



Universitat Autònoma de Barcelona

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

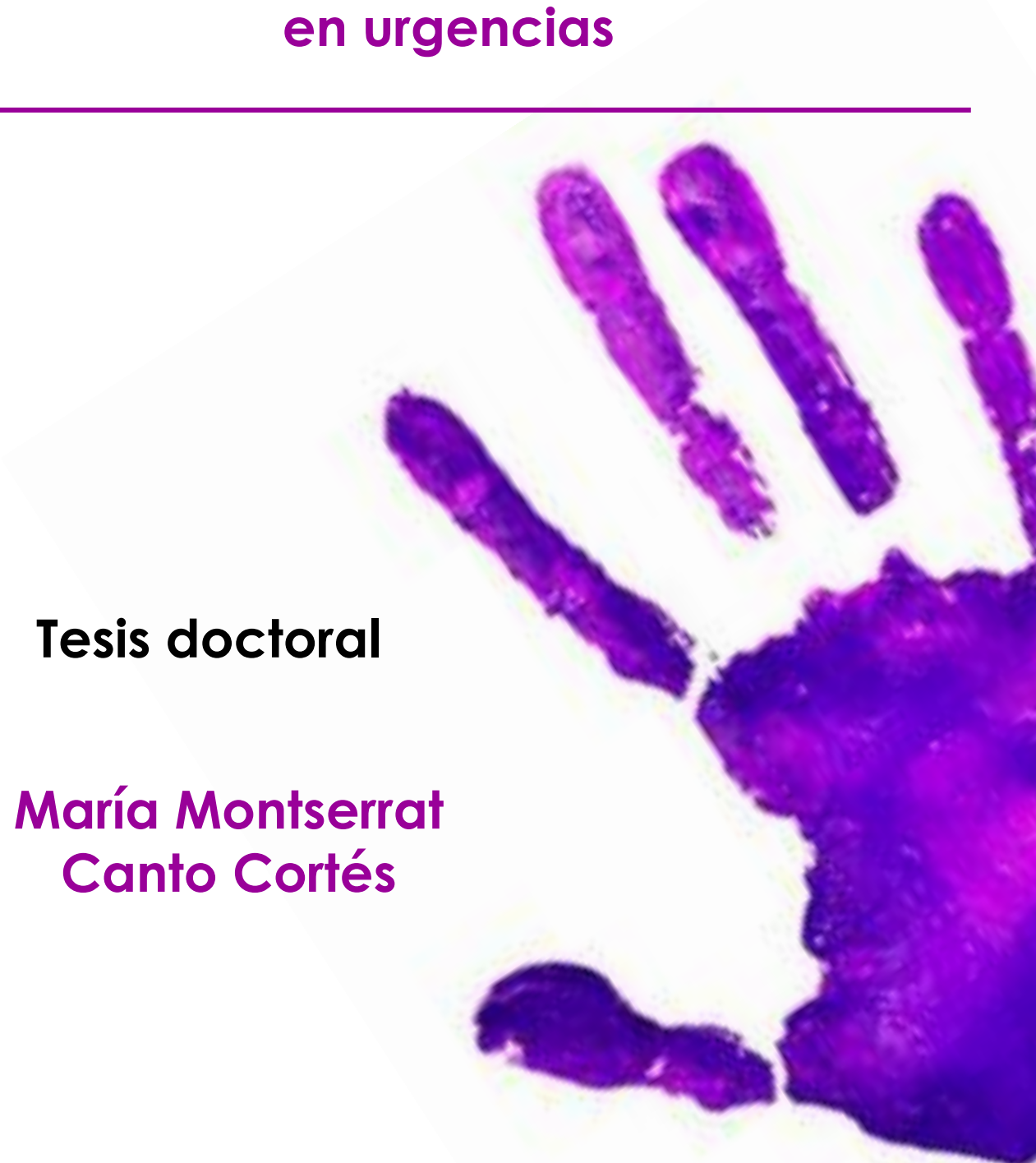
ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

WARNING. The access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.

Prevalencia, intensidad de los síntomas y factores de riesgo para el trastorno de estrés agudo en mujeres víctimas de una agresión sexual reciente atendidas en urgencias

Tesis doctoral

**María Montserrat
Canto Cortés**



Doctorado en Psicología Clínica y de la Salud
Departamento de Psicología Clínica y de la Salud

Tesis Doctoral

“Prevalencia, intensidad de los síntomas y factores de riesgo para el trastorno de estrés agudo en mujeres víctimas de una agresión sexual reciente atendidas en urgencias”.

Autor

María Montserrat Canto Cortés

Tutora

Dra. Susana Subirá Álvarez

Directoras de Tesis

Dra. Lluïsa García -Esteve

Dra. Anna Torres Giménez

Dra. Susana Subirá Álvarez

2017

“Ante las atrocidades tenemos que tomar partido. El silencio estimula al verdugo”

Elie Wiesel

“La violencia sexual, racial, de género y otras formas de discriminación en la cultura no pueden ser eliminadas sin cambiar la cultura”

Charlotte Bunch

Esta tesis doctoral fue financiada por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) del gobierno de México, a través de una beca durante el periodo 2014-2017.

Dedicatoria y Agradecimientos

Quisiera agradecer y hacer una mención especial al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) y a la Secretaría de Investigación, Innovación y Educación Superior (SIIES) del estado de Yucatán por confiar en mí y otorgarme la beca para poder realizar el doctorado.

A la Dra. Susana Subirá Álvarez, Dra. Lluïsa García -Esteve y Dra. Anna Torres Giménez, gracias por su tiempo, apoyo, retroalimentación y la sabiduría que como directoras de tesis me transmitieron en la elaboración de esta investigación.

Al Hospital Clínic de Barcelona y a todo el equipo, gracias por haberme abierto las puertas, dado las facilidades y confianza para la realización y culminación de esta tesis.

Sobre todo, a las mujeres agredidas sexualmente, agradezco de todo corazón el tiempo, la disposición y la participación en el estudio.

Finalmente quisiera dedicar esta tesis a mis padres y agradecerles sus consejos, amor, su comprensión, paciencia, motivación y apoyo que me brindaron en la cercanía, en la distancia, en los buenos y en los malos momentos, los cuales contribuyeron a la culminación de esta tesis doctoral.

Abreviaturas

APA	<i>American Psychological Association (Asociación Americana de Psicología)</i>
ASDI	<i>Acute Stress Disorder Interview (Entrevista del Trastorno de Estrés Agudo)</i>
ASDS	<i>Acute Stress Disorder Scale (Escala del Trastorno de Estrés Agudo)</i>
BOE	<i>Boletín Oficial del Estado</i>
CDU	<i>Cuestionario de Disociación en Urgencias</i>
CSD	<i>Cuestionario Sociodemográfico</i>
CVIG	<i>Comisión de Violencia Intrafamiliar y de Género</i>
DSM-IV-TR	<i>Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (4ª Edición Texto Revisado)</i>
DSM-5	<i>Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5ª Edición)</i>
EEEAS	<i>Escala de Evaluación de Estrés y Apoyo Social</i>
EGSTEAS	<i>Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Agudo</i>
ETISF-SF	<i>Early Trauma Inventory Self Report-Short Form (Inventario Autoinformado de Traumas Tempranos-Versión Corta)</i>
FRA	<i>European Union Agency for Fundamental Rights (Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea)</i>
HRVA	<i>Hoja de Recogida de Variables de la Agresión</i>
HRVC	<i>Hoja de Recogida de Variables Clínicas</i>
MI	<i>Ministerio Interior</i>
OMS	<i>Organización Mundial de la Salud</i>
PDI	<i>Peritraumatic Distress Inventory (Inventario de Distrés Peritraumática)</i>
STAI	<i>The State-Trait Anxiety Inventory (Inventario de Ansiedad Estado y Rasgo)</i>
TEA	<i>Trastorno de Estrés Agudo</i>
TEPT	<i>Trastorno de Estrés Postraumático</i>

Resumen

Objetivos:

Esta investigación tiene como objetivos principales determinar la prevalencia del Trastorno de Estrés Agudo (TEA) en mujeres víctimas de una agresión sexual reciente, identificar los factores de riesgo implicados en su desarrollo y evaluar las diferencias (sociodemográficas, psicopatológicas, en la modalidad de la agresión sexual, las reacciones peritraumática, la prevalencia del TEA y la intensidad de sus síntomas) entre las mujeres con recuerdo parcial o total (memoria) del episodio de la agresión sexual y las que tienen incapacidad de recordar (amnesia).

Metodología:

Estudio prospectivo de un mes de seguimiento en una población de 156 mujeres mayores de 18 años víctimas de una agresión sexual reciente y que han sido atendidas en el Servicio de Urgencias del Hospital Clínic de Barcelona. A todas las mujeres víctimas de una agresión sexual reciente que llegaron al servicio de urgencias del Hospital Clínic se les implementó el protocolo de atención urgente a víctimas de una agresión sexual. Del informe de urgencias se obtuvo la Hoja de Recogida de Variables Clínicas (HRVC, *ad hoc*). Las mujeres que consintieron participar en el estudio respondieron durante su vista al servicio de urgencias el Cuestionario de Disociación en Urgencias (CDU, *ad hoc*) y el Peritraumatic Distress Inventory (PDI, Brunet et al., 2001). Posteriormente, desde el dispensario de psiquiatría y psicología del Programa de Prevención y Tratamiento de las Secuelas Psíquicas en las Mujeres Víctimas de una Agresión Sexual, se les contactó telefónicamente en la primera semana después de la agresión sexual para programar la visita de evaluación psicopatológica, la cual se realizó el día 17.7 de media (rango: 6-30) después de la agresión sexual. Durante esta

visita se les aplicó el Cuestionario Sociodemográfico (CSD, *ad hoc*), la Hoja de Recogida de Variables de la Agresión (HRVA, *ad hoc*), el Acute Stress Disorder Interview (ASDI, Bryant, Hervey, Dang, & Sackville, 1998), la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Agudo (EGSTEA, adaptado de Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta, & Sarasua, 1997), el State-Trait Anxiety Inventory (STAI, Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, & Jacobs, 1983), el Early Trauma Inventory Self Report -Short Form (ETISF-SF, Bremner, Bolus, & Mayer, 2007) y la Escala de Evaluación de Estrés y Apoyo Social.

Resultados:

El 59.6% (DSM-IV-TR) y el 66.7% (DSM-5) de las mujeres víctimas de una agresión sexual reciente desarrollaron el TEA. Los factores de riesgo asociados al desarrollo del TEA fueron haber experimentado disociación peritraumática, ser extranjera, tener antecedentes psiquiátricos y que la agresión sexual fuese través de la penetración. Las mujeres con memoria del episodio de la agresión sexual se diferenciaron de las que tenían amnesia por el tipo de sumisión, el tipo de agresión, el tipo de agresor, el lugar de la agresión, el tipo de consumo de sustancias, el consumo simultáneo de sustancias y por la reacción peritraumática. La prevalencia del TEA y la intensidad en los síntomas de reexperimentación e hiperactivación fue mayor en las mujeres con memoria del episodio de la agresión sexual.

Conclusiones:

Las mujeres víctimas de una agresión sexual reciente se encuentran en alto riesgo de presentar TEA. La nacionalidad extranjera, los antecedentes psiquiátricos, la disociación peritraumática y la penetración permiten identificar a las mujeres

vulnerables para desarrollar un TEA. Las mujeres que no recuerdan el episodio de agresión sexual presentan características de la agresión distintas a las mujeres que recuerdan el episodio, lo cual se vincula con el desarrollo del TEA. El recuerdo del episodio de la agresión sexual se asocia con mayor prevalencia del TEA y más intensidad en los síntomas de reexperimentación e hiperactivación.

Palabras claves: agresión sexual, trastorno de estrés agudo, factores de riesgo.

Abstract

Objectives:

This research has as main objectives to determine the prevalence of Acute Stress Disorder (ASD) in women victims of recent sexual assault, and to identify the risk factors involved in its development. As well as assessing the differences (sociodemographic, psychopathological, of the sexual assault modality, peritraumatic reaction, prevalence of ASD, and intensity of your symptoms) among women with partial or total recall (memory) of the episode of sexual assault and those who are unable to remember (amnesia).

Methodology:

A prospective one-month follow-up study with 156 women over the age of 18, who were victims of recent sexual assault, and which have been treated in the Emergency Department of Hospital Clínic of Barcelona. All the women victims of a recent sexual assault, who arrived at the Emergency Department of Hospital Clínic, were implemented the protocol of urgent attention to victims of sexual assault. From the emergency report was obtained the Psychological and Psychopathological Clinical Data (HRVC, *ad hoc*). The women who consented to participate in the study responded to the emergency department the Dissociation Questionnaire in Emergencies (CDU, *ad hoc*) and the Peritraumatic Distress Inventory (PDI, Brunet et al., 2001). Subsequently, from the dispensary of psychiatry and psychology of the Program for Prevention and Treatment of Psychic Sequelae in Women Victims of a Sexual Assault, women were contacted by telephone in the first week after the sexual assault, to schedule the psychopathological evaluation visit, which was performed (on average) day 17.7 (range: 6-30) after the sexual assault. During this visit the following instruments were

applied: the Sociodemographic Questionnaire (CSD, *ad hoc*), the Sheet of collection of variables of sexual assault (HRVA, *ad hoc*), the Acute Stress Disorder Interview (ASDI, Bryant, Hervey, Dang, & Sackville, 1998), the Acute Stress Disorder Symptom Severity Scale (EGSTEAS, adapted from Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta, & Sarasua, 1997), the State-Trait Anxiety Inventory (STAI, Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, & Jacobs, 1983), the Early Trauma Inventory Self Report -Short Form (ETISF-SF, Bremner, Bolus, & Mayer, 2007), and the Scale for the Evaluation of Stress-Social Support (EEEAS, Conde & Franch, 1984).

Results:

59.6% (DSM-IV-TR) and 66.7% (DSM-5) of women victims of recent sexual assault developed ASD. The risk factors associated with the development of ASD were found to contain the following elements: to have experienced peritraumatic dissociation, to be foreign, to have a psychiatric history and to be sexually assaulted through penetration. Women with memory of the episode of sexual assault differed from those who presented amnesia for type of submission, type of aggression, type of aggressor, place of aggression, type of substance use, simultaneous consumption of substances and peritraumatic reaction. The prevalence of ASD and the intensity of reexperiencing and arousal symptoms were higher in women with memory of the episode of sexual assault than women who experience amnesia of the episode.

Conclusions:

Women who are victims of recent sexual assault are at high risk of developing ASD. Detecting information concerning risk factors such as foreign nationality, psychiatric history, peritraumatic dissociation and penetration allow the identification of vulnerable

women for the development of ASD. Women who do not remember the episode of sexual assault have characteristics of aggression other than women who remember the episode, which is linked to the development of ASD. Having memory of the sexual assault episode is associated with a higher prevalence of ASD and more intense arousal and reexperiencing symptoms in comparison with having amnesia of the episode.

Keywords: acute stress disorder, sexual assault, risk factors.

Índice

I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEORICO	7
Capítulo 1. Agresión Sexual.....	9
1.1. Tipología	10
1.2. Prevalencia	12
1.3. Respuesta e Impacto ante una Agresión Sexual	17
1.4. Atención en los Servicios de Salud.....	21
Capítulo 2. Trastorno de Estrés Agudo (TEA)	27
2.1. Modelos Explicativos.....	28
2.2. Manifestaciones Clínicas	30
2.3. Clasificación Diagnóstica	37
2.4. Prevalencia	40
2.5. Factores de Riesgo	42
2.6. Comorbilidad	45
Capítulo 3. Agresión Sexual, TEA: El Papel de la Memoria	47
3.1. La Memoria y los Trastornos de Estrés	48
3.2. Modelos Explicativos.....	50
3.3. Amnesia y Agresión Sexual por Sumisión Química.....	53
III. INVESTIGACION EMPIRICA.....	55
Capítulo 4. Objetivos e Hipótesis	57
4.1. Objetivos	57
4.2. Hipótesis.....	57
Capítulo 5. Metodología	58
5.1. Procedimiento	59

5.2. Instrumentos.....	62
5.3. Análisis Estadístico	67
5.4. Participantes	68
Capítulo 6. Resultados	71
6.1. Prevalencia del TEA	72
6.2. Factores de Riesgo para el TEA.....	74
6.3. Mujeres con Memoria y Mujeres con Amnesia del Episodio de la Agresión Sexual: Diferencias en Variables Clínicas	79
Capítulo 7. Discusión General.....	87
7.1. Prevalencia del TEA	87
7.2. Factores de Riesgo para el TEA.....	90
7.3. Mujeres con Memoria y Mujeres con Amnesia del Episodio de la Agresión Sexual: Diferencias en las Variables Clínicas.....	96
Capítulo 8. Puntos Fuertes, Limitaciones, Implicaciones Clínicas y Futuras Líneas de Investigación.....	105
8.1. Puntos Fuertes	105
8.2. Limitaciones.....	105
8.3. Implicaciones Clínicas	106
8.4. Futuras Líneas de Investigación.....	109
Capítulo 9. Conclusiones	111
REFERENCIAS	113
ANEXOS.....	155

Índice de Tablas

Tabla 1. Criterios diagnósticos del Trastorno de Estrés Agudo (TEA) según DSM-IV y DSM-5.....	39
Tabla 2. Estudios de prevalencia del Trastorno del Estrés Agudo (TEA) en diferentes poblaciones y eventos traumáticos.....	40
Tabla 3. Estudios de prevalencia del Trastorno del Estrés Agudo (TEA) en mujeres víctimas de agresión sexual.....	41
Tabla 4. Estudios de factores de riesgo del Trastorno de Estrés Agudo (TEA).....	42
Tabla 5. Instrumentos utilizados en el estudio.....	62
Tabla 6. Análisis bivalente de las variables sociodemográficas asociadas al Trastorno de Estrés Agudo (TEA).....	74
Tabla 7. Análisis bivalente de las variables psicopatológicas asociadas al Trastorno de Estrés Agudo (TEA).....	75
Tabla 8. Análisis bivalente de las variables de la agresión sexual asociadas al Trastorno de Estrés Agudo (TEA).....	76
Tabla 9. Análisis bivalente de las variables de las reacciones peritraumáticas asociadas al Trastorno de Estrés Agudo (TEA).....	77
Tabla 10. Factores de riesgo para el Trastorno de Estrés Agudo (TEA).....	78
Tabla 11. Características sociodemográficas y psicopatológicas según el recuerdo del episodio de la agresión sexual.....	80
Tabla 12. Características de la agresión sexual y las reacciones peritraumáticas según el recuerdo del episodio de la agresión sexual.....	81
Tabla 13. Intensidad de los síntomas del Trastorno de Estrés Agudo (TEA) según el recuerdo del episodio de la agresión sexual.....	84

Índice de Figuras

Figura 1. Tipología de la agresión sexual	10
Figura 2. Agresiones sexuales del 2003-2016 atendidas en el servicio de urgencias del Hospital Clínic de Barcelona.....	14
Figura 3. Reclutamiento y selección de la muestra	60
Figura 4. Prevalencia del Trastorno de Estrés Agudo (TEA) en las mujeres víctimas de una agresión sexual reciente. Comparativo DSM-IV-TR y DSM-5.....	73
Figura 5. Prevalencia del Trastorno de Estrés Agudo (TEA) según el recuerdo del episodio de la agresión sexual.....	83
Figura 6. Orden jerárquico en la intensidad de los síntomas del Trastorno de Estrés Agudo (TEA).....	85

I. INTRODUCCIÓN

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1996) la violencia contra las mujeres es un asunto prioritario en salud pública por su alta prevalencia, morbilidad y mortalidad. En el mundo una de cada tres mujeres ha sufrido violencia física y/o sexual, ya sea dentro o fuera de una relación de pareja (OMS, 2016).

La agresión sexual es una forma de violencia sexual incluida dentro de la violencia de género por afectar mayormente a las mujeres (Naciones Unidas, 1993). Ha sido declarada una violación a los derechos humanos, un problema mundial de salud pública y un problema social cuyas consecuencias trascienden más allá de las víctimas (Bourke, 2012; Breiding et al., 2014; European Union Agency for Fundamental Rights, [FRA], 2014; OMS, 2005). No obstante, ha sido un tema menos investigado a comparación de otros tipos de violencia sexual, existiendo dificultades para identificarla, definirla y medirla (Bagwell-Gray, Messing, & Baldwin-White, 2015; OMS, 2002).

Respecto a la prevalencia, el 11% de las mujeres europeas han sido agredidas sexualmente desde los 15 años: el 5% ha experimentado la agresión sexual a través de la penetración y el 6% a través de tocamiento corporales (FRA, 2014). Mientras que en España cada ocho horas una mujer experimenta agresión sexual con penetración (Europa Press, 1 de julio de 2016).

La agresión sexual es una de las experiencias traumáticas más amenazantes para la integridad y salud de las mujeres pudiendo originar desordenes traumáticos de mayor gravedad sintomática que otros eventos traumáticos (Echeburúa, Corral, & Amor, 2004; Marquez, 2014; Sebaeng, Davhana-Maselesele, & Manyedi, 2016). En este sentido, estudios previos indicaron que el 84% de las mujeres agredidas sexualmente presentaron alteraciones psicológicas en la evaluación inicial, el 60 % Trastorno de Estrés Agudo (TEA) y el 80% sintomatología e incluso trastornos psicopatológicos

después de un año (Echeburúa & Redondo, 2010; Elklit & Christiansen, 2010; Seyller et al., 2016).

Dado lo anterior, es importante evaluar las secuelas en la salud mental de las víctimas, ofrecerles atención adecuada y seguimiento durante su proceso de recuperación (Dos Reis, Lopes, & Osis, 2016). Sin embargo, son pocas las investigaciones que recogen de forma prospectiva la presencia de síntomas en el mes posterior a la agresión sexual.

Teniendo en cuenta el contexto y situación actual en el tema de agresión sexual, me intereso por visibilizar su incidencia y sus consecuencias en la salud mental, específicamente respecto al TEA. Es a partir de este interés que surge la tesis doctoral, la cual se realiza en el Hospital Clínic que es el centro de referencia para la atención urgente de las víctimas adultas de una agresión sexual reciente en la ciudad de Barcelona. En ese hospital se implementa el Programa de Prevención y Tratamiento de las Secuelas Psíquicas en las Mujeres Víctimas de una Agresión Sexual.

El propósito principal de la tesis es determinar la prevalencia del TEA en mujeres víctimas de una agresión sexual reciente, identificar los factores de riesgo implicados en su desarrollo y evaluar las diferencias entre las mujeres con memoria del episodio de la agresión sexual y las que tienen amnesia del episodio.

La tesis se estructura para su presentación en tres apartados:

I) En la Introducción se describe a grandes rasgos la situación actual de las agresiones sexuales, el contexto desde donde surge la investigación, los objetivos de la tesis doctoral y la estructura en que se presenta.

II) El Marco Teórico contiene el sustento de la investigación y consta de tres capítulos. El capítulo 1 es sobre la Agresión Sexual, en el cual se aborda la tipología, la prevalencia, la respuesta e impacto ante una agresión sexual y la atención en los

servicios de salud. El capítulo 2 es sobre el Trastorno de Estrés Agudo (TEA), contiene los modelos explicativos, las manifestaciones clínicas, la prevalencia, la clasificación diagnóstica, los factores de riesgo y la comorbilidad. El capítulo 3 abarca el tema de agresión sexual, TEA: el papel de la memoria enfatizando el papel de la memoria en los trastornos de estrés, los modelos explicativos y la amnesia en casos de agresión sexual por sumisión química.

III) El apartado de Investigación Empírica consta de seis capítulos. En el capítulo 4 se describen los objetivos y las hipótesis; en el capítulo 5 se detalla la metodología; en el capítulo 6 se presentan los resultados; el capítulo 7 contiene la discusión general; el capítulo 8 los puntos fuertes, las limitaciones, las implicaciones clínicas y las futuras líneas de investigación; el capítulo 9 las conclusiones.

Al final del documento se presentan las referencias utilizadas y los anexos. Los anexos contienen el consentimiento informado y los instrumentos elaborados y/o adaptados por el grupo de investigación.

II. MARCO TEÓRICO

Capítulo 1. Agresión Sexual

La agresión sexual es considerada una forma de violencia sexual y un delito contra la libertad e indemnidad sexual (Boletín Oficial del Estado [BOE], 2016; Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, & Lozano, 2002; Sortzen, 2011). Sin embargo, el término no se encuentra tan claramente definido ni delimitado. Algunas personas utilizan como sinónimos los términos de violación o abuso sexual. Mientras que otras consideran que la agresión sexual incluye la violación, el abuso sexual, los atentados de violación o tocamientos corporales. Esto ocasiona dificultades tanto para su comprensión como para la comparación entre datos y estudios (Sortzen, 2011). Por ello, es indispensable que se defina con claridad en los instrumentos, estudios y reportes de resultados (Wilson & Miller, 2015).

La definición de agresión sexual con mayor dominio popular en España es la establecida por el Código Penal (BOE, 2016): acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o la introducción de miembros corporales u objetos en vagina y/o ano, por medio de la violencia o intimidación.

En este estudio, la agresión sexual hace referencia a los tocamientos corporales, y/o la introducción de dedos u objetos por vía vaginal o anal, y/o la penetración por vía vaginal, oral o anal sin el consentimiento de la persona. Es decir, a través de la violencia física, la intimidación o aprovechándose de que la persona se encuentra inconsciente por estar dormida o bajo los efectos de sustancias psicoactivas (alcohol, drogas y/o fármacos).

1.1. Tipología

La agresión sexual puede clasificarse según el tipo de agresor y el tipo de sumisión (Brown, Testa, & Messman-Moore, 2009; Echeburúa & Redondo, 2010; Krug et al., 2002).

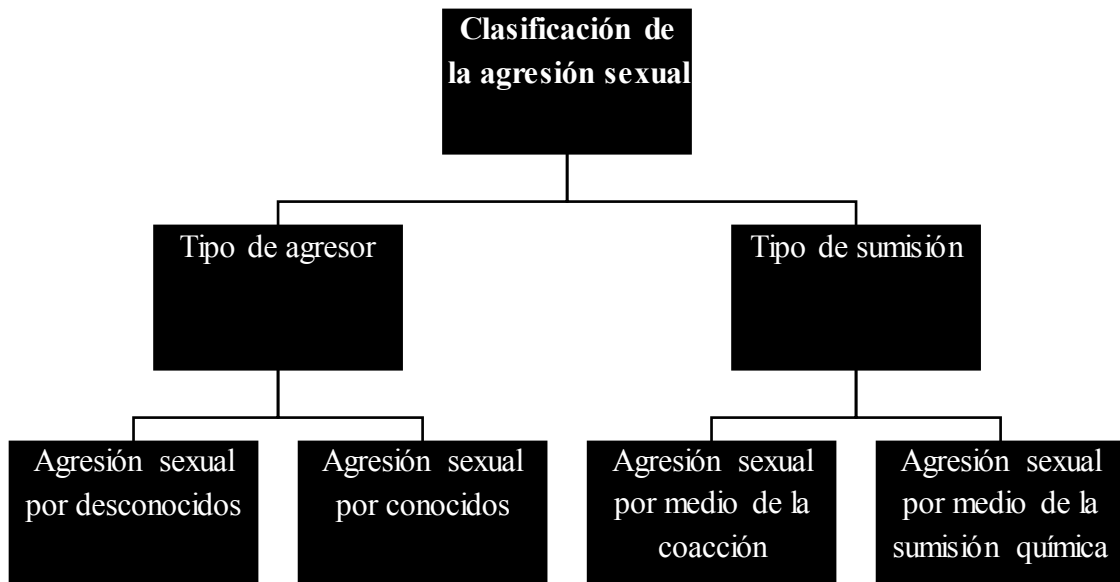


Figura 1. *Tipología de la agresión sexual.*

A continuación se describe en que consiste cada uno de los diferentes tipos de agresiones sexuales.

♦ Agresión sexual por desconocidos: es considerada de las más traumáticas por ser inesperada, intrusiva, violenta e intimidante para la víctima (Echeburúa & Redondo, 2010). Es la más frecuente, la víctima suele ser joven, generalmente ocurre en fin de semana, en lugares públicos, en contexto de salidas nocturnas y a altas horas de la noche, aumentándose el riesgo con el consumo sustancias psicoactivas. Mayormente es perpetrada por un solo agresor, el cual tiende a usar la violencia, amenazas e inclusive armas (Echeburúa & Redondo, 2010; Grau, Santiñá, Ríos, Céspedes, & Martínez, 2011). Cuando es perpetrada por un grupo, los agresores suelen ser de 2 a 4 hombres,

amenazar con algún arma y por lo general todo el grupo agrede sexualmente a la víctima a través de la penetración vaginal (Echeburúa & Redondo, 2010).

◆ Agresión sexual por conocidos: es ejecutada por personas con quien se tiene algún contacto, confianza e incluso un grado de intimidad como para consentir ciertos acercamientos, pero no otros más íntimos (familiares, amigos o pareja). En ocasiones hay consumo de sustancias psicoactivas, lo cual dificulta la interpretación de los límites en el consentimiento de la situación (Echeburúa & Redondo, 2010). Habitualmente es cometida entre semana, en un domicilio, perpetrada por un solo agresor y mediante la penetración (Grau et al., 2011). La agresión sexual perpetrada por la pareja tiende a ser simultánea con la agresión física y el riesgo se incrementa si previamente esa persona le ha ejercido violencia física o psicológica (Echeburúa & Redondo, 2010; Seyller et al., 2016).

◆ Agresión sexual por medio de la coacción: incluye la amenaza verbal, la fuerza física, la intimidación y la extorsión para tener contacto sexual sin el consentimiento de la víctima o para aprovecharse de que no está en condiciones de dar su consentimiento, ya sea por una incapacidad mental para entender la situación, discapacidad, o por estar dormida (Brown et al., 2009; Krug et al., 2002).

◆ Agresión sexual por medio de la sumisión química: hace referencia a la agresión sexual facilitada por sustancias psicoactivas para disminuir la resistencia de la víctima durante la agresión sexual (Alberta Justice and Solicitor General, 2013; Brown et al., 2009; Butler & Welch, 2009; Xifró et al., 2015). Es decir, la víctima queda semiconsciente o inconsciente debido al consumo voluntario o involuntario de sustancias en cantidades superiores a lo habitual e incluso hasta niveles de intoxicación, siendo incapaz de consentir o de poner resistencia a la agresión (Brown et al., 2009; Butler & Welch, 2009; Xifró et al., 2015). La mayoría de estas agresiones son de

noche, posteriores a una actividad social y perpetradas por un desconocido (Xifró et al., 2015). La víctima suele ser extranjera, consumir alcohol, presentar amnesia sobre el suceso y sospechar haber sido agredida sexualmente (Du Mont et al., 2009; Littleton, Grills-Taquechel, & Axsom, 2009; Xifró et al., 2015). La incidencia de agresiones sexuales por medio la de sumisión química es aproximadamente entre un 10% y 17% (Isorna & Rial, 2015; Navarro & Vega, 2013).

1.2. Prevalencia

A pesar de que la agresión sexual es un fenómeno mundial que se da en todas las clases sociales, se cuenta con pocos datos estadísticos, siendo crucial aumentar las investigaciones en el tema y plantearse como prioridad medir su prevalencia (Dartnall & Jewkes, 2013). La Organización Mundial de la Salud (OMS) resalta la importancia de tener datos fidedignos sobre la agresión sexual que permitan entender su magnitud real, visibilizarla como un problema por resolver y sensibilizar a la población (Krug et al., 2002). Sin embargo, en la práctica esto resulta todo un reto principalmente por tres factores:

1) Producción científica: la mayoría de las investigaciones se enfocan más en otros tipos de violencia o en otras formas de violencia sexual, por ejemplo, la violencia física en la pareja, el abuso sexual infantil y la trata de mujeres (FRA, 2014).

2) Falta de claridad conceptual: que origina confusión y diferencias respecto a lo que abarca el término, no permitiendo hacer comparación entre los estudios disponibles. Esto se puede observar en muchas investigaciones en las cuales no hay distinción entre agresión física y sexual, o entre la agresión sexual por parte de la pareja, conocidos y desconocidos (Dartnall & Jewkes, 2013; Krug et al., 2002).

3) La falta de registro o denuncia de la agresión sexual: que puede ser causada por la normalización de la cultura de la violencia, por las dificultades para documentarla, por desconocimiento respecto a los procedimientos y/o servicios disponibles, así como por las implicaciones y desconfianza en el proceso judicial (Isorna & Rial, 2015; Ramos, Saltijeral, Romero, Caballero, & Martínez, 2001; Wilson & Miller, 2015; Wood & Stichman, 2017).

Respecto a los datos disponibles, éstos pueden no ser tan exhaustivos y fiables debido a que la mayoría se obtienen de encuestas con la población, informes policiales, estudios de entornos clínicos y organizaciones no gubernamentales haciendo referencia a lo que se reporta y no a lo que realmente ocurre, subestimando la cifra real y únicamente representando una aproximación al fenómeno (Krug et al., 2002; Ramos et al., 2001).

Con base en los datos obtenidos en encuestas e investigaciones se estima que a nivel mundial más de una tercera parte de las mujeres ha sido agredida física o sexualmente a lo largo de su vida (OMS, 2014a). La prevalencia es mayor en los países de ingreso bajo y mediano en comparación con los países de más alto ingreso (Dartnall & Jewkes, 2013; World Health Organization [WHO], 2010).

En Europa el 11% de la población femenina ha experimentado agresión sexual a partir de los 15 años (FRA, 2014). En España el 13.7% de las mujeres mayores de 16 años ha sido agredida sexualmente (Luken, 2015). En Cataluña el 9.1% de las mujeres han experimentado agresiones sexuales a lo largo de sus vidas (Generalitat de Catalunya, 2010). En la figura 2, se muestra como en Barcelona ha ido evolucionando la cifra de mujeres agredidas sexualmente atendidas en el servicio de urgencias del Hospital Clínic.

Agresiones sexuales

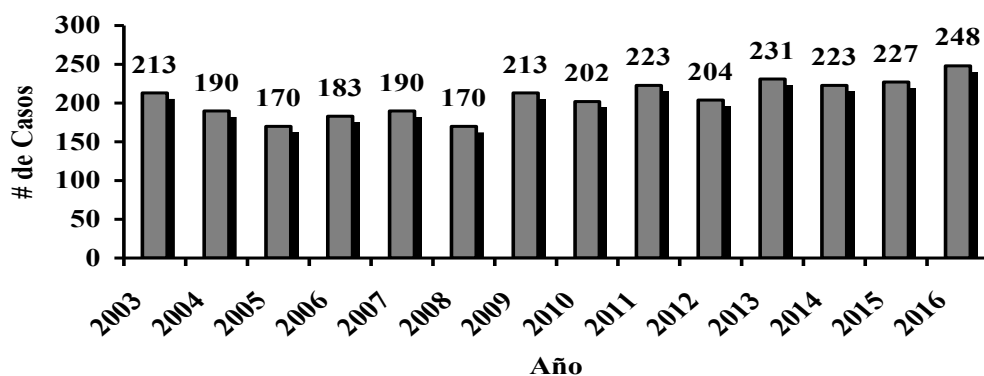


Figura 2. *Agresiones sexuales del 2003-2016 atendidas en el servicio de urgencias del Hospital Clínic de Barcelona.*

Nota: Fuente: Estadísticas internas de la Comissió de Violència Intrafamiliar i de Gènere (CVIG, 2013) y del Programa de Prevención y Tratamiento de las Secuelas Psíquicas en las Mujeres Víctimas de una Agresión Sexual.

Otra fuente importante para estimar la prevalencia de las agresiones sexuales son los índices de denuncia por delitos sexuales. Sin embargo, de acuerdo con diferentes estudios internacionales la incidencia de los delitos sexuales es baja (alrededor del 1 %) debido a la falta de denuncia que enmascara la magnitud de la problemática, siendo las cifras absolutas superiores (Redondo, 2002).

En España durante el 2015 se denunciaron 9,869 delitos contra la libertad sexual, de los cuales 1,229 corresponden a delitos de agresión sexual con penetración. Mientras que en Cataluña durante ese mismo periodo se registraron 1,928 delitos contra la libertad sexual y 330 agresiones sexuales con penetración (Ministerio Interior [MI], 2016).

No todas las mujeres agredidas sexualmente denuncian el incidente. Por ejemplo, en Barcelona el 13.3 % de las mujeres atendidas en el servicio de urgencias de un Hospital no denunciaron la agresión sexual (Grau et al., 2011). Las mujeres menos propensas a denunciar son las universitarias, las inmigrantes con situación irregular y

aquellas en las que la agresión sexual fue por medio de la sumisión química (Brown et al., 2009; Clark & Quadara, 2010; Igareda & Bodelón, 2014; Naredo, 2013; Wood & Stichman, 2017). Los factores que disminuyen la probabilidad de denuncia son: no presentar lesiones graves, agresión sexual en contextos familiares, consumo de alcohol u otras sustancias y la creencia de que la denuncia les ocasionará más riesgos o dolor que beneficios (Lorente & Lorente, 1999; Redondo, 2002). Las razones para no denunciar son: los sentimientos de vergüenza, culpa, falta de apoyo de familiares o amigos, la estigma, la discriminación, temor a represalias por parte del perpetrador, miedo a ser sancionadas o expulsadas del país, demora y demanda del trámite, evitar las consecuencias negativas propias del sistema judicial tales como la narración detallada, las dificultades para demostrar la agresión y la victimización secundaria (Brown et al., 2009; Carretta, Burgess, & DeMarco, 2015; Clark & Quadara, 2010; Contreras et al., 2010; Krug et al., 2002; Igareda & Bodelón, 2014; Lorente & Lorente, 1999; Naredo, 2013; Redondo, 2002; Sortzen, 2011; Wood & Stichman, 2017). En cambio, los factores que aumentan la probabilidad de denuncia son: la existencia de lesiones físicas o anogenitales, uso de armas, sensación de amenaza para la vida, penetración, agresor desconocido y cuando se solicita al forense (Grau et al., 2011; Larsen, Hilden, & Lidegaard, 2014; Sarasua, Zubizarreta, Corral, & Echeburúa, 2012; Seyller et al., 2016).

Por otra parte, la prevalencia de la agresión sexual se puede ver incrementada debido a la existencia de factores macrosociales, comunitarios, relacionales e individuales asociados a que las mujeres sean más vulnerables a ser víctimas de agresiones sexuales (Heise, Ellsberg, & Gottemoeller, 1999; OMS, 2016). Estos factores son: la cultura de la violencia normalizada, la cultura patriarcal, las respuestas gubernamentales incapaces de proteger a la víctima y castigar al agresor, la pertenencia

a ciertos grupos étnicos (indígenas nativos y americanos multirraciales), el ser inmigrante, la pobreza, el bajo nivel socioeconómico, la baja escolaridad, el maltrato infantil, el abuso sexual infantil, los antecedentes de agresiones físicas o sexuales en la edad adulta, la discapacidad, los antecedentes psiquiátricos, ser niña o adolescente, ser estudiante universitaria, el consumo de sustancias psicoactivas, tener muchos compañeros sexuales, la prostitución, tener pareja, estar casada, estar divorciada, los celos por parte de la pareja, el control de la pareja y la pobre red de apoyo por parte de familiares o amigos (Alberta Justice and Solicitor General, 2013; Basile, Breiding, & Smith, 2016; Breiding & Armour, 2015; Breiding, et al., 2014; Brown, Du Mont, Macdonald, & Bainbridge, 2013; Contreras et al., 2010; Creighton & Jones, 2011; Elliot, Mok, & Briere, 2004; Golding, Wilsnack, & Cooper, 2002; Hocagil et al., 2016; Krug et al., 2002; Naredo, 2013; Satyanarayana, Chandra, & Vaddiparti, 2015).

La vulnerabilidad de las mujeres se manifiesta de manera diferente, por ejemplo, para las mujeres inmigrantes la vulnerabilidad es mayor en el contexto laboral debido a la situación de informalidad en el empleo y a la precariedad económica (Naredo, 2013). En contraste, las mujeres universitarias son más vulnerables a ser agredidas sexualmente mientras están bajo los efectos de sustancias psicoactivas, siendo más sensibles aquellas con historias previas de victimización (Romero-Sánchez & Megías, 2009; Senn et al., 2014). Investigaciones realizadas en diferentes países confirman que el consumo de alcohol y otras sustancias pueden facilitar la agresión sexual por medio de la sumisión química en mujeres en edad universitaria (Grau et al., 2011; Larsen et al., 2014; Monk & Jones, 2014; Senn et al., 2014). Es importante destacar que el consentimiento en el consumo de sustancias no significa un consentimiento para el sexo (Alberta Justice and Solicitor General, 2013).

1.3. Respuesta e Impacto ante una Agresión Sexual

Por un lado, durante la agresión sexual generalmente las mujeres tienen una respuesta de estrés, ya sea de lucha o huida (Alberta Justice and Solicitor General, 2013). Algunas despliegan reacciones de sobresalto, se defienden mediante la fuerza, gritos, huyendo o corriendo. Mientras que en otras, la percepción de ataque y amenaza durante la agresión provoca que se sientan temerosas, indefensas, desorientadas, sin fortaleza, ni autocontrol y con desconfianza para decir no o negarse a la agresión sexual. Entonces, exhiben reacciones de pánico, se paralizan o disocian y ceden por temor a las consecuencias de resistirse o reclamar (Echeburúa, 2004; Mason & Lodrick, 2013; Sullivan & Everstine, 2004). Ambas respuestas son adaptativas ante la existencia de un peligro amenazador (Echeburúa, 2004).

Por otro lado, después de la agresión sexual las víctimas pueden experimentar de forma inmediata, a corto y a largo plazo una afectación en su salud física, su salud mental, su vida social y su economía (Breiding et al., 2014; Conoscenti & Mc Nally, 2006; Igareda & Bodelón, 2014; Jina & Thomas, 2013; Krug et al., 2002; Loya, 2015; OMS, 2013a).

De forma inmediata, se pueden observar lesiones corporales como heridas, arañazos, mordidas, azotes, quemaduras, fracturas, hemorragias, hinchazón en genitales o ano, marcas o moretones en la piel y sangrado anormal (Alberta Justice and Solicitor General, 2013; OMS, 2013a; Sebaeng et al., 2016). Cuando las agresiones sexuales están relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas las víctimas suelen reportar mareos, intoxicación, somnolencia, confusión, debilidad, extraña sensación de tener dificultades visuales, motoras o físicas y recuerdos parciales o ningún recuerdo de lo ocurrido (Gauntlett-Gilbert, Keegan, & Petrack, 2004; Alberta Justice and Solicitor General, 2013).

Según la OMS, un evento traumático como la agresión sexual origina reacciones iniciales, a las cuales se les denomina reacciones al estrés, crisis de nervios, shock psíquico o reacción aguda de crisis. Estas reacciones hacen referencia a un trastorno transitorio de gravedad importante, pero que generalmente remite en horas (OMS, 1992, 2000, 2013b).

Las reacciones iniciales más comunes durante las primeras horas son: (a) las reacciones emocionales expresivas que se caracterizan por llanto, histeria, quejidos, inquietud, tensión y explosiones de ira; o (b) las reacciones emocionales encubiertas y controladas en las que la víctima se muestra tranquila, sumisa o con aparente calma (Herbert, Grams, & Berkowitz, 1992; Lorente & Lorente, 1999). Estas reacciones no deben tomarse como parámetro del grado de afectación en la víctima, cada mujer reacciona de forma única e impredecible dependiendo de su estilo personal, su historia, sus recursos de afrontamiento, su cultura, su sistema de apoyo, su contexto, así como del tipo de agresor y el tipo de sumisión (Alberta Justice and Solicitor General, 2013; Moreno & del Busto, 2000).

Es importante tener presente que las respuestas iniciales que se dan en la fase aguda pueden variar en intensidad, ya sea que se presenten síntomas aislados o que se cumplan los criterios para el TEA u otra patología. Por lo tanto, las reacciones iniciales juegan un papel influyente en el surgimiento de problemas de salud posteriores (Carvajal & Carbonell, 2002; Elklit, Due, & Christiansen, 2009).

A corto plazo, la agresión sexual puede originar cefaleas, lumbalgias, dolor pélvico, traumatismo extragenital, síntomas somáticos de dolor, fatiga, infecciones de las vías urinarias, irritación en la laringe o faringe, alteraciones del sueño, irritabilidad gastrointestinal con pérdida de apetito, anorexia, náuseas y dolores abdominales (Alberta Justice and Solicitor General, 2013; Contreras et al., 2010; Grossman,

Hoffman, & Shrira, 2017; Krug et al., 2002; Lorente & Lorente, 1999; OMS, 2013a; Santaularia et al., 2014; Seyller et al., 2016). También la salud sexual y reproductiva puede verse afectada con embarazos no deseados, abortos provocados, trastornos ginecológicos, disminución del deseo sexual y enfermedades de transmisión sexual (Alberta Justice and Solicitor General, 2013; Krug et al., 2002; OMS, 2013a).

A largo plazo, pueden originarse problemas de salud crónicos, estos incluyen: discapacidad, limitaciones en la movilidad, cáncer, colesterol alto, afecciones o enfermedades cardíacas, accidente cerebrovascular, problemas circulatorios, trastornos del sistema nervioso central, colon irritable, trastornos gastrointestinales, asma, fibromialgia, dolor crónico, infección del VIH, mala salud en general e incluso consecuencias mortales (Alberta Justice and Solicitor General, 2013; Contreras et al., 2010; Krug et al., 2002; OMS, 2013a; Santaularia et al., 2014; Seyller et al., 2016).

Dado todo lo anterior, la agresión sexual es considerada un problema de salud grave, ya que las víctimas padecen más problemas de salud a lo largo de sus vidas y se asocia con la reducción de uno a cinco años de la vida saludable en mujeres (Brown et al., 2013; Eadie, Runtz, & Spencer-Rodgers, 2008; Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2000, como se citó en Carrasco & Mazo, 2005; OMS, 2002; Satyanarayana et al., 2015).

Respecto al estudio de las consecuencias psicológicas de la agresión sexual, éste fue iniciado en 1974 por Burgués y Holmstrom, quienes describieron los cambios y síntomas que una víctima de agresión sexual puede experimentar durante el primer mes, a lo cual denominaron síndrome del trauma de violación. En este síndrome existe tres fases: la fase aguda de desorganización, la fase de ajuste hacia el exterior y la fase de reorganización (Lorente & Lorente, 1999).

En los estudios posteriores al síndrome del trauma de violación se documenta que muchas mujeres presentan consecuencias psicológicas intensas en la evaluación inicial, al mes de la agresión sexual e incluso en el año posterior, las cuales se asocian al haber experimentado durante la agresión impotencia, desesperanza y miedo a ser dañada gravemente o morir (Cruz, 2014; Echeburúa & Redondo, 2010; Elliot et al., 2004; González & Pardo, 2007; Ramos et. al., 2001; Redondo, 2002; Santaularia et al., 2014; Seyller et al., 2016).

Los estudios señalan que con frecuencia las mujeres agredidas sexualmente presentan síntomas somáticos, malestar emocional, déficits en la autoestima, vergüenza, culpa, miedo, inseguridad, ansiedad, ira y deseos de venganza. Igualmente experimentan cambios en la autopercepción, alteración negativa en el concepto de sí mismas, daños en la reputación sexual, conductas de evitación sexual, disminución en la frecuencia y deseo de las relaciones sexuales, alteración en la auto percepción de su valor como pareja romántica, aislamiento social y desconfianza en los demás. Así mismo, es común el surgimiento de pesadillas, insomnio, problemas de atención, dificultades para concentrarse, alteraciones en la memoria, imágenes intrusivas o sensación de revivir el trauma, desórdenes alimenticios, depresión, síndrome de la mujer violada, autolesiones, consumo excesivo de sustancias psicoactivas, Trastorno de Estrés Agudo (TEA), Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), ideación y/o intentos suicidas (Alberta Justice and Solicitor General, 2013; Aparicio & Muñoz, 2007; Basile et al., 2015; Bedard-Gilligan, Kaysen, Desai, & Lee, 2011; Behnken, Le, Temple, & Berenson, 2010; Brooker & Tocque, 2016; Clark & Quadara, 2010; Conoscenti & McNally, 2006; Contreras et al., 2010; Cruz, 2014; Eadie et al., 2008; Echeburúa et al., 2004; Elklit & Christiansen, 2010; Groff Stephens & Wilke, 2016; Hall Brown, Akeeb, & Mellman, 2015; Hansen, Armour, Wang, Elklit & Bryant, 2015; Hellman, 2014;

Keshet & Gilboa-Schechtman, 2016; Krug et al., 2002; Mondin et al., 2016; Nilsson et al., 2015; OMS, 2013a; Perilloux, Duntley, & Buss, 2012; Ramos et al., 2001; Redondo, 2002; Santaularia et al., 2014; Sarasua, et al., 2012; Sebaeng et al., 2016; Seyller et al., 2016; Smith, Summers, Dillon, & Cogle, 2016; Tiihonen, Bäckström, Söndergaard, & Helström, 2014; Ullbarri, Ulloa, & Salazar, 2015; Ullman & Najdoeski, 2009; Ullman & Sigurvinsdottir, 2015; Wellman, 2014).

De igual forma, las relaciones sociales se ven afectadas, ya que las mujeres tienden a aislarse, dejar de participar en sus actividades cotidianas, evitar ir a lugares específicos, tener miedo a salir de casa, querer ir acompañadas si salen y perder fuerza para cuidar de sí mismas y/o de otras personas (Igareda & Bodelón, 2014; Krug et al., 2002; OMS, 2013a). A la par, la economía de las mujeres se ve dañada por las secuelas en la respuesta al trauma, ya que suele disminuir su rendimiento laboral o pueden sentirse incapaz de trabajar, lo cual puede originar que pierdan el trabajo o que soliciten la baja laboral, quedándose sin dinero para cubrir sus necesidades básicas (Krug et al., 2002; Loya, 2015). Debido a que las víctimas acuden con mayor frecuencia a los servicios de salud, tanto la economía de la mujer como de la nación se ve afectada por el costo del tratamiento y de su atención en las instituciones de salud pública (Conoscenti & Mc Nally, 2006; OMS, 2002; Brooker & Tocque, 2016). De ahí la importancia de su prevención y de movilizar los recursos disponibles para atenderla (OMS, 2002, 2013a).

1.4. Atención en los Servicios de Salud

A pesar de que la agresión sexual constituye un evento traumático con una alta connotación negativa y un fuerte impacto en la salud de la mujer, no todas reaccionan igual, depende de ciertos factores de riesgo y de protección (Cruz, 2014).

Algunas mujeres se sobreponen y no desarrollan cuadros clínicos a corto y/o largo plazo debido a la existencia de factores protectores que las hacen más resistentes para enfrentarla y superarla (Echeburúa & Redondo, 2010). Los factores protectores y predictores de una mejor adaptación tras la agresión sexual son: el equilibrio psicológico previo, el apoyo familiar o social que les ayuda a salir adelante, la satisfacción con el apoyo recibido, la sensación de control sobre su recuperación, así como las estrategias de afrontamiento de aceptación, humor y autodistracción (Cruz, 2014; Cruz, Peña, & Andreu, 2015; Echeburúa & Redondo, 2010; Sarasua, et al., 2012). Sin embargo, hay mujeres que presentan secuelas en su salud física y mental requiriendo de ayuda psicológica y/o farmacológica. Estas mujeres son más vulnerables debido a la presencia de ciertos factores de riesgo (Cruz, 2014; Echeburúa & Redondo, 2010; Krug et al., 2002; Loya, 2015; OMS, 2013a).

Los factores de riesgo para presentar una mayor sintomatología clínica después de la agresión sexual son:

1) Factores de riesgo previos a la agresión: poca extroversión, alta inestabilidad emocional, poca amabilidad y apertura, pertenecer a una minoría, ser inmigrante en situación irregular, situación económica precaria, estar a cargo de hijos pequeños, haber tenido problemas de salud y/o familiares en el último año, antecedentes de trastornos mentales, historia de victimización y agresión sexual previa (Cruz, 2014; Echeburúa & Redondo, 2010; Sarasua et al., 2012). El abuso experimentado de forma reiterada a lo largo de la vida origina menor capacidad de recuperación y peor salud, ya que la mujer puede sentirse atrapada y desbordada por el trauma (Echeburúa & Redondo, 2010; MacIntosh, Wuest, Ford-Gilboe, & Varcoe, 2015).

2) Factores de riesgo durante la agresión: la coacción, uso de arma blanca, las heridas provocadas, las lesiones graves, estar en estado consciente, quedar paralizada y

que el agresor sea conocido (Behnken et al., 2010; Cruz, 2014; Sarasua et al., 2012; Ullman & Najdoeski, 2009). La agresión sexual mediante la felación y la penetración vaginal o anal tiene efectos más negativos en comparación con los intentos de violación (Perilloux et al., 2012).

3) Factores de riesgo posteriores a la agresión: los sucesos estresantes recientes, internalización del estigma de la agresión sexual, elevadas creencias desadaptativas sobre uno mismo, la necesidad de realizar conductas para controlar el futuro y prevenir sucesos adversos, la creencia de que es probable una nueva agresión, la estrategia de afrontamiento de planificar acciones para afrontar el estresor, reacciones sociales negativas, falta de apoyo socio-familiar, recibir apoyo social instrumental no necesitado en ese momento, negación, sentimiento de culpa, abuso de alcohol y el desahogo mediante el uso de sustancias (Behnken et al., 2010; Cruz, 2014; Cruz et al., 2015; Deitz, Williams, Rife, & Cantrell, 2015; Sarasua et al., 2012; Ullman & Najdoeski, 2009; Ullman, Filipas, Townsend, & Starzynski, 2007).

Consecuentemente, es importante brindar atención a la salud física y mental de las víctimas para tratar sus secuelas y prevenir el desarrollo de psicopatologías. En especial en aquellas que presentan factores de riesgo. Se ha evidenciado que no recibir atención terapéutica adecuada después de la agresión sexual puede ocasionar problemas de adaptación y disfunción en algunas áreas de la vida (Brown et al., 2013; Echeburúa, Corral, Zubizarreta, & Sarasua, 1995; Jina & Thomas, 2013). Lamentablemente, hay mujeres que no buscan ayuda y no revelan la agresión sexual por sentirse avergonzadas y con miedo de ser juzgadas (FRA, 2014).

De las que buscan atención médica o asesoramiento psicológico, la mayoría no lo hace de forma inmediata (Wellman, 2014; Zinzow, Resnick, Barr, Danielson, & Kilpatrick, 2012). Por ejemplo, las agredidas sexualmente por alguien conocido

demoran más en solicitar atención en los servicios de urgencias (McCall-Hosenfeld, Freund, & Liebschutz, 2009). Al igual que las víctimas de agresión sexual por sumisión química que demoran por no recordar o recordar parcialmente lo ocurrido (Navarro & Vega, 2013).

En relación con las víctimas que acuden a emergencias después de la agresión sexual, la mayoría espera recibir atención física y psicológica, contar con alguien para hablar que las apoye, dé protección y ayuda práctica (Denis, Seyller, & Chariot, 2016; FRA, 2014). Por ello, los profesionales de salud que trabajan en los servicios de urgencias o ambulatorios necesitan estar capacitados para hacer frente a los problemas de salud relacionados con la agresión sexual y ser cuidadosos de no generar victimización (Contreras et al., 2010; FRA, 2014; Resnick, Acierno, Holmes, Dammeyer, & Kilpatrick, 2000). Igual es importante que sean conscientes que tienen un rol clave en la evaluación, atención, seguimiento y apoyo a las víctimas de agresiones sexuales (Vrees, 2017). Por ejemplo, en un estudio previo algunas mujeres que recibieron atención y seguimiento refirieron que si la enfermera no las hubiera contactado, ellas no hubiesen buscado el apoyo a pesar de necesitarlo (Herbert et al., 1992).

En efecto, no todas las víctimas acuden a la cita de seguimiento después de una agresión sexual, son pocas las que completan el seguimiento y reciben atención posterior (Darnell et al., 2015). Las razones por las que se pierden a estas mujeres en el seguimiento son: que no hay número de teléfono de contacto, el teléfono está desconectado, se cambió de número telefónico y no hay dirección para reubicarla (Herbert et al., 1992). La probabilidad de realizar seguimiento disminuye si la mujer tiene discapacidad, enfermedad psiquiátrica actual, ha sufrido severas lesiones o amenazas de parte del agresor, si la agresión sexual fue en público y por presentar

conductas de evitación (Darnell et al., 2015; Herbert et al., 1992). Por el contrario, aumenta cuando la enfermera contacta a la víctima, se tiene una condición previa de salud mental, se realiza la revisión médico/forense completa en emergencias y se cuenta con el apoyo social para hacer frente a la agresión sexual (Darnell et al., 2015; Herbert et al., 1992).

Finalmente, solo un tercio de las víctimas de agresión sexual usan los servicios de salud mental durante los seis meses posteriores a la agresión (Price, Davidson, Ruggiero, Acerno, & Resnick, 2014). La probabilidad de recibir tratamiento se asocia con tener seguro médico privado o tarjeta sanitaria, haber recibido tratamiento en salud mental previamente, presentar síntomas depresivos al menos un día, incrementándose en caso de abuso de sustancias y de antecedentes de tratamiento en salud mental (Price et al., 2014). Mientras que la probabilidad de recibir tratamiento disminuye cuando las mujeres aún no han sido usuarias de servicios de salud mental y presentan síntomas del TEPT un mes posterior a la agresión, ya que las víctimas pueden interpretar los síntomas de hipervigilancia y de evitación como estrategias de afrontamiento adaptativas (Christopher, 2004; Price et al., 2014; Ullman et al., 2007)

Capítulo 2. Trastorno de Estrés Agudo (TEA)

Los trastornos de estrés (TEA y TEPT) son una de las secuelas más frecuentes de encontrar como consecuencia de un evento traumático (Guez et al., 2013). Un evento traumático es un suceso tan intenso (p.ej. accidentes, muertes, violencia, agresiones sexuales y desastres naturales) que amenaza la vida, seguridad, bienestar e integridad de la persona, generando miedo, desesperanza, horror y dolor, a la vez sobrepasa la capacidad de procesamiento del sistema nervioso, altera la organización del mundo interno, ocasionando reacciones emocionales, cognitivas y síntomas psíquicos que pueden durar días, meses y años después de que el evento ha ocurrido (Castro, Campo, & López, 2003; Forneris et al., 2013; González & Pardo, 2007; Marquez, 2014; Medina, 2015).

Los trastornos de estrés son considerados problemas importantes tanto a nivel social como de salud pública debido a su alta prevalencia y a la gravedad de sus consecuencias (Gradus, 2017; Guez et al., 2013; Medina, 2015; Moreno et al., 2005). Por ello, la OMS (2013b) ha establecido dentro de sus objetivos la atención del TEA y TEPT en sus programas mundiales. No obstante, con respecto a los trastornos de estrés en mujeres agredidas sexualmente la mayoría de los estudios se centra en TEPT más que en el TEA (Hellman, 2014).

El TEA es un trastorno psiquiátrico transitorio, caracterizado por reacciones patológicas de estrés agudo, síntomas de intrusión, estado de ánimo negativo, disociación, hiperactivación y evitación durante el primer mes después de experimentar un evento traumático (Asociación Americana de Psicología [APA], 2013).

2.1. Modelos Explicativos

Para explicar el surgimiento del TEA se cuenta con tres modelos teóricos (Bryant & Harvey, 2002):

1) Modelo teórico biológico: refiere que en los individuos con TEA se da una alteración en el procesamiento del miedo a través de la hiperactividad de la amígdala y la corteza prefrontal (Reynaud et al., 2015). Las estructuras involucradas en las respuestas neurobiológicas a situaciones de estrés intenso son: el eje hipotálamico-hipofisario-adrenal (HHA) y el locus coeruleus. Mientras que las estructuras límbicas están implicadas en el condicionamiento del miedo. La incapacidad para regular los estados de excitación que surgen de la desregulación noradrenérgica se origina por el miedo condicionado y la sensibilización neuronal progresiva después del evento traumático (Bryant & Harvey, 2002).

2) Modelo teórico disociativo: señala que el TEA se desarrolla como resultado de la interferencia de la disociación en la integración y resolución de la memoria traumática (Koopman, Classen, Cerdeña, & Spiegel, 1995). La disociación es una estrategia de afrontamiento primaria que permite reducir al mínimo el impacto emocional del evento traumático al limitar la conciencia de la experiencia, originando recuerdos desorganizados y fragmentados (Bryant & Harvey, 2000). Por consiguiente, las respuestas disociativas iniciales (p.ej. alteraciones perceptuales, desapego emocional, deterioro en la memoria) pueden impedir la desactivación de las estructuras de miedo, limitar el procesamiento emocional, la asimilación y la resolución de los recuerdos traumáticos (Koopman et al., 1995).

3) Modelo teórico cognitivo: explica que las emociones son almacenadas en redes de memoria. El TEA se asocia a una distorsión cognitiva causada por la red de memoria del miedo, la cual produce un sesgo atencional ante los estímulos relacionados

con la amenaza y las creencias exageradas sobre la vulnerabilidad a peligros y amenazas en el futuro (Bryant & Harvey, 2002; Warda & Bryant, 1998). Es a través de la activación y modificación de la red de memoria del miedo que se da la resolución de los síntomas (Bryant & Harvey, 2002).

Bryant y Harvey (2000) proponen un modelo teórico integrador para intentar explicar el TEA. En el modelo se incluye: la dimensión temporal en la reacción traumática, los factores predisponentes, la red de miedo y las estrategias de afrontamiento.

Los factores predisponentes (antecedentes psiquiátricos y variables genéticas) influyen en la respuesta del sujeto ante el evento traumático y en la posibilidad de desarrollar el TEA (Bryant & Harvey, 2000). El evento traumático desencadena la red de miedo, la cual está constituida por diferentes representaciones no integradas de la experiencia traumática. Si el individuo muestra una elevada excitación durante la fase de estrés agudo, se originará una activación frecuente de la red de miedo y dependiendo de la forma en que lo maneje posibilitará el desarrollo de trastornos de estrés (Bryant & Harvey, 2000).

Las estrategias de afrontamiento utilizadas en la fase de estrés agudo (de evitación, sesgos de atención, interpretaciones distorsionadas, estilo de atribución interno y elevado nivel de activación o sugestión) tienen un rol importante para el desarrollo del trastorno de estrés (Bryant & Harvey, 2000). Las estrategias de evitación activa y disociación impiden que se active la red del miedo, dificultan el procesamiento emocional, favorecen la reexperimentación del trauma, promueven el distanciamiento emocional, con lo cual se desarrolla el TEA e incrementa la posibilidad de que se vuelva crónico originando TEPT. En cambio, las estrategias adaptativas de afrontamiento permiten la activación de la red de miedo originada por el evento

traumático y la integración de la información asociada a la respuesta de miedo en su funcionamiento psicológico habitual. Entonces, aunque puedan experimentar reacciones de estrés agudo, éstas son transitorias y remiten de forma espontánea o por efecto de algún tratamiento sin desarrollar TEPT (Bryant & Harvey, 2000).

2.2. Manifestaciones Clínicas

El TEA se caracteriza por la presencia de una serie de síntomas durante, inmediatamente o posteriormente al evento traumático, los cuales suelen durar de tres días a un mes (APA, 2013).

En el DSM-IV-TR los síntomas se dividían en 4 grupos: Síntomas disociativos, de reexperimentación, síntomas de hiperactivación (aumento de ansiedad o de la actividad psicofisiológica) y síntomas de evitación. Cada grupo representaba un criterio diagnóstico para el TEA (APA, 2002). En cambio, con el DSM-5 los síntomas se presentan en un solo criterio diagnóstico mediante un listado de cinco categorías: intrusión (que se refiere a la reexperimentación), disociación, evitación, hiperactivación y estado de ánimo negativo (APA, 2013). Los síntomas del TEA son prácticamente los mismos con DSM-IV-TR y DSM-5, pero el DSM-5 incluye el estado de ánimo negativo. A continuación se describirá en que consiste cada una de las agrupaciones de los síntomas del TEA.

Disociación.

La disociación es definida como la alteración de la consciencia que implica la desintegración de los procesos psicológicos tales como los pensamientos, las percepciones, los sentimientos, la memoria y la identidad pudiendo ocurrir durante o después del evento traumático (Cardeña & Carlson, 2011; Gore-Felton, Gill, Koopman,

& Spiegel, 1999). Resulta patológica cuando origina disfunción clínica (Cardeña & Carlson, 2011).

La disociación abarca los siguientes síntomas (APA, 1994, 2002, 2013):

- ◆ El embotamiento emocional: es la disminución o ausencia de reacciones emocionales como si la persona estuviese desconectada afectivamente, no sintiera y no pudiera expresar ninguna reacción emocional.

- ◆ La reducción de la conciencia del entorno: se refiere a mirar las cosas con aturdimiento y sin darse cuenta de lo que sucede alrededor.

- ◆ La desrealización: es la sensación de que el mundo es extraño o irreal, por ejemplo, percibir que los objetos se mueven lentamente, sentirse como en un sueño o una película o escenario que no corresponde con su vida.

- ◆ La despersonalización: se refiere a la sensación de distanciamiento de uno mismo, sensación de estar separado del cuerpo, de no ser uno mismo, de que el cuerpo y la mente no le pertenecen, de mirarse uno mismo desde otra perspectiva o como un observador.

- ◆ La amnesia disociativa: es la incapacidad para recordar eventos o información importante que suele ser traumática, pero sin ser causada por una lesión cerebral o el efecto de sustancias psicoactivas (APA, 1994, 2013; Jarero, 2013; Morrison, 2015).

La disociación según el momento en que se presenta puede ser: peritraumática cuando se da durante el trauma o inmediatamente después y persistente si continúa posteriormente. Hay estudios que no las diferencian o no especifican a cual hacen

referencia (Brewin, Andrews, Rose, & Kirk, 1999; Bryant, 2006; Bryant, Friedman, Spiegel, Ursano, & Strain, 2011).

Algunos autores argumentan que la disociación peritraumática se asocia con otros factores de riesgo para el TEPT como por ejemplo: la predisposición genética, el trauma en la infancia, los traumas previos, los antecedentes psiquiátricos, el papel mediador del pánico peritraumático, la presencia de problemas de salud mental, depresión, ansiedad elevada, síntomas de evitación, intrusiones, hiperactivación y distrés psicológico en los primeros días o semanas después del evento traumático (Bryant, 2005; Marshall, Spitzer, & Liebowitz, 1999; Otis, Marchand, & Courtois, 2012; Van der Velden & Wittmann, 2008). En general, las personas que disocian durante el trauma suelen presentar tendencia a disociarse y ser más hipnotizables que las que no disocian (Bryant, Guthrie, & Moulds, 2001). En mujeres víctimas de agresiones sexuales está asociada al abuso sexual infantil (Marshall et al., 1999).

Respecto al impacto de la disociación peritraumática existen dos perspectivas: una la considera una respuesta adaptativa y la otra una respuesta disfuncional. Por una parte, desde la primera perspectiva se considera una reacción transitoria, común, protectora y adaptativa a corto plazo. Es vista como una estrategia defensiva básica que permite manejar experiencias abrumadoras minimizando su impacto, reduciendo el distrés y posibilitando la distancia psicológica entre el individuo y la amenaza (Ataria, 2015; Bryant et al., 2011b; Bryant, 2016; Collins & Ffrench, 1998; Kumpula, Orcutt, Bardeen, & Varkovitzky, 2011). Además, tiene un papel mediador al reducir la relación entre los síntomas del TEA, la desesperanza, culpa, vergüenza y deterioro funcional (Elklit et al., 2009). A pesar de que puede alterar la percepción y atención ante el evento traumático, así como imposibilitar la codificación de la experiencia traumática e influir en la recuperación inicial, no limita que el recuerdo traumático pueda

posteriormente ser procesado emocionalmente y tampoco implica el desarrollo de psicopatología (Bryant, 2016; Zoellner, Jaycox, Watlington, & Foa, 2003).

Por otra parte, los que la consideran disfuncional afirman que la disociación peritraumática constituye una respuesta emocional importante que con frecuencia se asocia con respuestas graves (Bryant et al., 2011b). Por ejemplo, se asocia con la existencia de depresión previa, con la predisposición de presentar depresión, aumentar el consumo de tabaco y desarrollar TEPT (Biggs et al., 2010; Birmes et al., 2003; Ehlers, Mayou, & Bryant, 1998; Fullerton, Ursano, & Wang, 2004; Hiar et al., 2016; Lensvelt-Mulders et al., 2008; Otis et al., 2012; Ozer, Best, Lipsey, & Weiss 2003; Vásquez et al., 2012). Del mismo modo, se vincula con la disociación persistente, la cual impide la desactivación de las estructuras del miedo limitando el procesamiento emocional, la asimilación y la resolución de los recuerdos traumáticos que generan TEA (Bryant & Harvey, 2002).

En cuanto a la disociación persistente, su presencia semanas o meses después del evento traumático puede dar lugar a nuevas reacciones psicopatológicas, afectar la recuperación de los recuerdos, dificultar el manejo del estrés continuo, conducir a la presencia de flashbacks e impedir la adaptación de la experiencia traumática (Briere, Scott, & Weathers, 2005; Bryant, 2016; Bryant et al., 2011b).

Reexperimentación.

La reexperimentación o intrusión hace referencia a la presencia de imágenes recuerdos, pensamientos y flashbacks angustiosos, recurrentes e involuntarios relacionados con el evento traumático; a sueños angustiosos y recurrentes cuyo contenido o afecto están relacionados con el evento traumático; a la sensación de estar reviviendo el evento traumático; al malestar psicológico intenso y prolongado; y a las

reacciones fisiológicas importantes que surgen al exponerse a estímulos internos o externos que recuerdan el evento traumático (APA, 1994, 2013; Jarero, 2013).

La reexperimentación y particularmente los flashbacks se relacionan directamente con altos niveles de hiperactivación en individuos con TEA, siendo ésta un factor desencadenante para su surgimiento (Hopwood & Bryant, 2006; Nixon & Bryant, 2005b).

Hiperactivación.

Los síntomas de hiperactivación se refieren al aumento de la ansiedad o activación psicofisiológica. Algunas de sus manifestaciones son: los problemas de concentración, la inquietud motora, las reacciones de sobresalto, la preocupación y alerta exagerada a peligros futuros (hipervigilancia), la irritabilidad que puede ir desde la furia hasta agresiones verbales o físicas hacia objetos o personas y las alteraciones del sueño, ya sea para conciliarlo, mantenerlo o que debido al aumento de activación se presente inquietud o pesadillas durante el sueño (APA, 1994, 2013; Bryant, 2016, Jarero, 2013). La ansiedad elevada representa un elemento crucial en la respuesta aguda al trauma y se relaciona con la psicopatología aguda (Nixon & Bryant, 2005b).

Evitación.

La evitación hace referencia a los esfuerzos constantes que se realizan para evadir recuerdos, pensamientos, sentimientos, personas, lugares, objetos, conversaciones, actividades, situaciones y cualquier estímulo interno o externo asociado con el evento traumático que pueda resultar perturbador (APA, 1994, 2013; Bryant, 2016; Jarero, 2013). Las mujeres presentan mayores niveles de síntomas de evitación en comparación con los hombres (Fitzharris, Fildes, & Charlton, 2006).

La evitación conductual o cognitiva disminuye el síntoma de hiperactivación y el procesamiento emocional de la experiencia traumática, pero se relaciona con la

presencia e incremento de los síntomas de reexperimentación (Bryant, 2016; Hansen, Armour, & Elklit, 2012; Harvey & Bryant, 1998a; Jarero, 2013; McFarlane, 1992).

Estado de ánimo negativo.

El estado de ánimo negativo hace referencia a la imposibilidad para experimentar emociones positivas como el amor, la felicidad, la ternura, la satisfacción, el gozo, etc. Mientras que se pueden experimentar emociones negativas como miedo, culpa, vergüenza, tristeza o enojo (APA, 2013; Jarero, 2013).

Por otra parte, existen factores que favorecen el mantenimiento y severidad de los síntomas del TEA. Estos factores son: la culpa, la preocupación, el autocastigo, los elevados niveles de ansiedad de rasgo, el pánico peritraumático, la disociación peritraumática, las cogniciones negativas respecto sí mismo, la evaluación negativa del evento traumático, las estrategias de afrontamiento de evitación, rumiar sobre el trauma, ser mujer y la ideación suicida (Bakhshian, Abolghasemi, & Narimani, 2013; Bryant, 2016; Haag, Zehnder, & Landolt, 2013; Harvey & Bryant, 1998b; Hansen, Armour, Wittmann, Elklit, & Shevlin, 2014; Kangas, Henry, & Bryant, 2007; Suliman, Troeman, Stein, & Seedat, 2013; Warda & Bryant, 1998).

Hasta donde se sabe, no hay información sobre la intensidad de los síntomas del TEA en mujeres agredidas sexualmente. Sin embargo, hay un estudio de Echeburúa, Corral y Amor (1998) sobre la intensidad de los síntomas del TEPT en diferentes tipos de víctimas, entre las cuales se incluyen a las víctimas de agresiones sexuales. En ese estudio, el TEPT fue más intenso en las víctimas de agresiones sexuales en comparación con las otras víctimas y su severidad aumentó cuando la agresión sexual fue reciente. Las víctimas de agresiones sexuales presentaron como síntoma más severo la reexperimentación, especialmente en los recuerdos intrusivos y el distrés. El segundo

síntoma más severo fue de hiperactivación, específicamente en hipervigilancia y en las respuestas exageradas de sobresalto. El tercer síntoma más severo fue el síntoma de evitación. Finalmente, la amnesia disociativa presentó escasa relevancia.

En cuanto a la frecuencia con la que se presentan los síntomas TEA (DSM-IV-TR) en mujeres agredidas sexualmente, un estudio previo encontró que en primer lugar se experimenta el síntoma de hiperactivación, en segundo la reexperimentación, en tercero la evitación y en último lugar la disociación (Elklit & Christiansen, 2009). En un estudio posterior con población similar se confirmó este mismo orden en la frecuencia de los síntomas (Shevlin, Hyland, & Elklit, 2014). Mientras que en empleados de un banco robado, los participantes con TEA (DSM-5) presentaron en primer lugar el síntoma de hiperactivación, en segundo la reexperimentación, en tercero la disociación, en cuarto la evitación y por último el estado de ánimo negativo (Armour & Hansen, 2015).

Estas diferencias en la intensidad y la frecuencia con que los síntomas del TEA son experimentados ha suscitado que algunos autores propongan estructuras o subtipos del TEA latentes demostrando que existen diferencias cuantitativas y cualitativas para cada subtipo (Armour & Hansen, 2015; Shevlin et al., 2014). Con base en el DSM-IV-TR se identificaron cuatro estructuras dimensionales del TEA en mujeres víctimas de agresiones sexuales, las cuales se caracterizaron por sus polos opuestos en evitación y hiperactivación. Los síntomas de hiperactivación posteriores al trauma fueron los que mejor identificaron a las mujeres agredidas sexualmente en riesgo de desarrollar TEPT (Shevlin et al., 2014). En cambio con el DSM-5 se han identificado cuatro subtipos latentes del TEA en víctimas de robo de bancos. Estos subtipos se caracterizaron por la sintomatología intrusiva más que la disociativa (Armour & Hansen, 2015).

2.3. Clasificación Diagnóstica

A pesar de que el síndrome del trauma de violación es un diagnóstico de enfermería, se considera que precede al diagnóstico médico del TEA (Alberta Justice and Solicitor General, 2013; Márquez, 2014). El diagnóstico del TEA aparece hasta 1994 en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales cuarta edición (DSM-IV; APA, 1994). Se clasificó dentro de los trastornos de ansiedad y surgió con la finalidad de identificar las reacciones de estrés agudo en el primer mes posterior al evento traumático e identificar a los individuos que en la fase aguda estaban en riesgo de desarrollar TEPT (APA, 1994, 2002; Bryant et al., 2011b).

Sin embargo, el TEA fue criticado por su capacidad para predecir TEPT debido a que no identificaba adecuadamente a todas las personas que posteriormente lo desarrollarían (Bryant, 2006; 2011b, 2016; Bryant, et al., 2015). De acuerdo con estudios previos más de la mitad de los individuos que fueron diagnosticados con TEA desarrollaron TEPT, pero la mayoría de las personas con TEPT no fueron inicialmente diagnosticadas con TEA aparentemente por no cubrir el requisito de disociación (Bryant & Harvey, 1998; Bryant, Creamer, O'Donnell, Silove, & McFarlane, 2012; Bryant, et al., 2015; Koucky, Galovski, & Nixon, 2012). Por lo tanto, se cuestionó el papel central dado a la disociación en el diagnóstico del TEA con DSM-IV y DSM-IV-TR, puesto que no se contaba con evidencias de que fuese el factor de riesgo más importante y no había sustento empírico para la exigencia de al menos tres síntomas disociativos (Brewin et al., 1999; Bryant, 2016; Bryant et al., 2011b; Elklit & Christiansen, 2010; Marshall et al., 1999). Debido a todas estas críticas, se realizaron modificaciones en el diagnóstico del TEA, las cuales fueron presentadas en 2013 con el surgimiento del DSM-5 (APA, 2013; Bryant et al., 2015; Bryant, 2016; Koucky et al., 2012).

Los cambios realizados en DSM-5 fueron en:

a) La clasificación en el manual: el TEA en DSM-5 está dentro de los trastornos relacionados con el trauma y los factores de estrés (APA, 2013).

b) La finalidad diagnóstica: a pesar de que en un principio se tenían la intención de mejorar la capacidad predictiva del TEA en relación al TEPT, al final se establece que el objetivo no es predecir TEPT, sino describir las reacciones de estrés agudo graves e identificar a las personas muy angustiadas y estresadas en la fase aguda que requieren cuidados y tratamiento en su salud mental (APA, 2013; Bryant, 2016).

c) El criterio relacionado al evento traumático: es necesario explicitar si se experimentó directa o indirectamente y se elimina el criterio de reacción subjetiva de amenaza, desesperanza y temor durante el evento traumático. Estudios previos observaron que las personas más vulnerables a desarrollar problemas posteriores al evento traumático tendían a responder con entumecimiento y disociación (sensación de irrealidad, embotamiento emocional y sentirse como en un sueño) más que con las respuestas subjetivas (Kilpatrick et al., 1998; Lindemann 1944; Spiegel & Cardeña, 1991 en Cardeña & Carlson, 2011).

d) El criterio relacionado con los síntomas: dado que el criterio de disociación resultaba demasiado restrictivo, deja de tener el rol principal y se considera igual de importante que los otros síntomas para el diagnóstico del TEA. Además, se reconoce la heterogeneidad de las reacciones agudas (APA, 2013; Koucky et al., 2012).

e) La duración de los síntomas: se aumenta un día para el diagnóstico, lo cual permite prevenir la sobrepatologización de las reacciones iniciales al trauma (APA, 2013; Koucky et al., 2012).

Tabla 1. Criterios diagnósticos del Trastorno de Estrés Agudo (TEA) según DSM-IV-TR y DSM-5

Criterios diagnósticos	DSM IV-TR	DSM 5
Evento Traumático	La persona ha experimentado un acontecimiento traumático en el que: 1) Ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás. 2) Reacción subjetiva, ha respondido con temor, desesperanza u horror intensos.	Ha experimentado o presenciado directamente un suceso traumático o tenido conocimiento de que le ocurrió a un familiar o amigo íntimo, o ha sido expuesto de forma repetida y extrema a detalles del suceso traumático.
Síntomas	Presencia de 3 o más síntomas disociativos y al menos uno de reexperimentación, evitación e hiperactivación.	Presencia de 9 (o más) de los 14 síntomas de intrusión, estado de ánimo negativo, síntomas disociativos, de evitación e hiperactivación.
Malestar Clínico	Malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas de la vida.	Malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas de la vida.
Duración	Mínimo 2 días y máximo 4 semanas.	De 3 días a un mes.
Causalidad	Estas alteraciones no se deben a los efectos de otros factores.	Estas alteraciones no se deben a los efectos de otros factores.

Nota. DSM-IV-TR= Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4ª Edición, Texto Revisado); DSM-5= Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ª Edición).

Por otra parte, a pesar de que con el DSM-5 la predicción del TEPT es modesta, los cambios en los criterios del DSM-5 facilitan una mejor identificación de las personas con TEA que posteriormente desarrollarán TEPT u otro trastorno psiquiátrico (Bryant, et al., 2012; Bryant, et al., 2015). Esto es relevante debido a que un gran número de personas con TEA posteriormente desarrollan algún trastorno psiquiátrico (Bryant, et al., 2012; Bryant et al., 2015). Por consiguiente, el nuevo diagnóstico del TEA resulta útil en entornos de traumatismo agudo para identificar aquellas personas que se beneficiarían de recibir una intervención temprana o posterior de seguimiento que prevenga el desarrollo y cronicidad de otros trastornos psicopatológicos (Bryant, 2016; Bryant et al., 2015; Echeburúa & Redondo, 2010; Elkit & Christiansen, 2010).

2.4. Prevalencia

La prevalencia del TEA ha sido estudiada en diferentes eventos traumáticos y poblaciones variando de un 3% a 65% según sea el caso. Esta variación en la prevalencia depende de la naturaleza del evento traumático, de la gravedad o persistencia del trauma, del grado de exposición y de las características individuales de las víctimas (APA, 2002, 2013; Biggs et al., 2012).

Tabla 2. Estudios de prevalencia del Trastorno del Estrés Agudo (TEA) en diferentes poblaciones

Tipo de población o evento traumático	Prevalencia	Autores
Agresiones físicas.	24%	Elklit y Brink, 2004.
Víctimas de robo y agresiones físicas.	25%	Elklit, 2002.
Empleados bancarios víctimas de robo.	10%	Armour y Hansen, 2015.
Víctimas de crímenes violentos.	19%	Brewin et al., 1999.
Víctimas de quemaduras severas.	10%-23.6%	Harvey y Bryant, 1999a; McKibben, Bresnick, Wiechman Askay y Fauerbach, 2008.
Víctimas de desastres naturales.	12%-64.8%	Mills, Edmondson y Park, 2007; Rojas, Avila y Trujillo, 2008; Wang, Li, Shi, Zhang y Shen, 2010; Yuan et al., 2013; Zhao et al., 2008.
Víctimas de terremoto con depresión.	58.7%	Vitriol, Cancino, Riquelme y Reyes, 2013.
Víctimas de accidentes de trabajo.	6%-12%	Creamer y Manning, 1998; Harvey y Bryant, 1999a.
Víctimas de accidentes automovilísticos.	13%-40%	APA, 2013; Harvey y Bryant, 1998b, 1999b; Holeva, Tarrier y Wells, 2001; Yaşan, Güzel, Tamam y Ozkan, 2009.
Trabajadores en situaciones de desastre.	15%-26%	Biggs et al., 2010; Fullerton et al., 2004.
Víctimas de disparos masivos.	33%	Classen, Koopman, Hales y Spiegel, 1998.
Pacientes con cáncer.	28%	Kangas et al., 2007.
Víctimas de diferentes afecciones médicas.	4%-36%	Franich-Ray et al., 2013; Goebel, Strenge y Mehdorn, 2012; Jubinville, Newburn-Cook, Hegadoren y Lacaze-Masmonteil, 2012; Lefkowitz, Baxt y Evans, 2010; Roberge, Dupuis y Marchand, 2008; Rodin et al., 2013.
Víctimas de lesiones cerebrales traumáticas leve.	14%	APA, 2013.
Padres de niños hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatales.	28%	Shaw et al., 2006.
Niños expuestos a un trauma reciente.	14.-18%	Meiser-Stedman et al., 2017.
Víctimas de abuso sexual en la infancia.	37.5%	Koopman, Gore y Spiegel, 1998.
Víctimas de agresiones sexuales.	19% -59.6%	Brewin et al., 1999; Elklit y Christiansen, 2010; Hansen et al., 2015; Nilsson et al., 2015.

En la tabla 2, se presentan estudios de prevalencia del TEA en diferentes tipos de poblaciones o eventos traumáticos. De estos estudios se observa que la agresión sexual es uno de los eventos traumáticos que mayor prevalencia del TEA genera.

Respecto a las investigaciones centradas en la prevalencia del TEA en mujeres víctimas de una agresión sexual se han encontrado cinco estudios, los cuales se presentan y describen a en la tabla 3. Es importante señalar que el estudio realizado por Elklit y Christiansen (2010) es el único que se centró específicamente en las mujeres adultas agredidas sexualmente. Por otra parte, el estudio de Hansen et al. (2015) es el primero en medir la prevalencia del TEA usando el DSM-V, pero con diferentes subtipos de víctimas de 13 a 17 años y entre ellas se incluyó a las víctimas de violación, sin especificar si se trataba de violaciones recientes o de abusos sexuales en la infancia.

Tabla 3. *Estudios de prevalencia del Trastorno del Estrés Agudo (TEA) en mujeres víctimas de agresión sexual*

Autor	Prevalencia	Muestra	Tiempo de evaluación	Instrumento
Rothbaum, Foa, Riggs y Murdock (1992).	94% (síntomas de TEPT).	N= 95 mujeres víctimas de violación.	Durante los 30 días después de la agresión (M=12.64).	Criterios diagnósticos para TEPT.
Brewin et al. (1999).	19 %.	N=157 hombres y mujeres víctimas de un crimen violento, incluye la agresión sexual.	Durante el primer mes después de la agresión (M=21).	Criterios diagnósticos del TEA.
Elklit y Christiansen (2010).	59.6 %.	N=148 mujeres víctimas de violación.	Entre la 2ª y 6ª semana después de la violación.	ASDS.
Nilsson et al. (2015).	36.7%.	N= 79 mujeres adolescentes víctimas de violación.		ASC-Kids.
Hansen et al. (2015).	56.4%	N=359 víctimas de violación, siendo el 99.4% mujeres.	Entre la 2ª y 3ª semana después de la violación.	ASDS.

Nota: TEPT=Trastorno de Estrés Posttraumático; TEA=Trastorno de Estrés Agudo; ASC-Kids=The Acute Stress Checklist for Children (Kassam-Adams, 2006); ASDS= Acute Stress Disorder Scale (Bryant, Moulds, & Guthrie, 2000).

2.5. Factores de Riesgo

El TEA es uno de los pocos trastornos que requieren la exposición a un factor de estrés severo, lo que implica que las víctimas potenciales podrían ser identificadas y atendidas para prevenirlo (Howlett & Stein, 2016). En consecuencia, una estrategia de prevención sería la identificación de los factores de riesgo asociados al desarrollo del TEA, los cuales son elementos claves para su comprensión y tratamiento (Cruz et al., 2015; Fitzharris et al., 2006; Ursano et al., 2004).

Tabla 4. Estudios de factores de riesgo del Trastorno de Estrés Agudo (TEA)

Autor	Tipo de muestra	Factores de riesgo significativos
Harvey y Bryant (1998a).	N=42 pacientes con lesión cerebral traumática leve después de un accidente automovilístico.	Depresión. Evitación del enfrentamiento.
Koopman et al. (1998).	N=32 mujeres sobrevivientes de abuso sexual que solicitan tratamiento.	Abuso sexual en la infancia. Disociación. Depresión. Ansiedad.
Brewin et al. (1999).	N= 157 víctimas de crímenes violentos.	Género femenino.
Harvey y Bryant (1999b).	N=72 víctimas de accidentes automovilísticos.	Antecedentes psiquiátricos. Antecedentes de trastorno de estrés postraumático (TEPT). Antecedente de accidente de auto. Depresión.
Holeva et al. (2001).	N=434 víctimas de accidentes de tráfico.	Percepción de castigo. Sensación de pérdida. Preocupación. Apoyo social negativo. Baja distracción e interacción social.
Elklit (2002).	N=65 empleados de tiendas víctimas de robo y asalto violento.	Género femenino. El matrimonio. Ansiedad. Contacto con otras víctimas.
Fuglsang, Moergeli, Hepp-Beg y Schnyder (2002).	N=323 víctimas de accidentes hospitalizadas.	Antecedentes psiquiátricos. Remisión a unidad de cuidados intensivos. Sentido de Coherencia. Valoración subjetiva de la gravedad del accidente. Dolor. Afrontamiento emocional.
Grieger, Fullerton, Ursano y Reeves.	N=382 trabajadores de un hospital después del ataque de francotirador.	Género femenino. Consumo de alcohol. Depresión. Amenaza percibida. Inseguridad percibida. Disociación peritraumática.
Elklit y Brink (2003).	N= 1084 víctimas de asalto violento que llegan a la sala de urgencias.	Maltrato físico en la niñez. Abuso sexual infantil. Shock debido a un evento traumático que le pasó a alguien cercano. Sensación de decepción por los demás. Desesperanza.

Autor	Tipo de muestra	Factores de riesgo significativos
Fuglsang, Moergeli y Schnyder (2004).	N= 90 víctimas de accidentes de tráfico tratadas en urgencias.	Género femenino. Miedo durante el accidente. Insatisfacción con el apoyo social.
Fullerton et al. (2004).	n=207 trabajadores en situaciones de desastre. n=421 sujetos no expuestos a desastres.	Estar expuesto a situación de desastre. Ser más joven. Estar soltero.
Holbrook et al. (2005) Nixon y Bryant (2005a).	N= 401 adolescentes lesionados. n=24 sobrevivientes de accidentes de autos. n= 35 víctimas de agresiones no sexuales.	Género femenino. Violencia. Pensamientos negativos sobre su funcionamiento. Preocupación por sus síntomas de ansiedad.
Fitzharris et al. (2006).	N= 62 víctimas de accidentes de tráfico.	Género femenino. Pérdida de conciencia. Dolor agudo. Bajo control percibido. La percepción de amenaza para la vida. Inestabilidad emocional (nueroticismo).
Shaw et al. (2006).	N= 40 padres de niños hospitalizados en la unidad neonatal de cuidados intensivos.	Género femenino. Alteración en el rol de padres y la cohesión familiar. Contención emocional.
Kangas et al. (2007).	N=82 pacientes con cáncer.	Género femenino. Disociación peritraumática. Ansiedad. Preocupación por su diagnóstico. Disminución del funcionamiento cognitivo.
Mills et al. (2007).	N=132 evacuados del Huracán Katrina.	Género femenino. Antecedentes psiquiátricos. Bajo sentido de control personal. Percepción de amenaza a la vida. Ser de raza negra. Heridas relacionadas con Katrina.
Cohen (2008).	N= 199 residentes expuestos a ataques de misiles en Israel.	Género femenino. Tener de 18 a 40 años. Percepción de estar próximo a un misil que cae.
Cohen y Yahav (2008).	N= 235 residentes Israelíes durante la segunda guerra del Líbano.	Género femenino. Ser joven de edad. Baja escolaridad. Bajo status económico. Percepción de la situación como factor de estrés.
Mckibben et al. (2008).	N=178 víctimas de quemaduras graves.	Género femenino. Antecedentes psiquiátricos. Quemaduras en manos, cabeza o cuello. Distrés.
Roberge et al. (2008).	N=477 víctimas de infarto de miocardio.	Síntomas de depresión. Percibir distrés durante el infarto.
Rojas et al. (2008).	n=120 damnificados por inundaciones. n=110 afectados por inundaciones.	Género femenino. Vivir en un refugio después del evento traumático.
Zhao et al. (2008).	N=891 víctimas de terremoto en China.	Género femenino. Condición familiar de víctimas y pérdida de propiedades.
Broomhall et al. (2009).	N=1116 pacientes con lesión traumática	Lesión cerebral traumática leve. Niveles altos de distrés.
Elklit et al. (2009).	N= 150 mujeres víctimas de agresión sexual.	Disociación peritraumática.
Yaşan et al. (2009).	N= 95 víctimas de accidentes de tráfico.	Disociación peritraumática. Bajo apoyo social.

Autor	Tipo de muestra	Factores de riesgo
Biggs et al. (2010).	N=90 trabajadores de catástrofes (policías, personal médico, bomberos y socorristas) durante el 9/11 World Trade Center.	Exposición a muertos o heridos y conocerlos. Exposición previa a eventos traumáticos. Disociación peritraumática.
Jubenville et al. (2012).	N= 40 madres de recién nacidos prematuros e ingresados.	Parto prematuro. Síntomas de depresión. Síntomas de estrés.
Goebel et al. (2012).	N=47 pacientes con cáncer.	Trauma previo.
McCarthy, Ashley, Lee y Anderson (2012).	N=220 padres de niños diagnosticados con cáncer.	Género femenino. Ansiedad de rasgo. Funcionamiento familiar.
Suliman et al. (2013).	N=125 víctimas de accidentes automovilísticos.	Evaluación negativa del suceso. Ansiedad. Riesgo suicida.
Vitriol et al. (2013).	N= 75 mujeres en tratamiento por depresión severa antes y después de un Terremoto en Chile.	Baja escolaridad.
Hansen et al. (2014).	N= 450 víctimas de robo de banco.	Género femenino. Exposición previa a robo. Pánico peritraumático. Disociación peritraumática. Ansiedad. Pensamientos negativos sobre sí mismo.

Como se observa en la tabla 4, hasta la fecha únicamente existe un estudio sobre los factores de riesgo en mujeres víctimas de agresión sexual, pero su objetivo fue probar que los síntomas del TEA y del distrés son dos formas independientes de reaccionar ante un evento traumático más que investigar los factores de riesgo para el TEA en esa población (Elklit et al., 2009). Este estudio estuvo conformado por 150 mujeres víctimas de agresión sexual mayormente danesas. El TEA fue evaluado mediante la escala ASDS. Sus resultados indicaron que la disociación peritraumática y aguda (durante o inmediatamente después del evento traumático) predice el TEA en mujeres víctimas de una agresión sexual, concluyendo que el TEA y el distrés son reacciones independientes ante un evento traumático con diferentes variables predictoras (Elklit et al., 2009).

No es sorprendente que la disociación peritraumática sea considerada como factor de riesgo en mujeres víctimas de agresiones sexuales, ya que otros estudios en diferentes tipos de eventos traumáticos la habían señalada como un factor de riesgo

para el desarrollo del TEA (Biggs et al., 2010; Bryant, 2005; Fitzharris et al., 2006; Hansen et al., 2014; Kangas et al., 2007; Yaşan et al., 2009). Además, la disociación peritraumática en el curso del TEA se asocia con la presencia del pánico peritraumático, el cual ha sido identificado como factor de riesgo para el TEA (Bryant & Panasetis, 2005; Hansen et al., 2014).

Finalmente, los factores de riesgo para el TEA en las mujeres agredidas sexualmente permiten identificar a las mujeres que requieren ser referidas a los servicios de salud mental especializados para tratar las secuelas psicológicas y psiquiátricas de la agresión sexual, puesto que la intervención temprana posibilita la prevención del TEPT y de otras psicopatologías (Creighton & Jones, 2011; Cruz, 2014; Ursano et al., 2004; Visser, Gosens, Den Oudsten, & De Vries, 2017).

2.6. Comorbilidad

Es común la comorbilidad en los trastornos psicológicos después de un evento traumático, ya sea por las condiciones preexistentes o posteriores al evento traumático (Bryant, 2016; Price & Van Stolk-Cooke, 2015; Ulibarri et al., 2015).

El TEA puede reactivar los trastornos preexistentes y sus síntomas se pueden superponer a los de otros trastornos. Entre los trastornos más comúnmente asociados con el TEA se encuentra: la depresión, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, fobia social, agorafobia, fobia específica, trastorno obsesivo compulsivo, dificultades para el control emocional, abuso de alcohol, aumento del consumo de tabaco, trastorno por uso de sustancias, suicidio y TEPT (Bakhshian et al., 2013; Barber, Khol, Kassam-Adams, & Gold, 2014; Biggs et al., 2010; Bryant, 2016; Bryant & Panasetis, 2001; Bryant et al., 2012; Bryant, et al., 2015; Graus, 2017).

Es importante no pasar por alto que más de la mitad de las personas diagnosticadas con TEA desarrollan un trastorno psiquiátrico en el año posterior al evento traumático (Bryant et al., 2012; Bryant et al., 2015). Por ejemplo, estudios previos han demostrado que la mayoría de las personas que presentan TEA están en riesgo de desarrollar TEPT (APA, 1994; Brewin et al., 1999; Bryant et al., 2011b; Bryant, Moulds, & Nixon, 2003; Classen et al., 1998; Koucky et al., 2012; Tiihonen et al., 2014; Vitriol et al., 2013; Yaşan et al., 2009). No obstante, el TEA posee mejor poder predictivo negativo, es decir, que la ausencia de síntomas del TEA predice mejor la ausencia del TEPT de lo que la presencia del TEA predice TEPT (Bryant, 2006; Elklit & Christiansen, 2010; Harvey & Bryant, 2002). Es por ello que, se recomienda que en vez de tratar de predecir TEPT mejor se describan las reacciones iniciales de estrés agudo, pero si los síntomas del TEA persisten más de un mes, entonces, es necesario hacer el diagnóstico del TEPT (Bryant, 2011).

Capítulo 3. Agresión Sexual, TEA: El Papel de la Memoria

La memoria es una función compleja que se encarga de almacenar en el cerebro información (Kandel, 2007). Ante un evento traumático como la agresión sexual la memoria puede verse dañada, ya sea que los recuerdos desagradables persistan intensamente más allá del agresión afectando la vida (memoria traumática) o que las pérdida de memoria (amnesia disociativa o anterógrada inducida por sustancias psicoactivas) afecten la continuidad de la identidad (Bryan, 2016; Friedland & Swash, 2016; Kim & Diamond, 2002; Manzanero & Recio, 2012).

◆ La memoria traumática: se refiere al recuerdo patológico del evento traumático, es decir, tan vívido e intenso como si acabara de ocurrir, acompañado de una alta carga emocional que origina que los recuerdos sean desorganizados y percibidos muy negativamente (Manzanero & Recio, 2012). Las mujeres suelen recordar con más detalle y mayor intensidad emocional presentando más frecuentemente la memoria traumática en comparación con los hombres (Bryan, 2016; Kim & Diamond, 2002).

◆ La amnesia: se refiere a la pérdida de memoria, ya sea por la incapacidad para almacenar información o de recordar información almacenada con anterioridad (Segovia, 2003). Como ya se mencionó anteriormente, la amnesia en la agresión sexual puede ser disociativa (psicógena) o anterógrada inducida por sustancias psicoactivas (Schwartz, Milteer, & LeBeau, 2000).

◆ La amnesia disociativa o psicógena: se asocia situaciones en que la víctima experimenta sensación de amenaza y distrés elevado, entonces el shock por lo ocurrido, origina que la atención sea más limitada, comprometiendo la codificación y consolidación (Bryant, 2016). Por ende, las experiencias son reprimidas

emocionalmente volviendo al recuerdo inaccesible en la conciencia, aunque sus huellas no se borran (Cardoner & Urretavizcaya, 2006; Manzanero & Recio, 2012). Las víctimas a pesar de sus esfuerzos son incapaces de recordar algunos aspectos del evento traumático que fueron inicialmente codificados (Aparicio & Muñoz, 2007; Bryant, 2016; Carrasco & Mazo, 2005; Spiegel, Koopman, Cardeña, & Classen, 1996).

♦ La amnesia anterógrada inducida por sustancias psicoactivas: consiste en la incapacidad total o parcial de fijar en la memoria la experiencia que se está viviendo debido al consumo voluntario o involuntario de alguna sustancia psicoactiva, lo cual origina que la víctima no pueda recordar lo ocurrido mientras se encontraba bajo la influencia de dicha sustancia psicoactiva (Dinis-Oliveira & Magalhães, 2013; Manzanero & Recio, 2012; Saint-Martin et al., 2006). Este tipo de amnesia se asocia con los casos de agresión sexual por medio de la sumisión química (Holmes, Sandberg, & Iyadurai, 2010).

3.1. La Memoria y los Trastornos de Estrés

La memoria tiene un papel clave en el desarrollo de los trastornos de estrés debido a su vinculación con el almacenamiento y procesamiento de la información. Por lo tanto, las alteraciones en la memoria (memoria traumática o amnesia) se han asociado con el desarrollo y mantenimiento de trastornos de estrés (Brewin, 2011).

El procesamiento alterado de la experiencia traumática puede generar el surgimiento de la memoria traumática, así como síntomas del TEA y TEPT (Caspi et al., 2005; Friedland & Swash, 2016; Gil, Caspi, Ben-Ari, & Klein, 2006; Hagedaars, van Minnen, & Hoogduin, 2009; Holmes et al., 2010; Young, 2000). Por ejemplo, en un estudio previo los recuerdos menos específicos después de un trauma se asociaron a

la presencia de TEA dos semanas después del evento traumático y del TEPT a los 6 meses (Kleim & Ehlers, 2008).

Aparte, es posible que un evento traumático reciente active las memorias traumáticas anteriores (Ozer et al., 2003). El problema de la activación de la memoria traumática es que se incrementa el distrés en los individuos con TEA (Hopwood & Bryant, 2006). En efecto, hay personas que experimentan recuerdos intrusivos tan intensos que al sentirse tan atormentadas tratan de evitar todo lo relacionados con el evento traumático, pero obtienen peores resultados (Holmes et al., 2010; McGaugh, 2000). Es debido a esta relación entre el recuerdo y los trastornos de estrés que han surgido estrategias para borrar los recuerdos traumáticos bloqueando el proceso de consolidación que se desarrolla al recordar (Meli et al., 2017).

El proceso de consolidación de la memoria es importante porque durante este proceso las trazas de memoria inicialmente frágiles se reorganizan e integran en el almacenamiento a largo plazo, además de que es accesible a la intervención terapéutica (McGaugh, 2000). A través de las intervenciones se pretende incidir en el componente emocional de la memoria para suprimir el dolor o miedo, mientras que se mantiene el conocimiento o memoria explícita sobre el evento (Holmes et al., 2010).

Dado que no es fácil estudiar el impacto de las alteraciones en la memoria con respecto al desarrollo de los trastornos de estrés, los pocos estudios existentes se han centrado en el TEPT en personas con lesiones cerebrales traumáticas, ya que esta población ha sido asociada con el deterioro en la memoria (Caspi et al., 2005). Los pacientes con lesión cerebral traumática que presentan memoria explícita son más propensos a desarrollar TEPT a los 6 meses en comparación de aquellos con amnesia (Caspi et al., 2005; Gil, Caspi, Ben-Ari, Koren, & Klein, 2005). Además, la memoria

del evento traumático se asocia con el síntoma de reexperimentación (Bryant & Harvey, 1995; Caspi et al., 2005; Macciocchi, Reid, & Barth, 1993).

Si bien la amnesia puede proteger contra el desarrollo del TEPT, no se descarta que se pueda desarrollar, pero con menor frecuencia (Caspi et al., 2005). Esto se debe a que se pueden originar recuerdos implícitos o inconscientes en el procesamiento inicial del evento traumático como por ejemplo, un olor o un sonido (Gil et al., 2006). De igual manera, la amnesia se asocia con la reducción de la posibilidad de presentar síntomas de reexperimentación (Bryant & Harvey, 1995; Caspi et al., 2005; Macciocchi et al., 1993).

Por otro lado, la amnesia disminuye los recursos disponibles en las personas con TEA para enfrentar las demandas de la vida pudiendo afectar la capacidad de participar y responder al tratamiento psicológico, ya que el trabajo con los recuerdos constituye parte importante en el tratamiento del TEA y del TEPT (Alberta Justice and Solicitor General, 2013; Samuelson, 2011).

3.2. Modelos Explicativos

El papel de la memoria en el surgimiento del TEA puede explicarse tomando como referencia la teoría del procesamiento emocional, la teoría de la representación dual y el modelo mnemotécnico:

◆ La teoría del procesamiento emocional (Foa, & Kozak, 1986): refiere que el miedo ante el evento traumático se representa en la memoria a través de una red de miedo, la cual es activada mediante la exposición a estímulos relacionados con el evento traumático, siendo útil para escapar del peligro. Sin embargo, cuando las respuestas cognitivas, fisiológicas o conductuales son excesivas y la asociación no representa la realidad, las estructuras del miedo se convierten en patológicas pudiendo

causar trastornos de estrés o de ansiedad (Foa & Kozak, 1986,1998). Según esta teoría, los trastornos de estrés surgen por la asociación entre el recuerdo traumático y la creencia de estar continuamente en grave peligro y no ser competente para enfrentarlo. El fallo en el procesamiento emocional del acontecimiento traumático es lo que mantiene a los trastornos de estrés, ya sea por evitación o disociación durante el evento, lo que retrasa el compromiso emocional dificultando la expresión cognitiva y emocional, así como el desarrollo de una narrativa estructurada de lo acontecido (Foa, & Kozak, 1986,1998).

♦ La teoría de la representación dual (Brewin, Dalgleish, & Joseph, 1996): propone la existencia de diferentes patrones de codificación, almacenamiento y recuperación de información sobre los eventos traumáticos, los cuales se almacenan en la memoria de manera dual a través de las representaciones verbal y situacionalmente accesibles, las cuales son codificadas en paralelo durante el evento traumático (Brewin et al., 1996). La representación verbal de la memoria se refiere a la información sobre la experiencia consciente del evento traumático relacionada con los recuerdos autobiográficos que contienen información sensorial de las circunstancias, reacciones emocionales o psicológicas y la valoración o significado dado al suceso. Esto permite que el individuo pueda narrar la experiencia traumática. En esta representación es más viable que se almacene el pánico peritraumático y otras reacciones físicas. Además, puede recuperarse si el individuo lo requiere (Brewin et al, 1996). En cambio, la representación situacionalmente accesible de la memoria es la información automática obtenida de procesos inconscientes, contienen información sensorial, motora y fisiológica de carácter principalmente emocional. Solo puede ser accesible al exponerse al recuerdo traumático. Con ésta suelen experimentarse flashbacks, pesadillas o señales fisiológicas de hiperactivación que surgen automáticamente ante recuerdos internos o

externos sobre el evento traumático que generan miedo (Brewin et al, 1996). De acuerdo con esta teoría, en los trastornos de estrés se produce un fallo en la transferencia de información desde la memoria situacionalmente accesible a la verbalmente accesible, motivado entre otros factores por una marcada evitación de los estímulos evocadores del trauma y de los flashbacks, lo que impide su reprocesamiento e integración (Brewin, 2011).

◆El modelo mnemotécnico (Rubin, Berntsen, & Johansen, 2008): es un enfoque basado en la memoria, según el cual los trastornos de estrés son causados por la forma en que los eventos traumáticos se procesan y representan en la memoria. Los trastornos de estrés se desarrollan y mantienen a través de la memoria explícita (recuerdo voluntario e involuntario) del evento traumático, ya que la exposición repetida a los recuerdos traumáticos permiten la habituación a las reacciones emocionales (Rubin et al., 2008). Por lo tanto, aumentar la disponibilidad de la memoria del evento traumático aumentará los síntomas de los trastornos de estrés, mientras que disminuir la disponibilidad de la memoria a través de intervenciones farmacológicas puede prevenir el desarrollo de trastornos de estrés o minimizar la gravedad de sus síntomas. Aunque los procesos implícitos de la memoria pueden causar a algunos de los síntomas de los trastornos de estrés, éstos se dan con menor frecuencia. La amnesia disociativa no protege contra los trastornos de estrés, ya que ésta es parcial y temporal permitiendo que surjan argumentos circulares. La memoria también se ve afectada por las diferencias individuales como el género, la inteligencia, la disociación, el neuroticismo y otros aspectos de la personalidad (Rubin et al., 2008).

3.3. Amnesia y Agresión Sexual por Sumisión Química

Como ya se comentó, la alteración en la memoria en los casos de agresión sexual por medio de la sumisión química se asocia con la amnesia anterógrada inducida por sustancias psicoactivas (Alberta Justice and Solicitor General, 2013; Holmes et al., 2010). Debido a la amnesia hay mujeres que se preocupan e imaginan que algo terrible les sucedió como para no poder recordar; otras sienten confusión e incredulidad de haber sido agredidas sexualmente; o se quedan con la versión del agresor de que no pasó nada o de que ellas de alguna forma consintieron o provocaron la agresión sexual; y algunas se crean historias tratando de llenar los vacíos de la memoria para salir adelante y procesar lo ocurrido (Clark & Quadara, 2010; Gauntlett-Gilbert et al., 2004).

Respecto a las víctimas cuya amnesia fue ocasionada por el consumo de alcohol, la mayoría se culpa por su consumo e intenta recuperar sus recuerdos mediante la rumiación. Aquellas que consiguen tener una memoria parcial de lo ocurrido suelen recordar tener el cuerpo paralizado y participar en relaciones sexuales que no tenían intención de tener (Alberta Justice and Solicitor General, 2013; Gauntlett-Gilbert et al., 2004; Littleton et al., 2009). Mientras que en la amnesia debida al consumo de drogas, el olvido suele ser irreversible a pesar de que las víctimas rumien para intentar recuperar el recuerdo de lo sucedido (Gauntlett-Gilbert et al., 2004).

Por otra parte, la amnesia causada por el consumo de sustancias no genera inmunidad para desarrollar TEA y TEPT (Tipps, Raybuck, & Lattal, 2014). Incluso con la amnesia, las mujeres agredidas sexualmente pueden experimentar síntomas relacionados con la agresión, como flashbacks, hiperactivación, entumecimiento, embotamiento emocional e intrusiones somáticas y visuales (Alberta Justice and Solicitor General, 2013; Padmanabhanunni & Edwards, 2013; Russell & Curran, 2002). La falta de comprensión respecto a lo que sucede y la dificultad para recuperar los

recuerdos puede originar sensaciones de confusión, desorientación, culpa, sensación de ser víctima y de estarse volviéndose loca (Alberta Justice and Solicitor General, 2013; Ehlers, Clark, Hackmann, McManus, & Fennell, 2005; Padmanabhanuni, & Edwards, 2013). Por lo tanto, es necesario que se trabaje con la amnesia de estas mujeres de tal forma que se pueda comprender su causa y darle resolución (Alberta Justice and Solicitor General, 2013; Gauntlett-Gilbert et al., 2004).

III. INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

Capítulo 4. Objetivos e Hipótesis

4.1. Objetivos

Objetivo General 1: Determinar la prevalencia del Trastorno de Estrés Agudo (TEA) en mujeres víctimas de una agresión sexual reciente.

Objetivo General 2: Identificar los factores de riesgo implicados en el desarrollo del Trastorno de Estrés Agudo (TEA) en mujeres víctimas de una agresión sexual reciente.

Objetivos General 3: Evaluar las diferencias entre las mujeres con memoria del episodio de la agresión sexual y las que tienen amnesia del episodio. Este objetivo general incluye los siguientes objetivos específicos:

3a) Establecer las diferencias en las características sociodemográficas, psicopatológicas, relacionadas con la agresión sexual y las reacciones peritraumáticas, entre las mujeres con memoria y con amnesia del episodio de la agresión sexual.

3b) Determinar la prevalencia del TEA en las mujeres con memoria y con amnesia del episodio de la agresión sexual.

3c) Comparar la intensidad de los síntomas del TEA entre las mujeres con memoria y con amnesia del episodio de la agresión sexual.

4.2. Hipótesis

En esta investigación se pondrán a prueba las siguientes hipótesis:

H1: Más del 50% de las mujeres víctimas de una agresión sexual reciente desarrolla un TEA.

H2: La disociación peritraumática y los antecedentes psiquiátricos son factores de riesgo implicados en el desarrollo del TEA en mujeres víctimas de una agresión sexual reciente.

H3: Existen diferencias en las características sociodemográficas, psicopatológicas, relacionadas con la agresión sexual y las reacciones peritraumáticas, entre las mujeres con memoria y con amnesia del episodio de la agresión sexual.

H4: La prevalencia del TEA es mayor en las mujeres con memoria del episodio de la agresión sexual.

H5: Los síntomas del TEA son más intensos en las mujeres con memoria del episodio de la agresión sexual.

Capítulo 5. Metodología

Esta investigación es un estudio prospectivo de un mes de seguimiento con mujeres víctimas de una agresión sexual reciente atendidas en el servicio de urgencias del Hospital Clínic de Barcelona. El tipo de estudio realizado es cuantitativo y las herramientas de recolección utilizadas son escalas, cuestionarios y entrevistas.

5.1. Procedimiento

Todas las mujeres víctimas de una agresión sexual reciente que llegan al servicio de urgencias del Hospital Clínic de Barcelona son atendidas según el protocolo de atención urgente a víctimas de una agresión sexual reciente. Este protocolo fue desarrollado por la Comisión de Violencia Intrafamiliar y de Género (CVIG) e incluye la asistencia médica urgente a través de la revisión ginecológica, infecciosa, psiquiátrica, social y forense (en caso de que la víctima desee denunciar). En urgencias se les entrega la guía de autoayuda para mujeres víctimas de una agresión sexual reciente y se les canaliza al Programa de Prevención y Tratamiento de las Secuelas Psíquicas en las Mujeres Víctimas de una Agresión Sexual. Este programa ofrece atención psiquiátrica y psicológica gratuita, la cual puede durar hasta dos años según el caso.

Esta investigación se realiza en el marco de dicho programa. La muestra fue reclutada y seleccionada consecutivamente durante tres años. Los criterios de inclusión para participar en el estudio fueron: ser mujer, mayor de 18 años, víctima de una agresión sexual reciente y haber sido atendida en el servicio de urgencias del Hospital Clínic de Barcelona. Los criterios de exclusión fueron: presentar barrera idiomática, ser

transeúnte, tener discapacidad intelectual y que la agresión sexual formara parte de la ideación delirante debido a un trastorno psicótico.

La Figura 3, describe el proceso de selección de la muestra según contempla el Programa de Prevención y Tratamiento de las Secuelas Psíquicas en las Mujeres Víctimas de una Agresión Sexual.

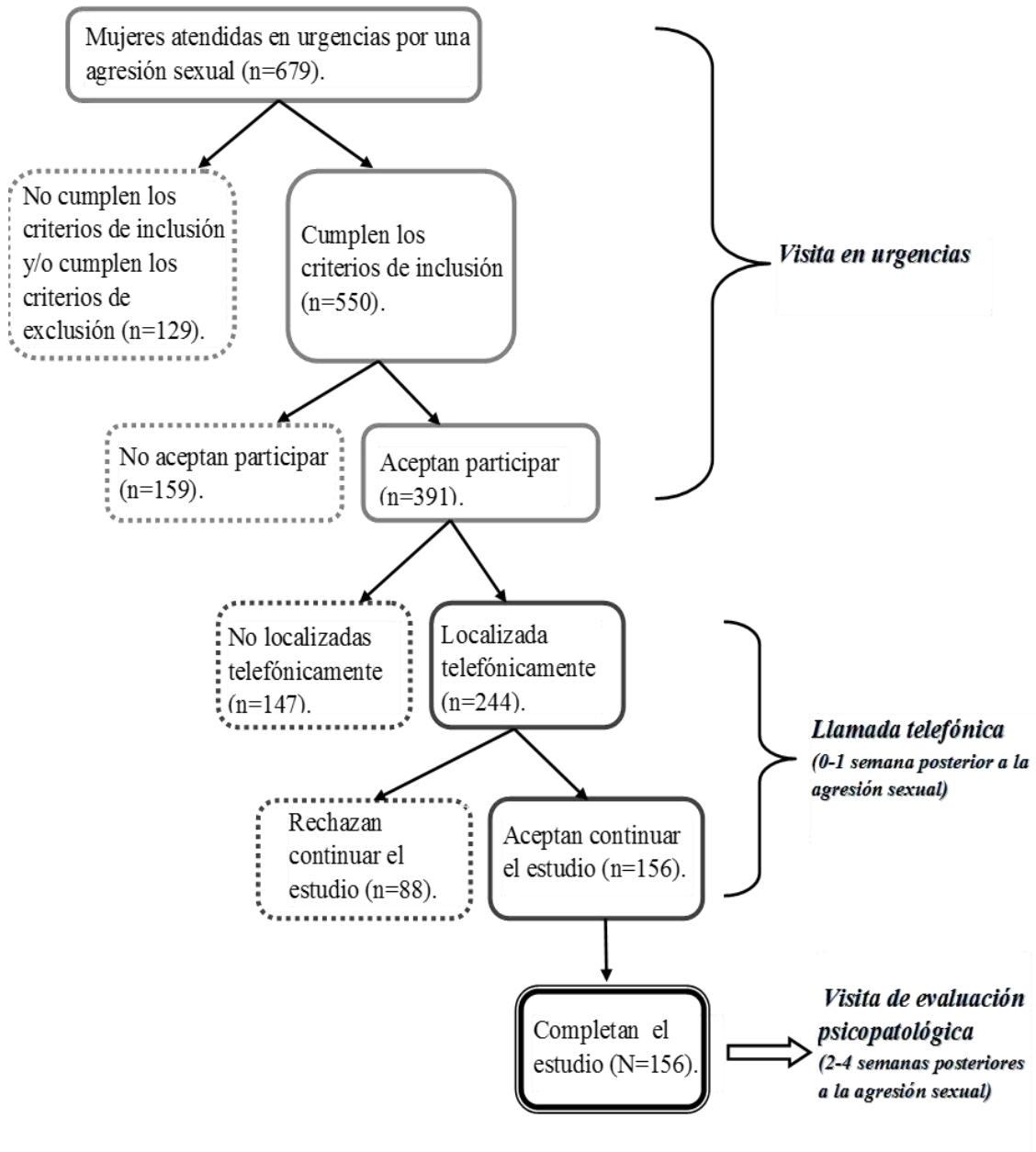


Figura 3. Reclutamiento y selección de la muestra.

La investigación se llevó a cabo en tres etapas:

1) Visita en el servicio de urgencias: Las mujeres fueron atendidas desde el punto de vista médico y con posterioridad, la trabajadora social solicitó el consentimiento informado a las mujeres que cumplieran con los criterios de inclusión para el estudio. Aquellas mujeres que aceptaron participar respondieron el Peritraumatic Distress Inventory (PDI) y el Cuestionario de Disociación en Urgencias (CDU). Así mismo, se recolectaron los datos clínicos (HRVC) a través de la información médica recogida por los especialistas que operan en este protocolo. Cada semana el servicio de urgencias envió a la enfermera del programa el listado de las mujeres que dieron su consentimiento para participar en el estudio.

2) Llamada telefónica: La enfermera del programa contactó telefónicamente durante la primera semana después de la agresión sexual a las mujeres que aceptaron participar en el estudio. A las mujeres no localizadas en la primera llamada se les intentó contactar dos veces más en días diferentes, pero si nuevamente no fueron localizadas se consideraron como pérdidas en el seguimiento. A las mujeres localizadas se les invitó a continuar participando en el estudio y con aquellas que aceptaron se programó la visita de evaluación psicopatológica.

3) Visita de evaluación psicopatológica: Los profesionales de salud mental realizaron la evaluación. Esta visita se realizó el día 17.7 de media (rango: 6-30) posterior a la agresión sexual. En la visita se aplicaron los siguientes instrumentos: el Cuestionario Sociodemográfico (CSD), la Hoja de Recogida de Variables de la Agresión (HRVA), la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Agudo (EGSTEAS), la Escala de Evaluación de Estrés y Apoyo Social (EEEAS), el

State-Trait Anxiety Inventory (STAI), el Early Trauma Inventory Self Report- Short Form (ETISF-SF) y el Acute Stress Disorder Interview (ASDI).

5.2. Instrumentos

En este estudio se utilizaron once instrumentos. Algunos se aplicaron inmediatamente durante la visita al servicio de urgencias. Otros entre la segunda y cuarta semana posterior a la agresión sexual durante la visita de evaluación psicopatológica. En la tabla 5, se muestran los instrumentos de acuerdo al momento en que fueron aplicados.

Tabla 5. *Instrumentos utilizados en el estudio*

Visita en Urgencias	Visita de evaluación psicopatológica
1) Consentimiento Informado (<i>ad hoc</i>).	5) Cuestionario Sociodemográfico (CSD; <i>ad hoc</i>).
2) Hoja de Recogida de Variables Clínicas (HRVC; <i>ad hoc</i>).	6) Hoja de Recogida de Variables de la Agresión (HRVA; <i>ad hoc</i>).
3) Peritraumatic Distress Inventory (PDI; Brunet et al., 2001).	7) Acute Stress Disorder Interview (ASDI; Bryant, Herve, Dang, & Sackville, 1998).
4) Cuestionario de Disociación en Urgencias (CDU; <i>ad hoc</i>).	8) Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Agudo (EGSTEAS; adaptado de Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta, & Sarasua, 1997).
	9) Escala de Evaluación de Estrés y Apoyo Social (EEEAS; Conde & Franch, 1984).
	10) Early Trauma Inventory Self Report -Short Form (ETISF-SF; Bremner, Bolus, & Mayer, 2007).
	11) The State-Trait Anxiety Inventory (STAI; Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, & Jacobs, 1983).

A continuación se describen cada uno de los instrumentos utilizados en el estudio:

1) *Consentimiento Informado (ad hoc)*. Autorización para participar en el estudio, contiene una descripción general y breve del estudio. Elaborado por el grupo de investigación de agresiones sexuales del Hospital Clínic de Barcelona.

2) *Hoja de Recogida de Variables Clínicas (HRVC; ad hoc)*. Recoge la información médica de diferentes especialistas (ginecólogo, forense, infectólogo,

psiquiatra). De esta hoja de información se extraen datos que son relevantes para la investigación, tales como los antecedentes de trastornos psiquiátricos personales y familiares, los antecedentes médicos, los antecedentes de tratamiento psicofarmacológico y consumo de tóxicos. También se obtiene información sobre el recuerdo del episodio de la agresión sexual, diferenciando entre la memoria (recuerdo parcial o total) y la amnesia (ausencia de recuerdo) del episodio de la agresión sexual. La hoja de información fue elaborada por el grupo de investigación de agresiones sexuales del Hospital Clínic de Barcelona.

3) *Peritraumatic Distress Inventory (PDI; Brunet et al., 2001)*. Inventario autoaplicado que evalúa el nivel de distrés experimentada durante o inmediatamente después del evento traumático. Se compone de 13 ítems que se responden en formato tipo Likert de 5 opciones de respuesta, los cuales se puntúan del 0 al 4. La puntuación total se obtiene calculando la media de los 13 ítems. El PDI tiene buena consistencia interna, buena fiabilidad test-retest y buena validez tanto convergente como divergente (Brunet et al., 2001). La escala fue traducida al español por el grupo de investigación de agresiones sexuales del Hospital Clínic de Barcelona utilizando el método de traducción /retro traducción y se obtuvo una consistencia interna de 0.86.

4) *Cuestionario de Disociación en Urgencias (CDU; ad hoc)*. Es un cuestionario autoaplicado que evalúa la disociación peritraumática durante la visita en el servicio de urgencias. Consta de 7 ítems que se responden en formato tipo Likert, de 4 opciones que van del 0 al 3. Los ítems son sobre los síntomas de desrealización, despersonalización y amnesia (“Tienes la sensación de que las personas y objetos que te rodean no son reales”; “Te sientes ausente y ajena”; “Tienes la sensación de estar como en un sueño”; “Tienes la sensación de que has perdido la noción del tiempo o que las cosas ocurren a cámara lenta”; “No puedes recordar bien lo ocurrido”; “Tienes la

sensación de extrañeza, de que las personas u objetos son distantes o poco claros”; “Te sientes espectadora, mirando lo que ocurre desde fuera”). El cuestionario ha sido elaborado por el grupo de investigación de agresiones sexuales del Hospital Clínic de Barcelona, los contenidos de los ítems se basan en algunos ítems de la Escala de Experiencias Disociativas (DES - II, Bernstein & Putnam, 1986).

5) *Cuestionario Sociodemográfico (CSD; ad hoc)*. El cuestionario recoge información sobre la nacionalidad, edad, estado civil, el tipo y tiempo de convivencia con la pareja, número de hijos, personas que conviven en el domicilio, nivel educativo y situación laboral. Este cuestionario fue elaborado por el grupo de investigación de agresiones sexuales del Hospital Clínic de Barcelona.

6) *Hoja de Recogida de Variables de la Agresión (HRVA; ad hoc)*. Cuestionario que contiene información sobre el lugar de la agresión, número de agresores y de víctimas, tipo de agresor (conocido o desconocido), sexo del agresor, edad del agresor, tipo de agresión (vaginal/anal/bucal/tocamientos/otros), violencia física durante la agresión, amenaza durante la agresión, denuncia, testigos, existencia de agresiones sexuales previas, consumo de sustancias psicoactivas pocas horas antes de la agresión y efectos involuntarios de alguna sustancia. Elaborado por el grupo de investigación de agresiones sexuales del Hospital Clínic de Barcelona.

7) *Acute Stress Disorder Interview (ASDI; Bryant, Hervej, Dang, & Sackville, 1998)*. Es una entrevista clínica estructurada que identifica a personas que presentan TEA y se basa en los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para el TEA. Contiene 19 ítems que se puntúan de forma dicotómica, de los cuales 5 ítems corresponden a los síntomas de disociación, 4 ítems a los síntomas de reexperimentación, 4 ítems a los síntomas de evitación y 6 ítems a los síntomas de hiperactivación. Además contiene reactivos que evalúan la naturaleza, el impacto subjetivo del evento traumático, la

duración en días de los síntomas, el deterioro funcional y el uso de sustancias y/o medicamentos (Bryant et al., 1998). Tiene buena consistencia interna ($r=0.90$), excelente sensibilidad (91%) y especificidad (93%). La entrevista fue traducida al español por el equipo de investigación de agresiones sexuales del Hospital Clínic de Barcelona, utilizando el método de traducción/ retro traducción. La consistencia interna de la traducción en español fue de 0.79. Así mismo, el equipo de investigación adaptó este instrumento para evaluar el TEA de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM-5. Para ello, se cambió la puntuación de las medidas con el objetivo de cumplir con el requisito de nueve síntomas independientemente de la agrupación y de que éstos duren al menos tres días. El contenido específico de los criterios diagnósticos del DSM-5 para el TEA siguen siendo los mismos, con la excepción del criterio B5 "incapacidad persistente de experimentar emociones positivas" que se correspondería con el punto uno del ASDI referido al embotamiento emocional en general (Bryant et al., 2015; Hansen et al., 2015).

8) *Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Agudo (EGSTEA; adaptado de Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta, & Sarasua, 1997)*. Es una escala estructurada y heteroaplicada que evalúa la gravedad e intensidad de los síntomas del TEA basándose en los criterios diagnósticos del DSM -IV-TR. La escala consta de 21 ítems y se compone de 4 subescalas: la de disociación (5 ítems), reexperimentación (5 ítems), evitación (7 ítems) e hiperactivación (5 ítems). Los ítems se responden en formato tipo Likert de 4 opciones de respuesta y se puntúan del 0 al 3 según la frecuencia e intensidad de los síntomas. La escala cuenta con puntos de corte para la escala total y para cada una de las agrupaciones de síntomas. Adicionalmente, consta de un subescala complementaria compuesta por 13 ítems respecto a las manifestaciones somáticas de la ansiedad. Esta escala fue adaptada por el grupo de investigación de

agresiones sexuales del Hospital Clínic de Barcelona tomando como referencia la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (Echeburúa et al., 1997), la cual cuenta con una fiabilidad de 0.89 ($p < 0.001$), estabilidad temporal, consistencia interna satisfactoria, así como adecuada validez discriminante, convergente y de constructo.

9) *Escala de Evaluación de Estrés y Apoyo Social (EEEAS; Conde & Franch, 1984)*. Es una escala autoadministrada que evalúa el estrés y el apoyo social. Consta de dos subescalas: la de estrés y la de apoyo social. La subescala de estrés consta de 19 ítems dicotómicos, de los cuales 6 ítems corresponden al área personal, 4 ítems al área de trabajo o economía y 9 ítems al área familiar. La subescala de apoyo social consta de 6 ítems con 4 opciones de respuesta, los cuales intentan medir el soporte existente en función de las personas disponibles y la frecuencia de los contactos en los diferentes contextos de la vida cotidiana. La EEEAS fue creada por el Departamento de Salud Mental en California.

10) *Early Trauma Inventory Self Report- Short Form (ETISF-SF) (Bremner, Bolus, & Mayer, 2007)*. Es un inventario autoaplicado que evalúa de forma retrospectiva la existencia de acontecimientos traumáticos antes de los 18 años. Consta de 27 ítems que se puntúan de forma dicotómica, de los cuales 11 corresponden a los traumas generales, 5 al castigo físico, 5 al abuso emocional y 6 a acontecimientos sexuales. Además, miden la frecuencia, comienzo e impacto emocional. Posee una buena consistencia interna (0.91) y buena fiabilidad test-retest. Sus propiedades psicométricas han sido validadas en Estados Unidos. Se utilizó la versión en español validada en población de mujeres, la cual ha mostrado adecuadas propiedades psicométricas (Plaza et al., 2011).

11) *The State-Trait Anxiety Inventory (STAI; Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, & Jacobs, 1983)*. Se utilizó la versión validada en español que tiene una alta consistencia interna con un rango de 0.87 a 0.92 (Vera, Celis, Córdoba, Buela & Spierlberger, 2007). Es un cuestionario de autoinforme que evalúa la existencia y la gravedad de los síntomas de ansiedad. Consta de 40 ítems que se responden en formato tipo Likert con 4 opciones de respuesta, los cuales se puntúan del 0 al 3. Se compone de dos subescalas: la de ansiedad de estado que mide el estado actual de la ansiedad y la de ansiedad de rasgo que evalúa aspectos estables de vulnerabilidad a la ansiedad. En esta investigación únicamente se evaluó la ansiedad de estado.

5.3. Análisis Estadístico

En la realización de los análisis estadísticos en función de los objetivos de investigación propuestos se emplearon el paquete estadístico SPSS (versión 21) y STATA (versión 14).

Para determinar la prevalencia del TEA en las participantes se realizó una estimación puntual y por intervalo de confianza (IC) de 95% de la prevalencia del TEA con ambos criterios diagnósticos (DSM-IV-TR y DSM-5).

Para identificar los factores de riesgo implicados en el desarrollo del TEA (DSM-IV-TR y DSM-5) en las participantes primero se analizó a nivel bivariante las variables sociodemográficas, psicopatológicas, relacionadas con la agresión sexual y las reacciones peritraumáticas. Se utilizó la prueba Chi cuadrado para las variables cualitativas y la prueba T de Student para dos muestras independientes con las variables cuantitativas. Posteriormente, se realizó un análisis multivariante utilizando el modelo de regresión logística por pasos hacia atrás (stepwise). En la regresión se introdujeron aquellas variables que mostraron asociación a nivel bivariante o que en estudios previos

mostraron asociación con el TEA y con la presencia de mayor sintomatología clínica después de la agresión sexual. Estas variables fueron: la nacionalidad, los traumas generales en la infancia, el abuso sexual infantil, los antecedentes psiquiátricos, el estrés, el apoyo social, el consumo de sustancias psicoactivas pocas horas antes de la agresión sexual, el tipo de agresión sexual con penetración, la disociación peritraumática, el distrés peritraumático, la amenaza y la violencia física durante la agresión sexual. Las variables que entraron en el modelo fueron aquellas que tuvieron un nivel de significación menor o igual a 0.10 y las que se mantuvieron fueron las que cumplieron con el nivel de significación de 0.05.

Respecto a la evaluación de las diferencias entre las mujeres en función del recuerdo del episodio de la agresión sexual: (a) para establecer las diferencias en las características sociodemográficas, psicopatológicas, relacionadas con la agresión sexual y las reacciones peritraumáticas entre las mujeres con memoria y con amnesia del episodio de la agresión sexual se utilizó la prueba Chi cuadrado para las variables cualitativas y la prueba T de Student para dos muestras independientes para las variables cuantitativas; (b) para analizar las diferencias en la presencia del TEA entre las mujeres con memoria y con amnesia del episodio de la agresión sexual se empleó la prueba Chi cuadrado; y (c) para comparar la intensidad de los síntomas del TEA entre las mujeres con memoria y con amnesia del episodio de la agresión sexual se utilizó la prueba T de Student para dos muestras independientes.

5.4. Participantes

Las 156 participantes de este estudio se caracterizaron por tener una edad media de 30.45 ($DE=10.35$) años, ser mayormente de nacionalidad española (53%), solteras (70%), sin hijos (69%), con nivel de estudios secundario (34%) y/o universitario (34%) y tener empleo (47%)

En relación a las características psicológicas y/o psicopatológicas, más de la mitad de las participantes no presentaron traumas generales en la infancia (52%) y la gran mayoría no tenía antecedentes de agresión sexual (82%). Así mismo, más de dos tercios de las participantes no presentaron antecedentes psiquiátricos (67%), la mayoría tampoco tenía antecedentes de dependencia o abuso de alcohol (86%), ni antecedentes de consumo de sustancias (83%).

Respecto a la agresión sexual, en la mayoría de los casos el tipo de sumisión fue la coacción (51%), el tipo de agresión sexual fue la penetración (77%), el agresor fue desconocido (67%), solo hubo un agresor (79%) y una víctima (98%). El lugar de la agresión fue principalmente en un domicilio (49%) y en la vía pública (31%). En su gran mayoría las participantes recordaban el episodio de la agresión sexual (76 %) y denunciaron lo ocurrido (85%). La mayoría de las participantes había consumido alcohol (70%), pero no había consumido drogas (83%) y no se encontraba bajo el efecto involuntario de ninguna sustancia (58%).

En términos del tiempo en que las participantes acudieron al servicio de urgencias, el 52% fue el día de la agresión sexual, el 27% al día siguiente y el 21% dos o más días después de a la agresión sexual.

Capítulo 6. Resultados

En este apartado se presentarán los resultados obtenidos en la muestra estudiada. Por un lado, la prevalencia del TEA y los factores de riesgo. Por otro lado, las diferencias clínicas entre las mujeres en función de si recordaban o no el episodio de la agresión sexual.

Respecto a la prevalencia del TEA, se utilizó tanto los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR como los del DSM-5. Es importante señalar que al inicio del estudio se diagnosticaba el TEA mediante el Acute Stress Disorder Interview (ASDI), el cual se basa en los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR. Sin embargo, posteriormente surgió el DSM-5 que aporta modificaciones en los criterios diagnósticos del TEA. Entonces, se suscitó controversia sobre si el diagnóstico del TEA según los criterios diagnósticos del DSM-5 se aproximaba más al sobrediagnóstico, pero resultaba difícil esclarecerlo ya que existían pocos estudios que lo emplearan. Por este motivo resultó interesante ofrecer datos sobre la prevalencia del TEA desde los dos criterios diagnósticos. Para ello, el grupo de investigación adaptó el ASDI según los criterios diagnósticos del DSM-5. En relación a los factores de riesgo para presentar un TEA, se tomaron como referencia ambos criterios diagnósticos con la finalidad de saber si se establecían diferencias.

En cuanto a las diferencias en función del recuerdo del episodio de la agresión sexual, la inquietud por estudiarlas se deriva de la literatura previa que señala que un evento tan traumático como lo agresión sexual puede afectar la memoria, la cual tiene un rol importante en el surgimiento de los trastornos de estrés, vinculándose el TEA con las deficiencias en la integración y/o resolución de la memoria traumática. Por lo anterior, pareció relevante identificar las características que diferencian a las mujeres

que tienen memoria del episodio de la agresión sexual de aquellas que presentan amnesia del episodio y de que manera esto puede incidir en el TEA. De tal forma que permita ratificar si el recuerdo del episodio de la agresión sexual se asocia con mayor prevalencia del TEA y si la falta de recuerdo del episodio protege de padecer un TEA. De acuerdo con lo anterior, primero se presentan los resultados en relación a las características sociodemográficas, psicopatológicas, relacionadas con la agresión sexual y las reacciones peritraumáticas. Después se muestran las discrepancias en la prevalencia del TEA según los criterios diagnósticos utilizados (DSM-IV-TR y DSM-5). Por último, dado que el tratamiento psicológico (terapia de procesamiento cognitivo, exposición prolongada, desensibilización por movimiento ocular y reprocesamiento) implica el trabajo con los hechos ocurridos alrededor de la agresión sexual para lograr el reprocesamiento y resolución de la experiencia traumática, se consideró importante conocer si existen diferencias en la sintomatología en función del recuerdo del episodio de la agresión sexual; Esta información resulta útil para realizar intervenciones más especializadas y diferenciadas. Las diferencias en la intensidad de los síntomas del TEA se indican según los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR, puesto que la agrupación de los síntomas con estos criterios permite conocer si hay diferencias según la tipología de los síntomas.

6.1. Prevalencia del TEA

El diagnóstico de TEA se realizó mediante el Acute Stress Disorder Interview (ASDI). Como se muestra en la Figura 4, más de la mitad de las mujeres víctimas de una agresión sexual reciente desarrollaron TEA según ambos criterios diagnósticos (DSM-IV-TR y DSM-5). Sin embargo, la prevalencia del TEA según los criterios diagnósticos del DSM-5 fue 7% más alta que según los criterios diagnósticos del DSM-

IV-TR. No obstante, la proporción de mujeres víctimas de una agresión sexual reciente que desarrolló TEA según DSM-5 (66.7%) se encontró dentro de los límites de los intervalos de confianza de la prevalencia según el DSM-IV-TR, IC 95% [52%- 67%]. De igual manera, la proporción de mujeres víctimas de una agresión sexual reciente que desarrolló TEA según los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (59.6%) se estableció dentro de los intervalos de confianza de la prevalencia según DSM-5, IC 95% [59%- 74%].

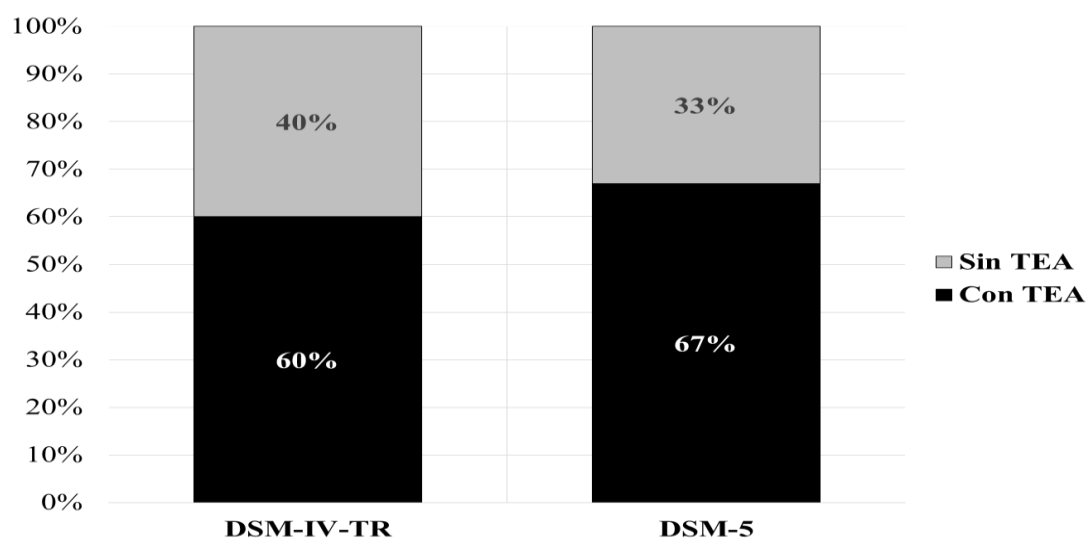


Figura 4. Prevalencia del Trastorno de Estrés Agudo (TEA) en las mujeres víctimas de una agresión sexual reciente. Comparativo DSM-IV-TR y DSM-5.

6.2. Factores de Riesgo para el TEA

Como se señaló en el apartado de análisis estadístico, para la identificación de los factores de riesgos asociados al TEA, primero se realizó un análisis bivariante de las variables sociodemográficas, psicopatológicas, relacionadas con la agresión sexual y de las reacciones paritraumáticas (Ver tablas 6, 7, 8 y 9).

Tabla 6. *Análisis bivariante de las variables sociodemográficas asociadas al Trastorno de Estrés Agudo (TEA)*

Variables sociodemográficas	DSM-IV-TR		X ²	gl	p.	DSM-5		X ²	gl	p.
	Con TEA	Sin TEA				Con TEA	Sin TEA			
Nacionalidad			7.69	1	.006**			2.18	1	.140
Española	44.09%	66.67%				49.04%	61.54%			
Extranjera	55.91%	33.33%				50.96%	38.46%			
Estado Civil			5.31	3	.150			3.17	3	.366
Soltera	68.82%	71.43%				67.31%	75%			
Casada/Pareja de hecho	10.75%	9.52%				11.54%	7.69%			
Separada/Divorciada	20.43%	14.29%				20.19%	13.46%			
Viuda	0%	4.76%				0.96%	3.85%			
Estado Parental			.02	1	.892			.54	1	.462
Sin hijos	31.18%	30.16%				32.69%	26.92%			
Con hijos	68.82%	69.84%				67.31%	73.08%			
Nivel de Estudios			4.88	3	.181			4.39	3	.222
Sin estudios	2.15%	0%				1.92%	0%			
Primarios	32.26%	28.57%				32.69%	26.92%			
Secundarios	37.63%	28.57%				36.54%	28.85%			
Universitarios	27.96%	42.86%				28.85%	44.23%			
Ocupación			.77	1	.381			1.89	1	.169
Trabaja	45.16%	38.10%				46.15%	34.62%			
No trabaja	54.84%	61.90%				53.85%	65.38%			
Edad			-.39	154	.694			.17	75.85	.862
M, (SD)	30.17 (9.25)	30.86 (12.48)				30.57 (9.12)	30.21 (13.27)			

Nota. DSM-IV-TR= Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (4ª edición Texto Revisado); DSM-5= Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5ª edición); Con TEA=Cubrir los criterios diagnósticos del trastorno de estrés agudo; Sin TEA= No cubrir con los criterios diagnósticos del trastorno de estrés agudo. * $p \leq .05$ ** $p \leq .01$

Tabla 7. Análisis bivalente de las variables psicopatológicas asociadas al Trastorno de Estrés Agudo (TEA)

Variables psicopatológicas	DSM-IV-TR		X ²	gl	p.	DSM-5		X ²	gl	p.
	Con TEA	Sin TEA				Con TEA	Sin TEA			
Traumas generales en la infancia			5.79	1	.016*			4.72	1	.030*
Si	56.79%	35.29%				55.06%	34.88%			
No	43.21%	64.71%				44.94%	65.12%			
Nivel de apoyo social			-44	136	.663			-2.13	136	.035*
M, (SD)	16.11 (6.72)	16.64 (7.47)				15.44 (6.81)	18.11 (7.11)			
Nivel de estrés			1.47	135	.144			1.44	135	.154
M, (SD)	18.99 (12.41)	15.77 (12.53)				18.82 (12.81)	15.55 (11.68)			
Antecedentes psiquiátricos			2.56	1	.110			1.18	1	.277
Si	37.63%	25.40%				35.58%	26.92%			
No	62.37%	74.60%				64.42%	73.08%			
Antecedentes de dependencia o abuso de alcohol			.17	1	.678			1.30	1	.255
Si	16.35%	9.62%				15.05%	12.70%			
No	83.65%	90.38%				84.95%	87.30%			
Antecedentes de consumo de drogas			1.86	2	.394			2.05	2	.358
Si	18.26%	14.29%				16.35%	17.31%			
No	81.74%	85.71%				83.65%	82.69%			
Antecedentes de agresión sexual			.14	2	.932			.02	2	.989
Si	17.20%	19.05%				18.27%	17.31%			
No	82.80%	80.95%				81.73%	82.69%			
Abuso físico en la infancia			1.16	1	.281			1.76	1	.185
Si	46.84%	37.25%				47.13%	34.88%			
No	53.16%	62.75%				52.87%	65.12%			
Abuso sexual en la infancia			.43	1	.514			.27	1	.603
Si	45%	39.22%				39.22%	44.32%			
No	55%	60.78%				60.78%	55.68%			

Nota. DSM-IV-TR= Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (4ª edición Texto Revisado); DSM-5= Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5ª edición); Con TEA=Cubrir los criterios diagnósticos del trastorno de estrés agudo; Sin TEA= No cubrir con los criterios diagnósticos del trastorno de estrés agudo. * $p \leq .05$ ** $p \leq .01$

Tabla 8. *Análisis bivariante de las variables de la agresión sexual asociadas al Trastorno de Estrés Agudo (TEA)*

Variables relacionadas con la agresión sexual	DSM-IV-TR		X ²	gl	p.	DSM-5		X ²	gl	p.
	Con TEA	Sin TEA				Con TEA	Sin TEA			
Penetración (vaginal, oral, anal)			4.47	1	.034*			4.06	1	.044*
Si	82.80%	68.25%				81.73%	67.31%			
No	17.20%	31.75%				18.27%	32.69%			
Consumo de drogas pocas horas antes			3.88	1	.049*			1.47	1	.224
Si	21.51%	9.52%				19.23%	11.54%			
No	78.49%	90.48%				80.77%	88.46%			
Consumo de alcohol pocas horas antes			1.15	1	.283			.24	1	.622
Si	73.10%	65.08%				71.15%	67.31%			
No	26.90%	34.92%				28.85%	32.69%			
Efecto involuntario de alguna sustancia			.74	2	.691			.52	2	.773
Si	35.48%	39.68%				35.58%	40.38%			
No	60.22%	53.97%				58.65%	55.77%			
No sabe	4.30%	6.35%				5.77%	3.85%			
Tipo de agresor			1.08	1	.299			2.44	1	.118
Conocido	36.56%	28.57%				37.50%	25%			
Desconocido	63.44%	71.43%				62.50%	75%			
Lugar de la agresión			6.91	4	.141			8.07	4	.080
Domicilio	53.76%	41.27%				55.77%	34.62%			
Vehículo	4.30%	1.58%				3.85%	1.92%			
Vida pública	31.18%	31.75%				27.88%	38.46%			
Lugar de ocio	7.53%	17.46%				8.65%	17.31%			
Otros	3.23%	7.94%				3.85%	7.69%			
Amenaza durante la agresión			1.77	2	.413			1.36	2	.508
Si	33.34%	26.98%				32.69%	26.92%			
No	31.18%	26.98%				30.77%	26.92%			
No sabe	35.48%	46.04%				36.54%	46.16%			
Violencia física durante la agresión			5.89	2	.053			2.01	1	.366
Si	35.48%	28.57%				33.65%	30.76%			
No	44.09%	33.33%				42.31%	34.62%			
No sabe	20.43%	38.10%				24.04%	34.62%			
Número de agresores			.02	1	.896			.69	1	.406
Uno	78.49%	79.37%				76.92%	82.69%			
Más de uno	21.51%	20.63%				23.08%	17.31%			
Número de víctimas			.40	1	.525			.13	1	.720
Una	96.77%	98.41%				97.12%	98.08%			
Más de una	3.23%	1.59%				2.88%	1.92%			
Denuncia			.35	1	.554			.00	1	1.000
Si	86.02%	82.54%				84.62%	84.62%			
No	13.98%	17.46%				15.38%	15.38%			

Nota. DSM-IV-TR= Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (4ª edición Texto Revisado); DSM-5= Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5ª edición); Con TEA=Cubrir los criterios diagnósticos del trastorno de estrés agudo; Sin TEA= No cubrir con los criterios diagnósticos del trastorno de estrés agudo. * $p \leq .05$ ** $p \leq .01$

Tabla 9. Análisis bivariante de las variables de las reacciones peritraumáticas asociadas al Trastorno de Estrés Agudo (TEA)

Variables de reacciones peritraumáticas	DSM-IV-TR		X ²	gl	p.	DSM-5		X ²	gl	p.
	Con TEA	Sin TEA				Con TEA	Sin TEA			
Disociación peritraumática (CDU)			2.54	88	.013*			2.04	88	.044*
M, (SD)	8.37 (4.95)	5.85 (4.28)				8.03 (4.91)	5.91 (4.38)			
Distrés peritraumático (PDI)			1.76	85	.081			1.83	85	.070
M, (SD)	29.94 (10.13)	25.95 (10.91)				29.76 (9.50)	25.50 (11.94)			
Ansiedad Estado (STAI)			1.13	87	.264			.93	87	.354
M, (SD)	43.94 (9.29)	41.70 (9.40)				43.64 (10.09)	41.73 (7.95)			

Nota. DSM-IV-TR= Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (4ª edición Texto Revisado); DSM-5= Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5ª edición); Con TEA=Cubrir los criterios diagnósticos del trastorno de estrés agudo; Sin TEA= No cubrir con los criterios diagnósticos del trastorno de estrés agudo. * $p \leq .05$ ** $p \leq .01$

Como se muestra en las tablas 6,7, 8 y 9 las variables que mostraron asociación a nivel bivariante con el TEA fueron la nacionalidad (DSM-IV-TR), los traumas generales en la infancia (DSM-IV-TR y DSM-5), el apoyo social (DSM-5), el consumo de drogas pocas horas antes de la agresión sexual (DSM-IV-TR), la disociación peritraumática (DSM-IV-TR y DSM-5) y la agresión sexual con penetración (DSM-IV-TR y DSM-5).

Por otra parte, se seleccionaron las variables que en los estudios previos muestran asociación con el TEA y que a la vez se han vinculado con la presencia de sintomatología clínica después de la agresión sexual. Estas variables fueron: los antecedentes psiquiátricos, los traumas previos, el apoyo social, el abuso sexual en la infancia, el consumo de alcohol previo a la agresión sexual, la percepción de amenaza,

la violencia física durante la agresión, el distrés peritraumático, la disociación peritraumática, el estrés y la agresión sexual con penetración.

Posteriormente, para el análisis multivariante se realizaron dos regresiones logísticas por pasos hacia atrás, una en base a los criterios diagnósticos del TEA según DSM-IV-TR y otra según DSM-5. Se introdujeron las mismas variables en ambas regresiones. Estas variables fueron aquellas que mostraron asociación con el TEA a nivel bivariante y las seleccionadas a partir de la literatura previa (nacionalidad, traumas generales en la infancia, abuso sexual infantil, antecedentes psiquiátricos, estrés, apoyo social, consumo de alcohol y/o drogas pocas horas antes de la agresión sexual, tipo de agresión sexual a través de la penetración, disociación peritraumática, distrés peritraumático, amenaza y violencia física durante la agresión sexual). Finalmente se encontraron los mismos factores de riesgo con ambos criterios diagnósticos (Ver tabla 10).

Tabla 10. Factores de riesgo para el Trastorno de Estrés Agudo (TEA)

Variables	DSM-IV-TR				DSM-5							
	β	S.E.	p.	Exp (β)	95% IC		β	S.E.	p.	Exp (β)	95% IC	
					LI	LS					LI	LS
Disociación peritraumática	.23	.07	.003**	1.25	1.08	1.45	.15	.07	.022*	1.16	1.02	1.32
Antecedentes psiquiátricos	1.57	.79	.047*	4.80	1.02	22.65	2.10	.76	.005**	8.18	1.86	35.97
Tipo de agresión (penetración)	2.10	.81	.010**	8.15	1.66	40.00	1.38	.66	.036*	3.97	1.09	14.43
Nacionalidad (extranjera)	2.45	.73	.001**	11.60	2.75	48.94	1.34	.62	.032*	3.82	1.12	12.97
Constante	-	1.37	.000**	.005			-	.95	.005**	.07		
	5.26						2.66					

Nota. DSM-IV-TR= Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (4ª edición Texto Revisado); DSM-5= Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5ª edición). * $p \leq .05$ ** $p \leq .01$

6.3. Mujeres con Memoria y Mujeres con Amnesia del Episodio de la Agresión

Sexual: Diferencias en Variables Clínicas

En base a la Hoja de Recogida de Variables de la Agresión (HRVA) las participantes de este estudio se agruparon en función del recuerdo del episodio de la agresión sexual en mujeres con memoria (recuerdo parcial o total) y mujeres con amnesia (ausencia de recuerdo) del episodio. Posteriormente, el grupo de mujeres con memoria del episodio de la agresión sexual ($n=118$, 75.64%) fue comparado con el grupo de mujeres con amnesia del episodio ($n=38$, 24.36%) respecto a sus características sociodemográficas, psicopatológicas, relacionadas con la agresión sexual, las reacciones peritraumáticas, la prevalencia del TEA y la intensidad de sus síntomas.

a) Características sociodemográficas, psicopatológicas, relacionadas con la agresión sexual y las reacciones peritraumáticas.

Al comparar las características presentadas por las mujeres en función del recuerdo del episodio de la agresión sexual reportado en el servicio de urgencias se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las características de la agresión sexual y de las reacciones peritraumáticas. No se encontraron diferencias en las características sociodemográficas y psicopatológicas entre las mujeres con memoria del episodio de la agresión sexual y las mujeres con amnesia del episodio (Ver tabla 11 y 12).

Tabla 11. Características sociodemográficas y psicopatológicas según el recuerdo del episodio de la agresión sexual

VARIABLES	% con memoria	% con amnesia	X ²	gl	p.
Características sociodemográficas					
Nacionalidad			.21	1	.649
Española	54.24%	50%			
Extranjera	45.76%	50%			
Estado Civil			2.59	3	.459
Soltera	71.19%	65.79%			
Casada/Pareja de hecho	8.47%	15.79%			
Separada/Divorciada	17.80%	18.42%			
Viuda	2.54%	0%			
Estado Parental			1.18	1	.277
Sin hijos	66.95%	76.34%			
Con hijos	33.05%	23.66%			
Nivel de Estudios			3.23	3	.357
Sin estudios	.85%	2.63%			
Primarios	33.90%	21.05%			
Secundarios	33.90%	34.21%			
Universitarios	31.35%	42.11%			
Ocupación			1.10	1	.294
Trabaja	44.92%	35.14%			
No trabaja	55.08%	64.86%			
Edad, M, (SD)	30.77(11.03)	29.45(9.39)	-.67	154	.506
Características psicopatológicas					
Antecedentes psiquiátricos			.05	1	.819
Si	32.20%	34.21%			
No	67.80%	65.79%			
Antecedentes de dependencia o abuso de alcohol			.77	1	.379
Si	12.71%	18.42%			
No	87.29%	81.58%			
Antecedentes de consumo de drogas			3.14	2	.208
Si	16.95%	15.79%			
No	83.05%	84.21%			
Traumas generales en la infancia			.00	1	.990
Si	48.45%	48.57%			
No	51.55%	51.43%			
Antecedentes de agresión sexual			3.44	2	.179
Si	16.95%	21.05%			
No	83.05%	78.95%			

Nota. Con memoria= Recuerdo total o parcial sobre el episodio de la agresión sexual reportado durante la visita en el servicio de urgencias; Con amnesia= Ausencia del recuerdo sobre el episodio de la agresión sexual reportado durante la visita en el servicio de urgencias. * $p < .05$ ** $p < .01$

Tabla 12. Características relacionadas con la agresión sexual y las reacciones peritraumáticas según el recuerdo del episodio de la agresión sexual

Variables	Con memoria %	Con amnesia %	X ²	gl	p.
Características Sociodemográficas					
Tipo de sumisión			42.44	2	.000**
Coacción	65.81%	5.56%			
Sumisión química	32.48%	94.44%			
Ambas (coacción y sumisión química)	1.71%	0%			
Penetración (vaginal, oral, anal)			10.25	1	.001**
Si	83.05%	57.89%			
No	16.95%	42.11%			
Tipo de agresor			9.20	1	.002**
Conocido	39.83%	13.16%			
Desconocido	60.17%	86.84%			
Lugar de la agresión			16.36	4	.003**
Domicilio	52.54%	36.84%			
Vehículo	4.24%	0%			
Vía pública	32.20%	28.95%			
Lugar de ocio	5.94%	28.95%			
Otros	5.08%	5.26%			
Tipo de consumo de sustancias			29.48	3	.000**
No consumo	33.90%	0%			
Voluntario	42.37%	34.21%			
Involuntario	2.54%	2.63%			
Ambos (voluntario e involuntario)	21.19%	63.16%			
Efecto involuntario de alguna sustancia			36.74	2	.000**
Si	24.58%	76.32%			
No	71.19%	15.79%			
No sabe	4.23%	7.89%			
Consumo de alcohol pocas horas antes			14.75	1	.000**
Si	61.86%	94.74%			
No	38.14%	5.26%			
Consumo de drogas pocas horas antes			.45	1	.505
Si	17.80%	13.16%			
No	82.20%	86.84%			
Número de agresores			.80	1	.370
Uno	80.51%	73.68%			
Más de uno	19.49%	26.32%			
Número de víctimas			.00	1	.976
Una	97.46%	97.37%			
Más de una	2.54%	2.63%			
Denuncia			1.24	1	.266
Si	86.44%	78.95%			
No	13.56%	21.05%			
Reacciones Peritraumáticas			t	gl	p.
Distrés peritraumático (PDI), M, (SD)	29.40 (9.63)	24.68 (10.61)	-2.24	121	.027*
Disociación peritraumática (CDU), M,(SD)	7.63(4.70)	6.36 (5.08)	1.12	88	.264
Amnesia disociativa (CDU), M, (SD) ^a	1.67(1.11)	1.83 (1.31)	-.57	83	.568
Ansiedad (STAI-E), M, (SD)	43.17 (8.89)	42.32 (10.61)	-.38	87	.702

Nota. Con memoria= Recuerdo total o parcial sobre el episodio de la agresión sexual reportado durante la visita en el servicio de urgencias; Con amnesia= Ausencia del recuerdo sobre el episodio de la agresión sexual reportado durante la visita en el servicio de urgencias. ^a La amnesia disociativa corresponde a la puntuación obtenida en el ítem 5 del Cuestionario de Disociación en Urgencias (CDU; *ad hoc*). * $p < .05$ ** $p < .01$

Como se observa en la tabla 12, las mujeres víctimas de una agresión sexual reciente con memoria del episodio de la agresión sexual se diferenciaron de las mujeres con amnesia del episodio principalmente en:

(a) tipo de sumisión: la mayoría de las mujeres con memoria del episodio de la agresión sexual experimentaron la agresión sexual por medio de la coacción y la mayoría de las mujeres con amnesia del episodio por medio de la sumisión química;

(b) agresión sexual con penetración: se dio en la mayoría de las mujeres tanto con memoria como con amnesia del episodio de la agresión sexual, pero se presentó en un porcentaje significativamente mayor en las mujeres con memoria del episodio;

(c) tipo de agresor: a pesar de que el agresor fue desconocido en la mayoría de las mujeres con memoria y con amnesia del episodio de la agresión sexual, fue significativamente mayor en las mujeres con amnesia del episodio;

(d) lugar de la agresión: en las mujeres con memoria del episodio la agresión fue principalmente en un domicilio. Mientras que en las mujeres con amnesia del episodio la agresión sexual sucedió en primer lugar en un domicilio y después en la vía pública o en un lugar de ocio;

(e) tipo de consumo de sustancias: una tercera parte de las mujeres con memoria del episodio no consumió ninguna sustancia y de las que consumieron la mayoría lo hizo de forma voluntaria. En cambio, todas las mujeres con amnesia del episodio consumieron alguna sustancia, la mayoría consumió voluntariamente alguna sustancia, pero involuntariamente otras;

(f) efecto involuntario de alguna sustancia: fue experimentado por la mayoría de las mujeres con amnesia del episodio de la agresión sexual y por la minoría de las mujeres con memoria del episodio;

(g) consumo de alcohol pocas horas antes de la agresión sexual: se dio en la mayoría de las participantes tanto con memoria del episodio de la agresión sexual como con amnesia del episodio, pero el consumo fue significativamente superior en las mujeres con amnesia del episodio de la agresión sexual;

(h) la reacción de distrés peritraumático: fue significativamente mayor en las mujeres con memoria del episodio de la agresión sexual en comparación con las mujeres con amnesia del episodio.

b) Prevalencia del TEA.

Al contrastar la prevalencia del TEA en función del recuerdo del episodio de la agresión sexual reportado en el servicio de urgencias se obtuvo que la prevalencia del TEA fue significativamente mayor en las mujeres víctimas de una agresión sexual con memoria del episodio de la agresión sexual tanto según los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR, $\chi^2 (1, N = 156) = 6.40, p < .05$ como según los del DSM-5, $\chi^2 (1, N = 156) = 4.45, p < .05$.

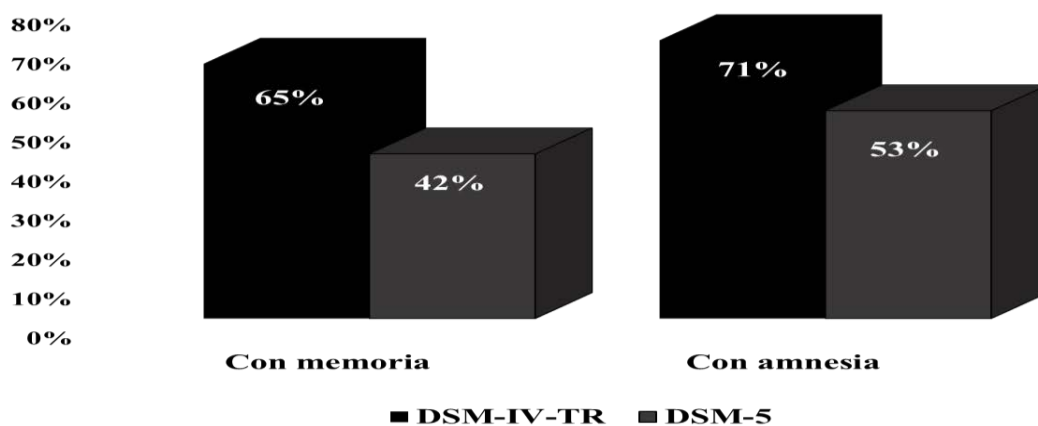


Figura 5. Prevalencia del Trastorno de Estrés Agudo (TEA) según el recuerdo del episodio de la agresión sexual.

c) Intensidad de los síntomas del TEA.

La información sobre la intensidad de los síntomas del TEA se obtuvo a través de la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Agudo (EGSTEAs). Al contrastar la intensidad de los síntomas del TEA en función del recuerdo del episodio de la agresión sexual reportado en el servicio de urgencias se observó que las mujeres con memoria del episodio de la agresión sexual experimentaron con una intensidad significativamente mayor el síntoma de reexperimentación, $t(142) = -3.64$, $p = .000$ y de hiperactivación, $t(142) = -2.65$, $p = .009$ en comparación con las mujeres con amnesia del episodio de la agresión sexual.

Tabla 13. *Intensidad de los síntomas del Trastorno de Estrés Agudo (TEA) según el recuerdo del episodio de la agresión sexual*

Síntomas	Con memoria		Con amnesia		t	gl.	p.
	M	SD	M	SD			
Reexperimentación	7.80	3.11	5.61	3.19	-3.64	142	.000**
Hiperactivación	9.26	3.69	7.33	4.02	-2.65	142	.009**
Disociación	6.42	3.67	6.17	3.00	-.38	143	.706
Evitación	11.31	5.49	11.00	4.25	-.31	142	.754

Nota: Con memoria= Recuerdo total o parcial sobre el episodio de la agresión sexual reportado durante la visita en el servicio de urgencias; Con amnesia= Ausencia del recuerdo sobre el episodio de la agresión sexual reportado durante la visita en el servicio de urgencias. * $p < .05$ ** $p < .01$

Por otra parte, para describir el orden jerárquico en que se presentaron los síntomas del TEA según su intensidad tanto en las mujeres con memoria como con amnesia del episodio de la agresión sexual se tuvieron que homogenizar las puntuaciones medias en cada grupo de síntoma, ya que con los síntomas de hiperactivación, reexperimentación y disociación la puntuación máxima en el instrumento es de 15pts, pero con el síntoma de evitación es de 21pts. La homogenización de las puntuaciones se realizó a través del cambio relativo expresado en porcentajes.

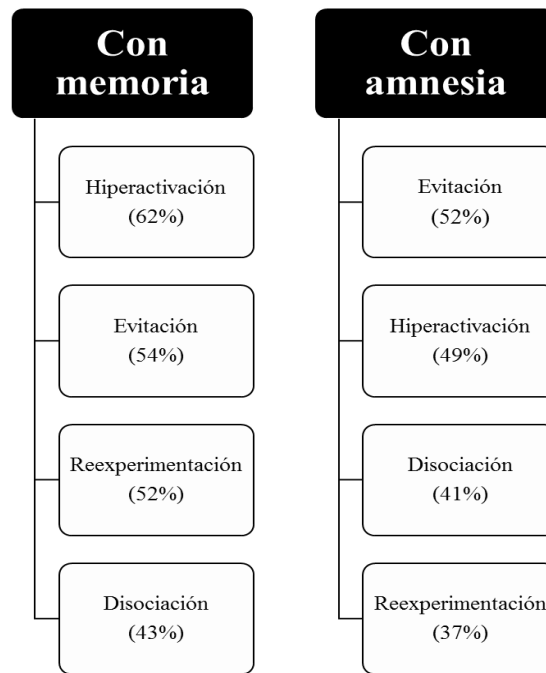


Figura 6. Orden jerárquico en la intensidad de los síntomas del Trastorno de Estrés Agudo (TEA).

En la figura 6, se observa que tanto en las mujeres con memoria como con amnesia del episodio de la agresión sexual los dos síntomas experimentados con mayor intensidad (rango del 0 al 100%) fueron hiperactivación y evitación. En cambio, los dos síntomas menos intensos fueron reexperimentación y disociación. No obstante, el orden se invierte precisamente en los síntomas cuya intensidad fue estadísticamente diferente según el recuerdo del episodio de la agresión sexual.

Capítulo 7. Discusión General

El presente estudio tuvo como objetivos principales determinar la prevalencia del Trastorno de Estrés Agudo (TEA) en mujeres víctimas de una agresión sexual reciente e identificar los factores de riesgo implicados en su desarrollo.

Así mismo, se diferenció entre las mujeres víctimas de una agresión sexual, en aquellas que tenían memoria del episodio y las que tenían amnesia del mismo. En estas mujeres se evaluaron las diferencias que existían en variables sociodemográficas, psicopatológicas, modalidad de la agresión sexual, reacciones peritraumáticas, prevalencia del TEA e intensidad de sus síntomas.

A continuación, se discuten y analizan los resultados en base a los objetivos y las hipótesis de investigación planteadas.

7.1. Prevalencia del TEA

Después de revisar la producción científica disponible hasta la fecha, este es el primer estudio con muestra de mujeres víctimas de una agresión sexual reciente en el que se usó un diseño prospectivo y los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR como del DSM-5 para evaluar la prevalencia del TEA.

La primera hipótesis del estudio fue confirmada. Los resultados indicaron que más de la mitad de las mujeres víctimas de una agresión sexual reciente desarrollaron un TEA (DSM-IV-TR y DSM-5) después de la agresión sexual. Esta alta prevalencia coincide con la encontrada en los dos únicos estudios con población similar (Elklit & Christiansen, 2010; Hansen et al., 2015). En relación a la prevalencia del TEA según los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (59.62%), ésta fue igual a la encontrada por Elklit y Christiansen (2010). Mientras que al utilizarse los criterios diagnósticos del

DSM-5 la prevalencia (66.67%) fue superior a la hallada (56.4%) por Hansen et al. (2015).

Por una parte, la prevalencia del TEA en mujeres víctimas de una agresión sexual reciente fue superior a la encontrada en otras poblaciones y en otros eventos traumáticos (Biggs et al., 2012). Esto refleja el fuerte impacto de la agresión sexual, corroborando que es uno de los eventos más traumáticos y que el TEA es una de sus secuelas en la salud mental (Nilson et al., 2015; WHO, 2013). Por lo tanto, las víctimas de una agresión sexual reciente se encuentran en alto riesgo para desarrollar TEA. Es posible que la alta prevalencia del TEA en las mujeres víctimas de una agresión sexual se deba a que la agresión sexual constituye: un evento traumático interpersonal (APA, 2013; Biggs et al., 2012); un ataque a la libertad, dignidad e integridad física y moral (Igareda & Bodelón, 2014); implica un daño injustificado e intencional; y muchas veces genera una dolorosa victimización (Steenkamp, Litz, Dickstein, Salters & Hofmaan, 2013).

Al compararse la prevalencia del TEA en las mujeres víctimas de una agresión sexual reciente según los criterios diagnósticos utilizados, se encontró que el TEA se diagnosticó en mayor proporción utilizando los criterios diagnósticos del DSM-5, siendo el incremento del 7% con respecto a la prevalencia del TEA según DSM-IV-TR. Este resultado coincide con el hallado en el estudio de Bryant et al. (2015), en el cual los pacientes admitidos en el servicio de urgencias de cinco hospitales por cualquier modalidad de lesiones traumáticas (accidentales o inducidas) obtuvieron una prevalencia de TEA un 6% superior utilizando los criterios diagnósticos del DSM-5 en comparación con los del DSM-IV-TR. La mayor prevalencia utilizando los criterios diagnósticos del DSM-5 y el incremento no excesivo respecto a la prevalencia según DSM-IV-TR es algo esperado. Los nuevos criterios diagnósticos reconocen la

heterogeneidad en las reacciones agudas tras un evento traumático y no priorizan síntomas como sucedía con los criterios diagnósticos del TEA según DSM-IV-TR (Maass, 2014). En consecuencia, los criterios del DSM-5 son más amplios e inclusivos que los del DSM-IV-TR, ya que permiten incluir a las personas que experimentan reacciones severas o patológicas en la fase aguda, pero que no eran tomadas en cuenta con los criterios del DSM-IV-TR (Bryant et al., 2015). Este último contemplaba como obligatorio el criterio de reacción subjetiva y la presencia de al menos tres síntomas disociativos (APA, 2002).

En este estudio, al utilizarse los criterios diagnósticos del TEA según DSM-5 fue posible incluir a las mujeres agredidas por medio de la sumisión química. Es decir, a aquellas que reportaron intensas reacciones de estrés agudo, pero que al encontrarse bajo los efectos involuntarios de alguna sustancia estaban inconscientes durante la agresión sexual, no experimentaron la respuesta subjetiva de temor, amenaza o desesperanza y tampoco presentaron disociación peritraumática, o si lo hicieron no cubrieron con los tres síntomas requeridos por el DSM-IV-TR. Este hecho es importante dado que la identificación oportuna de las personas que presentan reacciones severas en la fase aguda, permite que se les brinde intervenciones tempranas que pueden prevenir el surgimiento de síntomas postraumáticos o de otras psicopatologías (Qi, Gevonden, & Shalev, 2016). Hasta el momento el único factor clínicamente útil para la orientación en las intervenciones es la aparición de los síntomas TEA como consecuencia del evento traumático (Howlett & Stein, 2016).

Por otra parte, aunque pudiera pensarse que los criterios diagnósticos del TEA según DSM-5 contribuyen a un sobre diagnóstico de los trastornos mentales asociados al trauma, los resultados de este estudio indican que la prevalencia del TEA según DSM-IV-TR y DSM-5 es semejante. Los intervalos de confianza de ambas

prevalencias se solapan (52%-67% con DSM-IV-TR y 59%-74% con DSM-5). Además, para evitar sobrepatologizar las reacciones iniciales, el DSM-5 establece como requisito la presencia de los síntomas un día más que con el DSM-IV-TR (APA, 2002, 2013; Koucky et al., 2012). A la vez solicita la presencia de más síntomas mínimos para el diagnóstico del TEA (9 síntomas mínimos) en comparación con los del DSM-IV-TR (6 síntomas mínimos). Por consiguiente, los criterios diagnósticos del DSM-5 pudiesen ser una herramienta más fina para identificar a aquellas personas que presentan reacciones patológicas en la fase aguda y que pueden beneficiarse de una intervención temprana (Bryant et al., 2015).

7.2. Factores de Riesgo para el TEA

Los factores de riesgo son una herramienta útil para identificar a las personas que pueden llegar desarrollar TEA (Cruz et al., 2015). En este estudio se evaluaron de forma prospectiva las variables sociodemográficas, psicopatológicas, las relacionadas con la agresión sexual y las reacciones peritraumáticas.

La segunda hipótesis se confirmó. Con base en los resultados de este estudio, la disociación y los antecedentes psiquiátricos son factores de riesgo implicados en el desarrollo del TEA. Adicionalmente, se identificaron otros factores de riesgo: el tipo de agresión sexual (con penetración vaginal, oral o anal) y la nacionalidad (ser inmigrante). Los factores de riesgo encontrados fueron los mismos tanto siguiendo los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR como los del DSM-5.

Respecto a la disociación peritraumática, los resultados de este estudio están en sintonía con la perspectiva de la disociación peritraumática como factor de riesgo para el TEA y con los estudios que la respaldan en diferentes tipos de víctimas incluyendo a

las mujeres agredidas sexualmente (Biggs et al., 2012; Elklit et al., 2009; Hansen et al., 2014; Kangas et al., 2007; Ozer et al., 2003; Yaşan et al., 2009). Se ratifica que la disociación peritraumática es un elemento clave en la identificación de las personas en riesgo de desarrollar TEA (Panasetis & Bryant, 2003).

La literatura previa señala que la disociación peritraumática es frecuente en mujeres y en eventos traumáticos interpersonales (McDonald et al., 2013). También señala que un evento tan severo como la agresión sexual origina miedo, ansiedad, distrés peritraumático y sensación de pérdida de control debido a la percepción de amenaza, por eso mientras más tiempo tiene la víctima para anticipar la agresión sexual y su impacto es mayor la tendencia a distanciarse de la experiencia a través de los síntomas disociativos (Ataria, 2015; Bryant et al., 2011a; Cardeña & Carlson, 2011; Collins & Ffrench, 1998; Dancu, Riggs, Hearst-Ikeda, Shoyer, & Foa, 1996; Fitzharris et al., 2006; Marshall et al., 1999; McDonald et al., 2013; Nixon & Bryant, 2003; Otis et al., 2012).

Uno de los síntomas disociativos es la desrealización, la cual es usual ante un evento en el que se experimenta pánico agudo y es considerada una de las reacciones de estrés más severas, puesto que puede causar inmediatamente dificultades para recordar (Brooks et al., 2009; Bryant et al., 2011a; Morrison, 2015; Sijbrandij et al., 2012). Briere et al. (2005) sostienen que los trastornos de estrés (TEA y/o TEPT) son causados por las dificultades en la recuperación de los recuerdos emocionales. En este sentido, la disociación peritraumática es considerada factor de riesgo para el TEA porque puede impedir la codificación de los recuerdos traumáticos y su recuperación (Benett, Modrowski, Kerig, & Chaplo, 2015; Nöthling, Lammers, Martin, & Seedat, 2015).

Por otro lado, hay autores que creen que la disociación peritraumática no es un factor de riesgo independiente, ya que se vincula con otros factores asociados al TEA y

el TEPT (Marshall et al., 1999; Otis et al., 2012; Van der Velden & Wittmann, 2008). Sin embargo, en este estudio la disociación peritraumática mostró ser un factor de riesgo independiente después de haber controlado las variables de antecedentes psiquiátricos, traumas previos, abuso sexual infantil y la respuesta inicial de ansiedad después de la agresión sexual.

En relación a los antecedentes psiquiátricos, se corroboró que representan un factor de riesgo para el TEA como ya se ha demostrado en estudios previos (Fuglsang et al., 2002; Harvey & Bryant, 1999b; Mills et al., 2007). Este resultado proporciona soporte concluyente para el modelo integrativo del TEA, en el cual se incluye la historia psiquiátrica previa dentro de los factores de predisposición para el TEA (Bryant & Harvey, 2002). Igualmente confirma que los antecedentes psiquiátricos son un factor de riesgo para que las mujeres agredidas sexualmente sean más vulnerables de presentar alguna psicopatología después de la agresión sexual (Echeburúa & Redondo, 2010).

El estrés juega un papel importante en el surgimiento de la psicopatología, la cual se asocia a la carga genética y a la personalidad en la interacción con factores psicosociales generando un pobre control cognitivo y deficiencias en la regulación emocional (Harkness, Hayden, & Lopez-Duran, 2015; Hervás, 2011; Snyder & Hankin, 2016, Trucco, 2002). Es comprensible que las víctimas con mayor vulnerabilidad después de un evento traumático sean más propensas a tener mayor impacto en su salud mental (Echeburúa et al., 2004). Esto explica porque las personas con antecedentes psiquiátricos son más vulnerables y necesitan de ayuda psicológica y/o psiquiátrica más frecuentemente (Echeburúa & Redondo, 2010).

Estudios anteriores han señalado que la depresión y la ansiedad previa se asocian con el TEA (Mills et al., 2007, Vitrol et al., 2013). En este estudio, se parte de la psicopatología en general porque al no evaluarse qué antecedentes psiquiátricos en concreto presentaban las participantes, no es posible especificar qué trastornos previos influyen más en el TEA.

Respecto al tipo de agresión sexual, los resultados confirmaron que la agresión sexual a través de la penetración es un factor de riesgo para el TEA. La posible razón es que las mujeres que han sufrido una agresión con penetración perciben sus vidas amenazadas y experimentan mayor pánico peritraumático en comparación con las que experimentan otro tipo de agresión sexual (Perilloux et al., 2012). El pánico peritraumático se vincula con el TEA a través de la ansiedad, que a su vez se asocia con el surgimiento de los síntomas de reexperimentación e hiperactivación siendo mayor la presencia de recuerdos traumáticos y flashbacks (Bryant & Panasetis, 2001; Hansen et al., 2014; Nixon & Bryant, 2003, 2005b; Smith & Bryant, 2000).

El hecho de haber sufrido una penetración puede activar el temor a contraer una enfermedad de transmisión sexual y puede constituir un estímulo que incremente la evaluación negativa y catastrófica de las consecuencias de la agresión sexual sobre la salud física o mental y/o en la vida social. Esta explicación está de acuerdo con la perspectiva cognitiva de TEA, la cual indica que el TEA se asocia con una distorsión cognitiva causada por la red de la memoria del miedo que genera un sesgo atencional para estímulos relacionados con las amenazas y las creencias exageradas de vulnerabilidad y peligro para el futuro (Guzmán, Padrós, García, & Laca, 2014; Harvey & Bryant, 2002; Warda & Bryant, 1998).

Hay que también tomar en consideración que las mujeres que sufrieron una penetración necesitaron tomar profilaxis de exposición al virus de inmunodeficiencia humana y antibióticos profilácticos para las enfermedades de transmisión sexual (Brown et al., 2013). Desafortunadamente, no se sabe el efecto que los tratamientos profilácticos pueden tener sobre el TEA.

Algunos autores señalan que la agresión sexual con penetración se asocia con la severidad del TEA e influye en la prevalencia de problemas de salud mental (Brooker & Tocque, 2015; Perilloux et al., 2012). En este estudio queda claro que la penetración afecta negativamente la salud mental de las mujeres agredidas sexualmente, específicamente en el surgimiento del TEA.

Finalmente, con respecto a la nacionalidad, el ser extranjera resultó un factor de riesgo para el TEA. La nacionalidad de las participantes fue heterogénea presentando las extranjeras mayor prevalencia de TEA. Haciendo alusión al status de extranjera, el 47% de las participantes eran extranjeras e inmigrantes, ya que las turistas no se incluyeron en este estudio. Algunas participantes inmigrantes eran indocumentadas y otras documentadas, ya sea por una estancia temporal de estudios o por una estancia permanente. La literatura existente ha señalado que los cambios que conlleva el ser inmigrante puede causar estrés, victimización y consecuencias en la salud física y mental (Cedeño, Martínez-Arias & Bueno, 2014). Algunos autores señalan que las mujeres inmigrantes que viven en una situación irregular o inestable después del trauma son más vulnerables a las consecuencias negativas y a necesitar de apoyo psicológico o farmacológico (Echeburúa & Redondo, 2010). También indican que son más vulnerables a la psicopatología cuando previamente ya son frágiles e inestables en su salud, cuando el entorno es hostil, o cuando se dan ambas condiciones (Achotegui,

2009). En este caso, la agresión sexual representaría el entorno hostil para estas mujeres extranjeras e inmigrantes.

Es importante señalar que la población extranjera de Barcelona es mayormente de América Latina (Ajuntament de Barcelona, 2016). El 81% de las participantes extranjeras eran de América Latina. Este dato concuerda con el hallazgo de otro estudio que señala una fuerte relación entre ser una mujer inmigrante latinoamericana y la presencia de sintomatología postraumática después de la victimización debido al proceso de aculturación (Cuevas, Sabina, & Bell, 2012). Por ende, es crucial tener en cuenta las diferencias socioculturales y la presencia del estrés causado por la inmigración.

Hasta el momento no hay estudios que relacionen la aparición del TEA con la nacionalidad. Sin embargo, Ullman y Filipas (2001) indican que la pertenencia a una minoría étnica está asociada con que las víctimas de agresiones sexuales presenten síntomas más graves de TEPT y reciban reacciones sociales negativas. Quizá estos resultados se puedan extrapolar al TEA, puesto que el ser extranjera implica ser minoría en el lugar de residencia. Estas interpretaciones deben ser consideradas como provisionales, ya que no se han estudiado específicamente las características de las mujeres extranjeras.

7.3. Mujeres con Memoria y Mujeres con Amnesia del Episodio de la Agresión

Sexual: Diferencias en las Variables Clínicas

a) Características sociodemográficas, psicopatológicas y relacionadas con la agresión sexual.

La tercera hipótesis del trabajo establecía diferencias sociodemográficas, psicopatológicas, de la modalidad de la agresión sexual y las reacciones peritraumáticas en función de si las mujeres recordaban o no el episodio de la agresión sexual. Esta hipótesis fue parcialmente confirmada. Únicamente se encontraron diferencias significativas en las características relacionadas con la agresión sexual y las reacciones peritraumáticas. Los resultados de este estudio hacen pensar que son las circunstancias en que se da la agresión sexual las que afectan el recuerdo del episodio de la agresión.

En relación a las mujeres con memoria del episodio de la agresión sexual, la tipología de la agresión sexual se caracterizó por: la coacción, el consumo voluntario de sustancias, sufrir una agresión sexual con penetración y presentar mayores reacciones de distrés peritraumático. La asociación entre recordar el episodio de la agresión sexual y haber sido agredidas mediante la coacción pudiese ser explicada por el rol que juega la experiencia consciente en la memoria. Según un estudio previo las víctimas de agresiones sexuales con coacción son más conscientes del episodio de la agresión (Cruz, 2014). La experiencia consciente de un hecho se forma de pensamientos, sensaciones, sentimientos y recuerdos, además de que implica a la memoria a corto plazo (Alonso, 2016). Por ello, la experiencia consciente es necesaria para la adquisición y recuperación de información en la memoria (Ruiz, 2000). La coacción sexual no sólo se vincula con mayor conciencia del episodio de la agresión sexual, sino también con el consumo de alcohol y/o otras sustancias sin llegar a un estado incapacitante o a la intoxicación (Fuentes, Ramos, & Fernández, 2007). En este

estudio, la mayoría de las mujeres que recordaban el episodio consumieron de manera voluntaria alguna sustancia, pero la gran mayoría reportó no estar bajo sus efectos involuntarios. El alcohol fue la sustancia que más consumieron. Se sabe que el alcohol puede reducir la consciencia, la capacidad de decisión respecto a la relación sexual y de autoprotección ante un evento no deseado (Altell, Martí, & Missé, 2015; Davis, Stoner, Norris, George, & Masters, 2009). Sin embargo, es posible la codificación y almacenamiento de la información en la memoria si el consumo de alcohol no es excesivo (Porras, 2016). Hay que añadir que las emociones que experimentan las víctimas mientras son conscientes de la agresión sexual posibilitan que almacenen con mayor precisión la información relacionada con el episodio de la agresión sexual (Pérez, 2009). En este sentido, el nivel de violencia experimentado (por ejemplo la penetración) se vincula con la reacción emocional de la víctima, ya que la amenaza percibida de ser dañadas o lastimadas se asocia con la presencia de distrés peritraumático (Kaysen, Morris, Rizvi, & Resick, 2005). Aparte de la asociación del distrés con las lesiones violentas, éste se vincula con mayor presencia de síntomas postraumáticos (Rahtz, Bhui, Smuk, Hutchison, & Korszun, 2017). Coincidentemente, en este estudio las mujeres con memoria del episodio experimentaron mayormente la coacción, una agresión sexual con penetración y el distrés peritraumático. Estudios anteriores han señalado que la intensidad en la experiencia emocional ante un evento traumático y/o la vivencia de ser el protagonista del evento desencadena memorias más fragmentadas, accesibles y capaces de reproducir recuerdos intensos (Manzanero, López, Arózteguia, & El-Astal, 2015; Nachson & Slavutskay-Tsukerman, 2010; Talarico, LaBar, & Rubin, 2004).

Respecto a las mujeres con amnesia del episodio, la tipología de la agresión sexual se caracterizó por: la sumisión química, haber consumido alcohol pocas horas

antes de la agresión, consumir voluntariamente algunas sustancias (pero involuntariamente otras), por encontrarse bajo los efectos involuntarios de alguna sustancia y por ser agredidas por un desconocido. Los resultados concuerdan con la literatura previa que señala que en casos de agresión sexual por medio de sumisión química la víctima suele estar inconsciente, ser frecuente la amnesia parcial o total de los hechos y el consumo de alcohol previo (Dinis-Oliveira, & Magalhães, 2013; García, Cruz, & Quintela, 2014; Navarro & Vega, 2013). Respecto a la ingesta de alcohol, éste tiene propiedades amnésicas y su ingesta en grandes dosis puede originar el olvido de lo ocurrido mientras uno se encuentra bajo sus efectos (Isorna & Rial, 2015). Es decir, que la ingesta de alcohol puede causar daños en la memoria siendo una de sus consecuencias el episodio de amnesia anterógrada (Conde, Remmaggi, & Cremonte, 2013). La amnesia anterógrada implica un deterioro en la adquisición, consolidación y almacenamiento de información en la memoria (Goullé & Anger, 2004). La posibilidad de experimentar amnesia anterógrada se incrementa si se combina la ingesta de alcohol con el de otras sustancias psicoactivas como las benzodiazepinas o marihuana (Alderazi & Brett, 2007; Goullé & Anger, 2004). Es posible que la ingesta y efecto involuntario de alguna sustancia reportado por las participantes corresponda a algún sedante, hipnótico o anestésico que tienda a causar amnesia anterógrada (Kintz, Villain, & Ludes, 2004). La ingesta de alcohol y la intoxicación por sustancias psicoactivas afecta los recuerdos del episodio de la agresión sexual y la agresión sexual por medio de la sumisión química se asocia con la amnesia anterógrada inducida por sustancias psicoactivas (Alberta Justice and Solicitor General, 2013; Clark & Quadara, 2010; Gauntlett-Gilbert et al., 2004; Goullé & Anger, 2004; Grau et al., 2011; Isorna & Rial, 2015; Larsen et al., 2014; Monk & Jones, 2014; Schwartz et al., 2000; Xifró et al., 2015). Cuando ha existido consumo de alcohol y/o otras sustancias es más común la

agresión sexual por parte de un desconocido (Echeburúa & Redondo; Grau et al., 2011; Larsen et al., 2014). Estas circunstancias también se producen en este estudio.

b) Prevalencia del TEA.

La cuarta hipótesis se confirmó. La prevalencia del TEA fue significativamente mayor en las mujeres con memoria del episodio de la agresión sexual. Este resultado respalda a los estudios previos que han demostrado que la memoria se ve afectada por la agresión sexual y que las alteraciones en la memoria que van desde los recuerdos intrusivos, flashbacks, hasta la amnesia tienen un papel importante en el desarrollo de los trastornos de estrés (Alberta Justice and Solicitor General, 2013; APA, 2013; Brewin et al., 1996; Foa & Kozak, 1986, 1998; Friedland & Swash, 2016; Holmes et al., 2010; McGuagh, 2000; Rubin et al., 2008).

De igual manera, los resultados coinciden con dos estudios anteriores que indican que las víctimas con memoria del evento traumático son más propensas a desarrollar trastornos de estrés en comparación con aquellas con amnesia (Caspi et al., 2005; Friedland & Swash, 2016; Gil et al., 2005; Gil et al., 2006; Hagenaars et al., 2009; Holmes et al., 2010; Kleim & Ehlers, 2008; Rubin et al., 2009; Young, 2000). Una explicación posible para la mayor prevalencia del TEA en las mujeres con memoria del episodio de la agresión sexual pudiese derivarse de algunas de las características relacionadas con la agresión sexual (coacción, agresión sexual con penetración y distrés peritraumático) que presentaron. En este aspecto, estudios previos señalan que las mujeres agredidas sexualmente con coacción son más vulnerables para experimentar síntomas clínicos más graves, además de que perciben el evento más traumático, refieren mayor número de síntomas postraumáticos y preocupación por peligros en comparación con las agredidas sexualmente mediante la sumisión química

(Brown et al., 2009; Cruz, 2014). Así mismo, investigaciones anteriores han señalado que la agresión sexual con penetración aumenta la presencia de los síntomas traumáticos posteriores a la agresión sexual (Cruz, 2014; Sarasua et al., 2012). Adicionalmente, la literatura existente indica que experimentar reacciones emocionales peritraumáticas tales como la percepción de amenaza, pánico y distrés influye en la manera en que la experiencia se procesa y representa en la memoria, lo que a su vez se asocia con el desarrollo del TEA (Brewin et al., 1996; Bryant & Panasetis, 2005; Foa & Kozak, 1986; Hansen et al., 2014; Rubin et al., 2008). En relación al distrés peritraumático diferentes autores lo asocian con la presencia síntomas postraumáticos (Brunet et al., 2013; Jehel, Paterniti, Brunet, Louville, & Guelfi, 2006; Kaysen et al., 2005; Nishi et al., 2010).

Otro punto importante a considerar es que la amnesia del episodio no limita el desarrollo del TEA, ya que es posible la representación situacionalmente accesible de la experiencia traumática causante de los síntomas del TEA (Brewin et al. 1996; Caspi et al., 2005; Tipps et al., 2014). Por ello, a pesar de que la prevalencia del TEA fue significativamente mayor en las mujeres con memoria del episodio de la agresión sexual, casi la mitad de las mujeres con amnesia desarrollaron TEA, siendo esta prevalencia incluso mayor a la encontrada para otros eventos traumáticos (APA, 2013; Armour & Hansen, 2015; Elklit, 2002; Elklit & Brink, 2004; Harvey & Bryant, 1999a; McKibben et al., 2008; Yaşan et al., 2009). Esto implica que la agresión sexual independientemente del recuerdo del episodio atenta contra la salud mental de las mujeres siendo capaz de genera un TEA. Por lo tanto, se requiere de su evaluación en la fase aguda, atención oportuna y seguimiento, sin olvidar que en las mujeres con amnesia que presentan TEA la recuperación puede resultar más difícil, ya que el tratamiento requiere el trabajo con los recuerdos para así lograr el procesamiento

emocional y la integración de la experiencia (Alberta Justice and Solicitor General, 2013).

c) Intensidad de los síntomas del TEA.

La última hipótesis se confirmó parcialmente, únicamente los síntomas de reexperimentación e hiperactivación fueron significativamente más intensos en las mujeres con memoria del episodio de la agresión sexual en comparación con las mujeres con amnesia. Estos resultados concuerdan con un estudio previo que comparó la gravedad de los síntomas del TEPT en diferentes tipos de víctimas concluyendo que las víctimas de agresión sexual presentan síntomas más graves de reexperimentación e hiperactivación en comparación con víctimas de otros eventos traumáticos (Echeburúa et al., 1998). Otro estudio señala que los síntomas de reexperimentación e hiperactivación del TEA son los que predicen el desarrollo del TEPT (Creamer, O'Donnell, & Pattison, 2004).

Una posible explicación de porque el síntoma de hiperactivación fue más intenso en las mujeres con memoria puede ser a causa de que estas mujeres fueron agredidas mayormente por coacción, la cual se relaciona con la presencia de mayor sensación de amenaza y pánico peritraumático, que a la vez se asocia al síntoma de hiperactivación del TEA (Brown et al., 2009; Cruz, 2014; Hansen et al., 2014; Nixon & Bryant, 2005b).

Respecto a la reexperimentación, estudios previos respaldan que este síntoma es más frecuente cuando está presente la memoria del evento, mientras que la posibilidad de desarrollarlo es menor en casos de amnesia (Bryant & Harvey, 1995; Caspi et al., 2005; Macciocchi et al., 1993). Algunos autores señalan que la reexperimentación se asocia con la intensidad del síntoma de hiperactivación (Hopwood & Bryant, 2006;

Nixon & Bryant, 2005b). Esta asociación puede explicar porque las mujeres con memoria del episodio presentan mayor intensidad del síntoma de reexperimentación, ya que en ellas la hiperactivación fue el síntoma más intensamente experimentado. Por otra parte, en una agresión sexual la imagen del episodio es fuertemente grabado en la memoria de la víctima originando que las víctimas tienda a revivir frecuente e involuntariamente el episodio, con lo cual experimentan de forma permanente un estado de alerta y alarma (Echeburúa & Redondo, 2010). No obstante, estudios previos han observado que incluso en los casos de amnesia del episodio de la agresión sexual se puede experimentar flashbacks a través de intrusiones somáticas y visuales, estos síntomas se dan con menor intensidad, puesto que la imagen de la agresión sexual no ha quedado tan fuertemente grabada (Alberta Justice and Solicitor General, 2013; Padmanabhanunni & Edwards, 2013; Russel & Carrant, 2002; Tipps et al., 2014).

Otro aspecto interesante a nivel descriptivo fue que al ordenar los síntomas según su intensidad y en función del recuerdo del episodio de la agresión sexual se observó distinto orden jerárquico. Esto coincide con la literatura previa que indica la existencia de diferencias cualitativas y cuantitativas en los subtipos del TEA (Armour & Hansen, 2015; Shevlin et al., 2014). Respecto a las diferencias cualitativas y cuantitativas en la intensidad de los síntomas, los síntomas de mayor a menor intensidad en las mujeres con memoria del episodio de la agresión fueron hiperactivación, evitación, reexperimentación y disociación. Mientras que en las mujeres con amnesia fueron evitación, hiperactivación, disociación y reexperimentación.

No es sorprendente que tanto en las mujeres con memoria como con amnesia del episodio de la agresión sexual uno de los síntomas más intensos fuese de

hiperactivación. En estudios previos el síntoma de hiperactivación se ha asociado a la severidad del TEA, además de ser el síntoma más frecuentemente experimentado (Armour & Hansen, 2015; Elklit & Christiansen, 2010; Shevlin et al., 2014). Al mismo tiempo, se considera el síntoma que mejor identifica a las personas en riesgo de desarrollar TEPT (Creamer et al., 2004; Shevlin et al., 2014). Aunque el síntoma de hiperactivación fue significativamente más intenso en las mujeres con memoria del episodio de la agresión sexual resultó ser el segundo síntoma más intenso en las mujeres con amnesia.

En cuanto a la evitación, en la literatura previa se indica que el aumento de la gravedad del TEA se asocia con ser víctima de una agresión sexual y utilizar el estilo de afrontamiento de evitación para suprimir los recuerdos traumáticos (Bryant, 2016). Por consiguiente, tiene sentido que fuese uno de los síntomas más severos experimentado tanto por las mujeres con memoria como con amnesia del episodio de la agresión sexual.

Con respecto a la disociación, que fuese uno de los síntomas experimentados con menor intensidad tanto en las mujeres con memoria como con amnesia del episodio de la agresión sexual respalda que el DSM-5 le quitara su papel central y le diera la misma importancia que a los demás síntomas (APA, 2013; Bryant et al., 2015). De igual forma coincide con los estudios de los subtipos de TEA en los cuales no fue el síntoma clave (Armour & Hansen, 2015; Shevlin et al., 2014).

En relación a la reexperimentación, contrariamente a lo encontrado en otros estudios previos con población similar fue uno de los síntomas de menor intensidad, tanto en las que recordaban como en las que no recordaban el episodio de la agresión sexual (Elklit & Christiansen, 2010; Shevlin et al., 2014). Quizá esto se deba a las características específicas de las participantes de este estudio.

En general, las discrepancias entre los estudios previos y estos resultados respecto al orden de intensidad en que se presentan los síntomas en las mujeres agredidas sexualmente, así como en las diferencias en la intensidad de los síntomas entre las mujeres con memoria y con amnesia del episodio de la agresión sexual demuestra que las diferencias cualitativas y cuantitativas en la intensidad de los síntomas pueden presentarse incluso en poblaciones similares.

Capítulo 8. Puntos Fuertes, Limitaciones, Implicaciones Clínicas y Futuras Líneas de Investigación

8.1. Puntos Fuertes

Este estudio hace una contribución única y original, es uno de los pocos estudios prospectivos que se centran en el estudio del TEA en mujeres víctimas de una agresión sexual reciente atendidas en el servicio de urgencias de un hospital utilizando tanto los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR como del DSM-5 para evaluar su prevalencia y factores de riesgo. Además de que es el primer estudio que evalúa la prevalencia y la intensidad de los síntomas TEA en las mujeres víctimas de una agresión sexual reciente teniendo en cuenta el recuerdo del episodio de la agresión sexual.

8.2. Limitaciones

La presente investigación contó con algunas dificultades para su elaboración. Algunas de ellas tienen que ver con las características mismas del objeto de investigación y otras con los sujetos de estudio.

Con respecto al objeto de investigación, algunas de las dificultades encontradas fueron: la existencia de pocos estudios con víctimas de eventos traumáticos recientes y las reacciones traumáticas agudas; la literatura relacionada con la prevalencia y factores de riesgo para el TEA es limitada, la mayor parte de la investigación ha tendido a centrarse en el TEPT; el tema del TEA y la agresión sexual ha sido menos explorada que otros eventos traumáticos como desastres naturales o accidentes; y la investigación sobre el papel del recuerdo en el desarrollo y la intensidad de TEA es todavía menos investigada.

Con respecto a los sujetos de estudio, como ya se ha mencionado anteriormente, la agresión sexual es difícil de definir y de documentar en sí misma, esto resulta aún más complejo al tratarse de agresiones sexuales recientes, ya que son pocas las mujeres que inmediatamente después de la agresión sexual buscan asistencia médica. Por otro lado, el TEA resulta difícil de estudiar por el margen de tiempo del que se dispone para hacerlo y si se añade que uno de sus síntomas típicos es la evitación, resulta comprensible que las mujeres que lo padecen no quieran solicitar atención médica y hablar del tema. Lo cual explica porque algunas mujeres que inicialmente aceptaron participar en el estudio posteriormente decidieron no continuar.

Otras limitaciones fueron que en este estudio no se consideraron todos los posibles factores de riesgo para el TEA (p. ej. la predisposición genética y los trastornos de la personalidad) debido a la falta de tiempo y recursos. A parte se requirió hacer una adaptación del ASDI con los criterios diagnósticos del DSM-5.

A pesar de estas limitaciones, los resultados constituyen una primera aproximación para la comprensión del TEA en mujeres víctimas de una agresión sexual reciente.

8.3. Implicaciones Clínicas

Es importante hacer visible el fenómeno de la agresión sexual, especialmente sobre su prevalencia y las consecuencias negativas que genera en la salud mental para así sensibilizar a la población. Esto con el objetivo de promover la inversión de recursos en la prevención y atención a la agresión sexual, la desestigmatización y el acceso de las víctimas a los servicios de salud.

Dado que la agresión sexual es uno de los eventos traumáticos que más afectan la salud mental de las mujeres, a la alta prevalencia del TEA y a la existencia de

factores de riesgo para su desarrollo, es necesario que cuando una mujer víctima de una agresión sexual reciente acuda al servicio de urgencias de algún hospital para solicitar atención médica:

- (a) El servicio de urgencias active un protocolo de intervención multidisciplinario y coordinado que incluya profesionales de ginecología, psicología, psiquiatría, traumatología, toxicología, infecciones, enfermería y medicina forense (en caso de que la víctima desee denunciar).
- (b) El protocolo de intervención contenga instrumentos o implemente formas para recoger las características sociodemográficas, psicopatológicas, relacionadas con agresión sexual y las reacciones peritraumáticas (ansiedad, distrés, disociación) durante la visita al servicio de urgencias del hospital.
- (c) Los profesionales de la salud presten especial atención y dediquen un tiempo específico para identificar si la mujer es extranjera, tiene antecedentes psiquiátricos, presenta disociación peritraumática, si la agresión sexual fue con penetración, si la agresión sexual fue por coacción o por sumisión química y si recuerda el episodio de la agresión sexual.
- (d) Los profesionales de salud busquen formas de apego temprano con las mujeres para vincularlas al seguimiento y tratamiento.

Con respecto a los factores de riesgo para el TEA: en las mujeres extranjeras se debe tener en cuenta el impacto de las diferencias socioculturales y la presencia del estrés causado por la migración; en las que presentan antecedentes psiquiátricos es crucial la detección de síntomas de alto riesgo (auto-daño, ideación suicida, abuso de sustancias) o síntomas comórbidos con TEA, además de contar con pautas específicas de intervención; en las que presentan disociación peritraumática es preciso dar

seguimiento a la persistencia de los síntomas disociativos; y en las mujeres que han sido agredidas sexualmente con penetración es recomendable investigar las consecuencias físicas y mentales de la toma de tratamientos profilácticos.

Una vez identificadas las mujeres que presentan factores de riesgo para el desarrollo del TEA se sugiere dar seguimiento a la evolución de sus síntomas, ofrecer una atención temprana y oportuna durante la fase aguda para prevenir el TEA. Posteriormente, realizar el diagnóstico del TEA. En caso de presentar TEA sería necesario según corresponda, brindar un tratamiento psicológico y/o farmacológico temprano y diferenciado para disminuir la intensidad de sus síntomas y reducir el riesgo de desarrollar algún otro trastorno mental.

Respecto al tratamiento diferenciado es relevante que los factores de riesgo del TEA presentados por las mujeres sean considerados durante el seguimiento y tratamiento. También es importante dar seguimiento a la persistencia en la falta de recuerdo relacionado al episodio de la agresión sexual o al surgimiento de la memoria traumática. En las mujeres con memoria traumática se debe tomar en cuenta la mayor intensidad en los síntomas de reexperimentación e hiperactivación. En las mujeres con amnesia debido a la sumisión química es recomendable se incluya el trabajo con la identificación de las intrusiones visuales y somáticas derivadas del procesamiento situacionalmente accesible para así lograr su expresión cognitiva y emocional. Es decir, su procesamiento emocional e integración, además de promover la construcción de una narrativa sobre la agresión sexual. Por otra parte, sería aconsejable identificar el origen de la amnesia y se les debería indicar que si es causada por alguna sustancia psicoactiva es probable que a pesar de sus intentos por recordar pueden no conseguirlo, ya que daños en la memoria pueden ser irreversibles. Independientemente de la memoria o la amnesia respecto al episodio de la agresión sexual, las mujeres con TEA

requieren de intervenciones multidisciplinarias para ayudarlas a superar el trauma, siendo recomendable usar aquellas que han sido validadas empíricamente.

8.4. Futuras Líneas de Investigación

Las futuras líneas de investigación se proponen a partir de las preguntas que surgieron del presente estudio y quedaron sin responder.

Las propuestas son: (a) estudiar cuáles trastornos psiquiátricos previos se asocian al surgimiento del TEA; (b) investigar cuáles variables relacionadas con la predisposición genética y los trastornos de la personalidad constituyen factores de riesgo para el TEA o al estudiar los factores de riesgo incluirlos dentro de las variables estudiadas; (c) identificar cuáles síntomas de la disociación peritraumática influyen para la disociación persistente; (d) identificar cuáles síntomas de la disociación están más asociados al TEA en las mujeres con memoria del episodio de la agresión sexual y cuáles en las mujeres con amnesia del episodio; (f) realizar un seguimiento por al menos 6 meses para ver si aquellas que no recordaban logran recordar; y (g) realizar un seguimiento por al menos 6 meses de las mujeres agredidas sexualmente para ver si existen diferencias en el diagnóstico del TEPT entre las mujeres con memoria y con amnesia del episodio de la agresión sexual.

Capítulo 9. Conclusiones

Los resultados de esta investigación permiten concluir lo siguiente:

- Las mujeres víctimas de una agresión sexual reciente presentan una prevalencia de 59.6% (DSM-IV-TR) y de 66.7% (DSM-5) del Trastorno de Estrés Agudo.
- La inmigración, los antecedentes psiquiátricos, la disociación peritraumática y agresión sexual con penetración son factores de riesgo para el Trastorno de Estrés Agudo en mujeres víctimas de una agresión sexual reciente.
- Se establecen diferencias entre las mujeres víctimas de una agresión sexual en función de si recuerdan o no el episodio de la agresión:
 - La coacción, la agresión con penetración, la agresión en el domicilio, el consumo voluntario de sustancias y el distrés peritraumático se asocian al recuerdo del episodio de la agresión sexual.
 - La sumisión química, el agresor desconocido, el consumo de alcohol pocas horas antes de la agresión, el consumo voluntario e involuntario de sustancias y el efecto involuntario de alguna sustancia se asocia a la amnesia del episodio de la agresión sexual.
 - La prevalencia del TEA es mayor en mujeres que recuerdan del episodio de la agresión sexual.
 - Las mujeres que recuerdan el episodio de la agresión sexual presentan mayor intensidad en los síntomas de hiperactivación y reexperimentación.

REFERENCIAS

- Achotegui, J. (2009). Migración y salud mental. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises). *Abendua, Zerbitzuan*, 46, 163-171.
- Ajuntament de Barcelona. (2016). *Informes Estadístics. La Població Estrangera a Barcelona*. Recuperado de <http://www.bcn.cat/estadistica/catala/dades/inf/pobest/pobest16/pobest16.pdf>
- Alberta Justice and Solicitor General. (2013). *Best Practices for Investigating and Prosecuting Sexual Assault*. Alberta, Canada: Author.
- Alderazi, Y. J., & Brett, F. (2007). Alcohol and the nervous system. *Current Diagnostic Pathology*, 13(3), 203-209. doi: 10.1016/j.cdip.2007.04.004
- Alonso, J. (2016). *Psicología. 2º Bachillerato*. Madrid, España: Mc Graw Hill.
- Altell, G., Martí, M., & Missé, M. (2016). Perspectiva de género en espacios de ocio nocturno y drogas: observando los riesgos de las mujeres. En J. M. González (ed.), *Poniendo otras miradas a la adolescencia: Convivir con los riesgos: drogas, violencia, sexualidad y tecnología* (pp.43-60). Bilbao, España: Publicaciones de la Universidad de Deusto.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. (4ª ed. Texto Revisado). Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Aparicio, A., & Muñoz, T. (2007). *Después del silencio. Cómo sobrevivir a una agresión sexual*. Barcelona: Paidós.

- Armour, C., & Hansen, M. (2015). Assessing DSM-5 latent subtypes of acute stress disorder dissociative or intrusive? *Psychiatry Res*, 225(3), 476-483. doi:10.1016/j.psychres.2014.11.063
- Ataria, Y. (2015). Dissociation during trauma: the ownership-agency trade off model. *Phenom Cogn Sci.*, 14, 1037-1053. doi:10.1007/s11097-014-9392-9n
- Bagwell-Gray, M.E., Messing, J.T., & Baldwin-White, A. (2015). Intimate Partner Sexual Violence: A Review of Terms, Definitions, and Prevalence. *Trauma Violence Abuse*, 16(3), 316-350. doi:10.1177/1524838014557290
- Bakhshian, F., Abolghasemi, A., & Narimani, M. (2013). Thought control strategies in the patients with acute stress disorder and PTSD. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 84, 929-933. doi:10.1016/j.sbspro.2013.06.676
- Barber, B.A., Kohl, K.L., Kassam-Adams, N., & Gold, J.I. (2014). Acute stress, depression, and anxiety symptoms among English and Spanish speaking children with recent trauma exposure. *J Clin Psychol Med Settings*, 21(1), 66-71. doi: 10.1007/s10880-013-9382-z
- Basile, K.C., Breiding, M.J., & Smith, S.G. (2016). Disability and risk of recent sexual violence in the United States. *American Journal of Public Health*, 18, 1-6. doi:10.2105/AJPH.2015.303004
- Basile, K.C., Smith, S.G., Walters, M.L., Fowler, D.N., Hawk, K., & Hamburger, M.E. (2015). Sexual Violence Victimization and Associations with Health in a Community Sample of Hispanic Women. *J Ethn Cult Divers Soc Work*, 24(1), 1-17.
- Bedard- Gilligan, M., Kaysen, D., Desai, S., & Lee, C.M. (2011). Alcohol-involved Assault: Associations with posttrauma alcohol use, consequences, and

- expectancies. *Addict Behav*, 36(11), 1076-1082.
doi:10.1016/j.addbeh.2011.07.001
- Behnken, M.P., Le, Y.L., Temple, J.R., & Berenson, A.B. (2010). Forced sexual intercourse, suicidality, and binge drinking among adolescent girls. *Addict Behav*, 35(5), 507-509. doi:10.1016/j.addbeh.2009.12.008
- Benett, D.C, Modrowski, C.A, Kerig, P.K., & Chaplo, S.D. (2015). Investigating the dissociative subtype of posttraumatic stress disorder in a sample of traumatized detained youth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 7(5), 465-472. doi: 10.1037/tra0000057
- Bernstein, E.M., & Putnam, F.W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous Mental Disease*, 174(12), 727-735.
- Biggs, Q.M., Fullerton, C.S., Reeves, J.J., Grieger, T.A., Reissman, D., & Ursano R.J. (2010). Acute stress disorder, depression, and tobacco use in disaster workers following 9/11. *Journal of Orthopsychiatry*, 80(4), 586-592. doi:10.1111/j.1939-0025.2010.01063.x
- Biggs, Q.M., Guimand, J., Fullerton, C.S., Ursano, R.J., Gray, C., Goldenberg, M., Tyler, M. (2012). The epidemiology of acute stress disorder and other early responses to trauma in adults. In J. Beck, & D. Sloan (Eds.). *The Oxford handbook of traumatic stress disorder* (pp. 69-80). New York, NY: Oxford University Press.
- Birmes, P., Brunet, A., Carreras, D., Ducassé, J.L., Charlet, J.P., Lauque, D., ... Schmitt, L. (2003). The predictive power of peritraumatic dissociation and acute stress symptoms for posttraumatic stress symptoms: a three-month prospective study. *Am J Psychiatry*, 160(7), 1337-1339. doi: 10.1176/appi.ajp.160.7.1337

- Boletín Oficial del Estado. (2016). *Código Penal y legislación complementaria*. Madrid, España: Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Recuperado de https://boe.es/legislacion/codigos/codigo.php?id=038_Codigo_Penal_y_legislacion_complementaria&modo=1
- Bourke, J. (2012). Sexual Violence, Bodily Pain, and Trauma: A History. *Theory Cult Soc.*, 29(3), 25-31. doi:10.1177/0263276412439406
- Breiding, M.J., & Armour, B.S. (2015). The association between disability and intimate partner violence in the United States. *Annals of Epidemiology*, 25(6), 455-457. doi:10.1016/j.annepidem.2015.03.017
- Breiding, M.J., Smith, S.G., Basile, K.C., Walters, M.L., Chen, J., & Merrick, M.T. (2014). Prevalence and Characteristics of Sexual Violence, Stalking, and Intimate Partner Violence Victimization. National Intimate Partner and Sexual Violence Survey United States, 2011. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 63(8), 1-17.
- Bremner, J.D., Bolus, R., & Mayer, E.A. (2007). Psychometric properties of the early trauma inventory-self report. *Journal of Nervous Mental Disease*, 195(3), 211-218. doi:10.1097/01.nmd.0000243824.84651.6cspie
- Brewin, C. R. (2011). The Nature and Significance of Memory Disturbance in Posttraumatic Stress Disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 203-227. doi:10.1146/annurev-clinpsy-032210-104544
- Brewin, C.R., Andrews, B., Rose, S., & Kirk, M. (1999). Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in victims of violent crime. *Am J Psychiatry*, 156(3), 360-366.

- Brewin, C. R., Dalgleish, T., & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of PTSD. *Psychological Review*, 103, 670-686. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1037/0033-295X.103.4.670>
- Briere, J., Scott, C., & Weathers, F. (2005). Peritraumatic and persistent dissociation in the presumed etiology of PTSD. *Am J Psychiatry*, 162(12), 2295-2301. doi:10.1176/appi.ajp.162.12.2295
- Brooks, R., Bryant, R.A., Silove, D., Creamer, M., O'Donnell, M., McFarlane, A.C., & Marmar, C.R. (2009). The latent structure of the Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire. *J Trauma Stress*, 22(2), 153-157. doi:10.1002/jts.20414
- Brooker, C., & Tocque, K. (2016). Mental health risk factors in sexual assault: What should Sexual Assault Referral Centre staff be aware of? *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 40, 28-33. doi:10.1016/j.jflm.2016.01.028
- Broomhall, L.G., Clark, C.R., McFarlane, A.C., O'Donnell, M., Bryant, R., Creamer, M., & Silove, D. (2009). Early stage assessment and course of acute stress disorder after mild traumatic brain injury. *J Nerv Ment Dis*, 197(3), 178-181. doi:10.1097/NMD.0b013e318199fe7f
- Brown, R., Du Mont, J., Macdonald, S., & Bainbridge, D. (2013). A comparative analysis of victims of sexual assault with and without mental health histories: acute and follow-up care characteristics. *Journal of Forensic Nursing*, 9(2), 76-83.
- Brown, A. L., Testa, M., & Messman-Moore, T. L. (2009). Psychological Consequences of sexual victimization resulting from force, incapacitation, or verbal coercion. *Violence against Women*, 15(8), 898-919. doi:10.1177/1077801209335491

- Brunet, A., Sanche, S., Manetti, A., Aouizerate, B., Ribéreau-Gayon, R., Charpentier S., ...Arbus, C. (2013). Peritraumatic distress but not dissociation predicts posttraumatic stress disorder in the elderly. *Int Psychogeriatr.*, 25(6), 1007-1012. doi:10.1017/S1041610213000069
- Brunet, A., Weiss, D.S., Metzler, T.J., Best, S.R., Neylan, T.C., Rogers, C., ...Marmar, C.R. (2001). The peritraumatic distress inventory: a proposed measure of PTSD criterion A2. *American Journal of Psychiatry*, 158(9), 1480-1485.
- Bryant, R.A. (2005). Predicting posttraumatic stress disorder from acute reactions. *J Trauma Dissociation*, 6(2), 5-15. doi: 10.1300/J229v06n02_02
- Bryant, R.A. (2006). Acute stress disorder. *Psychiatry*, 5(7), 238-239.
- Bryant, R.A. (2011). Acute stress disorder as a predictor of posttraumatic stress disorder: a systematic review. *Journal of Clinical Psychiatry*, 72(2), 233-239. doi:10.4088/JCP.09r05072blu
- Bryant, R.A. (2016). *Acute Stress Disorder: What it is and how to treat it*. London, England: The Guilford Press.
- Bryant, R.A., Brooks, R., Silove, D., Creamer, M., O'Donnell, M., & McFarlane, A.C. (2011a). Peritraumatic dissociation mediates the relationship between acute panic and chronic posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther*, 49(5), 346-51. doi: 10.1016/j.brat.2011.03.003
- Bryant, R.A, Creamer, M., O'Donnell, M., Silove, D., & McFarlane, A.C. (2012). The capacity of acute stress disorder to predict posttraumatic psychiatric disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 46, 168-173. doi:10.1016/j.jpsychires.2011.10.007
- Bryant, R., Creamer, M., O'Donnell, M., Silove, D., McFarlane, M.D., & Forbes, D. (2015). A comparison of the capacity of DSM-IV and DSM-5 acute stress

- disorder definitions to predict posttraumatic stress disorder and related disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 76(4), 391-397. doi:10.4088/JCP.13m08731
- Bryant, R.A., Friedman, M.J., Spiegel, D., Ursano, R., & Strain, J. (2011b). A review of acute stress disorder in DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28, 802-817. doi:10.1002/da.20737
- Bryant, R. A., Guthrie, R. M., & Moulds, M. L. (2001). Hypnotizability in acute stress disorder. *Am J Psychiatry*, 158(4), 600-604.
- Bryant, R., & Harvey, A. (1995). Posttraumatic stress: A comparison of head-injured and non-head-injured patients. *Psychological Medicine*, 25, 869 - 874.
- Bryant, R. A., & Harvey, A.G. (1998). Relationship between of acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following mild traumatic brain injury. *Am J Psychiatry*, 155, 625- 629.
- Bryant, R., & Harvey, A. (2000). *Acute stress disorder: A handbook of theory, assessment, and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Bryant, R.A., & Harvey, A.G. (2002). Delayed-onset posttraumatic stress disorder: a prospective study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 205-209.
- Bryant, R. A., Harvey, A.G., Dang, S.T., & Sackville, T. (1998). Assessing acute stress disorder: Psychometric properties of a structured clinical interview. *Psychological Assessment*, 10(3), 215-220. doi:10.1037/1040-3590.10.3.215
- Bryant, R. A., Moulds, M. L., & Guthrie, R. M. (2000). Acute stress disorder scale: A self-report measure of acute stress disorder. *Psychological Assessment*, 12, 61-68.

- Bryant, R. A., Moulds, M. L., & Nixon, R. V. D. (2003). Cognitive behavior therapy of acute stress disorder: A four-year follow-up. *Behaviour Research & Therapy*, *41*(4), 489-494.
- Bryant, R.A., & Panasetis, P. (2001). Panic symptoms during trauma and acute stress disorder. *Behav Res Ther*, *39*(8), 61-966.
- Bryant, R.A., & Panasetis, P. (2005). The role of panic in acute dissociative reactions following trauma. *Br J Clin Psychol*, *44*(4), 489-494. doi:10.1348/014466505X28766
- Butler, B., & Welch, J. (2009). Drug-facilitated sexual assault. *CMAJ*, *80*(5), 493-494. doi:10.1503/cmaj.090006
- Cardeña, E., & Carlson, E. (2011). Acute stress disorder revised. *Annual Review of Clinical Psychology*, *7*, 245-267. doi:10.1146/annurev-clinpsy-032210-104502
- Cardoner, N., & Urretavizcaya, M. (2006). Psicopatología de la memoria. En J. Vallejo (Ed.), *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (pp. 153-172). Barcelona: Elsevier.
- Carrasco, J.J., & Mazo, J.M. (2005). *Manual de psiquiatría legal y forense*. (3ªed). Madrid, España: La ley.
- Carretta, C.M., Burgess, A.W., & DeMarco R. (2015). To Tell or Not to Tell. *Violence*
- Carvajal, C., & Carbonell, C.G. (2002). Trastorno agudo por estrés: clínica y evolución. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*, *40*, 195-200.
- Caspi, Y., Gil, S., Ben-Ari, I., Koren, D., Aaron, J., & Klein, E. (2005). Memory of the traumatic event is associated with increased risk for PTSD: a retrospective study of patients with traumatic brain injury. *J Loss Trauma*, *10*, 319-335.
- Castro, N., Campos, G., & López, C. (2003). Neurobiología y tratamiento del trastorno de estrés post- traumático. *Med. leg. Costa Rica*, *20*(2).

- Cedeño, L.F., Martínez-Arias, R., & Bueno, J.A. (2014). Latino immigrant students in Spain: Potential poly victims and school underachievers. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 12(3), 803-834.
- Christopher, M. (2004). A broader view of trauma: A biopsychosocial-evolutionary view of the role of the traumatic stress response in the emergence of pathology and/or growth. *Clinical Psychology Review*, 24, 75- 98.
doi:10.1016/j.cpr.2003.12.003
- Cohen, M. (2008). Acute stress disorder in older, middle-aged and younger adults in reaction to the second Lebanon war. *Int J Geriatr Psychiatry*. 23(1). 34-40.
doi:10.1002/gps.1832
- Cohen, M., & Yahav, R. (2008). Acute stress symptoms during the second Lebanon war in a random sample of Israeli citizens. *Journal of Traumatic Stress*, 21(1), 118-121. doi:10.1002/jts.20312
- Collins, F. E., & Ffrench, C. H. (1998). Dissociation, coping strategies, and local of control in a non-clinical population: Clinical implications. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 113-126.
- Comissió de Violència Intrafamiliar i de Gènere [CVIG]. (2013). Memòria 2013. Barcelona, España: Hospital Clínic de Barcelona. Recuperado de <http://www.hospitalclinic.org/es/el-clinic/comisiones-y-comites/comision-de-violencia-intrafamiliar-y-de-genero>
- Conde, V., & Franch, J.L. (1984). *Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología en los trastornos angustiosos y depresivos*. Madrid, España: Upjohn Farmoquímica.

- Conde, K., Remaggi, M. L., & Cremonte, M. (2014). Alcohol y amnesia en universitarios de Argentina y España: prevalencia y predicción. *Salud y drogas, 14*(1), núm. 1, 37-46.
- Conoscenti, L.M., & Mc Nally, R.J. (2006). Health complaints in acknowledged and unacknowledged rape victims. *Anxiety Disorders, 20*, 372-379.
- Contreras, J. M., Bott, S., Guedes, A., & Dartnall, E. (2010). *Violencia sexual en Latinoamérica y el Caribe: análisis de datos secundarios*. Iniciativa de Investigación sobre la Violencia Sexual. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/2743/Violencia%20sexual%20en%20latinoamerica%20y%20el%20Caribe.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Clark, H., & Quadara, A. (2010). *Insights into sexual assault perpetration: Giving voice to victim/survivor's knowledge*. (Research Report No.18). Melbourne, Australia: Australian Institute of Family Studies. doi:10.1176/ajp.155.5.620
- Classen, C., Koopman, C., Hales, R., & Spiegel, D. (1998). Acute stress disorder as a predictor of posttraumatic stress symptoms. *Am J Psychiatry, 155*(5), 620- 624.
- Creamer, M., & Manning, C. (1998). Acute Stress Disorder following an industrial accident. *Australian Psychologist, 33*, 125-129. doi:10.1080/00050069808257393
- Creamer, M., O'Donnell, M. L., & Pattison, P. (2004). The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in severely injured trauma survivors. *Behaviour Research and Therapy, 42*, 315-328. doi:10.1016/S0005-7967(03)00141-4
- Creighton, C.D., & Jones, A.C. (2011). Psychological profiles of adult sexual assault victims. *Journal of Forensic and Legal Medicine, 19*, 35-39.

- Cruz, M.A. (2014). *Factores predictivos del impacto psicopatológico en víctimas de agresión sexual*. Tesis doctoral. Madrid, España: Universidad Complutense de Madrid. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos I.
- Cruz, M.A., Peña, M.E., & Andreu, J.E. (2015). Creencias desadaptativas, estilos de afrontamiento y apoyo social como factores predictores de la vulnerabilidad psicopatológica en mujeres víctimas de agresión sexual. *Clínica y Salud*, 26(1), 33-39.
- Cuevas, C.A., Sabina, C., & Bell, R. (2012). The effect of acculturation and immigration on the victimization and psychological distress link in a national sample of latino women. *Journal of Interpersonal Violence* 27(8), 1428-1456. doi:10.1177/0886260511425797
- Dancu, C.V., Riggs, D.S., Hearst-Ikeda, D., Shoyer, B.G., & Foa, E.B. (1996). Dissociative experiences and posttraumatic stress disorder among female victims of criminal assault and rape. *J Trauma Stress*, 9(2), 253-267.
- Dartnall, E., & Jewkes, R. (2013). Sexual violence against women: The scope of the problem. *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 27(1), 3-13. doi:10.1016/j.bpobgyn.2012.08.002
- Darnell, D., Peterson, R., Berliner, L., Stewart, T., Russo, J., Whiteside, L., & Zatzick, D. (2015). Factors associated with follow-up attendance among rape victims seen in acute medical care. *Psychiatry*, 78(1), 89-101. doi:10.1080/00332747.2015.1015901
- Davis, K.C., Stoner, S.A., Norris, J, George, W.H., & Masters, N.T. (2009). Women's awareness of and discomfort with sexual assault cues: effects of alcohol

- consumption and relationship type. *Violence Against Women*, 15(9), 1106–1125. doi:10.1177/1077801209340759
- Deitz, M.F., Williams, S.L., Rife, S.C., & Cantrell, P. (2015). Examining cultural, social and self-related aspects of stigma in relation to sexual assault and trauma symptoms. *Violence Against Women*, 21(5), 598-615.
- Denis, C., Seyller, M., & Chariot, P. (2016). Expectations and perceptions of care among victims of sexual assault who first seek care from emergency, primary care and gynecological doctors. *Emerg Med J*, 33, 134-138. doi:10.1136/emmermed-2015-204655
- Dinis-Oliveira, R.J., & Magalhães, T. (2013). Forensic toxicology in drug-facilitated sexual assault. *Toxicol Mech Methods*, 23(7), 471-478. doi:10.3109/15376516.2013.796034
- Dos Reis, M.J., Lopes, M.H., & Osis, M.J. (2016). 'It's much worse than dying': the experiences of female victims of sexual violence. *Journal of Clinical Nursing*. doi:10.1111/jocn.1324
- Du Mont, J., Macdonald, S., Rotbard, N., Asllani, E., Bainbridge, D., & Cohen, M. (2009). Factors associated with suspected drug facilitated sexual assault. *Canadian Medical Association Journal*, 180(5), 513–519.
- Eadie, E.M., Runtz, M.G., & Spencer-Rodgers, J. (2008). Posttraumatic stress symptoms as a mediator between sexual assault and physical health status in adult women. *Journal of Traumatic Stress*, 21, 540-547.
- Echeburúa, E. (2004). *Superar un Trauma: El Tratamiento de las Víctimas de Sucesos Violentos*. Madrid, España: Piramide.

- Echeburúa, E., Corral, P., & Amor, J.P. (1998). Perfiles diferenciales del trastorno de estrés postraumático en distintos tipos de víctimas. *Análisis y modificación de conducta*, 24 (96), 527-555.
- Echeburúa, E., Corral, P., & Amor, J.P. (2004). Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 4, 227-229.
- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P., Zubizarreta, I., & Sarasua, B. (1997). Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático: Propiedades psicométricas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23(90), 503-526.
- Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I., & Sarasua, B. (1995). *Trastorno de Estrés Postraumático Crónico en Víctimas de Agresiones Sexuales*. La Coruña, España: Fundación Paideia.
- Echeburúa, E., & Redondo, S. (2010). *¿Por qué víctima es femenino y agresor masculino? La violencia contra la pareja y las agresiones sexuales*. Madrid, España: Piramide.
- Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., McManus, F., & Fennell, M. (2005). Cognitive therapy for post-traumatic stress disorder: development and evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 413-431.
- Ehlers, A., Mayou, R.A., & Bryant, B. (1998). Psychological predictors of chronic posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents. *J Abnorm Psychol.*, 107(3), 508-519.
- Elklit, A. (2002). Acute Stress Disorder in victims of robbery and victims of assault. *Journal of Interpersonal Violence*, 17, 872-887.
- Elklit, A., & Brink, O. (2003). Acute stress disorder in physical assault victims visiting a danish emergency ward. *Violence and Victims*, 18(4), 461-472.

- Elklit, A., & Brink, O. (2004). Acute Stress Disorder as a Predictor of Post-Traumatic Stress Disorder in Physical Assault Victims. *J Interpers Violence*, 19(6), 709-726. doi:10.1177/0886260504263872
- Elklit, A., & Christiansen, D. (2010). ASD and PTSD in rape victims. *Journal of Interpersonal Violence*, 25(8), 1470-1488. doi:10.1177/0886260509354587
- Elklit, A., Due, L., & Christiansen, D. (2009). Predictors of acute stress symptoms in rape victims. *Traumatology*, 15(2), 38-45. doi:10.1177/1534765609338500
- Elliot, D.M., Mok, D.S., & Briere, J. (2004). Adult sexual assault: Prevalence, symptomatology, and sex differences in the general population. *Journal of traumatic Stress*, 17(3). 203-211.
- Europa Press. (1 de Julio de 2016). *Más de un millar de mujeres son violadas por hombres en España cada año*. Recuperado de <http://www.europapress.es/epsocial/noticia-mas-millar-mujeres-son-violadas-hombres-espana-cada-ano-20160711181428.html>
- European Union Agency for Fundamental Rights. (2014). *Violence against women: An EU-wide survey. Main Results*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. doi:10.2811/62230
- Franich-Ray, C., Bright, M.A., Anderson, V., Northam, E., Cochrane, A., Menahem, S., & Jordan, B. (2013). Trauma reactions in mothers and fathers after their infant's cardiac surgery. *Journal of Pediatric Psychology*, 38 (5), 494-505
Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1093/jpepsy/jst015>
- Fitzharris, M., Fildes, B., & Charlton, J. (2006). Anxiety, acute and post-traumatic stress symptoms following involvement in traffic crashes. *Annu Proc Assoc Adv*, 50, 297-315.

- Foa, E.B., & Kozak, M.J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Foa, E.B., & Kozak, M.J. (1998). Clinical applications of bioinformational theory: Understanding anxiety and its treatment. *Behavior Therapy*, 29, 675- 690.
- Fornieris, C.A., Gartlehner, G., Brownley, K.A., Gaynes, B.N., Sonis, J., Coker-Schwimmer, E.,... Lohr, K.N. (2013). Interventions to prevent post-traumatic stress disorder. *American Journal of Preventive Medicine*, 44(6), 635-650. doi:10.1016/j.amepre.2013.02.013
- Friedland, D., & Swash, M. (2016). Post-traumatic amnesia and confusional state: hazards of retrospective assessment. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 1-7. doi:10.1136/jnnp-2015-3121937
- Fuentes, A., Ramos, M., & Fernández, A. (2007). La coerción sexual en las relaciones de los y las adolescentes y jóvenes: naturaleza del problema y estrategias de intervención. *Apuntes de Psicología*, 25(3), 341-356.
- Fuglsang, A.K, Moergeli, H., Hepp-Beg, S., & Schnyder, U. (2002). Who develops acute stress disorder after accidental injuries?. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71, 214-222.
- Fuglsang, A.K., Moergeli, H., & Schnyder, U. (2004). Does acute stress disorder predict post-traumatic stress disorder in traffic accident victims? Analysis of a self-report inventory. *Journal Nordic Journal of Psychiatry*, 58(3), 223-249. doi:10.1080/08039480410006304
- Fullerton, C.S., Ursano, R.J., & Wang, L. (2004). Acute stress disorder, posttraumatic stress disorder, and depression in disaster or rescue workers. *Am J Psychiatry*, 161(8), 1370-1376. doi:10.1176/appi.ajp.161.8.1370

- García, C., Cruz, A., & Quintela, O. (2014). Sumisión química en casos de presuntos delitos contra la libertad sexual analizados en el Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses (Departamento de Madrid) durante los años 2010, 2011 y 2012. *Rev Esp Med Legal*, 40(1), 11-18. doi:10.1016/j.reml.2013.07.003
- Gauntlett-Gilbert, J., Keegan, A., & Petrak, J. (2004). Drug-facilitated sexual assault: cognitive approaches to treating the trauma. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 32, 215-223.
- Generalitat de Catalunya. (2010). *Enquesta de violència masclista a Catalunya*. Barcelona, España: Autor.
- Gil, S., Caspi, Y., Ben-Ari, I., & Klein, E. (2006). Memory of the traumatic event as a risk factor for the development of PTSD: lessons from the study of traumatic brain injury. *CNS Spectr*, 11(8), 603-607.
- Gil, S., Caspi, Y., Ben-Ari, I.Z., Koren, D., & Klein, E. (2005). Does memory of a traumatic event increase the risk for posttraumatic stress disorder in patients with traumatic brain injury? A prospective study. *Am J Psychiatry*, 162, 963-969.
- Goebel, S., Strenge, H., & Mehdorn, H.M. (2012). Acute stress in patients with brain cancer during primary care. *Support Care Cancer*, 20, 1425-1434. doi:10.1007/s00520-011-1225-6
- Golding, J.M., Wilsnack, S.C., & Cooper, M.L. (2002). Sexual Assault History and Social Support: Six General Population Studies. *J Trauma Stress*, 15(3), 187-197.

- González, J., & Pardo, E. (2007). *El daño psíquico en las víctimas de agresión sexual*. Artículo publicado en el VIII Congreso Virtual de Psiquiatría (Interpsiquis 2.007). Recuperado de http://www.psiquiatria.com/articulos/psiquiatria_legal/29258
- Gore-Felton, C., Gill, M., Koopman, C., & Spiegel, D. (1999). Review of acute stress reactions among victims of violence: Implications for early intervention. *Aggression and Violent Behavior, 4*(3), 293-306.
- Goullé, J.P., & Anger, J.P. (2004). Drug-facilitated robbery or sexual assault: problems associated with amnesia. *The Drug Monit, 26*(2), 206-210.
- Gradus, J.L. (2017). Prevalence and prognosis of stress disorders: a review of the epidemiologic literature. *Clin Epidemiol, 3*(9), 251-260. doi:10.2147/CLEP.S106250.
- Grau, J., Santiñá, M., Ríos, J., Céspedes, F., & Martínez, B. (2011). Descripción de las agresiones sexuales atendidas en el servicio de urgencias de un centro hospitalario de referencia. *Gac Sanit, 25*(2), 166-169.
- Grieger, T.A., Fullerton, C.S., Ursano, R.J., & Reeves, J.J. (2003). Acute stress disorder, alcohol use, and perception of safety among hospital staff after the sniper attacks. *Psychiatr Serv., 54*(10), 1383-1387.
- Groff Stephens, S., & Wilke, D.J. (2016). Sexual violence, weight perception, and eating disorder indicators in college females. *J Am Coll Health, 64*(1), 38-47. doi:10.1080/07448481.2015.1074237
- Grossman, E.S., Hoffman, Y.S., & Shrira, A. (2017). Trauma-Related Context Increases Sleep Disturbances in People with Acute Stress Disorder Symptoms. *Stress Health, 33*(2), 153-157. doi:10.1002/smi.2679

- Guez, J., Cohen, J., Naveh, M., Shiber, A., Yankovsky, Y., Saar, R., & Shalev, H. (2013). Associative memory impairment in acute stress disorder: Characteristics and time course. *Psychiatry Research*, 3(30), 479-484. doi:10.1016/j.psychres.2012.12.013
- Guzmán, M., Padrós, F., García, T., & Laca, F. (2014). Modelos cognitivo conductuales del trastorno por estrés postraumático. *Uaricha*, 11(25), 35-54.
- Haag, A.C., Zehnder, D., Landolt, M.A. (2015). Guilt is associated with acute stress symptoms in children after road traffic accidents. *Eur J Psychotraumatol*, 6, 29074. doi: 10.3402/ejpt.v6.29074.
- Hagenaars, M.A, van Minnen, A., & Hoogduin, K.A. (2009). Reliving and disorganization in posttraumatic stress disorder and panic disorder memories. *J Nerv Ment Dis*, 197(8), 627-630. doi:10.1097/NMD.0b013e3181b08bdf
- Hall Brown, T.S., Akeeb, A., & Mellman, T.A. (2015). The rol of trauma type in the risk for insomnia. *J Clinic Sleep Med*, 11(7), 735-900. doi:10.5664/jcsm.4846
- Hansen, M., Armour, C., & Elklit, A. (2012). Assessing a dysphoric arousal model of acute stress disorder symptoms in a clinical sample of rape and bank robbery victims. *Eur J Psychotraumatol*, 12(3). doi:10.3402/ejpt.v3i0.18201
- Hansen, M., Armour, C., Wang, L., Elklit, A., & Bryant, R. (2015). Assessing possible DSM-5 ASD subtypes in a sample of victims meeting caseness for DSM-5 ASD based on self-report following multiple forms of traumatic exposure. *Journal of Anxiety Disorders*, 31, 84-89. doi:10.1016/j.janxdis.2015.02.005
- Hansen, M., Armour, C., Wittmann, L., Elklit, A., & Shevlin, M. (2014). Is there a common pathway to developing ASD and PTSD symptoms?. *Journal of Anxiety Disorders*, 28, 865–872.

- Harkness, K. L., Hayden, E. P., & Lopez-Duran, N. L. (2015). Stress sensitivity and stress sensitization in psychopathology: An introduction to the special section. *Journal of Abnormal Psychology, 124*(1), 1-3.
- Harvey, A.G., & Bryant, R.A. (1998a). Predictors of acute stress following mild traumatic brain injury. *Brain Inj. 12*(2), 147-154.
- Harvey, A.G., & Bryant, R.A. (1998b). Relationship of acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following motor vehicle accidents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 507-512.
- Harvey, A.G., & Bryant, R.A. (1999a). Acute Stress Disorder across Trauma Populations. *The Journal of Nervous & Mental Disease, 187*(7), 443-446.
- Harvey, A.G., & Bryant, R.A. (1999b). Predictors of acute stress following motor vehicle accidents. *Journal of Traumatic Stress, 12*(3), 519-525.
doi:10.1023/A:1024723205259
- Harvey, A.G. & Bryant, R, A. (2002). Acute stress disorder: A synthesis and critique. *Psychological Bulletin, 128*(6), 886-902. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.128.6.886>
- Heise L., Ellsberg M., Gottemoeller M. (1999). *Ending violence against women*. Report No.: Series L No. 11. Baltimore: Johns Hopkins University School of Public Health; Population Information Program.
- Hellman, A. (2014). Examining sexual assault survival of adult women: responses, mediators, and current theories. *Journal of Forensic Nursing, 10*(3), 175-184.
doi: 10.1097/JFN.0000000000000037
- Herbert, C.P, Grams, G.D., & Berkowitz, J. (1992). Sexual assault tracking study: Who gets lost to follow-up?. *Can Med Assoc J, 147*(8), 1177-1184.

- Hervás, G. (2011). Psicopatología de la regulación emocional: El papel de los déficits emocionales en los trastornos clínicos. *Behavioral Psychology*, *19*(2), 347-372.
- Hiar, S., Thomas, C.L., Hinton, D.E., Salles, J., Goutaudier, N., Olliac, B., & Bui, E. (2016). Somatic symptoms mediate the relationship between trauma during the arab spring and quality of life among tunisians. *Neuropsychiatr Dis Treat*, *12*, 511-516. doi:10.2147/NDT.S91411
- Hocagil, H., Izci, F., Hocagil, A.C., Findikli, E., Korkmaz, S., & Koc, M.A. (2016). Association between sociodemographic characteristics and anxiety levels of violence-exposed patients admitted to emergency clinic. *Neuropsychiatr Dis Treat*, *12*, 511-516. doi: 10.2147/NDT.S91411
- Holbrook, T.L., Hoyt, D.B., Coimbra, R., Potenza, B., Sise, M., & Anderson, J.P. (2005). High rates of acute stress disorder impact quality-of-life outcomes in injured adolescents: mechanism and gender predict acute stress disorder risk. *J Trauma*. *59*(5), 1126-1130.
- Holeva, V., Tarrier, N., & Wells, A. (2001). Prevalence and predictors of acute stress disorder and PTSD following road traffic accidents: Thought control strategies and social support. *Behavior Therapy*, *32*, 65-83.
- Holmes, E.A, Sandberg, A., & Iyadurai, L. (2010). Erasing trauma memories. *The British Journal of Psychiatry*, *197* (5), 414-415, doi:10.1192/bjp.197.5.414b
- Hopwood, S., & Bryant, R.A. (2006). Intrusive experiences and hyperarousal in acute stress disorder. *Br J Clin Psychol*, *45*(1), 137-142. doi:10.1348/014466505X66052
- Howlett, J.R., & Stein, M.B. (2016). Prevention of Trauma and Stressor-Related Disorders: A Review. *Neuropsychopharmacology*, *41*(1), 357-369. doi:10.1038/npp.2015.261

- Igareda, N., & Bodelón, E. (2014). *Revista Española de Investigación Criminológica*, 1(12), 1-27.
- Isorna, M., & Rial, A. (2015). Drogas facilitadoras de asalto sexual y sumisión química. *Health and Addictions*, 15 (2), 137-150.
- Jarero, I. (2013). Comentarios sobre el Trastorno por Estrés Agudo. DSM-5. *Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación*, 5(1). ISSN: 2007-8544
- Jehel, L., Paterniti, S., Brunet, A., Louville, P., & Guelfi, J.D. (2006). Peritraumatic distress prospectively predicts PTSD symptoms in assault victims. *Encephale*, 32(6 Pt 1):953-956.
- Jina, R., & Thomas, L.S. (2013). Health consequences of sexual violence against women. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 27, 15-23. doi:10.1016/j.bpobgyn.2012.08.012
- Jubinville, J., Newburn-Cook, Hegadoren, K., & Lacaze-Masmonteil, T. (2012). Symptoms of acute stress disorder in mothers of premature infants. *Advances in Neonatal Care*, 12(4), 246-253.
- Kandel, E.R. (2007). *En busca de la memoria: el nacimiento de una nueva ciencia de la mente*. Buenos Aires, Argentina: Katz.
- Kangas, M., Henry, J., & Bryant, R. (2007). Correlates of acute stress disorder in cancer patients. *Journal of Traumatic Stress*, 20(3), 325-334. doi:10.1002/jts.20253
- Kassam-Adams, N. (2006). The Acute Stress Checklist for Children (ASC-Kids): Development of a child self-report measure. *J Trauma Stress*, 19,129-139.
- Kaysen, D., Morris, M.K., Rizvi, S.L, & Resick, P.A. (2005). Peritraumatic responses and their relationship to perceptions of threat in female crime victims. *Violence Against Women*, 11(12), 1515-1535. doi:10.1177/1077801205280931

- Keshet, H., & Gilboa-Schechtman, E. (2016). Symptoms and beyond: Self-concept among sexually assaulted women. *Psychol Trauma*. doi:10.1037/tra0000222
- Kilpatrick, D.G., Resnick, H.S., Freedy, J.R., Pelcovitz, D., Resick, P.A. & Roth, S. (1998). *The posttraumatic stress disorder field trial: Evaluation of the PTSD construct: Criteria A through E*. In: Widiger T, et al., editors. DSM-IV sourcebook. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Kim, J.J., & Diamond, D.M. (2002). The stressed hippocampus, synaptic plasticity and lost memories. *Nature Reviews: Neuroscience*, 3, 453-62.
- Kintz, P., Villain, M., & Ludes, B. (2004). Testing for the undetectable in drug-facilitated sexual assault using hair analyzed by tandem mass spectrometry as evidence. *The Drug Monit.*, 26(2), 211-214.
- Koopman, C., Classen, C., Cardeña, E., & Spiegel, D. (1995). When disaster strikes, acute stress disorder may follow. *J Trauma Stress*, 8(1), 29-46.
- Koopman, C., Gore, C., & Spiegel, D. (1998). Acute stress disorder symptoms among female sexual abuse survivors seeking treatment. *Journal of Child Sexual Abuse*, 6(3), 65-85. doi: 10.1300/J070v06n03_05
- Koucky, E.M., Galovski, T.E., & Nixon, R.D. (2012). Acute stress disorder: conceptual issues and treatment outcomes. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19, 437-450.
- Kleim, B., & Ehlers, A. (2008). Reduced autobiographical memory specificity predicts depression and posttraumatic stress disorder after recent trauma. *J Consult Clin Psychol.*, 76(2), Klein 231-242. doi:10.1037/0022-006X.76.2.231
- Krug, E.G., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A., & Lozano, R. (2002). En E.G. Krug et al. (Eds.). *World report on violence and health*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

- Kumpula, M.J., Orcutt, H.K., Bardeen, J.R., & Varkovitzky, R.L. (2011). Peritraumatic Dissociation and Experiential Avoidance as Prospective Predictors of Posttraumatic Stress Symptom. *J Abnorm Psycho*, *120*(3), 617-627. doi:10.1037/a0023927
- Larsen, M.L., Hilden, M., & Lidegaard, O. (2014). Sexual assault: a descriptive study of 2500 female victims over a 10-year period. *BJOG*, *122*, 577-584. doi: 10.1111/1471-0528.13093
- Lefkowitz, D.S., Baxt, C., & Evans, J.R. (2010). Prevalence and correlates of posttraumatic stress and postpartum depression in parents of infants in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU). *J Clin Psychol Med Settings*, *17*, 230-237. doi:10.1007/s10880-010-9202-7
- Lensvelt-Mulders, G., Van der Hart, O., Van Ochten, J.M., Van Son, M.J., Steele, K., & Breeman, L. (2008). Relations among peritraumatic dissociation and posttraumatic stress: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*, *28*(7), 1138-1151. doi:10.1016/j.cpr.2008.03.006
- Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *Am J Psychiatry*, *151*(June suppl), 155-160.
- Littleton, H., Grills-Taquechel, A., & Axsom, D. (2009). Impaired and incapacitated rape victims: assault characteristics and post-assault experiences. *Violence Vict*, *24*(4), 439-457.
- Lorente, M., & Lorente, J. (1999). *Agresión a la mujer: Maltrato, violación y acoso*. Granada, España: Comares.
- Loya, R.M. (2015). Rape as an economic crime: The impact of sexual violence on survivors' employment and economic well being. *Journal of Interpersonal Violence*, *16*(2), 793-813. doi:10.1177/0886260514554291

- Luken, V.M. (2015). *Macroencuesta de violencia contra la mujer 2015*. Madrid, España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de file:///E:/Bibliografia/Agresiones%20sexuales/Luken,%202015.%20Macroencuesta%20de%20violencia%20contra%20la%20mujer.pdf
- Maass, J.V. (2014). Los trastornos ansiosos en el DSM-5. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*, 52(Supl 1), 50-54.
- Macciocchi, S., Reid, D., & Barth, J. (1993). Disability following head injury. *Current Opinion in Neurology*, 6, 773-777.
- MacIntosh, J., Wuest, J., Ford-Gilboe, M., & Varcoe, C. (2015). Cumulative Effects of Multiple Forms of Violence and Abuse on Women. *Violence and Victims*, 30(3), 502-521. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1891/0886-6708.VV-D-13-00095>
- Manzanero, A.L., López, B., Arózteguia, J., & El-Astal, S. (2015). Autobiographical memories for negative and positive events in war contexts. *Anuario de Psicología Jurídica*, 25(1), 57-64.
- Manzanero, A. L., & Recio, M. (2012). El recuerdo de hechos traumáticos: exactitud, tipos y características. *Cuadernos de Medicina Forense*, 18(1), 19-25.
- Marquez, I. (2014). *Violencia Colectiva y Salud Mental*. (2^a ed.). Madrid, España: Grupo 5. ISBN: 9788494257964
- Marshall, R.D., Spitzer, R., & Liebowitz, M.R. (1999). Review and critique of the new DSM-IV diagnosis of acute stress disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 156(11), 1677-1685.
- Mason, F., & Lodrick, Z. (2013). Psychological consequences of sexual assault. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 27, 27-37. doi:10.1016/j.bpobgyn.2012.08.015

- McCall-Hosenfeld, J.S., Freund, K.M., & Liebschutz, J.M. (2009). Factors associated with sexual assault and time to presentation. *Prev Med*, *48*(6), 593-595. doi:10.1016/j.ypmed.2009.03.016
- McCarthy, M.C., Ashley, D.M., Lee, K.J., & Anderson, V.A. (2012). Predictors of acute and posttraumatic stress symptoms in parents following their child's cancer diagnosis. *J Trauma Stress*, *25*(5), 558-566. doi:10.1002/jts.21745
- McDonald, P., Bryant, R.A., Silove, D., Creamer, M., O'Donnell, M., & McFarlane, A.C. (2013). The expectancy of threat and peritraumatic dissociation. *Eur J Psychotraumatol*, *4*. doi:10.3402/ejpt.v4i0.21426
- McFarlane, A.C. (1992). Avoidance and intrusion in posttraumatic stress disorder. *J Nerv Ment Dis.*, *180*(7), 439-445.
- McGaugh, J. L. (2000). Memory-a century of consolidation. *Science*, *287*(5451), 248-251.
- McKibben, J.B., Bresnick, M.G., Wiechman Askay, S.A, & Fauerbach, J.A. (2008). Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: a prospective study of prevalence, course, and predictors in a sample with major burn injuries. *J Burn Care Res*, *29*(1), 22-35. doi:10.1097/BCR.0b013e31815f59c
- Medina, J.L. (2015). *Trauma psíquico*. Madrid, España: Paraninfo.
- Meiser-Stedman, R., McKinnon, A., Dixon, C., Boyle, A., Smith, P., & Dalgleish, T. (2017). Acute stress disorder and the transition to posttraumatic stress disorder in children and adolescents: Prevalence, course, prognosis, diagnostic suitability, and risk markers. *Depress Anxiety*, *34*(4), 348-355. doi:10.1002/da.22602.
- Meli, L., Chang, B.P., Shimbo, D., Swan, B.W., Edmondson, D., & Sumner, J.A. (2017). Beta Blocker Administration During Emergency Department Evaluation

- for Acute Coronary Syndrome Is Associated With Lower Posttraumatic Stress Symptoms 1-Month Later. *J Trauma Stress*. doi:10.1002/jts.22195.
- Ministerio Interior. (2016). *Anuario Estadístico del Ministerio del Interior 2015*. Bilbao, España: Catálogo de Publicaciones de la Administración General del Estado.
- Mills, M., Edmondson, D., & Park, C. (2007). Trauma and stress response among hurricane Katrina evacuees. *American Journal of Public Health, 97*, 116-123. doi:10.2105/AJPH.2006.086678
- Mondin, T.C., Cardoso T. de A., Jansen, K., Konradt, C.E., Zaltron, R.F., Behenck...& Silva, R.A. (2016). Sexual violence, mood disorders and suicide risk: a population-based study. *Ciencia & Saude Coletiva, 21*(3), 853-860. doi:10.1590/1413-81232015213.10362015
- Monk, L., & Jones, A. (2014). Alcohol consumption as a risk factor for sexual assault: A retrospective analysis. *Journal of Forensic and Legal Medicine, 23*, 55-61. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.jflm.2014.01.015>
- Moreno, E., & del Busto, F. (2000). *Manual de Soporte Básico. (2ªed.)*. Madrid, España: Arán.
- Moreno, R., Ventura, R.E., Columbié, A.M., Menéndez, J., Ortega, I., & Quevedo, C. (2005). Intervención terapéutica en pacientes con trastorno agudo por estrés luego de accidente ferroviario. *Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana, 2*(2).
- Morrison, J. (2015). *DSM-5 Guía para el diagnóstico clínico*. Distrito Federal, México: Manual Moderno.
- Naciones Unidas. (1993). *Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer*. Recuperado de <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/48/104>

- Nachson, I., & Slavutskay-Tsukerman, I. (2010). Effect of personal involvement in traumatic events on memory: the case of the Dolphinarium explosion. *Memory*, 18(3), 241-251. doi:10.1080/09658210903476530.
- Naredo, M. (2013). *Violadas y expulsadas: Entre el miedo y la desprotección. Mujeres inmigrantes en situación irregular frente a la violencia sexual en España*. Madrid, España: Fundación Aspacia.
- Navarro, E., & Vega, C. (2013). Agresiones sexuales facilitadas por sustancias psicoativas, detectadas en el instituto de medicina legal de Alicante en el cuatrienio 2009-2012. *Gac. Int.Cienc.Forense*, 8, 8-15.
- Nilsson, D., Nordenstam, C., Green, S., Wetterhall, A., Lundin, T., & Göran, C. (2015). Acute stress among adolescents and female rape victims measured by ASC-Kids: A pilot study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 69(7), 539-545. doi:10.3109/08039488.2015.1013056
- Nishi, D., Matsuoka, Y., Yonemoto, N., Noguchi, H., Kim, Y., Kanba, S. (2010). Peritraumatic Distress Inventory as a predictor of post-traumatic stress disorder after a severe motor vehicle accident. *Psychiatry Clin Neurosci.*, 64(2), 149-156. doi:10.1111/j.1440-1819.2010.02065.x.
- Nixon, R.D., & Bryant, R.A. (2003). Peritraumatic and persistent panic attacks in acute stress disorder. *Behav Res Ther*, 41(10), 1237-1241.
- Nixon, R.D., & Bryant, R.A. (2005a). Are Negative Cognitions Associated With Severe Acute Trauma Responses?. *Behaviour Change*, 22(1), 22-28.
- Nixon, R.D., & Bryant R.A. (2005b). Induced arousal and reexperiencing in acute stress disorder. *J Anxiety Disord*, 19(5), 587-594. doi:10.1016/j.janxdis.2004.05.001

- Nöthling, J., Lammers, K., Martin, L., & Seedat, S. (2015). Traumatic dissociation as a predictor of posttraumatic stress disorder in South Africa female rape survivors. *Medicine Journal*, 94(16), 744-753. doi:10.1097/MD.0000000000000744
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento: Tablas de conversión entre la CIE-8, la CIE-9 y la CIE-10*. Madrid, España: Autor. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/61595/1/8487548164_es_.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (1996). La 49a Asamblea de Salud Mundial (WHA49.25). *Prevención de la violencia: una prioridad de salud pública*. Sexta sesión plenaria. Recuperado de http://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/WH4925_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana. ISBN-84-7903-492-0
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *Estudio Multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica. Primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2013a). Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: Prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud. Recuperado de

<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/e>

s

Organización Mundial de la Salud. (2013b). La OMS publica unas directrices sobre la atención de salud mental tras los eventos traumáticos. Recuperado de http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/trauma_mental_health_20130806/es/

Organización Mundial de la Salud. (2014a). Violencia contra la mujer. Recuperado de http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/NMH_VIP_PVL_13_1/es/

Organización Mundial de la Salud. (2014b). *Evaluación y manejo de condiciones específicamente relacionadas al estrés: Módulo de la guía de intervención mhGAP*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/102869/1/9789275318294_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2016). Violencia contra la mujer. Violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>

Otis, C., Marchand, A., & Courtois, F. (2012). Peritraumatic dissociation as a mediator of peritraumatic distress and PTSD: a retrospective, cross-sectional study. *J Trauma Dissociation*, 13(4), 469-477. doi:10.1080/15299732.2012.670870

Ozer, E.J., Best, S.R., Lipsey, T.L., & Weiss, D.S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychol Bull*, 129(1), 52-73.

Padmanabhanunni, A., & Edwards, D. (2013). Treating the psychological sequelae of proactive drug-facilitated sexual assault: Knowledge building through

- systematic case based research. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *41*, 371-375. doi:10.1017/S1352465812000896
- Panasetis, P., & Bryant, R.A. (2003). Peritraumatic versus persistent dissociation in acute stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, *16*(6), 543-566.
- Pérez, F. (2009). La víctima de violación: ¿qué afecta a su memoria de los sucesos?. *Psicología Policial*. Recuperado de <http://psipolicial.blogspot.com.es/2009/04/la-victima-de-violacion-que-afecta-su.html>
- Perilloux, C., Duntley, J.D., & Buss, D.M. (2012). The Costs of Rape. *Arch Sex Behav*, *41*, 1099-1106. doi:10.1007/s10508-011-9863-9
- Peter-Hagene, L.C., & Ullman, S.E. (2016). Longitudinal Effects of Sexual Assault Victims' Drinking and Self-Blame on Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Interpersonal Violence*, doi: 10.1177/0886260516636394
- Plaza, A., Torres, A., Martín-Santos, R., Gelabert, E., Imaz, M.L., Navarro P., ... García-Esteve, L. (2011). Validation and test-retest reliability of early trauma inventory in Spanish postpartum women. *Journal of Nervous Mental Disease*, *199*(4), 280-285. doi:10.1097/NMD.0b013e31821245b9
- Porras, C. (2016). *Contribuciones de la atención y el funcionamiento ejecutivo a la memoria episódica en jóvenes con consumo intensivo de alcohol*. Tesis doctoral. Madrid, España: Universidad Complutense de Madrid. Departamento de Psicobiología.
- Price, M., Davidson, T.M., Ruggiero, K.J., Acierno, R., & Resnick, H.S. (2014). Predictors of using mental health services after sexual assault. *J Trauma Stress*, *27*(3), 331-337. doi:10.1002/jts.21915.S

- Price, M., & Van Stolk-Cooke, K. (2015). Examination of the interrelations between the factors of PTSD, major depression, and generalized anxiety disorder in a heterogeneous trauma-exposed sample using DSM 5 criteria. *Journal of Affective Disorders, 186*, 149-155.
- Qi, W., Gevonden, M., & Shalev, A. (2016). Prevention of post-traumatic stress disorder after trauma: Current evidence and future directions. *Curr Psychiatry Rep, 18*(20), 1-11. doi:10.1007/s11920-015-0655-0
- Rahatz, E., Bhui, K., Smuk, M., Hutchison, I., & Korszun, A. (2017). Violent injury predicts poor psychological outcomes after traumatic injury in a hard-to-reach population: an observational cohort study. *BMJ Open, 7*(5), e014712. doi:10.1136/bmjopen-2016-014712
- Ramos, L., Saltijeral, M.T., Romero, M., Caballero, M.A., & Martinez, N.A. (2001). Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de usuarias de un centro de salud. *Salud Publica Mexicana, 43*, 82-191.
- Redondo, S. (2002). Delincuencia sexual: mitos y realidades. En S. Redondo (Coord.). *Delincuencia sexual y sociedad* (págs. 35-52). Barcelona, España: Ed. Ariel.
- Resnick, H., Acierno, R., Holmes, M., Dammeyer, M., & Kilpatrick, D.G. (2000). Emergency evaluation and intervention with female victims of rape and other violence. *Journal of Clinical Psychopathology, 56*(10), 1317-1333.
- Reynaud, E., Guedj, E., Trousselard, M., Khoury-Malhame, M.L., Zendjidjian, X., Fakra, E., ...Khalfa, S. (2015). Acute stress disorder modifies cerebral activity of amygdala and prefrontal cortex. *Cognitive Neuroscience, 6*(1), 39-43. doi:10.1080/17588928.2014.996212

- Roberge, M.A., Dupuis, G., & Marchand, A. (2008). Acute stress disorder after myocardial infarction: prevalence and associated factors. *Psychosom Med*, 70(9), 1028-1034. doi:10.1097/PSY.0b013e318189a920
- Rodin, G., Yuen, D., Mischitelle, A., Minden, M.D., Brandwein, J., Schimmer, A., ... Zimmermann, C. (2013). Traumatic stress in acute leukemia. *Psychooncology*, 22(2), 299-307. doi: 10.1097/PSY.0b013e318189a920
- Rojas, Y., Avila, J., & Trujillo, O. (2008). Trastorno de estrés agudo y episodio depresivo mayor en víctimas de una inundación en Tingo María: Prevalencia y efectos de su desplazamiento a un albergue. *Rev. Perú Med. Exp. Salud Pública*, 25(1), 66-73.
- Romero-Sánchez, J.L., & Megías, M. (2009). Agresiones sexuales en población universitaria: El papel del alcohol y de los mitos sobre la violación. *International Journal of Psychological Research*, 2(1), 44-53.
- Rothbaum, B., Foa, E., Riggs, D., & Murdock, T. (1992). A prospective examination of post-traumatic stress disorder in rape victims. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 455-475.
- Rubin, D.C., Berntsen, D., & Johansen, M.K. (2008). A Memory Based Model of Posttraumatic Stress Disorder: Evaluating Basic Assumptions Underlying the PTSD Diagnosis. *Psychological Review*, 115(4), 985-1011. doi:10.1037/a0013397
- Ruiz, J.M. (2000). ¿Qué papel juega la conciencia en la memoria?. *Anthropos*, 189(190), 184-193.
- Russell, E., & Curran, V. (2002). The psychological consequences of drug-rape. *Proceedings of the British Psychological Society*, 10, 114-115.

- Saint-Martin, P., Furet, Y., O'Byrne, P., Bouyssy, M., Paintaud, G., & Autret-Leca, E. (2006). Chemical submission: a literature review. *Therapie*, *61*(2), 145-150.
- Samuelson, K.W. (2011). Post-traumatic stress disorder and declarative memory functioning: a review. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, *13*(3), 346-351.
- Santaularia, J., Johnson, M., Hart, L., Haskett, L., Welsh, E., & Faseru, B. (2014). Relationships between sexual violence and chronic disease: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, *14*, 1286. doi:10.1186/1471-2458-14-1286
- Sarasua, B., Zubizarreta, I., Corral, P., & Echeburúa, E. (2012). Factores de Vulnerabilidad y de Protección del Impacto Emocional en Mujeres Adultas Víctimas de Agresiones Sexuales. *Terapia psicológica*, *30*(3), 7-18.
- Satyanarayana, V.A., Chandra, P.S., & Vaddiparti, K. (2015). Mental health consequences of violence against women and girls. *Curr Opin Psychiatry*, *28*(5), 350-356. doi:10.1097/YCO.000000000000182
- Schwartz, R.H., Milteer, R., & LeBeau, M.A. (2000). Drug-facilitated sexual assault ('date rape'). *South Med J*, *93*(6), 558-561.
- Sebaeng, J.M., Davhana-Maselesele, M., & Manyedi, E. (2016). Experiences of women who reported sexual assault at a provincial hospital, South Africa. *Curationis*, *39*(1), 1-7. doi: 10.4102/curationis.v39i1.1668
- Segovia, M.J. (2003). Memoria y olvido. Sesión del día 6 de mayo de 2003. Recuperado de <http://www.racmyp.es/R/racmyp//docs/anales/A80/A80-25.pdf>
- Senn, C.Y., Eliasziw, W.H., Barata, P.C., Thurston, W.E., Newby-Clark, I.R., Radtke, H.L., ...Hobden, K.L. (2014). Sexual violence in the lives of first-year university women in Canada: no improvements in the 21st century. *Women's Health*, *14*, 135. Recuperado de <http://www.biomedcentral.com/1472-6874/14/135>

- Seyller, M., Denis, C., Dang, C., Boraud, C., Lepresle, A., Lefevre, T., & Chariot, P. (2016). Intimate partner sexual violence: Traumatic injuries, psychological symptoms, and perceived social reactions. *Obstetrics & Gynecology*, *127*(3), 516-526. ISSN:0029-7844/16
- Shaw, R.J., Deblois, T., Ikuta, L., Ginzburg, K., Fleisher, B., & Koopman, C. (2006). Acute stress disorder among parents of infants in the neonatal intensive care nursery. *Psychosomatics*, *47*(3), 206-212. doi:10.1176/appi.psy.47.3.206
- Shevlin, M., Hyland, P., & Elklit, A. (2014). Different profiles of acute stress disorder differentially predict posttraumatic stress disorder in a large sample of female victims of sexual trauma. *Psychol Assess*, *26*(4), 1155-1161. doi:10.1037/a0037272
- Sijbrandij, M., Engelhard, M., Opmeer, B.C., Van de Schoot, R., Carlier, I.V., Gersons, B.P., & Olf, M. (2012). The structure of peritraumatic dissociation: a cross validation in clinical and nonclinical samples. *J Trauma Stress*, *25*(4), 475-479. doi:10.1002/jts.21716
- Smith, K., & Bryant, R.A. (2000). The generality of cognitive bias in acute stress disorder. *Behav Res Ther*, *38*(7), 709-715.
- Smith, H.L., Summers, B.J., Dillon, K.H., & Cougle, J.R. (2016). Is worst-event trauma type related to PTSD symptom presentation and associated features? *Journal of Anxiety Disorders*, *38*, 55-61. doi:10.1016/j.janxdis.2016.01.007
- Snyder, H.R., & Hankin, B.L. (2016). Spiraling out of control: Stress generation and subsequent rumination mediate the link between poorer cognitive control and internalizing psychopathology. *Clin Psychol Sci*. *4*(6), 1047-1064.

- Sortzen. (2011). *Agresiones sexuales: Cómo se viven, cómo se entienden y cómo se atienden*. Vitoria-Gasteiz, España: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., Lushene, R., Vagg, P.R., & Jacobs, G.A. (1983). *Manual for the state-trait anxiety inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Spiegel, D., Koopman, C., Cardeña, E., & Classen, C. (1996). *Handbook of Dissociation*. En L. Michelson & W.J. Ray (Eds.), Dissociative symptoms in the diagnosis of acute stress disorder (pp. 367-380). Nueva York: Plenum.
- Steenkamp, M.M., Litz, B.T., Dickstein, B.D, Salters, K., & Hofmann. (2013). What is the typical response to sexual assault? Reply to Bonanno (2013). *Journal of Traumatic Stress, 26*, 394-396.
- Suliman, S., Troeman, Z., Stein, D.J., & Seedat, S. (2013). Predictors of acute stress disorder severity. *J Affect Disord, 149*(1-3), 277-281. doi:10.1016/j.jad.2013.01.041
- Sullivan, D., & Everstine, L. (2004). *Personas en crisis: Intervenciones terapéuticas estratégicas*. México, DF, México: Pax México.
- Talarico, J.M., LaBar, K.S., & Rubin, D.C. (2004). Emotional intensity predicts autobiographical memory experience. *Mem Cognit., 32* (7), 1118-1132.
- Tiihonen, A., Bäckström, T., Söndergaard, P.H., & Helström, T. (2014). Identifying risk factors for PTSD in women seeking medical help after rape. *PLoS ONE 9*(10), 1-9. doi:10.1371/journal.pone.0111136
- Tipps, M.E., Raybuck, J.D., & Lattal, K.M. (2014). Substance abuse, memory, and post-traumatic stress disorder. *Neurobiology of Learning and Memory, 112*, 87-100. doi:10.1016/j.nlm.2013.12.002

- Trucco, M. (2002). Estrés y trastornos mentales: aspectos neurobiológicos y psicosociales. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40 (2), 8-19.
- Ullibarrí, M.D., Ulloa, E.C., & Salazar, M. (2015). Prevention and outcomes for victims of childhood sexual abuse: Associations between mental health, substance use, and sexual abuse experiences among latinas. *J Child Sex Abus*, 24(1), 35-54. doi:10.1080/10538712.2015.976303
- Ullman, S., & Filipas, H. (2001). Predictors of PTSD symptom severity and social reactions in sexual assault victims. *Journal of Traumatic Stress*, 14(2), 369-389.
- Ullman, S.E., Filipas, H.H., Townsend, S.M., & Starzynski, L.L. (2007). Psychosocial correlates of PTSD symptom severity in sexual assault survivors. *Journal of traumatic stress*, 20(5), 821-831. doi:10.1002/jts
- Ullman, S.E., & Najdowski, C.J. (2009). Correlates of serious suicidal ideation and attempts in female adult sexual assault survivors. *Suicide Life Threat Behav*, 39(1), 47-57. doi:10.1521/suli.2009.39.1.47
- Ullman, S.E., & Sigurvinsdottir, R. (2015). Intimate partner violence and drinking among victims of adult sexual assault. *J Aggress Maltreat Trauma*, 24(2), 117-130. doi:10.1080/10926771.2015.996312
- Ursano, R.J., Bell, C., Eth, S., Friedman, M., Norwood, A., Pfefferbaum, B., ...Yager, J. (2004). Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*, 161(11), 3-31.
- Van der Velden, P.G., & Wittmann, L. (2008). The independent predictive value of peritraumatic dissociation for PTSD symptomatology after type I trauma: a systematic review of prospective studies. *Clin Psychol Rev*, 28(6), 1009-1020. doi:10.1016/j.cpr.2008.02.006

- Vásquez, D.A., de Arellano, M.A., Reid-Quiñones, K., Bridges, A.J., Rheingold, A.A., Stocker, R.P., & Danielson, C.K. (2012). Peritraumatic dissociation and peritraumatic emotional predictors of PTSD in Latino youth: results from the Hispanic family study. *J Trauma Dissociation*, *13*(5), 509-525. doi:10.1080/15299732.2012.678471
- Vera, P., Celis, K., Cordova, R., Buela, G., & Spierlberger, Ch. (2007). Preliminary analysis and normative data of the state-trait anxiety inventory (STAI) in adolescent and adults of Santiago, Chile. *Terapia Psicológica*, *25*(2), 155-162. doi:10.4067/S0718-48082007000200006
- Visser, E., Gosens, T., Den Oudsten, B.L., & De Vries, J. (2017). The course, prediction, and treatment of acute and posttraumatic stress in trauma patients: A systematic review. *J Trauma Acute Care Surg.*, *82*(6),1158-1183. doi: 10.1097/TA.0000000000001447
- Vitriol, V., Cancino, A., Riquelme, P., & Reyes, I. (2013). Terremoto en Chile: estrés agudo y estrés post-traumático en mujeres en tratamiento por depresión grave. *Revista médica de Chile*, *141*(3), 338-344. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872013000300009>.
- Vrees, R.A. (2017). Evaluation and Management of Female Victims of Sexual Assault. *Obstet Gynecol Surv*, *72*(1), 39-53. doi:10.1097/OGX.0000000000000390
- Wang, L., Li, Z., Shi, Z., Zhang, Y., & Shen, J. (2010). Factor structure of acute stress disorder symptoms in Chinese earthquake victims: A confirmatory factor analysis of the acute stress disorder scale. *Personality and Individual Differences*, *48*(7), 798-802. doi:10.1016/j.paid.2010.01.027
- Warda, G., & Bryant, R.A. (1998). Cognitive bias in acute stress disorder. *Behav Res Ther*, *36*(12), 1177-1183.

- Wellman, A. (2014). Identifying and treating adult survivors of sexual assault. *Journal of the American Academy of Physician Assistants*, 27(5), 51-52.
- Wilson, L.C., & Miller, K.E. (2015). Meta-Analysis of the Prevalence of Unacknowledged Rape. *Trauma Violence Abuse*, 7(2), 149-159. doi:10.1177/1524838015576391
- Wood, M., & Stichman, A. (2017). Not a big deal? Examining help-seeking behaviors of sexually victimized women on the college campus. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 1-15.
- World Health Organization. (2010). *Non-partner sexual violence*. Global Health Observatory. Recuperado de <http://www.who.int/gho/en/>
- World Health Organization. (2013). *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and nonpartner sexual violence*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf
- Xifró, A., Pujol, A., Barbería, E., Arroyo, A., Bertomeu, A., Montero, F., & Medallo, J. (2015). Estudio prospectivo de la sumisión química con finalidad sexual en Barcelona. *Med Clin*, 144(9), 403-409. doi:10.1016/j.medcli.2014.11.0260025-7753/
- Yaşan, A., Güzel, A., Tamam, Y., & Ozkan, M. (2009). Predictive factors for acute stress disorder and posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents. *Psychopathology*, 42, 236-241. doi:10.1159/000218521
- Young, A. (2000). An alternative history of traumatic stress. In A. Shalev, R. Yehuda, & A. McFarlane (Eds.). *International handbook of human response to trauma*. New York, USA: Kluwer Academic/Plenum.

- Yuan, K.C., Yao, Z.R., Yu, S.Z., Dong, Z.X., Zhong, Y.J., Edwards, J.G., & Edwards, G.D. (2013). Prevalence and predictors of stress disorders following two earthquakes. *Int J Soc Psychiatry*, 59(6), 525-530. doi:10.1177/0020764012453233
- Zhao, G.Q., Wang, Y.G., Wang, Y.Q., Fu, S.F., Cao, R.F., Ma, N.X., ... Li, M.Y. (2008). Prevalence and predictors of acute stress disorder after earthquake: findings from Wenchuan earthquake in China. *Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi*, 42(11), 802-805.
- Zinzow, H.M., Resnick, H.S., Barr, S.C., Danielson, C.K., & Kilpatrick, D.G. (2012). Receipt of post-rape medical care in a national sample of female victims. *Am J Prev Med*, 43(2), 183-187. doi: 10.1016/j.amepre.2012.02.025mc
- Zoellner, L.A., Jaycox, L.H., Watlington, C.G., & Foa, E.B. (2003). Are the dissociative criteria in ASD useful?. *J Trauma Stress*, 16(4), 341-350. doi:10.1023/A:1024461801508

ANEXOS

Consentimiento Informado

Proyecto de investigación

Institut Clínic de Neurociències

Estudio VISXEA

“Violencia sexual, estrés agudo y calidad de vida: estudio de los factores de riesgo en las mujeres atendidas en urgencias tras una agresión sexual”

ESTUDIO CLÍNICO

Hoja de información y consentimiento para las pacientes

Introducción

La violación es una de las experiencias traumáticas más amenazantes para la integridad física y psicológica de las mujeres, presentando mayor gravedad sintomática que otros delitos violentos. La mayoría de las víctimas presentan alteraciones psicológicas durante las primeras semanas. Las investigaciones sobre el trauma han definido la Reacción por Estrés Agudo como una serie de síntomas emocionales y conductuales que aparecen después del mismo y que perduran como mínimo dos días y máximo cuatro semanas. Sólo un 20% de las víctimas permanece asintomática al año. La víctima, que desconoce el alcance de su malestar, tiende a no buscar ayuda. Si estos síntomas se prolongan más allá de un mes se considera que la persona ha desarrollado un Trastorno por Estrés Postraumático de difícil tratamiento y de curso tendente a la cronicación.

Este proyecto de investigación tiene por objetivo estudiar el impacto de la violencia sexual sobre la salud psíquica y la calidad de vida de las mujeres al mes de la agresión.

Diseño del estudio

Se trata de un estudio unicéntrico, longitudinal, de tipo prospectivo, de un mes de seguimiento en una muestra de mujeres víctimas de agresión sexual, mayores de 18 años, atendidas en el Servicio de Urgencias del Hospital Clínic de Barcelona.

En qué consiste la participación

Su participación en este estudio implica ser evaluada en 3 ocasiones: en la visita de urgencias, en la primera y en la cuarta semana tras la agresión sexual.

En la primera ocasión se aplicará el protocolo de asistencia integral para la atención de la víctima de agresión sexual del Servicio de Urgencias del Hospital Clínic. En la segunda, se contactará telefónicamente con la víctima para confirmación de los datos recogidos en Urgencias, se evaluará la presencia de síntomas disociativos y se ofrecerá una visita en el Programa Agresx del Hospital Clínic. En la tercera visita se administrarán una serie de cuestionarios y se realizará una entrevista diagnóstica encaminados a estudiar los factores asociados al trastorno de estrés agudo; también le

sacaremos una muestra de sangre (10ml) para estudiar en un futuro variantes genéticas que tal vez le den mayor vulnerabilidad para el trastorno por estrés postraumático. Todo ello no le llevará más de 60-90 minutos.

Beneficios y riesgos de participar en este estudio

El beneficio de este estudio es profundizar en el conocimiento del trastorno por estrés agudo que afecta a un número elevado de mujeres, de modo que podamos conocer mejor los motivos por los cuales se producen. Estos resultados beneficiarán en un futuro a la población de mujeres que sufren trastorno por estrés agudo.

A corto plazo los resultados de este estudio no le supondrán un beneficio directo. Usted podrá ser atendida por el equipo médico del Programa Agresx del Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínic. En el caso de que se desarrollara un nuevo tratamiento o test médico, la participante no recibiría ningún beneficio económico en el futuro.

Los riesgos de participar en este estudio son mínimos o inexistentes y se limitan a una pequeña molestia o hematoma en la zona donde se ha realizado la extracción de la muestra de sangre.

Aspectos éticos

Garantía de participación voluntaria. Su participación en este estudio es totalmente voluntaria y su decisión no afectará en ningún momento la asistencia sanitaria actual, o la que pudiera precisar en un futuro, que está recibiendo en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínic. Además, en el caso de que acepte participar en este estudio es Ud. libre de abandonarlo cuando lo desee sin tener que dar explicaciones, en cualquier momento del mismo.

Confidencialidad

Los investigadores se responsabilizan de que en todo momento se mantenga la confidencialidad respecto a la identificación de la participante, tanto en los datos clínicos como en las muestras de sangre. El nombre y los datos que permiten identificar a la paciente solo constan en la historia clínica. Todos los datos de esta investigación quedarán archivados con un código que será el mismo que aparecerá a lo largo de todo el estudio (datos clínicos, muestras de sangre). Estos procedimientos, que se llaman de anonimización, están sujetos a la Ley orgánica 15/1999 del 13 de diciembre sobre protección de datos de carácter personal.

¿Qué hacen los investigadores con los datos que recogen?

Los datos se guardan en ficheros en papel o informáticos. Como ya hemos comentado previamente, a cada participante se le adjudica un código, de manera que no aparezca ni su nombre ni apellido y se mantenga la confidencialidad. Con estos datos se realizarán análisis estadísticos para relacionar los resultados clínicos y de los cuestionarios. Finalmente los resultados se publicarán en revistas científicas.

Puede Ud. realizar cualquier pregunta en relación al estudio.

Los investigadores del estudio están a su disposición para contestarlas, ahora y a lo largo de los tres años del estudio. Puede Ud. encontrarlos en las siguientes direcciones y teléfonos:

- Investigadora: Dra. Lluïsa García-Esteve. Centro: Servicio de Psiquiatría. Institut Clínic de Neurociències. Dirección: C/ Roselló 240, bajos. Teléfono de contacto: 932275401.

Este estudio ha sido aprobado por El Comité Ético de Investigación Clínica Del Hospital Clínic de Barcelona.

EVALUACIÓN EN URGENCIAS

Fecha: _____

Teléfono móvil donde poder contactar con usted: _____

Teléfono fijo donde poder contactar con usted: _____

E-mail donde poder contactar con usted: _____

HOJA DE RECOGIDA DE VARIABLES CLÍNICAS (HRVC)

*La información es extraída del registro medico informatizado de urgencias.

ANAMNESIS EN URGENCIAS DEL RECUERDO DEL EPISODIO DE LA AGRESION SEXUAL

¿En qué medida recuerda lo que pasó durante la agresión sexual?

Recuerdo totalmente Recuerdo parcialmente No recuerdo nada

CUESTIONARIO DE DISOCIACIÓN EN URGENCIAS

INSTRUCCIONES: A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la opción (**Nada, Algo, Bastante, Mucho**) que **indique mejor cómo se siente usted ahora mismo, en este momento**. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

¿Tienes la sensación de que las personas y objetos que te rodean no son reales?	Nada 0	Algo 1	Bastante 2	Mucho 3
¿Te sientes ausente y gená a lo que te ocurre?	Nada 0	Algo 1	Bastante 2	Mucho 3
¿Tienes la sensación de estar como en un sueño?	Nada 0	Algo 1	Bastante 2	Mucho 3
¿Tienes la sensación de que has perdido la noción del tiempo o que las cosas ocurren a cámara lenta?	Nada 0	Algo 1	Bastante 2	Mucho 3
¿No puedes recordar bien lo que ha ocurrido?	Nada 0	Algo 1	Bastante 2	Mucho 3
¿Tienes una sensación de extrañeza, las personas u objetos parecen distantes o poco claros?	Nada 0	Algo 1	Bastante 2	Mucho 3
¿Te sientes como una espectadora, mirando lo que te ocurre desde fuera?	Nada 0	Algo 1	Bastante 2	Mucho 3
PUNTUACIÓN TOTAL:				

ESCALA DE GRAVEDAD DE SÍNTOMAS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS AGUDO

Coloque en cada frase la puntuación correspondiente de 0 a 4 según la frecuencia e intensidad de síntomas que padece en la actualidad:

<i>Nada</i>	<i>Una vez por semana o menos / poco</i>	<i>De 2 a 4 veces por semana / bastante</i>	<i>5 o más veces por semana/ mucho</i>
0	1	2	3

Disociación	0	1	2	3
1. ¿Se ha sentido separada afectivamente de las personas a las que quiere? Sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional				
2. ¿Ha estado tan absorta o ensimismada que no se da cuenta de las cosas que suceden alrededor?, ¿Mira al vacío sin darse cuenta de que transcurre el tiempo? (Aturdimiento).				
3. ¿Ha sentido que las personas, objetos o el mundo que le rodea no son reales? No está segura de si las cosas que recuerda sucedieron o fueron un sueño.				
4. ¿Se ha sentido como si fuera otra persona? Como si estuviera observándose desde fuera ¿Se ha mirado en un espejo y no se ha reconocido? Ha sentido en algún momento como si su cuerpo no le perteneciera?				
5. ¿Le ocurre que no recuerda aspectos importantes de lo que sucedió durante la agresión?				
Reexperimentación	0	1	2	3
1. ¿Tiene recuerdos desagradables y repetidos de la agresión, incluyendo imágenes, pensamientos o percepciones?				
2. ¿Tiene sueños desagradables (pesadillas) y repetitivos sobre la agresión?				
3. ¿Sufre un malestar psicológico intenso ante la presencia de recuerdos, pensamientos o sensaciones (estímulos internos) u olores, colores, sonidos, imágenes (estímulos externos) que simbolizan o recuerdan algún aspecto de la agresión?				
4. ¿Experimenta su cuerpo reacciones físicas intensas (ahogo temblor, palpitations) ante la presencia de estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto de la agresión?				
Evitación	0	1	2	3
1. ¿Se ve obligada a realizar esfuerzos para ahuyentar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociadas a la agresión?				
2. ¿Tiene que esforzarse para evitar actividades, lugares o personas que le recuerdan a la agresión?				
3. ¿Se siente incapaz de recordar alguno de los aspectos importantes de la agresión?				
4. ¿Observa una disminución marcada del interés por las cosas o de la participación en actividades que eran importantes para usted?				
5. ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a los demás?				
6. ¿Le cuesta experimentar afecto o sentimientos de aprecio por los demás como antes?				
7. ¿Nota que los planes o esperanzas de futuro han cambiado negativamente como consecuencia de la agresión (p ej., realizar una carrera, casarse, tener hijos, etc.)?				

	0	1	2	3
Hiperactivación (mínimo un síntoma)				
1. ¿Se siente con dificultad para conciliar o mantener el sueño?				
2. ¿Está irritable o tiene explosiones de ira?				
3. ¿Tiene dificultades de concentración?				
4. ¿Está usted excesivamente vigilante y en alerta (por ejemplo, se para de forma súbita para ver quién está a su alrededor, etc.) desde la agresión?				
5. ¿Se sobresalta o se alarma más fácilmente desde el suceso?				

<i>Nada</i>	<i>Una vez por semana o menos / poco</i>	<i>De 2 a 4 veces por semana / bastante</i>	<i>5 o más veces por semana/ mucho</i>
<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>

<i>Valore en qué grado presenta algunos de estos síntomas al recordar el suceso traumático</i>	0	1	2	3
1. Respiración entrecortada (disnea) o sensación de ahogo				
2. Dolores de cabeza				
3. Palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado (taquicardia)				
4. Dolor o malestar en el pecho				
5. Sudoración				
6. Mareos, sensación de inestabilidad o desmayo				
7. Náuseas o malestar abdominal				
8. Sensación de extrañeza respecto a ti misma o de irrealidad				
9. Entumecimiento o sensación de cosquilleo (parestesias)				
10. Sofocos y escalofríos				
11. Temblores o estremecimientos				
12. Miedo a morir				
13. Miedo a volverse loca o a perder el control				

ACUTE STRESS DISORDER INTERVIEW (CRITERIOS DSM-IV-TR)

Bryant & Harvey, 1999

CRITERIO A	SI	NO
1) Cuando ocurrió (el trauma), ¿pensaste que tu o alguien más podíais ser gravemente dañados o corríais peligro de muerte?	1	0
2a) Cuando ocurrió (el trauma), ¿te sentiste aterrorizada?	1	0
2b) Cuando ocurrió (el trauma), ¿sentiste que no había nada que pudieses hacer para impedirlo?	1	0
Se cumple el criterio A si: 1+(2a o 2b)=1		
Cumple criterio A: SI NO		

CRITERIO B	SI	NO	Ítems = 1 Indicar fecha de:	
			Día de inicio	Día final
1) ¿Durante o desde (el trauma), ¿te has sentido aturdida o distante de tus propias emociones?	1	0		
2) ¿Durante o desde (el trauma), ¿has sentido- que te enteras menos de lo que ocurre a tu alrededor?	1	0		
3) ¿Durante o desde (el trauma), ¿las cosas de tu alrededor te parecen irreales?	1	0		
4) ¿Durante o desde (el trauma), ¿te has sentido distanciada de tu propio cuerpo, o te has sentido como si te vieras a ti misma desde fuera?	1	0		
5) ¿Has sido incapaz de recordar algún aspecto importante del trauma?	1	0		
Se cumple el criterio B si: Si 3 o más ítems =1				
Cumple criterio B: SI No				

CRITERIO C	SI	NO	Para Ítems = 1 Indicar fecha de:	
			Día de inicio	Día final
1) ¿Te has visto recordando el trauma cuando en realidad no querías?	1	0		
2) Has tenido malos sueños o pesadillas sobre el trauma?	1	0		
3) De repente, ¿has actuado o te has sentido como si el trauma estuviera ocurriendo de nuevo, cuando no era así?	1	0		
4) ¿Te has sentido muy alterada cuando has recordado el trauma?	1	0		
Se cumple el criterio C si: cualquier ítem es = 1				
Cumple criterio C: SI NO				

CRITERIO D			Ítems = 1 Indicar fecha de	
	SI	NO	Día de inicio	Día final
1) ¿Has intentado deliberadamente no pensar en el trauma?	1	0		
2) ¿Has intentado deliberadamente no hablar sobre el trauma?	1	0		
3) ¿Has evitado lugares, personas o actividades que podían recordarte el trauma?	1	0		
4) ¿Has intentado no sentirte alterada o angustiada por el trauma?	1	0		
Se cumple el criterio D si: cualquier ítem es = 1				
Cumple criterio D: SI NO				

CRITERIO E			Para Ítems = 1 Indicar fecha de	
	SI	NO	Día de inicio	Día final
1) Desde que ocurrió el trauma, ¿has tenido problemas para dormir?	1	0		
2) Desde que ocurrió el trauma, ¿te has sentido inusualmente irritable o has perdido los estribos mucho más de lo habitual?	1	0		
3) Desde que ocurrió el trauma, ¿has tenido dificultades para concentrarte?	1	0		
4) Desde que ocurrió el trauma, ¿te has vuelto más preocupadiza por los peligros o eres mucho más prudente?	1	0		
5) Desde que ocurrió el trauma, ¿te has vuelto más espantadiza o te sobresaltas fácilmente por ruidos o movimientos normales?	1	0		
6) Cuando recuerdas el trauma, ¿sudas o tiembles o tu corazón va más deprisa?	1	0		
Se cumple el criterio E si: cualquier ítem es =1				
Cumple criterio E: SI NO				

CRITERIO F			Para Ítems = 1 Indicar fecha de	
	SI	NO	Día de inicio	Día final
1) ¿Te has sentido muy alterada por los síntomas que has experimentado desde el trauma?	1	0		
2) ¿Te han afectado en tu vida social y en tu relación con las	1	0		

personas?		
3) ¿Te han afectado en tu rendimiento laboral habitual?	1	0
4) ¿Te ha impedido realizar cosas que necesitas hacer?	1	0

Se cumple el criterio F si: Cualquier ítem es =1

Cumple criterio F: SI NO

CRITERIO G

1a) ¿Habías tomado alguna medicación o tomaste drogas o alcohol en el momento trauma?

SI

NO

Si la respuesta es SI, especificar:

cual _____

1b) ¿Desde el trauma, has estado tomando drogas o algún tipo de medicación?

SI

NO

Si la respuesta es SI especificar cual:

Si la respuesta al ítem 1b es SI especificar: cuándo fue la última dosis: _____

2) ¿Has sufrido alguna enfermedad médica, incluyendo traumatismo craneoencefálico o pérdida de conciencia en el momento o desde el trauma?

SI

NO

Si la respuesta al ítem 2 es SI especificar cual: _____

Si la respuesta al ítem 1 es SI especificar cuándo fue la última vez: _____

Si algún ítem del criterio G se codifica con una puntuación de 1, se debe considerar si el abuso de sustancias o la enfermedad médica podría explicar los síntomas descritos previamente. **Si no hay evidencia de que el abuso de sustancias o la enfermedad médica pueda explicar los síntomas descritos previamente se cumple el criterio G**
Cumple criterio G: SI NO

CRITERIO H

1) Los síntomas referidos en los siguientes criterios, ¿duran más de dos días y menos de cuatro semanas desde que ocurrió el trauma?

Esta información se debe basar en las repuestas obtenidas en las secciones relevantes de la entrevista

Nota: El criterio B puede haber ocurrido durante o posteriormente al trauma

CRITERIO B: SI NO

CRITERIO C: SI NO

CRITERIO D: SI NO

CRITERIO E: SI NO

Si todos los ítems del criterio H se codifican con una puntuación de 1, **se cumple el criterio H**

Cumple criterio H: SI NO

CRITERIOS	RESUMEN DE PUNTUACIONES		PUNTUACIÓN TOTAL
	CUMPLE		(Suma de los ítems codificados con 1)
CRITERIO A	SI	NO	_____
CRITERIO B	SI	NO	_____
CRITERIO C	SI	NO	_____
CRITERIO D	SI	NO	_____
CRITERIO E	SI	NO	_____
CRITERIO F	SI	NO	
CRITERIO G	SI	NO	
CRITERIO H	SI	NO	
¿Cumple criterios para el Trastorno por Estrés Agudo			
	SI	NO	TOTAL:

ACUTE STRESS DISORDER INTERVIEW (CRITERIOS DSM-5)
Adaptado del modelo de Bryant & Harvey, 1999

CRITERIO A		SI	NO	Día inicio	Día final
1) Cuando ocurrió (el trauma), ¿pensaste que tu o alguien más podíais ser gravemente dañados o corríais peligro de muerte?		1	0		
Se cumple el criterio A si: 1=1					
Cumple criterio A: SI NO					

CRITERIO B		SI	NO	Para Ítems = 1 Indicar fecha de:	
		SI	NO	Día de inicio	Día final
1) ¿Te has visto recordando el trauma cuando en realidad no querías?		1	0		
2) Has tenido malos sueños o pesadillas sobre el trauma?		1	0		
3) De repente, ¿has actuado o te has sentido como si el trauma estuviera ocurriendo de nuevo, cuando no era así?		1	0		
4) ¿Te has sentido muy alterada cuando has recordado el trauma? o ¿sudas o tiembles o tu corazón va más deprisa?		1	0		
5) ¿Durante o desde (el trauma), ¿te has sentido aturdida o distante de tus propias emociones?		1	0		
6) ¿Durante o desde (el trauma), ¿las cosas de tu alrededor te parecen irreales? o ¿has sentido que te enteras menos de lo que ocurre a tu alrededor? o ¿te has sentido distanciada de tu propio cuerpo, o te has sentido como si te vieras a ti misma desde fuera?		1	0		
7) ¿Has sido incapaz de recordar algún aspecto importante del trauma?		1	0		
8) ¿Has intentado deliberadamente no pensar o hablar sobre el trauma? o ¿Has intentado no sentirte alterada o angustiada por el trauma?		1	0		
9) ¿Has evitado lugares, personas o actividades que podían recordarte el trauma?		1	0		
10) ¿Desde que ocurrió el trauma, ¿has tenido problemas para dormir?		1	0		
11) Desde que ocurrió el trauma, ¿te has sentido inusualmente irritable o has perdido los estribos mucho más de lo habitual?		1	0		
12) Desde que ocurrió el trauma, ¿te has vuelto más preocupadiza por los peligros o eres mucho más prudente?		1	0		
13) Desde que ocurrió el trauma, ¿has tenido dificultades para concentrarte?		1	0		

14) Desde que ocurrió el trauma, ¿te has vuelto más espantadiza o te sobresaltas fácilmente por ruidos o movimientos normales?	1	0
--	---	---

Se cumple el criterio B si: Si 9 o más ítems =1
 Cumple criterio B: SI NO

CRITERIO C	SI	NO	Para Ítems = 1 Indicar fecha de	
			Día de inicio	Día final

1) ¿Te has sentido muy alterada por los síntomas que has experimentado desde el trauma?	1	0
---	---	---

2) ¿Te han afectado en tu vida social y en tu relación con las personas?	1	0
--	---	---

3) ¿Te han afectado en tu rendimiento laboral habitual?	1	0
---	---	---

4) ¿Te ha impedido realizar cosas que necesitas hacer?	1	0
--	---	---

Se cumple el criterio C si: Cualquier ítem es =1
 Cumple criterio C: SI NO

CRITERIO D

1a) ¿Habías tomado alguna medicación o tomaste drogas o alcohol en el momento trauma? SI NO

Si la respuesta es SI, especificar:
 cual _____

1b) ¿Desde el trauma, has estado tomando drogas o algún tipo de medicación? SI NO

Si la respuesta es SI especificar cual:

Si la respuesta al ítem 1b es SI especificar: cuándo fue la última dosis: _____

2) ¿Has sufrido alguna enfermedad médica, incluyendo traumatismo craneoencefálico o pérdida de conciencia en el momento o desde el trauma? SI NO

Si la respuesta al ítem 2 es SI especificar cual:

Si la respuesta al ítem 1 es SI especificar cuándo fue la última vez: _____

Si algún ítem del criterio G se codifica con una puntuación de 1, se debe considerar si el abuso de sustancias o la enfermedad médica podría explicar los síntomas descritos previamente. Si no hay evidencia de que el abuso de sustancias o la enfermedad médica pueda explicar los síntomas descritos previamente se cumple el criterio D

Cumple criterio D: SI NO

CRITERIO F

1) Los síntomas referidos en los siguientes criterios, ¿duran más de tres días y menos de cuatro semanas desde que ocurrió el trauma?

Si 9 o más ítems del criterio B duran más de tres días, se cumple el criterio F

Cumple criterio F: SI NO

CRITERIOS	RESUMEN DE PUNTUACIONES CUMPLE		PUNTUACIÓN TOTAL (Suma de los ítems codificados con 1)
	SI	NO	
CRITERIO A	SI	NO	_____
CRITERIO B	SI	NO	_____
CRITERIO C	SI	NO	_____
CRITERIO D	SI	NO	_____
CRITERIO E	SI	NO	_____
CRITERIO F	SI	NO	_____
¿Cumple criterios para el Trastorno por Estrés Agudo			
	SI	NO	TOTAL:

**HOJA RESUMEN DE RECOGIDA DE VARIABLES DE LA AGRESIÓN
(HRVA)**

1. Mapa anatómico del Servicio de Urgencias

Realizado

No realizado

2. Lugar de la agresión

[Domicilio]

[Calle]

[Lugar público]

[Otro: _____]

3. N° de agresores:

N° de víctimas:

4. Agresor conocido:

NO, fue desconocido.

SI [marido] [exmarido] [pareja] [expareja] [familiar] [amigo] [conocido]

5. Agresiones sexuales previas

SI [Edad: _____]

NO

6. Sexo del agresor

[Hombre] [Mujer]

7. Mecanismo de la agresión _____

8. Tipo de agresión:

[Vagina] [Anal] [Bucal] [Tocamientos] [Otros _____]

9. Edad del agresor:

10. Uso de armas:

[Blanca] [Fuego] [Otras: _____]

11. Denuncia

SI

NO

12. Testigos

SI

NO

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Estas preguntas hacen referencia a cuestiones generales sobre usted, su situación familiar y laboral. Por favor, léalas atentamente y marque con una cruz, la casilla que MEJOR SE CORRESPONDA CON SU SITUACIÓN. Antes de contestar es conveniente que lea todas las opciones

1. ¿Dónde nació usted?

1. En Cataluña
2. En otra autonomía de España
3. En otro país ¿cuál?.....
¿Cuánto tiempo hace que vive en España?..... años

2. ¿En qué distrito de Barcelona reside?:.....

3. ¿Qué edad tiene?.....años

4. En la actualidad usted.....

1. Tiene pareja y **SÍ** convive con esa pareja
2. Tiene pareja pero **NO** convive con esa pareja
3. No tiene pareja

5. Independientemente de su actual relación de pareja (la tenga o no la tenga) ¿su estado civil es?

1. Soltera
2. Casada
3. Pareja de hecho
4. Separada
5. En trámites de separación
6. Divorciada
7. Viuda

6. ¿Cuántos hijos tiene?.....hijos

7. Actualmente ¿cuántas personas conviven normalmente en su domicilio?.....personas

8. ¿Cuál es su nivel de estudios terminados?

1. No sabe leer ni escribir
2. Estudios primarios incompletos
3. Estudios primarios completos (certificado escolar)
4. EGB, Bachiller elemental
5. FP 1 o equivalente
6. FP 2 o equivalente
7. BUP, COU, Bachiller superior
8. Estudios Universitarios de 3-4 años
9. Estudios Universitarios de 5-6 años

9. Actualmente, ¿cuál es su situación laboral principal y la de su pareja (SOLO en caso de que conviva con ella)?

1. Trabajo por mi cuenta (autónoma/o)
2. Trabajo en la administración pública
3. Trabajo en la empresa privada en un puesto fijo
4. Trabajo en la empresa privada en un puesto eventual
5. Trabajo remunerado sin contrato
6. Estoy parada/o y buscando trabajo
7. Estoy parada/o y no busco trabajo
8. Soy estudiante
9. Soy ama de casa
10. Estoy jubilada/o o incapacitada/o
11. Otros ¿cuál?.....

Usted	Su pareja

10. Sabiendo que el promedio de ingresos familiares está alrededor de 1.300 Euros netos mensuales, ¿los ingresos familiares de su hogar son?

1. Muy superiores (más del doble)
2. Superiores
3. Alrededor de esa cifra
4. Inferiores
5. Bastante inferiores (menos de la mitad)
6. No tengo ingresos
7. NS/NC

UAB

Universitat Autònoma de Barcelona

2017