

# Principales consecuencias a largo plazo en la salud de las mujeres víctimas de violación

Adela Montero V.<sup>\*</sup>, Fresia Caba<sup>\*\*</sup>, Electra González A.<sup>\*\*\*</sup>

## RESUMEN

En relación al tema de las agresiones sexuales, se realiza un ensayo epidemiológico enfocado a conocer las principales consecuencias que la violencia sexual genera en las víctimas. Para ello se efectuó una revisión bibliográfica basada en un marco teórico-conceptual que nos permitió analizar el problema desde diferentes aspectos en base a una perspectiva relacionada con la Salud Pública.

## SUMMARY

In relation to the topic of the sexual aggressions, an epidemiological assay which focused in the principals consequences produced for the sexual violence was conducted. A bibliographic review was undertaken. This

review was based on theoretical and conceptual framework related with a Public Health perspective.

KEY WORDS: *Rape, sexual abuse, sexual aggression, sexual violence, sexual assault.*

## INTRODUCCIÓN

Está demostrado que en nuestra sociedad los delitos sexuales constituyen un problema relevante, cuya magnitud y consecuencias no nos atrevemos siquiera a vislumbrar ni a comprender. Es por este motivo que nos ha interesado realizar la presente revisión para conocer y analizar en profundidad los diferentes estudios y publicaciones científicas realizados sobre este tema, pero, considerando el amplio espectro de estos delitos, nos abocaremos a aquellas investigaciones orientadas específicamente sobre el delito de violación sexual.

Al comenzar nuestro análisis debemos estar conscientes que existe un sesgo en la información a obtener, debido a que estudios representativos de la real prevalencia de la violencia sexual son escasos. La mayoría de los datos sobre violación han sido obtenidos desde los registros policiales o de justicia, a través de centros de crisis de violación y de estudios retrospectivos de abuso sexual infantil. Por otra parte existen escasos estudios de seguimiento de las víctimas.

---

CEMERA: Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente. Facultad de Medicina. Universidad de Chile.

(<sup>\*</sup>) Ginecóloga Infanto Juvenil.

Ensayo efectuado durante Programa de Especialización en Ginecología Pediátrica y Adolescente con Beca otorgada por Programa Regional de Capacitación en Salud Sexual y Reproductiva para América Latina y El Caribe "PROGRESAR", del Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER).

(<sup>\*\*</sup>) Matrona. Magíster en Salud Pública. Doctorante en Epidemiología. México.

(<sup>\*\*\*</sup>) Asistente Social. Master en Investigación en Población.

---

## MARCO CONCEPTUAL

Considerando la importancia y gravedad del tema en estudio, se realiza este ensayo mediante una revisión bibliográfica basada en los marcos teórico-conceptuales en Salud Pública del Dr. Armando Arredondo (1). Se analizan la visión sanitarista, biomédica, epidemiológico clásico, higienista preventivo, epidemiología social, sociomédico (material histórico) y sociomédico (neoconservador). Esta revisión estará específicamente dirigida a lo concerniente con el delito de violación.

### 1. Sanitarista

En el marco conceptual sanitarista, la perspectiva de análisis es la salud-enfermedad. Se plantea como hipótesis que tanto la salud como la enfermedad son el resultado de condiciones sanitarias que rodean al individuo y del nivel de prevención-acción que se tiene sobre tales condiciones. Se promueve la introducción de medidas de saneamiento permitiendo asignar un valor específico a los factores ambientales involucrados en la salud-enfermedad (1).

Es así como bajo este marco conceptual, la violación, como una forma de violencia contra la mujer, es considerada un problema de Salud Pública a nivel mundial. Esto está fundamentado por la prevalencia, que resulta comparable con otros problemas mayores de salud como la infección por el virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH), tuberculosis y enfermedades cardiovasculares entre otras (2). Además las consecuencias o secuelas producidas en la salud de las víctimas de esta forma de agresión, la sitúan como un problema fundamental en la Salud Pública de los países (2, 3). Considerando lo anterior, en los últimos años, diferentes organizaciones de la salud, tales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Asociación Médica Americana, la Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología (FIGO), el Colegio Real de Enfermeras, entre otras, han realizado declaraciones sobre la importancia en Salud Pública de esta forma de violencia contra las mujeres (2, 3).

Como una forma de abordar el problema, la Salud Pública tiene un rol preponderante en la prevención, la que se puede ejercer en diferentes niveles: primario, secundario y terciario. Bajo este enfoque la prevención primaria representa un programa de guía anticipatoria al asalto sexual, considerando los principales factores de riesgo en la ocurrencia. La prevención secundaria implica la identificación y precoz intervención de las familias disfuncionales. La prevención terciaria se basa en el manejo y tratamiento de las víctimas para prevenir o minimizar las consecuencias físicas y psicológicas. Este modelo de prevención debería ser aplicado en la práctica clínica a nivel de atención primaria en salud (4).

### 2. Biomédico

La perspectiva de análisis de el marco biomédico es el análisis de la enfermedad propiamente tal. Se plantea que la enfermedad es la respuesta a la presencia activa de agentes externos, constituyendo un fenómeno dependiente de un agente causal de índole biológica y de la respuesta del individuo (1).

Considerando esta perspectiva, se plantea que la violación es una forma de agresión sexual, que representa uno de los traumatismos más tremendos que pueda sufrir una persona, que se traducirá en lesiones físicas, psicológicas y sociales. La agresión sexual ocurrida en la niñez y adolescencia puede ocasionar efectos devastadores en la vida de estas personas y aunque la mayoría de los traumas son de naturaleza psicológica, existen secuelas a largo plazo con un profundo impacto en la vida social, familiar y sexual (3, 5, 6, 7).

#### *Principales consecuencias biomédicas de la violencia sexual*

En esta forma de violencia, incluida la violación, se presentan serias consecuencias en la salud de las víctimas, produciendo daño físico y secuelas psicológicas además de infecciones de transmisión sexual y embarazo no deseado (8, 9).

En relación a la esfera psicológica, la depresión es el síntoma más frecuente en las mujeres adultas abusadas sexualmente en su infancia y/o adolescencia (5, 10, 11).

En relación al daño psicológico, las consecuencias pueden ser severas y a largo plazo, incluyendo ansiedad, miedo, depresión e intento suicida. Se describen además la presencia de disfunciones sexuales, dificultades en el funcionamiento cotidiano y en las relaciones interpersonales. Todo esto acompañado de frecuente sintomatología somática (4).

También en las víctimas se reportan comportamientos autodestructivos, autoagresión e ideación suicida. Se describen problemas serios en la relación de pareja de estas mujeres, problemas en la relación con sus padres e hijos. Hay reacciones de temor, hostilidad y sentimientos de amenaza constante (5).

En la "Guía de Apoyo de Procedimientos en casos de Abuso Sexual" (12), se describen las siguientes consecuencias de la agresión en las mujeres adultas, tales como: desorden de estrés post traumático, depresión, ansiedad, disfunciones sexuales, desórdenes de la alimentación, desorden de personalidad múltiple, desorden obsesivo compulsivo, abuso de drogas y alcohol y conducta suicida. En esta Guía se enfatiza que el término de Abuso Sexual se utiliza de manera genérica incluyendo además del delito de abuso sexual entendido como tal, a los otros tipos de delitos sexuales como la violación, el estupro, la sodomía y el incesto.

Es sabido que el síndrome de estrés post traumático en las víctimas de violación, interfiere con el desarrollo psicológico del adolescente. Se establece un trauma psíquico el que es inesperado y agobiante en que la víctima es incapaz de prevenir o disminuir el peligro. Existen las imágenes post traumáticas, el cual es uno de los síntomas del síndrome, en que se reexperimenta el trauma en forma de imágenes y sueños repetitivos despertando intensa angustia en la persona. Existen además la presencia de ansiedad y fobias así como síntomas cognitivos, desarrollando dificultades de atención y concentración que pueden determinar un deficiente rendimiento escolar o laboral. En relación a la autoestima, la vícti-

ma sufre una pérdida progresiva de ésta. En casos extremos se llega a cuestionar que se es una persona digna, merecedora de respeto y consideración. Las víctimas de violación frecuentemente desarrollan un profundo sentido de autodesprecio y deshonor. Existen además sentimientos de culpa denominado "culpa del sobreviviente" lo que puede llevar al desarrollo de síntomas de disforia crónica tales como insatisfacción, tristeza y depresión, en casos más dramáticos pueden instituirse cuadros depresivos agudos y conducta suicida (13).

En relación a la sexualidad, hay diferentes problemas como culpas sexuales, ansiedad y mayor insatisfacción en las relaciones sexuales futuras. Estas mujeres reportan una menor frecuencia de orgasmos, tienen menor satisfacción de sus parejas sexuales, y se reporta un mayor número de parejas cuando se han realizado estudios comparándolas con un grupo control (5).

En Chile, prácticamente no existían estudios de seguimiento en relación a conocer las principales secuelas a largo plazo en las mujeres víctimas de violación. En un estudio realizado por E. González y colaboradores se investigó acerca de las relaciones de pareja que establecían las mujeres que sufrieron violación en su infancia o adolescencia. En este estudio se analizó una cohorte de 225 mujeres con antecedente de violación atendidas en CEMERA (Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente) durante los años 1984-1994. Se concluye que estas mujeres a pesar de reconocer que la violación afectó sus vidas en forma importante, no pueden reconocer o identificar las secuelas producto de esta agresión. A menudo establecen relaciones de pareja en que la pareja asume el rol de proveedor económico pero existe un fracaso en establecer relaciones afectivas armoniosas y completas en el plano afectivo y sexual (5).

En otro estudio realizado por C. Almonte y colaboradores, se estudiaron 44 niños y adolescentes de ambos sexos que consultaron por abuso sexual (caricias eróticas, sexo bucal, anal, intento de penetración, exhibicionismo, voyerismo) o por otras patologías psiquiátricas, en el Servicio de Salud Mental

Infantil del Hospital Roberto del Río. Se establece que del total de consultas, el 4,3% tiene antecedente de abuso sexual, pero la consulta directa por abuso alcanzaba sólo el 1,4%. Se establece que el abuso sexual puede llegar a provocar interferencia significativa en el desarrollo psicosexual de la víctima, existiendo el riesgo que un porcentaje importante se transforme en agresor. Es por esto que se incentiva el manejo en salud mental como parte importante en la rehabilitación de las víctimas de delitos sexuales (14).

Datos obtenidos de mujeres que habían sido veteranas en la Guerra de Vietnam, post Vietnam y en la Guerra del Golfo, revelaron que el 48% sufrieron algún tipo de violencia, incluyendo violencia física en el 35% y violencia sexual (violación) en el 30%. Un 16% de las entrevistadas reportó ambos tipos de violencia. El seguimiento a largo plazo de estas mujeres, mostró que aquellas que habían sido físicamente agredidas y violadas, presentaban una menor calidad de vida, con problemas en el aspecto laboral, social y en relación con otras actividades cotidianas, causados por problemas físicos y emocionales tales como: percepción de dolor corporal, cansancio, nerviosismo y depresión. Estos datos sugieren que hay secuelas psicológicas previsibles cuyos efectos continúan en el futuro, pero sin embargo, el grado del daño crónico no ha podido ser bien establecido (2).

En relación a las consecuencias físicas, el 50% de las mujeres víctimas de violación presentan traumatismo vaginal o perineal. Un 5% tienen desgarros vaginales significativos y el 1% requiere reparación quirúrgica (15). Otro tipo de consecuencias físicas son las Enfermedades o Infecciones de Transmisión Sexual las que se presentarían en más del 43% de las víctimas (16).

La violación está asociada con un aumento de síntomas somáticos que involucran casi todos los sistemas del organismo. El dolor crónico pelviano, cefaleas, fibromialgias y trastornos gastrointestinales se presentan con frecuencia en mujeres que han sido violadas (9, 17, 18, 19). En relación al dolor crónico pelviano, E. Walker y colaboradores evaluaron 50 mujeres por esta sintomatología me-

dante laparoscopia diagnóstica. Al compararlas con el grupo de mujeres a quienes el procedimiento se les realizó por estudio de infertilidad o necesidad de esterilización, encontraron que las mujeres con dolor pelviano tenían mayor frecuencia de alteraciones psiquiátricas así como también antecedentes de victimización sexual en su infancia y durante su vida adulta (20).

Finalmente, es imposible omitir el aspecto referente a la salud reproductiva de la mujer. La ocurrencia de embarazo en las víctimas de violación es otra posible consecuencia. De las mujeres víctimas de esta agresión, la frecuencia de embarazo es de un 5%. En el caso de que exista la posibilidad de aborto legal, el 50% de las embarazadas optan por este procedimiento, un 38% continúan con el embarazo y un 6% optan por la adopción (21).

En Chile, se ha encontrado que entre las adolescentes embarazadas, el 12% son producto de una violación, siendo el 99% embarazos y niños no deseados. El embarazo bajo estas condiciones es de altísimo riesgo materno y perinatal, por lo que es necesario realizar un control y seguimiento eficaz para evitar futuras complicaciones en el ámbito biopsicosocial (22).

### 3. Epidemiológico clásico

En este marco conceptual el análisis se basa también en la enfermedad. Se plantea que la interacción de factores de riesgo individual y grupal según una red de causalidad explicarían los determinantes de la enfermedad (1).

Es muy difícil realizar comparaciones directas entre las diferentes culturas y países ya que existen diferencias raciales, socioculturales, diferentes métodos de investigación utilizados, diferentes definiciones de violencia, así como dificultad en la obtención de los datos por dificultad en la entrega de experiencias tan íntimas y traumáticas. Sin embargo, pese a lo anterior, es posible estudiar la prevalencia en comunidades locales (3).

En Estados Unidos en 1978, se publica el antecedente de abuso sexual antes de los 14 años en un 28% (23). La Encuesta Nacional en

Estados Unidos demostró que el 40% del primer coito en mujeres menores de 15 años tuvo algún grado de coerción. El 60% de los coitos forzados ocurrió entre los 15 y 19 años (21).

Datos sobre iniciación sexual en Tanzania, Sud Africa y Nueva Zelanda mostraron que 28%, 40% y 7% de las mujeres respectivamente habían tenido su primera experiencia sexual en forma forzada. En los datos reportados por el estudio en Nueva Zelanda, se determinó que el 25% de las niñas menores de 14 años habían sido forzadas en su primera experiencia sexual (3, 24).

En el continente africano, al considerar las denuncias policiales, la frecuencia de violación varía de un 40 a 60% en menores de 19 años (21).

En Francia, la Encuesta Nacional Escolar encontró una frecuencia de violación de 9% entre las mujeres de 8° a 12° grado (21).

En Latinoamérica, datos obtenidos de fuentes policiales y de los servicios forenses en Chile, Ecuador, Honduras y Nicaragua, revelan que entre el 59-69% de las violaciones ocurren en mujeres menores de 20 años (21).

En Chile, del total de denuncias por agresiones sexuales, las denuncias por violación en el año 1984 eran un 36,6%, en 1988 la cifra se mantenía constante en un 38,6% (25). Entre 1983 y 1991 del total de casos de maltrato infantil diagnosticados en un servicio de urgencia infantil del Area Metropolitana, el 30% correspondió a abuso sexual. Entre un 75 – 80% de los casos de delitos sexuales no llegan a ser denunciados, estimándose que esta cifra es aún mayor cuando la víctima es menor de 18 años (26).

La violencia sexual, entendida como actividad sexual forzada, también se presenta en las mujeres adultas cuyo agresor es su propia pareja sexual. Esta violencia se traduce en coito forzado o en participación en actos sexuales degradantes para la mujer. Las investigaciones sugieren que una alta proporción de mujeres sufren este tipo de agresión en el seno de una relación de pareja. Un estudio en Zimbabwe reportó que el 26% de las mujeres que habían estado casadas reportaban haber sido forzadas a tener sexo por su

pareja. Al preguntarles por el tipo de fuerza utilizada, el 23% reportó fuerza física, el 20% reportó que su pareja le gritaba, el 12% fue mientras dormía y el 6% fue bajo amenazas directas (27).

#### 4. Higienista preventivo

En el marco higienista preventivo, el análisis se basa en la Salud, planteando que ésta depende de un equilibrio entre el agente, el huésped, el ambiente y de la conducta individual o social que se tenga (1).

La violación es una forma de violencia en la que no sólo hay una manifestación de desigualdad sexual, sino que también existe una desigualdad de poder. En algunos casos los agresores utilizan conscientemente esta agresión como un mecanismo de subordinación. Es así que, por ejemplo, la violencia por parte de la pareja es a menudo usada para demostrar la posición del hombre como el que ejerce el poder en la relación de pareja (3).

De los estudios de población en relación a la violación, es claro que aunque la imagen frecuente de una violación es el ataque violento perpetrado por un extraño, en realidad, la mayoría de las violaciones son perpetradas por individuos conocidos de la víctima, tales como la propia pareja sexual, miembros masculinos de la familia, conocidos directos e individuos que presentan una posición de autoridad. La coerción puede ser mediante fuerza física, o como en la mayor parte de los casos, mediante chantaje, engaños y amenazas. Es así que la violación puede efectuarse dentro del matrimonio o convivencia de pareja, en el hogar de la víctima, en la escuela, en el trabajo, etc. (3).

La violación de mujeres por desconocidos es frecuentemente realizada por pandillas de hombres, asociados a actos de iniciación del individuo como aceptación dentro de la pandilla, racismo contra las víctimas y maltrato. Estos ataques han sido reportados en Sud Africa, Nueva Guinea y en algunas zonas de Estados Unidos (3).

A pesar de el reconocimiento que la violencia contra la mujer está asociada a serias consecuencias en la salud, el conocimiento de

las relaciones entre ambas es limitado, así como también el rol más eficaz que deben ejercer los proveedores para el cuidado de la salud (28).

## 5. Epidemiología social

El estudio se centra en la enfermedad, entendiendo que ésta es producto de las condiciones de vida y de trabajo de cada grupo social (1).

En una revisión sobre la epidemiología del abuso sexual, el autor se refiere a este término en forma global, en el que incluye las acciones de índole sexual con y sin contacto físico ejercidas por el victimario, incluyendo el coito forzado u obligado definido como violación propiamente tal (21). Es importante aclarar estos conceptos ya que en nuestra actual Reforma Procesal Penal, el término de "abuso sexual" no incluye el delito de violación, constituyendo ambos términos por sí mismos tipificaciones jurídicas y sanciones penales absolutamente diferentes (29).

En relación a los factores predictivos de riesgo en la ocurrencia de una violación tenemos: menores de 15 años, estudiante, existencia de malas relaciones familiares, maltrato familiar previo, alcoholismo y/o drogadicción de los padres, madre de la víctima menor de 35 años, convivencia con parientes y presión familiar al inicio sexual (21). Érdos reporta que dentro de estos factores predictivos se encontrarían: mujer entre 12-19 años de edad, inactividad (no estudia ni trabaja), antecedente de abandono escolar, familia incompleta o irregular, salir en la noche o madrugada, especialmente los fines de semana, uso de drogas o alcohol por la víctima o su grupo de pares, coeficiente intelectual límite o bajo (25).

Se han logrado establecer factores de riesgo asociados a las consecuencias de los abusos sexuales en adolescentes (21), siendo los más significativos: menor edad de inicio coital con menor tasa de uso de anticonceptivos y en consecuencia mayor riesgo de embarazo, mayor riesgo de repetir el abuso en la adolescencia o adultez (30, 31), mayor riesgo de practicar el sexo con parejas casuales y

bisexualidad (32), lo que implicaría mayor riesgo de Infecciones de Transmisión Sexual así como problemas de infertilidad de causa tubaria (33). Existiría además mayor riesgo de prostitución (34), mayor presión de la familia o parientes con sus hijos asociado a violación, mayor daño en la salud mental en los abusos crónicos o repetidos y alta frecuencia del síndrome de stress post traumático. Sin embargo el único factor predictivo asociado a un mayor riesgo de ocurrencia de delitos sexuales, es el antecedente de padres alcohólicos y la convivencia con parientes (21).

Además como consecuencia del síndrome de estrés post traumático se produce una alteración en las relaciones interpersonales, existiendo un deterioro en la confianza con el prójimo, volviéndose la víctima desconfiada y suspicaz. Esto puede desencadenar una incapacidad para relacionarse con amigos y parientes siendo incapaz de desarrollar y mantener vínculos afectivos (13).

## 6. Sociomédico (material histórico)

El análisis está centrado en la salud-enfermedad y en la respuesta social. La hipótesis es que el proceso de salud-enfermedad es diferente para cada grupo social, dependiendo del contexto histórico, del modo de producción y de la pertenencia de clase (1).

Según esta referencia se presentan los principales apuntes históricos que tratan sobre la evolución de la postura de la sociedad y de la ley en relación a la Violencia Sexual (35).

Desde épocas muy antiguas se han establecido intentos de legislación en relación a la Violencia Sexual:

**130 AC-530 DC:** El Hábeas Iuris Civilis (Derecho Romano Privado) contenía un edicto general que se refería a situaciones de "*Atentados al pudor de una mujer honrada o de un impúber*" estableciendo que la estimación de la pena era en relación a la ofensa producida por la injuria y no en relación a los daños materiales ya que considera que la integridad personal de una persona libre, así como su misma libertad es un bien inestimable.

**466-701 DC:** Aparecen escritos (*Liber iudicium, codex visigotorum, libro de los jueces*, así como en el libro *"De las mviertes libres que lievan por fuerza"* aparecen las leyes I a XII en las que se establecen como víctimas de la fuerza a las mujeres libres vírgenes o viudas y se establece que el bien jurídico a proteger es la virginidad o castidad. En la Ley se establece también como víctima a la esposa aiena, no apareciendo en la categoría de víctimas el resto de las mujeres tales como las mujeres no libres, no desposadas, no vírgenes ni viudas.

**1040-1214 DC:** Aparece publicada una de las primeras pruebas periciales de una violación (*Fuero viejo de Castiella, libro II*).

**1171-1214 DC:** Se establece como delito el robo o el engaño a las mujeres (*Fuero Real de España, libro IV*).

**1452-1516 DC:** En las *"Ordenanzas Reales de Castilla"*, se hace mención sobre los adulterios y estupros.

**1567 DC:** en una recopilación de las ordenanzas anteriores se hace mención del incesto.

**1846 DC:** Don Pedro Mata, catedrático de Medicina Legal de la Universidad de Madrid en su *"Tratado de Medicina y Cirugía Legal"*, en el capítulo II a *"las cuestiones relativas a los delitos de incontinencia o deshonestidad"* hace referencia al estupro, la fuerza, el rapto, el adulterio y la sodomía estableciendo definiciones para cada uno de ellos. La "fuerza" es definida por el autor como la cópula con mujer virgen, casada o viuda, contra su voluntad.

**1870 DC:** El Código Penal Español, se refiere a los *Delitos contra la honestidad* de la siguiente manera:

**Art. 453:** *"La violación de una mujer será castigada con la pena de reclusión temporal. Se comete violación yaciendo con mujer en cualquiera de los casos siguientes: cuando se usare fuerza o intimidación, cuando la mujer se hallare privada de razón o sentido por cualquier causa, cuando fuera menor de doce años cumplidos, aunque no concurriese ninguna de las circunstancias expresadas en los números anteriores"*.

**Art. 454:** *"El que abusare deshonestamente de persona de uno u otro sexo, concurriendo cualquiera de las circunstancias expresadas en el artí-*

*culo anterios, será castigado, según la gravedad del hecho, con la pena de prisión correccional en sus grados medio y máximo"*.

**Art. 458:** *"El estupro de una doncella mayor de doce años y menor de veintitrés, cometido por autoridad pública, sacerdote, criado, doméstico, tutor, maestro o encargado por cualquier título de la educación o guarda de la estuprada, se castigará con la pena de prisión correccional en sus grados mínimo y medio"*.

*"En la misma pena incurrirá el que cometiere estupro con su hermano o descendientes, aunque sea mayor de veintitrés años"*.

*"El estupro cometido por cualquier otra persona con una mujer mayor de doce años y menor de veintitrés, interviendo engaño, se castigará con la pena de arresto mayor. Con la misma pena se castigará cualquier otro abuso deshonesto cometido por las mismas personas y en iguales circunstancias"* (35).

En Chile nuestro Código Procesal Penal establece similares definiciones y acciones en relación al Código español de 1870. Es así que debido a las falencias y poca claridad en la tipificación de los delitos sexuales, así como de las penas establecidas, se realiza una reforma en nuestras leyes. El 12 de julio de 1999, es publicado en el diario Oficial de la República de Chile la Ley N° 19.617, que modifica el "CÓDIGO PENAL, EL CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO PENAL Y OTROS CUERPOS LEGALES EN MATERIAS RELATIVAS AL DELITO DE VIOLACIÓN" (29). Además el 21 de agosto de 1999 se publica en el Diario Oficial la "NORMATIVA TÉCNICA PERICIAL SOBRE AGRESIONES SEXUALES" (36). Todo esto ha contribuido en nuestro país a un avance en lo que al tema de los Delitos Sexuales se refiere, pero aún hay mucho por hacer en el ámbito social, judicial y psico-biológico.

## 7. Socioeconómico (neoconservador)

Bajo esta perspectiva, se consideran los mismos problemas que el marco sociomédico (material histórico), pero la hipótesis planteada es que el perfil epidemiológico resulta de factores biológicos, psíquicos, sociales y culturales que operan jerárquicamente en diferen-

tes niveles de determinación. Estos factores determinarían la manera en que se organiza la sociedad como respuesta al problema de salud que generan (1).

La sociedad tiende a culpabilizar a las víctimas de violación, haciéndolas sentir a menudo responsables de haber provocado la agresión. Por ejemplo, mujeres experimentando violencia sexual por parte de sus parejas son acusadas de haber provocado la agresión por no haber cumplido con su rol de esposa o por infidelidad. Así también, las niñas y mujeres que han sido violadas, se encuentran frecuentemente culpabilizadas en el sentido de que *"ellas se lo habrían buscado"*, por la forma en que iban vestidas o por el comportamiento que presentaban previo a la agresión (3). Sin embargo, nada justifica este tipo de violencia, ya que la violación en sí misma y la actitud culpabilizadora de la sociedad, representan un total desconocimiento de los derechos humanos de las víctimas de este tipo de agresiones (3).

Además existiría un fenómeno conocido como *"legitimación institucionalizada de la violencia"*, el que se observa cuando las instituciones reproducen un modelo violento en su propio funcionamiento, en el que proporcionan esquemas de comportamiento que refuerzan los roles de género tradicionalmente asignados, en los que hombres y mujeres son socializados en forma diferenciada y desigual, existiendo además una visión en que los niños y jóvenes son individuos sin derechos ni poseedores de voluntad personal. Es posible observar en la sociedad ejemplos de este modelo como es la utilización de la mujer como un objeto sexual en la publicidad, así como la emergencia y persistencia de las redes de pornografía infantil (37).

Existe además la *"victimización secundaria"*, en que la persona vuelve a ser victimizada cuando recurre a instituciones y profesionales portadores de mitos y estereotipos culturales propios sobre la agresión sexual, transmitiendo mensajes que culpabilizan y desestiman a la víctima contribuyendo a legitimizar el abuso (37).

Cuando estamos frente a una víctima existen dos aspectos fundamentales a considerar

que son la *"víctima-persona"* y la *"víctima-prueba"*. El primer vocablo se refiere a una persona que ha sufrido una agresión y que necesita una respuesta acorde a sus necesidades con un trato específico y preferencial, con una asistencia integral y moderna en un ambiente de respeto, capaz de preservar su intimidad. El segundo concepto en que se hace referencia a la víctima como prueba, se refiere a que la víctima es una fuente de indicios, signos, huellas y datos que serán de utilidad en el proceso de investigación judicial. Para evitar la victimización secundaria es absolutamente necesario considerar en el planteamiento inicial de los objetivos de la atención, que las necesidades de la víctima como persona deben ser superiores a los requerimientos de la víctima como prueba (38).

Más importante aún resulta la idea que las consecuencias emocionales de la victimización serían mediadas en parte por el contexto social en el cual ocurre la agresión. La discriminación y revictimización por parte de la sociedad puede impedir o entorpecer la rehabilitación de las víctimas (39).

Como profesionales de la salud, no debemos olvidar que las víctimas de estos delitos requerirán nuestro mejor esfuerzo en su atención. Cuando enfrentamos a la víctima sólo como objeto de peritaje estamos contribuyendo a la victimización. Es por esto que es necesario formular programas eficientes de atención coordinada y multidisciplinaria que involucren además del ámbito legal, la pesquisa, tratamiento y rehabilitación de las consecuencias biopsicosociales. Lo anterior es inoperante si el personal no está debidamente capacitado y sensibilizado con el tema.

## CONCLUSIÓN

En base a lo encontrado y expuesto en este ensayo se plantea la necesidad de realizar un estudio a nivel local orientado a resolver los siguientes problemas:

- Evaluar la frecuencia de consecuencias tardías en la salud de la mujer que ha sido víctima de violación.
- Conocer la prevalencia real de violación en las mujeres en nuestro país.



Las preguntas a investigar son las siguientes:

– ¿Existen consecuencias detectables a largo plazo en la salud de la mujer víctima de violación?.

– ¿Cuáles son los principales efectos sobre la salud de la mujer?.

– ¿Es posible determinar los principales trastornos en la salud física y mental como consecuencia de una violación?.

Creemos que este estudio tendrá importantes aportes en referencia a:

– Impactar a las autoridades en Salud para crear políticas orientadas a la rehabilitación de las víctimas de violación.

– Sensibilizar y capacitar al equipo de salud en la detección precoz de las agresiones sexuales.

– Creación de centros de rehabilitación que trabajen en forma multidisciplinaria, coordinadamente estableciendo una red de atención eficaz con los otros estamentos.

## BIBLIOGRAFÍA

- Arredondo A: Marcos conceptuales en salud pública. Modelos, paradigmas o propuestas disciplinares. Cuad. Méd Soc, XXXIV, 2 y 3, 1993; 29-36.
- Sadler A, Booth B, Nielson D, Doebbeling B: Health-related consequences of physical and sexual violence: women in the military. Obstet Gynecol 2000; 96: 473-80.
- Watts C, Zimmerman C: Violence against women: global scope and magnitude. Lancet 2002; 359: 1232-37.
- Schwartz I: Sexual violence against women: prevalence, consequences, societal factors and prevention. Am J Prev Med 1991; 7(6): 363-73.
- González E, Barros L, Galvez I, Nuyens D, Ponce C, Ramírez S, Suárez M, Valladares L: Sexualidad y relaciones de pareja en la vida de mujeres que sufrieron violación en su niñez o adolescencia. Rev SOGIA 2001; 8 (1): 9-18.
- Courtois Christine A: The incest experience and its aftermaths, victimology: An International Journal 1979; 4(4): 337-47.
- Fergusson *et al*: Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood. J Am acad Adolesc psychiatry 1996; 34: 10
- sexual assault in adults. Drug Ther Bull 2002; 40(1): 1-4.
- Koss M, Heslet L: Somatic cosequences of violence against women. Arch Fam med 1992; 1(1): 53-9.
- Massie Monique MSW, Johnson, Shirley, Ph D: The importance of recognizing a history of sexual abuse. J Adolesc Health Care 1989; 10: 184-91.
- Consentino *et al*: Sexual behavior problems and psychopathology syntoms in sexually abused girls. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1995; 43: 1033-42.
- Martínez V, Oliver G, Herrera Y, Alvarez K, Maldonado F. Consecuencias del abuso sexual. En Centro de Atención y Prevención en Violencia Intrafamiliar (VIF) y Asociación para la Protección de la familia (APROFA) (eds): Guía de Apoyo de Procedimientos en Casos de Abuso Sexual. Santiago de Chile, 2001; 29-30.
- Woodward K, Menvielle E: Violación y abuso sexual de adolescentes. El síndrome de stress post-traumático. En: Silber T, Munist M, Maddaleno M, Ojeda E (eds). Manual de Medicina de la Adolescencia. Organización Panamericana de la Salud, 1992; 540-47.
- Almonte C, Insunza C, Ruiz C: Abuso sexual en niños y adolescentes de ambos sexos. Rev Chil Neuro-Psiquiat 2002; 40: 22-30.
- Geist R: Sexually related trauma. Emerg Med Clin North Am 1988; 6: 439-66.
- Jenny C, Hooton T, Bowers B, Compass M, Krieger J, Hillier S: Sexually transmitted diseases in victims of rape. N Engl J Med 1990; 322: 713-16.
- Walker E, Unutzer J, Rutter C, Gelfand A, Saunders K, VonKorff M: Cost of health care use by women hmo memebers with a history of childhood abuse and neglect. Arch Gen Psychiatry 1999; 56: 609-13.
- Koss M, Koss P, Woodruff W: Deleterious effects of criminal victimization on women's health and medical utilization. Arch Intern Med 1991; 151: 342-47.
- Drossman D, Lesserman J, Nachman G, Liz M, Gluck H, Toomey T: Sexual and physical abuse in women with functional or organic gastrointestinal disorders. Ann Intern Med 1990; 113: 828-33.
- Walker E, Catón W, Hanson J, Harrop-Griffiths J, Jones M, Hickok L, Russo J: Psychiatric diagnoses and sexual victimization in women with chronic pelvic pain. Psychosomatics 1995; 36 (6): 531-40.
- Molina R: Epidemiología del abuso sexual. Simposio XII Congreso Mundial de Ginecología Pediátrica y del Adolescente. Rev SOGIA 1998; 5(2): 49-63.
- Molina R, González E, Sandoval J, Gutiérrez X: Embarazo en adolescentes producto de una agresión sexual: alto riesgo obstétrico y perinatal. Rev SOGIA 1995; 3: 74-80.
- Safiotti H, (citado en Vásquez R). Vigiladas y castigadas. CLADEM Lima, 1993.
- Dickson N, Paul C, Berbison P, Sliva P: First sexual intercourse: age, coercion and later regrets reported by a birth cohort. BMJ 1998; 316: 29-33.
- Érdos E. Agresiones sexuales en niñas y adolescentes. Tesis Programa de especialización en Ginecología Pediátrica y de la adolescencia. Octubre, 1989.
- George M, López C: guia para la detección y respuesta al maltrato físico y abuso sexual en los servi-

- cios de urgencias. Serie MINSAL 03. Guías Metodológicas SM N° 2, 1998.
27. Watts C, Keogh E, Ndlovu M, Kwaramba R: Withholding of sex and forced sex: dimensions of violence against zimbabwean women. *Reprod Health Matters* 1998; 6: 57-65.
  28. Campbell J, Moracco K, Santzman L: Future directions for violence against women and reproductive health: science, prevention and action. *Matern Child Health J* 2000; 4(2): 149-54.
  29. "LEY N° 19.617. Modifica el código penal, el código de procedimiento legal y otros cuerpos legales en materias relativas al delito de violación". *Diario Oficial de la República de Chile*. Lunes 12 de julio de 1999.
  30. Russell DEH: *The secret trauma: Incest in the lives of girls and women*. New York, NY: Basic Books, 1986.
  31. Stock J, Bell M, Boyer D, Connell F: Adolescent pregnancy and sexual risk-taking among sexually abused girls. *Family Planning Perspectives* 1997; 29: 200-03.
  32. Zierler S, Witbeck B, Mayer K: Sexual violence against women living with or at risk for hiv infection. *Am J Prev Med* 1996; 12: 304-10.
  33. Rainey D, Simon C, Kaplan D. Self perception of infertility among female adolescents. *Am J of Disease of Children* 1993; 147: 1053-57.
  34. Spatz C, Kuhns J: Childhood victimization and subsequent risk for promiscuity, prostitution and teenage pregnancy: a prospective study. *Am J Public Health* 1996; 86: 1607-12.
  35. Cobo JA: Violencia sexual en nuestros códigos. En: Masson SA (ed): *manual de asistencia integral a las mujeres víctimas de agresión sexual*. Barcelona, 1998; 7-11.
  36. Normativa técnica pericial sobre agresiones sexuales. *Diario Oficial de la República de Chile*, 21 de agosto de 1999.
  37. Martínez V, Oliver G, Herrera Y, Alvarez K, Maldonado F: Modelo explicativo del abuso sexual. En: Centro de Atención y Prevención en Violencia Intrafamiliar (VIF) y Asociación para la Protección de la familia (APROFA) (eds): *guía de apoyo de procedimientos en casos de abuso sexual*. Santiago de Chile, 2001; 13-20.
  38. Cobo JA: ¿Cómo debemos diseñar nuestra respuesta? En: Masson SA (ed): *Manual de Asistencia Integral a las Mujeres Víctimas de Agresión Sexual*. Barcelona, 1998, 55 - 56.
  39. Hamilton J: Emotional consequences of victimization and discrimination in "special populations" of women. *Psychiatric Clin North Am* 1989; 12(81): 35-51.
-