

Prevalencia de los síntomas del estrés postraumático en padres de familia cuyos hijos fueron víctimas de violencia sexual hacia menores de edad contexto colombiano en el año 2020 .

Presentado por:

Dayana Liceth Cañas Cataño

ID – 575092

Estefanía Mosquera Arias

ID – 578170

Docente Asesor:

Wilber Arduai Mejía Toro

Opción de Grado II

NRC: 12223

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

Programa de Psicología

Bello, Colombia

2020

Prevalencia de los síntomas del estrés postraumático en padres de familia cuyos hijos fueron víctimas de violencia sexual hacia menores de edad contexto colombiano en el año 2020 .

¿Cuál es la prevalencia de los síntomas de estrés postraumático en un grupo de 44 adultos, cuidadores primarios víctimas secundarias de violencia sexual hacia menores de edad en el contexto colombiano en el año 2020?

Tesis de grado para obtener el título de psicólogas

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

Programa de Psicología

Bello, Colombia

2020

### **Tabla de contenido**

<b>Tabla de contenido</b> .....	2
<b>Lista de tablas</b> .....	4
<b>Resumen</b> .....	6

<b>Abstract</b> .....	7
<b>Introducción</b> .....	8
<b>Planteamiento del problema</b> .....	9
<b>Justificación</b> .....	18
<b>Objetivos</b> .....	22
<b>Objetivo General</b> .....	22
<b>Objetivos Específicos</b> .....	22
<b>Marco Teórico</b> .....	22
<b>Perspectiva Teórica</b> .....	23
<b>Marco Conceptual</b> .....	26
<b>Variables</b> .....	33
<b>Otras variables, síntomas que se quisieron sondear</b> .....	34
<b>Marco Legal</b> .....	35
<b>Metodología</b> .....	37
<b>Enfoque</b> .....	38
<b>Alcance</b> .....	38
<b>Diseño</b> .....	38
<b>Población</b> .....	39
<b>Criterios de Inclusión</b> .....	40
<b>Criterios de Exclusión</b> .....	40
<b>Técnica de recolección de datos</b> .....	41
<b>Materiales</b> .....	41
<b>Plan de Análisis</b> .....	44
<b>Operacionalización de Variables</b> .....	45
<b>Diagrama de Variables</b> .....	47
<b>Consideraciones Éticas</b> .....	48
<b>Resultados</b> .....	50
<b>1.1 Análisis univariados</b> .....	50
<b>1.2 Correlaciones Bivariados</b> .....	53
<b>Análisis y discusión de resultados</b> .....	58
<b>Análisis según la teoría</b> .....	58
<b>Análisis Según los datos del estudio</b> .....	59
<b>Análisis según otras investigaciones</b> .....	60

<b>Conclusiones</b> .....	63
<b>Alcances</b> .....	64
<b>Limitaciones</b> .....	64
<b>Referencias</b> .....	65

### **Lista de tablas**

<b>Tabla 1</b> .....	42
<b>Tabla 2</b> .....	43
<b>Tabla 3</b> .....	45

<b>Tabla 4</b> .....	50
<b>Tabla 5</b> .....	¡Error! Marcador no definido.
<b>Tabla 6</b> .....	53
<b>Tabla 7</b> .....	54
<b>Tabla 8</b> .....	¡Error! Marcador no definido.
<b>Tabla 9</b> .....	¡Error! Marcador no definido.
<b>Tabla 10</b> .....	¡Error! Marcador no definido.

## **Resumen**

En el presente trabajo de grado, se llevó a cabo un estudio descriptivo no probabilístico acerca de la Prevalencia del Estrés postraumático en un grupo de 44 cuidadores primarios víctimas secundarias de violencia sexual hacia menores de edad, en el contexto Colombiano en el año 2020, el objetivo fue de determinar si en esta población hay prevalencia de los síntomas del Estrés postraumático, dando como resultado la presencia de los síntomas evaluados y su relación con la edad, sexo, estrato y la ocupación, de allí se observa la importancia de intervenir esta población ya que estos síntomas afectan las esferas en las que se desenvuelve el individuo. Esta investigación se realizó a través del diseño trasversal y se implementó como instrumento una escala de Gravedad de Síntomas (EGS-R).

Palabras claves: Víctimas secundarias, Estrés postraumático, violencia sexual, síntomas

## **Abstract**

In the present work, a descriptive nonprobabilistic study was carried out about the Prevalence of the Post-traumatic Stress in a group of 44 primary carers, secondary victims of sexual violence towards minors, in the Colombian context in the year 2020, the objective was to determine if in this population there is prevalence of the symptoms of Post-traumatic Stress, giving as a result the presence of the evaluated symptoms and their relation with age, sex, stratum and occupation, from there it is observed the importance of intervening this population since these symptoms affect the spheres in which the individual develops. This research was carried out through the transversal design and a Symptom Severity Scale (EGS-R) was implemented as an instrument.

**Keywords:** Secondary victims, Post-traumatic stress, sexual violence, symptoms



## Introducción

Según Echeburúa, de Corral, y Amor, (2004), el estrés postraumático es presentado en aquellas personas que vivieron un hecho traumático (también conocidas como víctimas primarias), en este caso producidos por la violencia sexual; sin embargo, se ha encontrado que hay unas víctimas secundarias, las cuales son las personas más allegadas al sujeto que vivió el hecho traumante (García y Peña, 2018), la (American Psychiatric Association, 2013) afirma que estas pueden desarrollar un estrés postraumático. En la presente investigación se buscó determinar la prevalencia de los síntomas del Estrés postraumático en los cuidadores primarios víctimas secundarias de violencia sexual hacia menores de edad en el contexto Colombiano, en el año 2020, puesto que, en el sistema de intervención en los casos de violencia sexual no se tiene en cuenta esta población, generándose un vacío teórico, además de que fue relevante investigar puesto que estas pueden quedar muy afectadas después del suceso violento (Echeburúa, de Corral, y Amor, 2004), y eso es lo que aún no es visible.

La presente investigación fue de carácter cuantitativo de un alcance descriptivo, no probabilístico bajo el diseño trasversal (Hernández, Fernández, y Baptista, 2014), se implementó una escala de Gravedad de Síntomas (EGS-R) aplicada en Argentina propuesta por (Echeburúa, et al, 2016), esta prueba no ha sido validada en el contexto Colombiano, lo cual constituye un limitante; pero por medio de esta se encontró que si hay prevalencia de los síntomas del Estrés postraumático en las víctimas secundarias de violencia sexual; con los resultados proporcionados por la investigación se busca aportar una línea de base que pueda dar lugar a programas en procura de intervenciones a nivel de la prevención y promoción de la salud pública.

## Planteamiento del problema

La conducta violenta hacia el individuo ha existido a lo largo de la historia, en todo el mundo, por esta razón la humanidad ha presenciado guerras, discordias, discriminaciones, abuso, homicidios, Bullying, entre otras. Este tipo de actos desde la postura política, social y jurídica se denomina como violencia interpersonal y desde la psicología se define como un comportamiento inapropiado o una conducta desadaptativa, esto planteado por (Lozada, 2017).

Uno de los principales fenómenos de interés en salud pública en Colombia, es la violencia, la cual se define como la fuerza sometida a otro donde se realiza un ejercicio de poder, es un comportamiento deliberado que puede causar problemas a la persona a nivel psicológico, físico y social, es decir, es una agresividad intencional, así también lo afirma (Esplugues, 2007).

La OMS, plantea que la violencia de todo tipo se asocia en gran medida a contextos sociales, un poder político que no hace respetar las normas que establece, normas culturales, desigualdad de género, el desempleo, las desigualdades de ingresos, los cambios sociales rápidos y las oportunidades educativas limitadas, entre otros, inciden en la violencia (Lozada, 2017).

Ahora bien, existen varios tipos de violencia, entre ellas está la violencia sexual, la cual (Bustos, Aedo, y Rincón, 2009) describen como una intención de ejecutar un acto sexual sin consentimiento del otro, sea de manera comercializada, verbal o de cualquier otro modo no deseado.

La violencia sexual, no discrimina género, edad, raza o situación económica, todas las personas son vulnerables ante esta problemática mundial, “precisamente, los actos que comprenden la violencia sexual atañen a aquellos que van desde el acoso hasta la penetración,

pasando por la manipulación de las partes íntimas y agresiones físicas, y se cometen contra mujeres, niños, niñas y adolescentes principalmente” (Lozada, 2017, p. 304).

Este fenómeno es una problemática de salud pública, según la resolución 000459 del ministerio de salud y protección social de Colombia del 2012, la violencia sexual es una problemática mundial que en las últimas décadas ha sido reconocida como una violación de los derechos humanos, sexuales y reproductivos que vulnera la dignidad humana, la integridad, libertad, igualdad y autonomía, entre otros. Se constituye una polémica de salud pública por su magnitud y las afectaciones que produce en la salud física, mental y social, así como también lo menciona (Ministerio de salud y protección social, 2012).

Además, siguiendo a Pinheiro, (2016) menciona que esta problemática reflejado en cifras muestra que a nivel mundial los afectados por violencia sexual son 150 millones de niñas y 75 millones de niños, además el 7% de las mujeres y el 3% de los hombres reportaron haber experimentado violencia sexual.

Ahora bien, la violencia deja en la persona múltiples daños a nivel físico y psicológico, los cuales repercuten en la vida de la persona de forma negativa, afectando la seguridad y la autoestima, toda persona que sufra un ataque que altere su calidad de vida debería recibir un auxilio psicológico, puesto que este daño cae directamente en las funciones psicológicas, al respecto la violencia es “el padecimiento de un delito violento supone un ataque directo al Sentimiento de seguridad de quien lo sufre, del que deriva una afectación en sus estructuras psíquicas”, (Fernández, 2007, p2).

Como se puede observar, la violencia deja un daño psíquico al perjudicado, donde incluye un miedo intenso a padecer una agresión física o la muerte, además de los sentimientos

de impotencia y la exasperación, ya que se encuentra en incapacidad de poder evitarlo, además esto puede ser altamente estresante para el individuo atacado (Fernández, 2007).

Finalmente, después de haber acontecido un acto de abuso o violencia, quedan secuelas en la persona, estas pueden ser de tipo psicológico y/o físico. Las posibles secuelas que deja este tipo de hechos son:

Disfunción sexual, enfermedades de transmisión sexual, como la infección por el VIH y el SIDA, embarazos no deseados, abuso de alcohol y otras drogas, disminución de la capacidad cognoscitiva, comportamientos delictivos, violentos y de otros tipos que implican riesgos, depresión y ansiedad, trastornos de la alimentación y el sueño, sentimientos de vergüenza y culpa, incapacidad para relacionarse, trastorno postraumático por estrés, comportamiento suicida y daño auto infligido, etc, (Pinheiro, 2006, p. 15).

Pese a lo anterior, son numerosas las referencias respecto a las secuelas que deja la violencia sexual en los sujetos; sin embargo el tema de interés del presente trabajo es el estrés postraumático (EPT); el cual la American Psychological Association, describe como un trastorno que se presenta cuando la persona ha sufrido agresión física o algún acontecimiento que simboliza una amenaza para su vida o su integridad física, haber presenciado el suceso, tener conocimiento de que el acontecimiento traumático le ha ocurrido algún familiar próximo, es decir, cuando ha sido testigo de la existencia de este tipo de acontecimientos en otras personas allegadas (Bustos, Aedo, y Rincón, 2009, p. 114).

El EPT, es considerado como un trauma psíquico, la persona que lo padece puede presentar sentimientos de desesperanza, recuerdos continuos e involuntarios del hecho traumático, miedo intenso, entre otras; esto se manifiesta de forma física o psicológica, tal y como lo afirma (Carvajal, 2002).

Además, el ETP cuenta con unos síntomas característicos que son fundamentales para determinar la presencia de dicho trastorno, estos son: pesadillas, evitación persistente de hechos, evitación de personas, situaciones o pensamientos asociados con el suceso traumático o deterioro de los vínculos interpersonales, dificultad para expresar sentimientos o desborde de estos, problemas para dormir, irritabilidad e hipervigilancia; estas respuestas sintomáticas deben perdurar más de un mes para considerarse como patológicas, el cual puede producir un malestar clínicamente significativo o un empeoramiento en manejo cotidiano (Mora Icaza, et al, 2005).

Agregando a lo anterior, el DSM-V menciona que los sucesos traumantes, como lo son el abuso sexual infantil, propensa la exposición al suicidio, es por esto que el EPT está asociada con la ideación suicida y los intentos de suicidio. La presencia del EPT puede indicar un peligro para la vida de la persona debido a que si esta presenta indicios de suicidio puede llegar a cometer el acto (American Psychiatric Association, 2013).

Dentro de la investigación a nivel internacional (México), se encontró que el 68% de la población ha sufrido al menos una vez en su vida un hecho estresante donde se revisan varios tipos de violencia y otros hechos, con una muestra de 5860 individuos, dado a los datos encontrados con estos se afirma que el 2.3% de las mujeres y el 0.49% de los hombres han manifestado estrés postraumático provocados por sucesos relacionados con violencia sexual (Mora Icaza, et al, 2005).

En cuanto a Estados Unidos, la prevalencia anualmente de EPT alcanzo hasta un 7.8% y a nivel mundial se estima que el 8% de la población en algún momento de su vida desarrolla EPT (Mora Icaza, et al, 2005).

A nivel nacional se encontró que el 54.5% de las personas (hombres y mujeres) que habían sufrido delitos violentos padecían de EPT, esto se presenta con más frecuencia en casos

de agresión sexual y terrorismo (Cifuentes, 2015). Respecto a los datos locales no se encontraron cifras de esto, lo cual representa un vacío teórico en la intensidad de los síntomas del EPT, además este trastorno ha sido abordado desde el punto de vista de la víctima primaria y no desde la víctima secundaria.

La violencia sexual por las secuelas que deja en la víctima requiere de un sumo cuidado, prestándole todos los servicios de atención para el tratamiento del daño ocasionado a nivel mental y físico (Ministerio de Salud y protección social, 2012); sin embargo, siempre se habla de la víctima, como aquella persona que sufrió directamente, es decir, es aquella reconocida y percibida como la persona que ha adquirido una condición de estatus personal, social, cultural, entre otras; marcada generalmente por haber vivido hechos violentos, (Guglielmucci, 2017). Si bien la víctima recibe toda la ayuda que necesita, se olvidan que no solo esta sufrió el impacto de la violencia, pues también se ha visto como tal el flagelo impacta directamente en el sistema familiar, según Peña:

El abuso sexual de tipo extra familiar (ASE), se comete por fuera del núcleo familiar o es perpetrado por una persona no perteneciente al mismo, generando un daño multidimensional en todo el sistema familiar, en donde los padres, quedan como víctimas no culpables, (García y Peña, 2018).

El sistema de salud y los sistemas de protección tienen como su única función brindar el apoyo a la víctima primaria, olvidando que los padres o acudientes hacen parte de la vida de la persona, por lo tanto, estos se convierten en víctimas secundarias, (García y Peña, 2018).

Los padres, son primordiales dentro del avance terapéutico y ayuda que se le pueda brindar a la víctima primaria; sin embargo, no se les da mayor importancia dentro del tratamiento del niño o adolescente, siguiendo a Dussert:

Estudios a nivel nacional e internacional, han documentado la manera en que la familia, en especial los padres y figuras parentales no agresoras de quienes han sido víctimas, influye en los efectos generados a partir de la agresión sexual, es decir, al incluir a los padres en el trabajo terapéutico de la víctima, esta asume mejor el tratamiento, en este sentido, se destaca que el soporte, la credibilidad y las conductas de apoyo de estos sujetos luego de la develación son grandes predictores del ajuste psicológico a corto y largo plazo en los niños y adolescentes, (Dursset, et al, 2017).

En línea con lo anterior, a los padres de familia o cuidadores primarios tampoco se les genera la ayuda necesaria para apaciguar esas emociones negativas, la culpa, pensamientos negativos, que hayan transcurrido después de haberse enterado que su hijo fue víctima de violencia y/o abuso sexual. El no darle el protagonismo que los padres o cuidadores primarios que por derecho tienen, hace que se empobrezca esa comunicación familiar y el rol parental (Manion, et al, 1996). En este sentido, las víctimas no solo son los que sufrieron directamente el hecho traumático, sino también, los cuidadores primarios o padres de familia que en este caso son conocidas como las víctimas secundarias también son afectadas, lo que deja en ellos secuelas a nivel emocional y mental (Dursset, et al, 2017).

En una investigación realizada en Chile por Dursset, et al, (2017), la cual permitió revelar la importancia de ampliar los espacios terapéuticos para los padres de las víctimas directas, además, dentro de este estudio se encontró que los padres de familia presentan repercusiones similares a las víctimas directas, como lo son el agravamiento de problemas en la vida cotidiana, es decir, estos presentan dificultades con el entorno, manifiestan sentimientos de culpa, miedo, vulnerabilidad, rabia contra el agresor y muestran signos de estrés postraumático.

Por otro lado, la investigación de (García y Peña, 2018), basada en el abuso extra familiar, permitió revelar la importancia de tener en cuenta a las víctimas secundarias puesto que, se encontró traumas transgeneracionales (los que son pasados de generación en generación) y sentimientos difusos en la forma de asumir sus funciones parentales.

Otro antecedente hallado importante para esta investigación fue realizado en el año 2012, por los autores (Álvarez, Socorro, y Capella 2012)., en la ciudad de Santiago, Chile, en este estudio se reveló que la presencia de las madres de familia en el proceso psicoterapéutico de sus hijos deja cambios positivos y significativos, es decir, al involucrar a los padres en el proceso terapéutico de la víctima primaria genera mejores resultados ante el trauma generado.

Ahora bien, la investigación realizada por Lima Coutinho, Márcia Moraes de Moráis y Normanda de Arajo, se obtuvieron datos de una familia, cuya víctima es una menor de edad abusada sexualmente por su padrastro. Este estudio mostro la importancia de fortalecer las relaciones comunicativas en las familias víctimas de violencia sexual, la red de asistencia social, así como la perspectiva sistémica sobre la familia y el abuso sexual. (Lima, 2018).

Otra investigación realizada en el año 2004, por (Echeburúa, de Corral, y Amor, 2004), concluyó en la importancia de evaluar el daño psicológico a las víctimas, al igual que tratar adecuadamente la reparación de estas y evitar crear nuevas víctimas.

Por último, una investigación realizada en Colombia publicada en el año 2007, tuvo como objetivo proporcionar elementos críticos acerca de las concepciones de violencia al igual que dar lineamientos para los procesos de intervención en casos de violencia a nivel individual, familias, redes comunitarias o las instituciones (Sánchez y Escobar, 2007); este último antecedente es uno de los más importantes, ya que la autora habla sobre la deficiencia del conocimiento del concepto de violencia y los daños que son causados a las víctimas (primarias y

secundarias), lo que permitió ver que la violencia sexual, es una problemática la cual debe ser tratada con todo el sistema familiar, puesto que este se ve afectado al igual que la víctima primaria.

En materia de intervenciones llevadas a cabo con las víctimas en Colombia, se ha encontrado varios antecedentes:

Por su parte, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), realiza un abordaje desde el apoyo psicosocial al núcleo familiar, donde incluyen los procesos del hijo con el padre, pero no se realiza una intervención directa a los sentimientos, la experiencia, ni las secuelas que este porte después de saber que su hijo/a fue víctima de violencia sexual (de la Fuente, 2020).

Otra de las intervenciones que se ofrece para víctimas de violencias de género, es la ruta de atención integral, a cargo del Ministerio de Salud de Colombia, el cual se encarga de prestarle atención y servicios a las víctimas primarias después del hecho victimizante; no obstante, desde este dispositivo no hace ninguna intervención en el núcleo familiar (Ministerio de Salud de Colombia, 2020).

Por su parte, la Fiscalía General de la Nación, tiene un protocolo de atención en los casos de violencia sexual el cual busca proveer una intervención integral con la víctima primaria y su núcleo familiar, pero este remite a otras entidades para que se hagan cargo de la intervención psicológica ya que la fiscalía es una entidad reactiva y solo se enfoca en el ámbito jurídico (Fiscalía General de la Nación, 2019), a su vez estas otras entidades a las que remite la fiscalía hacen un trabajo similar al del ICBF el cual interviene de manera psicosocial al núcleo familiar y no se hace un análisis profundo de lo sucedido.

Se ha visto hasta aquí dos temas de amplia relevancia, uno es el fenómeno de la violencia sexual y el otro el del EPT (tema principal de interés) y su acaecer en los cuidadores

primarios o padres de las víctimas primarias de la violencia sexual, se ha observado como diferentes trabajos investigativos en diversos contextos muestran la prevalencia de EPT en víctimas primarias de la violencia sexual; no obstante en el contexto colombiano en general no se observa un amplio número de trabajos investigativos, pese a que desde el panorama internacional ya hay producciones teóricas que indirectamente abordan esta asociación, lo cual se constituye como un vacío en el conocimiento y el principal interés teórico del presente estudio. La no existencia de este dato podría estar relacionado con la orientación de las intervenciones que tienen lugar desde el ámbito público, las personas priorizadas por las instituciones son las víctimas primarias; mas no sus cuidadores primarios o padres (víctimas secundarias). Esto al no tenerse estudios que develen la necesidad de brindar atención más allá de la víctima directa. En aras de dar respuesta a este fenómeno, se ha acudido a aplicar el instrumento de recolección en el contexto colombiano con 44 participantes, utilizando las plataformas digitales de WhatsApp, Facebook, Gmail y entrevistas presenciales.

Las entidades de intervención Colombianas perjudican al sistema familiar, en específico a las víctimas secundarias, los cuales son los padres o cuidadores primarios, ya que solo se atienden desde el ámbito judicial o psicosocial, donde no se tiene en cuenta un proceso terapéutico con ellos, lo que ocasiona que se continúe con los mismas secuelas producidas por el impacto de saber que su hijo o hija fue víctima de violencia sexual, las cuales serán transmitidas de generación en generación (García y Peña, 2018), sino se atienden de manera adecuada estos aspectos no se realizarán programas efectivos para mitigar los índices de esta problemática social como es la violencia sexual. El no atender de manera adecuada a los padres de familia, también conocido como el apoyo social próximo, quienes también son víctimas indirectas, puede generar falencias en la intervención, ya que estos ayudan de un modo directo a la mitigación del nivel de

estrés al que está sometido la víctima primaria (Rodríguez y Enrique, 2007); pero si la víctima secundaria también está afectada por estos niveles de estrés no es posible hacer una intervención efectiva en el proceso de reparación del daño psicológico proporcionado por un hecho traumático y una prevención a largo plazo (Rodríguez y Enrique, 2007).

Al no tener en cuenta a la víctima secundaria, en los protocolos de atención e intervención, se observa que se desconoce su rol en la recuperación frente a las secuelas emocionales y psicológicas, que, al no ser intervenidas, podrían generar un ciclo repetitivo que se transmite de generación en generación de forma inconsciente, mediante aspectos como las pautas de crianza, creando un ciclo repetitivo de nuevas víctimas de abuso y/o violencia sexual en el futuro (García y Peña, 2018).

Considerando que un primer paso para la intervención es la detección del problema, y en virtud de lo planteado anteriormente, se hace necesario saber ¿Cuál es la prevalencia de los síntomas de estrés postraumático en un grupo de 44 adultos, cuidadores primarios víctimas secundarias de violencia sexual en el contexto colombiano, año 2020?

## **Justificación**

Como ya se enuncio en el planteamiento del problema, el estrés postraumático es una de las secuelas producidas en víctimas primarias y secundarias del abuso sexual (Odrizola et al., 2004), este puede producir pesadillas, recuerdos espontáneos, alucinaciones con la idea de que se repite el hecho traumático, ansiedad extrema, entre otras (American Psychiatric Association, 2013).

En Colombia existen protocolos de atención a las víctimas primarias después haber sufrido un abuso o/y violencia sexual, las cuales les proporcionan una asistencia mental, física y emocional (Ministerio de Salud y protección social, 2012), pero esta no incluye al sistema familiar las cuales también salen afectadas de este hecho; las secuelas son similares a las de las víctimas primarias, provocando una inestabilidad emocional y mental; además las víctimas secundarias también son conocidas como el apoyo social próximo de las víctimas primarias, las cuales proporcionan una estabilidad o contención emocional a la víctima directa en el procesos de reparación del evento traumático (Echeburúa, de Corral y Amor, 2004).

Respecto a la familia, (Coutinho, Araujo, y Moraes, 2018) afirman que la existencia de una red de apoyo social y afectivo es fundamental para un pronóstico más positivo y protector para la víctima de violencia sexual, ya que funciona como un mediador importante del impacto de la violencia sexual en la víctima, por lo cual se hace importante una intervención psicoterapéutica a las victimas secundarias, ya que estas son las menos visibilizadas en las instituciones gubernamentales que atienden los delitos de violencia sexual.

Por su parte, la violencia sexual y/o abuso sexual es una problemática de índole social, la cual no distingue género, ni edad, estrato, color de piel, profesión, entre otros; es decir, esto puede ocurrirle a cualquier persona y cualquier momento (Lozada, 2017), siendo así una polémica que se tiene en cuenta en los programas de salud pública y en las instituciones que

prestan el servicio del estado (Organización Mundial de la Salud, 2013), se pide que los profesionales de la salud como entes públicos, presten una adecuada atención a este tipo de víctimas, ya sean primarias y/o secundarias, para así brindar una solución a esta problemática en donde se busca el bienestar de la población (Roth y Molina, 2013).

Es pertinente investigar la intensidad de los síntomas del estrés postraumático en las víctimas secundarias puesto que estas pueden quedar muy afectadas después del hecho traumático y eso es lo que aún no es visible, no se ha tenido en cuenta; así mismo, se tiene presente que la violencia sexual por las secuelas que desencadena es considerada como un gran problema social ya que ha sido reconocida como un factor de riesgo para la salud mental, reportándose una diversidad de síntomas asociados a estas experiencias de vulneración, entre ellos: estrés postraumático, depresión, bajo desempeño académico, agresividad, aislamiento y conducta sexualizada (Guerra, Plaza, y Frankas, 2017, p. 68).

Con esta investigación, se pretende revelar una problemática que presentan las víctimas secundarias de abuso sexual, de acuerdo a la información que se brindara se podrán realizar adecuados proyectos interdisciplinarios para la atención y mitigación de esta problemática, con este mismo la población colombiana se verá beneficiada, puesto que tendrá alternativas para una adecuada atención a los usuarios que son presuntas víctimas de violencia sexual.

De esta manera, se podrían potencializar la salud mental y se cortara el ciclo transgeneracional de la violencia sexual con sus secuelas, dando así una óptima solución ante esta problemática social.

Los resultados proporcionados, podrán facilitar la elección de alternativas de intervención en prevención y promoción de la salud pública, ya que se obtiene un dato cercano a la realidad social de la población de interés y así destinar de manera adecuada los recursos necesarios desde

el presupuesto participativo proporcionado por el estado para una real y efectiva intervención en la población.

Por otra parte, al realizar el rastreo bibliográfico se percibió que desde el ámbito de la psicología no se proporcionan las investigaciones necesarias o estrategias de intervención que aborden el estrés postraumático en las víctimas secundarias de violencia y/o abuso sexual, por esta razón existe un vacío teórico de intervención e investigación, causando así un sesgo de información, lo cual hace que no se cuente con las herramientas necesarias para un efectivo proceso de reparación de víctimas.

Los profesionales que trabajan con violencia y/o abuso sexual, a veces pueden presentar la sensación de que no se tiene las herramientas necesarias para la intervención de la misma y produce sentimientos de estar estancados o de estar envueltos en un círculo vicioso en el que paradójicamente las teorías parecen no sólo no ser suficientes, presentando una especie de puntos ciegos, de cosas que no se ven y que además no se da cuenta de que no las ven (Sánchez y Escobar, 2007), por esta razón nació el tema de interés: La prevalencia de los síntomas del Estrés postraumático en un grupo de adultos víctimas secundarias de violencia sexual hacia menores de edad en el contexto colombiano.

Por medio de esta investigación, se dan unas bases para la realización de nuevos estudios que de manera profunda den a conocer más aspectos relacionados del EPT; los beneficiados de esta investigación son las víctimas secundarias, las primarias de violencia sexual, la psicología, la salud pública y se abre la puerta para que otros investigadores profundicen en el tema, este estudio podría ser replicado a otros lugares, sus resultados podrían ayudar a entender la problemática en otros contextos.

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

Determinar la prevalencia de los síntomas del Estrés postraumático en un grupo de 44 adultos víctimas secundarias de violencia sexual hacia menores de edad en el contexto colombiano, año 2020.

### **Objetivos Específicos**

- Identificar los índices de los síntomas del estrés postraumático según las variables: sexo, edad, estrato socioeconómico y escolaridad en la población de interés.
- Definir la correlación entre los síntomas del estrés postraumático y las variables sociodemográficas de las personas (sexo, edad, profesión, estrato socioeconómico y nivel de escolaridad)
- Describir la correlación entre el índice de los síntomas del estrés postraumático según la información complementaria de la prueba (espejo, cuerpo, fantasía, pareja, relaciones familiares, vida laboral académica, vida social, ocio y disfunción global).

## **Marco Teórico**

## **Perspectiva Teórica**

El estrés postraumático (EPT), es un trastorno que se genera por la exposición directa a un hecho traumático o el conocimiento de que un familiar, amigo o conocido fue expuesto a uno, esto puede ser un accidente automovilístico, guerras, muerte, desastre naturales, violencia sexual sea en la niñez o en la edad adulta, entre otros (American Psychiatric Association, 2013), este trastorno puede causar múltiples síntomas, entre ellos los recuerdos involuntarios o intrusivos, pesadillas, trastornos del sueño, respuestas fisiológicas exageradas al momento de recordar el evento, evitación, poca manifestación facial de los sentimientos, culpa, disfunción social, entre otros, (Coelho y Costa, 2010).

Ahora bien, los individuos que indican poseer los síntomas del estrés postraumático utilizan unas estrategias de defensa, en este caso conocidos en las teorías psicológicas como los mecanismos de defensa, los cuales son herramientas de protección, siendo estas necesarias para evitar revivir el suceso lo que provoca el desencadenamiento de un estrés postraumático; sin embargo, utilizar en exageración estos mecanismos de defensa, pueden evocar unas altas consecuencias negativas, siendo estas la supresión de sentimientos, el desarrollo de síntomas fisiológicos y psíquicos. Además, se crea una dependencia en hábitos y fantasías, que a su vez afecta el adecuado funcionamiento de la honestidad e intimidad de las relaciones interpersonales (Galor y Hentschel, 2013).

Es importante tener presente la diferencia entre los mecanismos de defensa y las estrategias de afrontamiento, puesto que los mecanismos de defensa buscan o ayudan al individuo a realizar una distorsión de la percepción de la realidad, sin esfuerzo y el sujeto no decide sobre ella, en cambio las estrategias de afrontamiento intentan cambiar la realidad, son más rígidas y su objetivo es reducir la ansiedad, es decir, según (Galor & Hentschel, 2013)

retomando a Smith, Draguns y Ehlers (2004) afirman que: “Los mecanismos de defensa, de acuerdo con los autores, lidian con el “qué” del evento estresante, mientras que las estrategias de afrontamiento se encargan de “cómo” el evento debería ser manejado” (p.122).

Ahora bien, teniendo en cuenta lo anterior, es necesario conocer que, dentro de los criterios diagnósticos para el Trastorno de Estrés postraumático, la American Psychiatric Association, (2013) plantea la presencia de síntomas disociativos, los cuales son desrealización y despersonalización.

Según el DSM-5, (2013), La Despersonalización consiste en una experiencia persistente de un sentimiento de desapego, es decir como si uno mismo fuera un observador del propio proceso mental o corporal, y la Desrealización, se refería a la pericia recurrente de irrealidad del entorno.

Desde la parte neurológica el EPT compromete el sistema nervioso simpático (adrenalina y noradrenalina), la activación del eje hipotálamo - hiposifo - suprarrenal, el sistema opiáceo, el sistema gabaérgico, el sistema glutamatergico, el sistema serotominérgico y el sistema dopaminérgico, los cuales pueden expresarse como ansiedad, miedo, huida y lucha, con el fin de defender al organismo de un peligro potencial (Coelho y Costa, 2010); Pero estos solo se activan cuando el organismo se encuentra en una situación de peligro.

Estas respuestas sintomáticas deben perdurar más de un mes para considerarse como patológicas, el cual puede producir un malestar clínicamente significativo o un empeoramiento en el manejo cotidiano (Mora Icaza, et al, 2005).

Como se había mencionado anteriormente, el EPT puede tener varias vertientes de desencadenamiento y una de estas es la violencia sexual, el cual es definido como un fenómeno que ha sido marcado por las relaciones de poder, es considerado como una problemática social,

además tiene como víctimas potenciales a los niños, niñas, adolescentes y mujeres, la violencia sexual debe ser intervenido, analizado y reflexionado desde una perspectiva integral, ya que tiene múltiples variantes de que sea cometido, este fenómeno puede persistir en el tiempo o se puede manifestar de manera continua en la sociedad (Lozada, 2017).

(Ballesteros, 1999) menciona, la memoria es la capacidad de adquirir, almacenar y recuperar información de los eventos ocurridos en la vida, además suele tener componentes sensoriales, emocionales y físicos, y la memoria está relacionada con los sueños; la reexperimentación de sueños angustiantes es un síntoma común en el EPT, puesto que se reviven y repiten los sucesos representativos o relacionados con el acontecimiento traumante (American Psychiatric Association, 2013); además, el American Psychiatric Association (2013) menciona que los sujetos que padecen de EPT pueden tener pensamientos erróneos o negativos sobre las causas de la situación traumática, llevando a que se culpen o culpen a los demás.

Agregando a lo anterior, en los sujetos que padecen de EPT manifiestan un estado de anímico negativo y se pueden presentar emociones como miedo, horror, ira, culpa y vergüenza; también pueden ser muy reactivas a los estímulos imprevistos, haciendo que se sobresalte o tenga actitudes nerviosas que van empeorando después del evento traumante (American Psychiatric Association, 2013).

El EPT, se puede presentar en cualquier edad, los síntomas van apareciendo en los primeros tres meses después del trauma, pero esto puede variar ya que algunas personas presentan retraso de meses o años en la manifestación de los síntomas (American Psychiatric Association, 2013); por otra parte, se ha evidenciado que el EPT se presenta más en mujeres que en hombres, siendo así la población que presenta una mayor duración del TEPT (trastorno de estrés postraumático), esto se le atribuye porque son las que tiene mayor exposición a eventos

traumáticos, como lo son la violación y otras formas de violencia interpersonal (American Psychiatric Association, 2013).

Los sucesos traumantes, como lo son el abuso sexual infantil, propensa la exposición al suicidio, es por esto que el EPT está asociada con la ideación suicida y los intentos de suicidio. La presencia del EPT puede indicar un peligro para la vida de la persona debido a que si esta presenta indicios de suicidio puede llegar a cometer el acto (American Psychiatric Association, 2013).

## **Marco Conceptual**

### **Violencia**

(Rivera, 2017) Cita a la Organización Mundial de la Salud (OMS), donde definen la violencia a todo acto en el que se use de manera intencional la fuerza, las amenazas, contra sí mismo, otra persona, grupo o comunidad, estas acciones causan o tienen muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones; la violencia se clasifica en tres partes: la auto-infligida, en esta los actos violentos son dirigidos a sí mismo por ejemplo el comportamiento suicida o las autolesiones; la interpersonal, son aquellas acciones violentas que son dirigidas a otro, pueden ser las familias, amigos, a una comunidad, entre otras, y por último la colectiva, se manifiesta cuando la violencia es dirigida a la sociedad, la política o la economía (Rivera, 2017).

Existe una tipología de la violencia según el daño que causa, la violencia física, psicológica o emocional, sexual y económica, (García, De la Rosa, y Castillo, 2012) las define de la siguiente manera:

- **Violencia física:** Es toda acción que se realiza por medio de la fuerza como golpes, estrujones, fracturas, lesiones con objetos cortos punzantes, entre otras.
- **Violencia psicológica o emocional:** esta se manifiesta a través del lenguaje, por medio de gritos, los insultos, las amenazas, privación de la libertad, la atribución de culpas, la ridiculización de la víctima, la intimidación, destrucción de objetos valiosos para la víctima, entre otras.
- **Violencia económica:** es aquella donde una persona manipula o controla la posesión de bienes, dinero, y propiedades con el fin de manipular a otra persona.
- **Violencia sexual:** se ejerce por medio de relaciones o actos sexuales sin consentimiento por ejemplo caricias, penetración con los dedos, miembro genital u objetos, besos, entre otras.

La violencia sexual, genera unas secuelas a nivel físico, como lo son la disfunción sexual, Enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados, abuso de alcohol y otras drogas, disminución de la capacidad cognoscitiva, comportamientos delictivos, violentos y de otros tipos que implican riesgos, trastornos de la alimentación y el sueño, comportamiento suicida y daño auto infligido, etc. (Pinheiro, 2006, p. 15); existen dos tipos de violencia sexual, el intrafamiliar y el extra familiar, el primero es perpetuado por un miembro del mismo sistema familiar o personas que habitan en la vivienda, es decir, pueden ser padres, padrastros, hermanos, tíos, abuelos y en casos especiales en donde son las madres las que cometen el abuso; el segundo es efectuado por una persona que esta fuera del contexto familiar, es decir, es cometido por maestros, cuidadores, amigos, vecinos, desconocidos, entre otros (Ramos, et al, 2010).

Además, existen dos modalidades por el que se efectúa la violencia sexual: sin contacto físico, este es cuando la persona expone sus genitales, obliga la víctima a desnudarse y por ende mostrar sus genitales, se manifiesta los comentarios obscenos, se dirige a la persona de manera seductora, se realizan caricias sexuales, hay exposición de material pornográfico, entre otras. Con contacto físico, son aquellos actos que están relacionados a las caricias sexuales por encima de la ropa, también hay manipulación de los órganos genitales de la víctima, manipulación de los genitales de quien abusa, se presentan besos de carácter sexual, estimulación de los genitales y penetración vaginal o anal, (Ramos, et al, 2010).

Se conoce como víctima directa, a toda aquella persona que ha vivido directamente el hecho violento que tiene con si unas implicaciones físicas o psicológicas las cuales amenazan contra su vida o integridad, también es conocida como víctima primaria (García y Peña, 2018), y en estos casos violentos también existe las victimas secundaria o victimas invisibles, son aquellas

que no han vivido directamente el hecho violento pero pertenecen al mismo núcleo familiar de la víctima primaria (Dursset, et al, 2017).

Es importante hacer la distinción entre la violencia sexual y abuso sexual, puesto que, a pesar de ser dos conceptos parecidos, la intención de estos es diferente, es decir la violencia sexual es la tentativa de acceder al otro sin consentimiento de la persona, es decir, se le considera un objeto sexual al cual llegar a poseer, no obstante, el abuso sexual es el aprovechamiento por parte del sujeto lo que lo pone en una relación de poder ventajosa contra la víctima, sin importar el daño que se le esté ocasionando (Ministerio de Salud y protección social, 2012).

Por otro lado, la violencia sexual puede ser ejercida en todos los contextos posibles, es decir, que se comete violencia sexual en el hogar, lugar laboral, en la escuela, en la calle, entre otros; en otras palabras, donde haya presencia humana, hay posibilidades de estar expuestos a una violencia sexual, (Lozada, 2017). En un estudio que se realizó a nivel mundial en el año 2006, por el secretario general de las naciones unidas (Pinheiro, 2006), sobre la violencia contra los niños, encontró datos que informan acerca de la vulnerabilidad que se vive en varios contextos.

Se calcula que las formas de violencia contra los niños/as a nivel mundial son de 98% en el hogar, 78% ciudadano alternativo, 58% en la escuela, 55% en el sistema penal (castigo corporal como sentencia) y 19% sistema penal (castigo corporal como sentencia), tiene lugar en una variedad de modos y contextos, que a menudo están ligados a las prácticas culturales, económicas y sociales (Pinheiro, 2006).

Estos datos encontrados a nivel mundial sobre violencia sexual dan cuenta de que, “no solo los niños son vulnerables, sino que también mujeres y hombres adultos”; según la OMS, 150 millones de niñas y 75 millones niños han vivido violencia sexual, en una encuesta realizada

a 21 países (principalmente en países de ingresos altos y medios), se encontró que el 7% de las mujeres y el 3% de los hombres reportaron haber experimentado violencia sexual, (Pinheiro, 2006).

Hablando del contexto Colombiano, en los últimos 10 años se encuentran alrededor de 21.000 casos anuales de violencia sexual, para el año 2017, la cifra de víctimas de niños y niñas fue de 86,83%, el total de los casos registrados fue 20.663 de los 23.798 perpetrados; sin embargo, al identificarse la población con más vulnerabilidad son las mujeres, en el este mismo se presentaron 20.419 casos (85,8%), por otra parte los casos registrados de los hombres fueron los bajos con un total de 3,379 (14,2%), (Lozada, 2017).

A nivel departamental, los casos de en violencia sexual, fueron Amazonas con cifras de 134,71(105 casos), Casanare 112,20 (414), Meta 93,37 (932), Arauca 91,79 (246), Guainía 86,50 (37), Quindío 83,43 (477), Risaralda 64,52 (621), Santander 61,17 (1.273) y Cesar 60,47 (637), los departamentos con tasas más altas registradas de violencia sexual fueron Bogotá, D. C. (4.147), Antioquia (2.929), (Cabe recalcar que en el departamento de Antioquia en el año 2017 el dato reportado de violencia sexual en hombres fue de 478 (14,79) y en mujeres 2.451 (72,49).), Valle del Cauca (2.160), Cundinamarca (1.494), Santander (1.273) y Atlántico (1.203), por otra parte, los municipios con las tasas más altas registradas de violencia sexual fueron Cécota (Norte de Santander, 274,88 (5 casos), Gutiérrez (Cundinamarca, 259,31 –11–), Guapotá (Santander, 236,74 –5–), Leticia (Amazonas, 233,57 –98–), Coromoro (Santander, 223,33 –17–) y Paz de Aripuro (Casanare, 222,33 –59–). Finalmente, las ciudades donde más casos se registraron fueron, Bogotá D.C. (4.147), Medellín (1,371), Cali (1.120), Barranquilla (674) y Villavicencio (571). (Lozada, 2017).

Puede observarse que en Colombia hay unos altos índices de violencia en diversas modalidades en especial la violencia sexual, que afectan diversas poblaciones en diferentes sectores del país.

Por otra parte, la palabra víctima ha sido reconocida y percibida como una condición de estatus personal o colectivo, el cual es disputado en diversas situaciones sociales, ya sean políticas, culturales o económicas, las cuales han estado marcadas por la violencia (Guglielmucci, 2017), este tiene varios estatus, entre ellas el de víctima primaria o directa, la cual es conocida como la que estuvo involucrada en un hecho violento o traumante, esta tiene implicaciones a nivel psicológico y fisiológico (García y Peña, 2018).

Además de esta existe la víctima secundaria o invisible, entendida como la que no experimento de forma directa el hecho violento, pero pertenece al mismo núcleo familiar de la víctima primaria (hermanos, padres, abuelos o los cuidadores primarios); sin embargo, estos pueden manifestar síntomas similares a la víctima primaria, como lo son el miedo, culpabilidad, dificultades de relación con el entorno, vulnerabilidad, rabia contra el agresor y el EPT (Dursset, et al, 2017). Ahora bien, las víctimas secundarias que son los padres de familia, con hijos que sufrieron violencia sexual o abuso sexual, pueden padecer de los síntomas asociados al trastorno de estrés postraumático, puesto que según la American Psychiatric Asociación, (2013) estos al ser un testigo no directo del hecho traumante, pueden presentar un estado emocional negativo, de forma persistente, en donde se expone con frecuencia la inseguridad, la culpabilidad, ansiedad y la condena por el evento sucedido y se manifiestan comportamientos de irritabilidad, y la posible sobreprotección con sus hijos.

Así mismo, la víctima secundaria hace parte de la red de apoyo próximo de la víctima primaria, entendiendo a la red de apoyo próximo como la que proporciona una estabilidad o contención emocional a la víctima directa en el proceso de reparación del evento traumático (Echeburúa, de Corral, y Amor, 2004).

**Familia:** Las familias, se definen como una unión de un grupo de personas que están relacionados por vínculos de sangre y parentescos que comparten un apellido, además la familia de residencia también es conocida como hogar, son un grupo de personas que mediante un vínculo de parentesco, afinidad o amistad comparten el espacio y organizan en conjunto la supervivencia (Rico, 1999); los núcleos familiares funcionan diversas dinámicas, en las cuales se han identificado diferentes tipos de familia: el unipersonal, nuclear y extendida o compuesta.

La unipersonal, hace referencia a las parejas que optan por vivir solos o solas, tienen derecho a la libertad sexual, la libre opción de maternidad o paternidad a diferencia a las familias tradicionales (Uribe, 2010); la nuclear es la que está compuesta por pareja e hijos (Rico de Alonso, 1999), y por último la extendida, está compuesta por jefe y parientes, pareja y parientes, pareja, hijos y parientes del progenitor, hijos y parientes (Rico, 1999).

Agregando a lo anterior, existen otros tipos de familia, estos son los homoparentales y monoparentales, la primera hace referencia a las familias conformadas por dos personas del mismo sexo e hijos (comunidad LGTBI), (Placeres, et al, 2017), y la segunda remite a las familias compuestas por un solo padre o una madre e hijos (Barrón, 1998).

## Variables

En esta investigación se agregan unas variables de los entrevistados que estuvieron presentes al analizar los resultados, estas son el sexo, lugar de residencia, estado civil, tipo de formación académica y el estrato socioeconómico, según la Real lengua española son definidos de la siguiente manera:

- **Sexo:** personas pertenecientes a un mismo sexo, este puede ser masculino o femenino, (Real Lengua Español , 2020).
- **Lugar de residencia:** casa o lugar donde conviven y residen, personas afines a un mismo sistema familiar, sexo, ocupación, estado, edad que están sujetos a una normativa y reglamentación, dentro del lugar, (Real Lengua Español , 2020).
- **Estado civil:** situación en que una persona relacionada con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio, de vela en el registro civil y que señalan en el ámbito propio de poder y responsabilidad que ese derecho reconoce a las personas naturales, (Real Lengua Español , 2020).
- **Tipo de formación académica:** título que se concede a la persona, cuando ha superado cierto grado de exigencias académicas de cada ciclo, los grados, son para la persona o graduado, un testimonio público, autentico que indica su nivel de competencia, (Real Academia Española, 2020).
- **Estrato socioeconómico:** es una medida total que mezcla la parte económica, con la parte sociológica de la preparación laboral que tiene una persona, junto con la posición económica, social, que tiene el individuo o la familia en relación a otras personas, esta reúne varios aspectos que ayudan a determinar dicha posición, los

cuales son: ingresos económicos, nivel educativo e ingreso de los padres, (Vera y Vera, 2013).

- **Edad:** tiempo que ha vivido una persona manifestada en años (Real Academia Española, 2020).
- **Situación laboral:** cargo desempeñado por una persona en una empresa (Glejberman, 2012).
- **Reexperimentación:** Es un componente del estrés postraumático, el cual se basa en revivir el hecho a través de sueños, pensamientos o flashback, (La Fundación, 2013).
- **Evitación:** Se refiere a un comportamiento que se realiza una vez que se presenta un estímulo. (Psiquiatria.com, 2020).
- **Alteraciones cognitivas negativas/estado de ánimo negativo:** son aquellas emociones desagradables, evocando principalmente ansiedad, ira y depresión, influyendo negativamente en la actividad cognitiva, (Vindel, 1997)
- **Hiperactivación:** hiperactividad en el comportamiento, es decir, una actividad constante donde se dificulta el proceso de concentración, hay impulsividad y agresividad. (Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU, 2020).

### **Otras variables, síntomas que se quisieron sondear**

Dentro del estudio, fueron indagadas otras variables las cuales son: Proyección corporal, despersonalización, la realidad percibida como un sueño o fantasía y percibir a los otros como no reales, alucinaciones en sí, mencionados en el Instrumento Escala de Gravedad de Síntomas EGS-R, por Echeburúa, et al, (2016), esto con la finalidad, de realizar un sondeo para revisar qué resultados arrojan, puesto que, según la American Psychiatric Asociación, (2013), indica que

dentro de los criterios diagnósticos del Trastorno de Estrés Postraumático, se debe especificar si hay presencia de síntomas disociativos, ya que en respuesta al factor de estrés, la persona experimenta síntomas constantes de despersonalización o desrealización.

La American Psychiatric Asociación, (2013) describe estos síntomas como:

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

A partir, de estos dos síntomas, dentro de la prueba se tomaron los siguientes códigos haciendo énfasis a cada uno. Despersonalización: (espejo, cuerpo, fantasía, reales), desrealización: (pareja, familiar, laboral académica, vida social, ocio y disfuncionalidad global).

## **Marco Legal**

En el ámbito jurídico se manejan varias leyes o resoluciones que están relacionadas con el tema de investigación, como la son la ley 459 del 2012, la cual soporta un protocolo de atención de víctimas de violencia sexual, donde da a conocer el paso a paso del que hacer en caso de que esto se presente, así mismo da cuenta de las intervenciones psicológicas que se le prestan a la víctima primaria (Ministerio de Salud y protección social, 2012).

La resolución de Salud Mental en Colombia, se menciona la definición de la salud mental, está es un estado dinámico, se expresa en la vida cotidiana por medio del comportamiento y la relación con el otro, permitiendo que los sujetos, a nivel individual y social desplieguen sus recursos emocionales, comportamentales y mentales, estos ligados a el desarrollo estable de una vida cotidiana, laboral, establecer relaciones significativas y contribuir a la sociedad (Ley de Salud mental , 2013).

Así mismo, la salud mental (ley 1616 del 2013), es una prioridad a nivel nacional, para la república de Colombia, donde es estipulada como un derecho fundamental, un tema que es considerado prioritario y siendo así un componente esencial de bienestar general, propiciando un mejoramiento de la calidad de vida de los colombianos (Ley de Salud mental , 2013).

La legislación de protección a familias es la ley 1361 del 2009, en esta se abordan los fortalecimientos y las garantías integrales de la familia, como un núcleo fundamental de la sociedad, además en este se contempla que el Estado tiene el deber de proveer a las familias herramientas para fomentar sus recursos afectivos, económicos, culturales, de autoridad y de solidaridad, por medio de entidades de atención pública a las familias prioricen su unión y la activación de los recursos, con el fin de que se ejecuten como el elemento protector de sus integrantes . (Ley 1857, 2017).

Según el ministerio de salud la ley 360 de 1997, es la que abarca las prestaciones de salud gratuitas a las personas víctimas de violencia sexual, en la cual les brindan acompañamiento en los exámenes de prevención de enfermedades de trasmisión sexual, tratamientos para los traumas físicos y emocionales. (Ministerio de salud, 2020).

La ley 1146 del 2007, tiene como objetivo la prevención y atención integral de la violencia sexual a los niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente, esta toma medidas de integración multidisciplinar como médicos, educadores, psicólogos, trabajadores sociales, abogados, entre otros; así mismo integra varias instituciones estatales como el ministerio de educación, ministerio de salud, Fiscalía General de la nación, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, entre otros (Congreso de la república, 2007), en esta se logró identificar que solo se realizan proyectos e intervenciones con la población reconocida por el estado como víctima primario de los sucesos violentos.

## **Metodología**

La presente investigación, se realizó bajo el enfoque cuantitativo, este es esencial para probar, verificar un conjunto de estudios de manera matemática, este enfoque tiene un desarrollo lineal, el cual se debe respetar rigurosamente, en esta orientación surgen objetivos y preguntas de

investigación en base a la cual se debe revisar la literatura, con el fin de construir un marco teórico (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

### **Enfoque**

El enfoque cuantitativo, posee las siguientes características, este tiene como necesidad medir y evaluar las magnitudes de los fenómenos o los problemas de la investigación, es decir, valorar cada cuanto ocurren y con qué magnitud ocurre (Hernández, Fernández y Baptista, 2014), en este tipo de enfoques el investigador debe plantear e identificar una problemática que pueda ser investigada, esta debe ser delimitada y concreta, las preguntas de investigación deben ser sobre cuestiones específicas, después de planteado el problema, el investigador hace revisión de literaturas para construir un marco teórico que guían su estudio del cual derivan varias hipótesis así también afirma (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

### **Alcance**

Esta investigación, es de alcance descriptivo, este busca especificar unas propiedades y características de las personas, de los grupos u objetos que son sometidos a un estudio, es decir, se pretende medir, recoger información sobre los conceptos o las variables, así también lo afirma (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

### **Diseño**

En las investigaciones cuantitativas, se requiere de un diseño, es la estrategia para obtener la información que se desea con la finalidad de encontrar respuesta al fenómeno de interés, dando cuenta de la construcción de la estrategia para sostener la validez de la problemática

planteada (Hernández, Fernández y Baptista, 2014), en este caso se realizó bajo el diseño transversal, no experimental, puesto que se recolectan datos en un tiempo único, este tiene como propósito describir las variables y analiza acontecimientos e interrelación en un contexto específico. (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

### **Población**

variable	categoría	n	%
Sexo	Mujer	34	77
	Hombre	10	23
Estadio Civil	Soltero	32	73
	Separado	5	11
	Casado	5	11
	Unión Libre	2	5
	Uno	1	2,3
Estrato Socioeconómico	Dos	25	56,8
	Tres	11	25,0
	Cuatro	3	6,8
	Cinco	4	9,1
Profesión	Administrativas	11	25,0
	Humanidades	7	15,9
	Otros	24	54,5
	Salud	2	4,5

Dentro del estudio, se debió elegir un tipo de población, la cual coincidía con las especificaciones del tema de investigación (Hernández, Fernández y Baptista, 2014), en este caso la población fueron los adultos que desempeñan el rol de cuidadores o padres de los niños, niñas o adolescentes que oscilan entre los cuatro y diecisiete años y que los menores fueron víctimas de violencia sexual en el contexto colombiano.

Además, en cuanto a los participantes se contó con mayoría de mujeres, respecto al estado civil, estos en mayor parte son solteros, también predominó el estrato tres entre los encuestados y en su mayoría estas personas ejercen diversos cargos, es decir, son estudiantes, estilistas, amas de casa, operadores, empleados o no tienen profesión.

### **Criterios de Inclusión**

Las personas que hicieron parte del estudio, fueron mayores de edad que ejercen el rol de padres o cuidadores primarios de menores de edad que fueron víctimas de violencia sexual, antes de cumplir su mayoría de edad, además, se tiene en cuenta a los padres o cuidadores primarios que también fueron víctimas del mismo tipo de violencia y que son de nacionalidad colombiana.

### **Criterios de Exclusión**

Se excluyó, a las personas menores de edad, que no son padres o cuidadores de menores de edad que están vinculados a hechos de violencia sexual, hermanos, tíos y otros que no sean los cuidadores primarios de las víctimas primarias que vivieron un hecho de violencia sexual no pertenecientes a Colombia, víctimas directas sin hijos o menores a su cuidado que no están enlazadas con violencia sexual y sujetos con hijos que fueron abusados en la adultez.

### **Muestra**

La muestra para esta investigación, fue no probabilística, ya que, la elección la población no estuvo basada en ecuaciones probabilísticas, sino que se realiza con las personas que desean hacer parte de la investigación, en este caso, hubo un alcance de 44 personas entrevistadas; sin

embargo, el número de participantes no dan cuenta de manera general lo que ocurre en el contexto investigado, tal y como lo menciona (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

### **Técnica de recolección de datos**

La técnica de recolección usada, fue la propagación de la encuesta por medio de redes sociales (Facebook, Gmail y WhatsApp) y entrevistas presenciales; es decir se usó la técnica de bola de nieve. En la encuesta se da a conocer el consentimiento informado, en este se brindó la información sobre los procesos a realizar para la recolección de información y el manejo de esta, después se pasó a realizar la prueba.

### **Materiales**

El instrumento o prueba de recolección de datos usado, fue la Escala de Gravedad de Síntomas (EGS-R), es una escala que consta con 21 ítems basados en los criterios de diagnóstico del Estrés Postraumático (ETP) del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), esta prueba paso por un consenso de expertos de cinco profesores de la corporación universitaria Minuto de Dios, donde se validó y se aprobó su aplicación.

La prueba está estructurada en un formato Likert de cero a tres según la frecuencia e intensidad de los síntomas, cinco hacen referencia a los síntomas de Reexperimentación, tres a los de evitación conductual/cognitiva, siete a alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo, y seis a los síntomas de aumento de la activación y reactividad psicofisiológica (Echeburúa, et al, 2016).

Agregando a lo anterior, se realizó una encuesta sociodemográfica, la cual dio cuenta de la edad, sexo, ocupación, grado de escolaridad, lugar de residencia y estado civil de los participantes.

Además, esta prueba ha sido validada en Argentina, más no en Colombia, por lo tanto, no se arroja un diagnóstico, sino que, se menciona la intensidad de los síntomas que evalúa la prueba los cuales son Reexperimentación, evitación, alteraciones cognitivas negativas/estado de ánimo negativo (ACN/EAN) e Hiperactivación.

En la prueba se organiza los reactivos de la siguiente manera:

Tabla 1

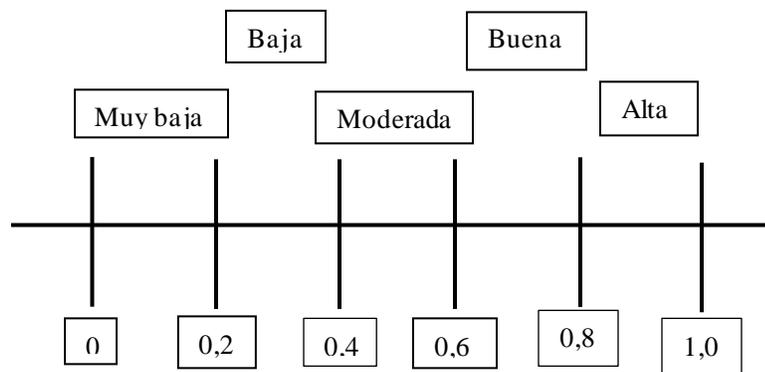
*Criterios que evalúa la Escala de gravedad de síntomas EGS-R, tomado de (Echeburúa, del Corral & Paz, 2004).*

<b>Subescala</b>	<b>Criterio</b>
Reexperimentación	B
Evitación	C
Alteraciones cognitivas negativas/estado de ánimo negativo (ACN/EAN)	D
Hiperactivación	H

La Escala de gravedad de síntomas EGS-R, fue contrastada a través del Alfa de Croanbanch expuesta por Oviedo & Campo-Arias (2005), esta permite medir la fiabilidad del instrumento, definiendo así la consistencia de la herramienta, y el grado en que sus ítems está libre de errores.

Figura 1

*Análisis de puntajes del Alfa de Cronbach*



*Nota.* El grafico Alfa de Cronbach muestra los puntajes de confiabilidad de una prueba psicométrica.

El Alfa de Cronbach se interpreta según Oviedo & Campo- Arias (2005), de la siguiente manera: cuando el análisis matemático de los Ítems de la prueba arroja de 0 a 0,2 significa que la prueba tiene muy baja confiabilidad y no es sostenible en el tiempo, si da un resultado entre 0,2 a 0,4, indica que la prueba tiene una baja transparencia en su análisis y sus resultados son cambiantes a través de tiempo, así mismo, si el tanteo da entre 0,4 a 0,6 muestra que el test aplicado tiene una confiabilidad moderada.

Agregando con lo anterior, si el fruto de la operación matemática da entre 0,6 a 0,8 evidencia una confiabilidad buena y, por último, cuando el resultado da entre 0,8 a 1,0 representa que la prueba tiene una confiabilidad alta, es decir, tiene validez en sus resultados y estos son sostenible en el tiempo.

Tabla 2

*Resultado del análisis de la prueba con el Alfa de Cronbach*

<b>Ítems</b>	<b>subescala</b>	<b>Alfa de Cronbach</b>	<b>N de elementos</b>	<b>interpretación</b>
1 al 5	Reexperimentación	0,80	5	buena
6 a 8	Evitación	0,76	3	buena
9 al 15	ACN*/EAN**	0,77	7	buena
16 al 21	Hiperactivación	0,83	6	alta
total		0,91	21	alta

\* Activación cognitiva negativa

\*\* Estado de ánimo negativo

Al analizar la escala utilizada en la investigación (EGS-R) arroja los resultados expuestos en la figura 2, donde se observa que cada uno de los ítems están muy cerca del 1.0, es decir, según los planteamientos de Oviedo y Campo, (2005) respecto a este resultado significa que la prueba tiene una confiabilidad buena y alta lo que hace que el instrumento sea válido para su aplicación y sostenible en el tiempo.

### **Plan de Análisis**

Los análisis realizados en esta investigación, fueron descriptivos por medio de tablas de frecuencia y medidas de tendencia central, haciendo uso del Excel y el paquete estadístico SPSS versión de prueba.

Se emplearon medidas de tendencia central, tablas de frecuencia y análisis de asociación simple según las pruebas de normalidad.

## Operacionalización de Variables

Tabla 3.

*Descripción de las variables tomadas en la investigación*

<b>Nombre de la variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Tipo de Variable</b>	<b>Categoría de respuesta</b>
Edad	Años cumplidos por la persona encuestada	Cuantitativa continua	Desde los dieciocho años hasta los setenta años
Sexo	Genero al nacer	Cualitativa nominal	Masculino y femenino
Estrato socioeconómico	Nivel de la capacidad económica	Cualitativas ordinales	1,2,3,4 y 5
Situación laboral	Cargo que desempeña el encuestado	Cualitativas nominales	Desempleado, empleado, independiente
Estado civil	Situación de relación del encuestado	Cualitativas nominales	Soltero, casado, separado y unión libre.
Lugar de residencia	Lugar donde vive el encuestado	Cualitativas nominales	Rural y urbano.

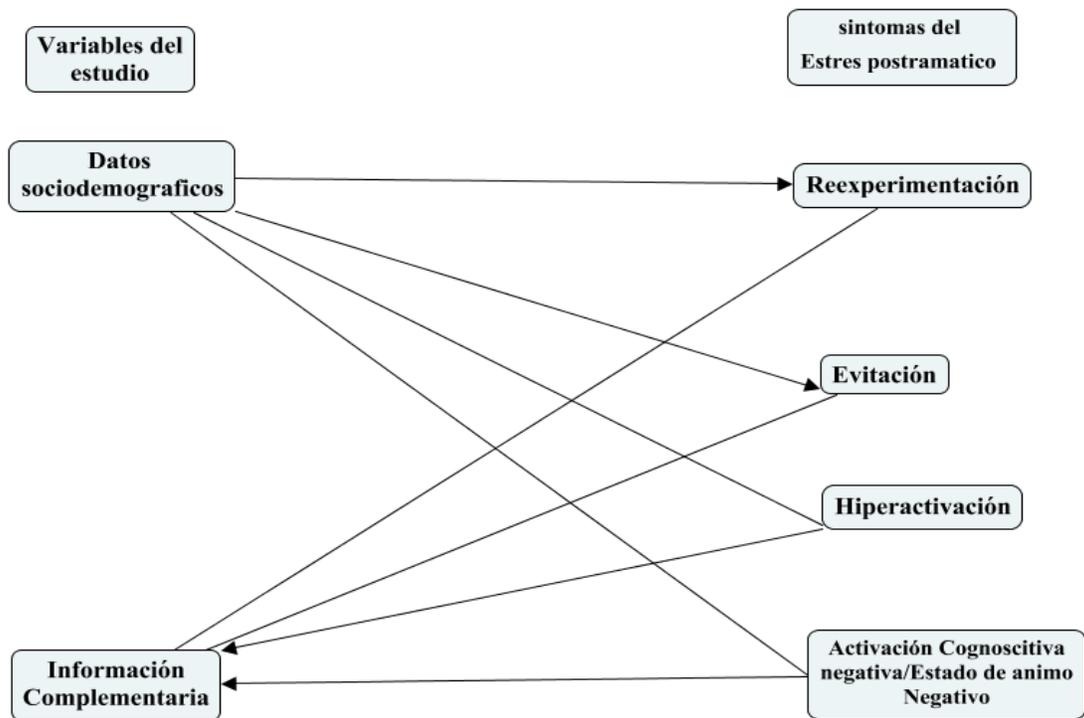
Tipo de formación académica	Estudios alcanzados por la persona encuestada	Cualitativas nominales	Primaria, media secundaria, secundaria, técnico, tecnólogo, pregrado y posgrado.
Víctimas secundarias y a su vez primarias	Personas que sufrieron violencia en la infancia o la adolescencia	Cualitativas nominales	Sí y no.
Estrés postraumático	Síntomas según el DSM-V	Cuantitativas	Sin síntomas, leve, moderado y severo.
Reexperimentación	Según la prueba EGS-R	Cuantitativa discreta	(0 -15)
Evitación	Según la prueba EGS-R	Cuantitativa discreta	(0 – 21)
Alteraciones cognoscitivas negativas/ Estado de ánimo negativo	Según la prueba EGS-R	Cuantitativa discreta	(0 – 18)
Hiperactivación	Según la prueba EGS-R	Cuantitativa discreta	Nada, poco, bastante y mucho.
Despersonalización: (espejo, cuerpo, fantasía, reales),	Síntomas según el DSM-V	Cualitativa	Nada, poco, bastante y mucho.
Desrealización: (pareja, familiar, laboral académica, vida social, ocio y disfuncionalidad global).	Síntomas según el DSM-V	cualitativa	Nada, poco, bastante y mucho.

---

## Diagrama de Variables

Figura 2

*Diagrama de las variables usadas en la investigación*



*Nota.* El gráfico representa el cruce de las variables que se tuvieron en cuenta en el análisis de los resultados obtenidos en esta investigación.

### **Consideraciones Éticas**

Según, el código deontológico: ley 1090 del 2006, el cual rige la ética y bioética del quehacer de los psicólogos en Colombia; en la presente investigación se tuvo como factor primordial el respeto por la integridad humana, se realizó la recolección de datos sin afectar la salud mental del participante y fue de manera anónima, además, se realizó y compartió el consentimiento informado el cual contiene la información referente a la investigación, los riesgos y beneficios que se obtendrán al participar en ella, el uso de la información arrojada por el instrumento utilizado y todo esto bajo el secreto profesional, las normativas y supervisión del comité ético (Colegio Colombiano de Psicología, 2009). En el consentimiento informado, los datos obtenidos solo se usaron para los efectos de esta investigación, y fueron de absoluta reserva, ya que no se dispuso de datos personales que permitieran la identificación de los participantes, los resultados se recolectaron con el fin de complementar la información académica e investigativa. Por consiguiente, por medio del formulario se pretendió indagar por la prevalencia de los síntomas del estrés postraumático que pueden estar presente en víctimas secundarias (padres o cuidadores de las víctimas) de violencia o abuso sexual. Inicialmente las personas se encontraron con una encuesta sociodemográfica, la cual indicaba que antes de

diligenciar cualquier dato o durante la encuesta la persona podía tomar la decisión de no continuar, sin que esto genere algún tipo de dificultad. En cualquier caso, todos los datos permanecieron en absoluta reserva de conformidad con la Ley 1581 de 2012, en virtud de la cual se han adoptado las medidas necesarias para evitar la pérdida, acceso o alteración de los datos personales a los cuales se les dio tratamiento confidencial, esto con el objetivo de garantizar la seguridad e integridad de este tipo de datos.

Al diligenciar el formulario la persona reconoció que no ha sido presionado para ello, ni tampoco recibió ni recibirá una remuneración económica y que tuvo la opción de retirarse en cualquier momento con solo cerrar el cuestionario; así mismo se reconoce que los resultados de este instrumento fueron netamente académicos y a su vez manejados con absoluta reserva, de la mano con el código deontológico del psicólogo (la ley colombiana 1090 de 2006).

De acuerdo con lo señalado en el artículo 2º, numeral 5º de la Ley 1090 de 2006, los psicólogos que ejerzan su profesión en Colombia se regirán por algunos principios universales como: “Los psicólogos tienen una obligación básica respecto a la confidencialidad de la información obtenida de las personas en el desarrollo de su trabajo como psicólogos. Revelarán tal información a los demás solo con el consentimiento de la persona o del representante legal de la persona, excepto en aquellas circunstancias particulares en que no hacerlo llevaría a un evidente daño a la persona o a otros. Los psicólogos informarán a sus usuarios de las limitaciones legales de la confidencialidad”. ARTÍCULO 30.

Los registros de datos psicológicos, entrevistas y resultados de pruebas en medios escritos, electromagnéticos o de cualquier otro medio de almacenamiento digital o electrónico, si son conservados durante cierto tiempo, lo serán bajo la responsabilidad personal del psicólogo en condiciones de seguridad y secreto que impidan que personas ajenas puedan tener acceso a ellos.

En caso de las personas decidieran no aceptar participar en este estudio, se les dio un agradecimiento de antemano por haberse tomado el tiempo para llegar hasta aquí. Cabe mencionar que más allá de lograr un requisito para el pregrado, se pretendió aportar datos a los órganos institucionales, para que sean tenidos en cuenta en materia de políticas públicas e inclusión, puesto que hay un vacío en el conocimiento al respecto.

## Resultados

Tal como se había descrito, se llevaron a cabo tablas de frecuencia, diferencias de medidas de tendencia central y análisis no paramétricos, esto último toda vez que los datos fueron sometidos a pruebas de normalidad Smirnov kolmogorov y shapiro wilks (Ghasemi & Zahediasl, 2012).

### 1.1 Análisis univariados

Tabla 4

*Análisis de datos univariados*

<b>variable</b>	<b>categoría</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Frecuencia del suceso traumático	Episodio único	18	41
	Episodio continuo	23	52
Ha asistido a tratamiento después del suceso sufrido	SD	3	7
	No	32	73
Tipo de tratamiento psicológico	Si	12	27
	Psicológico	7	16
	Farmacológico	3	7
	Ambos	2	5
Encuestado que también sufrió violencia sexual en la infancia/adolescencia	No recibieron	32	72
	No	20	46
Ha vivido otro tipo de violencia	Si	24	54
	No	24	55
Otros tipos de violencia vividos por los encuestados	Si	20	45
	Psicológica	4	9
	Violencia intrafamiliar	5	11

Maltrato de pareja	2	5
Desplazamiento por violencia	1	2
Acoso	2	5
Violencia verbal	1	2
SD	26	59
Física y psicológica	2	5
Violencia intrafamiliar y psicológica	1	2

En la presente investigación participaron 44 personas, con las cuales se identificó que el 52% de los encuestados indicaron que el hecho traumante fue un episodio continuo, además de esto, el 73% de los participantes no recibió tratamiento psicológico ni farmacológico y, por otra parte, solo el 16% del grupo que si recibió tratamiento señaló que este fue de tipo psicológico (Tabla 4). Así mismo, se muestra que (tabla 4), algunos de los encuestados manifestaron haber vivido violencia sexual en su infancia/adolescencia (54%), además de que un 45% de los participantes señalaron que sufrieron otro tipo de violencia en su vida, siendo en mayor medida la violencia intrafamiliar (11%) y la violencia psicológica (9%).

Tabla 5.

*Índices de los síntomas del estrés postraumático con las variables, sexo, edad, profesión, estrato socioeconómico y escolaridad*

Variable	Categoría	Reex *		Evitación		ACN/EA N**		Hiper		
		N	Mdn	R	Mdn	R	Mdn	R	Mdn	R
sexo	Mujer	34	6	15	5	9	9	20	7	17
	Hombre	10	3	13	3	6	6	17	6	17
edad	18 a 27	23	6	14	4	9	8	20	8	17
	28 a 36	10	7	15	5	9	11	15	6	17
	37 a 45	7	4	7	5	6	8	14	5	15
	46 a 54	4	7	9	4	9	3	9	3	6
Profesión	Administrativas	11	5	14	4	9	5	16	4	17
	Humanidades	7	7	10	5	8	6	20	6	16
	Otros	24	6	15	5	9	9	17	7	16
	Salud	2	3	2	3	3	5	4	4	4
	Uno	1	9	0	8	0	13	0	10	0

estrato socio-económico	Dos	25	5	15	4	9	8	16	6	16
	Tres	11	4	14	4	9	7	17	6	15
	Cuatro	3	6	6	3	6	5	11	6	10
	Cinco	4	10	4	7	9	14	17	13	14
	Primaria	2	10	3	9	0	12	5	8	1
Escolaridad	Bachiller	13	4	15	4	9	9	17	6	16
	técnico	8	2	8	4	6	7	12	6	13
	tecnología	4	8	8	4	4	11	6	8	8
	pregrado	13	7	13	5	9	7	14	6	15
	posgrado	4	6	9	3	8	11	20	10	16

Reexperimentación: \*, ACN/EAN: \*\*

Se observó la relación del sexo y los síntomas del EPT, las mujeres mostraron tener una mediana más alta que los hombres en los síntomas de **reexperimentación, evitación, ACN/EAN e hiperactivación** (Tabla5), lo que señaló que el género femenino es más propenso a padecer de estos síntomas; en cuanto a la edad, las personas que se encontraban entre el rango de los 37 a los 45 años, expusieron tener una mediana más baja en los síntomas de **reexperimentación, evitación, ACN/EAN e hiperactivación**, siendo así los rangos entre los 18 a los 36, y los 46 a los 54 años, los que fueron más propensos a manifestar dichos síntomas.

Agregando a lo anterior, en cuanto a la profesión de los encuestados, se pudo apreciar que los participantes que en su momento se encuentran ejerciendo otro tipo de profesión, mostraron tener una mayor media en los síntomas de **reexperimentación, evitación, ACN/EAN e hiperactivación** a diferencia de los que ejercen en áreas humanistas, administrativas y en salud.

Así mismo, los pertenecientes al estrato 5, muestran una media alta en **reexperimentación e hiperactivación**, y los que viven en el estrato 1, en el síntoma **ACN/EAN** se manifiesta más alta la mediana que los otros estratos. Por último, la escolaridad incide con unas medianas en los síntomas evaluados en la prueba EGS-R, en los síntomas descritos (tabla 5), señala que los encuestados que estudiaron hasta primaria tiene una mediana de 10 en los síntomas de **reexperimentación, evitación y ACN/EAN**; y en el último síntoma

**hiperactivación** los que realizaron su formación académica hasta el posgrado muestran una mediana más alta (10) a comparación de los otros.

## 1.2 Correlaciones Bivariados

**Tabla 6.**

*Correlaciones entre la variable situación laboral y los síntomas del Estrés postraumático según análisis de Kruskal Wallis.*

ESCALA	variable	Categoría	N	K	sig.	Rango promedio
Reexperimentación	situación laboral	empleado	17	,287	,866	22,29
		desempleado	19			23,47
		independiente	8			20,63
Evitación	situación laboral	empleado	17	1,630	,443	19,76
		desempleado	19			25,16
		independiente	8			22,00
ACN/EAN	situación laboral	empleado	17	7,331	,026	18,62
		desempleado	19			28,45
		independiente	8			16,63
Hiperactivación	situación laboral	empleado	17	10,786	,005	20,00
		desempleado	19			29,05
		independiente	8			12,25

En última instancia, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la variable Situación Laboral y los síntomas de la Escala (tabla 6), donde la situación laboral, y los síntomas Hiperactivación y el ACN/EAN están relacionados; Nada, poco, bastante y mucho.

estos síntomas se presentaron más en las personas que se encontraban desempleadas, lo que las llevaba a vivir un mayor nivel estos fenómenos.

Tabla 7.

*Correlación U MANN Whitney entre sexo y síntomas del Estrés postraumático*

<b>ESCALA</b>	<b>Categoría</b>	<b>U</b>	<b>sig</b>	<b>Rango promedio</b>	<b>Suma de rangos</b>
Re experimentación	Mujer	134,5	,326	23,54	800,50
	Hombre			18,95	189,50
Evitación	Mujer	85,000	,016	25,00	850,00
	Hombre			14,00	140,00
ACN/EAN	Mujer	136,5	,354	23,49	798,50
	Hombre			19,15	191,50
Hiperactivación	Mujer	163,500	,858	22,69	771,50
	Hombre			21,85	218,50

Al hacer la correlación entre las variables (tabla 7), se encontró que no todos los resultados se presentan como estadísticamente significativos, puesto que solo ello se observa al cruzar la subescala de Evitación; sin embargo, si hay una relevancia clínica, toda vez que se observan diferencias entre hombres y mujeres, lo cual indica que las mujeres presentan mayores índices tal cual puede apreciarse en los rangos promedios (Tabla 7).

Por otro lado, en los síntomas ACN/EAN (activación cognoscitiva negativa y estado de ánimo negativo) e Hiperactivación, se encuentra más balanceado en la presencia de estos síntomas, entre hombres y mujeres (Tabla 7).

	Reexperimentación	Evitación	ACN/EAN	Hiperactivación	Edad del encuestado	Estrato socio económico	Escolaridad
Reexperimentación		,712**	,536**	,529**	-0,006	0,075	0,135
Evitación	,712**		,517**	,439**	0,012	-0,035	0,021
ACN/EAN	,536**	,517**		,821**	-0,21	-0,061	-0,174
Hiperactivación	,529**	,439**	,821**		-0,292	0,078	-0,052
Edad del encuestado	-0,006	0,012	-0,21	-0,292		0,05	0,043
Estrato socio económico	0,075	-0,035	-0,061	0,078	0,05		,338*
Escolaridad	0,135	0,021	-0,174	-0,052	0,043	,338*	

Tabla 8.

*Correlación de Spearman entre la edad del encuestado, nivel de escolaridad, estrato socioeconómico y los síntomas del Estrés postraumático evaluados por el instrumento EGS-*

Ahora bien, al observar la correlación entre las variables propuestas por los investigadores y los reactivos de la prueba, se observa que, un individuo al mostrar síntomas de Reexperimentación, también presenta síntomas de Evitación, ACN/EAN e Hiperactivación; así mismo, entre más alto está en el estrato socioeconómico, más alto el rango de escolaridad, y a mayor rango escolar, mayor rango socioeconómico (Tabla 8).

Se puede apreciar que entre las variables hay una fuerza de asociación:

Por último, de acuerdo con Martínez Ortega et al., (2009), se debe tener en cuenta a la hora de realizar la interpretación, que esta no depende solamente de los detalles de la investigación y a su vez, de la experiencia propia en el tema de estudio, es decir esta experiencia es utilizada generalmente como la base de comparación para determinar si un

coeficiente de correlación es digno de ser mencionado, así mismo, “el coeficiente de correlación, oscila -1 y +1, el valor 0 indica que no existe oscilación lineal entre las dos variables en el estudio”. (Martínez Ortega, 2009. p.8). Tal como se puede apreciar en el siguiente ejemplo:

Escala 4: Rango Relación

- 0 – 0,25: Escasa o nula
- 0,26-0,50: Débil
- 0,51- 0,75: Entre moderada y fuerte
- 0,76- 1,00: Entre fuerte y perfecta

Tabla 9

*Correlación de la disfunción global, información complementaria, con los síntomas del estrés postraumático, evaluados por el instrumento EGS-R.*

	ESPEJO	CUERPO	FANT ASIA	REAL ES	PAREJA	REL FAMILIAR	LAB ACADEMICA	VIDA SOCIAL	OCIO	DISF GLOBAL
Reexperimentación	0,039	0,17	0,28	0,102	0,131	0,1	0,265	0,282	,342*	0,265
Evitación	0,072	0,171	,358*	0,136	0,251	0,235	,355*	,407**	,601**	,546**
ACN/EAN	,354*	,377*	,413**	0,227	,384*	,375*	,438**	,543**	,418**	,502**
Hiperactivación	,563**	,548**	,508**	,397**	,354*	,365*	,524**	,636**	,477**	,465**
Edad del encuestado	-,393**	-,319*	-0,091	-0,248	-0,093	0,004	-0,136	-0,244	0,067	-0,201
Estrato socio económico	-0,076	-0,066	0,123	0,153	0,123	,359*	0,05	0,184	0,074	0,166
Escolaridad	-0,072	0,038	-0,134	0,182	0,197	0,228	-0,009	-0,161	0,178	-0,032

A continuación, se muestra la correlación entre los reactivos del instrumento (tabla 9), las variables propuestas por el investigador y la información complementaria de la encuesta,

observando así, una correlación entre las variables reexperimentación y el ocio, la cual fue significativa y presentó una fuerza de asociación catalogada como débil; (Martínez, 2009. p.8). en cuanto a la variable evitación, esta presentó asociaciones significativas con las variables fantasía, laboral académica y vida social, en un nivel débil, en tanto que con las variables ocio y disfunción global, la fuerza de asociación está en un nivel entre moderado y fuerte, con una fuerza de asociación que cuando la persona tenga más síntomas de Reexperimentación, este va ejercer más actividades de ocio.

Además, se pudo apreciar que entre más síntomas de evitación se presenten, más se piensa que fue un hecho irreal o una fantasía, lo que sucedió en el pasado y a su vez se ve afectado el tiempo de ocio al igual que hay una disfunción global.

Agregando a lo anterior, cuando hay presencia del síntoma de ACN/EAN más se verá interferida la vida laboral o académica, sus relaciones sociales, su tiempo de ocio y es más probable de que se dé una disfunción global en la persona, además, el encuestado que presenta el síntoma de hiperactivación también presentara una distorsión de la percepción de su cuerpo, de la realidad, se verá afectada su relación de pareja, su vida laboral o académica, sus relaciones familiares, su tiempo de ocio y posiblemente una disfunción global.

Además, cuando se presenta un síntoma de evitación, también se presenta un sentimiento de que lo que ocurrió fue un tipo de fantasía o sueño, se presenta una disfuncionalidad en su vida laboral o académica, su vida social y tiempo de ocio.

## **Análisis y discusión de resultados**

### **Análisis según la teoría**

Los datos obtenidos en la presente investigación dan cuenta de los síntomas que experimentan los encuestados víctimas secundarias, estos síntomas como muestra de los mecanismos de defensa y otros como mantenimiento; teniendo en cuenta que según Galor & Hentschel, (2013), afirman que estos mecanismos son unos instrumentos que utiliza el individuo para desenvolverse en su entorno o realidad, haciendo que el hecho traumático no afecte directamente las esferas en las que se desarrolla el individuo. Por otra parte, en cuanto al mantenimiento (Ramallo, 1981) propone que este, parte de un pensamiento sobre un recuerdo del hecho traumático, lo cual de manera inconsciente forma una Reexperimentación del suceso a través del mismo pensamiento, sueño o recuerdo, dando como resultado una modificación de la conducta del sujeto que surge a partir de una experiencia y altera el estado emocional.

Enlazando lo anterior a lo que se observa en la Tabla 9, se reconoce que las personas que poseen síntomas de Evitación, ejercen más actividades de ocio, es decir ocupan más su tiempo libre para no recordar o pensar en el hecho traumante y esto se da como un mecanismo de distracción del suceso vivido, (Galor y Hentschel, 2013), lo que se diferencia con el síntoma Reexperimentación, en relación al ocio, puesto que, en los datos arrojados por los encuestados,

estos dan cuenta de que se utiliza más los mecanismos de defensa y no el mantenimiento que los haga recordar el hecho traumático (Ramallo, 1981).

### **Análisis Según los datos del estudio**

En este estudio, tuvo relevancia la correlación de Spearman, puesto que siguiendo a Martínez, et al, (2009), en la interpretación de la prueba estadística, en presencia de la correlación de Spearman, se debe tener en cuenta, el objetivo de la investigación, a su vez que se tiene presente la relevancia del fenómeno clínico que se está estudiando, las conclusiones que se obtengan, no dependen exclusivamente de los resultados matemáticos, también son de gran importancia las experiencias científicas del tema de investigación, esto con el fin de que no interfiera la casualidad.

De manera que:

La explicación de un coeficiente de correlación como medida de la intensidad de la relación lineal entre dos variables es puramente matemática y libre de cualquier implicación de causa-efecto. El hecho de que las dos variables tiendan a crecer o decrecer juntas no indica que la una tenga un efecto directo o indirecto sobre la otra. Ambas pueden estar influidas por otras variables de modo que se origine una fuerte relación matemática. (Martínez Ortega, 2009. p.8).

Cuando se realizó la correlación del síntoma ACN/EAN con las esferas en las que se desenvuelve la persona, las cuales son: vida laboral o académica, las relaciones sociales y el tiempo de ocio, se encontró que en la presencia este síntoma, la vida del sujeto se verá afectada e influenciada y es allí donde es más probable que se genere una disfunción global (tabla 9).

Por otra parte, en la Tabla 9, se hace presencia del síntoma de Hiperactivación, donde los resultados de la encuesta manifiestan una distorsión de la percepción del cuerpo de la mayoría de los participantes, como si este no le perteneciera, según el DSM- 5, (2013), esto se conoce como la despersonalización, la cual se crea por un desapego de su propio cuerpo o proceso psíquico, esto esta interrelacionado con el hecho de ser expuesto a lo aun hecho traumante como es el abuso sexual, así no haya sido la victima directa, todo esto conlleva a que se dé una distorsión de su realidad, percibiendo que lo sucedido no existió, como si fuese un sueño o solo fue una pesadilla, haciendo que sus relaciones laborales/académicas, amorosas, familiares y sociales se vean afectadas, (American Psychiatric Association, 2013)

Uno de los datos relevantes en esta investigación, fue que las mujeres son las más propensas a padecer síntomas del ETP a comparación de los hombres Tabla 7; esto se da, ya que las mujeres son más expuestas a vivir hechos violentos como lo menciona el Forenses en el año 2017, además de que estas son las que más mantienen contacto con sus hijos.

Así mismo, se encuentro una relación entre la edad y los síntomas que fueron evaluados Tabla 5, dando cuenta que las personas más jóvenes son propensas a poseer más síntomas del ETP; encontrando así un vacío teórico en cuanto a la relación que puede haber entre la edad y los síntomas del EPT.

### **Análisis según otras investigaciones**

Por otra parte, los desempleados fueron los que mostraron más prevalencia de padecer los síntomas del EPT, esto se debe a que dedican más tiempo a sus hijos y suelen recordar el suceso violento que experimentó su hijo; sin embargo, la prevalencia de estos síntomas en las personas que tienen otra situación laboral, están presentes a pesar de que esta (situación laboral) también

funciona como un mecanismo de defensa de la evitación, (Galor y Hentschel, 2013) así mismo se observa en la tabla 6.

De otro lado, el 73% de los encuestados no recibió ningún tipo de tratamiento, lo cual se liga a que la mayoría de participantes manifestaron los síntomas de EPT; además el 54% indican que vivieron abuso sexual en la infancia/adolescencia, aquí sucede el fenómeno transgeneracional, en el que los traumas del pasado de forma inconsciente se pasan de generación en generación, haciendo propenso a sus hijos de que también vivan una experiencia de abuso sexual, así también se menciona en la investigación de García y Peña, 2018; el hecho de no recibir tratamiento psicológico ni farmacológico ocasiona en los cuidadores primarios confusiones al momento de asumir su rol de cuidador.

Un individuo expuesto de manera indirecta al hecho traumático como el abuso sexual, puede desarrollar un múltiple de síntomas del estrés postraumático (American Psychiatric Association, 2013), a la misma vez como se muestra en la tabla 8, como la ACN/EAN, Hiperactivación, Reexperimentación y Evitación, imposibilitando un desenvolvimiento adecuado del individuo en sus esferas sociales, familiares, laborales/académicas y amorosas, dando como resultado una disfunción global, (American Psychiatric Association, 2013) Agregando a lo anterior, el DSM-5 (2013) muestra que estos síntomas también pueden presentarse en comorbilidad con otros trastornos como la depresión, ansiedad, fobia específica, entre otros, por esta razón esta investigación es relevante, y por lo tanto se hace necesario seguir investigando este fenómeno en relación al sistema familiar, para así evitar posibles daños psicológicos severos en este tipo de población y en el peor de los casos el suicidio.

Los datos obtenidos en esta investigación confirman lo planteado por (García y Peña, 2018) respecto que un hecho de un abuso sexual genera en el sistema familiar un daño

multidimensional, esto se puede apreciar en la tabla 8 – 9 donde los familiares manifiestan poseer síntomas del EPT, lo cual les ocasiona una disfunción global.

Además, se evidencia que los resultados de los síntomas de EPT evaluados: Evitación, Reexperimentación, ACN/EAN e Hiperactivación, concuerdan con lo mencionado por Durset, et al, (2017), donde se deduce que las víctimas secundarias también son afectadas de forma emocional y mental, además en el apartado cualitativo de la prueba se manifiesto esto, donde los participantes de la prueba evidenciaron una disfunción en el esfera social, familiar y académica/laboral mostrando una disfunción de la percepción de sí mismo, del otro y del entorno, lo que se conoce en los criterios diagnósticos del trastorno de estrés postraumático en la (American Psychiatric Association, 2013), como Desrealización y despersonalización.

Desde otro ángulo, los síntomas que fueron evaluados en esta investigación dan cuenta de una relación importante y estadísticamente significativa entre ellos mismos y el apartado cualitativo de la prueba, puesto que entre más evitación haga la persona, más se va creer que el hecho traumante no ocurrió, es decir que fue un tipo de sueño o fantasía y esto afecta la vida laboral académica y la vida social, también entre más síntomas de Reexperimentación viva la persona, más actividades de ocio se realizan como un mecanismo de defensa, así lo afirma Galor y Hentschel, (2013).

Por último, Echeburúa, Corral y Pedro, (2004) sugieren evaluar el daño psicológico a los cuidadores primarios, ya que estos también pueden padecer un daño a nivel mental a partir del hecho traumante, lo cual se confirma en esta investigación, puesto que los cuidadores primarios encuestados evidenciaron padecer unos síntomas relacionados con el EPT, lo cual les puede generar un daño psíquico.

## Conclusiones

En virtud de los datos, se observa presencia de estos síntomas de estrés postraumático en las víctimas secundarias, a pesar de que no vivieron directamente el hecho traumático. En cuanto a la distribución de los síntomas se aprecian diferencias a nivel sociodemográfico, siendo la mujer la que presenta mayor índice de estos síntomas, en cuanto a la edad, se halló que en los participantes que están entre el rango de edad de 28 a 36 años presentan más elevados los índices de los síntomas del EPT.

En cuanto al estrato socioeconómico, se evidenció que los estratos 1 y 5 muestran mayores índices de síntomas del EPT, lo cual revela que no solamente los estratos bajos están propensos a sufrir de estos síntomas.

Ahora bien, los encuestados que llegaron hasta un nivel de escolaridad básico (primaria) presentaron más sintomatología relacionada con el ETP.

Por otra parte, los encuestados que trabajan en profesiones relacionados con el enfoque de las humanidades, y otras profesiones, son las que más mayormente indicaron padecer síntomas del ETP.

Por último, la correlación que hay entre el índice de los síntomas del estrés postraumático según la información complementaria de la prueba (espejo, cuerpo, fantasía, pareja, relaciones familiares, vida laboral académica, vida social, ocio y disfunción global), evidencian que hay una

prevalencia del estrés postraumático, lo cual se ve reflejado en la los síntomas disociativos que se presentan en función del hecho traumático, los cuales son según (American Psychiatric Association, 2013), la desrealización y despersonalización.

### **Alcances**

El estudio abre las puertas para otras investigaciones de mayor profundidad, puesto que, a partir de los datos arrojados, quedan incógnitas que dan paso para seguir indagando respecto al fenómeno y sus variables desencadenantes.

El estudio permite comprender que el fenómeno del Trastorno de Estrés postraumático, si aparece en los familiares de las víctimas directas, dando cuenta de la importancia de implementar nuevas estrategias de abordaje en los programas de salud pública, teniendo en cuenta esta población que también ha sido afectada.

### **Limitaciones**

Por tratarse de una muestra a conveniencia, el estudio no permite generalizar los datos, además de esto, no se logró encuestar todo el núcleo familiar de los encuestados.

Debido al confinamiento preventivo que se presencié en el país el cual tuvo una duración de 6 meses, por la situación de salud pública el Covid-19, no se pudo realizar todas entrevistas de manera presencial, en cambio se optó por la alternativa virtual, lo que limitó un poco más el alcance de la encuesta, además el medio virtual no permite conocer en las dinámicas familiares todo el panorama de síntomas provocados por la experiencia de vivir un hecho traumático.

## Referencias

Álvarez Zavala, P., Socorro, A., & Capella Sepúlveda, C. (2012). Influencia de una intervención grupal para madres en el cambio psicoterapéutico de sus hijos/as víctimas de agresiones sexuales. *Revista de psicología*, 31-54.

American Psychiatric Association. (2013). *DSM- V*. American Psychiatric Association, Publishing.

Ballesteros, S. (1999). Memoria humana: investigación y teoría. *Psicothema*, 11(4), 705-723.

Barrón López, S. (1998). Familias monoparentales: un ejercicio de clarificación conceptual y sociológica. *Revista del ministerio de trabajo y asuntos sociales*, 217-219.

Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU. (25 de 08 de 2020). *Medisplus*. Obtenido de Medisplus:

<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003256.htm#:~:text=El%20comportamiento%20hiperactivo%20usualmente%20se,Inquietud%20o%20movimiento%20constante>

Bustos, P., Aedo, J., & Rincón, P. (2009). Validación Preliminar de la Escala Infantil de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (Child PTSD Symptom Scale, CPSS) en Niños/as y Adolescentes Víctimas de Violencia Sexual. *PSYKHE*, 18(2), 113-126.

Carvajal, C. (2002). Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos. *Neuropsiquiatria*, 40(2), 20-34.

Cifuentes Osorio, S. L. (2015). *Exámenes médicos legales por presunto delicto sexual*. Colombia: Grupo centro de referencia nacional sobre violencia, instituto nacional de medicina legal y ciencias forenses.

Coelho Rebelo, L. A., & Costa Oliveira, J. M. (2010). Bases neurológicas del estrés postraumático. *Anales de psicología*, 26(1), 1 - 10.

Colegio Colombiano de Psicología. (2009). *Deontología y Bioética del ejercicio de la psicología en Colombia*. Colombia: Colegio Colombiano de Psicólogos.

Congreso de la república. (2007). Ley 1146 del 2007. *Oas.org*, 1-9.

Coutinho, L., Araujo, N., & Morales de Morais, M. (2018). El proceso de revelar el abuso sexual intrafamiliar en la percepción del grupo familiar. *Estudios e Pesquisas em Psicologia*, 18(1), 93-113.

de la Fuente Florez, C. (07 de marzo de 2020). *Instituto Colombiano de Bienestar Familiar*. Obtenido de Violencia sexual: <https://www.icbf.gov.co/programas-y-estrategias/proteccion/violencia-sexual#7so3wg83>

Dursset, D., Capella, C., Lama, X., Gutiérrez, C., Águla, D., Rodríguez, L., & Beiza, G. (2017). Narrativas de Padres de Niños, Niñas y Adolescentes que Han Psicoterapia por Agresiones Sexuales: Un Proceso de Superación Conjunta. *PSYKHE*, 1-14.

Echeburúa, E., Amor, P. J., Sarasua, B., Zubizarreta, I., Holgado-Tello, F. P., & Muñoz, J. M. (2016). Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: propiedades psicométricas. *terapia psicológica*, 43(2), 111-128.

Esplugues, J. M. (2007). ¿Qué es violencia? Una aproximación al concepto y a la clasificación de la violencia. *revista de filosofía*, 9-21.

Fernández, J. G. (2007). El daño psíquico en las víctimas de agresión sexual. *principios éticos en la práctica pericial psiquiátrica*, 1-8.

Fiscalía General de la Nación. (2019). *Protocolo de investigación de violencia sexual*. Colombia: Fiscalía General de la Nación.

Galor, S., & Hentschel, U. (2013). El uso de los mecanismos de defensa como herramientas de afrontamiento por veteranos israelíes deprimidos y con TEPT. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 17(1), 118-133.

García Peña, J. J., & Peña Londoño, E. L. (2018). Representación psicoafectiva y reacción psicológica ante la experiencia de abuso sexual extrafamiliar en padres de niños abusados. *psicogente*, 378-402.

García Villanueva, J., De la Rosa Acosta, A., & Castillo Valdés, J. S. (2012). Violencia: análisis de su conceptualización en jóvenes estudiantes de bachillerato. *Revista Latinoamericana de ciencias sociales, niñez y juventud*, 10(1), 495-512.

Glejberman, D. (2012). *Conceptos y definiciones, situación en el empleo, ocupación y actividad económica*. Turín: Statistis.

Guerra, C., Plaza, H., & Frankas, C. (2017). Perfiles de estrés postraumático en adolescentes abusados sexualmente. *Psicoperspectivas*, 16(1), 67-79.

Guglielmucci, A. (2017). El concepto de víctima en el campo de los derechos humanos: una reflexión crítica a partir de su aplicación en Argentina y Colombia. *Revista de Estudios Sociales*, 83-97.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación, Sexta edición*. México: Mc Graw Hill Education.

La Fundación A. (05 de 12 de 2013). *Trastorno de estrés postraumático: definición y características*. Obtenido de Trastorno de estrés postraumático: definición y características: <https://www.fundaciona.org/transtorno-de-estres-postraumatico-en-caso-de-accidente/#:~:text=Exposici%C3%B3n%20a%20un%20acontecimiento%20traum%C3%A1tico, reacciones%20fisiol%C3%B3gicas%20ante%20est%C3%ADmulos%20similares>.

Ley 1857 del 2017, Ley 1361 del 2009 (Congreso de la republica 10 de Agosto de 2017).

Ley de Salud mental, Ley numero 1616 (Colombia 21 de Enero de 2013).

Lima Coutinho, M. M. (2018). El proceso de revelar el abuso sexual intrafamiliar en la percepción del grupo familia. *violencia*, 60.

Lozada, S. L. (2017). *Forensis datos para la vida*. Bogota: Medicina legal y ciencias forenses.

Manion, I. G., McIntyre, J., Firestone, P., Ligezinska, M., Ensom, R., & Wells, G. (1996). Secondary traumatization in parents following the disclosure of extrafamilial child sexual abuse: Initial effects. *Child Abuse & Neglect*, 20(11), 1095–1109.

Ministerio de salud. (22 de 03 de 2020). *Minsalud*. Obtenido de Derechos de las víctimas de violencias de género: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Derechos-de-las-victimas-de-violencias-de-genero.aspx>

Ministerio de Salud de Colombia. (07 de 03 de 2020). *La salud es de todos, minsalud*. Obtenido de Ruta de atención integral para víctimas de violencias de género: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Ruta-de-atencion-integral-para-victimas-de-violencias-de-genero.aspx>

Ministerio de salud y protección social. (2012). *Resolución 000459*. Colombia : Ministerio de Salud .

Ministerio de Salud y protección social, Resolución N° 000459 del 2012 (Colombia 06 de marzo de 2012).

Mora Icaza, E. M., Borges Guimaraes, G., Lara, C., Ramos Lira, L., Zambrano, J., & Fleiz Bautista, A. C. (2005). Prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés postraumático en la población mexicana. *salud pública de méxico*, 47(1), 8-22.

Organización Mundial de la Salud. (2013). Informe de la OMS destaca que la violencia contra la mujer es “un problema de salud global de proporciones epidémicas”. *Organización Mundial de la Salud*.

Oviedo , H. C., & Campo- Arias , A. (2005). Aproximación al uso del coeficiente Alfa de Croanbach. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXIV(4), 572-580.

Pinheiro, P. s. (2006). *Informe mundial sobre la violencia contra los niños y niñas*. unicef.

Placeres Hernández, J. F., Olver Moncayo, D. H., Rosero Mora, G. M., Urgilés Calero, R. J., & Jalil Barbadillo, S. A. (2017). La familia homoparental en la realidad y la diversidad familiar actual. *familiar actual*, 39(2), 361-369.

Psiquiatria.com. (01 de 09 de 2020). *Psiquiatria.com*. Obtenido de Psiquiatria.com:  
<https://psiquiatria.com/glosario/evitacion>

Ramallo, F. B. (1981). Las terapias cognitivo-conductuales: una revisión. *Estudios de psicología*, 92-114.

Ramos Botero, L. A., Rivera Escobar, C. M., Quirós Arango, H. M., & Gómez Gómez, D. M. (2010). *Prevención y detección del abuso sexual, en niños, niñas y adolescentes, un instrumento para padres, madres y personas cuidadoras*. Colombia: Gobernación de Antioquia.

Real Academia Española. (18 de 04 de 2020). *Asociación de Académicas de la Lengua Española*. Obtenido de Asociación de Académicas de la Lengua Española:  
<https://dle.rae.es/estado#KTNOoeg>

Real Lengua Español. (18 de 04 de 2020). *Asociación de Académicas de la Lengua Española*. Obtenido de Asociación de Académicas de la Lengua Española:  
<https://dle.rae.es/estado#KTNOoeg>

Rico de Alonso, A. (1999). Formas, cambios y tendencias en la organización familiar en Colombia. *Nomadas*(11), 110- 117.

Rivera, A. M. (2017). *CURSO DE PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA EN LÍNEA*. El Salvador: Fundación nacional para el desarrollo.

Rodríguez Espinola, S., & Enrique, H. C. (2007). Validación Argentina del Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido. *Psicodebate. Psicología, Cultura y Sociedad* (7), 155-168.

Roth Deube, A., & Molina Marín, G. (2013). Rectoría y gobernanza en la salud pública en el contexto del sistema de salud en colombiano, 2012-2013. *Scielo*.

Sánchez Rengifo, L. M., & Escobar Ser, M. C. (2007). Violencia familiar: un secreto a voces, Complejidad e intervención\*. *Revista del Departamento de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Colombia*, 57-73.

Uribe Diaz, P. I. (2010). Los hogares unipersonales: nueva tendencia en la estructura familiar. *Tend. Retos* (15), 57 - 68.

Vera Romero, O. E., & Vera Romero, F. M. (2013). Evaluación del nivel socioeconómico: presentación de una escala adaptada en una población de Lambayeque. *Revista Cuerpo Médico*, 41-45.

Vindel, A. C. (1997). La visión del psicólogo. alteraciones de los procesos cognitivos por el estrés. *Medicina y seguridad del trabajo*, 103-111.