

## **ESTUDIO DESCRIPTIVO DE UNA MUESTRA DE VÍCTIMAS DE AGRESIÓN SEXUAL**

M<sup>a</sup> Ángeles de la Cruz Fortún<sup>1</sup>

*Centro de Atención a Víctimas de Agresión Sexual de Madrid*

### **Resumen**

El objetivo del estudio es realizar un análisis descriptivo de las características socio-demográficas y de la agresión sexual sufrida, así como de la victimización secundaria presentada en una muestra de 77 mujeres víctimas de agresiones sexuales en la edad adulta, que acudieron al Centro de Asistencia a Víctimas de Agresiones Sexuales (C.A.V.A.S.) de Madrid entre los años 2010 y 2012. Estas variables se recogen a través de una entrevista semiestructurada. Se describen los resultados en relación con anteriores estudios y sus implicaciones en el contexto de la prevención.

**PALABRAS CLAVE:** *Agresión sexual, violación, victimización secundaria, prevención, mitos.*

### **Abstract**

The goal of the study is to perform a descriptive analysis of the socio-demographic characteristics of the victims and of the sexual assault, as well as of the secondary victimisation presented in a sample of 77 women survivors of sexual assault in adulthood, who came to the "Centro de Asistencia a Víctimas de Agresiones Sexuales" (C.A.V.A.S.) [Center for Attention to Victims of Sexual Assault] of Madrid between 2010 and 2012. These variables were collected through a semi-structured interview. The results are described in comparison with previous studies and their implications within the context of prevention.

**KEYWORDS:** *Sexual assault, rape, secondary victimisation, prevention, myths.*

---

<sup>1</sup> *Correspondencia:* M<sup>a</sup> Ángeles de la Cruz Fortún. Centro de atención a víctimas de agresión sexual (CAVAS) de Madrid. Correo electrónico: m.angelesdelacruz@gmail.com  
*Fecha de recepción del artículo:* 03-07-2014.  
*Fecha de aceptación del artículo:* 25-09-2014

### Introducción

La violencia sexual, es un problema cada vez más grave en nuestra sociedad. A pesar de las continuas campañas de sensibilización y concienciación sobre la gravedad del problema, los estudios sobre el impacto de este tipo de violencia contra la mujer ponen de relieve tasas elevadas de morbilidad psicológica e incluso mortalidad.

En España se denuncian 10000 delitos de violencia sexual al año aproximadamente, de los que 2500 son por violación. Se estima que únicamente se denuncia dos de cada 10 agresiones y que un 20% de las mujeres adultas españolas han sufrido una violación (Echeburúa y Corral, 2006; Urra, 2007). Según la Memoria de la Fiscalía General del Estado, en cuanto a los delitos contra la libertad e indemnidad sexuales se observa un incremento con respecto a años anteriores (Torres-Dulce, 2013).

Las agresiones sexuales son un suceso traumático para cualquier mujer y tiene un carácter especialmente negativo por estar causado deliberadamente por el ser humano. Las reacciones ante tales agresiones tienen una gran incidencia sobre el bienestar físico, psíquico y social de la persona, ocasionando la pérdida de salud, tanto a corto como a largo plazo (Echeburúa, 2004, Carrasco y Maza, 2005; Jozkowski y Sanders, 2012).

Entre las consecuencias psicológicas más frecuentes, se encuentran el trastorno de estrés postraumático, depresión, miedos, ansiedad, intentos de suicidio, trastornos de la conducta alimentaria o abuso de sustancias. (Amor, Echeburúa, Corral, Zubizarreta y Sarasua, 2001; Aparicio y Muñoz, 2007; Corral, Echeburúa y Amor, 1997; DeMaris y Kaukinen, 2005; Dubosc *et al.*, 2012; Echeburúa, Corral, Zubizarreta y Sarasua, 1995; Echeburúa, Amor y Corral, 2006; Filipas, 2007; Frazier *et al.*, 2009; García-Esteve, Navarro, Imaz y Salanova, 2009; Hedtke *et al.*, 2008; Kaukinen y DeMaris, 2005; Kilpatrick y Acierno, 2003; McFarlane *et al.*, 2005; Najdowski y Ullman, 2009; Resnick *et al.*, 2012; Sadler, Mengeling, Fraley, Torner y Booth, 2012; Sanjuan, Langenbucher y Labouvie, 2009; Ullman, Filipas, Townsend y Starzynski, 2005; Ullman y Najdowski, 2009a, 2009b; Ullman, Townsend, Starzynski y Long, 2006; Zinzow *et al.*, 2010, 2012).

Además del severo impacto psicológico que puede tener una agresión sexual para las víctimas, en ocasiones, como en los casos en los que la víctima denuncia la agresión, se pone en marcha un mecanismo de actuación de los sistemas comunitarios que tratan de ofrecer una asistencia sanitaria, jurídica y social. Sin embargo, en algunos casos, el paso por estos recursos supone para la víctima el sufrimiento de nuevas experiencias negativas relacionadas con la agresión sexual. Este sufrimiento, se deriva de una serie de conductas de culpabilización llevadas a cabo por parte de los profesionales que trabajan en los

sistemas comunitarios y se denomina *victimización secundaria* (Albarrán, 2002; Campbell, Dworkin y Cabral, 2009; Campbell, Seft y Ahrens 2003; Echeburúa y Corral, 2006; Esbec, 1994; García, Olivares, San Vicente y Jaime, 2004; Raja, 2001).

La victimización secundaria puede producir un mayor daño psicológico que la primaria (producida directamente por la agresión) por tres razones: porque es el propio sistema legal quien perjudica una vez más a la víctima; porque estos males son experimentados intensamente por la víctima por acumularse a los ya padecidos; y porque afectan al prestigio del sistema y a las actitudes de la víctima y de terceros con respecto al sistema (García-Pablos, 2003).

Un ambiente constituido principalmente por hombres, un interrogatorio inmediato y poco tacto a la hora de tomar la declaración en comisaría, esperas largas a la hora de recibir atención médica, única preocupación por la búsqueda de pruebas en el reconocimiento forense, falta de información en el proceso legal, demora del juicio oral y el cuestionamiento de la credibilidad del testimonio de la víctima son algunas de las experiencias negativas por las que pasan muchas víctimas de agresiones sexuales y constituyen la victimización secundaria (Albarrán, 2002; Campbell, 2008; Campbell y Raja, 2005; Campbell *et al.*, 2009; Carrasco y Maza, 2005; Echeburúa, 2004; Echeburúa y Corral, 2006; Echeburúa *et al.*, 1995; Echeburúa, Corral y Amor, 2004; Esbec, 1994; Galiana y De Marianas, 1996; García *et al.*, 2004; García-Pablos, 2003; Urra, 2007).

Las conductas llevadas a cabo por el personal de estos servicios que se han relacionado con una mayor sintomatología han sido de culpa y duda, es decir, que se les dijeran que su caso no era muy creíble o que no era lo suficientemente serio como para continuar con el proceso legal (Campbell *et al.*, 1999).

Por lo tanto, una actuación judicial eficiente resulta fundamental en el restablecimiento del equilibrio psicológico de las víctimas. Éstas, cuando se implican en un proceso judicial, que siempre les resulta muy duro, aspiran a una condena justa del culpable, experimentando así un pequeño alivio de su malestar emocional (Carrasco y Maza, 2005).

Durante muchos años las consecuencias sobre la salud de la mujer han sido olvidadas al haber prevalecido una visión mayoritariamente jurídica de las agresiones sexuales. La agresión a la mujer es algo más que un delito y su solución no solo pasa por la condena del agresor y por la reparación del daño causado en la mujer víctima de la misma. La verdadera solución va de la mano de la prevención (Lorente y Toquero, 2004).

A pesar del cambio social experimentado, todavía persisten falsas creencias acerca de las agresiones sexuales, del agresor y del papel de la mujer como víctima de este delito (García *et al.*, 2004). Se trata de creencias culturales,

factores sociales y educacionales transmitidos de generación en generación que no sólo se dan en población general sino también en los profesionales que se ocupan de este tipo de sucesos (López, 2012). Por todo ello, y dado el impacto que las conductas de los profesionales pueden tener sobre la víctima, es muy importante analizar estos mitos en un contexto de prevención y psicoeducación.

El objetivo de este estudio es conocer y analizar de modo descriptivo el perfil socio-demográfico, las características de la agresión sexual y la victimización secundaria en una muestra de víctimas de agresión sexual desde la perspectiva de la prevención.

## Método

### *Participantes*

Las participantes fueron 77 mujeres mayores de edad, víctimas de agresiones sexuales en la edad adulta, que acudieron al Centro de Asistencia a Víctimas de Agresiones Sexuales (C.A.V.A.S.) de Madrid entre los años 2010 y 2012. Las características demográficas de las mujeres que participaron en el estudio se describen en el apartado de resultados.

Durante los años en los que se realizó el estudio, acudieron 214 mujeres al centro CAVAS, de las cuales 16 mujeres no se mostraron voluntarias para colaborar con el estudio. El resto de mujeres que acudieron al centro habían sufrido un abuso sexual en la infancia por lo que no cumplían con el criterio de inclusión de haber sufrido la agresión sexual en la etapa adulta.

A este centro se puede acceder mediante la derivación tanto de la policía como de los hospitales, Salud Mental y Servicios Sociales. Asimismo, se puede acceder de forma personal sin derivación de ningún recurso, por lo que no es necesario haber denunciado la agresión sexual.

Cuando se habla de agresión sexual como criterio de inclusión en la investigación, se tiene en cuenta tanto la definición de agresión sexual como la de abuso sexual según el Título VIII del Libro II del Código Penal (1995, revisión de 2011).

Una *agresión sexual* según el Código Penal es un acto que atenta contra la libertad e indemnidad sexual de otra persona con violencia e intimidación. Se considera *abuso sexual* todo acto que atente contra la libertad e indemnidad sexual de otra persona, realizada sin el consentimiento de ésta y sin que medie violencia ni intimidación, siendo esta última característica lo que diferencia el abuso de la agresión sexual. La libertad sexual se identifica con el derecho a decidir con qué personas y en qué circunstancias se realizan o reciben actos de tipo sexual.

### *Variables e instrumentos*

Para la evaluación de todas las variables se ha empleado una entrevista semiestructurada con 26 preguntas, utilizada por el centro CAVAS como protocolo para la evaluación inicial.

Con respecto a las *características demográficas*, se ha recogido la edad, el estado civil, el lugar de origen, el nivel de estudios y la situación laboral de las participantes.

En relación a las *características de la agresión* se han incluido, el tipo de delito sufrido, el número de agresores, los actos cometidos en la agresión, los medios de coacción empleados, el estado de conciencia de la víctima durante la agresión, la reacción de la víctima durante la agresión, la relación de la víctima con el agresor y la denuncia del suceso.

Asimismo, se han creado 6 ítems específicamente para la evaluación de la variable *victimización secundaria*. Se evalúa el trato recibido tanto por la policía como en el reconocimiento forense, la espera en ambos recursos, si algún profesional sugirió que el caso no era lo suficientemente serio o si se responsabilizó a la víctima y el grado de conocimiento del proceso judicial a seguir desde la denuncia. Estas preguntas tienen una escala tipo Likert, con una gradación de 1 (“muy malo”) a 5 (“muy bueno”) en los primeros ítems y de 1 (“totalmente en desacuerdo”) a 5 (“totalmente de acuerdo”) en el resto.

### *Procedimiento*

Las mujeres tuvieron una entrevista inicial con la trabajadora social del centro, con la experiencia y entrenamiento requerido para tal fin. En esta entrevista se les planteó la posibilidad de colaborar voluntariamente en el estudio, se obtuvo el consentimiento informado y se garantizó la confidencialidad de los datos, además de ofrecer los recursos propios del centro sin ningún compromiso con la investigación. Estos recursos son la atención psicológica y jurídica, para quien lo necesite, de forma gratuita.

En algunos casos, cuando las víctimas no dieron su consentimiento o se consideró que no podían realizar la entrevista, se perdieron algunos datos. En este caso, se continuó captando participantes hasta completar un tamaño de la muestra suficiente para realizar la presente investigación.

### *Análisis de datos*

Este estudio responde a un diseño de corte transversal con un único grupo de mujeres. Se ha llevado a cabo un análisis con estadísticos descriptivos de frecuencias y porcentajes para cada grupo de variables. Para la realización de

los análisis estadísticos en función de los objetivos de investigación propuestos, se ha empleado el paquete estadístico SPSS v.19.

## Resultados

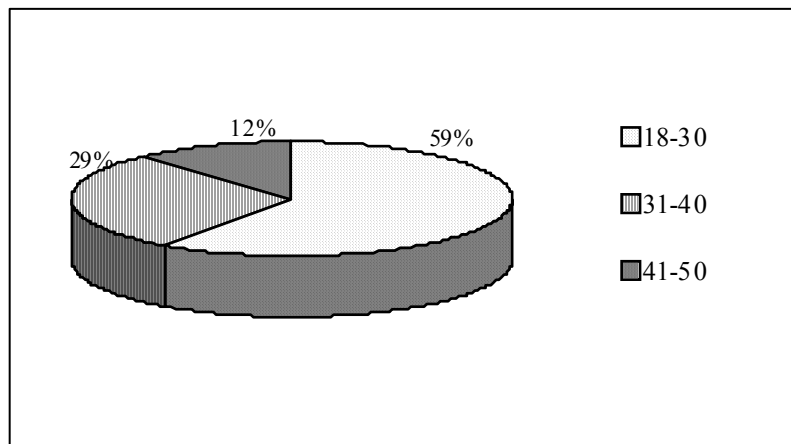
A continuación se exponen los resultados del análisis descriptivo del perfil sociodemográfico, de las características de la agresión y de la victimización secundaria de la muestra.

### *Características socio-demográficas*

Respecto a la edad de la muestra, la media es de 29.18 años, con una desviación típica de 8.15, una edad mínima de 18 y una máxima de 49.

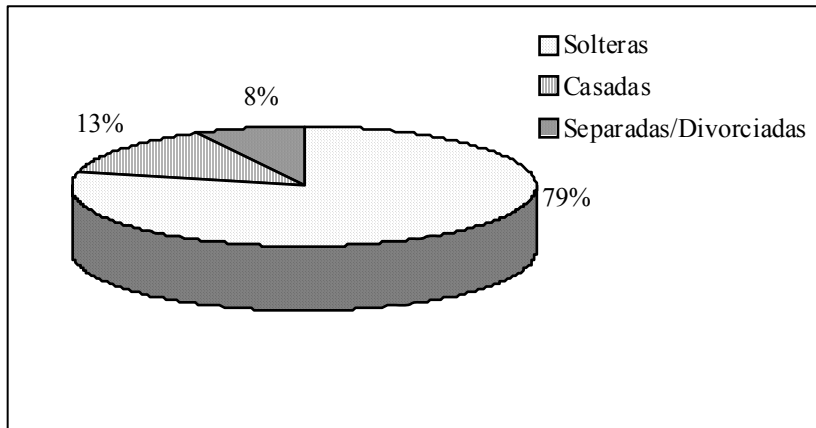
El porcentaje más alto de mujeres (59.7%) se encuentra en la franja de 18-30 años con un total de 46 mujeres. A continuación se encuentra la franja de 31-40 años con un 28.6% (22 mujeres) y la franja de 41-50 años con un 11.7% (9 mujeres). Finalmente, resaltar que no hay mujeres mayores de 50 años.

**Gráfico 1.** Descripción de la muestra según la edad.



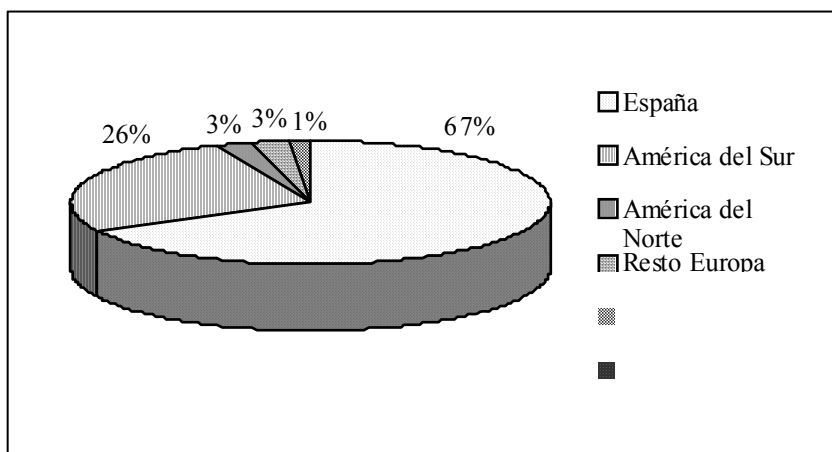
Respecto al estado civil de las mujeres de la muestra, 61 (79.2%) están solteras, 10 (13%) están casadas y 6 (7.8%) están separadas o divorciadas, no habiendo ninguna mujer viuda.

**Gráfico 2.** Descripción de la muestra según el estado civil.



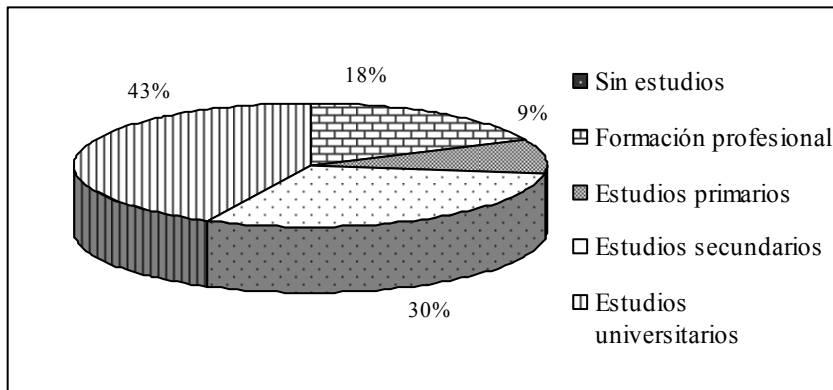
En función del lugar de origen, 52 (67.5%) mujeres son de España, 20 (26%) mujeres son de América del sur, 2 (2.6%) mujeres son de América del Norte, 2 (2.6%) mujeres son del resto de Europa y únicamente hay una mujer (1.3%) que procede de África. No hay mujeres de Oceanía.

**Gráfico 3.** Descripción de la muestra según el lugar de origen.



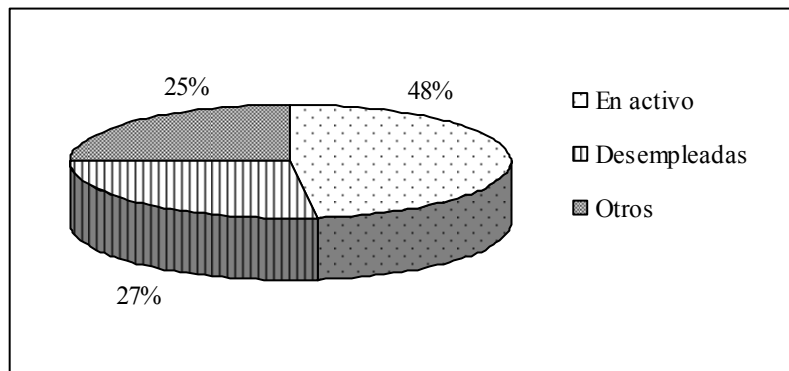
La muestra se divide en función del nivel de estudios en: 33 (42.9%) mujeres cursan o han cursado estudios universitarios, 23 (29.9%) tienen estudios secundarios, 7 (9.1%) mujeres tienen estudios primarios, 14 (18.2%) tienen formación profesional y por último no había ninguna mujer en la categoría sin estudios.

**Gráfico 4.** Descripción de la muestra según el nivel de estudios.



El 48.1% (37) de las mujeres se encuentran en activo, el 27.3% (21 mujeres) están desempleadas y el 24.7% (19 mujeres) se encuentran en situación de estudiante, de baja laboral o incapacidad temporal o permanente, recogida en la categoría de otros. No hubo en la muestra mujeres jubiladas.

**Gráfico 5.** Descripción de la muestra según la situación laboral.

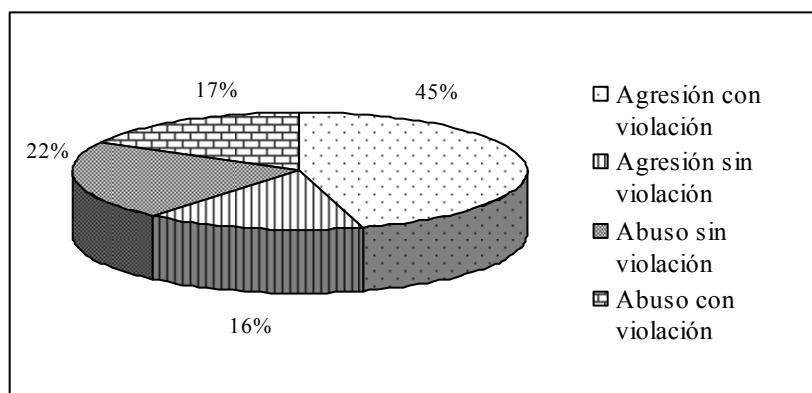




### Características de la agresión sexual

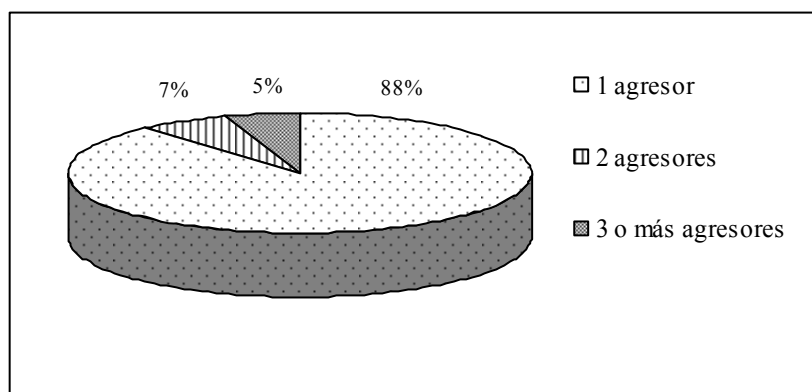
Respecto al tipo de delito sufrido por las 77 mujeres de la muestra, el 45.5% (35) sufrió una agresión sexual con violación, el 15.6% (12) sufrió una agresión sexual sin violación, el 16.9% (13) un abuso sexual con violación y el 22.1% (17) un abuso sexual sin violación.

**Gráfico 6.** Descripción de la muestra según el tipo de delito sufrido.



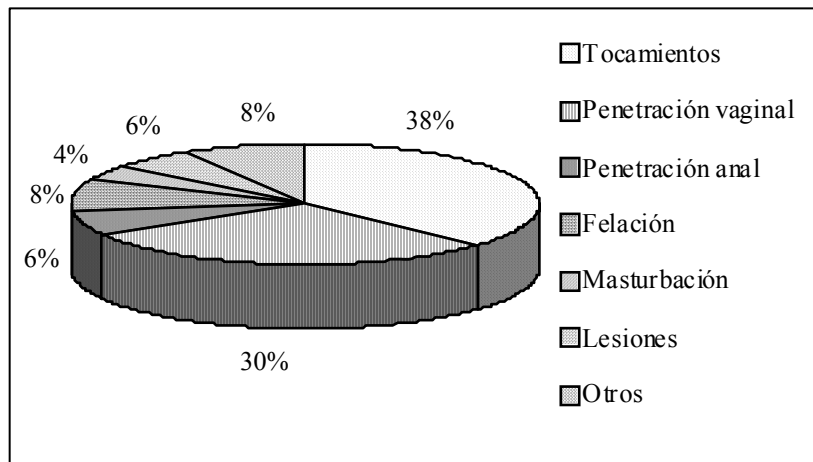
El 88.3% (68) de las mujeres fueron víctimas de un solo agresor, el 6.5% (5 mujeres) tuvo 2 agresores y el 5.2% (4 mujeres) tuvo tres o más agresores.

**Gráfico 7.** Descripción de la muestra según el número de agresores.



La distribución de la muestra en función de los actos cometidos en la agresión es la siguiente: en el 36.8% (53 mujeres) de los casos hubo tocamientos, en el 29.8% (43) hubo penetración vaginal, en el 6.2% (9) de los casos existió penetración anal, en el 8.3% (12) se cometió una felación, en el 4.1% (6) hubo masturbación, en el 6.2% (9) se produjeron lesiones y en el 8.3% (12) existieron otros actos diferentes a los recogidos en el estudio.

**Gráfico 8.** Descripción de la muestra según los actos cometidos en la agresión.



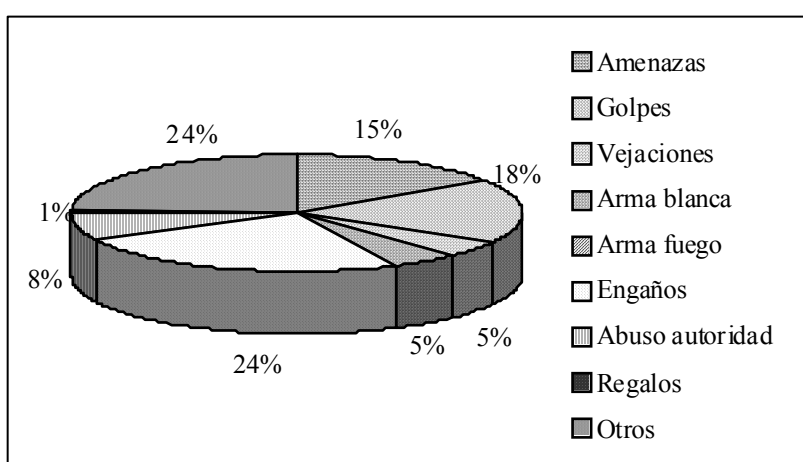
Hay que tener en cuenta que estos actos no son excluyentes y pueden darse de forma combinada en una agresión sexual.

**Tabla 1.** Algunas combinaciones de actos de una agresión sexual.

		<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Tocamientos + Penetración vaginal	Si	23	29.9
	No	54	70.1
Tocamientos + P. vaginal + P. anal	Si	4	5.2
	No	73	94.8
Tocamientos + P. vaginal + lesiones	Si	2	2.6
	No	75	97.4
P. vaginal + lesiones	Si	3	3.9
	No	74	96.1

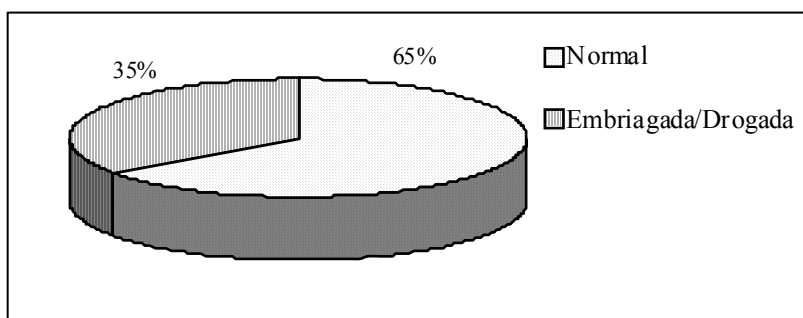
Para llevar a cabo la agresión se emplearon los siguientes medios de coacción: amenazas en el 15.2% de los casos (16 mujeres), golpes en el 18% (19), vejaciones en el 4.7% (5), arma blanca en el 4.7% (5), arma de fuego en el 0%, engaños en el 24.7% (26), abuso de autoridad en el 7.6% de los casos (8), regalos en el 1% (1) y otros (principalmente que la víctima estaba inconsciente) en el 23.8% (25). Estos medios de coacción no son excluyentes entre sí.

**Gráfico 9.** Descripción de la muestra según los medios de coacción empleados.



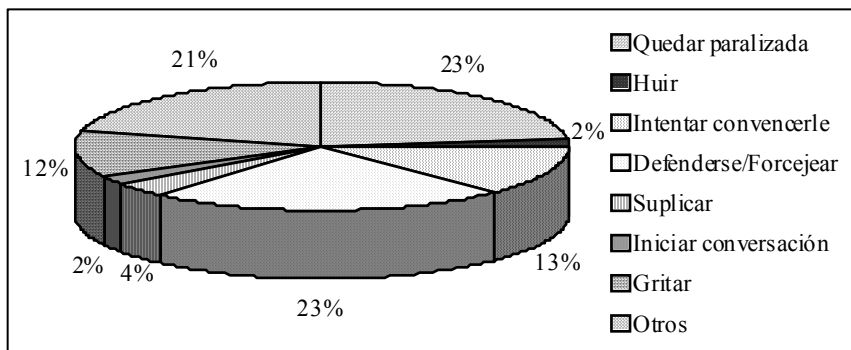
El 64.9% (50) de las mujeres de la muestra se encontraban conscientes y en plenas facultades en el momento de la agresión y únicamente un 35.1% (27 mujeres) fueron drogadas, embriagadas o atacadas en estado inconsciente.

**Gráfico 10.** Descripción de la muestra según el estado de la víctima.



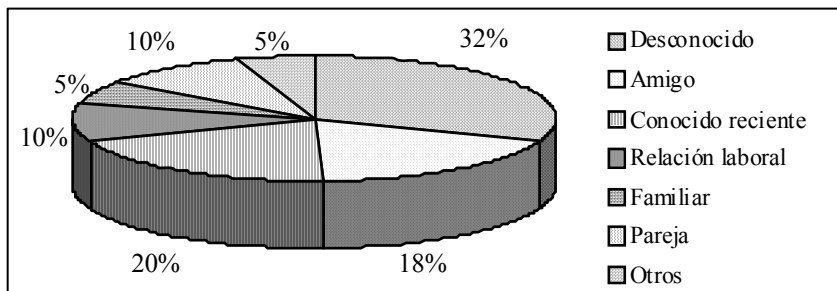
Las diferentes reacciones, no excluyentes entre sí, que mostraron las víctimas durante la agresión sexual fueron las siguientes: quedar paralizada en el 23.3% de los casos (24 mujeres), huir en el 1.9% (2), intentar convencerle en el 12.6% (13), defenderse o forcejear en el 23.3% (24), suplicar en el 3.8% (4), iniciar una conversación con el agresor en el 1.9% (2), gritar en el 11.6% (12) y otras en el 21.3% de los casos (22).

**Gráfico 11.** Descripción de la muestra según la reacción de la víctima.



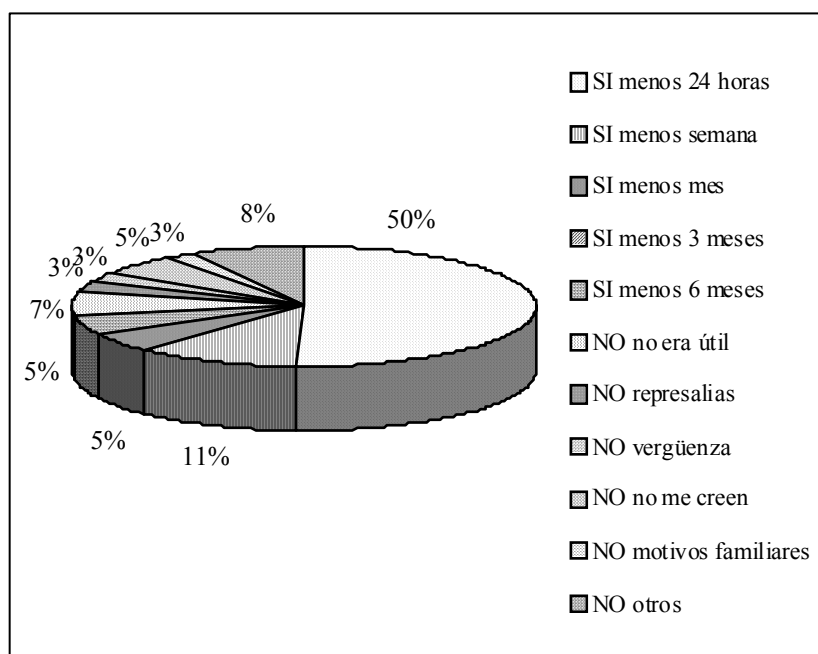
En función de la relación con la víctima, había 24 casos en los que el agresor era un desconocido (31.2%), en 14 casos el agresor era un amigo (18.2%), en 15 casos era un conocido de horas (19.5%), en 8 casos mantenían una relación laboral (10.4%), en 4 casos el agresor formaba parte de la familia de la víctima (5.2%), en 8 casos el agresor fue la pareja (10.4%) y, finalmente, en 4 casos (5.2%) el agresor no se ajustaba a las categorías descritas, siendo el agresor por ejemplo un vecino. No hubo agresores en las categorías de amigo de la familia y relación académica.

**Gráfico 12.** Descripción de la muestra según la relación con el agresor.



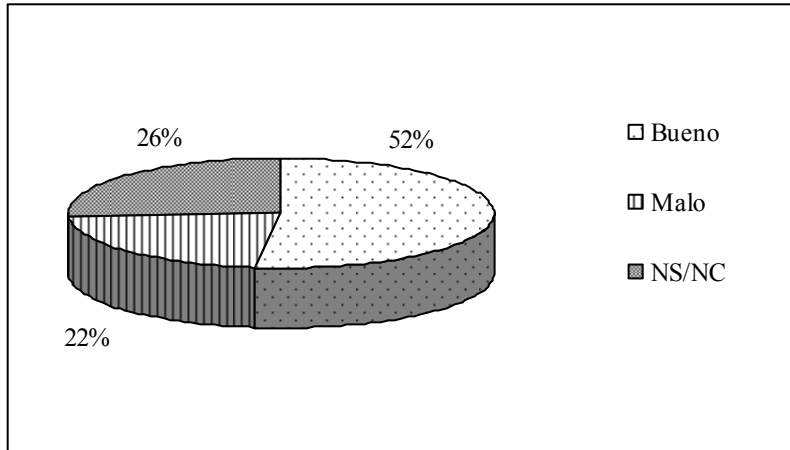
Respecto a la denuncia de la agresión, el 50.6% (39) de las mujeres denunció la agresión en menos de 24 horas, el 11.7% (9) lo hizo tras una semana de la agresión, el 5.2% (4) pasado un mes, ninguna mujer denunció entre uno y tres meses desde la agresión, el 5.2% (4) pasados seis meses, el 6.5% (5) no denunció porque pensaron que no era útil, el 2.6% (2) no lo hizo por miedo a las represalias, el 2.6% (2) no denunció por vergüenza, el 5.2% (4) no denunció porque temían que no se les creyese, el 2.6% (2) no lo hizo por motivos familiares y, finalmente, el 7.8% (6) no denunció por otras motivaciones no especificadas. En total, un 72.7% de las mujeres denunció la agresión y un 27.3% no lo hizo.

**Gráfico 13.** Descripción de la muestra según la denuncia del suceso.

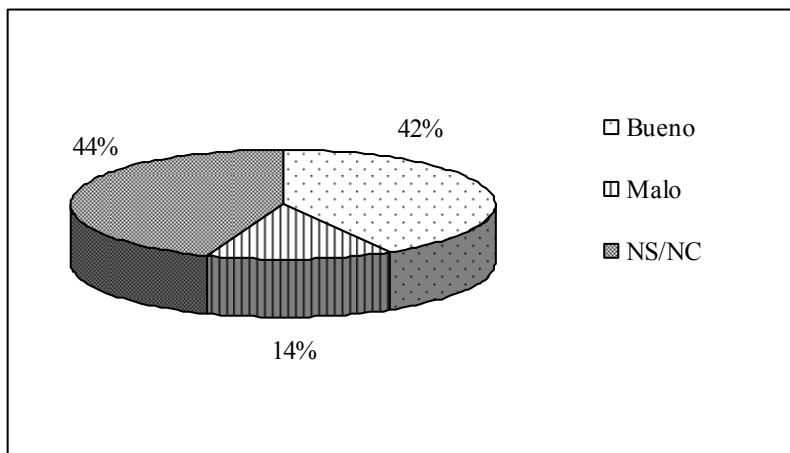


#### *Victimización secundaria*

Respecto al trato recibido por la policía en el momento de la denuncia, para el 51.9% (40) de las mujeres fue bueno, para el 22.1% (17) fue malo y un 26% (20) de mujeres no contestaron porque no interpusieron denuncia de los hechos.

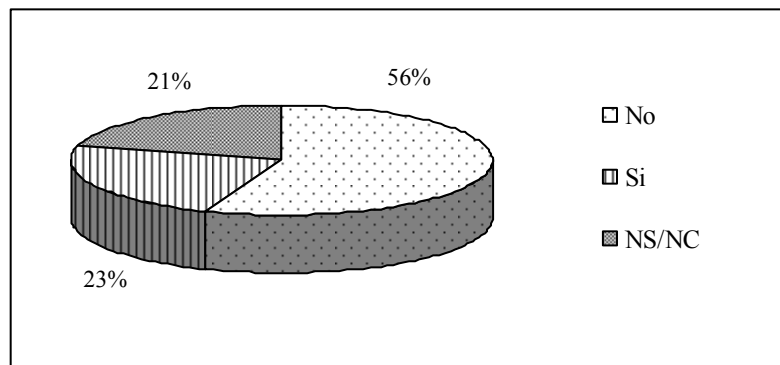
**Gráfico 14.** Descripción de la muestra según el trato de la policía.

En cuanto al trato recibido por el médico en el reconocimiento forense, para el 41.6% (32) de las mujeres fue bueno, para el 14.3% (11) fue malo y un 44.2% (34) de mujeres no contestaron porque no tuvieron que realizar el reconocimiento forense. Hay que tener en cuenta que a pesar de poner una denuncia hay casos en los que el reconocimiento forense no se lleva a cabo, por ejemplo cuando la denuncia se realiza de forma tardía.

**Gráfico 15.** Descripción de la muestra según el trato del médico forense.

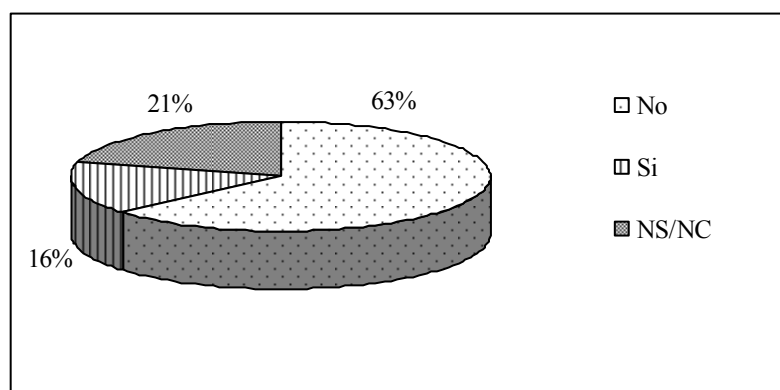
Acerca de las conductas presentadas por los profesionales que intervienen en el proceso, al 23.4% (18) de las mujeres les pareció que alguno de los profesionales les sugirió que su caso no era suficientemente serio. Al 55.8% (43) no se les sugirió que su caso no fuera serio y el 20.8% (16) de las mujeres no contestaron.

**Gráfico 16.** Descripción de la muestra según la variable sugerir caso no serio.



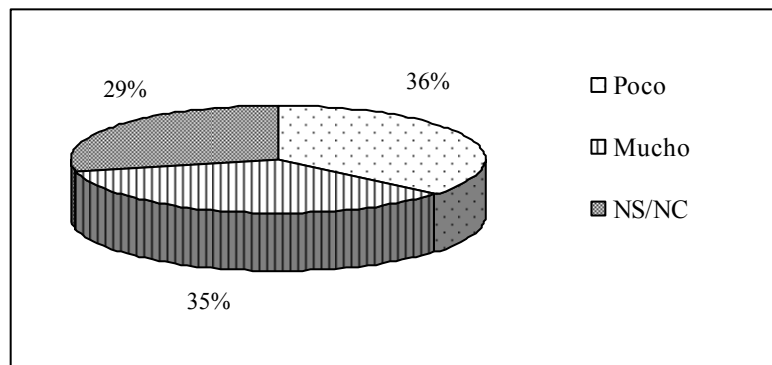
Al 15.6% (12) de las mujeres les pareció que alguno de los profesionales que intervinieron en el proceso les sugirió que tuvieron responsabilidad en la agresión. Al 63.6% (49) no se les sugirió responsabilidad en la agresión y el 20.8% (16) de las mujeres no contestaron.

**Gráfico 17.** Descripción de la muestra según la variable sugerir responsabilidad



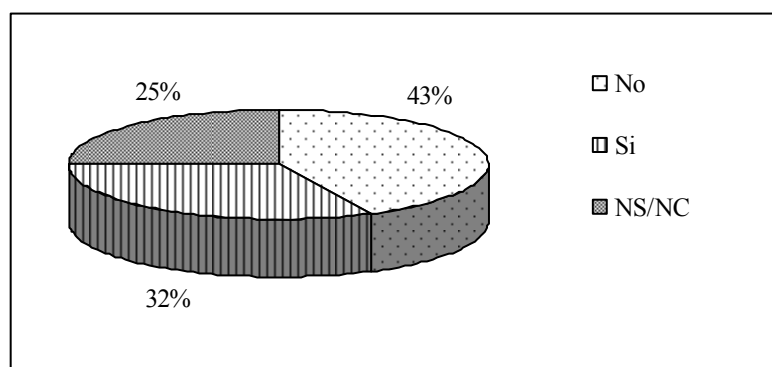
Con respecto a la espera en los servicios de policía o del médico forense, el 35.1% (27) de mujeres consideraron que tuvieron que esperar mucho, el 36.4% (28) tuvieron que esperar poco y el 28.6% (22) de mujeres no contestaron.

**Gráfico 18.** Descripción de la muestra según la espera en la policía o en el forense.



Finalmente, un 42.9% (33) de mujeres no conocía el proceso judicial a seguir a partir de la denuncia, un 32.5% (25) de las mujeres sí estaban informadas y un 24.7% (19) no contestaron.

**Gráfico 19.** Descripción de la muestra según el conocimiento del proceso judicial.





## Discusión

Algunos sucesos traumáticos, como las agresiones sexuales afectan a numerosas personas, causando múltiples consecuencias negativas tanto a corto como a largo plazo.

Para comprender mejor esta problemática, en este estudio se ha realizado un análisis descriptivo de las características socio-demográficas y de la agresión sexual sufrida, así como de la victimización secundaria presentada en la muestra de mujeres víctimas de agresión sexual.

Los resultados descriptivos del análisis de las *características socio-demográficas*, muestran que en esta investigación el grupo de edad más frecuente de las víctimas de agresión sexual ha sido de 18 a 30 años (59.7% de la muestra), seguido del grupo de 31 a 40 años (28.6%). La mayoría de las mujeres estaban solteras en el momento de la evaluación (79.2%). Estos datos coinciden con los aportados por Echeburúa y Redondo (2010), que refieren que las víctimas suelen ser mayoritariamente jóvenes (entre 16 y 25 años) y solteras. Con respecto al lugar de origen, la mayoría de las mujeres eran españolas (67.5%), seguidas de un pequeño grupo de mujeres de América del sur (26%).

En cuanto al nivel de estudios, la muestra ha sido más heterogénea, un 43% de las mujeres han cursado estudios universitarios, un 30% de mujeres tenían estudios secundarios, un 18% formación profesional y un 9% tenía estudios primarios. Por último, casi la mitad de las participantes se encontraban en activo (48.1%), mientras que la otra mitad se divide entre las mujeres que estaban en situación de paro (27.3%) o en otras situaciones (24.7%) como estudiantes o de baja laboral.

En un estudio anterior (Roig, 1996), realizado en el mismo centro de asistencia a víctimas de agresiones sexuales (CAVAS) se encontraron resultados similares. Con respecto a la edad, el grupo más frecuente lo formaba el comprendido entre 18 y 25 años, seguido del grupo comprendido entre 26 y 35 años y del grupo de 13 a 17 años, ya que en este estudio se tuvo en cuenta a las víctimas menores de edad. En ambos estudios la mayoría de las mujeres eran solteras. De modo similar, el mayor grupo de mujeres se encontraba en activo y el resto se dividía entre estudiantes y mujeres en situación de paro laboral.

En lo que se refiere al nivel de estudios, se aprecia alguna diferencia entre ambas investigaciones. En la investigación de Roig (1996) la mayoría de las mujeres tienen estudios correspondientes a enseñanza media, siendo universitarias solo el 16% de las mujeres, mientras que en la presente investigación, un 43% de mujeres eran universitarias. Esta gran diferencia puede deberse al cambio de rol de la mujer en la sociedad con el transcurso del tiempo, ya que entre ambas investigaciones han pasado más de quince años.

Con respecto a las *características de la agresión*, el delito con una mayor prevalencia en la presente muestra, fue la agresión sexual con violación (45.5%), coincidiendo con los resultados de Roig (1996). El resto de delitos tuvieron una menor prevalencia, con una representación entre 16-22% de los casos. Al igual que en el estudio de Roig (1996), la mayoría de las mujeres fueron víctimas de un solo agresor, existiendo un pequeño porcentaje de víctimas de dos (6.5%) y tres o más agresores (5.2%). No obstante, el número de asaltos cometidos por más de dos agresores es mayor según Echeburúa y Redondo (2010), llegando a un tercio de los casos.

Asimismo, y de acuerdo con los autores Echeburúa y Redondo (2010) y Roig, (1996), los actos cometidos durante la agresión sexual que han mostrado una mayor prevalencia son los tocamientos y la penetración vaginal. De forma minoritaria se dieron los siguientes actos: penetración anal, masturbación, felación y otros. Únicamente en el 6.2% de los casos se dieron lesiones físicas, ascendiendo a un tercio de los casos según anteriores estudios (Echeburúa y Redondo, 2010; Roig, 1996). Estos actos cometidos durante la agresión no son excluyentes entre sí y pueden darse de forma combinada, sin embargo, en la mayoría de las ocasiones se han producido de forma aislada. Las combinaciones más frecuentes han sido los tocamientos más la penetración vaginal, seguido de esta combinación más la penetración anal.

Los medios de coacción más frecuentemente empleados por el agresor para llevar a cabo la agresión fueron los engaños y la categoría de otros, compuesta principalmente de casos en los que la víctima estaba inconsciente. Los siguientes medios de coacción más frecuentes fueron las amenazas y los golpes y de forma minoritaria aparecen vejaciones, arma blanca, abuso de autoridad y regalos. Finalmente, no hubo casos de empleo de armas de fuego. Los resultados no coinciden con los referidos por Echeburúa y Redondo (2010), según los cuales en la mitad aproximada de los casos el agresor emplea un arma como medio de coacción. En el estudio de Roig (1996), los medios de coacción empleados de forma más frecuente fueron las amenazas, seguidos en menor medida por los golpes, vejaciones y arma blanca.

En cuanto al estado de la víctima en el momento de la agresión, un mayor número de mujeres se encontraban conscientes durante la agresión sexual. No obstante, se ha detectado un 35.1% de mujeres que estaban drogadas, embriagadas o atacadas en estado inconsciente durante la agresión o el abuso sexual. Lo cual supone un elevado número de mujeres atacadas en un estado alterado de conciencia, a pesar de ser una minoría con respecto a las participantes del estudio.

Las principales reacciones que mostraron las víctimas ante la agresión fueron quedar paralizada, defenderse o forcejear y otros (principalmente mujeres que se encontraban en estado inconsciente durante la agresión). Las reacciones

más frecuentes a continuación fueron intentar convencer al agresor y gritar. Minoritariamente se dieron reacciones como suplicar, iniciar una conversación y huir. En el estudio de Roig (1996), las reacciones principales fueron defenderse, suplicar, huir e intentar convencer al agresor, seguidas de entablar conversación y gritar.

De acuerdo con numerosos autores (Aparicio y Muñoz, 2007; Delgado, 1994; Echeburúa y Corral, 2006; López, 2012; Noguerol, 2005; Roig, 1996; Soria y Hernández, 1994), en la mayoría de los casos el agresor se encontraba en el entorno de la víctima, ya sea como conocido reciente o amigo (categorías más frecuentes) como compañero de trabajo, pareja o familiar. El agresor fue desconocido para la víctima en un 31.2% de los casos. Esta cifra de agresores desconocidos es mayor, en torno al 50%, que los datos aportados por Echeburúa y Redondo (2010).

A pesar de que el delito de agresión sexual apenas es denunciado (Instituto de la Mujer, 2008; OMS, 2002), el mayor porcentaje (50.6%) de las mujeres que realizaron el estudio denunció la agresión sufrida, la mayoría en las primeras 24 horas. Estos resultados coinciden con los obtenidos en el estudio de Roig (1996). La explicación de este hecho puede ser que una de las formas de acceso a la asociación es mediante la derivación de la policía. En cuanto a las mujeres que no denunciaron, los principales motivos para no denunciar la agresión fueron pensar que no era útil, temer que no iban a ser creídas y otros no especificados, los cuales son consistentes con otras investigaciones (Echeburúa y Corral, 2006; Echeburúa *et al.*, 1995; García *et al.*, 2004; García-Esteve *et al.*, 2009; Lorente, Lorente y Lorente, 1998; Urra, 2007).

La tercera variable analizada descriptivamente es la *victimización secundaria* que hace referencia al sufrimiento por parte de la víctima de nuevas experiencias negativas tras la agresión sexual, relacionadas con los sistemas comunitarios (Albarrán, 2002; Campbell *et al.*, 2009; Campbell *et al.*, 2003; Echeburúa y Corral, 2006; Esbec, 1994; García *et al.*, 2004; Raja, 2001). En la presente investigación se ha analizado de modo descriptivo el trato recibido tanto por la policía como por el médico forense. Teniendo en cuenta que algunas mujeres no respondieron a estas preguntas debido a que no habían denunciado la agresión sexual, los resultados revelan que la mayoría de las mujeres sintieron que habían recibido un buen trato por parte de ambos profesionales, solo un 22.1% refirió un mal trato por parte de la policía y un 14.3% por parte del médico forense.

Por otro lado, se han analizado dos tipos de conductas llevadas a cabo por los profesionales de los sistemas comunitarios: que éstos sugirieran a la víctima que su caso no era suficientemente serio o que le sugirieran su responsabilidad en la agresión, culpándola de ésta. Campbell *et al.* (1999) relacionaron en su estudio estas conductas con una mayor sintomatología tras la

agresión sexual. Los resultados muestran que el 23.4% de las mujeres percibió que se les sugirió que su caso no era suficientemente serio y el 15.6% que se les sugirió su responsabilidad en la agresión.

Según numerosos autores, algunas de las experiencias negativas que constituyen la victimización secundaria son un ambiente constituido principalmente por hombres, un interrogatorio inmediato y poco tacto a la hora de tomar la declaración en comisaría, esperas largas a la hora de recibir atención médica, única preocupación por la búsqueda de pruebas en el reconocimiento forense, falta de información en el proceso legal, demora del juicio oral y el cuestionamiento de la credibilidad del testimonio de la víctima (Albarrán, 2002; Campbell, 2008; Campbell y Raja, 2005; Campbell *et al.*, 2009; Carrasco y Maza, 2005; Echeburúa, 2004; Echeburúa y Corral, 2006; Echeburúa *et al.*, 1995; Echeburúa *et al.*, 2004; Esbec, 1994; Galiana y De Marianas, 1996; García *et al.*, 2004; García-Pablos, 2003; Urra, 2007).

En este estudio se han tenido en cuenta dos de estas experiencias negativas, la espera a la hora de recibir atención médica y el conocimiento del proceso judicial a seguir tras la denuncia. Con respecto al tiempo de espera, aproximadamente la mitad de las mujeres que contestaron consideró que fue mucho tiempo de espera y la otra mitad que no lo fue. De las mujeres que denunciaron la agresión sexual, un poco menos de la mitad (42.9%) no conocían el proceso judicial a seguir tras la denuncia, mientras que el resto (32.5%) sí lo conocían ya que se lo habían explicado en algún recurso al que habían asistido como la policía.

### Conclusiones

Debido a que la agresión sexual es el delito que causa mayor impacto psicológico en la vida de muchas mujeres y a que se relaciona directamente con un mayor riesgo de desarrollar un trastorno de estrés postraumático (Echeburúa, 2004; Echeburúa *et al.*, 1995; Esbec y Fernández-Sastrón, 2000; Hedtke *et al.* 2008; Kilpatrick, 1992; Urra, 2007), es fundamental llevar a cabo un buen trabajo de prevención.

Dentro de este marco de actuación se puede incluir un elemento de psicoeducación sobre las falsas creencias o mitos que existen en la sociedad, acerca de las agresiones sexuales, del agresor y del papel de la mujer como víctima de este delito. Estos mitos pueden influir en el desarrollo de creencias de inadecuación personal relacionadas con la agresión sexual.

A pesar del cambio social experimentado, todavía persisten estos mitos, por lo que uno de los objetivos principales de la prevención debería encaminarse a detectar y cambiar aquellas creencias sociales que aprueban y justifican en

algunos casos, la violencia sexual. Así, a partir de los resultados obtenidos, los programas de prevención pueden incluir datos reales que desmonten estos mitos.

Los resultados obtenidos en este estudio, en concreto los del análisis descriptivo de las características socio-demográficas y de la agresión, pueden servir para rebatir algunos mitos o creencias erróneas acerca de las agresiones sexuales. Por ejemplo, la creencia en que la mayoría de las agresiones sexuales cometidas son las denominadas agresiones por asalto llevadas a cabo por agresores desconocidos para las víctimas (Aparicio y Muñoz, 2007; Delgado, 1994; Echeburúa y Corral, 2006; López, 2012), ya que los resultados, de forma consistente con anteriores estudios, muestran que en la mayoría de los casos el agresor se encontraba en el entorno de la víctima.

Otro mito afirma que la mayoría de las agresiones sexuales causan severas lesiones físicas (Aparicio y Muñoz, 2007; Echeburúa y Redondo, 2010; López, 2012), comprobando en los resultados el pequeño porcentaje de lesiones físicas que se dieron en la muestra. Con respecto a la víctima, existe la creencia de que las agresiones sexuales las sufren personas de bajo nivel económico o cultural (López, 2012) y, sin embargo, en la muestra analizada la mayoría de las mujeres tenían estudios secundarios o universitarios.

Otro objetivo dentro de la prevención, a nivel terciario, puede ser tratar de evitar la revictimización, ofreciendo servicios de calidad para tratar adecuadamente a las víctimas y a sus familias, disminuyendo su sufrimiento tras la agresión.

Especial mención requieren los programas de prevención dirigidos a los profesionales de los sistemas comunitarios que intervienen con las mujeres víctimas de una agresión sexual. A pesar de los cambios producidos hasta ahora en la sociedad, sigue siendo necesario revisar los sistemas comunitarios para tratar de mejorar en la medida de lo posible la atención y el trato administrado a las víctimas, para reducir así la victimización secundaria.

Esta sensibilización va induciendo un cambio lentamente en las actitudes y modos en que la policía, los tribunales y las instituciones tratan a las víctimas, como se puede observar en los datos descriptivos recogidos en la presente investigación, según los cuales la mayoría de las mujeres que denunciaron su caso recibieron un buen trato por parte de la policía y del médico forense. Sin embargo, entre un 14-22% refleja haber recibido un mal trato. A pesar de ser un grupo reducido de mujeres, continúa siendo necesario encaminar los esfuerzos a reducir la victimización secundaria por completo.

En esta investigación se ha analizado la victimización secundaria de modo descriptivo, no obstante, es necesario continuar investigando, especialmente el efecto que tiene esta variable en la sintomatología presentada por las mujeres víctimas de agresión sexual.

En el presente estudio se han dado una serie de limitaciones que deben de ser tenidas en cuenta. En primer lugar, el tipo especial de participantes objeto de estudio, ya que no todas denuncian la violación ni acuden a centros asistenciales. En segundo lugar, el estado psicológico alterado en el que se encuentran las víctimas puede suponer un impedimento o limitación para realizar el protocolo aunque se muestren voluntarias.

Debido a este hecho, y a que la procedencia de las participantes era de un solo centro de la Comunidad de Madrid, el tamaño de la muestra fue relativamente pequeño, lo cual dificulta la generalización de los resultados.

Por otro lado, de las víctimas que se ofrecieron voluntarias para el estudio, no todas habían denunciado la agresión, de este modo, en las variables de la victimización secundaria se ha limitado más el número de participantes.

Con respecto a futuras investigaciones, con el objetivo de mejorar la generalización de los resultados, sería conveniente la obtención de la muestra no solo de un centro asistencial o asociación de una Comunidad Autónoma, sino acudir a una Federación de asociaciones para acceder a una muestra representativa de toda España.

### Referencias

- Albarrán, A. J. (2002). Psicología forense y victimología. En J. Urra Portillo (comp). *Tratado de psicología forense* (pp. 327-364). Madrid: Siglo Veintiuno de España editores.
- Amor, P., Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (2001). Perfil psicopatológico diferencial en víctimas de maltrato doméstico y en víctimas de agresiones sexuales. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 605-629.
- Aparicio, A. y Muñoz, T. (2007). *Después del silencio. Cómo sobrevivir a una agresión sexual*. Barcelona: Paidós.
- Campbell, R. (2008). The psychological impact of rape victims' experiences with the legal, medical, and mental health systems. *American Psychologist*, 63, 702-717.
- Campbell, R., Dworkin, E. y Cabral, G. (2009). An ecological model of the impact of sexual assault on women's mental health. *Trauma, Violence y Abuse*, 10, 225-246.
- Campbell, R. y Raja, S. (2005). The sexual assault and secondary victimization of female veterans: Help-seeking experiences in military and civilian social systems. *Psychology of Women Quarterly*, 29, 97-106.
- Campbell, R., Seft, T. y Ahrens, C. E. (2003). The physical health consequences of rape: Assessing survivors' somatic symptoms in a racially diverse population. *Women's Studies Quarterly*, 31, 90-104.
- Campbell, R., Sefl, T., Barnes, H. E., Ahrens, C. E., Wasco, S. M. y Zaragoza-Diesfeld, Y. (1999). Community services for rape survivors: Enhancing psychological well-being or increasing trauma? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 847-858.

- Carrasco, J. J. y Maza, J. M. (2005). *Manual de psiquiatría legal y forense*. Madrid: La Ley.
- Código Penal (34<sup>a</sup> ed.) (2011). Madrid: Boletín Oficial del Estado.
- Corral, P., Echeburúa, E. y Amor, P. J. (1997). Consecuencias psicológicas en las víctimas adultas de agresiones sexuales. En M. Lameiras y A. López (dirs.). *Sexualidad y Salud. La transmisión sexual del VIH y las agresiones sexuales* (pp. 215-234). Santiago de Compostela: Tórculo Ediciones.
- Delgado, S. (1994). Aspectos psiquiátricos de la violación: lesiones psíquicas en víctimas de violación. En S. Delgado (dir.), E. Esbec, F. Rodríguez y J. L. González (coords.). *Psiquiatría legal y forense vol. 2* (pp. 89-114). Madrid: Colex.
- DeMaris, A. y Kaukinen, C. (2005). Violent victimization and women's mental and physical health: Evidence from a national sample. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 42, 384-411.
- Dubosc, A., Capitaine, M., Franko, D. L., Bui, E., Brunet, A., Chabrol, H. et al. (2012). Early adult sexual assault and disordered eating: The mediating role of posttraumatic stress symptoms. *Journal of Traumatic Stress*, 25, 50-56.
- Echeburúa, E. (2004). *Superar un trauma: el tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*. Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E., Amor, P. J. y Corral, P. (2006). Asistencia psicológica postraumática. En E. Baca, E. Echeburúa y J. M. Tamarit (dirs.). *Manual de victimología* (pp. 285-306). Valencia: Tirant lo Blanch.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (2006). Especial consideración de algunos ámbitos de victimación. Agresiones sexuales contra mujeres. En E. Baca, E. Echeburúa y J. M. Tamarit (dirs.). *Manual de victimología* (pp. 149-163). Valencia: Tirant lo Blanch.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Amor, P. J. (2004). Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 4, 227-224.
- Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (1995). *Trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de agresiones sexuales*. A Coruña: Fundación Paideia.
- Echeburúa, E. y Redondo, S. (2010). *¿Por qué víctima es en femenino y agresor masculino?. La violencia contra la pareja y las agresiones sexuales*. Madrid: Pirámide.
- Esbec, E. (1994). Víctimas de delitos violentos. Victimología general y forense. En S. Delgado (dir.), E. Esbec, F. Rodríguez y J. L. González (coords.). *Psiquiatría legal y forense vol. 2* (pp. 89-114). Madrid: Colex.
- Esbec, E. y Fernández-Sastrón, O. (2000). Aspectos psicopatológicos de la agresión sexual: Antecedentes y una revisión sobre las nuevas líneas de investigación. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 1, 35-57.
- Filipas, H. H. (2007). Predictors of chronic posttraumatic stress disorder and revictimization in sexual assault survivors. *Dissertation Abstracts International*, 68, 620. (UMI N° 3248847).

- Frazier, P., Anders, S., Perera, S., Tomich, P., Tennen, H., Park, C. *et al.* (2009). Traumatic events among undergraduate students: Prevalence and associated symptoms. *Journal of Counseling Psychology*, 56, 450-460.
- Galiana, S. y De Marianas, H. (1996). Estudio psicológico de las víctimas. En E. Roig, S. Galiana y H. De Marianas. *Estudios sobre las agresiones sexuales* (pp. 205-227). Madrid: Servicio de Publicaciones Decanato de los Juzgados.
- García, C., Olivares, C., San Vicente, M. y Jaime, M. (2004). *Guía de atención integral a mujeres víctimas de delitos contra la libertad sexual*. Madrid: Asociación de Mujeres Juristas Themis.
- García-Esteve, L., Navarro, P., Imaz, M. L. y Salanova, C. (2009). *Guía de autoayuda para mujeres víctimas de una agresión sexual reciente. Camino hacia la recuperación*. Barcelona: Clínic. Recuperado el día 3 de noviembre del 2012, desde <http://www.hospitalclinic.org/Portals/0/hospital%20clinnic/corporaci%C3%B3/20090512guiaagresionessexuales.pdf>
- García-Pablos, A. (2003). *Tratado de criminología*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Hedtke, K. A., Ruggiero, K. J., Fitzgerald, M. M., Zinzow, H. M., Saunders, B. E., Resnick, H. S. *et al.* (2008). A longitudinal investigation of interpersonal violence in relation to mental health and substance use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 633-647.
- Instituto de la Mujer (2008). *Las mujeres en cifras 1983-2008*. Madrid: Autor.
- Jozkowski, K. N. y Sanders, S. A. (2012). Health and sexual outcomes of women who have experienced forced or coercive sex. *Women and Health*, 52, 101-118.
- Kaukinen, C. y DeMaris, A. (2005). Age at first sexual assault and current substance use and depression. *Journal of Interpersonal Violence*, 20, 1244-1270.
- Kilpatrick, D. G. (1992). Etiología y factores predictivos del estrés postraumático en víctimas de agresiones sexuales. En E. Echeburúa (ed.), *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad* (pp. 117-144). Madrid: Pirámide.
- Kilpatrick, D. G. y Acierno, R. (2003). Mental health needs of crime victims: Epidemiology and outcomes. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 119-132.
- López, E. (2012). Agresión sexual. En T. Pacheco, E. Garrosa, E. López y J. I. Robles. *Atención psicosocial en emergencias* (pp. 99-126). Madrid: Síntesis.
- Lorente, M., Lorente, J. A. y Lorente, M. J. (1998). *Agresión a la mujer: maltrato, violación y acoso*. Granada: Comares.
- Lorente, M. y Toquero, F. (2004). *Guía de buena práctica clínica en abordaje en situaciones de violencia de género*. Madrid: Internacional Marketing and Communications, S.A.
- McFarlane, J., Malecha, A., Gist, J., Watson, K., Batten, E., Hall, I. *et al.* (2005). Intimate partner sexual assault against women and associated victim substance use, suicidality, and risk factors for femicide. *Issues in Mental Health Nursing*, 26, 953-967.
- Najdowski, C. J. y Ullman, S. E. (2009). Prospective effects of sexual victimization on PTSD and problem drinking. *Addictive Behaviors*, 34, 965-968.
- Noguerol, V. (2005). *Agresiones sexuales*. Madrid: Síntesis.



- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*.
- Raja, S. (2001). Secondary victimization among female veterans who have experienced sexual assault. *Dissertation Abstracts International*, 61, 3857. (UMI N°. 9978631).
- Resnick, H. S., Walsh, K., McCauley, J. L., Schumacher, J. A., Kilpatrick, D. G. y Acierno, R. E. (2012). Assault related substance use as a predictor of substance use over time within a sample of recent victims of sexual assault. *Addictive Behaviors*, 37, 914.
- Roig, E. (1996). Estudio sociológico. Víctimas de la violencia sexual. En E. Roig, S. Galiana y H. De Marianas. *Estudios sobre las agresiones sexuales* (pp. 13-98). Madrid: Servicio de Publicaciones Decanato de los Juzgados.
- Sadler, A. G., Mengeling, M. A., Fraley, S. S., Torner, J. C. y Booth, B. M. (2012). Correlates of sexual functioning in women veterans: Mental health, gynecologic health, health status, and sexual assault history. *International Journal of Sexual Health*, 24, 60-77.
- Sanjuan, P. M., Langenbucher, J. W. y Labouvie, E. (2009). The role of sexual assault and sexual dysfunction in Alcohol/Other drug use disorders. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 27, 150-163.
- Soria, M. A. y Hernández, J. A. (1994). *El agresor sexual y la víctima*. Barcelona: Marcombo.
- Torres-Dulce, E. (2013). Memoria de la Fiscalía General del Estado. Madrid: Centro de Estudios Jurídicos. Ministerio de Justicia.
- Ullman, S. E., Filipas, H. H., Townsend, S. M. y Starzynski, L. L. (2005). Trauma exposure, posttraumatic stress disorder and problem drinking in sexual assault survivors. *Journal of Studies on Alcohol*, 66, 610-619.
- Ullman, S. E. y Najdowski, C. J. (2009a). Revictimization as a moderator of psychosocial risk factors for problem drinking in female sexual assault survivors. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 70, 41-49.
- Ullman, S. E. y Najdowski, C. J. (2009b). Correlates of serious suicidal ideation and attempts in female adult sexual assault survivors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 39, 47-57.
- Ullman, S. E., Townsend, S. M., Starzynski, L. L. y Long, L. M. (2006). Correlates of comorbid PTSD and polysubstance use in sexual assault victims. *Violence and Victims*, 21, 725-733,736-743.
- Urra, J. (2007). *Víctimas de abusos sexuales*. Madrid: Pirámide.
- Zinzow, H. M., Resnick, H. S., McCauley, J. L., Amstadter, A. B., Ruggiero, K. J. y Kilpatrick, D. G. (2010). The role of rape tactics in risk for posttraumatic stress disorder and major depression: Results from a national sample of college women. *Depression and Anxiety*, 27, 708-715.
- Zinzow, H. M., Resnick, H. S., McCauley, J. L., Amstadter, A. B., Ruggiero, K. J. y Kilpatrick, D. G. (2012). Prevalence and risk of psychiatric disorders as a function of variant rape histories: Results from a national survey of women. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47, 893-902.