

“Vinieron con dos armas”: las consecuencias de la violencia sexual en la salud mental de las víctimas mujeres en los contextos de conflicto armado

Evelyn Josse

Evelyne Josse es psicóloga y psicoterapeuta. Actualmente, coordina el sector de pedagogía en el Instituto Belga de Victimología y es asesora en psicología humanitaria.

Resumen

La violencia sexual tiene graves consecuencias en la salud mental de los individuos que la padecen. A nivel psíquico, provoca una transformación radical en la percepción que las víctimas tienen de sí mismas, en la manera en que conciben sus relaciones con su entorno social inmediato y, de forma más amplia, con la sociedad en su conjunto, así como también en la manera en que perciben el pasado, el presente y el futuro. Por lo tanto, dejan marcas duraderas ya que se modifica la relación de la persona consigo misma, con los hechos y con los demás. A nivel social, corrompe la identidad social de las víctimas, las desvaloriza y las descalifica como personas (estas adquieren una reputación de mujeres infieles o licenciosas). Provocan, pues, una transformación en los vínculos sociales dentro de la población y pervierten la dinámica comunitaria.

En este artículo, se abordan las consecuencias de la violencia sexual en la salud mental de las víctimas mujeres, particularmente en los contextos de conflicto armado. Los procesos psíquicos y sociales están intrínsecamente relacionados y son indisolubles. Toda condición que afecte la adaptación recíproca entre una persona y su entorno, como la estigmatización y la discriminación, constituye un obstáculo para el mantenimiento de su equilibrio psíquico¹. A la inversa, un trastorno psicológico, como un psicotrauma o una psicosis, le impide participar de manera activa y positiva dentro de la colectividad. Tanto la salud mental como el bienestar social contribuyen a que la persona pueda comprender y responder a los desafíos de la vida cotidiana, sentir y expresar un amplio abanico de emociones y entablar relaciones de calidad con su entorno. Por ende, nos parece indispensable abordar las repercusiones de las agresiones sexuales tanto desde el plano psicológico propiamente dicho como desde el plano social².

Consecuencias sociales

La sexualidad cristaliza múltiples valores y tabúes, tanto personales como sociales. En el plano individual, a la mayoría de los individuos les cuesta concebir la sexualidad fuera de un contexto preciso (por ejemplo, fuera de una relación amorosa o marital) y cualquier coerción provoca angustia y humillación.

A nivel social, la capacidad sexual y reproductiva confiere a las mujeres un papel preponderante en la construcción y la preservación de la identidad clánica, étnica y cultural de una población. A través del casamiento, los grupos se alían, y esas alianzas son reforzadas por la progenitura que nace de esas uniones. Por lo tanto, no sorprende que la sexualidad sea objeto de un contrato social³ y que todas

1 V. Evelyn Josse, "Décélérer les violences sexuelles faites aux femmes", 2007 e idem, "Accueillir et soutenir les victimes des violences sexuelles orientées vers la solution", 2007, disponibles en <http://www.resilience-psy.com/> (consultado el 1 de marzo de 2010).

2 En lo que respecta a las intervenciones de las organizaciones humanitarias, v. Evelyn Josse y Vincent Dubois, *Interventions humanitaires en santé mentale dans les violences de masse*, De Boeck Université, Bruselas, 2009; Comité Permanente entre Organismos (Inter-Agency Standing Committee, IASC), *Directives en vue d'interventions contre la violence basée sur le sexe dans les situations de crise humanitaire - Centrage sur la prévention et la réponse à la violence sexuelle dans les situations d'urgence*, Equipo especial del Comité Permanente entre Organismos sobre la especificidad de género y la asistencia humanitaria, Ginebra, 2005; Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR), *Las mujeres frente a la guerra*, CICR, Ginebra, 2001; CICR, *Las mujeres y la guerra*, CICR, Ginebra, 2008; Red de Mujeres para un Desarrollo Asociativo, Red de Mujeres para la Defensa de los Derechos y la Paz e International Alert, *Le corps des femmes comme champ de bataille durant la guerre en République Démocratique du Congo. Violences sexuelles contre les femmes et les filles au Sud-Kivu (1996-2003)*, Étude, 2004, 76 pp.; Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), *La violencia sexual y por motivos de género en contra de personas refugiadas, retornadas y desplazadas internas. Guía para la prevención y respuesta*, ACNUR, Ginebra, 2003; Organización Mundial de la Salud (OMS), *La salud mental de los refugiados*, OMS, Ginebra, 1997; OMS, "La violencia sexual", en Informe mundial sobre la violencia y la salud, Etienne g. Krug, Linda L. Dahlberg, James A. Mercy, Anthony B. Zwi y Rafael Lozano (eds.), Ginebra, 2002, capítulo 6, pp. 159-191.

3 Por "contrato social" entendemos el pacto establecido por la comunidad de los humanos con el objetivo de establecer una sociedad organizada y jerárquica. Existe un conjunto de convenciones y leyes que garantizan la perpetuación del cuerpo social.

las sociedades regulen, codifiquen, establezcan, e incluso legislen, el acceso a ésta. Así, por ejemplo, en la mayoría de las culturas tradicionales, las relaciones sexuales sólo están permitidas dentro de una unión consentida por las familias y legitimada por el lazo del matrimonio. Por su parte, la mayoría de las veces, el matrimonio sólo es concebible con un individuo de una etnia, una tribu, una casta o una religión determinadas. Está prohibido concebir la existencia de relaciones íntimas o del matrimonio en cualquier otro marco.

Las agresiones sexuales infringen todas las reglas que rigen las condiciones sociales de la sexualidad. Por lo general, exponen a las víctimas a la estigmatización, e incluso a la discriminación, y comprometen considerablemente su bienestar social. En muchas sociedades, las creencias y los prejuicios designan a las víctimas como responsables de las agresiones sexuales que han padecido y justifican el rechazo de su comunidad. En efecto, la violación y otros actos sexuales forzados son asimilados al adulterio; se atribuyen a un sortilegio maléfico que castiga un comportamiento incorrecto (por ejemplo, respecto de un miembro de la familia) o al castigo divino de los pecados que habrían cometido las víctimas, o bien se los considera como la merecida consecuencia de una pulsión que ellas habrían provocado por su vestimenta o su actitud.

Por lo general, la estigmatización de las víctimas provoca su discriminación. Estas no gozan de la misma integración social que las demás ni de los mismos derechos (derechos legales o tradicionales, acceso a los bienes y los servicios, etc.). Por ejemplo, con frecuencia se les retira el derecho a la palabra, la condición marital (rechazo de las esposas, descalificación de las solteras que aspiran al matrimonio), la participación en ciertas actividades (preparar y servir la comida, cultivar y participar en las cosechas, amamantar a los hijos, etc.), o el acceso a determinados servicios (instituciones escolares, trabajo, etc.). También sufren el oprobio y el ostracismo en todos los contextos de su vida (familia, comunidad, escuela, trabajo, lugares de culto, instituciones jurídicas, centros de salud, etc.) y a veces son víctimas de un verdadero “asesinato social”, tanto en tiempo de paz como en las situaciones de conflicto armado.

Repercusiones a nivel conyugal

Rechazo del cónyuge y problemas conyugales

En mayor o menor medida, la violencia sexual provoca efectos negativos en las relaciones conyugales y suele deteriorar gravemente la sexualidad (pérdida del deseo o rechazo por parte de la esposa víctima y/o de su marido, dolores durante las relaciones sexuales, etc.) y los vínculos afectivos (sufrimiento de la víctima y transformación de su carácter, lo cual perjudica su relación con el otro y provoca conflictos y disputas, etc.).

En las sociedades tradicionales, es frecuente que el marido rechace (repudio, divorcio), abandone a su esposa violada o deje el domicilio conyugal por periodos cada vez más prolongados. Cuando continúa con la vida en común, suele

dejar de lado a la mujer (en especial en el plano sexual), distanciarse de ella, o incluso maltratarla. En algunas culturas, se prohíbe a la víctima el derecho a compartir el lecho conyugal o preparar la comida de su marido. En los países que autorizan la poligamia, no es infrecuente que el hombre se busque una segunda mujer. El riesgo de repudio y de divorcio es mayor si la mujer queda embarazada después de la violación.

Las razones que llevan a los hombres a rechazar a su mujer son diversas: temen que se haya contagiado una enfermedad de transmisión sexual, en particular el VIH/SIDA, o que esté embarazada; estigmatizados por la agresión o por temor a serlo, prefieren romper el matrimonio antes que ser el hazmerreír de su comunidad; se sienten deshonrados por un acto culturalmente comparable al adulterio.

Repercusiones a nivel familiar

Rechazo de la familia y problemas familiares

La violencia sexual puede quebrar la armonía familiar. Las jóvenes solteras corren el riesgo de ser echadas del domicilio familiar. Cuando conservan su lugar en el hogar, suele suceder que los padres pierdan el interés por ellas, las humillen o les busquen pelea (injurias, disputas, conflictos, etc.).

Las jóvenes que mantuvieron relaciones forzadas con rebeldes pueden ser consideradas como adquiridas por el campo adversario, ser estigmatizadas como oponentes y, en consecuencia, ser rechazadas por su familia y su comunidad.

Reducción de las capacidades parentales de la víctima

Las víctimas de violación pueden verse en la imposibilidad de ocuparse de sus hijos y de satisfacer sus necesidades por razones físicas (larga convalecencia debida a los golpes y las heridas, secuelas que la incapacitan, etc.), psicológicas (trauma, depresión grave, delirio psicótico⁴, etc.) y/o culturales (en algunas sociedades, las víctimas no pueden amamantar a su bebé, preparar las comidas para sus hijos, etc.). Aun cuando podrían cumplir sus responsabilidades parentales, es muy común que se muestren irritables, e incluso agresivas, con sus hijos.

La autoridad parental de las mujeres violadas suele quedar disminuida. Cuando se ha obligado a los niños a asistir a la violación de su madre o a tener relaciones sexuales con ella, éstos suelen manifestarle falta de respeto y desprecio, desobedecerle y culparla de no haber podido impedir la agresión.

Hijos nacidos de la violación

Los hijos nacidos como resultado de la violación suelen ser abandonados, rechazados, maltratados (alimentación diferenciada, acceso restringido a la

4 El delirio se caracteriza por una pérdida del sentido de la realidad, a veces asociada a alucinaciones, sin que la persona sea consciente de su trastorno.

instrucción, acceso limitado a los cuidados de salud, etc. con respecto a los otros niños de la familia, etc.), e incluso asesinados, y eso sucede aun cuando la mujer y/o la pareja y/o la familia ha decidido quedarse con el niño.

Repercusiones a nivel comunitario

Rechazo comunitario

Las víctimas dan testimonio del oprobio que sufren. Con frecuencia, cuentan que han sido burladas, ridiculizadas, injuriadas, humilladas y rebajadas. Por ejemplo, a su paso, la gente parodia canciones vejatorias donde se las cita con nombre y apellido; interrumpen su conversación o cambian de tema; murmuran, se ríen o intercambian miradas cómplices; las señalan, las miran con desprecio, etc. A veces, también, se condenan los comportamientos más triviales de las víctimas, y su entorno las relaciona injustamente con la agresión sexual que han sufrido. Por ejemplo, en una discusión con una amiga o un miembro de su familia, les dicen: “Actúas de esta forma (estúpidamente, sin ponerte de mi lado, etc.) porque has sido violada”. Incluso muchas veces se les cuestiona el derecho a la palabra (por ejemplo, cuando se expresan, se les corta la palabra con un tono terminante: “¡No, tú no!”) y con frecuencia, las relaciones del pasado dejan de hablarles o de frecuentarlas.

Exclusión del sistema escolar y del sector profesional

Como se considera que dan un mal ejemplo, las jóvenes violadas a veces son expulsadas de los establecimientos escolares, sobre todo si han quedado embarazadas como consecuencia de la violación. Las trabajadoras, por su parte, corren el riesgo de perder su empleo.

Descalificación de las solteras para aspirar al matrimonio

En las culturas tradicionales, las jóvenes solteras se ven en la imposibilidad de casarse y las que están comprometidas ven romperse su proyecto de unión marital. En efecto, en muchas culturas, la virginidad y la castidad de las jóvenes reflejan el honor de la familia. Así pues, las agresiones sexuales son percibidas como una vergüenza, y las víctimas son deshonradas y no se las considera dignas de aspirar al matrimonio. Ahora bien, en muchas sociedades, el casamiento es el único medio que las mujeres tienen para adquirir un estatus económico y social.

Casamientos forzados traumáticos

En algunas sociedades, una niña o una joven soltera puede ser forzada a casarse con su agresor a fin de limpiar el honor de su familia.

Actos de violencia

Las jóvenes y las mujeres adultas víctimas de violencia sexual corren el riesgo de ser maltratadas, e incluso asesinadas por su familia ("crimen de honor" que se supone limpia el honor de la familia manchado por la agresión sexual). En ciertas sociedades, son castigadas por su comunidad y/o por las leyes nacionales⁵ (condena a prisión por acto criminal, flagelación⁶, lapidación a muerte⁷, etc.), por haber mantenido relaciones sexuales ilícitas⁸.

Las personas cercanas a la persona violada también pueden cometer violencias contra el agresor o contra miembros de su entorno (que hasta pueden llegar al asesinato) para ajusticiar a la víctima y/o para restablecer el honor de su familia.

Violencia sexual

En algunas sociedades, las víctimas corren un riesgo mayor de volver a ser objeto de violencia sexual, pues son desacreditadas y desvalorizadas por los miembros de su comunidad y pierden su protección.

Repercusiones a nivel individual

Aislamiento

Desacreditadas y rechazadas, es frecuente que las víctimas terminen aislándose voluntariamente para evitar toda situación amenazadora o humillante. Por ejemplo, dejan de frecuentar los lugares donde ahora los viejos amigos las evitan (iglesia, coro, etc.), e incluso se mudan lejos de su pueblo. En algunas culturas, ese aislamiento es forzado, y la familia o el cónyuge encierran a la mujer violada en su hogar, con el fin de sustraerla de la mirada de los demás y preservar a la familia de la deshonra pública.

- 5 Sucede, en especial, en los países que aplican la sharia (ley islámica). En algunos de esos países, la acusación de violación sólo puede tomarse en consideración si el agresor ha confesado su crimen o si la coerción es confirmada por cuatro testigos oculares masculinos adultos (o, a veces, también, por ocho testigos de sexo femenino). Sin estas pruebas, la violación se considera un adulterio y las acusaciones realizadas por la víctima contra el agresor se asimilan a la difamación.
- 6 En diciembre de 2007, en Arabia Saudita, el rey Abdalá indultó a Touria Tiouli, víctima de violación colectiva. Esta mujer de 39 años, de nacionalidad francesa y origen marroquí, que se encontraba en misión en Dubai, había sido condenada a seis meses de prisión y a 200 latigazos por "relaciones adúlteras".
- 7 Recordamos el dramático caso de Aisha Ibrahim Dhulow, una niña de 13 años violada por tres hombres. Fue lapidada a muerte el 27 de octubre de 2008. La milicia Al Shabab, uno de los grupos armados que controlan Somalia, la había condenado por adulterio por contravención de la sharia.
- 8 A título de ejemplo, las relaciones sexuales ilícitas son un delito (huddûd) reconocido por el Corán. Se considera como tal toda relación sexual (consentida o no) mantenida por un/a soltero/a, así como las que mantiene una persona casada (hombre o mujer) fuera de los lazos del matrimonio. Como la violación es una relación sexual extramatrimonial, se la suele considerar una relación sexual ilícita y, en consecuencia, es castigada. Señalemos que esta manera de considerar la violación no es propia de la cultura musulmana. En África Subsahariana, también se la asocia con frecuencia al adulterio, debido a la creencia de que un hombre no puede lograr su cometido si la mujer no lo permite.

Pérdida de la posibilidad de funcionar dentro de la sociedad

Por temor a un nuevo acto de violencia o por incapacidad física y/o psicológica, las mujeres interrumpen sus actividades profesionales o sus tareas cotidianas (por ejemplo, no se atreven a ir a los campos, recoger leña, buscar agua, etc.), y las niñas abandonan la escuela (de manera temporaria o definitiva). En ciertos casos, esa interrupción de las actividades está prescrita culturalmente. En algunas culturas, se les prohíbe preparar y servir la comida, cultivar y participar en las cosechas o amamantar a los hijos.

Consecuencias sociales indirectas

Las víctimas corren el riesgo de empobrecer, porque interrumpen las actividades que garantizan su subsistencia⁹ o porque deben asumir el elevado costo de sus cuidados médicos.

Estigmatización de las familias de las víctimas

Además de las consecuencias para la propia víctima, la violencia sexual tiene repercusiones directas en el bienestar de la familia. En efecto, genera sentimientos de humillación y vergüenza no sólo en la víctima, sino también en todo su entorno. Asimismo, al igual que ésta, los miembros de la familia pueden ser objeto de burlas, ser señalados o incluso ver cuestionado su derecho a la palabra. Estigmatizadas socialmente, las víctimas y su familia encuentran dificultades en las relaciones que entablan con los miembros del grupo comunitario en su conjunto.

Consecuencias psicológicas

La violencia sexual puede tener graves consecuencias para la salud mental y provocar efectos negativos a corto, mediano y largo plazo. En las horas y los días posteriores a una agresión sexual, las víctimas pueden manifestar un amplio abanico de reacciones físicas, emocionales, cognitivas y comportamentales. Aun si pueden parecer desconcertantes o inadaptadas, la mayoría de esas manifestaciones se consideran respuestas normales, o al menos esperables, frente a un hecho aterrador fuera de lo común. Sin embargo, observemos que, pese a su carácter habitual, dichas manifestaciones pueden resultar difíciles de abordar para las víctimas y su entorno.

En el mes posterior al hecho, el estrés sigue siendo agudo, pero debería ir disipándose progresivamente. A medida que las personas procesan la experiencia, las reacciones deberían atenuarse y, luego, desaparecer. Por razones que pueden estar ligadas al hecho en sí mismo (intensidad, gravedad, duración), a una vulnerabilidad individual (personalidad emotiva, enfermedad mental, hechos traumáticos anteriores) y/o a características ligadas al medio de recuperación (falta de apoyo

9 V. *supra*: "Exclusión del sistema escolar y del sector profesional".

familiar y social, estigmatización, discriminación, etc.) los trastornos de algunas víctimas persisten y se vuelven crónicos.

Pasados los tres meses, la persistencia de los síntomas, e incluso la aparición de signos nuevos o más intensos, señala un sufrimiento grave y permite sospechar un verdadero trauma psíquico. Observemos que muchos de ellos no son específicos de una agresión sexual o un hecho violento y pueden surgir en repuesta a otras situaciones. Sólo los síntomas de disociación, reviviscencia, evitación¹⁰ y actividad neurovegetativa¹¹ son propios del síndrome postraumático.

Cuando sufren una agresión sexual, algunas personas actúan de manera racional, otras manifiestan un comportamiento inadecuado e inadaptado a la situación (por ejemplo, estado de parálisis, agitación, fuga en estado de pánico, logorrea de frases incoherentes, etc.) y los individuos predispuestos pueden desarrollar un comportamiento psicopatológico (por ejemplo, accesos de delirio). Sin embargo, estas primeras reacciones no son un presagio de su evolución. En efecto, desde los primeros días y las primeras semanas, en algunas víctimas que han presentado reacciones inadaptadas los síntomas se detienen y desaparecen espontáneamente, mientras que en otras, cuyas reacciones habían sido adecuadas, comienzan a aparecer síntomas psicotraumáticos (por ejemplo, reviviscencias) y se desarrolla un síndrome postraumático que puede ser transitorio o volverse crónico. Sólo el futuro puede mostrar, de manera retrospectiva, cuáles son las personas que han vivido el hecho como algo manejable y cuáles lo han vivido como algo traumático. Las personas que presentan una disociación peritraumática¹² son más susceptibles de desarrollar trastornos psíquicos a largo plazo. No obstante, muchas de ellas recuperarán su equilibrio psíquico de forma espontánea.

Reacciones a nivel emocional

Entre las reacciones emocionales más comunes que se observan en las víctimas, se cuentan: miedo, ansiedad y angustia, síntomas de depresión, sentimientos de vergüenza y culpa, enfado, euforia y apatía. Desde un punto de vista psicológico, el miedo, la ansiedad y la angustia designan realidades distintas. No obstante, están emparentados y pueden considerarse como tres manifestaciones distintas de un estado ligado a la activación del sistema nervioso ortosimpático¹³.

Miedo

El miedo es un temor que se experimenta frente a una situación, presente o futura, percibida como peligrosa. Después de una agresión sexual, la mayoría de las víctimas experimentan miedos que antes no conocían. Entre los más comunes, citemos el miedo a sufrir otra violencia, el miedo a situaciones que recuerdan el

10 Evitando todo pensamiento, conversaciones o situaciones asociadas al trauma.

11 Trastornos disociativos para con la sociedad, que incluyen síntomas físicos, emocionales y cognitivos.

12 Disociación durante o inmediatamente después de un hecho traumático.

13 El sistema nervioso ortosimpático tiene la función de alertar al organismo y prepararlo para la acción.

hecho traumático, así como el miedo a las consecuencias sociales y médicas de la agresión.

El miedo a sufrir nuevos actos de violencia puede incluir el miedo a ser violada de nuevo, secuestrada, golpeada, torturada. Con frecuencia, las víctimas tienen la impresión de que el hecho traumático podría reproducirse. Esa impresión se ve reforzada por toda situación que haga recordar la agresión (como un ruido inesperado que recuerde la presencia del agresor en la maleza, el anuncio de nuevas agresiones sexuales perpetradas en el seno de la comunidad, etc.). Esos miedos son característicos de los síndromes psicotraumáticos. Sin embargo, observemos que, en los contextos de guerra, pueden estar plenamente justificados. En efecto, no es raro que grupos armados vayan a buscar a los pueblos a esclavas sexuales que habían liberado o que violen a las mismas mujeres en repetidas incursiones en una comunidad.

El miedo a las situaciones que recuerdan la agresión también es patognómico de los síndromes postraumáticos. En función de las circunstancias de la agresión, las víctimas pueden temer ir a los campos o a un lugar aislado, quedarse solas o asustarse en lugares oscuros, temerle a la noche, alarmarse al ver desconocidos, hombres armados o uniformados, temer las relaciones sexuales. Aunque dichas situaciones carezcan de peligro¹⁴, las víctimas sienten un miedo intenso e incontrolable cuando se ven confrontadas a ellas, lo cual, por lo general, las lleva a evitarlas¹⁵. Sin embargo, señalemos que a veces esos miedos son totalmente legítimos. El riesgo de violación, agresión y secuestro por bandidos o milicianos que circulan por los campos en busca de comida suele ser muy real.

El miedo a las consecuencias sociales de la agresión incluye el miedo a que el entorno se entere de la agresión, el miedo a su reacción, el miedo a ser rechazada por el cónyuge o a ya no poder aspirar al matrimonio, el miedo a ser renegada por la comunidad, el miedo a ser expulsada del establecimiento escolar. Como hemos visto, en las sociedades tradicionales, esos temores están plenamente fundados, pues las víctimas suelen sufrir el oprobio y el ostracismo cuando la agresión es informada al cónyuge, la familia y/o la comunidad.

El miedo a las consecuencias de la agresión en la salud, por ejemplo, miedo de haber contraído una infección de transmisión sexual, en particular el VIH/sida, miedo a quedar embarazada como consecuencia de la violación, miedo a haber sufrido daños físicos irreversibles (miedo a quedar incontinente de por vida¹⁶, a volverse estéril¹⁷, a quedar con una discapacidad¹⁸). Esos miedos también están totalmente motivados por un riesgo real.

14 A veces, estos miedos son llamados fobias, de forma abusiva. En lo que a síndromes psicotraumáticos se refiere, es más correcto hablar de pseudo fobias, en la medida en que han sido adquiridas por condicionamiento a partir de una situación real, lo cual no es el caso en las fobias “verdaderas”.

15 La evitación es una respuesta innata. Constituye una secuencia comportamental defensiva que apunta a aumentar las probabilidades de supervivencia frente a una situación peligrosa.

16 La fístula traumática vesicovaginal o rectovaginal (perforación de la membrana que separa la vagina del aparato urinario o digestivo) es una consecuencia física posible de la violencia sexual. Provoca derrames vaginales de orina o heces.

17 Esterilidad que resulta de los traumatismos sufridos durante la agresión o de infecciones mal curadas.

18 Discapacidad provocada por la agresión sexual, así como por las torturas padecidas y los golpes recibidos (sordera, ceguera, dificultad de moverse, amputación, etc.).

Ansiedad

La ansiedad se define por un sentimiento de inseguridad y amenaza. Contrariamente al miedo, puede desatarse sin que se haya identificado un peligro o sin que se haya precisado la fuente de la aprensión (contexto, lugar, individuos, etc.). Después de una agresión sexual, la mayoría de las víctimas se vuelven ansiosas, cuando antes no lo eran. En los casos más severos, esa ansiedad se manifiesta bajo la forma de un estado difuso caracterizado por una ansiedad permanente. Las personas se sienten atormentadas o sienten temores desmesurados y recurrentes con respecto a su salud o a la de sus familiares, con respecto a su futuro o al de sus hijos. Por lo general, tienen la sensación persistente de que está por ocurrir algo malo. A menudo tienen una conciencia mórbida de sus trastornos (conciencia de que esas aprensiones son exageradas o de que carecen de fundamento), pero no obstante les es difícil, cuando no imposible, controlarlos. La ansiedad generalizada va acompañada de síntomas varios como agitación, cansancio, dificultad de concentración, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño. La persistencia en el tiempo de esos trastornos afecta la estructuración de la personalidad, que se vuelve pusilánime, propensa a menospreciar el futuro y dependiente de los demás.

Angustia

Se manifiesta en la forma de episodios agudos llamados crisis de angustia, ataques o crisis de pánico. Se producen tras la exposición a indicios que evocan el hecho traumático (cuando las víctimas rememoran la agresión, cuando se ven confrontadas a una situación comparable al hecho inicial), pero también, sin una razón particular, en un contexto exento de peligro. Por lo general, duran entre unos segundos y varios minutos. Dichas crisis, dominadas por el sentimiento paroxístico de peligro inminente, se acompañan de un profundo desasosiego, así como de sensaciones físicas desagradables¹⁹, como palpitaciones (percepción atípica de los latidos del corazón), taquicardia (aceleración del ritmo cardíaco), sensaciones de ahogo (sensaciones de respiración entrecortada o de opresión en el pecho que impide respirar), dolores torácicos, transpiración, temblores, calores²⁰.

La ansiedad y la angustia se intensifican con las dificultades a las que se ven confrontadas las víctimas, como las pérdidas materiales tras los saqueos, las dificultades materiales consecutivas a la expulsión del hogar conyugal o al abandono del marido, la estigmatización social y la discriminación o las malas condiciones de vida en los campamentos para refugiados o desplazados.

19 Estas modificaciones fisiológicas distinguen la angustia de la ansiedad.

20 Estos síntomas son la señal de una activación neurovegetativa del sistema ortosimpático.

Síntomas de depresión

Aunque la mayoría de las víctimas no desarrollan una verdadera depresión²¹, en un momento dado casi todas se sienten tristes y desesperanzadas. Los síntomas de la depresión son tristeza, pérdida de las ganas de vivir, deseo de morir, sentimientos de impotencia (por ejemplo, el sentimiento de no poder defenderse como mujer, la impresión de ser incapaz de mejorar su situación y sus condiciones de vida, etc.), desánimo, pesimismo, desesperación, impresión de que el futuro carece de esperanzas y promesas. Estos síntomas se manifiestan, especialmente, a través de crisis de llanto, llantos constantes, abatimiento y pensamientos o actos suicidas (intentos de suicidio y suicidio).

Vergüenza

La mayoría de las víctimas agredidas sexualmente se sienten humilladas y deshonradas; sienten incomodidad frente a los demás y odio o repulsión hacia sí mismas; tienen la sensación de estar sucias o mancilladas; pierden la autoestima (se preguntan si aún son seres humanos); tienen la impresión de haber perdido su valor personal (como el de mujer o esposa).

Culpa

Las víctimas pueden tener sentimientos de culpa respecto de su propio comportamiento (autoacusaciones): por ejemplo, no haberse defendido, haber preferido padecer la violación antes que la muerte, no haber huido tras el anuncio de una incursión, haber ido al lugar adonde se produjo la agresión. Esos sentimientos de culpa están ligados, en su mayoría, a creencias y/o a una percepción exagerada de su responsabilidad. “Debí saber lo que iba a ocurrir”, se dicen, aunque objetivamente los hechos eran totalmente imprevisibles. También pueden sentir culpa con respecto a los demás, por ejemplo, por haber deshonrado a su marido, a sus hijos o a su familia.

Enfado

Las víctimas pueden sentir enfado contra los agresores, contra el conjunto de los hombres, contra un grupo armado, contra la guerra, contra su marido o su comunidad, que las rechazan.

Euforia

En los primeros días posteriores a la agresión, las víctimas pueden manifestar euforia como consecuencia del alivio de haber escapado a la muerte.

21 Según el DSM IV, para hablar de trastornos depresivos, la persona debe presentar determinado número de síntomas de la depresión durante un periodo de al menos dos semanas.

Apatía

La apatía es una disminución o una desaparición de las emociones y los deseos, que conduce a la indiferencia. Las personas apáticas pierden interés por el mundo exterior; pierden la motivación y el interés por sus ocupaciones habituales (tareas cotidianas, profesionales, escolares y de ocio); reducen sus actividades.

Para concluir, señalemos que existen grandes diferencias entre los individuos en la manera de expresar sus sentimientos y enfrentar el dolor. Por ejemplo, algunos manifiestan sus emociones de manera ruidosa a través de su comportamiento: lloran, gritan, se agitan, etc., mientras que otros los reprimen o los disimulan y permanecen tranquilos. La manera en que una persona expresa su sufrimiento no permite prejuzgar sus sentimientos profundos. La ausencia de manifestación no significa que no esté sufriendo, que posteriormente no vaya a presentar trastornos o que no necesite ayuda.

Reacciones a nivel somático

El sufrimiento psíquico puede engendrar trastornos funcionales o provocar una enfermedad.

Trastornos funcionales

Estos trastornos somatoformes se caracterizan por padecimientos físicos que sugieren una afección somática, pero sin que pueda demostrarse ninguna patología orgánica. En otras palabras, la persona sufre síntomas físicos sin que sus órganos estén afectados por una enfermedad. Si bien la expresión de esos trastornos es ante todo física, estos provienen de desórdenes mentales, pues son provocados por factores psicológicos.

Astenia física: se manifiesta por un cansancio permanente que resiste al descanso, un rápido agotamiento al menor esfuerzo físico, la impresión persistente de no tener fuerzas y/o un agotamiento general. La mayoría de las personas que sufren un trauma psíquico se quejan de padecerla.

Dolores: con frecuencia, las víctimas sufren dolores abdominales, torácicos o musculares (dolores de huesos y cervicales), cefaleas y dolores difusos en todo el cuerpo.

Síntomas neurovegetativos: el sistema neurovegetativo²² rige el funcionamiento de las vísceras (cerebro, corazón, intestino, pulmones, etc.) y mantiene las funciones vitales básicas (respiración, circulación sanguínea, digestión, excreción de la orina y las materias fecales). Su activación, característica de los síndromes postraumáticos, puede provocar vértigos, lipotimias (breves desvanecimientos), temblores, sudoración, calores, palpitaciones cardíacas, taquicardia, dolores y opresiones torácicas (que a veces se asemejan a la angina de pecho), trastornos gastrointestinales

22 El sistema neurovegetativo, también llamado sistema nervioso autónomo, está compuesto por los sistemas ortosimpático y parasimpático.

(náuseas, vómitos, diarrea o constipación), una sensación de constricción laríngea (“nudo en la garganta”), una opresión respiratoria y sensaciones de ahogo pseudo asmáticas, sensaciones de hormigueo en las extremidades (por ejemplo, en la punta de los dedos o alrededor de la boca), etc.

Disfunciones sexuales: es frecuente que aparezcan disfunciones sexuales después de una agresión sexual. Mencionemos las siguientes; disminución o pérdida del deseo sexual, aversión sexual (repulsión y evitación de las relaciones sexuales), anorgasmia (ausencia de orgasmo), dispareunia (dolor genital durante la relación sexual), vaginismo (espasmo involuntario de la musculatura de la vagina que perturba la penetración o incluso la impide). En muy pocos casos, se observa aumento del deseo y de la actividad sexual, en especial en las jóvenes que fueron utilizadas como esclavas sexuales dentro de los grupos armados²³.

Trastornos menstruales: un trauma psíquico como resultado de una violencia sexual puede causar amenorrea (ausencia del periodo), menorragia (periodo abundante), dismenorrea (periodo doloroso) e irregularidad del ciclo menstrual.

Trastornos de conversión: estos trastornos poco frecuentes son muy impresionantes. Se manifiestan a través de síntomas y déficits que afectan la motricidad voluntaria, así como las funciones sensitivas y sensoriales. Incluyen discapacidades motoras (por ejemplo, problemas para caminar, parálisis de un brazo), pérdidas de sensibilidad (por ejemplo en un miembro), cegueras, sorderas, afonías y otros síntomas sin una causa orgánica que sugieran una enfermedad neurológica o una afección médica general.

Estos trastornos somáticos traducen un desorden emocional, pero, sin embargo, conviene ser prudentes. En efecto, las quejas de las pacientes pueden ser la expresión de tristeza, angustia o un trauma, pero también pueden señalar una enfermedad orgánica o ser el resultado de las secuelas de la violencia física.

Enfermedades somáticas

El estrés y el sufrimiento traumático también pueden causar una enfermedad somática o agravar su desarrollo. Citemos, entre otros:

- a nivel cardiovascular: hipertensión, angor e infarto del miocardio;
- a nivel respiratorio: asma;
- a nivel del aparato digestivo: úlcera gastroduodenal, colitis espasmódica y cólicos;
- a nivel de la piel: eczema, psoriasis y alopecias;
- a nivel de las glándulas endocrinas: diabetes e hipertiroidismo.

23 Se han señalado algunos casos en la República Democrática del Congo, en especial en las provincias del Ituri, Kivu Norte y Kivu Sur.

Reacciones a nivel cognitivo

Los síntomas cognitivos²⁴ más frecuentes que manifiestan las víctimas después de una agresión sexual son: síndrome de repetición, trastornos de la memoria, síntomas disociativos, confusión y problemas de concentración.

Síndrome de repetición y síntomas de reviviscencia

Se trata de manifestaciones patognomónicas de los síndromes psicotraumáticos por las cuales la víctima tiene la impresión de volver a experimentar el hecho traumático (la violación, el secuestro o la tortura), e incluso de revivirlos. Entre los síntomas posibles, señalemos *flash-back*, recuerdos repetitivos, pesadillas, impresión de que la agresión podría repetirse, así como angustia y reactividad fisiológica.

Flash-back (término inglés que significa "retroceso"): se trata de una reviviscencia que reproduce toda o parte de la escena traumática y que irrumpe bruscamente en la conciencia de la víctima. Por lo general, los *flash-back* son visuales (por ejemplo, la víctima tiene la sensación de "ver" al agresor), pero a veces también auditivos, olfativos o sensoriales (por ejemplo, tiene la sensación de oír la respiración del violador, de sentir su olor o de sentir su respiración en el cuello). Esa reviviscencia es vivida como real durante un breve instante, a lo sumo durante algunos segundos. Por ejemplo, durante una fracción de segundo, una mujer "ve" a su agresor en lugar de su marido con el que está teniendo relaciones sexuales, o una joven que está cultivando confunde brevemente una rama agitada por el viento con un individuo que surge de la maleza.

Recuerdos repetitivos e invasivos que se producen independientemente de la voluntad de la persona: la víctima no quiere recordar el hecho, pero este le vuelve constantemente a la mente de forma espontánea. A diferencia del *flash-back*, el recuerdo forzado no se confunde con el hecho original, sino que se reconoce como una reminiscencia.

Rumia mental: se trata de interrogaciones prolongadas y recurrentes sobre la agresión sexual, su significado y/o sus consecuencias (por ejemplo, el hecho de haber sido abandonada por el cónyuge, las dificultades materiales subsiguientes al repudio, etc.). Esos pensamientos machacados hasta el hartazgo reflejan las preocupaciones actuales y la angustia de la víctima.

Pesadillas relativas a la agresión: la víctima revive en sueños la agresión sexual y suele despertarse sobresaltada. Por ejemplo, sueña que la persiguen hombres armados y se despierta en el momento en que estos la capturan.

Sensación de que la agresión podría repetirse: las víctimas pueden tener la impresión de que el hecho traumático está a punto de reproducirse, sobre todo después de un estímulo evocador de la escena inicial (por ejemplo, un ruido inesperado o al escuchar el testimonio de otra víctima de violación).

24 El área cognitiva abarca los procesos mentales, a saber, los conocimientos, las facultades de aprendizaje, el pensamiento, el razonamiento, la conciencia, la imaginación, la memoria, el lenguaje, etc.

Angustia y reactividad fisiológica: las víctimas sienten desolación (miedo, angustia, sensación de impotencia, cansancio repentino, etc.) y manifiestan trastornos físicos (palpitaciones, taquicardia, sudores, etc.) cuando están expuestas a indicios que recuerdan el hecho traumático.

Trastornos de la memoria

Los trastornos de la memoria están en el centro de la sintomatología post-traumática. Las víctimas pueden manifestar amnesias (parciales o totales) o hipermnesias²⁵ traumáticas, dificultades para memorizar informaciones nuevas, así como también recuerdos repetitivos e invasivos de la agresión.

Síntomas disociativos

Estos síntomas figuran entre los criterios diagnósticos de los síndromes psicotraumáticos. Se dice que una persona está disociada cuando está desconectada de una parte de la realidad. Esas personas dan la impresión de no estar presentes, de estar “en otro lado”, de no oír cuando se les dirige la palabra. Están presentes físicamente, a menudo inmóviles, pero su mente parece ausente. Algunas cuentan su relato una y otra vez, sin considerar a su interlocutor, con la mirada clavada en el escenario traumático que se desarrolla dentro de su mente.

Despersonalización: se manifiesta por una alteración de la propia experiencia. Algunas víctimas están disociadas de su identidad y tienen la sensación de ya no ser ellas mismas. Experimentan sensaciones de desdoblamiento (por ejemplo, de verse a sí mismas de afuera), la impresión de ser espectadoras de su vida, actuar de manera mecánica como un robot o sienten que su cuerpo ya no les pertenece.

Desrealización: se trata de una alteración de la experiencia de la realidad. Las víctimas se disocian de su entorno. Tienen impresiones de irrealidad o extrañeza de las personas y las cosas; tienen la sensación de vivir un sueño despiertas o una pesadilla; se sienten ajenas a su mundo familiar.

Amnesia traumática: la disociación se marca en el plano de la memoria por la amnesia traumática.

La disociación peritraumática se considera el mejor indicio predictivo de un síndrome postraumático a más largo plazo. Los fenómenos disociativos son parte de las estrategias de adaptación²⁶. No obstante, cuando son masivos (por ejemplo, amnesia total o parcial, pero que afecta aspectos importantes de la experiencia), potencian el riesgo de psicotrauma, pues el incidente crítico escapa así al proceso integrador. Señalemos, sin embargo, que muchas víctimas que manifestaron síntomas

25 Por amnesia traumática, entendemos una incapacidad para recordar aspectos de la experiencia traumática y por hipermnesia traumática, el recuerdo excesivo de un elemento significativo de la experiencia traumática, generalmente sensorial.

26 La estrategia de adaptación se define como un cambio de la cognición (pensamiento) o por los esfuerzos comportamentales (acciones) que realiza el individuo para satisfacer una demanda (interna o externa) que excede sus recursos. V. Richard S. Lazarus y Susan Folkman, *Stress, appraisal and coping*, Springer, Nueva York, 1984.

disociativos recuperan su equilibrio psíquico de forma espontánea y que algunas declaran estar felices de no recordar todo el horror.

Confusión

Se trata de una desorganización de la conciencia que va acompañada de una lentificación del pensamiento (en el tiempo y en el espacio) y de una disminución de la capacidad de razonar, comprender, tomar decisiones y hacer elecciones. Algunas personas están sumidas en un estado de confusión tan grande que experimentan dificultades para decir quiénes son y para responder a las preguntas de su interlocutor.

Problemas de concentración

Se manifiestan por medio de la distracción y por dificultades para mantener la atención en un individuo o una tarea.

Reacciones a nivel comportamental

Con frecuencia, las víctimas presentan diversos trastornos de conducta. Estos pueden volverse habituales, afectar la salud y la vida familiar y social. Mencionemos los comportamientos de evitación, hipervigilancia, sobresaltos exagerados, trastornos del sueño y el apetito, dependencias, cambios en los hábitos de higiene corporal, trastornos en las relaciones con los demás, así como aparición de actitudes inusuales y comportamientos extraños.

Conductas de evitación

Son patognómicas de los síndromes psicotraumáticos. Las víctimas evitan todo lo que recuerda el hecho traumático. Evitan los pensamientos (no quieren pensar en la agresión), los sentimientos (evitan las situaciones que despiertan los mismos sentimientos que los suscitados por la agresión), las conversaciones (se niegan a hablar de la violencia que sufrieron), las actividades (cesan o efectúan con reticencia las actividades que recuerdan el incidente crítico, por ejemplo cultivar, ir al mercado, etc.), los lugares (se mantienen alejadas del lugar de la agresión, por ejemplo, su campo) y las personas (como los hombres armados, los hombres uniformados) que despiertan el recuerdo de las violencias.

Hipervigilancia

Con frecuencia, las víctimas manifiestan un estado de hipervigilancia. Buscan eventuales signos de peligro con una atención exacerbada; permanecen en estado de alerta para asegurarse de prevenir toda nueva agresión; no logran descansar o relajarse, etc.

Sobresaltos exagerados

Las personas traumatizadas se sobresaltan al menor ruido (en particular si son repentinos o fuertes) o cuando perciben ruidos que les recuerdan el hecho traumático (pasos o ruidos en los follajes podrían señalar la presencia de un agresor, crujidos o estruendos que evocan un tiroteo, etc.).

Trastornos del sueño

Las víctimas suelen quejarse de insomnios, dificultades para conciliar el sueño, de despertarse durante la noche o precozmente (muy temprano por la mañana), así como también de pesadillas.

Trastornos del apetito

Después de una agresión sexual, las conductas alimenticias pueden verse perturbadas. Así pues, no es infrecuente que las víctimas sufran anorexia o bulimia.

Dependencias

El dolor físico favorece el consumo abusivo de alcohol, medicamentos psicotrópicos (calmantes, antidepresivos, ansiolíticos, somníferos, calmantes) y drogas. El consumo de sustancias psicoactivas es un intento de automedicación contra los síntomas traumáticos (pesadillas, recuerdos repetitivos, *flash-back*), los trastornos asociados (depresión, ansiedad) y las reacciones de estrés (hiperactivación neurovegetativa) o es una manera de escapar de la realidad.

Cambios en los hábitos de higiene corporal

Después de una agresión sexual, los hábitos de higiene corporal suelen verse perturbados. Las víctimas pueden manifestar una mayor preocupación respecto de la limpieza (por ejemplo, la necesidad compulsiva de lavarse) o, por el contrario, un descuido mayor (negarse a asearse).

Trastornos en las relaciones interpersonales

Estos trastornos se caracterizan por una actitud de dependencia y un aumento de las demandas emocionales hacia el entorno (necesidad insaciable de afecto y de ser cuidado, necesidad de hablar constantemente y de ser escuchado, etc.), o, al contrario, por un repliegue en sí mismo (negación a hablar, aislamiento, evitación de las relaciones familiares, amistosas, sociales y/o profesionales), así como por irritabilidad y agresividad hacia los demás (enfados, palabras o actos agresivos), desconfianza y sospecha (hacia los hombres, los desconocidos, pero también hacia el entorno), etc. Estas reacciones están en parte determinadas por las circunstancias

de la agresión. Por ejemplo, si la víctima fue agredida cuando estaba sola, puede querer estar constantemente acompañada; si fue violada por varias personas, puede manifestar un retraimiento social y querer aislarse.

Aparición de actitudes inusuales

Las víctimas puede manifestar actitudes que no son habituales en ellas, por ejemplo estar irritables, manifestar una propensión al llanto, desconfiar de manera injustificada, mostrarse negativas o pesimistas, estar hiperactivas y agitadas o, al contrario, estar anormalmente tranquilas y lentas, estar logorreicas (necesidad de hablar constantemente), adoptar comportamientos agresivos contra sí mismas (automutilaciones, tendencias suicidas, comportamientos autodestructivos como el alcoholismo), etc.

Aparición de comportamientos extraños

Estas reacciones son atípicas y aparecen en personas frágiles o con antecedentes psiquiátricos. Mencionemos las fugas (la persona se fuga sin razón aparente ni fin preciso), el vagabundeo (se desplaza sin un destino preciso), las actitudes o mímicas no apropiadas al contexto emocional (por ejemplo, reír al contar un episodio dramático), los rituales conjuratorios compulsivos (por ejemplo, sesiones interminables de oración), las pérdidas de contacto con la realidad (crisis de delirio, alucinaciones auditivas o visuales), etc. Las víctimas que presentan delirios después de una agresión sexual suelen tener síntomas relacionados con la experiencia que acaban de vivir. Por ejemplo, si asistieron a la ejecución de su marido, pueden "oír" disparos y "ver" sangre en todas partes aun cuando están en una situación segura.

Interdependencia de las consecuencias de la violencia sexual

Como hemos señalado al comienzo, los procesos psíquicos y sociales son interdependientes. Así, las consecuencias sociales generan un sufrimiento psicológico y, a la inversa, el sufrimiento psicológico tiene repercusiones en la familia y la comunidad. A continuación, algunos ejemplos que ilustran esa influencia recíproca.

Las consecuencias sociales generan un sufrimiento psicológico

Ser rechazada y verse privada del apoyo de su cónyuge o su familia, verse forzada al celibato o estar obligada a casarse con su agresor causa inevitablemente un dolor moral importante.

El oprobio y el ostracismo que sufren las víctimas tienen una fuerte influencia en la imagen que estas tienen de sí mismas. En efecto, tienden a autoestigmatizarse interiorizando y volviendo contra sí mismas las percepciones negativas respecto de ellas. Entonces, pierden la confianza en sí mismas y dejan de valorarse. También pueden tener sentimientos de culpa si los demás las consideran culpables

de su desgracia. Pueden caer en la depresión y la desesperación, convencidas de que su situación nunca mejorará.

El sufrimiento psicológico tiene consecuencias sociales

Los sufrimientos traumáticos inhiben las competencias sociales de los individuos, ya que corrompen su capacidad de actuar, comunicar y entablar relaciones satisfactorias. Así, el retraimiento afectivo o, por el contrario, las actitudes de dependencia respecto del entorno, la irritabilidad y la agresividad hacia los demás, el desinterés y la pérdida de motivación por las actividades habituales, pervierten la dinámica familiar y comunitaria.

El miedo y los trastornos psicológicos (delirio, apatía, sensación de cansancio constante, pérdida general de interés, crisis de angustia, problemas de concentración) vuelven difícil, e incluso imposible, la ejecución de tareas habituales como ir al campo y cultivar. Privadas de sus medios de subsistencia, las mujeres pueden verse reducidas a la indigencia. En muchas sociedades, las mujeres son responsables de la educación de los hijos. Cuando su problema psicológico interfiere con su capacidad parental, su progenitura crece en condiciones desfavorables para su desarrollo. El miedo, la vergüenza, la repulsión y las disfunciones sexuales (dispaurenia, vaginismo) hacen que algunas mujeres no puedan tener relaciones sexuales normales, lo cual puede llevar a su marido a dejarlas.

El individuo es un todo. Su vida no se limita sólo a los aspectos psicológicos y sociales. Su salud física también ejerce una influencia recíproca en su equilibrio mental y social. Así pues, las consecuencias físicas de las agresiones sexuales generan un sufrimiento psicológico que se suma al efecto traumático. A la inversa, las repercusiones psicológicas tienen consecuencias nefastas en la salud física de las víctimas.

Las consecuencias físicas tienen repercusiones psicológicas

Si, tras haber sido violada, una mujer queda embarazada, estéril o gravemente discapacitada, en general padecerá una angustia extrema. Los síntomas de las infecciones de transmisión sexual contraídas durante la violación (pérdidas vaginales con olor desagradable, pérdidas urinarias debidas a la deficiencia del control miccional, mareos, etc.) son una fuente de incomodidad, vergüenza y ansiedad. Los abortos espontáneos ocasionados por la violencia física cometida contra las mujeres embarazadas provocan duelos dolorosos.

Las consecuencias psicológicas tienen efectos nefastos en la salud física

El consumo abusivo de alcohol, frecuente después de un trauma, tiene repercusiones en la salud (cirrosis, úlceras en el estómago, hipertensión, diabetes) y puede generar comportamientos riesgosos (relaciones sexuales sin protección, violación de las reglas de seguridad, comportamientos provocadores para con los

demás, conducta peligrosa). El sufrimiento psíquico puede generar trastornos funcionales (dolores, astenia, trastornos menstruales) o provocar una enfermedad (úlceras, asma, diabetes, etc.).