



**Universitat de les  
Illes Balears**

Facultad de Psicología

**Memoria del Trabajo de Fin de Grado**

La violencia sexual contra las mujeres: consecuencias sobre la salud sexual de las víctimas

Maite Kefauver Silva

Grado de Psicología

Año académico 2017-18

DNI de la alumna: 43231238R

Trabajo tutelado por Victoria Aurora Ferrer Pérez  
Departamento de Psicología

Se autoriza la Universidad a incluir este trabajo en el Repositorio Institucional para su consulta en acceso abierto y difusión en línea, con finalidades exclusivamente académicas y de investigación	Autora		Tutora	
	Sí	No	Sí	No
	x		x	

Palabras clave del trabajo:

Violencia sexual, salud sexual, violencia contra la mujer en la pareja, sexualidad

## **Resumen**

La violencia sexual ejercida por la pareja es una de las formas más frecuentes de violencia contra la mujer. Sin embargo, es de las menos denunciadas legal y socialmente. De hecho, la violencia sexual y sus consecuencias sobre la salud sexual han sido escasamente investigadas. El objetivo de este estudio es explorar cómo afecta la violencia sexual ejercida por la pareja sobre la salud sexual de las víctimas. Se optó por un método cualitativo y descriptivo, realizando entrevistas semiestructuradas a 19 víctimas de violencia sexual. En general, destaca la alta coexistencia de distintas formas de maltrato y la variedad y cantidad de conductas sexuales no deseadas, formas de coacción y reacciones de las víctimas. También resalta el control ejercido por el agresor sobre el uso de métodos anticonceptivos, la cantidad de embarazos no planificados y problemas ginecológicos, y los indicios de disfunción sexual femenina hallados en la muestra. Los resultados ofrecen una valiosa descripción de la realidad que viven estas mujeres y contribuyen a la visibilización de esta problemática.

## **Abstract**

Intimate partner sexual violence is one of the most frequent forms of violence against women. However, it is one of the least denounced legally and socially. In fact, sexual violence and its consequences on sexual health have been poorly investigated. The objective of this research is to explore how intimate partner sexual violence affects sexual health of the victims. For this purpose, a qualitative and descriptive method was used, conducting semi-structured interviews with 19 victims of sexual violence. In general, results stand out the high coexistence of different forms of intimate partner violence and the variety and quantity of unwanted sexual behaviours, coercion forms and reactions of the victims. They also highlight how the aggressor controlled the use of contraceptive methods, the number of unplanned pregnancies and gynaecological problems, and the signs of female sexual dysfunction found in the sample. The results offer a valuable description of the reality that these women live in and contribute to the visibility of this issue.

## Índice

<b>Introducción .....</b>	<b>4</b>
<b>Salud sexual .....</b>	<b>4</b>
<b>Función sexual de la mujer .....</b>	<b>4</b>
<b>Alteraciones de la salud sexual .....</b>	<b>5</b>
<i>Disfunciones sexuales.....</i>	<i>5</i>
<i>Infecciones de transmisión sexual .....</i>	<i>6</i>
<i>Síndromes clínicos relacionados con la reproducción .....</i>	<i>7</i>
<i>Síndromes clínicos relacionados con la violencia y victimización .....</i>	<i>7</i>
<b>Violencia contra las mujeres .....</b>	<b>7</b>
<b>Violencia contra la mujer en la relación de pareja.....</b>	<b>8</b>
<i>Violencia sexual en la relación de pareja .....</i>	<i>9</i>
<i>Formas de violencia sexual y métodos de coacción .....</i>	<i>10</i>
<i>Motivación de los agresores .....</i>	<i>11</i>
<i>Consecuencias de la violencia sexual.....</i>	<i>11</i>
<b>Objetivos .....</b>	<b>12</b>
<b>Método .....</b>	<b>13</b>
<b>Diseño.....</b>	<b>13</b>
<b>Participantes.....</b>	<b>13</b>
<b>Instrumentos.....</b>	<b>13</b>
<b>Procedimiento.....</b>	<b>14</b>
<b>Análisis de datos.....</b>	<b>14</b>
<b>Resultados.....</b>	<b>15</b>
<b>Discusión .....</b>	<b>26</b>
<b>Referencias.....</b>	<b>29</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>33</b>

## Introducción

### Salud sexual

Es importante conceptualizar y diferenciar el *sexo*, la *sexualidad* y la *salud sexual*. Comúnmente se usa la palabra *sexo* para referirse a “actividades sexuales”. No obstante, hace referencia a las características biológicas que distinguen entre mujeres y hombres. Por otro lado, la *sexualidad* abarca el sexo, las identidades y roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. Esta se expresa mediante pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, comportamientos, funciones, relaciones, etc. (Asociación Mundial para la Salud Sexual [WAS], 2009).

La sexualidad forma parte de la personalidad y su adecuado desarrollo es esencial para el bienestar individual, interpersonal y social (Martínez-Sanz, 2015). Este concepto nos conduce al de *salud sexual*: un estado de bienestar físico, emocional, mental y social asociado a la sexualidad, y que va más allá de la ausencia de enfermedad. Para disponer de salud sexual es necesario respetar los derechos sexuales de las personas (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2006).

En 1997, la WAS promulgó la *Declaración Universal de los Derechos Sexuales*. Existen diversas actuaciones dirigidas a promover y defender estos derechos. A nivel internacional, la WAS publicó, en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el documento *Salud Sexual para el Milenio*. Esta declaración establece ocho metas para la promoción integral de la salud sexual y las acciones necesarias para su consecución. A nivel nacional, la Federación Española de Sociedades de Sexología (FESS) publicó el *Decálogo Sexual*, que busca garantizar los derechos sexuales y promover la metas establecidas por la WAS (FESS, 2018; Martínez-Sanz, 2015).

Para promover socialmente la salud sexual se requiere un compromiso político, políticas explícitas, legislación específica, educación sexual integral, profesionales especializados, investigación y supervisión de la salud sexual y una cultura abierta (Arango-de-Montis, 2008).

### Función sexual de la mujer.

La función sexual está asociada a la anatomía sexual y se expresa mediante las actividades sexuales (Martínez-Sanz, 2015). La respuesta sexual se constituye por una secuencia de eventos psicofisiológicos. El número y tipo de respuestas han ido variando a medida que surgían nuevas evidencias. Destaca el estudio de Masters y Johnson, quienes describieron cuatro fases: excitación, meseta, orgasmo y resolución (o período refractario). Otros autores

alteraron ligeramente esta clasificación (FESS, 2018): Kaplan incluyó la fase de deseo y descartó la meseta; Scnarch matizó que el deseo se da durante toda la respuesta sexual; y Carrobbles y Sanz añadieron una fase de valoración al final del proceso (asociada a la satisfacción sexual). Wipple y McGreer señalaron que las mujeres podían sentir excitación sexual, orgasmo y satisfacción sin experimentar deseo sexual y que podían experimentar deseo, excitación y satisfacción sin llegar al orgasmo.

Queda pendiente investigar la relación entre función sexual femenina y menopausia. No obstante, se ha comprobado un descenso de la testosterona en la menopausia, y la consiguiente disminución de la libido y mayores dificultades para alcanzar el orgasmo (McCoy y Davidson, 1985). Kim y Moon (2006) observaron que las mujeres postmenopáusicas presentaban menos excitación, lubricación, orgasmos y satisfacción y más dolor sexual que las mujeres perimenopáusicas. Los factores psicológicos y aquellos asociados a la relación de pareja también influyen determinantemente en la respuesta sexual durante la menopausia (Cárdenas-Godínez, 2008). Según Basson et al. (2000) falta más evidencia sobre la influencia del envejecimiento y la menopausia en la función sexual femenina. Falta aclarar la relación entre los efectos hormonales, los factores psicosociales e interpersonales, la medicación y las enfermedades concomitantes con la función sexual. El estado de ánimo y el grado de iniciativa y de comunicación sexual también pueden alterar la función sexual femenina (Martínez-Sanz, 2015; Sánchez et al., 2004).

### **Alteraciones de la salud sexual.**

La salud sexual puede presentar diferentes afectaciones. En particular nos interesan las disfunciones sexuales, síndromes asociados a la violencia y victimización, síndromes relacionados con la reproducción e infecciones de transmisión sexual.

### ***Disfunciones sexuales.***

Son trastornos que alteran la capacidad de responder sexualmente o de sentir placer sexual (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2014). Tienen múltiples causas y dimensiones, combinando factores biológicos, psicológicos e interpersonales (Basson et al., 2000). Están relacionados con los cambios psicofisiológicos de la respuesta sexual y no se producen exclusivamente por falta de estimulación sexual (APA, 2014).

Existen tres trastornos que afectan directamente a la salud sexual femenina (APA, 2014; Basson et al., 2000). El trastorno del interés/excitación sexual femenino se caracteriza por la ausencia/reducción de la frecuencia o intensidad del: interés sexual; fantasías o pensamientos

sexuales o eróticos; iniciativa o receptividad sexual; excitación o placer sexual durante la actividad sexual o en respuesta a una invitación sexual; sensaciones genitales o no genitales durante la actividad sexual. El trastorno orgásmico femenino se caracteriza por una dificultad para llegar al orgasmo o por una reducción acusada de la intensidad orgásmica. El trastorno de dolor génito-pélvico/penetración se caracteriza por dificultades durante la penetración vaginal; dolor génito-pélvico; temor/ansiedad al dolor o tensión de los músculos del suelo pélvico durante las penetraciones (o intentos de penetración).

Basson et al. (2000) conceptúan el trastorno de la satisfacción sexual, caracterizado por niveles subjetivos bajos de satisfacción sexual y parámetros adecuados de deseo, excitación y orgasmo. Estos autores recalcan la necesidad de estudiar la epidemiología y clínica del trastorno para una posible inclusión como diagnóstico. Actualmente, la satisfacción sexual se asocia con el funcionamiento sexual, el bienestar psicológico y subjetivo, y la satisfacción global o bienestar con la pareja. La insatisfacción y disfunciones sexuales están relacionadas con la baja autoestima y asertividad, problemas de pareja y el rol de género sumiso (Martínez-Sanz, 2015).

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) especifica que, cuando las dificultades sexuales se derivan de la violencia de pareja, no se diagnostica la disfunción sexual, sino que se cataloga como un código V o Z. Estos códigos no constituyen trastornos mentales, pero hacen referencia a problemas de interés clínico como la violencia sexual en la pareja (APA, 2014).

### ***Infecciones de transmisión sexual.***

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) se contraen por determinados microorganismos durante las relaciones sexuales. Algunas ITS (p.ej. VIH) también se transmiten mediante productos sanguíneos contaminados (jeringuillas, transfusiones de sangre, etc.). El riesgo de contagio es mayor cuando hay un intercambio de fluidos corporales durante una penetración (anal, vaginal u oral) desprotegida. Otros factores de riesgo asociados son: pobreza, cultura, difícil acceso a los servicios de atención y tratamiento, y conocimientos insuficientes o erróneos sobre la sexualidad. Las ITS se pueden prevenir con relaciones sexuales sin intercambio de fluidos y con métodos anticonceptivos de barrera (p.ej. preservativo) (Clemades-Pérez de Corcho, Fonte-Avalos y Ruiz-Rodríguez, 2008).

También existen las infecciones genitales. Pueden ser producidas por alteraciones del pH vaginal, derivadas del uso de anticonceptivos hormonales o por alguna enfermedad endocrina (p.ej. diabetes). Estas infecciones no son una ITS. La distinción principal recae en si es

consecuencia de una relación sexual o no. Sin embargo, ambos tipos de infección pueden producir los mismos síndromes clínicos. Algunas de las ITS más frecuentes son: sífilis, herpes simple, gonorrea, clamidiasis, candidiasis, condilomas, VIH, hepatitis A, B, C, etc. (Clemades-Pérez de Corcho et al., 2008).

### ***Síndromes clínicos relacionados con la reproducción.***

Se derivan esencialmente de embarazos no deseados (hayan sido planificados o no). Derivados del mal uso o fallo de los anticonceptivos, como consecuencia de la violencia sexual o por razones médicas o sociales que modifiquen un embarazo deseado en no deseado (Jasso-Kamel, 2008; Távora y Orderique, 2004).

Una mujer puede decidir interrumpir voluntariamente su embarazo (aunque algunas pueden verse forzadas a ello). Según Jasso-Kamel (2008), las políticas restrictivas asociadas al aborto no lo previenen, sino que promueven algunas de sus complicaciones: abortos incompletos, hemorragias, laceraciones cervicales, perforaciones uterinas, lesión intraabdominal e infecciones. Los *abortos inseguros* se producen sin supervisión médica adecuada. Algunas de sus consecuencias son: aborto séptico, mayor morbilidad, salud reproductiva dañada (esterilidad) y muerte (Jasso-Kamel, 2008; Távora y Orderique, 2004).

Cuando la interrupción no es voluntaria (aborto espontáneo), este se produce antes de la semana 22 de gestación y antes de que el feto pese 500 gramos (Pérez y Panta, 1995; Quiroga de Michelena et al., 2007; Távora y Orderique, 2004). Si la interrupción se produce más tarde, se denomina *óbito fetal*, aunque raramente sucede (Quiroga de Michelena et al., 2007). Los abortos espontáneos, aunque no suelen ocasionar el fallecimiento de la madre, suelen requerir algún tratamiento u hospitalización (Távora y Orderique, 2004). Las anomalías cromosómicas pueden causar más del 50% de estos abortos, dato que contrasta con el 1% de recién nacidos con algún defecto cromosómico (Quiroga de Michelena et al., 2007).

### ***Síndromes clínicos relacionados con la violencia y victimización.***

Estos síndromes están directamente relacionados con la violencia sexual, tanto cometida por la pareja agresora, como por otras personas. Dado el objetivo del estudio, a continuación se detallará la violencia sexual ejercida por la pareja sentimental.

## **Violencia contra las mujeres**

Este fenómeno se conoce también como *violencia de género* porque tiene su origen en el rol social y psicológico asignado por razón de género y por las desigualdades que de ellos se

derivan (Aliaga, Ahumada y Marfull, 2003; Corsi, 2010; Martínez-Sanz, 2015). Según Martínez-Sanz (2015), toda violencia contra las mujeres es violencia sexual porque se perpetra sobre su sexualidad y por razones sexuales. González-Serratos (2008) arguye que la sexualidad se utiliza para imponer poder sobre la mujer. Consecuentemente, la deshumaniza, degrada y priva de libertad sexual. La Asamblea Mundial de la Salud reconoció la violencia contra las mujeres como una violación de los derechos humanos y un problema de salud pública (Aliaga et al., 2003; De La Cruz-Fortún, 2014; Martínez-Sanz, 2015; Sanz-Barbero, Rey y Otero-García, 2014).

### **Violencia contra la mujer en la relación de pareja.**

Constituye una de las formas de violencia contra las mujeres más extendidas. Es ejercida por cualquier tipo de pareja con un vínculo afectivo, pasado o presente, relativamente estable (Martínez-Sanz, 2015; OPS, 2013b; Ruiz-Pérez, Blanco-Prieto y Vives-Cases, 2004). Este maltrato puede adoptar diferentes formas: físico, psicológico/emocional, sexual o social y económico (Calvo-González y Camacho-Bejarano, 2014; De La Cruz-Fortún, 2014; Domínguez-Fuentes, García-Leiva y Cuberos-Casado, 2008; Martínez-Sanz, 2015; OPS, 2013b). Pueden darse aisladamente, pero normalmente coexisten varias formas a la vez (Ruiz-Pérez et al., 2004).

Existen factores de riesgo socioculturales, familiares e individuales asociados a las víctimas y agresores. Respecto a las víctimas: carencia de apoyo social o institucional, adhesión a los estereotipos y roles de género, normalización de la violencia, dependencia económica y emocional, exposición a la violencia contra la mujer en la pareja durante la infancia, antecedentes de violencia contra la mujer en la pareja o de abuso sexual infantil, nivel socioeconómico y educativo bajo, ser inmigrante, discriminación percibida, etc. Respecto a los agresores: interiorización de la cultura patriarcal y de los modelos de masculinidad estereotipados, exposición a la violencia contra la mujer en la pareja durante la infancia, antecedentes de violencia contra la mujer, socialización autoritaria o hiperprotectora, conductas sexuales de riesgo, alto consumo de alcohol y otras drogas, juventud, trastornos de la personalidad, nivel socioeconómico y educativo bajo, etc. (Calvo-González y Camacho-Bejarano, 2014; Martínez-Sanz, 2015; OPS, 2013b; Ruiz-Pérez et al., 2004; Sanz-Barbero et al., 2014).

Según Plazaola-Castaño y Ruiz-Pérez (2004), la magnitud de las consecuencias es significativamente mayor cuando el maltrato lo ejerce la pareja. Ello se debe a la habitualidad y cronicidad de la violencia y al contexto que, teóricamente, debería proporcionar intimidad y

seguridad. Respecto a la salud sexual, el mayor impacto se produce por el “efecto acumulativo” de diferentes formas de maltrato, especialmente la combinación de violencia física y sexual.

### ***Violencia sexual en la relación de pareja.***

Existen muchas definiciones de violencia sexual. Todas ellas incluyen una gran variedad de actos sexuales más allá de las penetraciones; incluidas las tentativas, insinuaciones o comentarios sexuales no deseados. Estos actos ocurren sin la voluntad de la víctima, medie la violencia o no (APA, 2014; De La Cruz-Fortún, 2014; González-Serratos, 2008; OPS, 2013c).

Entre 2005 y 2012, se registró un rango nacional de 2.4% a 30.4% de mujeres víctimas de violencia sexual. Entre 1996 y 2010, se registró maltrato sexual entre el 20% y 44% de las mujeres en servicios para víctimas de violencia contra la mujer en la pareja. La violencia sexual ejercida por la pareja es la forma más frecuente pero también la menos denunciada legal y socialmente (González-Serratos, 2008). Gran parte de la variabilidad de los datos se debe a las diferencias en la definición del concepto. Al no medir exactamente lo mismo, la validez de estos estudios queda comprometida (Martínez-Sanz, 2015; Ramírez-Rodríguez y Patiño-Guerra, 1997; Ramos-Lira, Saltijeral-Méndez, Romero-Mendoza, Caballero-Gutiérrez y Martínez-Vélez, 2001). Muchas mujeres no solicitan atención profesional, ni denuncian los hechos. Estos casos quedan sin registrar, con lo cual, el impacto real se desconoce (OPS, 2013c).

Algunas no perciben la violencia sexual y consideran normal el comportamiento del agresor. Existen varios factores que promueven esta invisibilización. Por ejemplo, la creencia del “débito conyugal”: las mujeres “deben” mantener relaciones sexuales, lo deseen o no, con sus parejas y forzarlas queda justificado por ser “su deber”. Otra falsa creencia, que justifica el comportamiento coercitivo del hombre, es que tienen la necesidad ineludible de mantener relaciones sexuales (Martínez-Sanz, 2015).

Otros factores que invisibilizan el problema son: aceptación de la desigualdad entre géneros; aceptación de la conducta violenta de los hombres; mayor familiaridad con el agresor; contexto socio-cultural: normalización, minimización y tolerancia a la violencia sexual; sexismo benévolo, asociado al paternalismo e influye en el sentimiento de culpabilidad por “transgredir” el rol femenino; miedo de las mujeres a las reacciones de los profesionales; falta de ética en las relaciones sexuales y amorosas, asociando la sexualidad a la felicidad como producto de consumo; dificultad para aceptar la victimización; miedo a

denunciar por vergüenza o por temor a las represalias, a ser culpadas, a no ser creídas o a la marginación social, etc. (De La Cruz-Fortún, 2014; Martínez-Sanz, 2015; OPS, 2013c; Ramos-Lira et al., 2001).

Todos estos factores socioculturales ejercen una presión sobre la población general, incluidos los profesionales (del ámbito de la salud, ámbito socio-sanitario, agentes policiales y judiciales, etc.). Ello afecta al modo de asistir y atender a las víctimas.

#### *Formas de violencia sexual y métodos de coacción.*

Se distinguen diferentes conductas sexuales forzadas (De La Cruz-Fortún, 2014; González-Serratos, 2008; Martínez-Sanz, 2015): tocamientos sexuales con o sin masturbación; sexo oral; penetración vaginal, anal y bucal; penetración de objetos; uso de ropa u objetos con fines sexuales; visionado o creación de material pornográfico; conductas exhibicionistas; conductas voyeristas; relaciones sexuales con otras personas, menores o animales. Asimismo, se incluyen: bromear o descalificar su cuerpo, desempeño o necesidades sexuales; obligarle o impedirle usar anticonceptivos, a embarazarse o abortar; y exigirle relaciones sexuales estando enferma o en otra situación delicada para mantener relaciones (De La Cruz-Fortún, 2014; González-Serratos, 2008).

Finkelhor e Yllö (1983) diferenciaron los siguientes métodos de coacción: a) coerción social: presión social para cumplir con las expectativas del rol sexual femenino; b) coerción interpersonal: humillaciones, amenazas de abandono afectivo o económico y de futuras infidelidades; c) amenazas con fuerza física: amenazas explícitas o implícitas sobre posibles daños a ellas o a terceras personas; y d) coacción física: fuerza física (sujetar, ahogar, etc.). Asimismo, se distinguen las siguientes formas de coacción: manipulación psicológica, degradación y sumisión. La violencia sexual también ocurre cuando la persona es incapaz de consentir (debido a la edad, enfermedad, discapacidad, estar inconsciente o intoxicado) o de rechazar (por intimidación) (De La Cruz-Fortún, 2014; Martínez-Sanz, 2015; OPS, 2013c).

#### *Motivación de los agresores.*

Burguess y Holmstrom argumentaron la existencia de dos motivaciones principales: poder e ira. Con el poder, busca constatar su fuerza, identidad e idoneidad sexual mediante la fuerza física, amenazas o uso de armas. Con la ira, siente un odio general hacia las mujeres o un odio personal hacia la víctima, y busca venganza y manifiesta su rabia contra ella. González-Serratos (2008) afirma que muchas veces estas motivaciones se entremezclan y que los perpetradores no se guían por la lujuria sino por la cólera, la baja autoestima y el deseo de

imponerse a una mujer. Mahoney y Williams (2007) proponen la siguiente clasificación de motivaciones: a) deseo de dominio y control de la pareja, con o sin violencia física; b) voluntad de dañar, castigar y humillar a la mujer; c) por motivos sádicos: fantasías sexuales fetichistas y desviaciones sexuales; y d) otras motivaciones.

Las víctimas manifiestan sentirse desconcertadas, intimidadas, vulnerables, humilladas, colapsadas emocionalmente, etc. Cuando ignoran la violencia, los perpetradores lo suelen interpretar como una aceptación y las agresiones pueden incrementarse un 75%. Cuando se oponen explícitamente, los agresores suelen interpretarlo como un reto y argumentan que la víctima les ha provocado (González-Serratos, 2008).

#### *Consecuencias de la violencia sexual.*

Las afectaciones de la violencia sexual parecen ser más profundas y prolongadas cuando ocurre en etapas tempranas (González-Serratos, 2008).

A nivel psicológico, presentan una mayor tasa o gravedad del trastorno por estrés postraumático (TEPT) y mayor malestar emocional que otras víctimas de violencia contra la mujer que no hayan sufrido violencia sexual en la pareja. También pueden padecer depresión, ansiedad, fobias, sueño alterado, síntomas somáticos, ideación suicida, intentos autolíticos, uso de psicofármacos y una imagen corporal negativa (Calvo-González y Camacho-Bejarano, 2014; De La Cruz-Fortún, 2014; Martínez-Sanz, 2015; OPS, 2013a; OPS, 2013c).

Las consecuencias conductuales más prevalentes son comportamientos sexuales de alto riesgo (relaciones sin protección, múltiples parejas sexuales, etc.), abuso de alcohol y otras drogas, y riesgo de re-victimización (De La Cruz-Fortún, 2014; OPS, 2013a; OPS, 2013c).

Físicamente, son comunes las lesiones físicas y los problemas ginecológicos (De La Cruz-Fortún, 2014; Martínez-Sanz, 2015; OPS, 2013a; OPS, 2013c): dolor vaginal y pélvico crónico, dolor coital, trastorno inflamatorio pélvico, dolores abdominales y gastrointestinales, dispaurenia, infecciones vaginales y urinarias, pérdidas de orina, hemorragias vaginales y anales, fístulas traumáticas, irritación genital y fibromas. Asimismo, obesidad, somatizaciones de la ansiedad y problemas asociados al estrés (dolores de cabeza, entumecimiento, hormigueo, etc.).

Estos problemas ginecológicos afectan directamente a la salud sexual. Existen otras posibles consecuencias sexuales (Calvo-González y Camacho-Bejarano, 2014; De La Cruz-Fortún, 2014; González-Serratos, 2008; Martínez-Sanz, 2015; OPS, 2013a; OPS, 2013c; Ruiz-Pérez et al., 2004): ITS, embarazos no planificados o no deseados, complicaciones del embarazo, riesgos para el feto, infertilidad, interrupciones del embarazo voluntarias y

espontáneas; función sexual afectada (menores niveles o trastornos del deseo, excitación, satisfacción y asertividad sexual); y negociación deficitaria sobre el uso de métodos anticonceptivos. Algunos estudios encuentran una frecuente actividad sexual, mientras que otros observan miedo ante futuras actividades sexuales.

Finalmente, la violencia sexual puede causar la muerte por suicidio, complicaciones del embarazo, abortos inseguros, sida, asesinatos durante las relaciones forzadas o por crímenes de “honor” (OPS, 2013c).

## **Objetivos**

Explorar la violencia contra las mujeres permite divulgar nuevos conocimientos, concienciar a la población, expandir los campos de acción y mejorar los programas y estrategias de actuación (OPS, 2013c). Por ello, investigar en este ámbito cobra una especial importancia. No obstante, muchas investigaciones se centran en la violencia física o psicológica y en las consecuencias sobre la autoestima, trastornos depresivos o TEPT (Martínez-Sanz, 2015). La violencia sexual y las consecuencias sobre la salud sexual han sido escasamente exploradas.

Por todo ello, el propósito del presente estudio es explorar cómo afecta la violencia sexual ejercida por la pareja sobre la salud sexual de las víctimas. Se plantearon los siguientes objetivos específicos: 1) describir las características sociodemográficas de la muestra; 2) explorar las historias de relación de pareja con los agresores; 3) detallar la ocurrencia, frecuencia y duración de los tipos de maltrato; 4) profundizar en la violencia sexual (conductas realizadas forzosamente, métodos de coacción, reacciones ante los episodios); 5) estudiar los antecedentes de violencia sexual; 6) explorar el uso de métodos anticonceptivos; 7) examinar las afectaciones en la salud reproductiva (embarazos no planificados, interrupciones voluntarias y espontáneas del embarazo); 8) analizar posibles problemas ginecológicos; 9) explorar posibles infecciones de transmisión sexual; y 10) estudiar la función sexual femenina.

## **Método**

### **Diseño**

En base al objetivo del estudio, se decidió realizar una investigación cualitativa. Se trata de un estudio descriptivo transversal. La muestra es intencional debido a la selección deliberada de las participantes en base a sus características.

## **Participantes**

La muestra final del estudio consta de 19 mujeres provenientes de diferentes servicios de acogida o asistencia a víctimas de violencia contra la mujer localizados en Mallorca: Servicio de Acogida Municipal a las Víctimas de Violencia de Género (SAM VVG), Casal Ariadna y Fundación IReS.

## **Instrumentos**

Para la recogida de datos se elaboraron dos entrevistas semiestructuradas y se utilizó un cuestionario. La primera entrevista fue elaborada específicamente para esta investigación y solicita información sociodemográfica y datos descriptivos sobre la violencia contra la mujer (véase Anexo 1). Su finalidad es recoger información general y contextual de las participantes.

La segunda entrevista se basó en la *Entrevista Semiestructurada para la Exploración de la Violencia Sexual sobre las Mujeres en la Relación de Pareja* (EVS) elaborada por Martínez-Sanz, Mañas-Viejo y Pons-Salvador (2016). Su objetivo es proporcionar una herramienta de recogida de información sobre la violencia sexual ejercida por la pareja. Para adaptar la EVS al propósito del estudio, se modificó la formulación y orden de algunas preguntas y se añadieron algunas otras (véase Anexo 2).

Finalmente, se empleó el *Inventario de Función Sexual Femenina* (IFSF) creado por Rosen et al. (2000). Es un autoinforme breve y multidimensional de 19 preguntas con 6 alternativas de respuesta (véase Anexo 3). Evalúa la función sexual femenina y sus 6 dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. Las propiedades psicométricas son sólidas. Ha demostrado capacidad discriminatoria entre poblaciones clínicas y no clínicas y ha sido validado para estudios epidemiológicos (Rosen et al., 2000; Terrein-Roccatti, 2008).

## **Procedimiento**

Se solicitó la autorización del Comité de Ética de investigación de la UIB y, posteriormente, la del Institut Balear de la Dona (IBD). Una vez cumplimentados los trámites y aceptada la solicitud, se contactó con las profesionales que coordinan y trabajan en las entidades. Estas valoraron qué mujeres dentro de sus servicio cumplían con los criterios de inclusión (violencia sexual dentro de la pareja, participación voluntaria). Dada la naturaleza de la violencia contra las mujeres, no se estableció ningún criterio de exclusión en cuanto a la ocurrencia o no de otras formas de maltrato.

Se recogieron los datos entre el 20 de febrero y el 30 de abril de 2018. Se intentó garantizar que las variaciones en las respuestas se debiesen exclusivamente a las diferencias individuales. Por ello, la recogida de información se realizó de la manera más sistematizada posible. Únicamente, dos chicas de origen marroquí realizaron la entrevista con la ayuda de una mediadora bilingüe a través de un servicio de interpretación telefónica humana.

La aplicación de los instrumentos se realizó en sesiones individuales de 1 hora aproximadamente. Previamente, se explicó, verbalmente y por escrito, la naturaleza y objetivo del estudio; la confidencialidad y anonimato de sus relatos, la posibilidad de abandonar la entrevista o de no responder a todas las preguntas; y se aclaró cualquier duda. A continuación, firmaron el consentimiento informado y se les indicó que respondiesen sobre la pareja agresora más reciente. Primero se aplicó la entrevista sobre datos sociodemográficos y aspectos generales de la violencia contra la mujer. Luego, la versión modificada de la EVS y, por último, se administró el IFSF.

Finalizada la recogida de datos, se depuró la muestra, eliminando a una participante por no haber sufrido violencia sexual. Finalmente, se procedió al análisis, interpretación y discusión de la información obtenida.

## **Análisis de datos**

El análisis se realizó a nivel descriptivo. Se reflejó la prevalencia de respuestas en las variables exploradas y se determinó la media, desviación estándar y rango de determinadas variables cuantitativas. Para el análisis de las preguntas abiertas, se revisaron en profundidad las respuestas de las participantes, se procesaron semánticamente y se clasificaron en diferentes categorías de información. En cuanto al IFSF, se dividió a la muestra en dos grupos: aquellas que contestaban sobre su sexualidad con nuevas parejas sentimentales/sexuales y aquellas que contestaban sobre su sexualidad con la pareja agresora. Para cada grupo se analizó la medida global de función sexual femenina y sus seis dominios.

Se aseguró el rigor de los datos mediante la saturación del discurso (observada por el número de entrevistas realizadas), controles de credibilidad (avalados por las profesionales que trataban a las mujeres) y triangulación entre investigadoras (las categorías de análisis fueron revisadas por las dos investigadoras).

### Resultados

Los datos sociodemográficos ofrecen una caracterización de la muestra (véase Tabla 1). Más de la mitad de las mujeres eran extranjeras (provenientes de Bolivia, Brasil, Colombia, Venezuela, Rumania, Marruecos e India). De media, permanecen en España desde hace 7 años (siendo el rango de 1 a 17 años y la desviación estándar, 4.967).

**Tabla 1**  
*Datos sociodemográficos*

		n (N=19)	%	
Edad	De 18 a 29 años	7	36.84	
	De 30 a 39 años	5	26.32	
	De 40 a 49 años	6	31.58	
	De 50 a 59 años	1	5.26	
Nacionalidad	Española	9	47.37	
	Extranjera	10	52.63	
	Sí, únicamente con la pareja agresora	12	63.16	
	Sí, con la pareja agresora y otra pareja	6	31.58	
	No	1	5.26	
			94.74	
Maternidad	Número de hijos/as <sup>1</sup>	1 hijo/a	4	22.22
		2 hijos/as	7	38.89
		3 hijos/as	7	38.89
	Edades <sup>2</sup>	De 0 a 2 años	8	20.51
		De 3 a 5 años	4	10.26
		De 6 a 12 años	16	41.03
		De 13 a 18 años	8	20.51
		Mayores de 18 años	3	7.69
	Sexo <sup>2</sup>	Niños	19	48.72
		Niñas	20	51.28
Estado civil	Soltera	7	36.84	
	Casada	2	10.53	
	Separada	3	15.79	
	Divorciada	7	36.84	
Nivel de estudios	Estudios primarios	4	21.05	
	Graduado escolar	4	21.05	
	FPI / CFGM	1	5.26	

Tabla 1  
*Datos sociodemográficos (continuación)*

	Bachiller / BUP / COU / equivalente	8	42.11
	Estudios universitarios	1	5.26
	Posgrado	1	5.26
	Desempleada	10	52.63
Situación laboral <sup>3</sup>	Trabajo sumergido	2	10.53
	Trabajo temporal	3	15.79
	Trabajo estable	6	31.58

1. Porcentaje relativo sobre las mujeres con maternidad (N=18)
2. El porcentaje se calculó sobre el número de hijos/as (N=39)
3. Algunas mujeres tienen pluriempleo y se ajustan a más de una opción.

En la Tabla 2 se describen las características de la relación de pareja con el agresor y la situación actual. Cabe señalar que se optó por utilizar el término “relación sin convivencia” frente a “noviazgo” porque hubo mujeres que, a pesar de mantener la relación muchos años y convivir con él, no se casaron. Destacar que, casi la mitad de mujeres, manifestaron que la relación comenzó rápidamente, conviviendo con la pareja incluso a los pocos días de conocerse. En algunos casos, la convivencia empezó tiempo después de casarse, principalmente por motivos de inmigración. Hubo dos casos de matrimonio concertado, en los que no hubo ningún tipo de relación previa al casamiento. Fue previsible que la mayoría de mujeres hubiesen dejado de convivir con su agresor, ya que el 63.16% de la muestra procedía de dos servicios de acogida.

Tabla 2  
*Datos descriptivos sobre la relación de pareja con el agresor*

		n (N=19)	%	
Duración de la relación sin convivencia	Menos de 1 mes	9	47.37	
	De 1 a 5 meses	2	10.53	
	De 6 a 11 meses	1	5.26	
	De 1 a 5 años	6	31.58	
	De 6 a 10 años	1	5.26	
Convivencia	Sí	19	100	
	Duración	De 1 a 5 meses	2	10.53
		De 1 a 5 años	9	47.37
		De 6 a 10 años	1	5.26
		Más de 10 años	7	36.84
Matrimonio	Sí	10	52.63	
	No	9	47.37	

Tabla 2  
*Datos descriptivos sobre la relación de pareja con el agresor (continuación)*

	Duración del matrimonio <sup>1</sup>	De 1 a 5 meses	1	10
		De 1 a 5 años	5	50
		Más de 10 años	4	40
Duración total de la relación	De 1 a 5 años		9	47.37
	De 6 a 10 años		2	10.53
	Más de 10 años		8	42.11
Estado actual de la relación	Ruptura		19	100
	Duración de la ruptura	De 1 a 5 meses	3	15.79
		De 6 a 11 meses	7	36.84
		De 1 a 5 años	8	42.11
		De 6 a 10 años	1	5.26
	Convivencia actual a pesar de la ruptura	Sí	1	5.26
No		18	94.74	

1. Porcentaje relativo sobre las mujeres que se casaron con el agresor (N=10)

En cuanto a las situaciones de maltrato (véase Tabla 3), muchas mujeres manifestaron que el maltrato psicológico y social/económico solían darse desde el principio de la relación. En cambio, el maltrato sexual se iniciaba frecuentemente después del casamiento o del primer embarazo.

Tabla 3  
*Datos generales sobre la violencia de género*

			n (N=19)	%
Maltrato físico	Ocurrencia	Sí	16	84.21
		No	3	15.79
	Duración <sup>1</sup>	Evento puntual	1	6.25
		De 1 a 5 meses	1	6.25
		De 6 a 11 meses	2	12.5
		De 1 a 5 años	7	43.75
		De 6 a 10 años	2	12.5
		Más de 10 años	3	18.75
	Frecuencia <sup>1</sup>	Una sola vez	1	6.25
		Esporádico <sup>2</sup>	3	18.75
Habitual <sup>3</sup>		12	75	
Maltrato psicológico/emocional	Ocurrencia		19	100
	Duración	De 1 a 5 años	10	52.63
		De 6 a 10 años	2	10.53
		Más de 10 años	7	36.84
	Frecuencia	Habitual <sup>3</sup>	19	100
Maltrato social/económico	Ocurrencia		19	100
	Duración	De 1 a 5 años	11	57.89
		De 6 a 10 años	1	5.26
		Más de 10 años	7	36.84

Tabla 3  
*Datos generales sobre la violencia de género (continuación)*

		Frecuencia	Habitual <sup>3</sup>	19	100
Maltrato sexual	Ocurrencia	Sí		19	100
	Duración	De 1 a 5 meses		1	5.26
		De 6 a 11 meses		2	10.53
		De 1 a 5 años		10	52.63
		De 6 a 10 años		1	5.26
		Más de 10 años		4	21.05
		Desconocida		1	5.26
	Frecuencia	Esporádico <sup>2</sup>		2	10.53
		Habitual <sup>3</sup>		16	84.21
		Desconocida		1	5.26

1. Porcentaje relativo sobre las mujeres que sufrieron maltrato físico (N=16)

2. Esporádico: si pasaron meses o años entre los episodios violentos.

3. Habitual: si los episodios violentos se dan de manera diaria, semanal o mensual.

En un caso concreto, no hubo violencia sexual de alta intensidad, pero sí de baja intensidad (tentativas de relaciones sexuales no consumadas a pesar de la coacción, comentarios sexuales no deseados, etc.). Se decidió no descartar a esta mujer de la muestra porque, a pesar de que la violencia sexual de baja intensidad no se ha registrado de manera sistemática, también constituye una forma de violencia sexual. Se creyó que sería un error reducir este tipo de violencia únicamente a las relaciones sexuales no deseadas y consumadas, ya que dificultaría la visibilización integral y global de la violencia sexual.

En la Tabla 4, se detallan las categorías de información relativas a la violencia sexual. El 36.84% de las mujeres sufrieron algún tipo de antecedente de violencia sexual fuera de las relaciones de pareja, predominando el abuso sexual infantil. Las anteriores parejas maltratadoras incluyeron las que ejercieron violencia sexual como las que perpetraron otras formas de maltrato. Se registraron una gran variedad de conductas sexuales no deseadas. En dos casos, las mujeres no quisieron entrar en detalles al respecto, con lo cual, los porcentajes podrían ser mayores. Se incluyó la opción “No hubo actividad sexual forzada” para la mujer que sufrió violencia sexual de baja intensidad.

Tabla 4  
*Categorías de análisis asociadas a la violencia sexual*

		n (N=19)	%
Antecedentes de violencia sexual <sup>1</sup>	Sin antecedentes	12	63.16
	Abusos y/o agresiones sexuales infantiles	7	36.84

Tabla 4  
*Categorías de análisis asociadas a la violencia sexual (continuación)*

	Abusos y/o agresiones sexuales en la adultez	1	5.26
Otros antecedentes de violencia	Anteriores parejas maltratadoras	5	31.25
	Penetración vaginal	16	84.21
Conductas sexuales no deseadas <sup>1</sup>	Tocamientos	12	63.16
	Sexo oral	12	63.16
	Masturbación	10	52.63
	Penetración anal	10	52.63
	Visualización de pornografía	8	42.11
	Uso de lencería y complementos	6	31.58
	Determinadas posturas	4	21.05
	Eyacuación sobre el cuerpo	2	10.53
	Uso de objetos sexuales	2	10.53
	Sexo con otras personas	2	10.53
	Creación de pornografía para la red	1	5.26
	Fingering	1	5.26
	Sexo telemático	1	5.26
	No contesta	2	10.53
	No hubo ninguna actividad sexual forzada	1	5.26
Métodos de coacción <sup>1</sup>	Insultos/menoscios	16	84.21
	Chantaje o amenazas emocionales	15	78.95
	Fuerza física	13	68.42
	Gritos	11	57.89
	Conducta agresiva	8	42.11
	Normalización social	7	36.84
	Chantaje o amenazas económicas	3	15.79
	Manipulación	1	5.26
Tipos de reacción <sup>1</sup>	Negación explícita	15	78.95
	Pasividad	11	57.89
	Participación activa	9	47.37
	Llanto	9	47.37
	Placer fingido	7	36.84
Humillación derivada de su iniciativa sexual	Sí	6	31.58
	No, no hubo humillación	6	31.58
	Ella no tenía iniciativa	6	31.58
	Se desconoce	1	5.26

1. Cada mujer pudo haber experimentado varias opciones dentro de la misma categoría.

En varios casos, los agresores usaron a los hijos/as para amenazar, chantajear o dañar a las mujeres. Aunque no se incluyó como unidad de análisis, se observó que algunas mujeres accedieron a mantener relaciones sexuales no deseadas por normalización social. Es decir, asociaban determinados deberes y obligaciones al rol femenino:

*“Te vas dando cuenta de que, bueno, de que cada vez te apetece menos, pero es tu marido y tienes que cumplir”* (Entrevistada 14, 32 años).

*“Ya te digo, me sentía como una prostituta, y decía pero para eso estamos las mujeres, para servir”* (Entrevistada 15, 30 años).

*“A veces pensaba que para eso era lo único que servían las mujeres, para complacer al hombre”* (Entrevistada 15, 30 años).

También se diferenció la opción de “Manipulación”, porque, en un caso en particular, el método de coacción no se ajustaba a los preestablecidos, sino que el agresor aprovechó la legitimidad que la mujer le daba por su gran bagaje cultural para coaccionarla.

Se observó una diversidad de reacciones ante estas situaciones. En la gran mayoría de casos, las mujeres manifestaron reaccionar de diferentes maneras en función de la situación. Muchas mujeres expresaron que se vieron obligadas a participar activamente, reflejaron su incomodidad o malestar llorando, o tuvieron que fingir placer o quedarse pasivas para que la relación sexual terminase cuanto antes o para evitar daños físicos:

*“Y es como, bueno, que pase rápido. E incluso, yo a veces, en plan de, intentar que él lo más rápido posible llegara a la eyaculación y me dejara en paz. Era como la forma más rápida de eso, era me dejo que me haga tal y que rapidito, que no dure mucho esto”* (Entrevistada 16, 41 años).

*“Llega un momento en que no... Le consientes, o sea, él quiere, pues eh, para que te fuerce y que sea peor y me pegara o que fuera a más, por lo que yo ya había vivido, ya era como no, ni me negaba, o sea, en seguida, sí, porque ya había vivido lo otro, no quería, no quería que me forzara más violentamente”* (Entrevistada 16, 41 años).

Respecto a las humillaciones por las iniciativas sexuales de las mujeres, predominó el siguiente motivo:

*“Si no llevaba la iniciativa, que era una frígida. Si la llevaba, que era una puta”* (Entrevistada 7, 41 años).

Además, el no haber tenido nunca la iniciativa sexual niega la oportunidad a que se produzca una humillación y refleja la reducida o nula voluntad para mantener relaciones sexuales con el agresor.

En la Tabla 5 se refleja la información registrada acerca de las categorías de análisis sobre salud sexual. Muchas mujeres emplearon diferentes métodos anticonceptivos en distintos momentos de la relación, tanto con anteriores parejas como con los agresores. Sin embargo, los datos no son del todo comparables, ya que un 42.11% de la muestra no había tenido parejas (sexuales) anteriores y, por tanto, no tuvieron la necesidad/oportunidad de usar métodos anticonceptivos. La elevada desprotección en las relaciones sexuales con el agresor ya es un dato significativo por los riesgos que conlleva.

Referente a los motivos del uso de los métodos anticonceptivos, en relaciones anteriores, el 73.33% de las parejas respetaron la decisión de las mujeres. Un 20% usó, en algún momento de la relación, un método anticonceptivo alternativo al preservativo dado que la pareja no quería usarlo. Un 6.67% de la muestra no usó ningún tipo de anticonceptivo porque la pareja no quería usar protección. Con el agresor, hubo una mayor diversidad de métodos anticonceptivos y de motivos para usarlos. El 73.68% de los agresores respetaron la decisión de las mujeres. Durante las mismas relaciones, el 47.37% de la muestra no se protegió por diferentes motivos: quisieron tener hijos/as (5.26%); solo ellos quisieron tener hijos/as (15.79%); decisión mutua (10.53%), a veces confiando en la marcha atrás; solo ellos no quisieron protección (5.26%); restricciones culturales marroquíes (5.26%); no hablaron nunca del tema (5.26%). Cuando los agresores no quisieron usar preservativos (26.32%), las mujeres usaron métodos alternativos (píldoras, DIU, inyecciones o aro anticonceptivo). También usaron estos métodos alternativos a escondidas, cuando los agresores quisieron tener hijo/as pero ellas no (15.79%) y cuando ellos no quisieron usar protección (10.53%).

De algunas categorías de análisis (embarazos no planificados, interrupciones voluntarias del embarazo, abortos espontáneos, problemas ginecológicos e ITS), se registraron exclusivamente aquellas situaciones experimentadas durante la relación con el agresor. No se contemplaron situaciones similares vividas con anteriores o actuales parejas.

Respecto a los embarazos no planificados, no se registró ningún motivo especialmente frecuente, sino que se encontró cierta variedad de motivos. La opción "Se confiaron" se basa, principalmente, en practicar la marcha atrás y en no protegerse de otra forma cuando el uso de las píldoras anticonceptivas fue irregular. También se contempló la opción "Desconocido" para las mujeres que manifestaron no saber qué pasó realmente.

Tabla 5  
Categorías de análisis asociadas a la salud sexual

		n (N=19)	%		
Protección en las relaciones sexuales	No hubo parejas anteriores	8	42.11		
		Con parejas anteriores <sup>1</sup>	Píldoras anticonceptivas	8	42.11
			Preservativo	5	26.32
			Aro anticonceptivo	1	5.26
			Sin protección	1	5.26
	Motivo de la elección con la pareja anterior <sup>2</sup>		Elección propia y respetada	11	73.33
		Él no quería condón	3	20	
		Él no quería protección	1	6.67	
		Con la pareja agresora <sup>1</sup>	Sin protección	9	47.37
			Píldoras anticonceptivas	9	47.37
	Preservativo		8	42.11	
	DIU		3	15.79	
	Anticonceptivos inyectables		2	10.53	
	Motivo de la elección con la pareja agresora <sup>1</sup>	Aro anticonceptivo	1	5.26	
		Elección propia y respetada	14	73.68	
		Él no quería condón	5	26.32	
		Él quería hijos/as y ella no	3	15.79	
		Él no quería protección	3	15.79	
		Él quería hijos/as	3	15.79	
		Sin protección (mutuo)	2	10.53	
Ambos querían hijos/as		1	5.26		
Cultural		1	5.26		
Nunca lo hablaron		1	5.26		
Embarazos no planificados	Sí	1 embarazo	6	31.58	
		2 embarazos	1	5.26	
		3 embarazos	5	26.32	
		4 embarazos	1	5.26	
	No	6	31.58		
		Se confiaron	8	29.63	
			Sin protección (mutuo)	6	22.22
		Motivo <sup>3</sup>	Él no quiso usar protección	6	22.22
			Violación	3	11.11
			El método falló	2	7.41

Tabla 5  
Categorías de análisis asociadas a la salud sexual (continuación)

		Desconocido	2	7.41		
Interrupciones voluntarias del embarazo	Sí	1 interrupción	2	10.53	15.79	
		2 interrupciones	1	5.26		
		No	16	84.21		
	Sin el apoyo de la pareja <sup>4</sup>			4	100	
		La pareja le obligó <sup>4</sup>		1	25	
		A escondidas de la pareja <sup>4</sup>		2	50	
Abortos espontáneos	Sí	1 aborto	5	26.32	31.58	
		2 abortos	1	5.26		
	No		13	68.42		
	Motivo <sup>5</sup>	El feto no se desarrolló		4	57.14	
		Esfuerzo físico		2	28.57	
Desconocido			1	14.29		
Revisiones ginecológicas	Sí		13	68.42	89.47	
	Sí, pero desde que dejó la relación		4	21.05		
	No		2	10.53		
Problemas ginecológicos <sup>1</sup>	Sí	Alteraciones de la regla		7	36.84	
		Infecciones de orina		7	36.84	
		Infecciones vaginales		6	31.58	
		Escozor/fisura anal		2	10.53	
		Quistes ováricos		1	5.26	
		Problemas durante el embarazo		1	5.26	
		Dolores coitales		2	10.53	
	No		5	26.32		
ITS	Sí	VPH		1	5.26	
		Sin diagnóstico concreto		1	5.26	10.53
	No		17	89.47		
	Contagio por la pareja <sup>6</sup>		2	100		
	Recibió tratamiento <sup>6</sup>		2	100		
	Evolución favorable <sup>6</sup>		2	100		
	Estado actual <sup>6</sup>	Controlado pero portadora		1	50	
		Curada		1	50	
Perimenopausia	Sí		1	5.26		
	No		18	94.74		

1. Cada mujer pudo haber experimentado varias opciones dentro de la misma categoría, por lo que los porcentajes suman más de 100.

2. Porcentaje relativo sobre las mujeres que tuvieron alguna pareja anterior (N=15).
3. Porcentaje relativo sobre el número registrado de embarazos no planificados (N=27).
4. Porcentaje relativo sobre la cantidad de interrupciones voluntarias del embarazo (N=4).
5. Porcentaje relativo sobre el número de abortos espontáneos (N=7).
6. Porcentaje relativo sobre las ITS registradas (N=2).

Se debe considerar que los problemas ginecológicos e ITS quedaron inexplorados en aquellas mujeres que no acudían al ginecólogo o que lo hicieron a partir de la ruptura.

El 73,68% de la muestra manifestó algún problema ginecológico durante la relación de pareja con el agresor. Las “alteraciones de la regla” hacen referencia a su regularidad, cantidad de sangrado, dolores, etc. Destacó la candidiasis como principal infección vaginal. Las ITS fueron mucho menos frecuentes que los problemas ginecológicos.

Se decidió explorar cuántas mujeres tenían la menopausia por su asociación con posibles alteraciones en la función sexual femenina. Ninguna mujer manifestó tener la menopausia. Tan solo una mujer se encontraba en la perimenopausia. Esta manifestó sentir menos deseo sexual, mayor sequedad vaginal y más dolor coital (atribuyéndolo a la sequedad) desde el comienzo de esta etapa.

Por lo que respecta al IFSF, se formaron dos grupos. El grupo 1 lo conformaron las mujeres que no habían vuelto a tener relaciones sexuales desde la ruptura con el agresor (52.63%) y contestaron refiriéndose a las relaciones sexuales con ellos. El grupo 2 lo formaron las mujeres que habían vuelto a tener parejas sexuales/sentimentales (47.37%) y respondieron sobre las relaciones sexuales con estas nuevas parejas.

A mayor puntuación en el IFSF, menor deterioro funcional. La puntuación de la escala global se obtiene sumando las puntuaciones de cada dominio. Una puntuación total menor a 26.55 es un indicador de disfunción sexual femenina. En las tablas 6 y 7 quedan reflejadas las puntuaciones en los dominios y en la escala global del grupo 1 y 2, respectivamente.

**Tabla 6**  
*Puntuaciones en los dominios y escala global del IFSF del grupo 1*

	Deseo	Excitación	Lubricación	Orgasmo	Satisfacción	Dolor	Escala global
Participante 1	2.4	1.5	1.8	2	3.6	1.6	12.9
Participante 2	2.4	4.2	6	6	1.2	6	25.8
Participante 3	3.6	4.2	4.5	4	5.2	2.8	24.3
Participante 4	3	3	3.3	3.2	2.4	1.2	16.1
Participante 5	4.2	3	3.6	4.8	2.8	3.2	21.6
Participante 6	1.8	2.1	3	1.2	1.2	6	15.3

Tabla 6  
*Puntuaciones en los dominios y escala global del IFSF del grupo 1 (continuación)*

Participante 7	1.2	1.2	1.2	2	1.2	2	8.8
Participante 8	4.8	1.8	3	4	2	3.2	18.8
Participante 9	1.2	1.2	1.5	1.2	1.2	1.2	7.5
Participante 10	3.6	3.9	3.6	3.6	4	4.4	23.1
Media	2.82	2.61	3.15	3.2	2.48	3.16	17.42
(DE)	(1.235)	(1.209)	(1.444)	(1.589)	(1.409)	(1.803)	(6.399)

En el grupo 1, ninguna de las participantes superó el punto de corte indicado anteriormente. Por tanto, todas ellas reflejaron indicios de disfunción sexual femenina, aunque con diferentes magnitudes. En general, los dominios de menos a más afectados son: orgasmo, dolor, lubricación, deseo, excitación y satisfacción.

Tabla 7  
*Puntuaciones en los dominios y escala global del IFSF del grupo 2*

	Deseo	Excitación	Lubricación	Orgasmo	Satisfacción	Dolor	Escala global
Participante 11	3.6	4.5	3.3	4	5.6	6	27
Participante 12	2.4	3.9	4.5	3.6	5.2	3.6	23.2
Participante 13	1.2	3.6	2.7	1.6	4	4.8	17.9
Participante 14	6	3.9	4.5	4	4.8	6	29.2
Participante 15	1.2	Dato no disponible	Dato no disponible	Dato no disponible	Dato no disponible	6	Dato no disponible
Participante 16	1.8	3.3	3.3	2	3.2	3.2	16.8
Participante 17	3.6	5.4	6	6	6	6	33
Participante 18	4.2	5.4	6	6	5.2	3.6	30.4
Participante 19	4.8	5.4	5.7	6	6	6	33.9
Media	3.2	4.425	4.5	4.15	5	5.02	26.425
(DE)	(1.670)	(0.875)	(1.313)	(1.762)	(0.980)	(1.235)	(6.532)

En el grupo 2, la media de la escala global se situó ligeramente por debajo del punto de corte. Cinco de las mujeres de este grupo (55.56%) superaron el valor criterio y, por lo tanto, no manifestaron indicios de disfunción sexual femenina a nivel general. Tres mujeres (33.33%) sí mostraron indicios de disfunción sexual. En un caso en particular no se pudo obtener información para todos los dominios, ya que se decidió interrumpir la implementación del inventario. Primeramente, porque la mujer pareció sentirse profundamente incómoda y renuente al responder. En segundo lugar, porque era extranjera y no dominaba el castellano. Manifestó un nulo conocimiento sobre qué significaban conceptos como el orgasmo o la excitación. Tampoco pareció entender la mayoría de preguntas o aclaraciones. En general, los dominios de menos a más afectados para el grupo 2 son: dolor, satisfacción, lubricación, excitación, orgasmo y deseo.

Ambos grupos coincidieron en que el dolor era uno de los dominios menos afectados. Sin embargo, difirieron en que, para el grupo 1 el orgasmo era de los dominios menos afectados y la satisfacción, de los más afectados, siendo para el grupo 2 lo contrario para ambos dominios.

### **Discusión**

Las características sociodemográficas reflejaron bastante variabilidad, con lo que resulta imposible definir un perfil de víctima. Otros estudios respaldan la inexistencia de un perfil definitorio (De La Cruz-Fortún, 2014; González-Serratos, 2008). Resalta la elevada participación de mujeres inmigrantes. También destaca la cantidad de menores conviviendo con las víctimas y los agresores, ya que la exposición a la violencia contra la mujer seguramente afecte a su bienestar y desarrollo físico, psicológico y social a corto y largo plazo (Martínez-Sanz, 2015). Las relaciones de pareja fueron bastante variadas, sin embargo, la convivencia y la actual ruptura son factores comunes en todas ellas.

Resulta reseñable que en el 84.21% de la muestra coexistan todas las formas de violencia. En el 15,79% restante coexisten todas las formas, menos el maltrato físico. Asimismo, los diferentes episodios se daban con elevada asiduidad. Estos hallazgos reflejan una coexistencia de las formas de maltrato superior a la de otros estudios (Martínez-Sanz, 2015). En consonancia con Domínguez-Fuentes et al. (2008), el maltrato psicológico y el social/económico comenzaron mayormente durante el noviazgo y la situación empeoró después del embarazo o del casamiento. Especialmente sucedió así con la violencia sexual.

Algunas mujeres no percibían el maltrato que realmente habían sufrido. Por ello, es esencial que los/as profesionales e investigadores/as lo tengan en cuenta a la hora de explorar esta problemática. La reformulación de preguntas es una buena estrategia para contrastar la información de sus propias respuestas. Acorde con diversos estudios, la falta de percepción se debió a la normalización de la violencia (Calvo-González y Camacho-Bejarano, 2014; Corsi, 2010; Martínez-Sanz et al., 2016). Las construcciones sociales y la cultura de poder naturalizan la violencia, dificultando que las víctimas tomen consciencia de sus derechos y de la vulneración de los mismos. La “normalización social” registrada como método de coacción se corresponde, en parte, con la creencia del débito conyugal. Pero, en ocasiones, se generalizaba a todas las mujeres, es decir, al deber del rol femenino en general. Todo ello conduce a la infradetección de estas situaciones. Esta invisibilización se agrava cuando se asocia la pasividad y tendencia a la aceptación al estereotipo femenino (Martínez-Sanz et al.,

2016). Según Calvo-González y Camacho-Bejarano (2014), las mujeres pueden tardar entre 5 y 10 años en reportar el maltrato.

La prevalencia de los antecedentes registrados es ligeramente superior a la hallada por Martínez-Sanz (2015). Quedó sin registrar cuántas mujeres habían presenciado al padre maltratar a su madre siendo menores.

Resulta complicado comparar las conductas sexuales forzadas con otros estudios porque estos engloban menos aspectos. Excepto con Martínez-Sanz (2015), respecto al cual se halló una mayor diversidad y frecuencia de conductas sexuales no deseadas. También se halló, en comparación, una tasa de embarazos no deseados mucho mayor.

Los abortos espontáneos duplicaban la frecuencia de interrupciones voluntarias del embarazo. Los problemas ginecológicos fueron bastante más frecuentes y variados que las ITS. La prevalencia de estas últimas fue congruente con los resultados de González-Serratos (2008).

El distanciamiento y constricción del afecto hallados coinciden con los resultados de Domínguez-Fuentes et al. (2008). El 68.42% de las mujeres, indistintamente del grupo asignado, manifestaron indicios de disfunción sexual femenina. Cabe recordar que el DSM-5 estipula la imposibilidad de diagnosticar una disfunción sexual si los síntomas son consecuencia de la violencia y victimización (APA, 2014).

Destacó que las mujeres marroquíes e indias no tuvieron ningún problema en relatar la dureza de la violencia sufrida. Sin embargo, hablar sobre su sexualidad les incomodaba profundamente y mostraban un gran desconocimiento al respecto. Probablemente se deba, en parte, a la influencia cultural, donde la sexualidad es un tabú y la violencia está hondamente normalizada. De hecho, en un caso concreto, la propia familia de la mujer se negó a ayudarla o a apoyarla:

*“Y mi madre no me ayudado mucho porque (país) mujeres siempre que... no le gusta que mujeres separada quieren divorciadas, no le gustan. Dice que es igual que te pegar y no pasa nada, es un hombre, no pasa nada. Y así hay mucha gente no dice nada”* (Entrevistada 8, 34 años).

Como limitaciones del estudio, destacó la reducida muestra, no siendo representativa de la población. Ello se debió al poco tiempo disponible para la recogida de datos; a la capacidad limitada de los servicios de acogida; a la restricción de haber sufrido violencia sexual; y, comprensiblemente, a la condición de voluntariedad.

Únicamente se profundizó en la violencia sexual de alta intensidad. Se exploró el control del uso de métodos anticonceptivos y las humillaciones frente a las iniciativas sexuales. Pero

quedaron inexplorados muchos otros actos de la violencia sexual de baja intensidad (control de la sexualidad y fidelidad: celos, acusaciones de infidelidad o provocación, pruebas de fidelidad, etc.).

También hubiese sido interesante explorar la asertividad sexual y otras variables asociadas a la función sexual femenina (Martínez-Sanz, 2015): problemas con la penetración vaginal, ansiedad anticipatoria, iniciativa sexual, confianza para comunicar preferencias sexuales, capacidad de disfrutar sexualmente, actividad sexual sin penetración vaginal (por dolor, miedo o desinterés para la penetración) y frecuencia de actividades sexuales.

Es importante señalar que no existe ningún plan estatal o ley integral de salud sexual. El Estado no contempla la salud sexual, la sexología no está implantada institucionalmente y la educación sexual no tiene un carácter preferente (Martínez-Sanz, 2015). Todo ello influye en el abordaje de la violencia sexual, para el cual existen tres principios generales: a) responder integralmente a las necesidades de las víctimas; b) concienciar, sensibilizar y ampliar los conocimientos; c) impulsar reformas jurídicas. Respecto al segundo principio, la divulgación del conocimiento contribuye a expandir los campos de acción y a mejorar los programas y estrategias de actuación. Los datos sobre la prevalencia y las repercusiones y costos que tiene la violencia sexual para la salud pública pueden instar a los gobiernos a actuar (OPS, 2013c). Toda investigación sobre violencia contra la mujer; su impacto en la vida, salud y bienestar; o evaluación de intervenciones y tratamientos puede contribuir a mejorar los servicios socio-sanitarios (Calvo-González y Camacho-Bejarano, 2014).

Por estas razones, investigar esta problemática resulta esencial. Sin embargo, se desconoce el impacto real de la violencia contra las mujeres (Plazaola-Castaño y Ruiz-Pérez, 2004). Concretamente, se ha investigado poco sobre la violencia sexual en la relación de pareja y sus consecuencias en la salud sexual (Martínez-Sanz, 2015). Ningún instrumento, excepto la EVS, explora profundamente los episodios de violencia sexual. Por tanto, son poco útiles para registrar este tipo de información (Martínez-Sanz et al., 2016). Convendría explorar esta temática más rigurosamente, empezando por unificar el significado del concepto para mejorar la validez interna de los estudios. De este modo, se contribuiría a la visibilización y concienciación de la violencia sexual.

## Referencias

- Aliaga, P., Ahumada, S., y Marfull, M. (2003). Violencia hacia la mujer: un problema de todos. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 68(1), 75-78.  
doi: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262003000100015>
- Arango-de-Montis, I. (2008). Sexo saludable. En I. Arango-de-Montis. (Ed.), *Sexualidad humana* (pp. 47-60). México D.F., México: El Manual Moderno.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5 (5 ed.)*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.
- Asociación Mundial para la Salud Sexual (2009). *Salud Sexual para el Milenio: Declaración y documento técnico*. Recuperado de: <http://176.32.230.27/worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/salud-sexual-para-el-milenio.pdf>
- Basson, R., Berman, J., Burnett, A., Derogatis, L., Ferguson, D., Fourcroy, J., ... y Whipple, B. (2000). Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *The Journal of Urology*, 163(3), 888-893. doi: 0022-5347/00/1633-0888/0
- Calvo-González, G., y Camacho-Bejarano, R. (2014). La violencia de género: evolución, impacto y claves para su abordaje. *Enfermería Global*, 13(33), 424-439. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n33/enfermeria.pdf>
- Cárdenas-Godínez, E. M. (2008). Síndromes clínicos relacionados con diferentes trastornos y condiciones. En I. Arango-de-Montis. (Ed.), *Sexualidad humana* (pp. 373-400). México D.F., México: El Manual Moderno.
- Clemades-Pérez de Corcho, T., Fonte-Avalos, V., y Ruiz-Rodríguez, M. (2008). Síndromes clínicos relacionados con las infecciones de transmisión sexual. En I. Arango-de-Montis. (Ed.), *Sexualidad humana* (pp. 305-372). México D.F., México: El Manual Moderno.
- Corsi, J. (2010). La violencia hacia las mujeres como problema social. Análisis de las consecuencias y de los factores de riesgo. *Fundación Mujeres*. Recuperado de [http://perso.unifr.ch/derechopenal/assets/files/obrasportales/op\\_20120308\\_01.pdf](http://perso.unifr.ch/derechopenal/assets/files/obrasportales/op_20120308_01.pdf)
- De La Cruz-Fortún, M. A. (2014). *Factores predictores del impacto psicopatológico en víctimas de agresión sexual* (tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.
- Domínguez-Fuentes, J. M., García-Leiva, P., y Cuberos-Casado, I. (2008). Violencia contra las mujeres en el ámbito doméstico: consecuencias sobre la salud psicosocial. *Anales de*

- psicología*, 24(1), 115-120. Recuperado de [http://www.um.es/analesps/v24/v24\\_1/14-24\\_1.pdf](http://www.um.es/analesps/v24/v24_1/14-24_1.pdf)
- Federación Española de Sociedades de Sexología (2018). *Salud sexual*. Madrid, España. Recuperado de: <http://fess.org.es/salud-sexual>
- Finkelhor, D., y Yllö, K. (1983). Rape in marriage: a sociological view. En D. Finkelhor, R. J. Gelles, y M. A. Strauss (Eds.). *The dark side of families: Current family violence research*. Newbury: Sage.
- González-Serratos, R. (2008). Síndromes clínicos relacionados con violencia y victimización. En I. Arango-de-Montis. (Ed.), *Sexualidad humana* (pp. 261-304). México D.F., México: El Manual Moderno.
- Jasso-Kamel, J. (2008). Biología de la reproductividad. En I. Arango-de-Montis. (Ed.), *Sexualidad humana* (pp. 239-248). México D.F., México: El Manual Moderno.
- Kim, J. H., y Moon, H. S. (2006). Health perception, body image, sexual function and depression in menopausal women according to menopausal stages. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 36(3), 449-456. doi: <https://doi.org/10.4040/jkan.2006.36.3.449>
- Mahoney, P., y Williams, L. M. (2007). Sexual assault in marriage: Prevalence, consequences, and treatment of wife rape. *Partner Violence: A 20-year Literature Review and Synthesis*, 1-43. Recuperado de <http://brockbaker.pbworks.com/f/PartnerViolence.pdf>
- Martínez-Sanz, A. (2015). *Estudio de la violencia sexual sobre las mujeres en la relación de pareja, y las repercusiones de la violencia en pareja sobre la sexualidad de las mujeres: Estudio realizado en servicios públicos de la Comunidad Valenciana* (tesis doctoral). Universidad de Alicante, Alicante, España.
- Martínez-Sanz, A., Mañas-Viejo, C., y Pons-Salvador, G. (2016). Entrevista semiestructurada para la exploración de la violencia sexual sobre las mujeres en la relación de la pareja (EVS). *Informació Psicològica* (111), 18-34. doi:10.14635/IPSIC.2016.111.7
- McCoy, N. L., y Davidson, J. M. (1985). A longitudinal study of the effects of menopause on sexuality, *Maturitas*, 7(3), 203-210. doi: [https://doi.org/10.1016/0378-5122\(85\)90041-6](https://doi.org/10.1016/0378-5122(85)90041-6)
- Organización Mundial de la Salud (2006). *Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002, Geneva*. Recuperado de [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual\\_health/defining\\_sexual\\_health.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf)
- Organización Panamericana de la Salud (2013a). *Consecuencias para la salud*. Recuperado de <http://apps.who.int/iris/handle/10665/98862>

- Organización Panamericana de la Salud (2013b). *Violencia infligida por la pareja*. Recuperado de <http://apps.who.int/iris/handle/10665/98816>
- Organización Panamericana de la Salud (2013c). *Violencia sexual*. Recuperado de <http://apps.who.int/iris/handle/10665/98821>
- Pérez, D., y Panta, A. (1995). Factores epidemiológicos asociados al aborto. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 41(3), 48-51. Recuperado de <http://spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/1764>
- Plazaola-Castaño, J., y Ruiz-Pérez, I. (2004). Violencia contra la mujer en la pareja y consecuencias en la salud física y psíquica. *Medicina clínica*, 122(12), 461-467. doi: [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(04\)74273-6](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(04)74273-6)
- Quiroga de Michelena, M. I., Díaz, A., Paredes, D., Rodríguez, O., Quispe, E. y de Zigelboim, E. K. (2007). Estudio cromosómico en el aborto espontáneo y su aplicación clínica. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 53(2), 124-129. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323428184010>
- Ramírez-Rodríguez, J. C., y Patiño-Guerra, M. C. (1997). Algunos aspectos sobre la magnitud y trascendencia de la violencia doméstica contra la mujer: un estudio piloto. *Salud Mental*, 20(2), 5-16. Recuperado de [http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud\\_mental/article/view/645](http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/645)
- Ramos-Lira, L., Saltijeral-Méndez, M. T., Romero-Mendoza, M., Caballero-Gutiérrez, M. A., y Martínez-Vélez, N. A. (2001). Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de usuarias de un centro de salud. *Salud Pública de México*, 43(3), 182-191. Recuperado de <https://www.scielosp.org/article/spm/2001.v43n3/182-191/>
- Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., ... y D'Agostino, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(2), 191-208. doi: 10.1080/009262300278597
- Ruiz-Pérez, I., Blanco-Prieto, P., y Vives-Cases, C. (2004). Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias. *Gaceta sanitaria*, 18(5), 4-12. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112004000500003&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000500003&lng=es&tlng=es)
- Sánchez, F., Pérez, M., Borrás, J. J., Gómez, O., Aznar, J., y Cabello, A. (2004). Diseño y validación del cuestionario de función sexual de la mujer (FSM). *Atención Primaria*, 34(6), 286-294. doi: 10.1016/S0212-6567(04)79497-4.

- Sanz-Barbero, B., Rey, L., y Otero-García, L. (2014). Estado de salud y violencia contra la mujer en la pareja. *Gaceta Sanitaria*, 28(2), 102-108. doi:  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.08.004>
- Távora, L., y Orderique, L. (2004). Aspectos epidemiológicos del aborto y sus repercusiones en salud pública. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 50(3), 176-180.  
Recuperado de  
[http://200.62.146.19/BVRevistas/ginecologia/vol50\\_n3/pdf/A06V50N3.pdf](http://200.62.146.19/BVRevistas/ginecologia/vol50_n3/pdf/A06V50N3.pdf)
- Terrein-Roccatti, N. (2008). Instrumentos clinimétricos para la investigación en sexualidad humana. En I. Arango-de-Montis. (Ed.), *Sexualidad humana* (pp. 419-442). México D.F., México: El Manual Moderno.

**ANEXOS**

## ANEXO 1

### Entrevista sobre datos sociodemográficos y descriptivos

A continuación, me gustaría realizarle una serie de preguntas de carácter descriptivo, para conocerla mejor y posteriormente, sobre la situación que ha vivido y en especial, acerca de la relación de pareja que mantuvo con el hombre que la agredió.

Para comenzar, podría indicarme:

1. ¿Cuándo nació?
  
2. ¿Cuál es su nacionalidad? (*En el caso de que sea extranjera: ¿cuánto tiempo lleva usted viviendo en España?*)
  
3. ¿Tiene usted hijos? (*En caso afirmativo: ¿cuántos?, ¿qué edades tienen?*)
  
4. ¿Cuál es su estado civil?
  - Soltera
  - Casada
  - Separada (especifique si es en trámites o legalmente)
  - Divorciada (especifique si es en trámites o legalmente)
  
5. ¿Cuál es el nivel de estudios más alto que ha completado?
  - Sin estudios
  - Estudios primarios (sin título de graduado escolar)
  - Graduado escolar
  - FPI / Ciclo formativo de grado medio
  - FPII / FPIII / Ciclo formativo de grado superior
  - Bachiller / BUP / COU o equivalente
  - Estudios universitarios (diplomatura / licenciatura / grado)
  - Posgrado (máster / doctorado)
  
6. ¿Cuál es su situación laboral?
  - Desempleada
  - Trabajo sumergido (en negro)
  - Trabajo temporal
  - Trabajo estable (contrato fijo, funcionaria, etc.)
  - Estudiante
  - Jubilada

Según me han informado desde el centro \_\_\_\_\_, usted acudió porque su pareja (o anterior pareja) la agredía. Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre esta relación sentimental. Si ha tenido varias parejas que la hayan agredido, ahora nos centraremos en la más reciente.

En relación a esta pareja en particular:

7. ¿Cuánto tiempo duró la relación de noviazgo?
8. ¿Se casaron? *Si lo hicieron*: ¿Cuándo lo hicieron?
9. ¿Convivieron juntos antes de casarse? ¿Durante cuánto tiempo?
10. ¿Cuánto tiempo en total ha durado su relación?
11. ¿Siguen manteniendo la relación? *En el caso de que no*: ¿Cuánto tiempo ha pasado desde la ruptura?, ¿siguen conviviendo a pesar de haber roto la relación?

Como ya le he mencionado anteriormente, le voy a hacer algunas preguntas sobre la situación de violencia que ha vivido y cómo ha sido. Existen 4 formas diferentes de maltrato:

- Maltrato físico: agresiones físicas, por ejemplo abofetear, golpear, patear o pegar.
- Maltrato psicológico o emocional: por ejemplo mediante insultos, denigración y desvalorización, humillación, intimidación o amenazas.
- Maltrato sexual: por ejemplo mediante coacción para mantener relaciones sexuales sin consentimiento o relaciones sexuales forzadas.
- Maltrato social y económico: a través de comportamientos controladores y dominantes, por ejemplo aislar de la familia, de los amigos y demás relaciones sociales; vigilar sus movimientos y restringir su acceso a estudiar, trabajar o ejercer un control económico.

12. De todos ellos, ¿cuáles cree que ha sufrido?

		Tipo de maltrato			
		Físico	Psicológico / Emocional	Sexual	Social / Económico
Ocurrencia	Se ha dado				
	No se ha dado				

13. En cuanto al maltrato \_\_\_\_\_, ¿cuándo empezó? ¿y durante cuánto tiempo se produjo? ¿con qué frecuencia se producía? (*Repetir estas preguntas para cada tipo de maltrato sufrido*)

		Tipo de maltrato			
		Físico	Psicológico / Emocional	Sexual	Social / Económico
Duración	Nunca				
	Menos de 1 mes				
	De 1 a 6 meses				
	De 6 meses a 1 año				
	De 1 a 5 años				
	De 5 a 10 años				
	Más de 10 años				
Frecuencia	Nunca				
	Una sola vez				
	Esporádico <sup>1</sup>				
	Habitual <sup>2</sup>				

1. Esporádico: si ha pasado meses o años entre los episodios violentos.

2. Habitual: si los episodios violentos se dan de manera diaria, semanal o mensual.

14. ¿Quiere añadir algo más que considere importante sobre la situación de violencia que ha vivido?

## ANEXO 2

**Entrevista semiestructurada para exploración de la violencia sexual sobre la mujer en la relación de pareja (EVS) (modificada)**

Acaba de indicarme usted que ha vivido algunas situaciones de violencia sexual. A continuación le haré algunas preguntas un poco más concretas sobre estos episodios.

<b>DESCRIPCIÓN DE LA VIOLENCIA SEXUAL</b>			
1. ¿Ha sufrido en el pasado alguna agresión o abuso sexual a manos de alguien que NO era su pareja?	Sí	1.1. ¿Qué ocurrió?	
		1.2. ¿Quién lo hizo?	
		1.3. ¿Con qué frecuencia?	
		1.4. ¿Durante cuánto tiempo?	
	No		
2. ¿Ha sufrido en el pasado alguna agresión o abuso sexual por parte de su pareja?	Sí	2.1. ¿Qué ocurrió?	
	No		
3. ¿Alguna vez su pareja la ha humillado por haber llevado la iniciativa sexual?	Sí	3.1. ¿Qué ocurrió?	
	No		
4. ¿Se ha visto alguna vez obligada a mantener relaciones sexuales con su pareja o a realizar alguna conducta sexual que no deseara?	Sí	4.1. ¿Qué tipo de conductas?	Tocamientos
			Masturbación
			Sexo oral
			Penetración vaginal
			Penetración anal
			Introducción de objetos
			Visualización de pornografía
			Sexo con otras personas
			Usar ropa u objetos con fines sexuales
			Exhibicionismo
	Otros: ...		
4.2. ¿Cómo la obligaba? ¿Cómo reaccionaba él si se negaba?	Con fuerza física (sujeción, apretones, empujones, etc.)		
	Con chantajes o amenazas (ya sean emocionales, económicas) o instantemente		

			Insultos o menosprecios
			Gritos
			Conducta agresiva (por ejemplo: golpes a mobiliario)
			Otros: ...
		4.3. ¿Cómo reaccionaba usted?	Se ha negado explícitamente
			Se ha quedado pasiva
			Ha fingido placer
			Ha llorado
			Ha participado de forma activa
			Otros: ...
4.4 ¿Con qué frecuencia ocurría?			
4.5. ¿Durante cuánto tiempo se ha dado esta situación?			
No			
5. ¿Quiere añadir algo más que considere importante sobre estos episodios?			

Por último, me gustaría hacerle una serie de preguntas relativas a su salud sexual y reproductiva. Sé que son temas muy íntimos y delicados, por ello agradezco mucho el esfuerzo que le supone contestarlas. Algunas preguntas se referirán a momentos en los que ha mantenido una relación sentimental. Así que, por favor, recuerde contestar siempre en relación a la pareja sobre la que hemos hablado hasta el momento.

<b>SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: EMBARAZOS E INTERRUPCIONES</b>			
6. ¿Utilizaba algún tipo de método anticonceptivo antes de estar con esta pareja?	Sí	6.1. ¿Qué método utilizaba?	
		6.2. ¿Hubo algún motivo en especial por el que eligió este método?	
	No	6.2. ¿Hay algún motivo en especial por el que no uses ningún método?	
7. ¿Utilizaba algún tipo de método anticonceptivo con esta pareja en particular?	Sí	7.1. ¿Qué método utiliza?	
		7.2. ¿Hay algún motivo en especial por el que hayas elegido este método?	
	No	7.2. ¿Hay algún motivo en especial por el que no uses ningún método?	
8. Durante la relación, ¿se ha	Sí	8.1. ¿Qué ocurrió?	Él no quería anticonceptivo

quedado embarazada sin planificarlo previamente?			Se confiaron
			Él la convenció
			Él la forzó a mantener relaciones
			Falló el método
			Otros: ...
No			
9. Mientras duró la relación ¿ha interrumpido voluntariamente algún embarazo?	Sí	9.1. ¿Cuántas veces?	
		9.2. ¿Qué ocurrió?	
		9.3. ¿Tuvo el apoyo de su pareja?	
		9.4. ¿Se vio obligada o presionada a realizar la interrupción?	
	No		
10. Mientras estuvo con esta pareja, ¿ha tenido algún aborto espontáneo?	Sí	10.1. ¿Cuántas veces le ha sucedido?	
		10.2. ¿Qué ocurrió ( <i>en cada ocasión</i> )?	
	No		

### SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: PROBLEMAS GINECOLÓGICOS

11. ¿Se realiza revisiones ginecológicas regularmente?	Sí	11.1. ¿Con qué frecuencia?	
	No		
12. ¿Alguna vez ha tenido algún problema ginecológico durante su relación sentimental?	Sí	12.1. ¿Cuál ha sido?	Alteraciones de la regla (regularidad, cantidad de sangrado, dolores, etc.)
			Vaginitis (infecciones vaginales: candidiasis, etc.)
			Quistes ováricos
			Cáncer de cuello de útero
	Otros: ...		
No			
13. ¿Tiene la menopausia?	Sí	13.1. ¿Ha notado algún cambio en su función sexual? Con ello me refiero a:	Deseo
			Excitación
			Lubricación
			Orgasmo
			Dolor
	Otros: ...		
No			

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: ETS (ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL)			
14. ¿Ha tenido alguna enfermedad de transmisión sexual mientras duró la relación?	Sí	14.1. ¿Sabe cómo la contrajo o quién la contagió?	
		14.2. ¿Qué ETS contrajo?	Virus del papiloma humano (VPH)
			Gonorrea
			Tricomoniasis
			Ladillas
			VIH/SIDA
			Condilomas
			Clamidia
			Herpes genital
			Sífilis
	Otros: ...		
	14.3. ¿Qué tratamientos ha recibido sobre esta enfermedad?		
	14.4. ¿Cuál ha sido su evolución?		
	14.5. ¿Actualmente en qué estado se encuentra esta ETS?		
No			

Con esto terminamos la parte de la entrevista y lo que queda es sólo responder a un cuestionario. Este cuestionario trata sobre la función sexual de la mujer. Antes de proceder a ello, ¿necesita hacer un descanso, quiere beber un poco de agua o ir al baño?

## ANEXO 3

### Inventario de Función Sexual Femenina (modificado)

#### Instrucciones

Como le comenté antes, para terminar rellenaremos un pequeño cuestionario. Se trata de una serie de preguntas sobre su sexualidad durante las últimas 4 semanas (o en su defecto, en relación a la última pareja con la que tuvo relaciones sexuales –indique también cuánto tiempo hace de esto–). Para cada pregunta hay 5 alternativas de respuesta. Elija aquella que mejor describa su sexualidad en este período.

#### Definiciones

- *Actividad sexual*: se refiere a caricias, juegos sexuales, masturbación y relaciones sexuales.
- *Relación sexual*: se define como penetración del pene en la vagina.
- *Estimulación sexual*: incluye juegos sexuales con la pareja, autoestimulación (masturbación) o fantasías sexuales.
- *Excitación sexual*: es una sensación que incluye aspectos físicos y mentales de la sexualidad. Puede incluir sensación de calor o latidos en los genitales, lubricación vaginal (humedad) o contracciones musculares
- *Deseo o interés sexual*: es la sensación que incluye deseo de tener una experiencia sexual, sentirse receptiva a la incitación sexual de la pareja y pensamientos o fantasías sobre tener sexo.

#### Marque sólo una alternativa por pregunta:

1. En las últimas 4 semanas, ¿Cuán a menudo usted sintió deseo o interés sexual?	<input type="checkbox"/> Siempre o casi siempre <input type="checkbox"/> La mayoría de las veces (más que la mitad) <input type="checkbox"/> A veces (alrededor de la mitad) <input type="checkbox"/> Pocas veces (menos que la mitad) <input type="checkbox"/> Casi nunca o nunca
2. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de deseo o interés sexual?	<input type="checkbox"/> Muy alto <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/> Muy bajo o nada
3. En las últimas 4 semanas, ¿Con cuanta frecuencia usted sintió excitación sexual durante la actividad sexual?	<input type="checkbox"/> No tengo actividad sexual <input type="checkbox"/> Siempre o casi siempre <input type="checkbox"/> La mayoría de las veces (más que la mitad) <input type="checkbox"/> A veces (alrededor de la mitad) <input type="checkbox"/> Pocas veces (menos que la mitad) <input type="checkbox"/> Casi nunca o nunca

<p>4. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel de excitación sexual durante la actividad sexual?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> No tengo actividad sexual</li> <li><input type="checkbox"/> Muy alto</li> <li><input type="checkbox"/> Alto</li> <li><input type="checkbox"/> Moderado</li> <li><input type="checkbox"/> Bajo</li> <li><input type="checkbox"/> Muy bajo o nada</li> </ul>
<p>5. En las últimas 4 semanas, ¿Cuánta confianza tiene usted de excitarse durante la actividad sexual?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> No tengo actividad sexual</li> <li><input type="checkbox"/> Muy alta confianza</li> <li><input type="checkbox"/> Alta confianza</li> <li><input type="checkbox"/> Moderada confianza</li> <li><input type="checkbox"/> Baja confianza</li> <li><input type="checkbox"/> Muy baja o nada de confianza</li> </ul>
<p>6. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia se sintió satisfecho con su excitación durante la actividad sexual?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> No tengo actividad sexual</li> <li><input type="checkbox"/> Siempre o casi siempre</li> <li><input type="checkbox"/> La mayoría de las veces (más que la mitad)</li> <li><input type="checkbox"/> A veces (alrededor de la mitad)</li> <li><input type="checkbox"/> Pocas veces (menos que la mitad)</li> <li><input type="checkbox"/> Casi nunca o nunca</li> </ul>
<p>7. En las últimas 4 semanas, ¿Con cuanta frecuencia usted sintió lubricación o humedad vaginal durante la actividad sexual?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> No tengo actividad sexual</li> <li><input type="checkbox"/> Siempre o casi siempre</li> <li><input type="checkbox"/> La mayoría de las veces (más que la mitad)</li> <li><input type="checkbox"/> A veces (alrededor de la mitad)</li> <li><input type="checkbox"/> Pocas veces (menos que la mitad)</li> <li><input type="checkbox"/> Casi nunca o nunca</li> </ul>
<p>8. En las últimas 4 semanas, ¿le es difícil lubricarse (humedecerse) durante la actividad sexual?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> No tengo actividad sexual</li> <li><input type="checkbox"/> Extremadamente difícil o imposible</li> <li><input type="checkbox"/> Muy difícil</li> <li><input type="checkbox"/> Difícil</li> <li><input type="checkbox"/> Poco difícil</li> <li><input type="checkbox"/> No me es difícil</li> </ul>
<p>9. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia mantiene su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> No tengo actividad sexual</li> <li><input type="checkbox"/> Siempre o casi siempre la mantengo</li> <li><input type="checkbox"/> La mayoría de las veces la mantengo (más que la mitad)</li> <li><input type="checkbox"/> A veces la mantengo (alrededor de la mitad)</li> <li><input type="checkbox"/> Pocas veces la mantengo (menos que la mitad)</li> <li><input type="checkbox"/> Casi nunca o nunca mantengo la lubricación vaginal hasta el final</li> </ul>

<p>10. En las últimas 4 semanas, ¿Le es difícil mantener su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> No tengo actividad sexual</li> <li><input type="checkbox"/> Extremadamente difícil o imposible</li> <li><input type="checkbox"/> Muy difícil</li> <li><input type="checkbox"/> Difícil</li> <li><input type="checkbox"/> Poco difícil</li> <li><input type="checkbox"/> No me es difícil</li> </ul>
<p>11. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Con qué frecuencia alcanza el orgasmo o clímax?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> No tengo actividad sexual</li> <li><input type="checkbox"/> Siempre o casi siempre</li> <li><input type="checkbox"/> La mayoría de las veces (más que la mitad)</li> <li><input type="checkbox"/> A veces (alrededor de la mitad)</li> <li><input type="checkbox"/> Pocas veces (menos que la mitad)</li> <li><input type="checkbox"/> Casi nunca o nunca</li> </ul>
<p>12. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Le es difícil alcanzar el orgasmo o clímax?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> No tengo actividad sexual</li> <li><input type="checkbox"/> Extremadamente difícil o imposible</li> <li><input type="checkbox"/> Muy difícil</li> <li><input type="checkbox"/> Difícil</li> <li><input type="checkbox"/> Poco difícil</li> <li><input type="checkbox"/> No me es difícil</li> </ul>
<p>13. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su capacidad para alcanzar el orgasmo (clímax) durante la actividad sexual?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> No tengo actividad sexual</li> <li><input type="checkbox"/> Muy satisfecha</li> <li><input type="checkbox"/> Moderadamente satisfecha</li> <li><input type="checkbox"/> Ni satisfecha ni insatisfecha</li> <li><input type="checkbox"/> Moderadamente insatisfecha</li> <li><input type="checkbox"/> Muy insatisfecha</li> </ul>
<p>14. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con la cercanía emocional existente durante la actividad sexual entre usted y su pareja?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> No tengo actividad sexual</li> <li><input type="checkbox"/> Muy satisfecha</li> <li><input type="checkbox"/> Moderadamente satisfecha</li> <li><input type="checkbox"/> Ni satisfecha ni insatisfecha</li> <li><input type="checkbox"/> Moderadamente insatisfecha</li> <li><input type="checkbox"/> Muy insatisfecha</li> </ul>
<p>15. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su relación sexual con su pareja?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Muy satisfecha</li> <li><input type="checkbox"/> Moderadamente satisfecha</li> <li><input type="checkbox"/> Ni satisfecha ni insatisfecha</li> <li><input type="checkbox"/> Moderadamente insatisfecha</li> <li><input type="checkbox"/> Muy insatisfecha</li> </ul>
<p>16. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su vida sexual en general?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Muy satisfecha</li> <li><input type="checkbox"/> Moderadamente satisfecha</li> <li><input type="checkbox"/> Ni satisfecha ni insatisfecha</li> <li><input type="checkbox"/> Moderadamente insatisfecha</li> <li><input type="checkbox"/> Muy insatisfecha</li> </ul>

<p>17. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan a menudo siente discomfort o dolor durante la penetración vaginal?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> No tengo actividad sexual</li> <li><input type="checkbox"/> Siempre o casi siempre</li> <li><input type="checkbox"/> La mayoría de las veces (más que la mitad)</li> <li><input type="checkbox"/> A veces (alrededor de la mitad)</li> <li><input type="checkbox"/> Pocas veces (menos que la mitad)</li> <li><input type="checkbox"/> Casi nunca o nunca</li> </ul>
<p>18. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan a menudo siente discomfort o dolor después de la penetración vaginal?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> No tengo actividad sexual</li> <li><input type="checkbox"/> Siempre o casi siempre</li> <li><input type="checkbox"/> La mayoría de las veces (más que la mitad)</li> <li><input type="checkbox"/> A veces (alrededor de la mitad)</li> <li><input type="checkbox"/> Pocas veces (menos que la mitad)</li> <li><input type="checkbox"/> Casi nunca o nunca</li> </ul>
<p>19. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de discomfort o dolor durante o después de la penetración vaginal?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> No tengo actividad sexual</li> <li><input type="checkbox"/> Muy alto</li> <li><input type="checkbox"/> Alto</li> <li><input type="checkbox"/> Moderado</li> <li><input type="checkbox"/> Bajo</li> <li><input type="checkbox"/> Muy bajo o nada</li> </ul>