

EL DAÑO PSÍQUICO EN LAS VÍCTIMAS DE AGRESIÓN SEXUAL

Jorge González Fernández ¹
Encar Pardo Fernández ²

¹ Especialista en Medicina Legal y Forense. Postgrado en Psiquiatría (Universidad de León). Instituto de Medicina Legal de La Rioja.

² Psicólogo Forense. Instituto de Medicina Legal de La Rioja.

RESUMEN

El impacto psíquico de un acontecimiento estresor que supere la capacidad de respuesta de la víctima, determina un daño que se hace muy evidente en el caso de las agresiones sexuales, en las que la sintomatología psicopatológica va a persistir en el tiempo de manera prolongada.

La intervención precoz en estos casos, y la extrema sensibilidad que debe regir la respuesta legal y socio-sanitaria, son elementos que junto a las particularidades del estresor y a las condiciones previas de la víctima, pueden limitar o amplificar este daño psíquico y sus posibles secuelas.

PALABRAS CLAVE

Daño psíquico, agresión sexual, violación, trastorno por estrés postraumático, trastorno adaptativo

PSYCHIC DAMAGE IN SEXUAL AGGRESSION VICTIMS

ABSTRACT

The psychic impact of a stress event exceeding the victim capacity response determinates a damage resulting very obvious in sexual aggressions cases, where psychopathological symptomatology will persist in extended time.

The early intervention in these cases and the extreme sensitivity that must rule the legal and socio-medical response are elements together with stress features and victim previous conditions that could limit or increase this psychic damage and its possible consequences.

KEY WORDS

Psychic damage, sexual aggression, rape, posttraumatic stress disorder, adaptive disorder.

INTRODUCCIÓN

El padecimiento de un delito violento supone un ataque directo al sentimiento de seguridad de quien lo sufre, del que deriva una afectación en sus estructuras psíquicas.

Para Kilpatrick ⁽¹⁾ un delito violento es un suceso negativo vivido de forma brusca, que genera terror e indefensión y pone en peligro la integridad física o psicológica de la persona, dejando a la víctima en tal situación emocional que es incapaz de afrontarla con sus recursos psicológicos habituales.

La agresión sexual es una forma especial de delito violento altamente estresante, que es vivenciado por la víctima con un miedo intenso a sufrir un grave daño físico o incluso la muerte, al que se añaden sensaciones de impotencia y desesperanza en cuanto a su incapacidad para escapar o evitarlo.

De ello deriva un impacto psíquico, cuyas repercusiones pueden manifestarse con inmediatez al trauma, o bien de manera diferida en el tiempo, y que van a depender tanto de las características del estresor como de determinados condicionantes preexistentes en la víctima.

VULNERABILIDAD Y RESILIENCIA:

El posible desarrollo, o la resistencia al padecimiento de patología psiquiátrica tras una agresión sexual, dependen de una serie de variables entre las que caben destacar:

- Factores de vulnerabilidad: Echeburúa ⁽²⁾ describe, entre los predictores, un peor pronóstico para las mujeres casadas y las mayores en relación a las solteras y jóvenes, dando también importancia a la existencia de trastornos psicopatológicos previos -depresión, ansiedad, etc.- coincidiendo con Brevin ⁽³⁾, para quien los antecedentes psiquiátricos suponen, sin duda, uno de los predictivos de mayor relevancia, como queda demostrado en todos los estudios realizados. Así mismo, el daño generado suele ser mayor en dependencia de factores asociados al asalto sexual, como pueden ser: la consumación del coito, que es considerada como el predictor más firme de la reacción aguda de estrés ⁽²⁾, la existencia de otras violencias añadidas como la agresión sexual con robo ⁽⁴⁾, o la provocación de lesiones físicas con percepción añadida de riesgo vital extremo. Otro de los factores de vulnerabilidad que actúa como predictor más preciso es la historia previa de traumas de la víctima ⁽⁵⁾.
- Factores de resiliencia: En contraposición a los factores predictivos que favorecerían la aparición de alteraciones psicopatológicas consecuentes a una agresión sexual, se halla el concepto de Resiliencia, con el que se denomina a la capacidad

del individuo de salir indemne ante una situación estresora. Entre estos factores protectores destacan a nivel individual las altas habilidades verbales, la existencia de una figura de referencia o apoyo y la capacidad de establecer pautas conductuales orientadas a la obtención de metas mediante la realización de planes concretos. Al margen de estos condicionantes individuales, e incidiendo directamente en la resiliencia ante una agresión sexual, debe considerarse que la identificación de esta situación traumática por las estructuras sociosanitarias, con establecimiento de intervenciones terapéuticas tempranas, actúa como elemento protector ⁽⁵⁾.

PSICOPATOLOGÍA EN VÍCTIMAS DE AGRESIÓN SEXUAL:

Las principales manifestaciones psicopatológicas pueden aparecer con inmediatez al acontecimiento estresor, o bien, como veremos, de manera más o menos diferida en el tiempo.

Las reacciones inmediatas al trauma se presentan fundamentalmente en las esferas emocional y cognitiva, dando lugar también a la aparición de otros síntomas psíquicos:

- En la esfera emocional la víctima tiene sensación de irrealidad, de que el hecho “no puede haber ocurrido”, a la que se asocia un miedo intenso que se acompaña de llanto y rabia, y en ocasiones vergüenza y culpa que traducen un sentimiento de pérdida de control de la situación que se intenta compensar de este modo.
- A esta afectación emocional se añaden síntomas psíquicos, como confusión, desorientación y disminución de la concentración.
- También pueden aparecer alteraciones a nivel cognitivo, con déficit en el procesamiento de la información, que incluye la referente al mismo trauma desencadenante ⁽⁶⁾, dificultad en la toma de decisiones ⁽⁴⁾ y percepción de profunda indefensión.

Esta sintomatología puede ceder en las primeras semanas tras la agresión sexual, pero aproximadamente el 80 % de las víctimas presentan alteraciones transcurrido un año.

Por otra parte, la aparición de sintomatología diferida, en forma de verdaderos cuadros psicopatológicos, debe ser evaluada y convenientemente tratada por sus riesgos de consolidación en la estructura psíquica de la víctima. Así, pueden aparecer:

- Trastornos adaptativos ansiosos o depresivos, acompañados de todo su cortejo semiológico, que se presentan cuando el estresor supera la capacidad de respuesta psicológica de la víctima, cursando con síntomas emocionales y alteraciones comportamentales que producen deterioro y malestar significativos:

- Trastornos con ansiedad: caracterizados por una expectación aprensiva sobre la agresión sufrida, con dificultad para controlar este estado de constante preocupación, al que se asocian fatigabilidad, dificultades de concentración, irritabilidad y alteraciones del sueño.
- Trastornos con ánimo depresivo: caracterizados por una pérdida de la autoestima, desesperanza, ausencia de expectativas de futuro, disminución de las actividades placenteras, cambios en el patrón de sueño y apetito, y en ocasiones riesgo de suicidio. A este respecto Alario Bataller ⁽⁷⁾ refiere que los intentos autolíticos son casi nueve veces más frecuentes en víctimas de violencia sexual que en personas que no han sufrido este trauma, citando a Kilpatrick ⁽⁸⁾ quien describía una muestra en la que el 50 % de los actos suicidas en mujeres ocurrían en víctimas de este tipo de violencia.
- Trastornos por Estrés en sus distintas formas:
 - Trastorno por Estrés Postraumático: Se trata de la entidad nosológica que con mayor frecuencia aparece tras una agresión sexual, hasta el extremo de que se desarrolla en el 50 % de las mujeres víctimas, en el 65 % de los hombres, y alcanza al 90 % en el caso de los niños. Desde una perspectiva histórica, Burgess y Holstrom ⁽⁹⁾ en 1974 describieron situaciones de violencia sexual y doméstica, tras las que aparecían pesadillas y flash-backs similares a los descritos en soldados expuestos al combate. Fue la progresiva concienciación y sensibilización respecto a la violencia de género uno de los factores que contribuyó a la inclusión del Trastorno por Estrés Postraumático como categoría diagnóstica en el DSM-III en 1.980, de tal modo que el DSM-IV-TR ⁽¹⁰⁾ hace referencia expresa a este tipo de violencia *“Entre los acontecimientos traumáticos que pueden originar un trastorno por estrés postraumático se incluyen... ataques personales violentos (agresión sexual y física, atracos, robo de propiedades)...”* En estos casos, el Trastorno por Estrés Postraumático se caracteriza por una reexperimentación del acontecimiento traumático, síntomas debidos al aumento de la activación y comportamientos de evitación de los estímulos relacionados con la agresión. Entre los primeros pueden aparecer pensamientos, recuerdos o pesadillas centrados en el momento de extremo temor o desesperanza vividos durante la violación. Los síntomas debidos a la activación se traducen en trastornos del sueño, irritabilidad, hiperalerta y dificultades de concentración. Y las conductas de evitación se manifiestan por el esfuerzo en evitar

pensamientos, sentimientos o actividades que pudieran estar asociadas en el tiempo o en el espacio con el trauma, con una disminución del interés por las actividades en general. Estos síntomas, denominados primarios por Peterson, Prout y Schwarz ⁽¹¹⁾ en 1.991, se acompañan con frecuencia de otros a los que clasificaron como secundarios: Agresividad y rabia hacia sí mismos y hacia los demás, sentimientos de culpa y vergüenza, y problemas de relación con embotamiento emocional que les incapacita para sentir cercanía hacia otras personas.

- Trastorno por Estrés Agudo: Sus manifestaciones sintomatológicas son superponibles a las del TEPT, del que se diferencia, además de en el número de criterios de cada grupo que son necesarios para establecer el diagnóstico, en la duración de la alteración, que para el Trastorno por Estrés Agudo será de dos días a cuatro semanas, y en la relación temporal entre el acontecimiento traumático y el desarrollo del cuadro ⁽¹²⁾, que para este diagnóstico tendrá lugar dentro de las cuatro primeras semanas tras la agresión sexual.
- Trastorno por Estrés Postraumático Complejo o Complex PTSD: Descrito en 1997 por Judith Herman ⁽¹³⁾ se caracteriza por desarrollarse ante estresores prolongados que conllevan un particular control o sometimiento de la víctima, considerando como factores desencadenantes el sometimiento a situaciones de violencia sexual, como pueden ser el abuso infantil o la explotación sexual organizada.

Presenta particularidades con respecto al TEPT, apareciendo en su sintomatología alteraciones en distintas esferas del psiquismo, como son:

Alteraciones en la regulación del afecto: disforia persistente, sexualidad compulsiva o extremadamente inhibida, preocupación suicida crónica, autolesiones...

Alteraciones en la conciencia: amnesia o hipermnesia de los acontecimientos traumáticos, reexperimentación de las agresiones sufridas, episodios disociativos.

Alteraciones en la autopercepción: que incluyen sentido de culpa y/o vergüenza, estigmatización y sentimiento de diferenciación especial.

Alteraciones en la percepción del perpetrador: con atribución irreal de poder absoluto al victimario, idealización paradójica, sentido de relación especial...

Alteraciones en la percepción del resto de las personas: Aislamiento, interrupción de las relaciones íntimas, anulación de medidas de autoprotección.

Alteración de las expectativas de futuro: desesperación, pérdida de confianza y ausencia de planificación.

- **Disociación:** Por disociación se entiende una “forma especial de conciencia en la cual eventos que normalmente estarían conectados, se encuentran separados unos de otros” ⁽¹⁴⁾. Es un mecanismo por el que la víctima permanece apartada del trauma sufrido, bajo la forma de una despersonalización o de un embotamiento físico y/o emocional que impide la experimentación de dolor, y se traduce por una disrupción en la unidad de la conciencia y de la identidad, con funciones mentales separadas que operan de forma autónoma con grupos de memorias, sentimientos y percepciones independizadas en compartimentos. Las consecuencias clínicas de todo ello son alteraciones en la identidad, con cambios notables en la conducta, ausencia de reconocimiento de objetos y escritos como propios, y distorsiones en el continuo del tiempo.
- **Transformación permanente de la personalidad:** El sufrimiento de una experiencia de estrés catastrófica, como es una agresión sexual extremadamente violenta y prolongada, puede determinar cambios permanentes en la estructura de la personalidad, que se traducen en el desarrollo de rasgos rígidos y desadaptativos con consecuente deterioro en las relaciones personales y en la actividad social y laboral de la víctima. Estos cambios en la personalidad se manifiestan como una actitud hostil y de desconfianza hacia el mundo, retraimiento social, sentimiento de vacío o desesperanza, sentimiento de estar al límite como si estuviera constantemente amenazada y vivencia de extrañeza ⁽¹⁵⁾. El estresor es en estos casos tan intenso y extremo, que esta Transformación permanente de la personalidad tras una experiencia catastrófica (F62.0) no exige la existencia de una posible vulnerabilidad en la víctima. La CIE-10 especifica que para un correcto diagnóstico los cambios deben estar presentes al menos dos años, sin que puedan ser atribuidos a trastornos de la personalidad previos o a la acentuación de rasgos preexistentes, si bien pueden ir precedidos en su aparición de un Trastorno por Estrés Post-traumático.
- **Disfunciones sexuales:** Suelen persistir más allá del primer año, considerándose entre los síntomas más duraderos. Consisten en problemas de excitación con disminución del deseo y del interés, temor y evitación de las relaciones sexuales, y evocaciones de recuerdos de la agresión durante sus relaciones normales, síntoma éste que aparece hasta en un 12 % de las víctimas.
- **Inicio de hábitos de mala salud:** Entre los que destacan el hábito tabáquico, abuso de alcohol y de sustancias tóxicas, inicio de conductas sexuales de riesgo...

LA VICTIMIZACIÓN SECUNDARIA:

La Victimización primaria en casos de agresión sexual se corresponde con el impacto que, sobre la estructura psíquica de la víctima, produce el propio hecho violento.

Pero además, la víctima puede sufrir nuevos daños secundarios a los sucesivos impactos que recibe tras entrar en contacto con el sistema a consecuencia de esa agresión, y que se generan en la interacción que debe establecer con los diferentes actores sociales: ésta es la denominada Victimización secundaria.

La necesidad por parte de jueces, fiscales y policías de obtener de la víctima una declaración, la también necesaria obtención de pruebas biológicas por parte de los médicos forenses, los necesarios reconocimientos médico-ginecológicos a los que debe ser sometida, incluso el cuestionamiento de su testimonio basado en la constitucional presunción de inocencia del victimario, conllevan nuevos impactos en su psiquismo que contribuyen al reforzamiento del estresor, con el agravante de que en ocasiones éste reaparece al cabo de varios años, cuando la víctima debe reexperimentar nuevamente el acontecimiento traumático al enfrentarse a un juicio oral que se ha visto diferido en el tiempo.

Por ello, debe entenderse que la correcta y sensible atención multidisciplinar a la víctima desde las diferentes instituciones que resultan implicadas en estos casos de agresión sexual, contribuye de manera decisiva a minimizar la intensidad de estos nuevos impactos, y en consecuencia a un mejor pronóstico del posible daño psíquico consecuente.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Kilpatrick DG, Saunders BE, Amick-McMullan A, Best CL, Veronen LJ, Jesnick HS. Victim and crime factors associated with the development of crime related PTSD. Behavior Therapy 1989; 20: 199-214
- 2.- Echeburúa E. El estrés postraumático en las víctimas. Factores predictivos del trastorno por estrés postraumático en víctimas de agresiones sexuales. 2003. [citado 27 Nov 2006] Disponible en URL:
http://www.webzinemaker.com/admi/m2/page.php3?num_web=11235&rubr=4&id=72033
- 3.- Brewin C, Andrews B, Gotlib I. Psychopatology and early experience. Psychological Bulletin 1995; 113:82-98.
- 4.- Echeburúa E, Corral P, Amor PJ. Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. Psicopatología Clínica, Legal y Forense 2004; 4:227-44
- 5.- González J. Trastorno por Estrés Postraumático. Una visión global. Interpsiquis 2006. [citado 27 Nov 2006] Disponible en URL:
<http://www.psiquiatria.com/articulos/estres/24354/>

- 6.- Cassiday KL et al. Cognitive processing of trauma cues in rape victims with post-traumatic stress disorder. *Cognitive Therapy and Research* 1992; 16:283-95
- 7.- Alario S. Las víctimas de la violación. En: *Intervención psicológica en víctimas de violación*. 55-79. Valencia: Promolibro; 1993
- 8.- Kilpatrick DG. Mental health alter criminal victimization: A random community survey. Toronto: American psychological association; 1984.
- 9.- Burgess AW, Holstrom LL. Rape trauma syndrome. *Am J Psychiatry* 1974 Sep; 131(9):981-6.
- 10.- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM -IV-TR). Barcelona: Masson; 2002.
- 11.- Peterson KC, Prout MF, Schwarz RA. Posttraumatic Stress Disorder. A Clinician's Guide. New York: Plenum Press; 1991. p. 11-42.
- 12.- American Psychiatric Association. Guía clínica para el tratamiento de los trastornos por estrés agudo y estrés postraumático. Barcelona: Ars Médico; 2006.
- 13.- Herman J. Trauma and Recovery. The Aftermath of Violence. From Domestic Abuse to Political Terror. Nueva York: Basic Books; 1997.
- 14.- Spiegel, D. Dissociation and Trauma. En Spiegel, D (Ed) *Dissociative Disorders*. A clinical review. Lutherville, MD. Sidran Press, 1993
- 15.- Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Décima revisión. Washington: OPS; 1995.