



Estrés postraumático en víctimas de violación de 18-29 años de Potosí, Bolivia

Post-traumatic stress disorder in rape victims aged 18–29 from Potosí, Bolivia

Transtorno de estresse pós-traumático em vítimas de estupro de 18 a 29 anos em Potosí, Bolívia

ARTÍCULO ORIGINAL



Andrés Ramiro Villa Buitrago 

arvb21674@gmail.com

Universidad Privada Domingo Savio. Potosí, Bolivia

Escanea en tu dispositivo móvil
o revisa este artículo en:

<https://doi.org/10.33996/revistahorizontes.v9i39.1083>

Artículo recibido 5 de mayo 2025 | Aceptado 9 de junio 2025 | Publicado 3 de julio 2025

RESUMEN

La violencia sexual es un gran estresor y un acontecimiento traumático que puede desencadenar trastorno de estrés postraumático (TEPT), entre otras consecuencias psicológicas. El objetivo del estudio es analizar las características clínicas del TEPT en mujeres víctimas de violación sexual entre 18 y 29 años en Potosí, Bolivia, durante 2024. Se empleó un enfoque mixto, con un diseño propositivo, descriptivo y transversal, y una muestra de 24 participantes. Se aplicaron encuestas y cuestionarios estructurados, junto con cuatro instrumentos estandarizados para evaluar sintomatología de TEPT, depresión, ansiedad y malestar psicológico general. Los resultados mostraron una alta prevalencia de síntomas severos de TEPT y depresión, con niveles elevados de ansiedad y malestar psicológico multidimensional. Se observó un aumento en la severidad de los síntomas con la edad y una relación significativa entre la victimización por familiares y la gravedad clínica. Se concluye que es fundamental desarrollar intervenciones culturalmente adaptadas que consideren las particularidades sociodemográficas y temporales para optimizar la atención psicológica en este grupo vulnerable.

Palabras clave: Estrés; Postraumático; Psicológico; Víctima; Violación

ABSTRACT

Sexual violence is a major stressor and a traumatic event that can trigger posttraumatic stress disorder (PTSD), among other psychological consequences. The objective of this study is to analyze the clinical characteristics of PTSD in female victims of rape between the ages of 18 and 29 in Potosí, Bolivia, during 2024. A mixed-method approach was used, with a propositional, descriptive, and cross-sectional design and a sample of 24 participants. Structured surveys and questionnaires were administered, along with four standardized instruments to assess PTSD symptoms, depression, anxiety, and general psychological distress. The results showed a high prevalence of severe PTSD and depression symptoms, with elevated levels of anxiety and multidimensional psychological distress. An increase in symptom severity with age was observed, and a significant relationship was observed between victimization by family members and clinical severity. It is concluded that it is essential to develop culturally adapted interventions that consider sociodemographic and temporal specificities to optimize psychological care for this vulnerable group.

Key words: Stress; Post-traumatic; Psychological; Victim; Rape

RESUMO

A violência sexual é um grande estressor e um evento traumático que pode desencadear transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), entre outras consequências psicológicas. O objetivo deste estudo é analisar as características clínicas do TEPT em mulheres vítimas de estupro entre 18 e 29 anos em Potosí, Bolívia, durante o ano de 2024. Foi utilizada uma abordagem de método misto, com delineamento proposicional, descritivo e transversal, e uma amostra de 24 participantes. Foram aplicados questionários e pesquisas estruturadas, juntamente com quatro instrumentos padronizados para avaliar sintomas de TEPT, depressão, ansiedade e sofrimento psicológico geral. Os resultados mostraram uma alta prevalência de sintomas graves de TEPT e depressão, com níveis elevados de ansiedade e sofrimento psicológico multidimensional. Observou-se um aumento na gravidade dos sintomas com a idade, e uma relação significativa foi observada entre a vitimização por familiares e a gravidade clínica. Conclui-se que é essencial desenvolver intervenções culturalmente adaptadas que considerem as especificidades sociodemográficas e temporais para otimizar o atendimento psicológico a esse grupo vulnerável.

Palavras-chave: Estresse; Pós-traumático; Psicológico; Víctima; Estupro

INTRODUCCIÓN

El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) es una afección psiquiátrica prevalente y compleja que surge como respuesta a la exposición a eventos traumáticos, lo que afecta significativamente el bienestar mental de la persona Sukhmanjeet, et al. (2024). El TEPT es un trastorno psicológico que se manifiesta tras la exposición a un evento traumático, como puede ser la experiencia de violencia, y de manera más específica, tras haber sido víctima de violación sexual.

La violencia sexual se constituye un estresor significativo y un evento traumático que puede provocar trastorno de estrés postraumático (TEPT), además de otras consecuencias psicológicas adversas. En particular, diversos estudios indican que la violación, junto con la experiencia de un trauma en un hijo o hija, se encuentran entre los factores de mayor riesgo para el desarrollo de TEPT en las mujeres (Lozano, et al., 2020).

Este trastorno clínico, se caracteriza por una sintomatología específica, la cual es detalladamente descrita en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5). Entre los síntomas principales se incluyen reviviscencias del evento traumático, evitación de estímulos asociados con el trauma, alteraciones negativas en las cogniciones y el estado de ánimo, así como una reactividad aumentada (DSM-5) (2014).

No obstante, no todas las personas que experimentan eventos traumáticos desarrollan

TEPT. La aparición del trastorno está influenciada por múltiples factores, tales como el tipo de apego desarrollado a lo largo de la vida, las estrategias de afrontamiento disponibles y la capacidad de autorregulación emocional. Estos elementos interactúan para predisponer en mayor o menor medida a que la persona al desarrollo del TEPT.

En este contexto Ochoa, et al. (2010) realizaron un estudio descriptivo en Bucaramanga, Colombia, entre 2007-2008, enfocado en el estrés postraumático y el abuso sexual en víctimas que denunciaron los hechos. Los resultados revelaron que la mayoría de las denunciantes eran mujeres entre los 5 y los 14 años pertenecientes mayoritariamente a estratos socioeconómicos bajos (estratos 1 y 2). Solo un tercio de los casos fue denunciado tras el primer episodio. Además, el 88% de las víctimas eran menores de edad y el 95% de los agresores eran personas conocidas o familiares. Aproximadamente la mitad de los abusos implicaron acceso carnal y dos de cada cinco víctimas presentaron diagnóstico de Trastorno por estrés postraumático.

De igual manera, An Tong, et al. (2019), realizaron una revisión sistemática sobre el estrés postraumático en víctimas de agresión sexual. La investigación resalta que, el trastorno de estrés postraumático (TEPT) y el consumo de sustancias suelen coexistir en este grupo poblacional. Es importante señalar que el consumo de sustancias puede presentarse tanto antes como después de

la agresión. Antes del evento traumático, dicho consumo puede influir en el desarrollo posterior del TEPT. Los artículos revisados respaldan la hipótesis de que la intoxicación aguda por sustancias y el consumo problemático crónico de sustancias previos a la agresión se asocian con menos intensidad de síntomas iniciales de TEPT, pero también con una recuperación más lenta y una menor mejoría a lo largo del tiempo.

Por otro lado, las situaciones traumáticas que pueden desencadenar TEPT son diversas. Sin embargo, en el presente estudio se focaliza exclusivamente en la violación sexual como factor precipitante. Se consideraron víctimas de entre 18 y 29 años que realizaron su denuncia en la Fuerza Especial de Lucha Contra la Violencia (FELCV) de la ciudad de Potosí durante la gestión 2024. Esta institución tiene como función principal recepcionar denuncias, ya sea de forma oral o escrita, directamente o a través de terceros.

Posteriormente, bajo requerimiento fiscal, se realiza una entrevista psicológica informativa con la víctima, llevada a cabo por la psicóloga de la FELCV. Esta entrevista, que suele efectuarse semanas después de la denuncia, constituye un anticipo de prueba que será utilizado durante el proceso penal. Además, en esta etapa es posible identificar la presencia de síntomas asociados al TEPT mediante instrumentos psicológicos específicos, diferenciándolos de aquellos propios del Trastorno de Estrés Agudo (Carrillo, 2025; Echeburúa, 2011).

Este estudio cobra relevancia debido a la escasa información disponible sobre la manifestación del TEPT, en víctimas adultas jóvenes de violación en contextos específicos como Potosí, Bolivia. Es importante, comprender la sintomatología, las estrategias de afrontamiento y los factores temporales relacionados con el trauma permitirá diseñar intervenciones psicológicas más efectivas y oportunas, para contribuir a mejorar la atención y el apoyo a estas víctimas (Molero, et al., 2022).

En este sentido, la investigación analiza la sintomatología del Trastorno de Estrés Postraumático en mujeres víctimas de violación que denunciaron ante la FELCV de Potosí en 2024. Para ello, se dividió a las participantes en tres rangos etarios, a fin de aplicar pruebas específicas que evidencien el cumplimiento de los criterios diagnósticos del TEPT según el DSM-5. Asimismo, se busca identificar diferencias significativas en la intensidad de la sintomatología, las estrategias de afrontamiento utilizadas, la duración del periodo traumático, las particularidades de cada evento, el tiempo transcurrido desde la agresión hasta la evaluación y cómo estos factores influyen en la manifestación clínica del trastorno.

Por lo tanto, el objetivo principal de este estudio es analizar las características clínicas del Trastorno de Estrés Postraumático en mujeres víctimas de violación sexual entre 18 y 29 años en Potosí, Bolivia, durante el año 2024, con el fin de aportar evidencia que permita optimizar las

estrategias de intervención psicológica en este grupo vulnerable.

MÉTODO

El presente estudio adopta un enfoque mixto, combinando métodos cuantitativos y cualitativos para abordar de manera integral el fenómeno del trastorno de estrés postraumático (TEPT) en víctimas de violación. En cuanto al tipo de investigación, se trata de un estudio propositivo, descriptivo y transversal, que busca caracterizar fenómenos sociales y clínicos en un contexto temporal y geográfico específico, correspondiente al año 2024 en el Departamento de Potosí, Bolivia.

La población objeto de estudio está constituida por mujeres víctimas de violación sexual, con edades comprendidas entre 18 y 29 años, que realizaron su denuncia en la Fuerza Especial de Lucha Contra la Violencia (FELCV) del Departamento de Potosí durante la gestión 2024. De un total de 128 personas que cumplieron con estos criterios, se seleccionó una muestra de 24 participantes, siguiendo la fórmula estadística para el tamaño muestral y considerando criterios de inclusión específicos.

El muestreo se realizó de manera aleatoria, pero con un filtro fundamental: la presencia de TEPT. Para ello, a cada persona seleccionada se le aplicó inicialmente la Escala de Trauma de Davidson (DTS). Solo aquellas que obtuvieron un resultado positivo para TEPT continuaron participando en el estudio y se les aplicaron

los demás instrumentos de evaluación. En caso contrario, se descartaba a la persona y se seleccionaba otra aleatoriamente hasta completar el tamaño muestral requerido.

Para la recogida de información demográfica, se utilizó como técnica inicial la encuesta, a través del cuestionario estructurado con preguntas cerradas, que incluyó ítems dicotómicos y politómicos, tanto excluyentes como incluyentes. Este cuestionario permitió caracterizar a la muestra en términos de edad, estado civil y lugar de denuncia.

En cuanto a la evaluación psicológica, se emplearon los siguientes instrumentos estandarizados:

Escala de Trauma de Davidson (DTS)

Es una prueba psicológica utilizada para evaluar la presencia y la intensidad de los síntomas de estrés postraumático en adultos que han experimentado un evento traumático. La prueba consta de 17 ítems que evalúan los síntomas en cuatro dimensiones: reexperimentación, evitación, hiperactivación y disforia (Foa y Rothbaum, 1998). Su aplicación permitió identificar a las participantes con síntomas significativos de TEPT.

Inventario de Depresión Beck (BDI - II)

Evalúa la sintomatología depresiva y su gravedad, facilitando la identificación de comorbilidades asociadas (Beck, Steer y Brown, 1996).

Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado- Rasgo (STAI)

Evalúa dos componentes de la ansiedad; La ansiedad Rasgo (propensión ansiosa relativamente estable) y la ansiedad Estado (condición emocional transitoria). Consta de 40 ítems los cuales 20 ítems evalúan la Ansiedad- Estado y 20 ítems referidos a la Ansiedad- Rasgo (Spielberger, Goesuch y Lushene 1970).

Cuestionario de 90 síntomas (SCL – 90 – R). de L. Derogatis 1994

Este instrumento incluye 90 ítems, que describen alteraciones psicopatológicas o psicosomáticas, permitiendo evaluar la presencia de 90 síntomas patológicos y determinando su intensidad en una escala que va desde la ausencia total (0) hasta la máxima intensidad (Causullo, 2004).

Finalmente, los datos recolectados fueron procesados mediante técnicas estadísticas descriptivas y analíticas, y se procedió a realizar un análisis comparativo entre los diferentes rangos etarios (18-21, 22-25 y 26-29 años) para identificar diferencias significativas en la sintomatología del TEPT, así como en las estrategias de afrontamiento y otros factores asociados. Además, se aplicaron pruebas de correlación para evaluar la relación entre variables clínicas y demográficas.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Según los datos obtenidos a través del cuestionario demográfico aplicado a la muestra, las edades de las víctimas oscilan entre los 18 y 29 años. Para facilitar el análisis y garantizar la homogeneidad de los grupos, este rango etario fue subdividido en tres estratos: 18 a 21 años, 22 a 25 años y 26 a 29 años. Cada uno de estos grupos estuvo conformado por una cantidad equivalente de participantes, lo que permitió realizar comparaciones equilibradas entre los distintos rangos de edad.

De acuerdo con la distribución, el 33,3% de las participantes correspondió al grupo de 18 a 21 años, otro 33,3% al grupo de 22 a 25 años y el restante 33,3% al grupo de 26 a 29 años. Esta segmentación facilitó el análisis de las diferencias en la sintomatología y las variables clínicas evaluadas, asegurando que cada grupo estuviera representado de manera equitativa en la muestra.

Datos por estado civil

Los resultados del cuestionario demográfico indican que la totalidad de la muestra está conformada por mujeres solteras. Esta selección metodológica tuvo como propósito reducir al mínimo la posibilidad de que las participantes hubieran experimentado otros tipos de violencia, como la física o psicológica, por parte de una pareja

o cónyuge. De esta manera, se buscó evitar que la sintomatología evaluada en las pruebas posteriores pudiera estar influida por experiencias traumáticas diferentes a la violación denunciada. Al seleccionar únicamente a mujeres solteras, se logró aislar el impacto del evento específico de violación, lo que permite que los resultados obtenidos reflejen de manera más precisa la relación entre este hecho y la presencia de síntomas de trastorno de estrés postraumático.

Datos por nivel educativo

De acuerdo con las respuestas recogidas mediante el cuestionario sobre formación académica, el nivel máximo alcanzado por casi la mitad de las participantes corresponde a la educación secundaria, representando el 42% de la muestra. Este hallazgo puede ser explicado por las edades mínimas de la muestra, es decir el por el primer rango de edad considerado de 18 a 21 años, quienes, a pesar de haber finalizado la secundaria, aún no han iniciado estudios universitarios, a pesar de contar con la opción de Universidad completa o incompleta.

Por otro lado, un dato llamativo es que un porcentaje significativo (17%) de las participantes indicó haber culminado únicamente el nivel primario, siendo estas respuestas en su mayoría provenientes del grupo de 22 a 25 años. Además, un 13% de la muestra reportó no haber cursado ningún nivel educativo formal, lo que evidencia la

existencia de rezago educativo en una parte de la población estudiada.

Asimismo, se observa que existe una proporción de participantes, distribuida entre los tres rangos de edad, que manifiestan estar cursando o haber concluido estudios universitarios (13%), así como otras que indican contar con formación técnica media o superior (17%). Sin embargo, ninguna de las personas incluidas en la muestra reportó que haya alcanzado el nivel de posgrado.

Estos datos reflejan una diversidad en los niveles de escolaridad dentro de la muestra, con una tendencia clara hacia la finalización de la secundaria como máximo nivel educativo alcanzado, y una baja representación de niveles superiores de formación académica.

Datos según su ocupación actual

Los datos obtenidos a partir del cuestionario sobre ocupación revelan que el 38% de las participantes se encuentran desempleadas, lo que coincide con el bajo nivel educativo observado en gran parte de la muestra. En segundo lugar, el 25% trabaja por cuenta propia, principalmente personas con formación académica limitada o sin estudios formales. Asimismo, otro 25% se identifica como estudiante, correspondiendo en su mayoría a quienes han culminado el nivel primario y continúan cursando la secundaria, así como a aquellas que están actualmente en la universidad.

Por último, el 13% de las mujeres reportó estar empleada formalmente, este grupo incluye a quienes poseen títulos técnicos o universitarios completos. Ninguna participante indicó desempeñarse como ama de casa ni se registraron otras ocupaciones.

Estos datos reflejan una clara relación entre el nivel educativo y la situación laboral de las víctimas, evidenciando que la mayoría enfrenta condiciones laborales precarias o inestables, lo que puede influir en su proceso de recuperación y bienestar general.

Situación particular de la víctima

Para la inclusión de la muestra, se consideró como criterio fundamental que las participantes fueran víctimas de violación sexual y que este delito fuera el que hubieran denunciado formalmente ante la Fuerza Especial de Lucha Contra la Violencia (FELCV). Esta condición fue establecida con el fin de evitar que los resultados se vieran

afectados o contaminados por otras formas de violencia o sucesos traumáticos distintos al foco principal de la investigación.

De esta manera, se garantiza que la sintomatología y las variables clínicas evaluadas correspondan específicamente al impacto psicológico derivado de la violación denunciada, asegurando la validez y pertinencia de los hallazgos. Este procedimiento es coherente con los protocolos nacionales e internacionales que regulan la atención y seguimiento de víctimas de violencia sexual, los cuales enfatizan la importancia de delimitar claramente el tipo penal denunciado para una adecuada intervención y análisis.

En resumen, el 100% de la muestra está conformada por mujeres denunciantes de violación sexual ante la FELCV, lo que permite centrar el estudio en las consecuencias específicas de este tipo de violencia y evitar interferencias derivadas de otros tipos de agresiones o circunstancias traumáticas.

Tipo de relación con el agresor

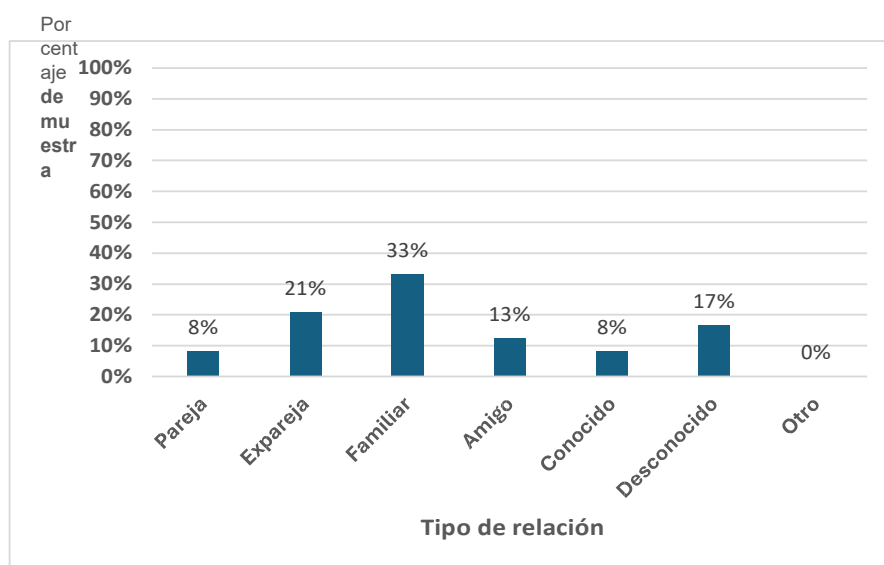


Figura 1. Porcentaje de muestra según la relación con el agresor.

Según las respuestas al cuestionario sobre la relación con el agresor (Gráfico 1), más del 25% de las víctimas reportaron haber sido agredidas por un familiar, lo cual constituye un dato preocupante dada la proximidad y confianza que estas relaciones implican. En segundo lugar, un porcentaje significativo de víctimas identificó a su expareja como el agresor, resultado que se alinea con hallazgos previos en la literatura sobre violencia sexual en contextos íntimos.

Cabe destacar que, la mayoría de las denuncias que indican a un familiar como sujeto activo del delito proviene de mujeres que se encuentran en los rangos etarios de 22 a 25 años y, mayoritariamente de 26 a 29 años. Por otro lado, estas participantes también reportaron niveles educativos primarios o secundarios como máximo grado alcanzado, esto podría deberse a factores socioeconómicos y contextuales que influyen en la vulnerabilidad ante este tipo de violencia.

Otro resultado alarmante es el porcentaje considerable de la muestra que indicó haber sido víctima de violación por parte de personas desconocidas, es decir, agresores con los que no mantenían ningún tipo de relación previa. Estas respuestas se obtuvieron principalmente de los grupos etarios más jóvenes, es decir, entre los 18 a 21 años y entre los 22 a 25 años, lo cual sugiere que existe una mayor exposición a riesgos en estos segmentos poblacionales.

Es de resaltar que estos hallazgos señalan la diversidad de contextos en los que ocurre la violencia sexual y la necesidad de enfoques diferenciados para la prevención e intervención, tomando en cuenta tanto la violencia intrafamiliar como la perpetrada por terceros desconocidos.

Tiempo transcurrido desde el hecho traumático

De acuerdo con los datos recogidos mediante la aplicación de los instrumentos psicológicos, el 38% de las participantes fueron evaluadas entre seis meses y un año después del evento traumático. Por otro lado, el 33% de las víctimas realizaron la evaluación tras haber pasado más de un año desde el hecho, predominando en este subgrupo las mujeres de entre 26 y 29 años, quienes además reportaron que su agresor era un familiar cercano.

El 29% restante corresponde a víctimas evaluadas en un periodo intermedio, entre uno y seis meses después del evento traumático. Es importante destacar que, conforme al diseño del estudio, no se incluyeron participantes cuyo hecho traumático hubiera ocurrido hace menos de un mes, dado que en ese periodo la sintomatología corresponde al Trastorno de Estrés Agudo (TEA) y no al Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). Esta exclusión fue necesaria para garantizar la homogeneidad de la muestra y la validez de los resultados, centrados exclusivamente en el TEPT.

La distribución temporal de la evaluación permite observar cómo el tiempo transcurrido influye en la manifestación clínica del TEPT, especialmente en relación con variables como la edad y el vínculo con el agresor, aspectos que serán analizados en profundidad en secciones posteriores.

Denuncia realizada en la FELCV

De acuerdo con los datos obtenidos mediante el cuestionario aplicado, el 100% de las participantes confirmó haber realizado la denuncia correspondiente ante la Fuerza Especial de Lucha Contra la Violencia (FELCV). Este criterio fue fundamental para la selección de la muestra, ya que asegura que todas las víctimas incluidas en el presente estudio formalizaron su denuncia ante esta institución especializada.

Conforme a la normativa vigente, la FELCV, es la entidad que se encarga de recibir y registrar las denuncias relacionadas con la violencia sexual, garantizando la protección de los derechos de las víctimas y el debido proceso legal. La confirmación de que todas las participantes del estudio acudieron a esta instancia fortalece la validez

de la investigación, al asegurar que los datos recolectados están enmarcados en un contexto formal y regulado, lo que facilita la interpretación de los resultados en relación con la atención y el seguimiento de casos de violación en Potosí.

Aceptación para participar en la investigación

Finalmente, como último elemento dentro del primer instrumento, el 100% de las personas seleccionadas aceptaron participar voluntariamente en las pruebas psicológicas posteriores. Esta autorización expresa fue un requisito indispensable para continuar con la aplicación de los instrumentos específicos que evalúan la sintomatología del trastorno de estrés postraumático y otras variables clínicas.

La participación voluntaria y consciente de las víctimas garantiza la validez ética y metodológica del estudio, asegurando que los datos recogidos reflejan la situación real de las participantes sin coerción ni sesgos derivados de la falta de consentimiento. Este aspecto es fundamental para la rigurosidad científica y el respeto a los derechos de las personas involucradas.

Resultados obtenidos a partir de la aplicación de la Escala de Trauma de Davidson (DTS)

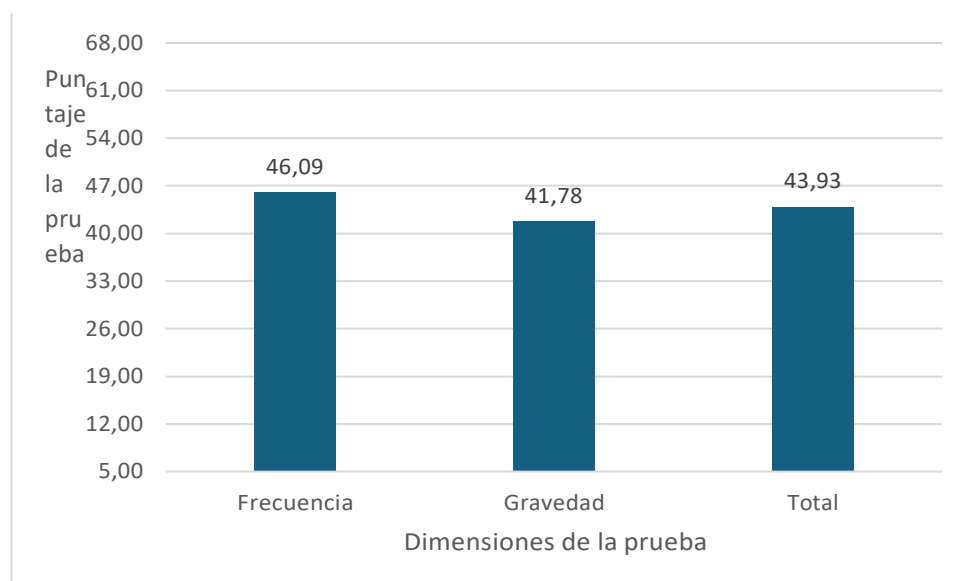


Figura 2. Puntuaciones obtenidas en la Escala de Trauma de Davidson (DTS) de (Edna B. Foa, Terence M. Keane, Matthew J. Friedman y Judith A. Cohen)

Los resultados obtenidos a partir de la aplicación de la Escala de Trauma de Davidson (DTS) a la muestra revelan que los puntajes promedio en las dimensiones de Frecuencia, Gravedad y Totalidad de sintomatología, se mantienen relativamente equilibrados. El puntaje máximo posible en cada una de estas dimensiones es de 68 puntos, y en la escala total, 136 puntos. En este estudio, los promedios generales se acercan a valores medios, con una leve predominancia en la dimensión de frecuencia respecto a la gravedad, lo que indica que las víctimas experimentan síntomas de TEPT con una frecuencia ligeramente mayor que la intensidad de los mismos.

Frecuencia de síntomas de TEPT según la Escala de Trauma de Davidson (DTS)

Los resultados obtenidos a partir de la aplicación de la Escala de Trauma de Davidson (DTS) permiten desglosar con mayor precisión la dimensión de frecuencia de la sintomatología del trastorno de estrés postraumático (TEPT) en la muestra estudiada. Esta dimensión se evalúa mediante la sumatoria de puntajes en cuatro niveles de frecuencia, que reflejan la regularidad con la que los síntomas se presentan.

En este sentido, se puede apreciar que en todos los rangos de edades considerados dentro de la muestra —18 a 21 años, 22 a 25 años y 26 a

29 años— predomina el nivel alto de frecuencia de síntomas. Resultando llamativo el hecho de que en el primer rango de edad (18-21 años), se evidencia que este nivel de frecuencia supera por muy poco al Nivel Moderado, lo que indica que, en este segmento, la sintomatología se presenta con menor intensidad en comparación con los

grupos de mayor edad. En contraste, en los rangos de 22 a 25 años y especialmente en el de 26 a 29 años, el nivel alto de frecuencia es casi absoluto, y en este último grupo se observa también la presencia de un nivel muy alto de frecuencia en algunos casos.

Nivel de depresión según el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

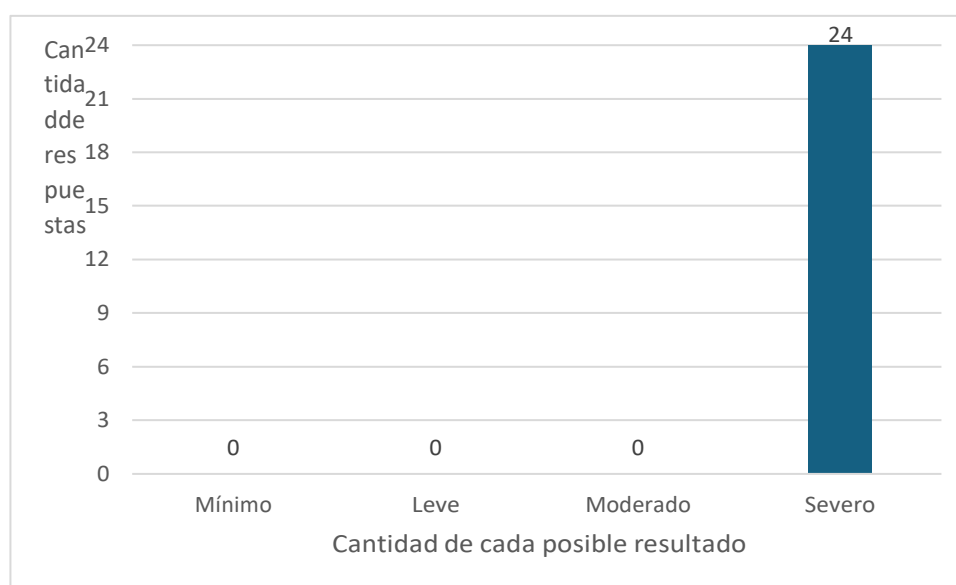


Figura 3. Resultados obtenidos respecto al nivel de depresión en la aplicación del Inventario de Depresión Beck (BDI - II).

En la Figura 3, se muestran los resultados obtenidos mediante la aplicación del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), los resultados indican que la totalidad de las participantes presentan un nivel de Depresión Severo. Esta tendencia se mantiene constante en todos los rangos de edades, siendo un elemento que evidencia que dentro de la sintomatología que llegan a presentar las víctimas al

menos en casos de violación. Este hallazgo resalta la importancia de la depresión como una secuela clínica predominante dentro del daño psicológico y emocional derivado del evento traumático. La presencia generalizada de depresión severa sugiere la necesidad de intervenciones psicológicas especializadas y oportunas para atender esta dimensión del sufrimiento en las víctimas.

En este contexto, el BDI-II es un instrumento ampliamente validado y utilizado para la evaluación de la sintomatología depresiva, que permite identificar y cuantificar la gravedad de los síntomas en función de 21 ítems relacionados con aspectos

cognitivos, afectivos y somáticos de la depresión (Beck, Steer y Brown, 1996). Para este estudio, su aplicación proporciona una medida confiable del impacto emocional que la violación sexual tiene en las mujeres de la muestra.

Niveles de ansiedad según el Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)

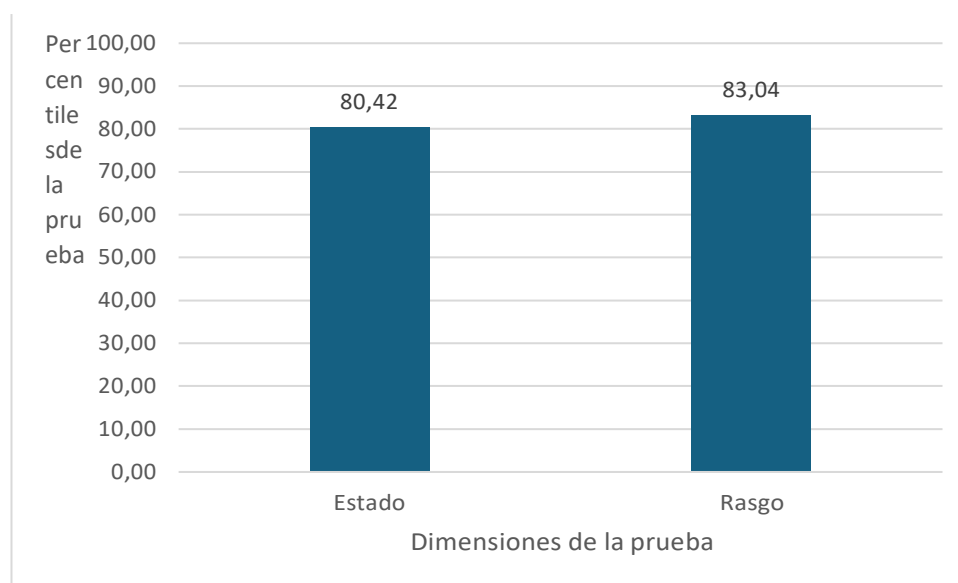


Figura 4. Puntuaciones obtenidas en el Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado- Rasgo (STAI) de (Spielberger, Goesuch y Lushene 1970).

Los resultados obtenidos a partir de la aplicación del Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) en el Gráfico 4, muestra que los generales de ansiedad estado y ansiedad rasgo de las personas de la muestra, en ambos casos son sumamente similares. Esto indica que las participantes presentan un nivel comparable de ansiedad tanto en el momento específico de la evaluación (ansiedad estado) como en su tendencia general o característica personal (ansiedad rasgo).

Este hallazgo, indica que las víctimas experimentan una ansiedad persistente que no se manifiesta solamente como una reacción pasajera ante la situación evaluada, sino también como una propensión estable a percibir situaciones y estímulos amenazantes en su vida cotidiana. Esta equivalencia entre ambos tipos de ansiedad subraya la gravedad del impacto psicológico que la violación sexual tiene en estas mujeres.

El STAI, es un instrumento reconocido internacionalmente desarrollado por Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970), utilizado para medir objetivamente los niveles de ansiedad en dos dimensiones: ansiedad estado, que evalúa la

intensidad de la ansiedad en un momento dado, y ansiedad rasgo, que mide la predisposición general a experimentar ansiedad. Su aplicación en esta investigación permitió obtener una evaluación integral de la sintomatología ansiosa en la muestra.

Promedio de sintomatología según el Cuestionario de 90 síntomas (SCL-90-R)

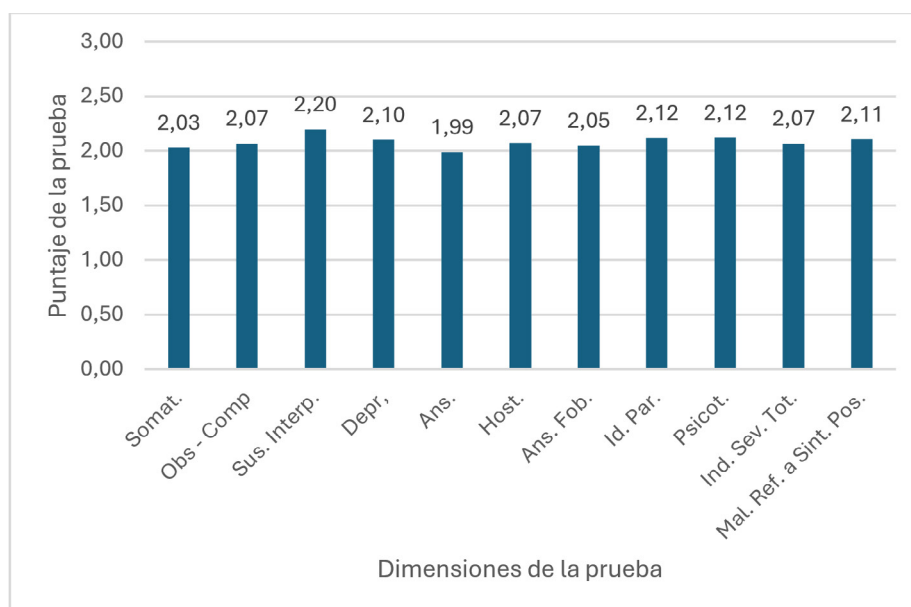


Figura 5. Puntuaciones obtenidas en el Cuestionario de 90 síntomas (SCL – 90 – R).

Los datos obtenidos a partir de la aplicación del Cuestionario de 90 síntomas (SCL-90-R), que presenta el Figura 5, indican que la muestra presenta un nivel elevado de malestar psicológico en todas las dimensiones evaluadas. Las puntuaciones promedio oscilan entre los 1,99 y 2,20 de un total máximo de 3,00, estableciendo de tal modo un nivel de sintomatología a nivel general considerablemente alto en cada dimensión llegando a ser clínicamente significativos para

las personas, todo ello, por supuesto, a partir de la existencia del evento traumático.

El cuestionario SCL-90-R es utilizado para evaluar nueve dimensiones principales de síntomas psicológicos: somatización, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo, además incluye ítems adicionales relevantes para la evaluación clínica. En el caso de registrar altos promedios

en estas dimensiones, se evidencian un cuadro sintomático complejo y generalizado, asociado al impacto del evento traumático sufrido por las víctimas.

Los resultados confirman la presencia de un malestar psicológico importante y multidimensional, que resalta la necesidad de intervenciones integrales que aborden tanto los aspectos emocionales como cognitivos y somáticos del trastorno. La aplicación del SCL-90-R en esta investigación permitió obtener una evaluación detallada y confiable del estado psicológico de las víctimas, contribuyendo al cumplimiento de los objetivos del estudio.

Discusión

El estudio encontró una tendencia ascendente en la severidad de los síntomas de TEPT con el aumento de la edad dentro del rango de 18 a 29 años, lo que contrasta con algunos hallazgos previos como los de Brewin et al., (2000), que sugieren mayor vulnerabilidad en víctimas más jóvenes debido a su desarrollo neuropsicológico y menor experiencia vital. Sin embargo, los resultados actuales podrían explicarse por el acceso diferencial a recursos de salud mental.

En efecto, las víctimas más jóvenes, probablemente más familiarizadas con plataformas digitales, podrían estar utilizando recursos en línea para obtener psicoeducación y desarrollar estrategias de afrontamiento activas. Estudios como

los de (Kuhn et al., 2017; Farrer et al., 2013) han demostrado que las intervenciones basadas en internet, como aplicaciones móviles, son efectivas para reducir los síntomas de TEPT en poblaciones jóvenes. Estas herramientas podrían facilitar la autorregulación emocional, permitiendo a las víctimas más jóvenes manejar mejor sus síntomas (Ehring y Quack, 2010; Knaevelsrud et al., 2015). Por el contrario, las víctimas mayores podrían recurrir a estrategias evitativas, como la supresión de pensamientos o el aislamiento social, que son menos efectivas y pueden perpetuar los síntomas de TEPT (Valentiner et al., 1996).

Por el contrario, las víctimas de mayor edad dentro del rango estudiado podrían enfrentar barreras culturales y sociales que limitan su acceso a recursos de apoyo. En contextos latinoamericanos como Bolivia, el estigma asociado con la salud mental y la victimización sexual puede disuadir a las personas de buscar ayuda profesional. Este rechazo cultural, combinado con una menor familiaridad con recursos digitales, podría dejar a las víctimas mayores sin herramientas efectivas para mitigar el trauma, resultando en síntomas más severos. Además, las víctimas mayores podrían depender más de estrategias de afrontamiento evitativas, que se han asociado con peores resultados a largo plazo (Valentiner et al., 1996).

Un hallazgo crítico del estudio es que las víctimas de mayor edad eran más propensas

a haber sido agredidas por un familiar, lo que se correlacionó con una mayor severidad de los síntomas de TEPT. La literatura ha establecido que las agresiones sexuales cometidas por familiares o conocidos cercanos generan un mayor distress psicológico debido a la traición de la confianza y la posibilidad de victimización repetida (Ullman, 2007). Este hallazgo se alinea con los estudios de Herman, (1992), quien indica que este tipo de trauma interpersonal puede evolucionar hacia un TEPT complejo, caracterizado por síntomas más profundos, dificultades en la autorregulación emocional y alteraciones en las relaciones interpersonales. En el contexto de Potosí, las víctimas mayores podrían haber enfrentado dinámicas familiares que perpetúan el trauma, como la convivencia prolongada con el agresor o la presión social para mantener el silencio, lo que exacerba los síntomas.

La relación con el agresor también puede influir en las estrategias de afrontamiento y en la percepción del trauma. Las víctimas agredidas por familiares podrían experimentar dilemas adicionales, como la necesidad de mantener lazos familiares por razones económicas o sociales, lo que prolonga el impacto del trauma y dificulta la recuperación (Van der Kolk, 2014). Este factor es particularmente relevante en contextos culturales donde las estructuras familiares son centrales, como en Bolivia, donde las víctimas podrían enfrentar presiones para priorizar la unidad familiar sobre su bienestar personal.

El tiempo transcurrido desde el evento traumático emergió como otro factor determinante en la severidad de los síntomas. Aunque la literatura general indica que los síntomas de TEPT tienden a disminuir con el tiempo, con una recuperación significativa en los primeros tres meses (Dworkin et al., 2021), este estudio encontró que las víctimas mayores, cuyas agresiones ocurrieron más de un año antes, presentaron síntomas más severos. Esto sugiere que, en ausencia de intervenciones oportunas, los síntomas pueden persistir o cronificarse, especialmente en casos de trauma complejo (Brewin et al., 2000). Las víctimas mayores podrían no haber recibido apoyo psicológico inmediato, lo que permitió la consolidación de respuestas desadaptativas (Rothbaum et al., 1992).

Cabe destacar que, en casos de agresiones por familiares, el trauma puede ser recurrente o prolongado, lo que contribuye a un TEPT crónico señalado por Herman, (1992). Este estudio sugiere que las víctimas mayores podrían haber experimentado múltiples eventos traumáticos, lo que refuerza la hipótesis de un trauma complejo. La falta de acceso a intervenciones tempranas, como la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma, podría haber exacerbado esta situación (Foa y Rothbaum, 1998).

El contexto cultural de Potosí, Bolivia, desempeña un papel crucial en la interpretación de estos hallazgos. En muchas culturas latinoamericanas, el estigma asociado con la

salud mental y la victimización sexual puede disuadir a las víctimas de buscar ayuda profesional, especialmente entre las generaciones mayores. Las víctimas mayores podrían estar más influenciadas por normas culturales que priorizan la privacidad familiar y desalientan la divulgación de agresiones sexuales, lo que refuerza el aislamiento y perpetúa los síntomas. Este factor cultural podría explicar por qué las víctimas mayores presentaron síntomas más severos en comparación con las más jóvenes, quienes podrían estar más abiertas a explorar recursos modernos de salud mental.

CONCLUSIONES

La investigación revela que la severidad de los síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) en víctimas de violación aumenta con la edad dentro del rango de 18 a 29 años, hallazgo que difiere de estudios previos que indican una mayor vulnerabilidad en víctimas más jóvenes. Este patrón puede atribuirse al acceso diferencial a recursos de salud mental, ya que las víctimas más jóvenes parecen beneficiarse de información que fomenta estrategias activas de afrontamiento y autorregulación emocional, mitigando sus síntomas. En contraste, las víctimas de mayor edad enfrentan barreras culturales y sociales, como el estigma hacia la salud mental, lo que restringe su acceso a apoyo profesional y las lleva a emplear estrategias evitativas asociadas con peores resultados clínicos.

Además, se identificó que las víctimas de mayor edad eran más propensas a haber sido agredidas por familiares, lo que se vinculó con sintomatología más severa debido a la traición de confianza y la victimización reiterada, lo que puede derivar en un TEPT complejo. Asimismo, el tiempo transcurrido desde el evento traumático mostró que, aunque los síntomas tienden a disminuir con el tiempo, las víctimas mayores, con agresiones ocurridas hace más de un año, presentaron mayor severidad, sugiriendo cronificación del TEPT ante la falta de intervención temprana.

Estos resultados destacan la importancia de desarrollar de intervenciones culturalmente adaptadas y sensibles a las particularidades del contexto boliviano. Por ello, se recomienda que futuras investigaciones profundicen en el impacto de las herramientas digitales y a las dinámicas familiares en el proceso de recuperación del TEPT, con el fin de optimizar las estrategias de apoyo y atención a las víctimas en entornos similares.

CONFLICTO DE INTERESES. El autor declara que no existe conflicto de intereses para la publicación del presente artículo científico.

REFERENCIAS

An Tong, GongAn Tong, GongSunjeev K., KambojSunjeev K., KambojHelen V., Curran, H., y Curran, V. (2019). Trastorno de estrés postraumático en víctimas de agresión sexual con consumo de sustancias previo a la agresión: una revisión sistemática. <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsy.2019.00092/full>

- Beck, AT, Steer, RA y Brown, G. (1996). Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II) [Registro de base de datos]. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t00742-000>
- Brewin, R., Andrews, B., y Valentine, D. (2000). Meta-análisis de factores de riesgo para el trastorno de estrés postraumático en adultos expuestos a traumas. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 748-766. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.5.748>
- Carrillo, A. (2025). Diferencias entre estrés agudo y Trastorno de Estrés Postraumático
- Una ayuda para distinguir entre estos dos tipos de trastornos vinculados a la ansiedad. (Psicología clínica) 6 febrero, 2019 - 16:12 — Actualizado 10 marzo, 2025 - 14:17 CEST. <https://psicologiaymente.com/clinica/diferencias-entre-estres-agudo-y-trastorno-estres-postraumatico>
- Causullo, M. (2004). Cuestionario de 90 síntomas (SCL – 90 – R) de L. Derogatis. <https://www.fundacionforo.com/pdfs/inventariodesintomas.pdf>
- Dworkin, E. R., Jaffe, A. E., Bedard-Gilligan, M., y Fitzpatrick, S. (2021). TEPT en el año siguiente a una agresión sexual: Un meta-análisis de estudios prospectivos. *Trauma, Violence, y Abuse*, 24(2), 497-514. <https://doi.org/10.1177/15248380211032213>
- Echeburúa, E., Muñoz, JM, y Loinaz, I. (2011). La evaluación psicológica forense frente a la evaluación clínica: propuestas y retos de futuro. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 11 (1), 141-159. <https://www.redalyc.org/pdf/337/33715423009.pdf>
- Ehring, T., y Quack, D. (2010). Dificultades en la regulación emocional en sobrevivientes de trauma: El rol del tipo de trauma y la severidad de los síntomas de TEPT. *Behavior Therapy*, 41(4), 587-598. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.04.004>
- Farrer, L., Gulliver, A., Chan, J. K., Batterham, P. J., Reynolds, J., Caele, A., ... & Griffiths, K. M. (2013). Intervenciones basadas en tecnología para la salud mental en estudiantes terciarios: Revisión sistemática. *Journal of Medical Internet Research*, 15(5), e101. <https://doi.org/10.2196/jmir.2632>
- Sukhmanjeet Kaur Mann; Raman Marwaha; Tyler J. Torrico (2024). Trastorno de estrés postraumático. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559129/>
- Foa, E., y Rothbaum, B. (1998). Tratamiento del trauma de la violación: Terapia cognitivo-conductual para el TEPT. Guilford Press. <https://psycnet.apa.org/record/1997-36867-000>
- Herman, L. (1992). Trauma y recuperación: Las secuelas de la violencia, desde el abuso doméstico hasta el terror político. Basic Books. <https://psycnet.apa.org/record/2015-30136-000>
- Knaevelsrud, C., Brand, J., Lange, A., Ruwaard, J., y Wagner, B. (2015). Psicoterapia basada en la web para el trastorno de estrés postraumático en pacientes árabes traumatizados por la guerra: Ensayo controlado aleatorizado. *Journal of Medical. Internet Research*, 17(3), e71. <https://doi.org/10.2196/jmir.3582>
- Kuhn, E., Kanuri, N., Hoffman, J. E., Garvert, D. W., Ruzek, J. I., y Taylor, C. B. (2017). Ensayo controlado aleatorizado de una aplicación de smartphone para síntomas del trastorno de estrés postraumático. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(3), 267-273. <https://doi.org/10.1037/ccp0000163>
- Lozano, J., Gómez G., Avilés, I., y Sepúlveda, A.. (2017). Sintomatología del trastorno de estrés postraumático en una muestra de mujeres víctimas de violencia sexual. *Cuadernos de Medicina Forense*, 23(3-4), 82-91. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062017000200082&lng=es&tlng=es
- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) (2014). <https://bit.ly/46H6tZE>
- Molero, M., Mitjans, M., Hernández, M. M., Pérez, M. (2022). Psychological Intervention in Women Victims of Childhood Sexual Abuse: An Open Study-Protocol of a Randomized Controlled Clinical Trial Comparing EMDR Psychotherapy

- and Trauma-Based Cognitive Therapy. *Int J Environ Res Public Health*. Jun 17;19(12):7468. doi: 10.3390/ijerph19127468. PMID: 35742717; PMCID: PMC9223360.
- Ochoa, E, Arteaga, J., Contreras, L y Orozco, L (2010). Estrés postraumático y abuso sexual: Estudio descriptivo en víctimas denunciantes, Bucaramanga 2007-2008. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 42 (1), 25-33.
- Rothbaum, O., Foa, B., Riggs, S., Murdock, T., y Walsh, W. (1992). Examen prospectivo del trastorno de estrés postraumático en víctimas de violación. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 455-475. <https://doi.org/10.1002/jts.2490050309>
- Spielberger, C., Goesuch, R., y Lushene, R. (1970). Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado- Rasgo (STAI). <https://www.hogrefe-tea.com/recursos/Ejemplos/stai-manual-extracto.pdf>
- Ullman, S. E. (2007). Relación con el perpetrador, revelación, reacciones sociales y síntomas de TEPT en sobrevivientes de abuso sexual infantil. *Journal of Child Sexual Abuse*, 16(1), 19-36. https://doi.org/10.1300/J070v16n01_02
- Valentiner, D., Foa, E., Riggs, D. y Gershuny, S. (1996). Estrategias de afrontamiento y trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de agresiones sexuales y no sexuales. *Journal of Abnormal Psychology*, 105(3), 455-458. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.105.3.455>
- Van der Kolk, B. A. (2014). El cuerpo lleva la cuenta: Cerebro, mente y cuerpo en la sanación del trauma. Viking. https://www.academia.edu/97834997/El_Cuerpo_lleva_la_Cuenta_Cerebro_mente_y_cuerpo_en_la_sanaci%C3%B3n_del_trauma_by_Bessel_van_der_Kol_z_lib_org_