

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

Facultad de Ciencias de la Salud



MÁSTER EN CIENCIAS DE LA SEXOLOGÍA

Curso Académico: 2018/2019

Trabajo Fin de Máster:

Sexualidad en mujeres víctimas de violencia sexual.

Estudio cualitativo

- Autor/a:

Cristin Jacqueline Balcázar Balcázar

- Tutor/es:

Cayetano Fernández Sola

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO	4
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
I. INTRODUCCIÓN	7
ESTADO DEL CONOCIMIENTO	7
OBJETIVO	9
II. MÉTODOLOGÍA	10
DISEÑO.....	10
PARTICIPANTES Y CONTEXTO	11
RECOLECCIÓN DE DATOS.....	12
ANÁLISIS DE LOS DATOS	14
RIGOR	14
ASPECTOS ÉTICOS	15
III. RESULTADOS	17
TEMA 1: CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS EN LA SEXUALIDAD EN MUJERES QUE HAN SIDO VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	18
TEMA 2. ATENCIÓN DE LAS MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL EN EL SECTOR SALUD.....	21
TEMA 3. CONSTRUCCIÓN SOCIAL, DESCONOCIMIENTO SOBRE SEXUALIDAD.....	23
IV. DISCUSIÓN.....	28
V. CONCLUSIONES	32
VI. BIBLIOGRAFÍA.....	33

ÍNDICE DE FIGURAS

Fig. 1. Carácter circular del Diseño cualitativo.....	10
Fig. 2. Mapa conceptual sobre la sexualidad en mujeres víctimas de violencia sexual. Elaboración propia con ayuda de ATLAS.ti.8	17
Fig. 3. Consecuencias psicológicas de las mujeres victima de violencia sexual.....	18
Fig. 4. Atención de las mujeres víctimas de violencia sexual en el sector salud	21
Fig. 5. Construcción social sobre sexualidad	24

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla Nro. 1. Datos sociodemográficos de los participantes	11
Tabla Nro. 2. Fases del análisis temático de Braun & Clarke (2006).....	14

AGRADECIMIENTO

Agradezco de manera especial a mi esposo Gustavo Cedeño por su amor y compañía en este proceso de formación; a mi hijo Dante, quien es mi motivación todos los días para levantarme y convertirme en una mejor persona; a mis padres quienes formaron bases sólidas en mi infancia y adolescencia para convertirme en la mujer que soy hoy en día.

Emito también un agradecimiento particular a la universidad de Almería por brindarme la oportunidad de formarme como Sexóloga de tan prestigiosa Institución educativa; a mi tutor Cayetano Fernández Sola por su compromiso, ayuda y aportaciones para poder realizar esta investigación.

Por último, quiero agradecer a los participantes entrevistados, ya que gracias a ellos se alcanzaron los resultados necesarios para que esta investigación sea posible.

RESUMEN

Para el 2017, la OMS estimó que, una de cada tres mujeres en todo el mundo, en algún momento de su vida, se ha visto forzada a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad, lo cual afecta de diferentes maneras para que estas mujeres vivan su sexualidad.

La presente investigación tuvo como objetivo principal, describir y comprender como viven su sexualidad las mujeres que han sido víctimas de violencia sexual; además, conocer la percepción de los profesionales de la salud sobre la atención que le brindan a estas mujeres y entender, cómo influye la atención médica en la sexualidad de las mujeres víctimas de cualquier tipo de violencia sexual.

Es un estudio cualitativo basado en la fenomenología hermenéutica. Se hicieron entrevistas a siete mujeres víctimas de violencia de género y a tres profesionales de un centro de salud que atiende a este tipo de víctimas. Se hizo un análisis temático de los datos con ayuda de ATLAS.ti. Se aseguró la voluntariedad y confidencialidad de los datos.

Entre los resultados obtenidos sobresalen factores que impiden que la mujer no pueda disfrutar de su sexualidad. Las consecuencias psicológicas no tratadas después de la violación y la atención médica que han recibido, han desencadenado desconocimiento sobre la sexualidad; la construcción social sobre este tema, entre ellos, cómo influye la cultura, la religión y otros factores en la sexualidad, han generado que se adopte como “normal” algunas prácticas de violencia.

Las mujeres víctimas de violencia sexual no pueden disfrutar de su sexualidad debido a los problemas emocionales, la atención deficiente por parte del profesional de salud, y la construcción de la sexualidad por parte de la sociedad.

ABSTRACT

For 2017, World Health Organization estimated that one in three women worldwide, at some point in their life, has been forced to have sex against their will, which affects in different ways how these women live their sexuality.

The main objective of this research was to describe and understand how women who have been victims of sexual violence live their sexuality; also, to know the perception of health professionals about the care they provide to these women and understand how medical attention influences the sexuality of women victims of any kind of sexual violence.

This is a qualitative study based on hermeneutical phenomenology. Interviews were conducted to seven women victims of gender violence and three professionals from a health center that cares for these types of victims. A thematic analysis of the data was made with the help of ATLAS.ti software. The voluntariness and confidentiality of the data was ensured.

Among the results obtained are factors that prevent women from enjoying their sexuality. The untreated psychological consequences after the rape and the medical attention they have received, have triggered ignorance about sexuality; the social construction about sexuality, such as, culture, religion and other factors influence sexuality, causing it to be adopted as "normal" some practices of violence.

Women victims of sexual violence cannot enjoy their sexuality due to emotional problems, poor attention by the health professionals, and the construction of sexuality by society.

I. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud – OMS, define a la salud sexual como un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, que requiere un enfoque positivo y respetuoso, tanto de la sexualidad, como de las relaciones sexuales; así como, la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coacción, discriminación y violencia. (García Alandete, Joaquín, 2014).

La OMS también hace referencia al término violencia sexual, definiéndola como “todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo”. (Contreras, Both, Guedes, Dartnall, 2016)

La violencia sexual hacia la mujer obedece a todo acto de índole sexual donde no se mide el consentimiento pleno de la mujer, los mismos que se pueden presentar de diferentes formas, tales como: abuso, incesto, hostigamiento, violación, entre otras. Como referencia, se tiene que, la violación es cualquier acto sexual forzado con penetración a una persona que no puede o no quiere dar su consentimiento. (ONU, 1994)

ESTADO DEL CONOCIMIENTO

Para el 2017, la OMS estimó que, una de cada tres mujeres en todo el mundo, en algún momento de su vida, se ha visto forzada a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad (INEC, 2018). El Atlas de género 2018 refleja que en el Ecuador 6 de cada 10 mujeres han vivido algún tipo de violencia de género, y que 1 de 4 mujeres han vivido violencia sexual (UNICEF Ecuador, 2017). A pesar de la información levantada en el Ecuador y plasmada en mencionado documento, la Unicef-Ecuador (2017) considera que las investigaciones científicas sobre la salud sexual de las mujeres víctimas de abuso y/o violencia sexual son insuficientes, debido a que la mayoría de ellas no denuncian dichos casos en las unidades legales pertinentes. Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos – INEC, la mayoría de casos de abuso sexual no se registran y permanecen ocultos;

a tal punto que, 1 de 4 víctimas nunca contó lo que le sucedió; mientras que, 1 de cada 3 víctimas que avisaron lo sucedido no fueron sujeto de credibilidad (INEC, 2018). El 65% de casos de abuso sexual fueron cometidos por familiares y personas cercanas a las víctimas, el 40% de los familiares victimarios, abusaron de la misma víctima reiteradas ocasiones, mientras que el 14% lo hizo de manera sistemática (UNICEF Ecuador, 2017).

Las mujeres víctimas de abuso sexual desencadenan secuelas psicológicas, físicas, conductuales, sexuales y sociales a largo plazo, tales como: depresión, ansiedad, baja autoestima, estrés postraumático, trastornos de personalidad (Cantón, Cortés, 2015), desconfianza y miedo a los hombres, dificultad para expresar o recibir sentimientos de ternura e intimidad (Valencia, Margareth, 2013), dolores crónicos generales, hipocondría, trastornos de somatización, alteraciones de sueño, desórdenes alimenticios (Sánchez, Hernández, Guadalupe, Navarrete, 2013), intentos de suicidio, consumo del alcohol y droga, trastornos disociativos de identidad (Herrera, Gaus, Troya, Obregon, Guevara, Romero, 2016), falta de satisfacción sexual, alteraciones en las motivaciones sexuales, trastornos de la activación sexual y del orgasmo (Méndez, Alelhi, 2018), y desarrollar creencias de ser valoradas por los demás únicamente por el sexo (Echeburrúa, 1998).

Desde la perspectiva de la salud pública, el análisis de la violencia debe partir desde el hecho de que se trata de un fenómeno predecible y por lo tanto prevenible para controlarlo y contribuir a su disminución, ya que se traduce en muertes, enfermedad y disminución en la calidad de vida (Rigores, 2012).

Los centros de atención primaria son clave para detección y seguimiento de la violencia (Loria, 2015). Sin embargo, existen barreras de tipo organizacional, social e individual que dificultan la atención adecuada a las mujeres víctimas de violencia por parte de los profesionales de la salud, Loria (2015). La agresión sexual se mimetiza en otros motivos de consulta médica, en donde el paciente oculta información pertinente a su vida y/o desempeño sexual, generando un engaño, tanto para él como para al profesional de la salud (Méndez, Valdez, Viniegra, Rivera, Salmerón, 2003).

A los Centros de Salud Pública, acuden mujeres víctimas de violencia sexual quienes, sin manifestar sus antecedentes de violencia, han sido captadas por los profesionales de la salud mediante el abordaje básico, en el cual se les realiza preguntas sobre su sexualidad (Ministerio de Salud Pública, 2014).

En el Ecuador, el personal de salud que se desempeña en el sector público de conocer algún caso de violencia de género que podría ser considerado delito, o que ponga en riesgo la integridad o la vida de la persona o sus familiares, el o la médica responsable de la atención deberá comunicar a la autoridad del establecimiento de Salud, a la vez reportar a la policía nacional, fiscalía, o jueces de violencia contra la Mujer y la Familia, Ministerio de Salud Pública (2014).

Se necesita un mayor grado de investigación científica que sustente la inclusión de la educación sexual en la atención sanitaria a las mujeres víctimas de abuso sexual, para que así puedan conocer los procedimientos pertinentes para exigir una atención oportuna por parte de los profesionales de salud, permitiéndoles mejorar su estilo y calidad de vida, y abordando una adecuada percepción sobre la sexualidad para que puedan tener placer en el desarrollo posterior de su vida sexual.

A la vez, es preciso identificar las necesidades que tiene la sociedad para adquirir conocimientos básicos sobre educación sexual, los tabúes y pensamientos deformados sobre el tema en mención.

OBJETIVO

Mediante el desarrollo del presente trabajo de investigación se persiguen los siguientes objetivos:

- a. Describir y comprender la sexualidad de las mujeres víctimas de violencia sexual.
- b. Conocer la percepción de los profesionales de la salud sobre la atención que brindan a las mujeres víctimas de violencia sexual.
- c. Entender cómo influye la atención médica en la sexualidad de las mujeres víctimas de violencia sexual

II. METODOLOGÍA

DISEÑO

Para el presente trabajo de investigación se utilizó el método de investigación cualitativa HERMENÉUTICA en un enfoque fenomenológico, donde las mujeres víctimas de violencia sexual, mediante entrevistas personales, compartieron sus experiencias sexuales después de la violación, dando a conocer la percepción que tienen sobre su sexualidad. Se interpretó comprensivamente el discurso y se entendió a partir del dialogo verbal y corporal que emitía la mujer víctima de violencia durante el desarrollo de la entrevista, lo cual servirá para entender, conocer, comprender y explicar la sexualidad de las mujeres antes mencionadas.

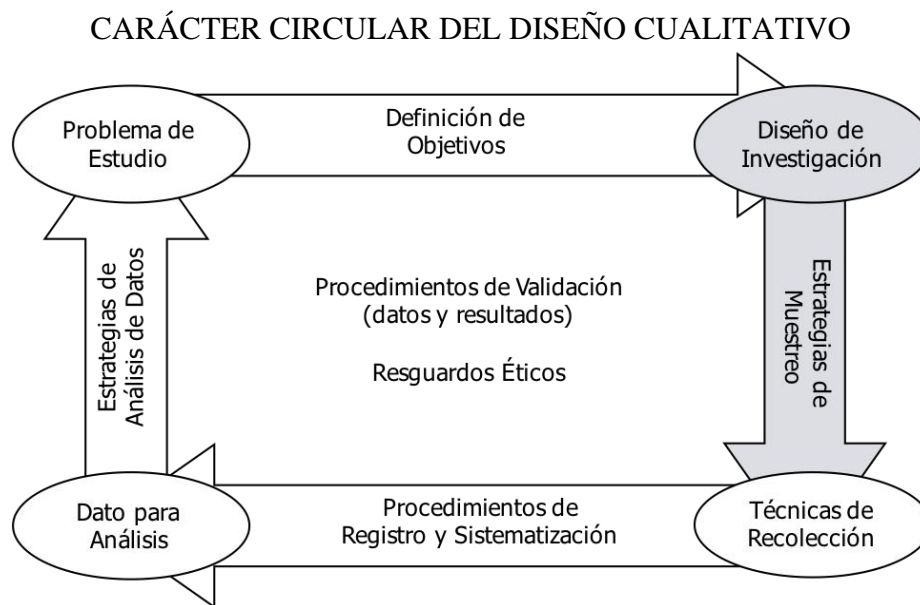


Fig. 1. Carácter circular del Diseño cualitativo

En la Figura 1 se explica el carácter circular propio de un diseño cualitativo, el cual inicia con la identificación del problema a ser estudiado, que para el presente desarrollo se enfocará en la sexualidad de las mujeres adultas tempranas que han sido víctimas de abuso sexual. Una vez identificado el problema, se definieron los objetivos a perseguir para levantar el diseño de la investigación y posteriormente las estrategias de muestreo, dentro de las cuales se seleccionó a víctimas y profesionales del sector de “San Juan de Calderón ubicado en Quito-Ecuador”. Con esta muestra, el siguiente paso consistió en seleccionar las técnicas de recolección de datos mediante entrevistas directas con los involucrados;

posteriormente, esta información fue registrada y sistematizada en el software “ATLAS.ti” para su posterior organización e interpretación. Una vez obtenidos los diagramas automatizados por el software en mención, se procedió al análisis y posterior discusión con teorías propuestas por los autores citados al final del presente trabajo de investigación.

PARTICIPANTES Y CONTEXTO

El estudio se desarrolló en San Juan Calderón. Situado en la Parroquia Calderón del Distrito Metropolitano de Quito - Ecuador, el mismo que está conformado con una población de 17.133 personas.

Referente al personal que trabaja en el Centro de Salud en el sector de San Juan de Calderón de planta, trabajan 14 personas bajo el siguiente detalle:

- 2 médicos familiares,
- 2 médicos generales,
- 1 obstetra,
- 1 psicólogo,
- 2 odontólogos,
- 3 enfermeros,
- 1 técnico de atención primaria,
- 1 estadístico, y
- 1 farmacéutico.

En el presente trabajo de investigación se trabajó con una muestra homogénea de siete mujeres víctimas de abuso sexual, un médico familiar, un obstetra y un médico general. Los datos sociodemográficos pueden verse en la tabla 1.

Tabla Nro. 1. Datos sociodemográficos de los participantes

Participante	Rol	Género	Edad	Estado civil	Años de experiencia (profesional o como víctima)
P-1	Víctima	Mujer	33	Unión Libre	17 años
P-2	Víctima	Mujer	35	Unión Libre	25 años
P-3	Víctima	Mujer	34	Unión Libre	24 años
P-4	Víctima	Mujer	38	Unión Libre	16 años
P-5	Víctima	Mujer	31	Soltera	11 años

P-6	Víctima	Mujer	35	Separada	16 años
P-7	Víctima	Mujer	31	Casada	16 año
P-8	Médico General	Hombre	48	Casado	17 años
P-9	Médico Familiar	Hombre	3	Casado	6 años
P-10	Obstetra	Mujer	32	Soltera	9 años

RECOLECCIÓN DE DATOS

Se aplicaron entrevistas directas, de carácter verbal, a mujeres víctimas de violencia sexual, las mismas que fueron captadas en San Juan de Calderón. Mencionada entrevista se realizó en el consultorio de psicología del Centro de Salud de la comunidad, con un tiempo de duración con una media de 45 minutos por entrevista. Cabe señalar que, se obtuvo el respectivo consentimiento informado para realizar las entrevistas, y a la vez se acordó la confidencialidad de los datos personales y de la información brindada en las entrevistas.

En el desarrollo de las entrevistas se utilizó la técnica de la observación directa a fin de poder evidenciar gestos, miradas y la expresión corporal de las entrevistadas, comprender las vinculaciones entre personas y situaciones, características físicas de las mujeres víctimas de violencia sexual; mientras que, el material que se utilizó para las entrevistas consistió en cuadernos de apuntes, guion para la entrevista, medios de grabación audibles, equipos informáticos y de telefonía celular.

El personal de salud que fue sujeto de entrevista, trabaja en el Centro de Salud del sector y se les realizó la entrevista en sus respectivos consultorios con un tiempo de duración de una media de 50 minutos. Cabe señalar que, al momento de la entrevista se firmó un consentimiento informado y de confidencialidad. Dentro del proceso de entrevista, se aplicó la técnica de observación y el material que se utilizó fue el cuaderno de apuntes, guion de entrevista, grabadora y celular.

El protocolo utilizado para las entrevistas realizadas a las mujeres víctimas de abuso sexual y profesionales de la salud se fundamentó en los siguientes pasos:

1. Se planificó tener un acercamiento con las mujeres víctimas de violencia sexual, para sensibilizarlas sobre la importancia de sus experiencias en la investigación a realizarse.
2. Se preparó un protocolo de las entrevistas. El formato del guion obedeció a preguntas abiertas, a fin de que el entrevistado pueda expresar sus opiniones, se mantuvo la atención suficiente como para introducir en las respuestas de los entrevistados.
3. Se ensayó el protocolo de las entrevistas.
4. Se planifico los horarios para aplicar las entrevistas.
5. Previa a la entrevista a las mujeres víctimas de violencia sexual, se realizó un encuadre donde se les pregunto si querían formar parte de una investigación sobre la sexualidad de ellas, se les explicó de que se trataba la investigación, los objetivos de la investigación, y se les brindo una inducción sobre las preguntas que se les iba a realizar en la entrevista, a la vez se les manifestó que sus datos personales serán confidenciales donde se les hizo firmar un consentimiento informado para realizar al entrevista, se les comunica que no es obligación responder las preguntas si en caso no desean hacerlo y que no hay límite de tiempo para la entrevista, con este encuadre no fue necesario realizar ensayos de la entrevista. La relación que existe con las personas a entrevistar es de terapeuta- paciente,
6. Antes de la entrevista se les realizo una ficha sociodemográfica.
7. Se realizó las entrevistas en el consultorio del Centro de Salud, para generar un ambiente de confianza, para lograr una naturalidad, espontaneidad, y amplitud en las respuestas, logrando la empatía entre entrevistador y entrevistado, se previó factores que interrumpen la entrevista como teléfonos, ruidos internos y externos.
8. En las entrevistas se ejecutó la escucha activa
9. Con los profesionales de la salud, se tuvo una conversación informal donde se pidió el consentimiento para la entrevista, y a la vez se les explico, el tema de la entrevista y los objetivos de la misma, se coordinó el espacio el día y la hora de la entrevista, la relación que existe es de compañeros de trabajo, previa a la entrevista se le realizo una ficha demográfica.
10. Se envió una nota de agradecimiento al personal de salud por las aportaciones brindadas para la investigación.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

Para el análisis de los datos se siguió el procedimiento descrito por Braun & Clarke (2006) cuyos pasos pueden verse en la tabla 2.

Tabla Nro. 2. Fases del análisis temático de Braun & Clarke (2006)

Fase	Descripción del proceso
1. Familiarizarse con tus datos	Transcripción de los datos, lectura-relectura de los datos y anotación de las ideas iniciales.
2. Generación de códigos iniciales	Codificación de características interesantes de los datos de una manera sistemática mediante grupos de datos, cotejo de datos pertinentes para cada código.
3. Búsqueda de temas	Conversión de códigos en posibles temas, recopilación de todos los datos relevantes para cada tema potencial.
4. Revisión de temas	Comprobar que los temas encajen con los códigos (nivel 1) y con el conjunto de datos (nivel 2), generar un mapa conceptual del análisis.
5. Definir y nombrar temas	Continuar el análisis para afinar los detalles de cada tema y la historia general analítica.
6. La elaboración del informe	Seleccionar ejemplos ilustrativos, resúmenes de ejemplos elocuentes, análisis final de los extractos seleccionados, relacionar de nuevo el análisis con la pregunta de investigación y la literatura, y producir un informe académico del análisis.

RIGOR

Para asegurar el rigor de la presente investigación, el sistema de codificación ha sido triangulado entre varios investigadores, los resultados fueron devueltos a algunos de los participantes para su confirmación/revisión. Para una mayor veracidad se tomó en cuenta las aportaciones de (Noreña, Moreno, Rojas, Malpica, 2012).

Las preguntas de la entrevista antes de ser aplicada se compartió con profesionales de la salud para analizar cada una de ellas y determinar si estaban bien estructuradas de tal manera que sean entendibles para las personas que iban hacer entrevistadas, ya que las respuestas aportarían información pertinente para la investigación sobre la sexualidad. Los profesionales de la salud brindaron aportaciones respecto a la información que ellos

desconocen y que les gustaría conocer de la sexualidad de las mujeres que han sido víctimas de violencia sexual.

Después de las entrevistas se realizó una mesa de dialogo con profesionales de la salud que atienden a mujeres que han sido víctimas de violencia sexual, para analizar las citas más relevantes de las personas entrevistadas respecto a la sexualidad, donde aportaron con conocimiento, se intercambió experiencias, y se reconoció las falencias que existen en el sector salud respecto a la sexualidad y la atención que se les brinda a las mujeres víctimas de violencia sexual.

Con algunas de las entrevistadas se realizó una devolución de las respuestas ante las preguntas que se le realizo sobre su sexualidad, donde se les brindo una información educativa sobre sexualidad.

Se puede evidenciar una relevancia dentro de la investigación debido a que hubo una correspondencia entre la justificación y los resultados que fueron obtenidos en el proceso de la investigación.

ASPECTOS ÉTICOS

La ética cualitativa busca el acercamiento a la realidad del ser humano de manera holística, logrando que los discursos de los participantes transmitan nítidamente sus experiencias. (Noreña, Moreno, Rojas, Malpica, 2012, pág. 269). En el desarrollo de esta investigación se han tenido en cuenta las recomendaciones de la declaración de Helsinki (Manzini, 2000)

Las mujeres víctima de violencia sexual aceptaron ser entrevistadas de manera voluntaria, sin embargo se guarda la confidencialidad de sus identidades por petición de ellas, sus datos serán protegidos en la redacción de la investigación serán identificados mediante siglas P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7.

Los profesionales de salud fueron entrevistados de manera voluntaria, se les preguntó si desean que sus identidades y datos personales, y respuestas sean confidenciales los cuales los 3 manifestaron que no, sin embargo, en la redacción de la investigación su identificación sale con la profesión que ellos realizan en la Unidad Operativa en la cual trabajan.

Cabe señalar que, los datos recolectados en el presente trabajo de investigación están amparados bajo el completo consentimiento de las personas entrevistadas, y a la vez, se guardó confidencialidad y el anonimato de sus datos y discursos emitidos. Al momento de las entrevistas, se les realizó una charla introductoria, donde se enfatizó sobre la libertad de responder y retirarse de la entrevista si esa era su voluntad.

III. RESULTADOS

Del análisis de datos han emergido los temas y subtemas que pueden verse en la figura 2, donde la sexualidad en las mujeres víctimas de violencia sexual, implican diferentes factores para que la mujer no pueda disfrutar de su sexualidad. Las consecuencias psicológicas no tratadas después de la violación lo cual desencadena una inestabilidad emocional en la mujer, la atención médica que han recibido las mujeres violentadas ha hecho que se venga arrastrando desconocimientos sobre sexualidad durante mucho tiempo y que estas mujeres normalicen conductas sobre su sexualidad y la construcción social sobre sexualidad tiene un papel importante debido a cómo influye la cultura, la religión, sobre la educación sexual, lo cual ha hace que la sociedad tenga desconocimiento sobre sexualidad.

SEXUALIDAD EN MUJERES VÍCTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL

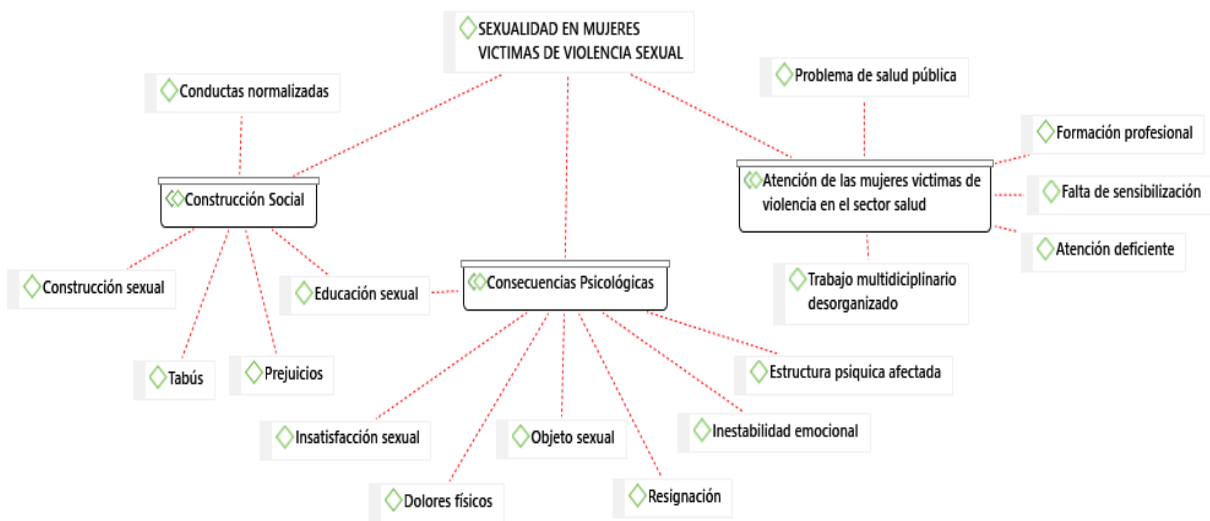


Fig. 2. Mapa conceptual sobre la sexualidad en mujeres víctimas de violencia sexual. Elaboración propia con ayuda de ATLAS.ti.8

Para el análisis de resultados de la investigación se utilizó el cuadro de donde explica de manera organizada y de fácil entendimiento como ir redactando los resultados para que exista una buena comprensión por parte del lector, donde se resaltan las citas más relevantes de los entrevistados. (Granero, Diaz, Hernandez, Garcia, Fernandez Sola, 2016).

TEMA 1: CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS EN LA SEXUALIDAD EN MUJERES QUE HAN SIDO VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

El tema representa la percepción de las participantes sobre el conjunto de secuelas psicológicas de la violencia de género y cómo éstas determinan o condicionan la manera de vivir la sexualidad por parte de las víctimas (Figura 3)

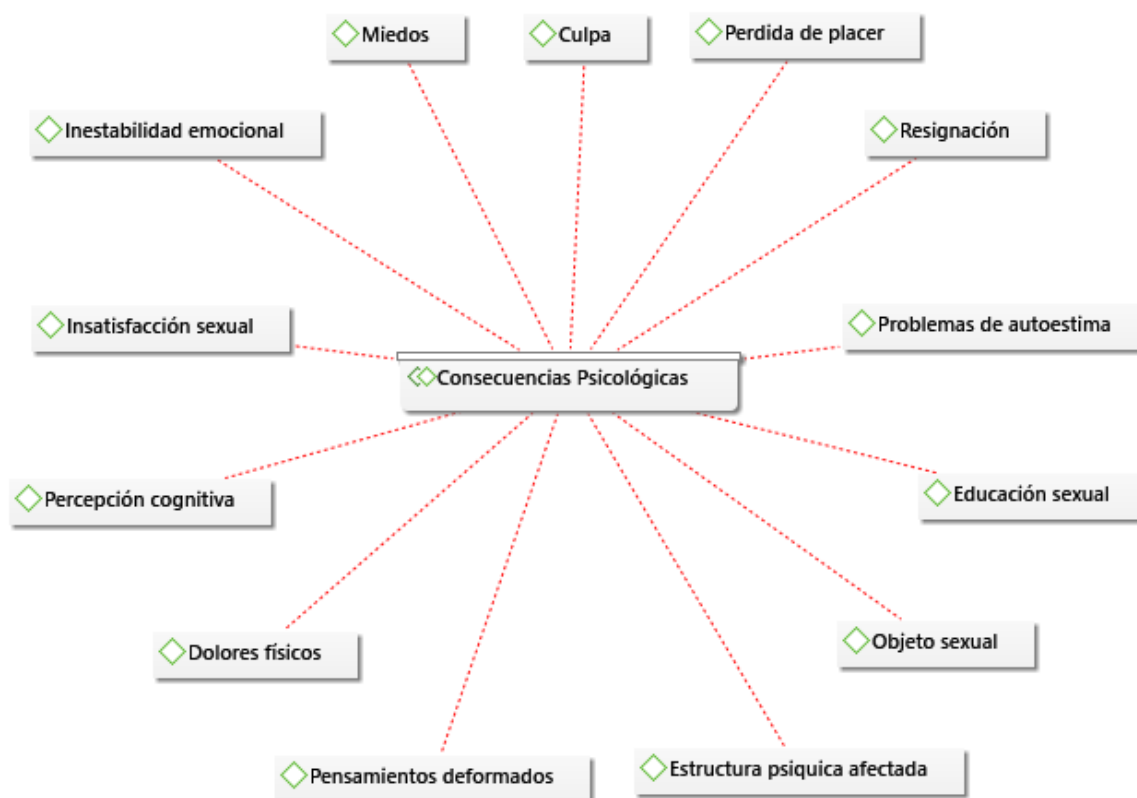


Fig. 3. Consecuencias psicológicas de las mujeres víctima de violencia sexual

La inestabilidad emocional por conflictos no resueltos después de una violación, influyó en las mujeres para que no puedan disfrutar de su sexualidad, donde se evidencia niveles de ansiedad en la vida sexual, culpa sexual e insatisfacción en sus relaciones sexuales, donde la resignación, la sumisión y pasividad son sus mecanismos de defensa para obtener un clima de “estabilidad” y de autoengaño en las mujeres víctimas de violencia.

“Algunas parejas no han tenido mi consentimiento para tener relaciones sexuales, porque habido veces donde mis parejas han querido tener sexo y yo les he dicho que no porque estoy menstruando, y ellos igual han querido tener relaciones sexuales así, y yo lo he hecho para complacerlos” (P-2)

“no me gusta tener sexo, antes de tener sexo yo lo pienso mucho porque no me gusta, no le veo algo bueno.”(P-3)

La percepción cognitiva de las mujeres víctima de violencia sexual, provocó incapacidad para resolver conflictos, incapacidad para controlar su voluntad y disfrutar de su sexualidad, debido a pensamientos erróneos sobre sexualidad, lo que provoca dificultad para relajarse y disfrutar de la actividad sexual lo que muchas de las mujeres entrevistadas se abstienen de tener relaciones sexuales.

“Algunas veces cuando estoy teniendo relaciones sexuales, me duele cuando mi pareja introduce su pene, siento como que me lastimara por dentro, algunas veces todo el sexo es doloroso para mí, y no lo disfruto, me da ganas de decirle a mi pareja que me duele, o me da ganas de quitármelo de encima”(P-2)

“Al momento de tener relaciones sexuales pienso en que debo de concentrarme para no sentir dolor.” (P-7)

El machismo por las creencias que han existido durante mucho tiempo ha vulnerado la sexualidad de las mujeres debido actitudes erróneas de la sociedad donde la mujer proyecta una imagen de sumisión, convirtiéndola en un objeto sexual, donde el hombre se cree el dueño de la mujer.

“en muchas ocasiones me he sentido presionada para tener relaciones sexuales, porque había ocasiones que me decían “si tú no estás conmigo me voy con otra mujer”, “o voy a ver a alguien más”, “si tengo amigas que quieren estar conmigo”, mi temor era si no accedo me voy a quedar sola, ese era mi pensamiento” (P-1)

“no ha sido bajo mi consentimiento, sino bajo el temor de la pérdida de esa pareja, o del chantaje o del miedo a discutir a alguna de ese tipo de cosas” (P-1)

La inestabilidad emocional de estas mujeres genera dolencias físicas en su cuerpo sin justificación como una manera de poder sacar las dolencias psicológicas, donde el cuerpo responde a la manera de pensar, sentir y actuar.

“Al momento de tener relaciones sexuales, siento dolores en útero como que si algo me golpeara.”(P-7)

“nosotros por lo general llevamos cual es la molestia o la dolencia de esa paciente, porque esa paciente siempre va a tener molestias en sí, dolor o malestar en alguna parte de su cuerpo y puede ser que emocionalmente ella mismo se genere estos dolores y que no disfrute de una relación sexual.”(P-10)

La estructura psíquica de las mujeres víctimas de violencia sexual se afecta, provocando un desequilibrio en la salud mental, lo cual desencadena consecuencias en el transcurso de toda su vida, lo cual ha afectado su vida social, familiar y su sexualidad.

“Disfuncionales dañinas para mí, me han marcado totalmente, me ha hecho mucho daño me he vuelto una persona agresiva, impulsiva, e retenido muchos sentimientos, no me siento la persona que era antes, yo era muy alegre, me la pasaba cantando riendo, pero a raíz de tanta cosa que he pasado, mi vida es solo enojo y vivo opacada” (P-1)

“me volvió una persona insegura, una persona con autoestima bajo, una persona que se considera que no la pueden querer por lo que es, si no por lo que les puede dar, siento que si a mí me buscan, me van a buscar simplemente para tener sexo nada más” (P-1)

El desconocimiento sobre sexualidad en las mujeres víctimas de violencia sexual, es un problema grave ya que desencadena consecuencias a nivel personal respecto a su sexualidad, lo cual hace que no disfruten de su sexualidad, viéndolo como algo desagradable, repugnante, debido a una construcción deformada errónea sobre sexualidad.

“Las mujeres víctimas de violencia sexual no conocen de su sexualidad, porque paso la violación y pensaron que tener la penetración o el acto mismo de dolor, el sufrimiento que pasan en ese momento, el miedo para ellas todo va ser así, entonces ese temor es un poquito difícil sacar” P10

“No se habla de la sexualidad porque ellas tratan de ocultar muchas veces por miedo por temor o incluso por evitar ser re victimizadas o porque el machismo de nuestra sociedad es muy alto, ellas incluso tratan de enmascarar de alguna manera su tema sexual” P-8

“cuando se le hace la pregunta referente a su sexualidad hay un poco de temor al hablar acerca de eso, los ojos se le ponen como que quiere llorar, voz se le quiebra, gestos tristes, gestos de desprecio”P9

TEMA 2. ATENCIÓN DE LAS MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL EN EL SECTOR SALUD

El tema 2 representa entender de qué manera influye la atención médica en la sexualidad de las mujeres que han sido víctimas de violencia sexual y a la vez comprender las consecuencias que desencadena al no tener una atención eficiente por el personal de salud . (Figura 4)

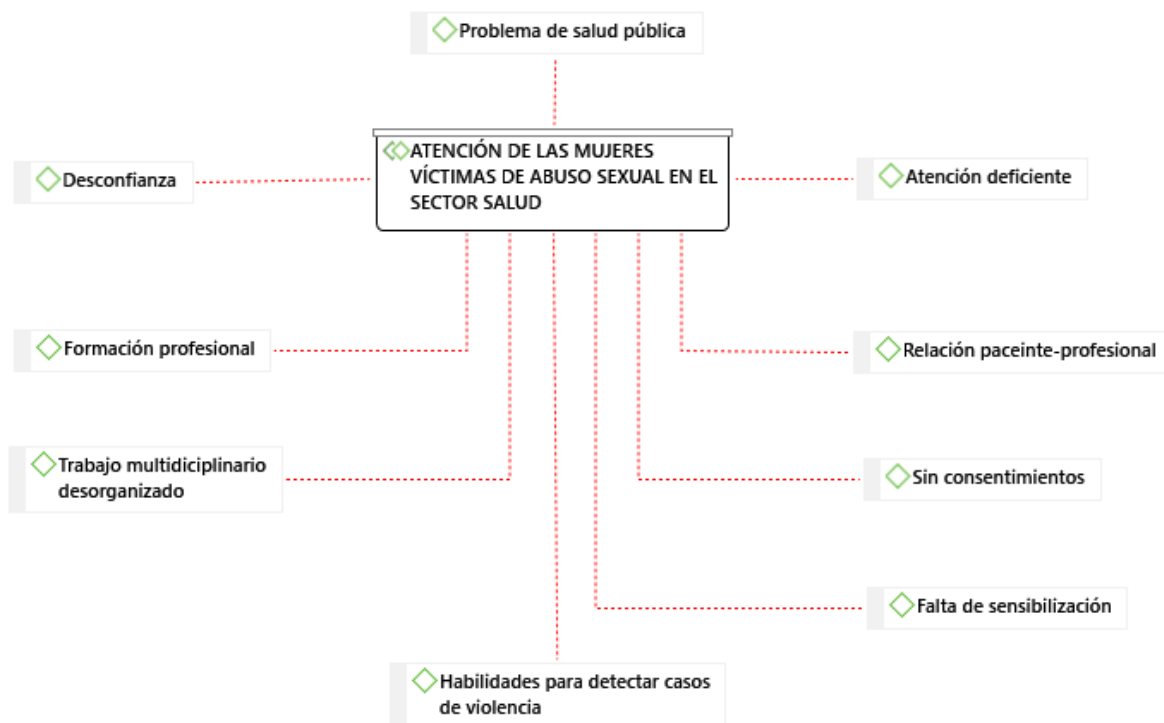


Fig. 4. Atención de las mujeres víctimas de violencia sexual en el sector salud

Los profesionales de salud que atienden a mujeres víctimas de violencia sexual, presentan problemas de confianza con los pacientes, ya que muchos de ellos se enfocan en el dolor físico de la paciente y no en la salud mental de la usuaria, lo que causa una atención de la mala calidad, y una sanación momentánea.

“las veces que yo me he hecho atender me he sentido como un objeto de aprendizaje” (P-1)

“La atención médica, creo que los doctores ni por enterados del antecedente que tenemos algunas mujeres, en mi caso yo no le he dicho a ningún médico sobre lo que paso, que voy a sacar contándoles,” (P-2)

“No he hablado con los médicos de la violación que tuve, pero sin que ellos sepan que me violaron me han dado una mala atención, llego a la consulta me dicen que porque vengo me hacen un montón de preguntas, pasan escribiendo en la computadora y me revisan en menos de 1 minuto y listo es todo.” (P-2)

La falta de sensibilización sobre sexualidad el personal de salud, no brinda una atención de calidad a las mujeres víctima de abuso sexual, siendo muchos los casos que se pasan por alto o se pierden.

“El tiempo no es suficiente, pero así les pongan media hora por paciente, si el médico no cambia la actitud con el paciente no va a servir de nada.” (P-1)

“La verdad una vez comente al médico que fue víctima de violencia sexual, cuando yo quede embarazada de mi hija, le comento de eso y me dijo “eso ya paso”, esa fue la respuesta de la ginecóloga,” (P-1)

La formación es muy importante para poder captar, abordar y dar una atención de calidad a estas mujeres y así poder ayudarles que conozcan sobre su sexualidad y para que puedan disfrutar de ella; sin embargo, existen muchas falencias respecto a la formación y preparación de los profesionales en el tema de sexualidad, lo cual hace que comentan muchos errores a la hora del abordaje.

“necesitamos personal capacitado pero verdaderamente, por lo general cuando llega una paciente violentada la mayoría se quiere lavar las manos, no se quiere meter en problemas, no quiere poner la denuncia, no quiere reportar, se debería sensibilizar mucho más al personal de salud, y más que nada ver que la ley nos ampare, porque si no voy a tener ningún amparo voy a salir amenazado o perjudicado, simplemente nadie lo va a querer hacer” (P-10)

“muy poca la capacitación que existe, las capacitaciones virtuales que recibimos no es lo suficiente, en la capacitación virtual llegas a entender el concepto, llegas a entender el porqué del tema, pero poner en práctica es difícil, en la práctica tratar

con pacientes de abuso sexual es bien complejo, uno tiene que prepararse mucho” (P-8)

Los profesionales de salud no detectan que el origen de los síntomas o signos se debe a las barreras psicológicas y culturales existentes que dificultan que las mujeres hablen del tema, unido en muchos casos por la falta de formación y tiempo de atención. La sensibilización, formación, concienciación en materia de violencia, dificulta la prevención, detención y atención a las mujeres que han sido víctimas de violencia sexual.

“el tiempo de consulta no me alcanza para hacer todo ese abordaje, el tiempo no nos abastece porque tenemos que hacer muchas cosas para una sola consulta, y no alcanza el tiempo para hacer una consulta de calidad, y eso ha hecho que se nos han pasado por alto, que no han sido identificadas, incluso ni siquiera se les pregunta sobre su actividad sexual.” (P-8)

“los médicos se nos pasa por alto muchos pacientes que han sido víctimas de violencia sexual, muy poco el tiempo para la atención, a veces pasamos más en la computadora obviamente si se nos va a pasar los pacientes, es lamentable la situación, pero nos exigen atención de pacientes en cierto tiempo que a veces no nos damos cuenta de pacientes que en verdad necesitan en ese momento” (P-10)

TEMA 3. CONSTRUCCIÓN SOCIAL, DESCONOCIMIENTO SOBRE SEXUALIDAD

El tema 3 representa la percepción de la construcción social en la sexualidad de las mujeres víctimas de violencia sexual y entender cómo influye la educación, los prejuicios y tabús sobre sexualidad en la sociedad. (Figura 5)

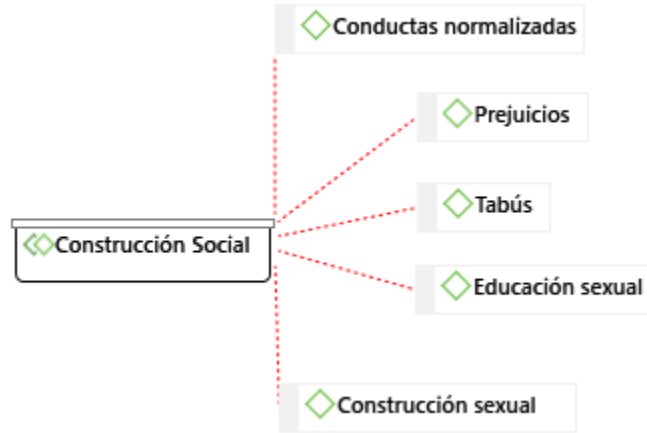


Fig. 5. Construcción social sobre sexualidad

La prevención y la lucha contra la violencia sexual requiere de un trabajo multisectorial y coordinado, lo cual ayudaría a identificar casos de violencia a tiempo para poder prevenirlos, a la vez para realizar el debido tratamiento, sin embargo esto no se cumple por el trabajo desorganizado que existe en las entidades públicas para prevención, detección, seguimiento, tratamiento en los casos de violencia sexual.

“Y eso de poner la denuncia es mucho trámite, es mucho papeleo, mucho tiempo, y todo mundo se entera de lo que a uno le pasa por eso también creo que muchas mujeres no ponen la denuncia” (P-2)

“La atención que se recibe un poco dura, porque se tiene que ir de un lado a otro, con muchos doctores, son muchos procesos que se tiene que pasar, es muy doloroso tener que revivir algo tan feo y muchas de las veces no entienden que es muy fuerte y duro hablar de eso.” (P-7)

“Sentía que no hacían lo necesario para ayudarme, sino que simplemente querían deshacerse de todo rápido y me trataban como si fuese una persona adulta.” (P-7)

La violencia contra las mujeres depende de la educación de la sociedad, la cultura en donde se crece, esto está vinculada al desequilibrio en las relaciones de poder entre hombres y mujeres en los ámbitos social, económico, religioso y político. El desconocimiento, estereotipos, tabús, miedos y prejuicios marcan la educación sexual dentro de una sociedad, poniéndola en peligro donde la salud física y psíquica queda a la deriva ante el desconocimiento de sexualidad.

“uno aprende de sexualidad a su manera, la vida nos va enseñando sobre el sexo de lo que uno vive, de las experiencias de los demás, de que uno escucha, de lo que ve a diario” (P-2)

“Las personas no tienen la capacidad para hablar de sexo, cuando se habla de eso lo toman a chiste, hacen bromas en doble sentido, los padres tienen vergüenza de hablar de sexo con sus hijos y los que hablan de sexo hablan mal del sexo haciendo ver como lo peor del mundo, lo hacen ver como malo, no saben lo que hablan” (P-2)

“La sociedad y la familia me hacían sentir culpable por lo que paso, tuve que pasar por muchos tratamientos para poder salir adelante, tenía 15 años y a veces el no saber a ciencia cierta qué fue lo que realmente sucedió, todavía me cuesta hoy en día.” (P-7)

La violencia sexual contra las mujeres es una de las manifestaciones más claras de los valores, normas y tradiciones de una cultura patriarcal, donde los hombres creen que tienen derecho de controlar el cuerpo y la sexualidad de las mujeres. El machismo de una sociedad denigra y culpa a la mujer como única responsable de las situaciones que le puedan pasar, donde nace la vergüenza lo cual es utilizado en contra de ellas, conductas que son normalizadas dentro de una sociedad ante casos de violencia sexual.

“yo siento que no he vuelto hacer la misma, tengo resentimiento hacia mi familia, cuando crecí me aleje mucho de ellos, cuando mi mamá me habla me da fastidio, siento que si mi familia hubiera hecho algo estuviera mejor y no tuviera los problemas que tengo ahora, muchas ocasiones quise suicidarme porque mi familia nunca hizo nada” (P-2)

“en lo personal yo no puse la denuncia porque me deje influenciar por mi familia, ellos me dijeron que no lo haga porque mi abuelo ya está viejo que como va a vivir su vejez en la cárcel” (P-2)

“Aquí en mi país se cataloga a la mujer como que ella tiene la culpa de lo que le pasa, a pesar de que se den charlas sobre todos estos temas el machismo es fuerte, aún hay muchas mujeres maltratadas y abusadas por parte de sus propios esposos y no se denuncia porque como son las parejas hay gente que se burla y se sienten mal y se queda solo en ellas haber sido víctimas.” (P-6)

La sexualidad no es un hecho natural, sino que está construida socialmente, la educación sexual dentro de la sociedad tiene un papel importante, ya que debido a la falta de información se ha convertido en un problema de salud pública, especialmente en los casos de embarazos no deseados, embarazos en adolescentes, enfermedades de transmisión sexual, y violencia sexual.

La falta de educación sexual ha hecho de nuestra sociedad una sociedad llena de falencias y desconocimiento sobre sexualidad, haciendo grandes diferencias entre un hombre y una mujer, donde se les dice lo que son y los que deben ser, como debemos comportar y como no debemos comportarnos, lo que genera una imagen influenciada de sexualidad y ellas y de los demás.

“La sexualidad en la sociedad en la que estamos, actualmente hay cosas que se tratan de tapar, pero nos vamos al otro extremo, nos vamos al extremo donde adolescentes tienen relaciones sexuales antes de los trece años, inclusive COIP que se considera una violación, pero sin embargo lo hacen, y el otro lado es que los padres se tapan totalmente pensando en que los hijos no están haciendo nada, cuando prácticamente están haciendo lo contrario o ven la problemática y no se hace absolutamente nada dentro de la familia.” (P-10)

“Prácticamente tiene que ver la tendencia cultural de las personas, hay personas que por su tendencia cultural baja piensan que eso ya es algo que la comunidad lo ve como algo natural, son violentadas de una manera tal que no hay quien les haga entender que eso no es correcto y que eso no está bien, muchas viven en ese maltrato y lo viven como una vida cotidiana normal en su hábito diario,” (P-8)

“Yo tengo casos en las cuales llegan a la consulta y se les pregunta su orientación sexual, y no tienen idea de lo que le estás hablando, y son gente preparada, gente que está en la universidad, yo creo que la concientización va desde la educación, parte desde la premisa que es la educación sexual a nivel general, incluso desde los hogares, incluso nosotros no aprendemos una buena educación sexual a nuestros hijos, y eso se refleja después en la adultez.” (P-8)

La violencia sexual es un tema que se habla mucho sin embargo no hay resultados del trabajo, debido a que no se está haciendo un buen trabajo, ya que todo es a fines políticos,

siendo las personas violentadas y la sociedad los más afectados al no tener soluciones inmediatas que ayuden a la sociedad a conocer y disfrutar de su sexualidad. El Estado no solo debe brindar ayuda médica a las víctimas sexuales y a sus familias, sino que también debe buscar una forma de evitar la violencia. Considerando que solución no está en el aumento de las penas sino en establecer políticas claras y serias en materia de educación sexual.

“pero hemos visto últimamente que hay muchas denuncias y no hay paso al castigo o la sanción a la persona que la violo, es más bien se quedan en reposo y fue violentada esa persona y no pasó nada” (P-10)

“La corrupción que existe en nuestro país, todas las leyes están corruptas, todos los servicios están corruptos en todos lados hay corrupción y hay coimas, que un abogado que el otro abogado, que más papeles, y mucha gente que no tiene dinero para seguir el proceso, por eso muchas veces se quedan los procesos.” (P-8)

“En las leyes del Ecuador se habla mucho de que hoy en día sacan información que ha habido bastantes casos, supuestamente se solucionan ya están en fiscalía, ósea se habla muchas cosas pero sigue habiendo, entonces respecto a la leyes y a mi experiencia no creo que haya una ley que le ampare a una persona que ha sido víctima de violencia sexual, no me parece, más bien utilizan los casos de violencia sexual para fines políticos” (P-9)

Las conductas violentas han sido normalizadas debido a su permanencia en el tiempo y su relación con circunstancias culturales, sociales y familiar. Son cadenas que se vienen arrastrando de generación en generación, donde se disminuye la importancia de la violación o la agresión, debido a conductas aprendidas dentro de nuestra familia y la sociedad, el estilo de crianza de los niños, que crecen con pensamientos deformados sobre sexualidad y violencia.

“hay personas a las que si toca educarlas en la vida sexual para que ellas puedan comprender que son violentadas, incluso nosotros tenemos casos de las cuales son violentadas mujeres por parte de los propios familiares, esto es consentido y es muy difícil el abordaje.” (P-8)

IV. DISCUSIÓN

El objetivo de esta investigación era describir y comprender como viven su sexualidad las mujeres que han sido víctimas de violencia sexual y cómo influye la percepción de los profesionales de la salud en la sexualidad de dichas mujeres al momento de abordar casos de violencia. Nuestro diseño ha permitido conocer la sexualidad de las mujeres que han sido violadas y la vez, percatarnos de la importancia de una atención oportuna y eficiente para mejorar la salud sexual de las mujeres investigadas.

Uno de los hallazgos más importantes de esta investigación es que algunas mujeres entrevistadas manifestaron que, en muchas ocasiones se sintieron obligadas a tener relaciones sexuales, y que tenían desconocimiento sobre su sexualidad, su cuerpo y sus derechos sexuales. Ellas han normalizado y aceptado este tipo de actos, en donde el hombre decide por la sexualidad de ellas; lo cual, argumenta el estudio de la OMS realizado en múltiples países, donde se encontró que el 12% de mujeres en las zonas rurales de Perú no creían que la mujer tiene derecho a negarse a tener relaciones sexuales con su esposo (Contreras, Both, Guedes, Dartnall, 2016)

Los participantes de esta investigación coinciden con el planteamiento propuesto por Ramos, Saltijeral, Romero, Caballero y Martínez (2011) en lo referente a que el movimiento feministas ha contribuido a transformar a la violencia sexual en un problema de salud; sin embargo, discrepan de dicho estudio en la parte pertinente a que el problema se deriva de la violación a los derechos humanos. También, coinciden en que la violencia sexual se convierte en un problemas de salud por los embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, pero discrepan en que no se considera que este problema se enfoque en alguna inobservancia por parte de los derechos humanos ya que, el problema identificado en las participantes entrevistadas radica en las costumbres sociales y culturales que se han venido construyendo por la lucha de poder o el patriarcado en donde el hombre tiene el poder sobre la mujer; esto, sumado a la falta de educación e información sobre sexualidad.

Las mujeres entrevistadas, se consideran que no tienen libertad de decisión sobre su cuerpo, ya que no pueden escoger si desean o no continuar con un embarazo. Sienten que su sexualidad queda vulnerada ante un embarazo no deseado, debido a que el aborto no está

legalizado en el Ecuador, a tal punto que, la mujer que cause su aborto o permita que otro se lo cause, será sancionada con pena privativa de la libertad de uno a tres meses (Código Orgánico Integral Penal, 2014). En comparación con Uruguay, donde el aborto es legal, se redujo la fecundidad en adolescentes, evitando los embarazos no planificados y/o no deseados. (Alzúa, Velásquez, 2018)

Los estudios de esta investigación señalan que algunas de las mujeres entrevistadas y que decidieron abortar, fueron juzgadas por sus familiares y su entorno social, razones por las cuales, se sintieron influenciadas al momento de tomar la decisión de seguir con el embarazo o interrumpirlo; es decir, no tomaron la decisión ellas, sino que fue el Estado, la familia y/o la sociedad quienes terminaron decidiendo sobre la sexualidad de la mujer violada, lo cual aporta con la investigación de Casas (2013), que manifiesta que “constituye una violación al derecho a la integridad y una discriminación de una mujer cuando se la obliga a proseguir un embarazo producto de una violación”.

En esta investigación sale a relucir que, la falta de educación sobre sexualidad influye en la sociedad para tener pensamientos erróneos y conductas inapropiadas sobre mencionado tema, donde culpan y responsabilizan a la mujer por el acto de violencia, lo cual concuerda con un estudio levantado en Perú, donde los hombres jóvenes culpaban a las niñas y mujeres por provocar relaciones sexuales forzadas si ellas estaban “coqueteando” o si les habían negado sexo “injustamente” (Cáceres, 2005).

Nuestros profesionales sanitarios participantes reportaron desinterés sobre los problemas de violencia sexual de sus pacientes. Esto concuerda con el estudio de Nuñez, Tortolero, Verschuur, Camacaro y Mendoza (2008), que advierten que el 80% del personal médico forense no reporta examen físico de las víctimas, ni solicitan evaluación psiquiátrica, centrandose su exploración únicamente en los genitales.

Los médicos entrevistados manifestaron que se les ha pasado por alto muchas pacientes con antecedentes de violación, debido a que no les brindan una atención de calidad, por la falta de sensibilización con el tema de violencia sexual. El tiempo que tienen para la atención no es suficiente, lo cual contribuye con la investigación realizada en Brasil donde a 42 mujeres víctimas de violencia sexual se les identificó deficiencias respecto a la responsabilidad

sanitaria y dificultades en la sensibilización de los profesionales frente al tema del abuso sexual y sus derechos sexuales y reproductivos (Vallejo, Álvaro; Córdova, Martha, 2012).

Los profesionales entrevistados han presentado dificultad para detectar el origen de los síntomas o signos de una mujer que ha sido víctima de violencia sexual, debido a la falta de información, capacitación y sensibilización en el tema de violencia. Lo cual aporta y sustenta la investigación de González, Calvo, Bejarano y Camacho (2014), donde diversos organismos nacionales e internacionales coinciden en la importancia otorgada a una formación adecuada de los profesionales implicados en la atención a las víctimas de violencia doméstica.

Una de las aportaciones más relevantes de esta investigación es que la falta de formación, de información y de un protocolo de actuación ante casos de violencia, son barreras que tienen los profesionales al momento de abordar casos de violencia. No son diagnosticados en el sistema, lo cual hace que no se tengan datos reales de violencia, ya que muchos quedan escondidos o desapercibidos, lo cual contribuye al estudio realizado en dos centros hospitalarios de Madrid, donde se encontró que el 97,7% de los profesionales valoraba la violencia contra la mujer como un problema importante y que habitualmente pasaba desapercibido, sin embargo el 66,7% no lo planteaba como diagnóstico diferencial ante una paciente con lesiones físicas a pesar de tener un nivel medio de conocimientos sobre el tema (González, Calvo, Bejarano, Camacho, 2014).

En el MSP existen Normas de Atención Integral en Violencia de Género. En mencionado documento, se habla sobre los protocolos de atención integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de la vida, lo cual detalla los procedimientos referentes a la acogida, la contención y el manejo de crisis, evaluación de riesgo, sospecha de violencia física y psicológica, plan de emergencia, registro de casos, referencia y contra referencia, y el seguimiento que se debe realizar a los pacientes captados (Ministerio de Salud Pública, 2014); sin embargo, esto queda en teoría, ya que en los resultados de esta investigación, los profesionales de la salud manifestaron que desconocen dichas normas y protocolos por la falta de capacitaciones presenciales, siendo el factor tiempo un problema en la consulta. No se puede cumplir con la atención integral y de calidad al momento de la práctica, al MSP le

interesa más la cantidad de atenciones, que la calidad de la atención que se brinda a los usuarios.

Los participantes dieron a conocer sobre las barreras legales e impedimentos que tuvieron al momento de querer poner la denuncia por violación en Ecuador. En el art. 171 del COIP (2018), las personas que son acusadas de violación, tienen una sentencia que sanciona con pena privativa de libertad de veintidós a veintiséis años, lo cual hace que las participantes se consideren unas mujeres sin derechos por las leyes del Ecuador y la sociedad. Sin embargo, es sentir del autor, concordar con países que son más inflexibles con las personas que han cometido actos de violación, como lo es el caso de Cuba, donde se puede llegar a aplicar la pena de muerte a las personas que han cometido una violación (Código Penal de Cuba, 2011, pág. 127_128),

Las mujeres participantes en la presente investigación, manifestaron las razones por las cuales no pusieron la denuncia, entre ellas estaba: la falta de conocimiento, el trámite, la falta de sensibilización del personal a la hora de receptor la denuncia, el desconocimiento del proceso para poner la denuncia, el flujograma de atención, la desconfianza de las autoridades encargadas de garantizar el cumplimiento de la ley, entre otras. Esto, argumenta la investigación de Contreras, Both, Guedes, Dartnall (2016), quienes manifiestan que en la mayoría de los estudios revisados, la vergüenza, el estigma o el temor a la discriminación fueron las principales razones citadas por las sobrevivientes para no haber revelado o denunciado experiencias de violencia.

La presente investigación a mujeres víctimas de violencia sexual, servirá como antecedente para futuras investigaciones que busquen mejorar el sistema de atención por parte del Ministerio de Salud Pública, para que las mujeres que han sido víctimas de violación puedan tener una mejor calidad de vida y una vida sexual placentera.

V. CONCLUSIONES

1. Las mujeres víctimas de violencia sexual no pueden disfrutar de su sexualidad debido a los problemas emocionales, la atención deficiente por parte del profesional de salud, y la construcción de la sexualidad por parte de la sociedad.
2. Las mujeres víctimas de violencia sexual, desconocen de su sexualidad, lo que hace que no disfruten de ella.
3. El abordaje eficiente y de calidad por parte de los profesionales de la salud hacia las mujeres víctimas de violencia sexual, pueden prevenir enfermedades físicas psicológicas para que puedan disfrutar de su sexualidad
4. La construcción social sobre sexualidad desencadena problemas en las mujeres víctimas de violencia sexual donde normalizan conductas, y terminan en la resignación y el autoengaño.

VI. BIBLIOGRAFÍA

- Abiuso, F. L. (2014). La herencia freudiana: un diálogo entre Marcuse y Foucault. Buenos Aires-Argentina: Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES). (pág 39_42)
- Alméras, D. &. (2012). Si no se cuenta, no cuenta: información sobre la violencia contra las mujeres. Chile: Cepal.
- Cantón, Cortés. (2015). Consecuencias del abuso sexual infantil: una revisión de las variables intervinientes. Murcia: Anales de Psicología/Annals of Psychology.
- Casas, L. (2013). La penalización del aborto como una violación a los derechos humanos de las mujeres. Universidad Diego Portales, 44.
- Código Orgánico Integral Penal. (03 de Julio de 2014). Delitos contra los derechos de la libertad. En Código Orgánico Integral Penal (pág. 25_26). Quito: Editora Nacional.
- Código Penal de Cuba. (2011). Delitos contra el normal desarrollo de las relaciones sexuales y contra la familia la infancia y la juventud. La Habana: ONBC. (pág 127_128)
- COIP. (10 de MAYO de 2018). Obtenido de <http://www.registroficial.gob.ec/>: https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/EQU/INT_CEDAW_ARL_ECU_18950_S.pdf
- Constituyente, E. A. (2008). Constitución de la República del Ecuador. Ecuador.
- Contreras, Both, Guedes, Dartnall. (2016). Violencia sexual en Latinoamérica y el Caribe: análisis de datos secundarios. Iniciativa de Investigación sobre la Violencia Sexual. Violencia sexual en Latinoamérica y el Caribe:, 11.
- Contreras, Both, Guedes, Dartnall. (2016). Violencia sexual en Latinoamérica y el Caribe: análisis de datos secundarios. Iniciativa de Investigación sobre la Violencia Sexual. Violencia sexual en Latinoamérica y el Caribe:, 16.

- Dipaola, E. (2014). *Yo no tengo sexo: relato y sexualidad en el mundo posmoderno*. Buenos Aires-Argentina: Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales.
- Echeburrúa, E., & Corral, P.D. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia, *Cuaderno de medicina forense*, (43-44), 75-82).
- García Alandete, Joaquín. (2014). *Psicología positiva, bienestar y calidad de vida. Enclaves del pensamiento*, 13-29.
- García, D. C. (2005). *Teoría queer: reflexiones sobre sexo, sexualidad e identidad. Hacia una politización de la sexualidad*. Madrid: Egales.
- Gómez, M. C. (2015). Caracterización de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual en Bogotá DC durante el año 2011. *Teoría y praxis investigativa*, 8(1), 74-91.
- González, Calvo, Bejarano, Camacho. (2014). La violencia de género: evolución, impacto y claves para su abordaje. *Enfermería Global*, 13(1), 424-439.
- González, Montero, Martínez, Leyton, Luttges, & Molina. (2012). Características y consecuencias de las agresiones sexuales en adolescentes consultantes en un centro de salud sexual y reproductiva. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 77(6), 413-422.
- Granero, Díaz, Hernández, García, Fernández Sola. (2016). Loss of dignity in end of life care in the emergency department a phenomenological study with health professionals, *Journal of emergency Nursing*, 42(3), 233-239.
- Herrera, Gaus, Troya, Obregon, Guevara, Romero. (2016). *Abuso sexual y maltrato infantil*. Chile: Suladesa.
- INEC, I. N. (2018). *Estadísticas de Seguridad Integral Delitos de mayor connotación psicosocial*. Quito-Ecuador.
- Lara, D. (2003). El acceso al aborto legal de las mujeres embarazadas por violación. *Gaceta Médica de México*, 77-90.
- Lerner. (1990). *El origen del patriacado*. España: Editorial crítica.

- Loria, K. (2015). Actitud hacia la violencia de género de los profesionales de atención primaria. *Atención primaria*, 490-497.
- Lozoya, I. (2011). Conocimientos sobre violencia de género de la población que consulta en atención primaria, 459-464.
- Manzini, J. L. (2000). Manzini, J. L. (2000). Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. *Edimburgo: Acta bioethica*, 6 (2), 321-334.
- Méndez, Alelhi. (2018). Intervenciones psicológicas en mujeres adultas agredidas sexualmente: revisión sistemática de la literatura. México: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Méndez, Valdez, Viniegra, Rivera, Salmerón . (2003). Violencia contra la mujer: conocimiento y actitud del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos. México: Salud Pública de México .
- Ministerio de Salud Pública. (2014). Normas de atención integral en violencia de género. MSP, 39-41.
- Noreña, Moreno, Rojas, Malpica. (2012). Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. Chía-Colombia: Aquichan.
- Núñez, Raúl Fernando; Jaramillo, Lady Nancy Zuluaga. (2011). Violencia Sexual Como Una Forma De Tortura En El Derecho Internacional De Los Derechos Humanos. *Criterio Jurídico*, 139.
- Núñez, Tortolero, Verschuur, Camacaro, Mendoza. (2008). Violencia sexual: Un fenómeno oculto en la experticia médico legal. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 233-239.
- ONU. (1994). Declaración sobre la eliminación de violencia contra la mujer. Washintong.
- Osborne, R. (2009). Apuntes sobre violencia de género. Barcelona: Bellaterra.

- Pereda, Beltran, Noemí. (2010). Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil. *Papeles del psicólogo*, 191-201.
- Prescott, J. W. (1975). El placer corporal y el origen de la violencia. *The Bulletin of the Atomic Scientists*, 10-20.
- Ramos, Saltijeral, Romero, Caballero, Martinez. (2011). Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de usuarias de un centro de salud. *Salud Pública de México*, 182-191.
- Rigores, M. (2012). La violencia de género un problema de salud pública. *Revista de trabajo social*, 97-106.
- Sánchez, Hernández, Guadalupe, Navarrete. (2013). Efectos psicológicos a largo plazo en mujeres abusadas sexualmente antes de su adolescencia, residentes del área metropolitana de San Salvador. Salvador: Ediciones piràmide.
- UNICEF Ecuador. (2017). Unicef Ecuador. Ecuador: Recuperado el, 1, 2011-2013.
- Valencia; Margareth. (26 de Junio de 2013). Identificación de manifestaciones de ansiedad y depresión y diseño de un protocolo de evaluación en menores víctimas de abuso sexual que asisten al Centro Zonal Norte del ICBF. Recuperado el 25 de Julio de 2019, de Universidad Pontificia Bolivariana: <https://repository.upb.edu.co/handle/20.500.11912/245>
- Vallejo, Álvaro; Córdova, Martha. (2012). Abuso sexual: tratamientos y atención. *Revista de Psicología*, 19-46.
- Vásquez, H. C. (2005). Hermeneutica y análisis cualitativo. *Revista de Epistemología de ciencias sociales*, 209.