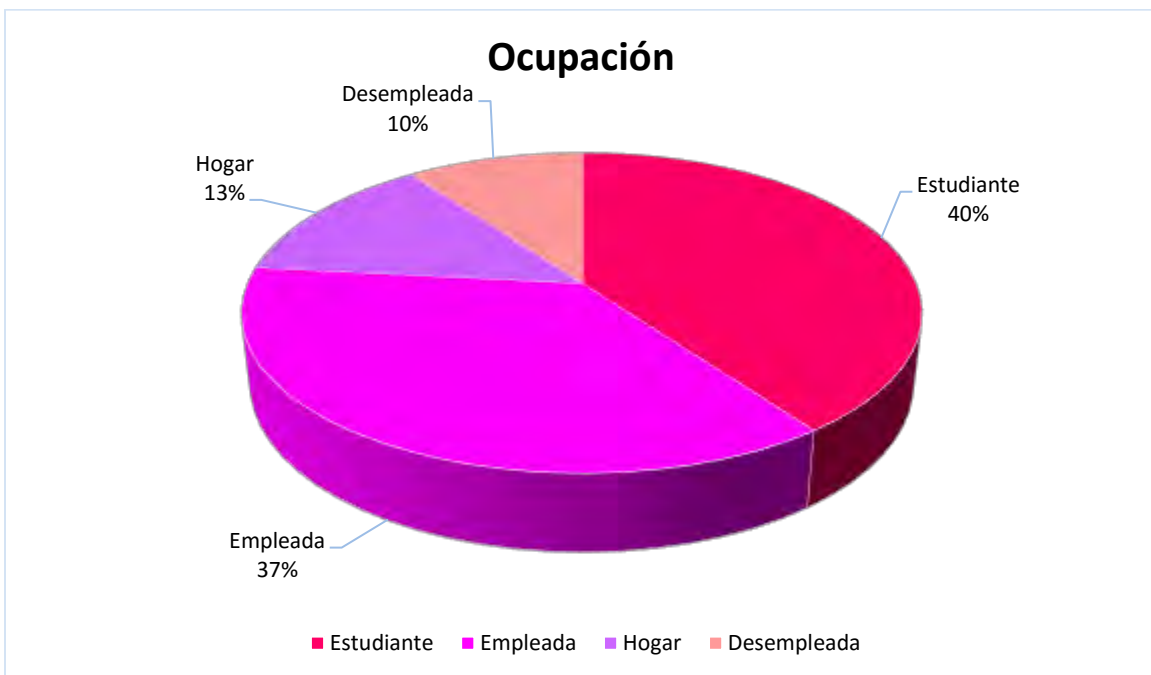


Figura 4. Ocupación

La mayoría de las mujeres evaluadas tiene como actividad principal su formación académica, seguido de una actividad laboral. Asimismo, con un 72%, la mayor parte de la población son solteras.

Tabla 11. Frecuencias Grados de escolaridad

Escolaridad	Frecuencia
Primaria	2
Secundaria	3
Preparatoria	13
Carrera Técnica	3
Licenciatura	8
Maestría	1

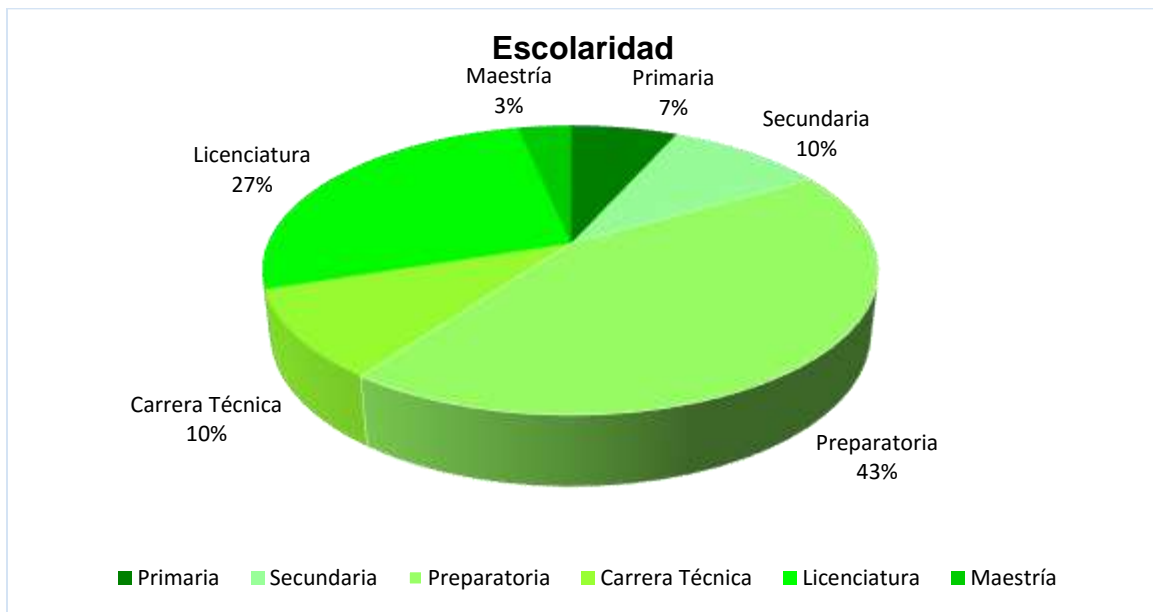


Figura 5. Escolaridad

El nivel de escolaridad presente en la población corresponde mayormente a la preparatoria, seguido de la licenciatura, lo que permite inferir que han recibido instrucción formal en aspectos referentes a la sexualidad.

Tabla 12. Frecuencias del tipo de agresor

Agresor	Frecuencia
Desconocido	5
Jefe	8
Profesor	5
Médico	1
Padre	3
Familiar	2
Compañero de trabajo	1
Pareja	3
Conocido	1
Padrastro	1

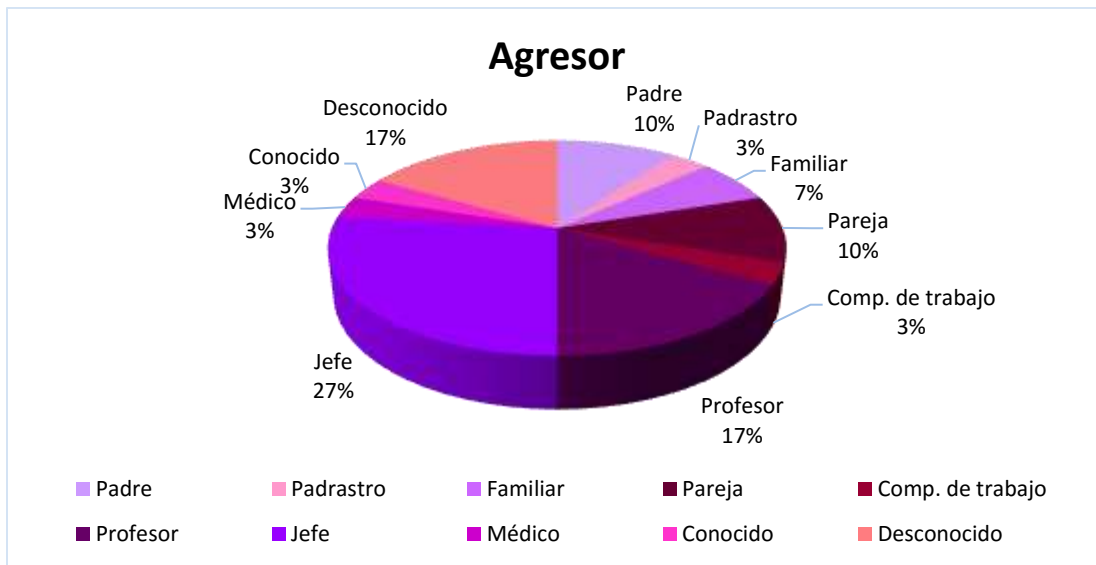


Figura 6. Agresores

De acuerdo con lo planteado por los teóricos, el agresor suele ser un conocido de la víctima. Los casos de abuso sexual suceden en cualquier ámbito, sin embargo la mayoría suceden en el seno familiar (padres, padrastros, hermanos, tíos, primos etc.), hombres conocidos (maestros, jefes, vecinos) o gente de confianza.

La construcción de la masculinidad en nuestra sociedad promueve el comportamiento sexual agresivo, así como las características de la estructura de las relaciones de poder económico y social.

La cultura patriarcal es una visión que favorece que algunos hombres consideren a las mujeres como su propiedad, incluida su sexualidad, que puede ser usada cuando ellos quieran. De esta manera se convierte en un medio para estructurar una relación de poder y autoridad entre hombres y mujeres.

En esta investigación se corroboran estos datos, ya que como lo muestra la tabla de la página anterior la mayor incidencia en cuanto a agresores sexuales se enfoca en los jefes de las agredidas.

CAPÍTULO 5. DISCUSION Y CONCLUSION DE RESULTADOS

El propósito de esta investigación fue elaborar un perfil de rasgos de personalidad en mujeres víctimas de abuso sexual, con un rango de edad que va de los 18 a 50 años que acudieron al hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez ubicado en la ciudad de México, para evaluaciones correspondientes, aplicando el inventario multifásico de la personalidad de minnesota (MMPI-2) y recopilando los resultados de esta prueba, encontrando las escalas significativamente elevadas.

Las mujeres con este perfil clínico, muestran preocupaciones corporales excesivas que pueden llegar a inmovilizarlas a consecuencia de sus síntomas.

Se les considera introvertidas, avergonzadas, retraídas, tímidas y aisladas. Tienden a mantener distancia psicológica, por lo que evitan involucrarse con otras personas. Son incapaces de planear adecuadamente sus acciones presentando poca capacidad de juicio.

Presentan frialdad emocional y pocos intereses femeninos tradicionales, Son hipersensibles y responden de manera exagerada a las reacciones de los demás, por lo que se muestran cautelosas, defensivas y desconfiadas en las relaciones interpersonales. Son personas tensas, ansiosas y agitadas, que se preocupan demasiado por problemas insignificantes, siendo temerosas. Con frecuencia muestran incomodidad, nerviosismo y dificultad para concentrarse.

Muestran un incremento de niveles de timidez social, preferencia por permanecer solas y carencia de autoafirmación social.

Una investigación realizada por Roland, Zelhart, Cochran y Funderburk (1985) coinciden con los resultados obtenidos, ya que informaron que las escalas 3 (Histeria Hs), 5 (Masculinidad-Femeneidad Mf), 1 (Hipocondriasis Hs) y 4 (Desviación psicopática Dp) identifican con exactitud a 73% de las mujeres adultas que manifestaron experiencia de abuso sexual en la niñez.

Asimismo, los resultados son comparables con los de Greene, Rodriguez y Boggs (1994) estos, agregaron que los perfiles del MMPI de las sobrevivientes de abuso sexual se caracterizaron por puntuaciones elevadas en las escalas 4 (Desviación psicopática Dp) y 8 (Esquizofrenia Es).

Finalmente en los estudios realizados con el MMPI-2 de mujeres adultas con antecedentes de abuso sexual se han encontrado, por ejemplo, puntuaciones significativamente más elevadas en las escalas 1 (Hipocondriasis (Hs), 2 (Depresión D), 4 (Desviación Psicopática Dp), 6 (Paranoia Pa), 7 (Psicastenia Pt) y 9 (Hipomanía Ma) en comparación con las mujeres sin antecedentes de abuso.

Como se ha demostrado en las investigaciones ya mencionadas, podemos ver que algunas escalas coinciden con el perfil de nuestra investigación, por ejemplo: las escalas 1 (Hipocondriasis Hs), 2 (Depresión D), 4 (Desviación Psicopática Dp), 5 (Masculinidad-Femeneidad Mf), 6 (Paranoia Pa) y 7 (Psicastenia Pt). Por otro lado está la escala 0 (Is), la cual se refiere a la Introversión Social

En cuanto a las escalas suplementarias, fueron incluidas (EPK) y (EPS) pues los resultados muestran una elevación significativa tras la experiencia de abuso

sexual en las participantes, indicándonos que se manifiesta desorden de estrés postraumático.

Como característica de la muestra clínica estudiada se encontró que el abuso sexual ocurrió con mayor frecuencia en el grupo etario de (18 y 19 años) donde las mujeres han alcanzado la mayoría de edad. Con respecto a la escolaridad el 43% de nuestra población concluyó la educación media-superior, seguido el 27%, representando al nivel superior, indicando que el nivel cultural no tiene gran relevancia. Sin embargo la mayor parte de la población, tiene como actividad principal la formación académica, siendo un 40% estudiantes sucesivo de mujeres activas laboralmente con un 37% , lo cual puede considerarse un factor de riesgo ya que el abuso en la gran mayoría de los casos fue perpetrado por el jefe, representando el 27% de nuestra muestra y un 17 % reportando la agresión ejecutada por los profesores.

Esto significa que la coacción tanto en el lugar de trabajo como en las aulas escolares las víctimas suelen ser más vulnerables por el hecho de conservar un trabajo u obtener una calificación.

CONCLUSIONES

- El abuso sexual ha estado presente desde varios años atrás y cualquier mujer está expuesta a padecerlo,
- Según las estadísticas realizadas en la investigación, hay menos probabilidad de que una mujer sea víctima de abuso sexual en edades maduras, sin embargo esto no significa que no sea posible,
- Las mujeres víctimas de abuso sexual presentan conductas poco adaptativas que no permiten la interacción adecuada con el medio que las rodea,
- Tienden a desarrollar sintomatología depresiva, ansiosa así como Trastorno de Estrés Postraumático.
- El nivel escolar no es un factor determinante para que una mujer sufra abuso sexual
- Esta investigación nos permite identificar que la valoración simbólica que se atribuye a hombres y mujeres en nuestra sociedad persiste existiendo una jerarquía de por medio (lo masculino sobre lo femenino).

CAPÍTULO 6. PROPUESTAS

Una de las principales limitantes que tuvo esta investigación para obtener datos significativos, fue el tamaño de la muestra, la cual es bastante reducida a causa de que la mayoría de las mujeres no informan a las autoridades correspondientes acerca de la agresión que se ha sufrido y por ende no se realizan los estudios pertinentes.

Al inicio de la investigación se pensaba trabajar con un grupo control, con la finalidad de realizar una comparación con los resultados obtenidos de ambos grupos, sin embargo, esto no fue posible ya que es complicado comprobar que las mujeres seleccionadas no hayan sufrido algún tipo de agresión sexual a lo largo de su vida.

En futuras investigaciones se recomienda que la muestra sea mayor, para obtener de esta manera un perfil de personalidad más exacto y confiable. Asimismo generar hallazgos que permitan clasificar los perfiles de personalidad con base en las características cuantitativas del MMPI-2, organizándolos según las elevaciones de las escalas que frecuentemente están relacionadas con el abuso sexual ,es decir, que consista en un conjunto de criterios de clasificación, muy generales, para diferenciar aquellos perfiles que presentan elevaciones en escalas específicas que caracterizan a las víctimas de abuso sexual , de aquéllos cuyas respuestas se apegan más a las normas del grupo establecidas con este inventario, de esta manera los sistemas de salud pública tendrán herramientas para crear acciones encaminadas al apoyo de sobrevivientes de abuso sexual , además de implementar tratamientos especializados de origen psicológico para la reparación emocional de

las víctimas, con el propósito de contribuir a la limitación de los riesgos y daños a la salud, complicaciones y secuelas producidas por este acto.

REFERENCIAS

- Amuchategui Requena, I. G. (2012). *Derecho Penal*. México: Oxford University Press.
- Archer, R., & Krishnamurthy, R. (2012). *Aplicaciones clínicas del MMPI-A*. México, D.F: Manual Moderno.
- Aslan, C. (2010). A comparison of two psychological tests: The MMPI-2-Scale 4 and Restructured Clinical (RC) Scale 4 using an incarcerated sample. *ProQuest*, 70.
- Assis Ramos, C., González Medicci, V., & Rosselli Puccia, M. (2009). Mulheres vitimadas sexualmente – perfil sociodemográfico e análise do atendimento em um centro de referência. *Rev Inst Ciênc Saúde.*, 22-27.
- Bergalli, R., Bordelón, E., (1992). La cuestión de las mujeres y el derecho penal simbólico. *Anuario de filosofía del derecho*. Tomo IX., 53. Madrid, Nueva época.
- Bernik, M., Laranjeiras, M., & Corregiari, F. (2003). Tratamento farmacológico do transtorno de Estrés pós-traumático. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 46-50.
- Butcher, J. N., Williams, C. L. (1992) *Essentials of MMPI-2 and MMPI-A Interpretation*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Caballo, V., & Simón, M. A. (2001). *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente*. Madrid: Pirámide.
- Carrasco Ortiz, M. Á., & González Calderón, J. (2006). Aspectos Conceptuales de la Agresión: Definición y modelos explicativos. *Acción psicológica*, 7-38.

Córdova Osnaya, M., & Rosales Pérez, J. (2007). *Psicología Social. Perspectivas y aportaciones hacia un mundo posible*. México, D.F.: Amapsi.

Diagnóstico acerca de las condiciones actuales de la violencia de género en México. (s.f.). Recuperado el 1 julio de 2016, de http://www.salud.df.gob.mx/portal/images/portal/programas/archivo/7.DIAGNOSTICO_EVALUA_CONDICIONES_ACTUALES_DE_LA_VIOLENCIA_DE_GENERO.

Dubowitz, H., Black, M., & Harrington, D. (1992). The diagnosis of child sexual abuse. *PubMed*, 688-93.

Echeburúa, E. & Corral, P. (2006). *Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia*. *Cuad Med Forense*, 75-82.

Echeburúa, E. & Guerricaechevarría, C. (1999). Abuso sexual en la infancia: concepto, factores de riesgo y efectos psicopatológicos. En J. Sanmartín (3ªEd.). *Violencia contra niños*. Barcelona: Ariel, 86-112.

Gallego Gómez, C. L., Medina Bernal, M. T., & Montoya Vélez, L. P. (2007). Historia de abuso sexual y su relación con depresión, autoestima y consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de media vocacional del municipio de Caldas Antioquia Colombia. *Revista CES Medicina*, 17-27.

Gervais, R. O., Ben-Porath, Y. S., & Wygant, D. B. (2009). Empirical correlates and interpretation of the MMPI-2-RF Cognitive Complaints (COG) scale. *PubMed*, 996-1015.

Gervais, R. O., Ben-Porath, Y. S., Wygant, D. B., & Sellbom, M. (2010). Incremental validity of the MMPI-2-RF over-reporting scales and RBS in assessing the veracity of memory complaints. *PubMed*, 274-84.

- Gil Rodríguez, E. P., Lloret Ayter, I., & Mestre Chust, J. V. (2012). *LOS DERECHOS HUMANOS Y LA VIOLENCIA DE GÉNERO*. Barcelona: UOC.
- Girona, R., & Clark, M. (2009). Psychometric properties of the MMPI-2 restructured form. *The Journal of Pain*, S11.
- González, C., Rapún, A., Altisent, R., & Irigoyen, J. (2005). Principios éticos y legales en la práctica pericial psiquiátrica. *Scielo*, 1-8.
- González, C., Villatoro, J., Alcántar, I., Medina, M., Fleiz, C., Bermúdez, P., & Amador, N. (2002). Prevalencia de intento suicida en estudiantes adolescentes de la ciudad de México: 1997 y 2000. *Salud Mental*, 1-12.
- Guerra, C., & Plaza, H. (2009). Tratamiento Cognitivo-Conductual del Estrés Postraumático en un caso de violación infantil. *Revista de psicología*, 103-129.
- Hamby, S. L., & Finkelhor, D. (2000). The victimization of children: recommendations for assessment and instrument development. *J. AM. ACAD. CHILD ADOLESC. PSYCHIATRY*, 829-40.
- Heise, Pitanguy., & Germain. (1994). Violence against women : the hidden health burden. *World Bank discussion papers*.
- Kessler, RC., Sonnega A., Bromet E., Hughes M., Nelson CB. (1995). *Posttraumatic Stress disorder in the National Comorbidity Survey*. *Arch Gen Psychiatry*, 1048-1060.
- Krug , E., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A., & Lozano, R. (2002). *Informe mundial sobre la violencia y salud*. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud.

- Lagarde, M. (2000). *Claves feministas para la autoestima de las mujeres*. Managua: Puntos de Encuentro.
- Lucio, Gómez-Maqueo, Emilia & Leon, Guzman, Ivonne María. (2003). *Uso e Interpretación del MMPI-2 en español*. México. DF: El Manual Moderno.
- Marshall, W. (2001). *Agresores Sexuales*. Barcelona: Ariel.
- McClellan, J., Adams, J., Douglas, D., McCurry, C., & Storck, M. (1995). Clinical characteristics related to severity of sexual abuse: a study of seriously mentally ill youth. *PubMed*, 1245-54.
- McLean LM. & Gallop R. *Implications of Childhood Sexual Abuse for Adult Borderline Personality Disorder and Complex Posttraumatic Stress*.
- Molina. Lopez. A.S. (2014). *Caracterización del perfil de personalidad por medio del SWAP-200 en pacientes mujeres con trastorno afectivo/ansioso o trastorno de la conducta alimentaria con comorbilidad con trastorno límite de la personalidad*. México. DF.
- Moran, C. (2010). *MMPI-2 scale comparisons of American and Mexican women entering into substance abuse treatment: An international study*. San Diego: ALLIANT INTERNATIONAL UNIVERSITY.
- Muñiz, J., & Fernández-Hermida, J. (2010). La opinión de los psicólogos españoles sobre el uso de los test. *Papeles del psicólogo*, 108-121.
- Noguerol, V. (2014). *Agresiones Sexuales*. Madrid, España: Síntesis.
- Redondo., & Ortiz. (2005). El abuso sexual infantil. *Boletín de la sociedad de pediatría de Asturias, Cantabria, castilla y león*, 3-10.

- Reid, R. C., Carpenter, B. N., & Draper, E. D. (2011). Disputing the Notion of Psychopathology Among Women Married to Hypersexual Men Using the MMPI-2. *Journal of sex & marital therapy*, 45-55.
- Rivera Jiménez, O. (1991). *Interpretación del MMPI en psicología clínica, laboral y educativa*. México, DF.: El Manual Moderno.
- Thomas, M. L., & Locke, D. E. (2010). Psychometric properties of the MMPI-2-RF Somatic Complaints (RC1) scale. *PubMed*, 492-503.
- Vallejo Samudio, Á., & Córdova Arévalo, M. (2012). Abuso sexual: tratamientos y atención. *Revista de Psicología*.
- Vigarello, G. (1999). *Historia de la violación: Siglos XVI-XX*. España: Universidad de Valencia.
- Walker JL, Carey PD, Mohr N, Stein DJ, Seedat S. (2004) *Gender differences in the prevalence of childhood sexual abuse and in the development of pediatric PTSD*. *Arch Wom Ment Health*. 111–121.

ANEXOS

Escalas Básicas MMPI-2

		1 Histeria (
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	39	1	3.3	5.3	5.3
	46	1	3.3	5.3	10.5
	48	1	3.3	5.3	15.8
	51	1	3.3	5.3	21.1
	56	1	3.3	5.3	26.3
	59	1	3.3	5.3	31.6
	63	3	10.0	15.8	47.4
	69	1	3.3	5.3	52.6
	71	2	6.7	10.5	63.2
	73	1	3.3	5.3	68.4
	76	1	3.3	5.3	73.7
	78	2	6.7	10.5	84.2
	80	2	6.7	10.5	94.7
	81	1	3.3	5.3	100.0
		Total	19	63.3	100.0
Missing	System	11	36.7		
Total		30	100.0		

2 Depresión (D)					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	43	1	3.3	4.3	4.3
	52	1	3.3	4.3	8.7
	53	1	3.3	4.3	13.0
	56	1	3.3	4.3	17.4
	57	1	3.3	4.3	21.7
	62	1	3.3	4.3	26.1
	66	3	10.0	13.0	39.1
	69	3	10.0	13.0	52.2
	71	2	6.7	8.7	60.9
	73	1	3.3	4.3	65.2
	75	1	3.3	4.3	69.6
	76	1	3.3	4.3	73.9
	79	2	6.7	8.7	82.6
	83	1	3.3	4.3	87.0
	84	2	6.7	8.7	95.7
	89	1	3.3	4.3	100.0
Total		23	76.7	100.0	
Missing	System	7	23.3		
Total		30	100.0		

1 Hipocondriasis (Hs)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	50	1	3.3	5.0	5.0
	52	1	3.3	5.0	10.0
	59	1	3.3	5.0	15.0
	61	1	3.3	5.0	20.0
	63	2	6.7	10.0	30.0
	65	1	3.3	5.0	35.0
	67	3	10.0	15.0	50.0
	69	1	3.3	5.0	55.0
	72	2	6.7	10.0	65.0
	74	1	3.3	5.0	70.0
	79	2	6.7	10.0	80.0
	83	2	6.7	10.0	90.0
	85	1	3.3	5.0	95.0
	92	1	3.3	5.0	100.0
	Total		20	66.7	100.0
Missing	System	10	33.3		
Total		30	100.0		

4 Desviación Psicopática (Dp)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	49	2	6.7	11.1	11.1
	51	1	3.3	5.6	16.7
	61	1	3.3	5.6	22.2
	63	3	10.0	16.7	38.9
	64	1	3.3	5.6	44.4
	66	1	3.3	5.6	50.0
	67	1	3.3	5.6	55.6
	69	3	10.0	16.7	72.2
	74	1	3.3	5.6	77.8
	79	3	10.0	16.7	94.4
	86	1	3.3	5.6	100.0
	Total		18	60.0	100.0
Missing	System	12	40.0		
Total		30	100.0		

5 Masculinidad-Femineidad (Mf)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	42	1	3.3	14.3	14.3
	48	1	3.3	14.3	28.6
	55	1	3.3	14.3	42.9
	59	2	6.7	28.6	71.4
	63	1	3.3	14.3	85.7
	71	1	3.3	14.3	100.0
	Total	7	23.3	100.0	
Missing	System	23	76.7		
Total		30	100.0		

6 Paranoia (Pa)					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	48	1	3.3	4.8	4.8
	50	1	3.3	4.8	9.5
	55	1	3.3	4.8	14.3
	60	1	3.3	4.8	19.0
	64	1	3.3	4.8	23.8
	67	3	10.0	14.3	38.1
	70	1	3.3	4.8	42.9
	74	2	6.7	9.5	52.4
	77	4	13.3	19.0	71.4
	80	1	3.3	4.8	76.2
	82	1	3.3	4.8	81.0
	87	1	3.3	4.8	85.7
	90	1	3.3	4.8	90.5
	104	1	3.3	4.8	95.2
	111	1	3.3	4.8	100.0
	Total	21	70.0	100.0	
Missing	System	9	30.0		
Total		30	100.0		

7 Psicastenia (Pt)					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	47	1	3.3	4.8	4.8
	57	1	3.3	4.8	9.5
	61	2	6.7	9.5	19.0
	63	3	10.0	14.3	33.3
	65	1	3.3	4.8	38.1
	66	1	3.3	4.8	42.9
	67	2	6.7	9.5	52.4
	76	1	3.3	4.8	57.1
	77	1	3.3	4.8	61.9
	79	1	3.3	4.8	66.7
	83	1	3.3	4.8	71.4
	85	1	3.3	4.8	76.2
	86	1	3.3	4.8	81.0
	87	1	3.3	4.8	85.7
	89	2	6.7	9.5	95.2
	91	1	3.3	4.8	100.0
	Total	21	70.0	100.0	
Missing	System	9	30.0		
Total		30	100.0		

8 Esquizofrenia (Es)					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	48	1	3.3	4.8	4.8
	54	1	3.3	4.8	9.5
	56	1	3.3	4.8	14.3
	57	1	3.3	4.8	19.0
	63	2	6.7	9.5	28.6
	64	2	6.7	9.5	38.1
	66	2	6.7	9.5	47.6
	70	1	3.3	4.8	52.4
	72	1	3.3	4.8	57.1
	73	2	6.7	9.5	66.7
	81	1	3.3	4.8	71.4
	84	1	3.3	4.8	76.2
	93	1	3.3	4.8	81.0
	101	1	3.3	4.8	85.7
	115	1	3.3	4.8	90.5
	117	1	3.3	4.8	95.2
119	1	3.3	4.8	100.0	
	Total	21	70.0	100.0	
Missing	System	9	30.0		
Total		30	100.0		

9 Hipomanía (Ma)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	39	1	3.3	14.3	14.3
	52	1	3.3	14.3	28.6
	58	1	3.3	14.3	42.9
	65	1	3.3	14.3	57.1
	66	1	3.3	14.3	71.4
	74	1	3.3	14.3	85.7
	79	1	3.3	14.3	100.0
	Total	7	23.3	100.0	
Missing	System	23	76.7		
Total		30	100.0		

0 Introversión Social (Is)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	48	1	3.3	5.3	5.3
	51	2	6.7	10.5	15.8
	53	1	3.3	5.3	21.1
	58	1	3.3	5.3	26.3
	61	2	6.7	10.5	36.8
	62	2	6.7	10.5	47.4
	64	1	3.3	5.3	52.6
	68	2	6.7	10.5	63.2
	69	1	3.3	5.3	68.4
	70	1	3.3	5.3	73.7
	71	1	3.3	5.3	78.9
	75	1	3.3	5.3	84.2
	78	2	6.7	10.5	94.7
	79	1	3.3	5.3	100.0
	Total		19	63.3	100.0
Missing	System	11	36.7		
Total		30	100.0		

ESCLAS SUPLEMENTARIAS MMPI-2

V20EPK					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	36	1	3.3	3.3	3.3
	39	1	3.3	3.3	6.7
	42	2	6.7	6.7	13.3
	50	1	3.3	3.3	16.7
	52	2	6.7	6.7	23.3
	53	2	6.7	6.7	30.0
	58	1	3.3	3.3	33.3
	59	1	3.3	3.3	36.7
	64	1	3.3	3.3	40.0
	66	4	13.3	13.3	53.3
	67	2	6.7	6.7	60.0
	73	1	3.3	3.3	63.3
	74	2	6.7	6.7	70.0
	77	2	6.7	6.7	76.7
	78	1	3.3	3.3	80.0
	80	1	3.3	3.3	83.3
	87	1	3.3	3.3	86.7
	90	1	3.3	3.3	90.0
	93	1	3.3	3.3	93.3
	100	1	3.3	3.3	96.7
107	1	3.3	3.3	100.0	
Total		30	100.0	100.0	

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	36	1	3.3	3.3	3.3
	41	3	10.0	10.0	13.3
	47	1	3.3	3.3	16.7
	49	1	3.3	3.3	20.0
	51	1	3.3	3.3	23.3
	53	1	3.3	3.3	26.7
	54	1	3.3	3.3	30.0
	60	1	3.3	3.3	33.3
	61	1	3.3	3.3	36.7
	62	3	10.0	10.0	46.7
	64	1	3.3	3.3	50.0
	68	1	3.3	3.3	53.3
	69	1	3.3	3.3	56.7
	70	1	3.3	3.3	60.0
	71	1	3.3	3.3	63.3
	74	2	6.7	6.7	70.0
	76	1	3.3	3.3	73.3
	79	2	6.7	6.7	80.0
	82	1	3.3	3.3	83.3
	83	1	3.3	3.3	86.7
	91	1	3.3	3.3	90.0
92	1	3.3	3.3	93.3	
99	1	3.3	3.3	96.7	
100	1	3.3	3.3	100.0	
	Total	30	100.0	100.0	

CONSIDERACIONES ÉTICAS:

Ley general de salud

ARTÍCULO 13.-En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

ARTÍCULO 14.- La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

I. Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen;

II.- Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos.

III.- Se deberá realizar sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo;

IV.- Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos predecibles;

V.- Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este Reglamento señala;

VI.- Deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este Reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que

cuenta con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación;

VII. Contará con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación, Ética y la de Bioseguridad, en su caso, y

VIII. Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud y, en su caso, de la Secretaría, de conformidad con los artículos 31, 62, 69, 71, 73, y 88 de este Reglamento.

ARTÍCULO 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

ARTÍCULO 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías;

I.- Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta;

ARTÍCULO 18.- El investigador principal suspenderá la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño a la salud del sujeto en quien se realice la investigación. Asimismo, será suspendida de inmediato cuando el sujeto de investigación así lo manifieste.

ARTICULO 19.- Es responsabilidad de la institución de atención a la salud proporcionar atención médica al sujeto que sufra algún daño, si estuviere relacionado directamente con la investigación, sin perjuicio de la indemnización que legalmente corresponda.

ARTÍCULO 20.- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

ARTÍCULO 21.- para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representantes legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

- I. La justificación y los objetivos de la investigación;
- II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales;
- III. Las molestias o los riesgos esperados;

- IV. Los beneficios que puedan observarse;
- V. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto;
- VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto;
- VII. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento;
- VIII. La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad;
- IX. El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando;
- X. La disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de la institución de atención a la salud, en el caso de daños que la ameriten, directamente causados por la investigación, y
- XI. Que si existen gastos adicionales, éstos serán absorbidos por el presupuesto de la investigación.

ARTÍCULO 22.- El consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá formularse por escrito y deberá reunir los siguientes requisitos:

- I. Será elaborado por el investigador principal, indicando la información señalada en el artículo anterior y de acuerdo a la norma técnica que emita la Secretaría;

II.- Será revisado y, en su caso, aprobado por la Comisión de Ética de la institución de atención a la salud;

III.- Indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación;

IV. Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su caso. Si el sujeto de investigación no supiere firmar, imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe, y

V. Se extenderá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal.

ARTICULO 23.- En caso de investigaciones con riesgo mínimo, la Comisión de Ética, por razones justificadas, podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formularse escrito, y tratándose de investigaciones sin riesgo, podrá dispensar al investigador la obtención del consentimiento informado.

ARTÍCULO 98. En las instituciones de salud, bajo la responsabilidad de los directores o titulares respectivos y de conformidad con las disposiciones aplicables, se constituirán: una comisión de investigación; una comisión de ética, en el caso de que se realicen investigaciones en seres humanos, y una comisión de bioseguridad, encargada de regular el uso de radiaciones ionizantes o de técnicas de ingeniería genética. El Consejo de Salubridad General emitirá las disposiciones complementarias sobre áreas o modalidades de la investigación en las que considere que es necesario.

ARTÍCULO 100. La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases: I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica; II. Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo; III. Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación; IV. Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud; V. Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes; VI. El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento, si sobreviene el riesgo de lesiones graves, invalidez o muerte del sujeto en quien se realice la investigación, y VII. Las demás que establezca la correspondiente reglamentación.



SECRETARIA DE SALUD

C. G. - 2

DEPENDENCIA	SECRETARIA DE SALUD
	COORDINACIÓN DE INSTITUCIONES DE SALUD Y SERVICIOS DE ALTA ESPECIALIDAD
	SERVICIO DE PSICOPSIQUIATRÍA
SECCIÓN	UNIDAD PSIQUIÁTRICA
	HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ"
MESA	SUBCOMISIÓN DE INVESTIGACIÓN E INVESTIGACIÓN Y CAPACITACIÓN
NÚMERO DE OFICIO	
EXPEDIENTE	COMITÉ DE INVESTIGACIÓN

ASUNTO:

El que se indica

México, D.F. a 6 de noviembre del 2015

PSIC. MARÍA TERESA DOMÍNGUEZ LOBATO
PSIC. LILIANA JOCELINE CASTILLO FRAGOSO
PRESENTE

Con el presente le informo a usted que el protocolo de investigación titulado **"PERFIL DE RASGOS DE PERSONALIDAD EN MUJERES VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL"**, del cual son investigadoras principales, ha sido revisado por el Comité de Ética e Investigación y el Comité de Investigación del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" quienes han **DICTAMINADO APROBARLO.**

Sin más por el momento, le envié un cordial saludo.

ATENTAMENTE
SUFRAGIO EFECTIVO. NO REELECCIÓN

DRA. CECILIA BAUTISTA RODRÍGUEZ
PRESIDENTA DEL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN

AL CONTESTAR ESTE OFICIO, CREENSE LLENOS
LOS DATOS CONTENIDOS EN EL CUADRO DEL
ÁNGULO SUPERIOR DE ESTE DOCUMENTO.

c.c.p. Comité de Investigación

CBR/verónica

Sección/Serie: 18C 19