

LLOVER SOBRE MOJADO

SECUELAS PSICOSOCIALES DEL
EMBARAZO POR VIOLACIÓN SEXUAL



LLOVER SOBRE MOJADO

**SECUELAS PSICOSOCIALES DEL
EMBARAZO POR VIOLACIÓN SEXUAL**

LLOVER SOBRE MOJADO

Secuelas psicosociales del embarazo por violación sexual

Centro de Atención Psicosocial (CAPS)
Calle Caracas 2380, Jesús María, Lima 11
Teléfonos: (51) 462-1600 / 462-1700
e-mail: psico@caps.org.pe
www.caps.org.pe

Todos los derechos reservados

Equipo de investigación

Yovana Pérez Clara
Juana Luisa Loret de Fernández (Yeny)
Karina Dianderas Solís
Asistente: Gerardo Egocheaga Ascarza

Diseño de carátula
Enrique Limaymanta Sulca

Corrección de estilo
Martha Hildamira Stolar Sirlipu

Impresión: Dayma Consorcio S.A.C.
Av. Iquitos 1481, La Victoria
Teléfonos: 471-6531 / 471-8062

Tiraje: 500 ejemplares

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2014-17335.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
--------------------	---

CAPÍTULO 1

ENFOQUE METODOLÓGICO	9
1.1. Planteamiento del problema	11
1.2. Objetivos del estudio	12
1.3. Metodología	12
1.3.1. Estudio de casos	13
1.3.1.1. Historias clínicas y peritajes	13
1.3.1.2. Entrevistas a profundidad a mujeres víctimas de violación sexual	13
1.3.2. Revisión de fuentes secundarias	14
1.3.3. Entrevistas a expertos	14
1.3.3.1. Primera reunión de expertos	14
1.3.3.2. Entrevistas a expertos	14
1.3.3.3. Tercera reunión de expertos	15
1.4. Limitaciones del estudio	16

CAPÍTULO 2

MARCO CONCEPTUAL	17
2.1. Violación sexual	19
2.2. Tipos de violación sexual	21
2.3. Violación sexual y salud	22
2.4. Embarazo a consecuencia de la violación sexual	24

CAPÍTULO 3

EL CONTEXTO SOBRE VIOLACIÓN SEXUAL Y EMBARAZO FORZADO	25
3.1. La violación sexual en América Latina	27
3.2. Situación actual de la violación sexual en el Perú	27
3.3. Violación sexual contra niñas y adolescentes	29
3.4. Violación sexual en contexto de guerra	31
3.4.1. Violencia sexual durante el conflicto armado interno en el Perú	32
3.5. Violación sexual y tortura	32
3.6. Violación sexual. Embarazo y tortura en el Perú	34
3.7. Violación sexual y embarazo adolescente	35
3.8. Acerca del aborto en el Perú	36
3.8.1. Penalización del aborto	36
3.9. Violación sexual y embarazo forzado	37

CAPÍTULO 4

MARCO TEÓRICO	39
4.1. Violación y trauma psíquico	41
4.2. Embarazo - maternidad ideal	43
4.2.1. El deseo del hijo	44
4.3. Incesto	49
4.3.1. Consecuencias psíquicas del abuso sexual incestuoso	50

CAPÍTULO 5

REVISIÓN DE ESTUDIOS SOBRE VIOLACIÓN Y EMBARAZO	53
5.1. Impacto en la mujer	55
5.2. Embarazo y entorno social	56
5.3. Decisiones en torno al embarazo	57
5.4. Embarazo y salud mental	58
5.5. Embarazo y salud física	59
5.6. Embarazo y proyecto de vida	59

CAPÍTULO 6

HALLAZGOS DEL ESTUDIO	61
6.1. Fuentes de análisis	63
6.2. Análisis de los peritajes e historias clínicas	63
6.3. Visión de las expertas y expertos	69
6.3.1. “Llover sobre mojado”: El doble trauma en las mujeres que enfrentan embarazos forzados por violación sexual.....	69
6.3.2. El hijo que ataca, perturba: La relación con los hijos de la violación	72
6.3.3. Género	72
6.4. Estudio de casos (entrevistas a profundidad)	73
6.4.1. Primera entrevista	73
6.4.2. Segunda entrevista	78
6.4.3. Tercera entrevista	82
6.5. Conclusiones de los hallazgos	85
CONCLUSIONES FINALES	89
BIBLIOGRAFÍA	92

INTRODUCCIÓN

El embarazo es un suceso en la vida de las mujeres que puede traerles mucha felicidad o enorme pesar. El embarazo por violación sexual pertenece al segundo tipo, irrumpe bruscamente en el espacio íntimo de las mujeres trastocando por completo su existencia. El embarazo por violación representa una clara forma de vulneración de los derechos de las mujeres y de violencia de género¹ cuyas consecuencias físicas, emocionales, personales, familiares y sociales han sido poco investigadas.

En efecto, no obstante que es un fenómeno frecuente, no se ha avanzado lo suficiente en los efectos de la violación sexual cometida contra una mujer en edad de procrear, el más desestabilizador es descubrir que hay una concepción, es decir, un producto concreto. Al poco tiempo del impacto traumático del hecho violento y, probablemente, cuando la víctima recién empieza a hacer el duelo que le permita superar esta crisis, tiene que verse en la situación de tomar decisiones que afectarán su propia vida y la del nuevo ser: si acepta una criatura que no pensó tener y que no quiere, si lo da en adopción, si interrumpe la gestación o si lo abandona subrepticamente; cualquiera sea la decisión que tome o que otros tomen por ella, la mujer se verá en situaciones de conflictos, transgresiones, culpa y tropezará con valores, prejuicios, estigmas sociales y hasta sanciones legales².

Como puede apreciarse, el tema es complejo y delicado, toca fibras íntimas de la dimensión humana. Tiene que ver con la vida y con la muerte, con la libertad y el sojuzgamiento, con la discriminación y la prepotencia. Abarca, en suma, aspectos centrales de la vida de las personas que no son fáciles de aprehender, tanto por razones técnicas como por las dificultades para acercarse a esos aspectos desde afuera (como observador o investigador) y desde adentro (como protagonista).

En estas circunstancias, las discusiones que ocurren en cualquier contexto (social, académico, político, legislativo, etc.) son más bien apasionadas que argumentales. Y es que no se puede argumentar sobre lo que no se conoce, no es posible ser objetivos si se carece de datos (cualitativos y/o cuantitativos). Por ahora, lo más ausente en el escenario público es el debate serio e informado.

¹ FERNÁNDEZ, Adriana (2010). *Autopercepción y relaciones interpersonales en un grupo de mujeres víctimas de violación sexual a través del psicodiagnóstico de Rorschach*. Tesis para optar el título de licenciada en Psicología en la PUCP. Lima: PUCP.

² LONDOÑO, María Ladi (2004). *Embarazo por violación. La crisis múltiple*. Colombia: Si Mujer-ISEDER. Disponible en: <http://Fundacionsimujer.org/wp/wp-content/themes/Aggregate/images/Res_Embarazo%20%20violacion.pdf>.

INTRODUCCIÓN

Ante este panorama, el Centro de Atención Psicosocial (CAPS) decidió participar en una investigación que brinde algunas luces sobre el tema con el propósito de contribuir a generar un espacio auspicioso y aportar una mirada científica especializada para un debate público y político, serio e informado, que deberá generarse en el Perú en el marco de la presentación de una iniciativa ciudadana a favor de la despenalización del aborto por violación.

El CAPS es una organización peruana sin fines de lucro que promueve la salud mental y los derechos humanos de las peruanas y peruanos a través de la investigación y atención integral a personas afectadas por la violencia política y social, entre ellas, sobrevivientes de la tortura, desplazados, encarcelados, absueltos e indultados, y sus familias, así como también de familiares de desaparecidos y mujeres víctimas de violencia basada en género. Esta tarea es realizada por un grupo de profesionales con una vasta experiencia de trabajo terapéutico con personas que han sufrido experiencias traumáticas o que atraviesan por situaciones de duelo y violencia al interior de la familia o de la pareja.

Como parte de su misión, le corresponde investigar sobre las consecuencias de la violencia contra la mujer, teniendo en cuenta que hechos como la violencia sexual, la violación sexual y el embarazo forzado vulneran los derechos de las mujeres y generan secuelas graves en su cuerpo y en su mente.

La violación sexual genera daños físicos y mentales comprobados, y el embarazo producto de esta violencia implica –en la mayoría de los casos– una violencia adicional para las mujeres. La salud de las mujeres es un derecho y las condiciones de un embarazo forzado a causa de una violación impactan en el cuerpo y el psiquismo de las víctimas, afectando sus capacidades de ejercerlo. En este sentido, la penalización del aborto de una concepción producida en circunstancias violentas implica una violación a los derechos de las mujeres a preservar su salud mental y física, y pretende cargarla de culpa y estigmatizarla.

La reciente aprobación de la *Guía Técnica Nacional del Aborto Terapéutico*³, que permite estandarizar los procedimientos para la atención de la gestante, para evitar un mal grave y permanente en su salud –luego de más de 90 años de haberse aprobado la despenalización del aborto terapéutico en 1924⁴ – representa un gran avance en la legislación peruana; no obstante, todavía es limitado, pues la despenalización debería abarcar también a los abortos en caso de violación sexual, garantizando de esta manera el ejercicio del derecho a la vida, salud integral y al libre desarrollo de la personalidad de las mujeres⁵.

³ Guía aprobada el 27 de junio de 2014, mediante la Resolución Ministerial N° 486-2014.

⁴ La despenalización del aborto terapéutico está contenida en el artículo 119 del Código Penal, el cual señala que “no es punible el aborto practicado por un médico con el consentimiento de la mujer embarazada, cuando es el único medio para salvar su vida o evitar un mal grave y permanente”.

⁵ MESA DE VIGILANCIA POR LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS (2013). *Conferencia Internacional sobre la población y el desarrollo. Cairo +20: Hacia una lectura de la plataforma para la acción de Cairo a 20 años en el Perú (1994-2014)*. Lima: Lettera Gráfica. Disponible en: <www.forosalud.org.pe/publicacion_cairo_20.pdf>.

INTRODUCCIÓN

El documento consta de seis acápite. Las cuatro primeras partes abordan asuntos metodológicos, conceptuales y teóricos. La quinta y sexta incluyen la presentación y análisis de la experiencia personal relatada por una muestra de mujeres que vivió la traumática experiencia de un embarazo forzado producto de una violación sexual.

El CAPS presenta este estudio realizado con la rigurosidad ética que el tema amerita, ya que se trata de mujeres, que por haber pasado por una situación tan grave como la violación y el embarazo forzado, requieren toda la confidencialidad, cuidado y respeto. Para ello, las entrevistas fueron realizadas por psicólogas especializadas en el tema, quienes solicitaron el consentimiento informado para su participación. En la revisión de estos documentos como parte del estudio, se ha guardado la identidad de las mujeres que fueron peritadas y atendidas en el CAPS.

El CAPS agradece a los expertos que colaboraron en las distintas etapas. De manera especial, expresa su gratitud a las mujeres que confiaron generosamente sus historias, experiencias y emociones, y que constituyen una fuente invaluable de primera mano para el conocimiento de este complejo tema.

El CAPS confía en que este estudio, que permite mirar a las mujeres desde el impacto que representa en su salud mental un embarazo forzado a consecuencia de una violación sexual, sea de utilidad para la comprensión de este problema, y para la construcción de políticas públicas a favor de las mujeres como parte de la protección, que es obligación del Estado. Además, se espera que sea una fuente de información para todos los interesados en la prevención y tratamiento de la violencia contra las mujeres.

Capítulo 1

ENFOQUE METODOLÓGICO

1.1. Planteamiento del problema

A lo largo de los siglos, las mujeres han sufrido ataques a su cuerpo y sexualidad, ocasionando efectos devastadores en su psiquismo y en sus vínculos con el entorno. Para una buena parte de mujeres su cuerpo es, aun en el presente, un espacio que no les pertenece en exclusiva, y sobre el cual no se ha logrado, hasta este momento, que las mujeres ejerzan pleno derecho y autonomía. Por el contrario, el cuerpo de las mujeres es aún un espacio en el cual, en la mayoría de sociedades, debido a las condiciones socioeconómicas, legales y culturales, ellas están impedidas de ejercer sus derechos a plenitud.

Los ataques sexuales al cuerpo de las mujeres se dan de manera cotidiana, al interior de los hogares, en las calles y en distintos ámbitos, tanto durante conflictos armados –en los que se exagera su incidencia– como en tiempos de paz. La violación sexual a niñas y mujeres implica una vulneración a su integridad personal y a sus derechos fundamentales que el Estado no logra atender. Los programas de intervención no rehabilitan a las víctimas y el acceso a justicia es lento, engorroso, revictimizante y termina –la mayoría de las veces– en situaciones de impunidad.

Una de las consecuencias trágicas y permanentes de la violación sexual son los embarazos que las mujeres se ven forzadas a llevar porque la legislación nacional actual penaliza la interrupción del embarazo por esta causa, de modo que las mujeres peruanas no pueden tomar la decisión de qué hacer con un embarazo –no buscado y producto de un acto degradante y violento–, ya que estas dependen de las leyes. Para vivir en Estado de Derecho, sus decisiones deben estar de acuerdo con las leyes vigentes. El estado peruano, en este aspecto, no protege a las mujeres como es su obligación.

Cabe destacar un aspecto capital en el vínculo materno-filial, que es el modo en que la madre representa en su mente al hijo, pues son estas imágenes, y los significados adscritos a estas, lo que le permite a la madre y a su vástago vivir una maternidad saludable y potenciadora del desarrollo psicobiológico y social esperado en el hijo. No es poco frecuente encontrarse con hijos producto de una violación sexual, que más que ser percibidos como seres humanos que se desean y, por lo tanto, que se cuidan y se proyecta un futuro para ellos, se constituyen en la prueba por excelencia del acto violento en un proceso judicial. En ese sentido, se representan en la mente materna como una herramienta, como un medio –no como un fin en sí mismo– para ser usado como posibilidad de acceder a la justicia con las consecuencias negativas para la salud del niño que ello implica.

En este contexto, el estudio se plantea las siguientes preguntas:

- ¿El embarazo producto de la violación sexual genera secuelas psicosociales que atentan gravemente la salud mental de mujeres de distintas edades?
- ¿Es posible que las condiciones psicológicas en las que queda la mujer luego de la violación sexual permitan el desarrollo esperado del vínculo materno-filial?

Las respuestas a estas preguntas permitirán ofrecer aproximaciones sobre el impacto de la violación sexual en la vida de las mujeres. Asimismo, se considerarán los efectos según si los agresores son miembros de la familia, si es la pareja, si es algún miembro del entorno cercano de la víctima, o si la violación es perpetrada por desconocidos.

1.2. Objetivos del estudio

1. Documentar evidencias sobre las secuelas psicosociales del embarazo que resulta de una violación sexual.
2. Contribuir a visibilizar y entender el impacto emocional y social del embarazo producto de una violación sexual como acto que irrumpe abruptamente en la vida de las mujeres, generando consecuencias en su salud física y mental a largo plazo.
3. Sensibilizar a la opinión pública acerca de la condición de víctimas de las mujeres que sufren la dolorosa experiencia de una violación sexual, a fin de propiciar el surgimiento de una red familiar y social comprensiva y empática en el que ellas se puedan sostener, y no como ocurre actualmente en algunos grupos sociales en los que se les rechaza y culpabiliza.
4. Aportar información seria y confiable al debate académico, político y social de un aspecto crucial de la vida de las mujeres, y proponer políticas públicas con sustentos sólidos que aseguren la protección del Estado hacia ellas.

1.3. Metodología

Se trata de un estudio cualitativo-descriptivo, a través del análisis de casos, la revisión de fuentes secundarias y entrevistas a expertos conocedores del tema, los cuales pueden aportar luces para una comprensión más sólida e integral de la problemática.

1.3.1. Estudio de casos

Forma parte de la técnica cualitativa de investigación. Esta metodología es empleada ampliamente en las Ciencias Sociales y de la Salud, y se basa en el hecho de estudiar a fondo uno o varios casos, buscando que “sirva de ilustración prototípica de un determinado problema que, de otro modo, no podría ser estudiado tan en profundidad” (León y Montero 2004:149)⁶. Naturalmente, la inclusión en la muestra de diversos casos facilitará que el problema, objeto de la investigación, sea ilustrado en situaciones extremas de la sociedad que se estudia, lo cual aumentará la relevancia de los hallazgos y constataciones.

Por otro lado, el enfoque cualitativo permite generar información que se recoge mirando cara a cara a la persona que brinda los datos, preguntando y examinando el contenido del discurso. La búsqueda de contenidos que se repiten, y que hacen posible establecer ejes temáticos, permitirá, posteriormente, la generalización de los resultados para una comprensión más extensiva del fenómeno estudiado.

1.3.1.1. Historias clínicas y peritajes

En cuanto a los casos, en un primer momento se trató de la revisión de informes de peritajes realizados por especialistas del CAPS a mujeres de diferentes procedencias en distintos momentos. Se trabajó el contenido de diez (10) peritajes, los mismos que fueron analizados a la luz de los objetivos del estudio y se organizaron los hallazgos por contenidos temáticos. Se utilizó, para tal efecto, la clasificación de la “Guía de valoración del daño psíquico en víctimas adultas de violencia familiar, sexual y otras formas de violencia intencional”⁷.

Aparte de ello, se revisaron las historias clínicas de una muestra de los casos atendidos en el CAPS. Esta fue una muestra intencional atendiendo a los objetivos del estudio. En ese sentido, se eligieron ocho historias clínicas en las que la información estaba más completa y se realizó con mujeres que habían tenido más de cuatro sesiones de psicoterapia.

1.3.1.2. Entrevistas a profundidad a mujeres víctimas de violación sexual

Para realizarlas se utilizó una guía de entrevista semiestructurada; además, para la realización y la entrevista a cargo de psicólogas especialistas en el tratamiento de trauma, se consideró el consentimiento informado firmado por

⁶ ORFELIO G., León y MONTERO, Ignacio (2003). *Métodos de Investigación en Psicología y Educación*. 3ª edición. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España.

⁷ *Guía de valoración del daño psíquico para víctimas adultas de violencia familiar, sexual y otras formas de violencia intencional*. Aprobada mediante Resolución de la Fiscalía de la Nación N° 2543-2011MP-FN el 26 de diciembre de 2011. Disponible en: <http://www.uv.es/gicf/dano_psiq_sex_Pe.pdf>

las mujeres entrevistadas. Se realizaron tres entrevistas a mujeres, una de ellas víctima del conflicto armado interno, y las otras dos en contextos de paz. De estos dos casos, uno se trató de un caso de incesto y el otro de una violación perpetrada por una persona del entorno laboral.

1.3.2. Revisión de fuentes secundarias

Se realizó una búsqueda bibliográfica exhaustiva de estudios similares al planteado en este documento, realizados en el país y en el exterior, tomando en cuenta el enfoque clínico de salud mental, el psicosocial y de derechos humanos.

1.3.3. Entrevistas a expertos

Esta fase tuvo tres momentos:

1.3.3.1. Primera reunión de expertos

Tuvo lugar luego de la primera revisión bibliográfica por parte del equipo y su objetivo fue presentar el esquema y la propuesta metodológica, a fin de recibir las sugerencias y recomendaciones.

En esta primera reunión participaron:

- Susana Chávez, Directora General del Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos.
- Martha Rondón Rondón, Médica Psiquiatra, Presidenta de la Asociación Internacional de la Salud Mental de la Mujer.
- Delicia Ferrando, Antropóloga, Demógrafa, e Investigadora en temas de población. Terapeuta psicoanalítica, consultora independiente.

1.3.3.2. Entrevistas a expertos

Un aporte importante al documento es el análisis psicoanalítico del impacto en las diversas áreas psicosociales (subjetiva, relacional, sexual, etc.) de las mujeres que tienen un embarazo forzado. En este sentido, se revisó literatura psicoanalítica afín al tema. Se desarrolló un cuestionario semiestructurado (con preguntas abiertas) que permitiera a los expertos desarrollar sus argumentos. Este fue un grupo multidisciplinario compuesto por: antropólogos, médicos, psiquiatras, abogados, expertos en género, psicoanalistas y psicoterapeutas.

Las entrevistas fueron grabadas, transcritas y analizadas por orden temático. Los expertos consultados realizaron trabajo directo psicológico, social, legal y supervisaron los casos de víctimas de violación sexual. Ellos fueron:

- Tesania Velázquez, Psicóloga, Docente del Departamento de Psicología y Coordinadora de la Maestría en Psicología Comunitaria de la PUCP.
- Adriana Fernández Godenzi, Psicóloga, Docente e Investigadora de la PUCP.
- Teresa Ciudad, Psicóloga, Psicoanalista didacta. Directora del Instituto de la Sociedad Peruana de Psicoanálisis. Supervisora de casos de violencia basada en género.
- Moisés Lemlij, Médico Psiquiatra, Psicoanalista. Supervisor de casos.
- Mercedes Crisóstomo, Antropóloga y Politóloga experta en género, e Investigadora de violación sexual a mujeres en conflictos armados.
- Rocío Gutiérrez: Obstetra, Ex coordinadora del Programa de Salud Sexual y Reproductiva del Movimiento Manuela Ramos.
- Sara Sharratt, Psicóloga, Psicoterapeuta y experta en Género. Docente de la Universidad para la Paz de NNUU, Costa Rica.
- Julissa Mantilla Falcón, Abogada, Consultora de Género y Derechos Humanos y Justicia Transicional. Integrante de la Red Latinoamericana de Académicos del Derecho.
- Nora Sveaass, psicóloga clínica, docente de la Universidad de Oslo, ex miembro del Comité contra la Tortura de NNUU y relatora para Perú. Actual miembro del Sub Comité contra la Tortura.

1.3.3.3. Tercera reunión de expertos

Se realizó una validación de los resultados del estudio mediante una reunión con expertos en el tema, a quienes se les presentó un avance del documento. El grupo estuvo conformado por: psicólogos, psicoterapeutas, psicoanalistas, trabajadora social, comunicadores sociales.

A dos de ellas se les envió documentación seleccionada, así como los temas que fueron discutidos.

- Carlos Jibaja, Psicólogo, Psicoterapeuta psicoanalítico. Director de Salud Mental del CAPS.
- Elsa León, Psicóloga, Psicoanalista. Ex miembro del equipo de Salud Mental de la Comisión de la Verdad y Reconciliación.
- María del Carmen Raffo, Psicoterapeuta psicoanalítica, Psicoanalista en formación.
- Pilar Raffo, Psicóloga, Psicoterapeuta psicoanalítica, Psicoanalista en formación. Perita en cortes nacionales e internacionales.
- Martha Stornaiuolo, Psicóloga, Psicoterapeuta psicoanalítica. Perita en cortes nacionales e internacionales.
- Diana Carrasco, Comunicadora Social. Especialista en Derechos Humanos y Salud Mental.
- Ángel Vila, Comunicador Social. Especialista en Políticas Públicas de Género y Salud Mental.
- Silvia Revilla, Psicóloga. Especialista en víctimas de violación sexual.
- Teodora Huarancay, Trabajadora Social. Especialista en Trauma y atención a Víctimas del Conflicto Armado Interno.

1.4. Limitaciones del estudio

Un estudio sobre un tema tan delicado y difícil de tratar para las mujeres implica que la posibilidad de acceder a relatar su historia y vivencias dolorosas no resulte fácil para ninguna mujer. Las instituciones que las atienden también tienen reparos en solicitarles la participación en un estudio, por ello a pesar de haber hecho numerosas solicitudes y gestiones con organizaciones que atienden a las mujeres, no se pudo incluir otros casos como el equipo de investigación hubiese deseado; no obstante, esto no afectó la sustentación de las conclusiones, dado que como se explica en el acápite 1.2.1., el estudio hasta de un solo caso permite entender y conocer a profundidad el tema de la investigación. Por otro lado, sabemos que las cifras que muestran la prevalencia de la violación sexual y el embarazo forzado no reflejan la realidad del problema, y esto se debe a las razones expuestas, además de la vergüenza, estigmatización y revivencia por parte de las víctimas de situaciones humillantes y dolorosas que no desean relatar.

Capítulo 2

MARCO CONCEPTUAL

2.1. Violación sexual

La violación sexual es una de las expresiones más extremas de la violencia contra la mujer, como se observa en los párrafos siguientes:

La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer⁸ (CEDAW) define la violencia basada en el género como discriminación contra la mujer, es decir, “la violencia dirigida contra la mujer porque es mujer o que la afecta en forma desproporcionada. Incluye actos que infligen daños o sufrimientos de índole física, mental o sexual, amenazas de cometer esos actos, coacción y otras formas de privación de la libertad”. La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, “Convención de Belém do Pará”, entiende, por su parte, que la violencia contra la mujer incluye la violencia física, sexual y psicológica que puede ocurrir dentro de la esfera familiar o fuera de ella.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) se refiere a la violencia sexual 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”⁹.

Por su parte, en nuestro país, el Código Penal, en su artículo 170, esboza una definición de este acto, centrada en el agresor:

“El que con violencia o grave amenaza, obliga a una persona a tener acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal o realiza otros actos análogos introduciendo objetos o partes del cuerpo por alguna de las dos primeras vías”.

En el conglomerado de normas jurídicas que se aplican penalmente en el Perú, no existe una definición amplia de violencia sexual –en el sentido de la tipificación que contemplan los instrumentos internacionales de ser un atentado contra los derechos humanos–, sino que se restringe a una expresión concreta como la violación sexual.

⁸ Recomendación General N° 19 (11° periodo de sesiones, 1992). *Recomendaciones generales adoptadas por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer*. Disponible en: <<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm-sp.htm>>.

⁹ AMNISTÍA INTERNACIONAL (2011). *Violación y violencia sexual. Leyes y Normas de Derechos Humanos en la Corte Penal Internacional*. Madrid: Editorial Amnistía Internacional (EDAI).

El Ministerio Público¹⁰ define en la *Guía de Valoración del daño psíquico en víctimas adultas de tortura, violencia familiar, sexual y otras formas de violencia intencional*, que la violencia sexual es “**un acto de naturaleza sexual contra una o más personas o hacer que esa o esas personas realicen un acto de naturaleza sexual por la fuerza o mediante la amenaza de la fuerza o coacción, como la causada por el temor a la violencia, la intimidación, la detención, la opresión psicológica o el abuso de poder, contra esa o esas personas u otra persona o aprovechando un entorno de coacción o la incapacidad de esa o esas personas de dar su consentimiento genuino**”.

Para efectos de este documento, se tomará la definición de la OMS sobre violación sexual en los siguientes términos:

“La penetración forzada físicamente o empleando otros medios de coacción, por más leves que sean, de la vulva o del ano, usando un pene, otras partes corporales o un objeto”.

Tomamos en consideración lo planteado por este organismo en la medida que la violación sexual puede darse en los diferentes contextos, incluido el hogar, y perpetrada por cualquier persona, independientemente de la relación que tenga con la víctima, es en este caso que se incluye los familiares y la pareja según sea el caso.

Más allá de las definiciones, consideramos importante el impacto que tiene la violación sexual en las mujeres, ya que esta significa una ruptura (**situación disruptiva**¹¹) en la vida de las mujeres que abarca acontecimientos en los que su dignidad, su libertad y sus derechos han sido profundamente vulnerados. Estos acontecimientos impactan sobremedida en la mente, el cuerpo y el entorno familiar y comunitario de las víctimas, las cuales experimentan un sentimiento de inseguridad y desconfianza.

La violación sexual contra la mujer es un acto salvaje en el que su cuerpo es usado por el agresor como objeto de su propiedad, sintiéndose con el derecho a someterlo y violentarlo; y dejando como secuela en la víctima un dolor profundo y constante.

No hay consenso –pero sí algunos acuerdos– sobre las definiciones de violencia sexual. Los organismos internacionales aportan definiciones que aclaran el panorama y que presentamos en los siguientes párrafos.

¹⁰ *Guía de valoración del daño psíquico en víctimas adultas de violencia familiar, sexual, torturas y otras formas de violencia intencional* (2011). Ob. cit.

¹¹ BENYAKAR, Moti y LEZICA, Álvaro (2005). *Lo traumático: Clínica y paradoja. El proceso traumático*. Volumen 1. Buenos Aires: Editorial Biblos.

Es así que, tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1998)¹² como la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 1998)¹³ plantean que la violencia contra las mujeres es una experiencia que tiene consecuencias en el bienestar de ellas anulando su autonomía y minando su potencial como persona en la sociedad, generando niveles de dolor y sufrimiento.

Asimismo, tiene un impacto negativo en el bienestar de sus familias y comunidades e, inclusive, lleva implícita la posibilidad de generar un impacto que trascienda las generaciones que la viven directamente.

La OPS¹⁴ además afirma que: “La violencia contra las mujeres es una violación de derechos humanos con importantes ramificaciones de salud pública”, ya que los datos probatorios de diversas partes del mundo muestran que la violencia está generalizada y que las mujeres y las niñas sobrellevan la carga más abrumadora de violencia por parte de un esposo/compañero y de violencia sexual cometida por cualquier tipo de agresor¹⁵.

El derecho humano a la igualdad y a la no discriminación en el disfrute de la integridad física y mental exige que se dé igual peso al consentimiento libre y pleno al contacto sexual por las dos partes o todas las que intervengan en dicho contacto, implique o no dicho contacto la penetración. El uso de la fuerza, de la amenaza de la fuerza o la coacción por el perpetrador imposibilita que la víctima ejerza su derecho a la integridad física y mental y, por lo tanto, su autonomía sexual¹⁶. Estas condiciones, inclusive, han llevado a las Naciones Unidas a considerar la violación sexual como crimen de lesa humanidad cuando se comete como parte de un ataque generalizado o sistemático.

2.2. Tipos de violación sexual

Se ha establecido una tipología de violencia sexual que incluye diferentes escenarios y modos de ejercerla (OMS 2002-2003)¹⁷. Para efectos de este documento, de la amplia gama de formas de violencia sexual, se considerará

¹² OMS (1998). *Promoción de la salud*. Glosario. Disponible en: <<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>>.

¹³ OPS (1998). *La salud en las Américas*. Volumen1. Disponible en: <<http://cidbimena.desastres.hn/docum/ops/pdf/SaludVol1.pdf>>.

¹⁴ Ídem.

¹⁵ BOTT, S.; GUEDES, A.; GOODWIN, M. y ADAMS, J. (2013). Una colaboración entre la Organización Panamericana de la Salud y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, con aportes técnicos de Measure DHS, ICF International. *Violencia contra las mujeres en América Latina y El Caribe. Análisis comparativo de datos poblacionales de 12 países*. Washington: OPS. Disponible en: <http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=21425&Itemid>.

¹⁶ AMNISTÍA INTERNACIONAL (2011). Ob. cit.

¹⁷ OMS (2003). *Violencia contra la mujer in.igida por su pareja*. Disponible en: <http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/chapter2/es/>.

solo aquellas que por su naturaleza **pudieran tener como consecuencia un embarazo**, y son las que se mencionan a continuación:

- Violación en el matrimonio, por la pareja, esto es, ser obligada a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad por temor a la reacción del esposo o conviviente; incluye el ser obligada a realizar algún acto sexual que considerara degradante o humillante.
- Violación en citas amorosas, en las que la persona no está en condiciones de consentir por encontrarse bajo los efectos del alcohol u otras drogas.
- Violación sistemática durante conflictos armados, como arma de guerra y medio de sometimiento de las mujeres.
- Acoso sexual, en el que hay la exigencia de mantener relaciones sexuales a cambio de favores (World Health Organization, 2002)¹⁸.
- Abuso sexual de menores de edad, el cual involucra cualquier acto sexual, ya sea consumado o atentado, o contacto sexual con un niño o una niña.
- Violación por desconocidos, que incluye ataques en diferentes espacios a mujeres de distintas edades.
- Matrimonio o cohabitación forzada.
- Matrimonio con menores de edad.

2.3. Violación sexual y salud

Según la OMS¹⁹, “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Si bien este concepto nos muestra la concepción de salud integral, existe la tendencia de privilegiar la salud física en desmedro de la salud mental, es así que abundan investigaciones y casuística que ilustran el impacto y afectación de la violación sexual en la salud física de las mujeres, mas no así en su salud mental. A continuación, mostramos definiciones que ilustran la integralidad de la salud.

¹⁸ World Health Organization - WHO (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Disponible en: <http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf>.

¹⁹ Esta definición está contenida en el Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional celebrada en Nueva York en 1946. Fue firmada por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100), y entró en vigor en abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948.

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su artículo 12 señala que los Estados deben proteger el derecho a la salud tanto física como mental²⁰. Como señala la OMS²¹, “el propósito fundamental de la legislación de salud mental es el de proteger, promover y mejorar la vida y el bienestar mental de los ciudadanos”.

El Fondo de Población de las Naciones Unidas define la Salud Reproductiva como “el Estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva **entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia**”²².

En ambas definiciones, la salud es entendida de manera integral e incluye lo físico y lo psicológico. Las mujeres tienen derecho a ella y la violación sexual atenta contra este derecho. Además, por su alta prevalencia, la violación sexual es considerada como un problema de salud pública porque, como todo trauma, afecta el normal desenvolvimiento de la vida de las víctimas.

Teniendo en cuenta que los efectos de la violación sexual son duraderas y de amplio alcance, es una causa importante de enfermedad y en algunos casos de muerte. Las consecuencias negativas abarcan lesiones físicas, embarazos no deseados, abortos, infecciones de transmisión sexual (incluida la infección por el VIH/SIDA), mortalidad materna, trastorno por estrés posttraumático, depresión y suicidio, entre otras. “Cuando se evalúan las repercusiones acumulativas sobre la morbilidad y la mortalidad, la carga sobre la salud asociada a la violencia contra las mujeres es a menudo mayor que la de las prioridades de salud pública reconocidas con mayor frecuencia”²³.

La violencia sexual se ha asociado con diversos problemas de salud mental y de conducta en la adolescencia y la edad adulta. En un estudio basado en la población, la prevalencia de síntomas o signos que hacen pensar en trastornos psiquiátricos fue de 33% para las mujeres con antecedentes de abuso sexual durante la edad adulta, 15% para las que tenían antecedentes de violencia física por parte de su pareja y 6% para las que no habían sufrido malos tratos²⁴.

²⁰ TÁVARA, L.; VERENA, S. y DADOR, J. (2007). *Apuntes para la acción: El derecho de las mujeres a un aborto legal*. Lima: PROMSEX.

²¹ *Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación. Sí a la atención, no a la exclusión*. En: <http://www.who.int/mental_health/policy/legislation/WHO_Resource_Book_MH_LEG_Spanish.pdf>. Última revisión: domingo 6 de diciembre de 2009.

²² ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994. A/CONF.171/13/Rev.1. New York, 1995, p. 37.*

²³ BOTT, S.; GUEDES, A.; GOODWIN, M.; ADAMS, J. Ob. cit.

²⁴ *Ibidem*, p. 177.

2.4. Embarazo a consecuencia de la violación sexual

En el mundo, millones de mujeres se ven obligadas a llevar adelante un embarazo a consecuencia de una violación, a pesar de los riesgos y daños –la mayoría de ellos permanentes para su salud física y mental–, por temor a someterse a abortos inseguros y riesgosos para su vida, en países donde el aborto está penalizado.

Una violación puede, además, traer como consecuencia un embarazo, aunque la tasa varía según los contextos. En un estudio sobre las adolescentes realizado en Etiopía, se comprobó que el 17% de las que habían denunciado haber sido violadas quedaron embarazadas. Esta cifra es similar a la de 15% a 18% obtenida en los centros de crisis para casos de violación de México. En un estudio longitudinal llevado a cabo en los Estados Unidos, en el que participaron más de 4,000 mujeres a las que se les realizó un seguimiento de tres años, se comprobó que para las víctimas de 12 a 45 años de edad, la tasa nacional de embarazos asociados con una violación era de 5% por cada violación²⁵.

Es por ello que la definición de “embarazo forzado”, que según el Estatuto de Roma se entenderá por “el confinamiento ilícito de una mujer a la que se ha dejado embarazada por la fuerza, con la intención de modificar la composición étnica de una población o de cometer otras violaciones graves del derecho internacional”, ha sido extendida por algunos investigadores a aquellas situaciones en que las mujeres, se ven obligadas a la continuidad de un embarazo como resultado de cualquier violación sexual.

Por otro lado, en una reunión de expertos celebrada en Nueva York se definió el embarazo forzado en los siguientes términos: “El embarazo forzado es ejercer el control (como si fuera un confinamiento físico) sobre una mujer embarazada asegurándose la continuación de su embarazo o el nacimiento de su hijo en contra de su voluntad; este embarazo puede ser el resultado de una violación, pero no siempre esta es la causa”²⁶.

Para los fines de este documento, se considerará esta definición: “Se considera embarazo forzado cuando las normas legales niegan a la mujer el aborto luego de una violación, basándose en fundamentos religiosos o culturales”²⁷. Esto es inaceptable para los derechos de las mujeres.

²⁵ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - OMS (2003). *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Revisado* en: <http://www1.paho.org/Spanish/AM/PUB/capitulo_6.pdf>, p. 17

²⁶ Documento de trabajo distribuido por el Caucus de Mujeres, durante la reunión de la Prep Com N° 6 de la Corte Criminal Internacional (ICC). New York, junio de 1998. En: <<http://www.noticiasglobales.org/comunicacionDetalle.asp?id=69>>.

²⁷ IPPF, *Family Planning Perspectives* (vol. 22 N° 3, sept.1996): “Avanzando en los Derechos Reproductivos después de El Cairo y Beijing”. En: <<http://www.noticiasglobales.org/comunicacionDetalle.asp?id=69>>.

Capítulo 3

EL CONTEXTO SOBRE VIOLACIÓN SEXUAL Y EMBARAZO FORZADO

3.1. La violación sexual en América Latina

Siendo la violación sexual un delito, su medición escapa a cualquier estadística que pueda ser captada mediante encuestas u otro tipo de fuentes de información. En Latinoamérica, existen diferentes mediciones que dan cuenta de este subregistro y no reflejan cabalmente su prevalencia ni relevancia como problema de salud pública y de violación de los derechos humanos de las mujeres.

La información disponible sobre violaciones sexuales aparece de manera fragmentada. Cada institución produce información que no siempre se condice con las que proporcionan otras instituciones. Se carece de un observatorio especializado y de informes sistemáticos con datos rigurosos sobre violaciones sexuales. Por otro lado, es importante reconocer la evidente existencia de una cifra oscura del fenómeno. La cantidad de personas que no denuncian y las violaciones que no son registradas permiten pensar en un fenómeno que desborda las especulaciones más atrevidas (Mujica, 2011)²⁸.

Un estudio en América Latina y el Caribe, que incluye a varios países, indica que proporciones sustanciales de mujeres habían sufrido alguna vez en su vida violencia sexual cometida por su esposo/compañero o por otra persona. Entre las mujeres que estuvieron alguna vez en pareja, el porcentaje de las que informó violencia sexual (como relaciones sexuales forzadas, otros actos sexuales forzados, inicio sexual forzado, o relaciones sexuales por miedo) variaba entre un 10,3% en Paraguay (2008), y un 27,2 % en Haití (2005/6)²⁹.

Mujica (2011) afirma que “Muchas mujeres jóvenes y niñas de América Latina y El Caribe tienen una iniciación sexual forzada o no deseada a una edad temprana”. Las mujeres identifican más frecuentemente como agresores a los esposos, compañeros o novios. Estos resultados representan, casi con certeza, solo la punta del iceberg de un problema más extendido del abuso sexual en la niñez y el inicio sexual no deseado.

3.2. Situación actual de la violación sexual en el Perú

Al igual que en Latinoamérica, en el Perú no existe un registro uniforme y consolidado sobre la violencia sexual y la violación sexual, lo cual impide conocer su real dimensión, con el agravante de que los registros adolecen dejando oculta y silenciosa la cifra. La dificultad para denunciar estos actos

²⁸ MUJICA, Jaris (2011). *Violaciones sexuales en el Perú 2000-2009. Un Informe sobre el estado de la situación*. Lima: PROMSEX.

²⁹ BOTT, S.; GUEDES, A.; GOODWIN, M.; ADAMS, J. Ob. cit.

ocurre por diferentes motivos: vergüenza, temor, desconocimiento de sus derechos y falta de confianza en el sistema judicial, entre otros. Uno de los mayores problemas para el limitado acceso a la justicia se debe a problemas durante el proceso, entre los cuales están: la escasa credibilidad al testimonio de las víctimas, a las que se les considera en muchos casos el haber consentido o provocado la violación, sobre la base de prejuicios y estereotipos de género fuertemente arraigados entre los operadores policiales y de justicia, lo que da como resultado la alta impunidad existente; habiéndose admitido, por ejemplo, que en el año 2013 solo se ratificó 322 condenas en contra de violadores que vienen siendo juzgados desde hace 20 años³⁰. Uno de los problemas de no contar con una data unificada, es que los casos se registran en diferentes instancias estatales, tales como: en el Ministerio Público, en la Policía Nacional, en los Centros de Emergencia Mujer, en el Ministerio de Salud, y a través de la Encuesta Demográfica y Salud Familiar (ENDES), en su modalidad de encuesta continua.

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)³¹, en el 2012 se denunciaron ante la Policía Nacional 4,282 casos de violación sexual a mujeres menores de 18 años, y 1,533 de mujeres mayores de esta edad. Esta misma fuente registró 2,248 casos de niños y niñas menores de 18 años víctimas de violación sexual atendidas en los servicios del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP)³². Una estadística presentada por el Ministerio Público (MP) revela que en el 2013, se registraron 17,763 denuncias de agresiones sexuales, de las cuales el 34% sucedieron en los hogares de las víctimas, de las que el 75% son menores de edad³³ (ver cuadro).

Perú: Violación Sexual. Estadísticas 2012-2013	
Policía Nacional del Perú	4,282 mujeres menores de 18 años (2012)
Policía Nacional del Perú	1,533 mujeres mayores de 18 años (2012)
Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables	2,248 niñas y niños menores de 18 años (2012)
Ministerio Público	17,763 denuncias de agresiones sexuales (75% menores de edad)

Fuente: INEI (2013). Compendio Estadístico Nacional 2012-2013.

³⁰ Estadística presentada por el Ministerio Público, disponible en: <<http://elcomercio.pe/lima/sucesos/cada-dia-se-denuncian-49-casos-violacion-sexual-peru-noticia-1735980>>.

³¹ INEI (2012). Informe Técnico N°3. *Estadísticas de Seguridad Ciudadana*, abril de 2012, con base en información proporcionada por la Oficina General del Ministerio del Interior.

³² VIVIANO LLAVE, Teresa María (2012). *Abuso sexual: Estadísticas para la reflexión y pautas para la prevención*. Lima: Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual MIMP. Disponible en: <http://www.mimp.gob.pe/files/programas_nacionales/pncvfv/libro_abusosexual.pdf>.

³³ Disponible en: <<http://elcomercio.pe/lima/sucesos/cada-dia-se-denuncian-49-casos-violacion-sexual-peru-noticia-1735980>>.

Desde el estudio de Guezmes y colaboradores³⁴, en el año 2002, que revelaba que a nivel poblacional el 7.1% de las mujeres en Lima y el 22.9% de las mujeres en el Cusco fueron violentadas sexualmente por sus parejas en los últimos doce meses, la Encuesta demográfica y de Salud Familiar ha venido registrando esta forma de violencia contra las mujeres de manera continua.

De acuerdo con la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) de 2013, 7.6% de las mujeres fueron obligadas alguna vez a tener relaciones sexuales por su pareja. Esta situación es especialmente grave en ciertas regiones como la Sierra (9,9%) y en el departamento de Apurímac (18.8%). Igualmente, 4.2% de las mujeres manifestó que en el último año su esposo o compañero la había obligado a realizar actos sexuales que ella no aprobaba³⁵.

Lo anterior señala la magnitud de la violación sexual por parte de la pareja en el Perú, y que responde a “una dinámica de pareja donde se instaura una relación de poder ejercida del hombre hacia la mujer en un ambiente donde es fácilmente naturalizada; el vínculo estable e íntimo hace que la violencia se vuelva confusa y sea tolerada hasta grados impensables”³⁶.

3.3. Violación sexual contra niñas y adolescentes

Una realidad contundente y alarmante es el índice de violación sexual en la niñez. El número de casos registrado es notoriamente alto y representa casi una situación endémica en el Perú y en el mundo. Lo que se sabe es que estas cifras son solo la punta del iceberg, pues muchos casos quedan ocultos y no se denuncian, salvo que exista un embarazo de por medio o la violación haya sido consumada por extraños al contexto familiar de la víctima, y a veces ni siquiera en ese caso.

La alta prevalencia de la violencia sexual contra niñas y adolescentes es hoy una evidencia en muchas partes del mundo (Jewkes, Sen y García-Moreno, 2002; Krug, 2002). Las heridas, hematomas y laceraciones diversas, pero también el contagio de infecciones de transmisión sexual y los embarazos no deseados son consecuencia de este fenómeno que tiene un gran impacto en la salud pública.

³⁴ GUEZMES, A.; PALOMINO, N. y RAMOS, M. (2002). *Violencia sexual y física contra las mujeres en el Perú*. Lima: CMP Flora Tristán/OMS/Universidad Peruana Cayetano Heredia.

³⁵ INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA DE PERÚ (2014). *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2013* 328-357. Lima, INEI.

³⁶ VELÁZQUEZ, Tesania (2007). *Experiencias de dolor: reconocimiento y reparación. Violencia sexual contra las mujeres*. Lima: DEMUS.

Un estudio multicéntrico de la Organización Mundial de la Salud brinda cifras como las siguientes:

- 1 de cada 5 mujeres afirmó haber sufrido abuso sexual cuando era niña (en Cusco y Lima). Los principales autores eran hombres de la familia (distintos del padre o del padrastro, seguidos de extraños (OMS, 2005).
- Entre las mujeres que habían tenido su primera experiencia sexual antes de los 15 años, esta había sido forzada en más del 40% de los casos (OMS, 2005).

Otros datos relevantes de UNICEF son los siguientes³⁷:

- 8 de cada 10 casos de abuso sexual tienen como victimario a un miembro del entorno familiar (UNICEF).
- 6 de cada 10 embarazos en niñas de 11 a 14 años son producto de incesto o violación” (UNICEF 2001).

Fuente: Mujica, Jaris (2010). Estudio en el distrito de Mazán.

Este estudio reporta que el 78% de víctimas de violación sexual son menores de edad, y el 5% de ellas, quedó embarazada³⁸.

Por otro lado, el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables reportó tan solo en enero y febrero del 2014, 670 casos a nivel nacional de violencia sexual en menores de 18 años y en más de la mitad de los casos se señaló como agresor a un integrante del entorno familiar³⁹.

La magnitud y extensión de este fenómeno que afecta sobre todo a las mujeres adolescentes queda demostrada, por ejemplo, en un estudio sobre violencia sexual contra adolescentes en la región Ucayali, donde se señala que tan solo entre los años 2002 y 2007 se registraron en el Centro de Emergencia Mujer de la ciudad de Pucallpa, 439 casos de mujeres entre 12 y 17 años que denunciaron violencia sexual, y de 39 casos de mujeres entre 19 y 25 años⁴⁰.

³⁷ UNICEF (2001). *La exclusión social en el Perú*.

³⁸ MUJICA, J.; ZEVALLOS, N.; y VIZCARRA, S. (2013). *Estudio de estimación del impacto y prevalencia de la violencia sexual contra mujeres adolescentes en un distrito de la Amazonia peruana*. Lima: PROMSEX.

³⁹ Disponible en: <http://www.rpp.com.pe/2014-04-29-reportan-670-casos-de-violencia-sexual-a-menores-entre-enero-y-febrero-noticia_688327.html>.

⁴⁰ Reporte de Investigación. Movimiento Manuela Ramos, 2008. *El riesgo de ser joven en el Perú. La violencia contra las y los adolescentes y jóvenes en Ucayali. Distrito de Callería, Yarinacocha y Manantay*.

3.4. Violación sexual en contexto de guerra

La violación y abuso hacia las mujeres por parte de los hombres ha sido permanente en la historia de la humanidad. El trauma sufrido por los sobrevivientes de la guerra es muy similar al experimentado por mujeres que han sido golpeadas o maltratadas por su pareja sexual. La violencia sexual contra las mujeres se exagera durante los conflictos armados. Sharratt (1999) considera que plantear una división entre tiempos de paz y tiempos de guerra es, de alguna manera, artificial, y se podría incluso ir tan lejos como para decir que los ataques contra las mujeres en zonas de conflicto son simplemente una manifestación más de la guerra diaria "no declarada" en contra de las mujeres⁴¹.

Se ha considerado a las mujeres víctimas de violación en contextos de guerra como armas para humillar al enemigo. La violencia sexual constituye una práctica habitual y frecuente en el marco de un conflicto armado y, por lo mismo, puede ser calificada como generalizada, de conformidad con el derecho internacional.

Se considera que la violencia sexual está presente en la mayoría de los conflictos armados y los efectos que conlleva son devastadores para las mujeres y para la sociedad, por ello "Su eficacia como instrumento de terror colectivo e individual de manera simultánea explica, en parte, su presencia en un elevado número de contextos afectados por la violencia armada y política. Desde que en la década de los noventa, tras el genocidio de Ruanda y los conflictos armados que asolaron la región de los Balcanes, la violencia sexual como arma de guerra se convirtiera en una cuestión de interés público después de una larga historia de silenciamiento, su inclusión en los debates públicos sobre los conflictos armados y su impacto en la población civil ha sido creciente"⁴².

Según ONU Mujer, "la violación ha sido una táctica generalizada en las guerras modernas. Según estimaciones conservadoras, entre 20,000 y 50,000 mujeres habrían sido violadas durante la guerra de Bosnia y Herzegovina en el periodo 1992-1995, cifra que se disparó hasta las 250,000 a 500,000 durante el genocidio que vivió Ruanda en 1994"⁴³.

⁴¹ SHARRATT S. y KASCHAK E. (1999). *Women war and peace assault on the soul: women in the former Yugoslavia*. Disponible en: <<http://iuristebi.files.wordpress.com/2011/07/assault-on-the-soul-women-in-the-former-yugoslavia.pdf>>.

⁴² VILLELAS, M. (2010) *La violencia sexual como arma de guerra*. España: Agencia Catalana de Cooperación al Desarrollo. Disponible en: <http://escolapau.uab.es/img/qcp/violencia_sexual_guerra.pdf>.

⁴³ ONU (1996). Relator Especial de las Naciones Unidas sobre la Situación de los derechos humanos en Ruanda. *Informe sobre la Situación de los derechos humanos en Ruanda*. Nueva York: Organización de las Naciones Unidas. Disponible en: <<http://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/facts-and-figures>>.

3.4.1. Violencia sexual durante el conflicto armado interno en el Perú

La violencia sexual en el Perú traspasa los periodos de la historia del país, y está totalmente enraizada (Fernández, 2014) en la etapa del conflicto armado interno (1980-2000). En este periodo se perpetraron crímenes que dejaron un saldo de 538 casos de violación sexual, de los cuales 527 corresponden a víctimas mujeres y 11 tratan de crímenes contra varones, según el informe de la Comisión de la Verdad (2003). Sin embargo, este informe no alcanzó a visibilizar la real dimensión del problema, pues muchas mujeres denunciaron lo que pasó con sus esposos, hermanos, padres u otros familiares, más no la violencia sexual de la que fueron objeto. El Consejo de Reparaciones ha registrado hasta el año 2013 un total de 2,781 víctimas directas de violación sexual; sin embargo, se sabe que muchas mujeres aún silencian este hecho por temor y vergüenza, y prefieren mantener estos hechos ocultos.

3.5. Violación sexual y tortura

La violencia sexual, en la que se incluye la violación sexual, es una de las formas de violencia más frecuentemente utilizadas, especialmente en contextos de guerra, durante la detención de las mujeres o en situaciones en que estas acuden a los centros de detención en busca de sus familiares. La Convención contra la Tortura (CAT) contempla a la violación sexual –entre otras condiciones de violencia contra las mujeres– y ejercida además en contextos privados como una forma de tortura y malos tratos, basados en los principios de la no discriminación, entre ellos el de género, tal como se señala en las Observaciones Generales del artículo 2 de la Convención:

“El principio de no discriminación es básico y general en la protección de los derechos humanos y fundamental para la interpretación y aplicación de la Convención. La no discriminación se incluye en la propia definición de la tortura en el párrafo 1 del artículo 1 de la Convención, que prohíbe expresamente los actos especificados cuando se cometen por ‘cualquier razón basada en cualquier tipo de discriminación (...)’. El Comité subraya que el uso discriminatorio de la violencia o el maltrato mental o físico es un factor importante para determinar si un acto constituye tortura”⁴⁴.

⁴⁴COMITÉ CONTRA LA TORTURA. *Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes*. Observación General Nº 2. Aplicación del artículo 2 por los Estados partes, artículo 20.

En la medida que los Estados partes no cumplen con establecer medidas contra la impunidad, la reparación a las víctimas, la falta de medidas de prevención para la no repetición, y no ofrecen las condiciones para la rehabilitación, incluso en los casos que esta violencia sea ejercida en el ámbito privado, constituye una violación de los Estados a la Convención, y está señalado en los sucesivos informes y especialmente en las Observaciones del documento mencionado, que señala lo siguiente:

“La negligencia del Estado a la hora de intervenir para poner fin a esos actos, sancionar a los autores y ofrecer reparación a las víctimas de la tortura facilita y hace posible que los actores no estatales cometan impunemente actos prohibidos por la Convención, por lo que la indiferencia o inacción del Estado constituye una forma de incitación y/o de autorización de hecho. El Comité ha aplicado este principio a los casos en que los Estados partes no han impedido actos de violencia de género, como la violación, la violencia en el hogar, la mutilación genital femenina o la trata, o no han protegido a las víctimas”⁴⁵.

En el mismo documento se señala que hay poca información concreta y suficiente sobre la aplicación de la Convención respecto a las mujeres: “Las situaciones en que la mujer corre riesgo incluyen la privación de libertad, el tratamiento médico, particularmente en el caso de las decisiones relacionadas con la reproducción, y los actos de violencia cometidos por sujetos privados en comunidades y hogares”⁴⁶. En este sentido, las decisiones de las mujeres de interrumpir un embarazo, estarían contempladas en este acápite.

Por otro lado, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos ha considerado que “las violaciones sexuales constituyen no solo un tratamiento inhumano que atenta contra la integridad física, psíquica y moral, de acuerdo con el artículo 5 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, sino también una forma de tortura, según el artículo 5.2 del citado instrumento”. Asimismo, que “la utilización de las violaciones sexuales como arma de terror constituyen un crimen contra la humanidad bajo el derecho internacional consuetudinario”⁴⁷.

⁴⁵ *Ibidem*, artículos 18 y 25.

⁴⁶ *Ibidem*, artículo 22.

⁴⁷ ABUSARUWANKU, *Violación de Mujeres: silencio e impunidad. La violencia contra las mujeres en el informe de la Comisión de la Verdad y Reconciliación*. COMISEDH y Movimiento Manuela Ramos. Lima, 2003, p. 57.

3.6. Violación sexual, embarazo y tortura en el Perú

El Estado peruano viola los derechos a la integridad y a la salud de las mujeres sobrevivientes de violación sexual en varios momentos. En primer lugar, el Estado falla en proteger a las mujeres víctimas de violación sexual. A ello se suma que, posteriormente, si las mujeres resultan embarazadas después de este suceso, el propio Estado las obliga a llevar un embarazo a término, volviéndolas a someter a un trato cruel, inhumano o degradante.

Así lo sustentan dos de los informes del Comité contra la Tortura de las Naciones Unidas (2006, 2013) sobre la situación en Perú, en los cuales el Comité consideró que la penalización del aborto por violación sexual atenta contra los derechos humanos de las mujeres y demanda al Estado peruano que tome las medidas, incluyendo medidas legales, para prevenir actos que perjudiquen la salud de las mujeres, proporcionando atención médica requerida, fortaleciendo los programas de planificación familiar y el acceso a servicios de salud reproductiva.

En las últimas observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto, este Comité recomendó al Estado peruano modificar la prohibición general del aborto en casos de embarazo producto de violación o incesto. Tal como se señala:

“Al Comité le preocupa profundamente que los abortos ilegales sean una de las principales causas de la alta tasa de mortalidad materna en el Estado parte y que la interpretación de qué constituye aborto terapéutico y legal en caso de necesidad por razones médicas sea demasiado restrictiva y poco clara, lo cual lleva a las mujeres a abortar clandestinamente en condiciones de inseguridad. El Comité está particularmente inquieto por la penalización del aborto en caso de violación o de incesto, así como por el hecho de que el Tribunal Constitucional prohíba que se administren anticonceptivos orales de emergencia a las víctimas de violación. Al Comité le preocupa también que la legislación vigente obligue a los médicos a transmitir a las autoridades información sobre las mujeres que solicitan asistencia médica como consecuencia de un aborto, lo que puede llevar a investigaciones y a procesamientos penales; esto crea tal temor que, en la práctica, hace que no se recurra a los servicios de interrupción legal del embarazo”.

En el mismo informe, el Comité señala que el Estado parte debe revisar su legislación con el fin de: “Modificar la prohibición general del aborto de forma que se autoricen el aborto terapéutico y el aborto en los casos en que el embarazo sea resultado de violación o de incesto, y prestar servicios médicos gratuitos a las víctimas de violación”.

3.7. Violación sexual y embarazo adolescente

En el Perú, la maternidad y la paternidad en la adolescencia son una realidad que va en aumento. Se estima que al menos 13 de cada 100 adolescentes (de 15 a 19 años) ya son madres o están embarazadas por primera vez. El embarazo adolescente es más frecuente entre las mujeres pobres y sin educación, y en muchos casos son “embarazos no planeados” que las colocan en una situación de alta vulnerabilidad.

Por otro lado, el embarazo adolescente predispone a una mayor incidencia de muertes maternas y perinatales debido a complicaciones obstétricas vinculadas con la inmadurez biológica de la adolescente, considerándose debido a este factor como embarazos de alto riesgo. Por otro lado, hay que tomar en cuenta que en la mayoría de los casos corresponden a embarazos no planeados que incrementan el riesgo de terminar en abortos realizados en condiciones inseguras (GTPEA 2012: 2).

Algunos de los pocos estudios sobre el tema sugieren que “entre el 50% y 60% de las adolescentes que quedan embarazadas tienen antecedentes de haber sido abusadas física o sexualmente” (Klein y The Committee on Adolescence, 2005; Bruyn, 2003; Olukoya et ál., 2001). Pero no se ha establecido con claridad el porcentaje estimado de embarazos adolescentes producto de abusos sexuales. En contraste, hay evidencia sobre un tema aledaño que tiene una importante relación con el embarazo adolescente y la violencia sexual, esto es, la iniciación sexual adolescente.

En un estudio realizado en el distrito de Mazán (Loreto), se encontró que de 330 mujeres embarazadas en el 2011, 54 correspondieron a mujeres de 12 a 17 años (16.3% de los embarazos registrados para ese año fueron embarazos adolescentes). Es posible indicar entonces, respecto de Mazán, que un alto porcentaje de los embarazos adolescentes se habría producido por violencia sexual y, además, que esta representa una de las causas más importantes de este fenómeno, según los datos expuestos.

Según el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, en el 2010 los Centros Emergencia Mujer registraron en total 1333 casos de violencia sexual contra mujeres entre los 10 y 14 años de edad, y 1191 casos de violencia sexual contra mujeres entre los 15 y 19 años de edad. En consecuencia, 258 (34%) mujeres de ambos grupos etarios resultaron embarazadas.

El Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, a través de los registros de los Centros de Emergencia Mujer, entre enero y diciembre de 2012; reportó 2,805 casos de adolescentes entre 12 y 18 años víctimas de violación sexual, de los cuales 333 casos fueron de adolescentes en situación de embarazo.

3.8. Acerca del aborto en el Perú

Muchas veces las mujeres y adolescentes no desean llevar a término un embarazo si es el resultado de una violación, de modo que la restricción para acceder a provisión pública de anticoncepción de emergencia y la legislación vigente en el Perú sobre el aborto, las obliga a recurrir a un aborto clandestino e inseguro.

Algunas mujeres que viven en situaciones de violencia física y sexual de parte de sus parejas optan también por interrumpir el embarazo porque no desean tener un hijo que resultó de una violación marital o porque no quieren exponer a otro hijo a una situación de violencia doméstica.

El aborto inseguro es una de las cinco causas principales de muerte relacionada con el embarazo en el Perú, donde una de cada siete mujeres que se someten a abortos es hospitalizada por complicaciones asociadas. Según un informe de 2006, aproximadamente 371,420 abortos inseguros se realizan en el Perú cada año (Ferrando, 2006).

Algunos datos estadísticos sobre embarazo y aborto

- De 1,333 casos de violación reportados: 108 adolescentes de 10 a 14 años quedaron embarazadas, y 150 de 15 a 19 años (MINSA & UNFPA, 2012).
- En el 2010, se atendieron más de 7,000 adolescentes por aborto incompleto. (UNFPA citado por GTPEA, 2012).
- En el Perú, se realizan aproximadamente 371,420 abortos inseguros, cada año.
- Los registros oficiales del MINSA informan que de todas las mujeres hospitalizadas por abortos, más de la mitad corresponde a menores de 25 años.

3.8.1. Penalización del aborto

En el Perú, el aborto está penalizado, a excepción de los casos en los cuales es necesario para salvar la vida de la madre o evitar daños a la salud. En junio de 2014 se aprobó la “Guía Técnica Nacional para la estandarización del procedimiento de la Atención Integral de la gestante en la interrupción voluntaria por indicación terapéutica del embarazo menor de 22 semanas con consentimiento informado, en el marco de lo dispuesto en el artículo 119 del Código Penal”, que dice: “No es punible el aborto practicado por un médico con el consentimiento de la mujer embarazada o de su representante legal, si lo tuviera, cuando es el único medio para salvar la vida de la gestante o para evitar en su salud un mal grave y permanente”.

El impacto que tiene para una mujer la penalización del aborto, considerado como un delito contra la vida el cuerpo y la salud, es muy grande. Afecta especialmente su salud mental, al confrontarla con la estigmatización del acto mismo y la sensación de estar al margen de la ley por realizar un acto ilícito, más allá de que la sanción legal sea baja. La mujer que aborta enfrentaría una pena máxima de tres meses, siendo el médico o el que practica el aborto los que enfrentan las mayores sanciones.

Entre los obstáculos que se presentan para despenalizar el aborto por violación se cuentan las diferentes posiciones ideológicas que contaminan el debate: para unos es un acto de justicia; para otros es un ejercicio del derecho de las mujeres sobre su cuerpo; para otros es una situación de injusticia que, si bien ocurre, no se puede permitir; para otros es un tema que no se discute porque la vida es un don divino y, finalmente, unos pocos son indiferentes al tema.

En realidad, el tema de fondo de la penalización del aborto no es realmente el llevar a las mujeres a prisión, ya que la pena real es corta, o en todo caso el juez puede señalar que fue una falta y diga: “señora no lo vuelva a hacer”. Lo que subyace a esta laxitud en la “aplicación” de la ley es la actitud de no permitir la disponibilidad de servicios que brinden a la mujer violada la atención adecuada, dedicada y humana para practicarse un aborto en condiciones seguras, si es que ella decide por esta opción.

En su monografía *La penalización del aborto*, Jeannette Llaja⁴⁸ se apoya en estos hechos para argüir que “la censura social al aborto se restringe a una censura moral y religiosa, pero no se extiende a una censura legal por el Estado expresada en prisión”.

3.9. Violación sexual y embarazo forzado

Una de las consecuencias de la violencia sexual es el embarazo, considerado una forma de embarazo forzado, ya que el producto de este hecho no es deseado por la mujer que ha sido víctima (Gupta et ál., 2007; Londoño, 2000; Chiarotti et ál., 1997). Al respecto, varios investigadores caracterizan por ello al embarazo forzado como cualquier embarazo que la mujer considera peligroso para su salud, su vida y su integridad.

⁴⁸LLAJA, Jeannette (2009). *El sistema Internacional de protección de derechos humanos y el aborto en el Perú*. LIMA: DEMUS, estudio para la defensa de los derechos de la mujer.

La ausencia de servicios de atención integral a mujeres víctimas de violación sexual, que incluyan la anticoncepción de emergencia, sistemas de denuncia y sanción ineficientes y sociedades que silencian con complicidad la violencia sexual en el entorno del matrimonio, acentúan la posibilidad de que el embarazo sea una consecuencia altamente probable de una violación sexual.

Diversos estudios reportan que el porcentaje de mujeres que quedaron embarazadas como consecuencia de una violación sexual es entre 5% y 26%. En los datos de diversos estudios de México, se ha encontrado que entre el 7.4% y el 26% de las mujeres que sufren violación sexual quedan embarazadas como resultado de este hecho. Una encuesta en un albergue costarricense reveló que el 95% de los embarazos entre las niñas de 15 años o menos se debían al incesto.

En el Perú, las estadísticas muestran que el 12% de las mujeres, al menos una vez, ha sido obligada a tener relaciones sexuales que no quería o no aprobaba (INEI 2010: 270-271). Otros estudios señalan que aproximadamente un 5% de esas mujeres resultan con un embarazo no deseado, lo que aplicado al caso peruano equivale a un mínimo de 35,000 embarazos anuales como producto de agresiones sexuales (Chávez, 2007: 53-54).

En el Perú, las mujeres embarazadas, como resultado de una violación, son sometidas a una forma de violencia y coerción adicional, pero esta vez ejercida de manera directa por el Estado, el cual, a través de la criminalización del aborto, las obliga a continuar con un embarazo forzado.

Capítulo 4

MARCO TEÓRICO

4.1. Violación y trauma psíquico

La salud mental es un derecho e implica no la ausencia de enfermedad, sino el goce y ejercicio pleno de las capacidades de la persona. Si bien no vamos a desarrollar en extenso los conceptos de salud mental, es necesario señalar que la vivencia de un hecho disruptivo y violento como la violación sexual va a implicar en la vida de una mujer efectos como el trauma psíquico que afecten directamente su salud mental.

Si bien el trauma psíquico puede estar presente en muchas situaciones de la vida de una persona, la calidad y cualidad de la experiencia traumática como resultante de la violencia ejercida por otro ser humano y que atenta contra la sexualidad de una mujer, tiene un impacto de consecuencias devastadoras e irreversibles para su vida. El impacto en el psiquismo no se percibe directamente, como sí se pueden percibir las huellas físicas de una violación. Al documentar evidencias de los signos psicológicos dejados en las mujeres violadas, se debe atender, por ejemplo, que el cuerpo de la mujer, somatiza esos impactos a través de dolencias físicas que no necesariamente las protagonistas o quienes las atienden en su salud física relacionan con el trauma producto de la violencia. Por ello es necesario que se pueda conocer, identificar y documentar esos impactos para, de esta manera, hacerlos visibles.

La situación traumática produce un quiebre, una fractura que establece una discontinuidad en los procesos mentales y relacionales de un sujeto, que se manifiestan en la alteración de diferentes áreas psicosociales, particularmente las funciones de integración y de elaboración del evento violento (Benyakar, 2005: 29-40). Es importante distinguir tres aspectos que sostiene el autor citado: el evento fáctico, el impacto subjetivo que sufre el psiquismo y la manera en que el sujeto experimenta los dos aspectos previos, es decir, el modo en que articula, piensa y comunica la situación disruptiva. La importancia de esta distinción es que cada persona, cada mujer en este caso, va a vivenciar el evento fáctico de acuerdo al modo en que ha organizado su mundo subjetivo, de tal manera que lo que es aniquilante para una mujer, no necesariamente será vivido del mismo modo por otra.

Una violación sexual que en sí misma es un acto de extrema violencia puede producir en algunas mujeres un daño psicológico severo, permanente e irreparable, mientras que en otras la capacidad de recuperación y recursos personales para afrontar la situación de disrupción de sus funciones integradoras es mayor.

Otros autores consideran a la violación como un hecho traumático que genera cuadros clínicos claramente diferenciados. La violación sexual, siendo un evento disruptivo en la vida de una persona, va a producir una serie de fenómenos clínicos que se manifiestan en una “pérdida de control de las respuestas emocionales y cognitivas (...). El evento traumático se sigue viviendo en pensamientos, sueños y emociones como una realidad presente”.

Echeburúa y Fernández (2002)⁴⁹ afirman que “la violación sexual es un suceso traumático ya que constituye un acontecimiento negativo e intenso que surge de forma brusca y resulta incontrolable para la víctima. Pone en peligro su integridad física o psicológica trayendo consecuencias dramáticas como sentimientos de terror e indefensión”. Siguiendo a este mismo autor, el trauma sería “la reacción psicológica derivada del hecho traumático, el cual tiene como característica principal la pérdida de la confianza tanto en uno mismo como en los demás”.

El trauma de violación, sostiene Rosse (1986) en Fernández (2002)⁵⁰, se caracteriza psicodinámicamente por la pérdida profunda de la confianza básica y el uso de un conjunto de mecanismos defensivos que limitan el desenvolvimiento del sujeto (racionalización, disociación, regresión, despersonalización, proyección masiva y negación); afecta gravemente la autoestima, la sexualidad y las relaciones con los demás; ocurren cambios en el carácter de la persona y en su estilo de vida, producto de sentimientos como culpa, rabia y vergüenza; asimismo, al haber estado en una situación de control del agresor, se activan afectos intensos de desvalimiento y mecanismos de despersonalización que determinan una pérdida de la autonomía personal y debilitan los recursos del yo de la persona, siendo cambios que pueden perpetuarse durante toda la vida.

Complementariamente, Velázquez (2003)⁵¹ afirma que la violación sexual es un problema social, que está cargada de representaciones basadas en los estereotipos de género de la cultura en donde ocurre, los cuales son motivo de diferentes situaciones de exceso. Según Bueno (2000)⁵², la sociedad en general se ve afectada y para poder darle significado a este fenómeno desde el pensamiento colectivo, se crean mitos explicativos.

⁴⁹ ECHEBURÚA E.; FERNÁNDEZ- MONTALVO J. y DE LA CUESTA J.I. (2002). *Psicopatología clínica, legal y forense. Articulación de medidas penales y de tratamiento psicológico en los hombres violentos en el hogar*. San Sebastián: Universidad del País Vasco.

⁵⁰ FERNÁNDEZ, Adriana. Ob. cit.

⁵¹ VELÁZQUEZ, Susana (2003). *Violencias cotidianas, violencia de género. Escuchar, comprender, ayudar*. Buenos Aires: Paidós.

⁵² BUENO, C. (2000). “Significado psicológico de violación”. En: *Entre la violencia y el amor: Reflexiones desde la psicología*. Toluca: Universidad Nacional Autónoma de México.

En sociedades machistas, como la peruana, estos mitos han permitido justificar socialmente dicha problemática poniendo en tela de juicio la castidad y credibilidad de las mujeres violadas, con expresiones como las siguientes: “las mujeres provocan la violación”; “la violación es el resultado del deseo sexual de las mujeres”; “la mujer disfruta de la relación sexual”; “el agresor es un enfermo mental”, etc. Estos mitos en ocasiones propician este tipo de agresión.

4.2. Embarazo - Maternidad ideal

El embarazo, en la vida de la mujer, es un estado –físico, psíquico, social y cultural– que está idealizado en la sociedad peruana. La madre abnegada, buena, generosa, santa es un modelo que se difunde de generación en generación, aun cuando ahora ese paradigma está cambiando ligeramente. Pero su persistencia secular ha calado profundamente en el imaginario colectivo, incluyendo su mandato implícito acerca del rol que la mujer como madre debe desempeñar. El ser madre no es una norma universal y obligatoria que determine la condición de mujer; pero este razonamiento no es generalizado ni comprendido por la inmensa mayoría de las mujeres, pese a los enormes esfuerzos del movimiento feminista por difundir esta posición y, finalmente, ellas y los demás entiendan que la mujer puede considerarse “realizada” o “completa” no solo con la maternidad, sino con otros deseos u objetos simbólicos que la satisfagan (Zelaya, 2006; Velázquez, 2007; Rondón, 2006).

Desde el imaginario social, se ha construido la idea de que el embarazo es una situación que pone a prueba cuán saludable y buena es la mujer, en tanto es capaz de engendrar un feto con las características deseadas. Raphael-Leff (1986)⁵³ refiere que la maternidad se puede dividir en tres componentes: uno meramente biológico que tiene que ver con la experiencia física de la gestación, el parto y la lactancia; otro social que incluye la crianza; y otro ideológico (en el sentido de un conjunto de imágenes y significados) que tiene que ver con el valor que se le asigna a la maternidad. Así, se entiende que la maternidad tenga un impacto diferente de acuerdo a la condición de la madre: edad, si es soltera, casada, logros, etc. Cada embarazo es distinto y cada experiencia también (Velázquez, 2003)⁵⁴.

⁵³ LEFF-RAPHAEL, J. (1986). *Facilitators and regulators: conscious and unconscious processes in pregnancy and early motherhood*. British journal of medical psychology, pp. 43-55, 59.

⁵⁴ VELÁZQUEZ, Susana. Ob. cit.

Según los expertos en psicología de la mujer, el embarazo representa una etapa en la que se movilizan en ella aspectos emocionales muy primarios y regresivos que la colocan en una situación de alta vulnerabilidad. Zelaya (2006)⁵⁵ plantea que se van a actualizar afectos y fantasías primitivas y caóticas que pueden afectar la estabilidad de la mujer.

4.2.1. El deseo del hijo

En tanto involucra al cuerpo y la fisiología de la gestación, la maternidad ha sido considerada tradicionalmente como un fenómeno de la naturaleza, como una realidad exclusivamente física a la que le corresponde un deseo—también natural— de concebir, una especie de instinto materno. Correlativamente, el vínculo de la madre con el hijo —al ser supuestamente la materialización de ese mandato inscrito en los genes de la especie— ha estado rodeado de una serie de mitologías que lo han revestido con los atributos de la armonía y la perfección.

El psicoanálisis, al igual que otras disciplinas de las ciencias sociales, cuestiona frontalmente los supuestos anteriores: la maternidad no es un hecho biológico, no necesariamente tiene un carácter idílico ni el deseo de ser madre es algo consustancial a una supuesta esencia femenina. Para el psicoanálisis la maternidad es, fundamentalmente, un hecho ante el cual la mujer da su consentimiento emocional, o no lo da. Así, es posible gestar un hijo en el vientre pero no en la mente, o es posible sentirse madre de todos sin haber tenido hijo alguno. No es suficiente con pasar por el parto, como lo indican la mayoría de las legislaciones, para que una mujer sea madre o, sobre todo, para que exista un deseo de serlo (Tendlarz, 2014).

Aun cuando difieran en varios aspectos teóricos, todos los psicoanalistas coinciden en que el deseo de la madre hacia el hijo por venir y no la biología, es el verdadero protagonista de este proceso. El deseo materno es lo que posibilita que el embrión advenga algo más que un conjunto de células: un proyecto de ser humano, alguien esperado del cual se habla y al que, aun antes de su nacimiento, se le otorga un lugar en un linaje simbólico.

Un deseo que humaniza

El niño no llega al mundo con un psiquismo constituido ni con un saber instintivo que le permita orientarse en la realidad. Lo que llega es un recién nacido en un estado de total desamparo y desvalimiento. Incapaz de satisfacer las necesidades corporales por sí mismo, el niño necesita para construir su subjetividad de la presencia de una madre solícita.

⁵⁵ ZELAYA, Carmen Rosa y otros (2006). "La depresión posparto: Del uso al abuso del objeto". En: *La Maternidad y sus vicisitudes hoy*. Lima: Siklos.

Donald Winnicott, uno de los psicoanalistas que más teorizó acerca del vínculo madre-hijo, planteó que para adquirir la noción básica de identidad, el “yo soy”, el bebé necesita de aquello que él denominó una “madre suficientemente buena”. Con este concepto, Winnicott describe a la madre que logra adecuarse empáticamente a las necesidades de su hijo, y puede proporcionarle el sostenimiento o “*holding*” que este último necesita para tolerar las intensas angustias y frustraciones que enfrenta en las primeras etapas de la vida.

En un inicio, lo que experimenta el bebé son estados de no integración o de fragmentación corporal. La madre con su buen hacer, es decir, respondiendo activamente a las necesidades del hijo y ofreciéndole su protección, conjura estos estados aniquilantes y facilita la sensación de continuidad existencial. Si la madre no puede proporcionar el “*holding*” adecuado, lo que surge es una angustia impensable, siempre de naturaleza psicótica, y el infante será incapaz de iniciar la maduración del yo, o bien el desarrollo de este quedará distorsionado en aspectos vitales.

La “madre suficientemente buena” no tiene que ser letrada ni informada, Winnicott nos lo dice:

“La madre lo bastante buena es la que lleva acabo la adaptación activa a las necesidades de este (el hijo) y que las disminuye poco a poco, según la creciente capacidad del niño para hacer frente al fracaso y para tolerar la frustración. Dicha adaptación activa exige una preocupación tranquila y tolerada respecto del bebé; (...) el éxito en el cuidado de este depende **de la devoción**, no de la inteligencia o de la ilustración intelectual”⁵⁶.

Es decir, la madre solo tiene que desear y amar a su hijo.

Jacques Lacan, un autor mucho más filósofo, sostiene que nacemos con una “falta de ser” y que solo cuando ingresamos al universo social articulado por el lenguaje, nos constituimos como sujetos. Para él, al igual que para Winnicott, la conformación del yo está íntimamente vinculada a la presencia de ese primer otro que es la madre. El yo es el registro de las identificaciones o de las imágenes que la persona tiene de sí misma. Según este autor, la primera imagen de sí a la que el niño logra acceder es básicamente un reflejo de lo que la madre ve en él. Es decir, la primera captación narcisista, ese esbozo del yo que se revela como una forma perfecta y grandiosa, es una construcción imaginaria que se sostiene en una mirada de amor⁵⁷.

⁵⁶ WINNICOTT, D. (2008). Juego y realidad. Gedisa, p. 19.

⁵⁷ LACAN, J. (1988). “El estadio del espejo como formador de la función del yo (je) tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica”. En: Escritos. Tomo I, Siglo Veintiuno Editores.

Pero en realidad fue el mismo Freud quien enunció por primera vez la relación que existe entre el yo del niño y el narcisismo de los padres, en particular de la madre, y cómo ambos se alimentan mutuamente. Cuando existe un deseo de la madre por el hijo, este comienza a amarse a sí mismo gracias al amor de ella y a la vez, la madre se ama a sí misma a través de su hijo. Para Freud, con el hijo, la madre vuelve a experimentar esa grandeza o magnificencia que alguna vez sintió cuando era muy pequeña. El hijo es siempre, en algún punto, una prolongación del yo de los padres, una posibilidad de concretar sus anhelos secretos frustrados o de acceder a cierta idea de trascendencia o de inmortalidad.

“El niño debe tener mejor suerte que sus padres, (...) las leyes de la naturaleza y de la sociedad han de cesar ante él, y realmente debe ser de nuevo el centro y el núcleo de la creación. *‘His Majesty the Baby’*, como una vez nos creímos. Debe cumplir los sueños, los irrealizados de sus padres”⁵⁸.

Si la madre no puede incluir al hijo en las redes de su propio narcisismo; dicho de otra manera, si el niño se presenta ante ella desde una ajenidad tan radical que ella no puede reconocerse en él, este puede caer como un objeto sin valor que solo provocaría decepción y rechazo.

Y este deseo materno que le otorga al niño el valor de objeto amado es lo que le facilita la pertenencia a un entorno social. Piera Aulagnier (1975) formuló la noción de “contrato narcisista” para dar cuenta de una suerte de pacto simbólico entre el sujeto y el grupo social al que llega cuando nace.

Cada recién nacido ocupa un lugar que de antemano le es asignado por el conjunto humano que lo recibe. A cambio de alojarlo en el mundo, el grupo le exige que se haga portador del discurso del conjunto, que perpetúe las voces que, antes de su llegada, articularon los mitos fundadores en los que el grupo se sustenta. Para que el sujeto cumpla con este contrato, es necesario que antes haya sido investido como voz futura. Y esta investidura la realizan en primera instancia los padres, en especial la madre, que es el primer portavoz de las expectativas del conjunto.

Cuando el deseo está ausente. La ajenidad

Los breves desarrollos que hemos expuesto se sostienen en la idea de que el genoma humano es condición necesaria pero no suficiente para que lo potencial se transforme en humanidad. Y que indudablemente la protagonista de este proceso es la mujer, pues es ella quien debe dar cabida a un

⁵⁸ FREUD, S. *Introducción al narcisismo*. Tomo XIV. Amorrortu Ediciones, p. 88.

elemento que siempre, en algún sentido, tiene una dimensión parasitaria, es decir, la de un organismo extraño que se alimenta de su cuerpo. Su actitud o su deseo inconsciente es lo que determinará si ese organismo será un esbozo de sujeto con intenciones y anhelos, o una ajenidad que progresa sin su consentimiento.

Todo embarazo, inclusive el deseado, es un momento en el que el psiquismo de la mujer sufre una particular activación, pues retrotrae a la gestante a las problemáticas tempranas por las que hubo de transitar en sus primeros vínculos. Luego de haber atravesado más o menos exitosamente un largo proceso de separación-individuación (Mahler, 1977), que le ha permitido a la mujer percibirse como un sujeto diferenciado de sus figuras de apego, la gestación la coloca nuevamente en una situación simbiótica con un otro que esta vez, crece dentro de sí.

“El feto que ella no ve (...) le permite reexperimentar una sensación de unidad primaria con su madre y al mismo tiempo, identificarse con ese feto intrauterino como si fuera ella misma en el cuerpo de su madre”⁵⁹.

En buena medida, la relación con el hijo aun no nacido dependerá de lo que la madre haya experimentado en tanto hija. Si el vínculo con su propia madre ha sido “suficientemente bueno”, el embarazo activaría una identificación con una figura generosa, nutriente y vital. Para aquellas que no han vivido un proceso de maternaje gratificante, o en las que predominan afectos negativos hacia sí mismas, el padre del hijo o hacia importantes figuras del pasado, el embarazo podría facilitar que esos sentimientos se proyecten en el feto y que este adquiera una identidad negativa. En algunos casos el embrión no adquiere sustancia humana alguna, siendo para la madre tan solo una parte del cuerpo de la cual se puede prescindir como si fuera un apéndice inflamado (Pines, 1989).

Kristeva (1980) utilizó el término “abyección” o lo “abyecto” para designar el movimiento de repulsión que experimenta un sujeto ante la presencia de “algo” que remite a una marca de horror, repugnancia o desagrado. Se trata de una experiencia localizada en el cuerpo, íntimamente vinculada a la angustia, que sobreviene ante el empuje de mociones pulsionales aniquilantes para el yo.

⁵⁹ PINES, D. (1989). *Embarazo, pérdida y aborto. Una perspectiva psicoanalítica*. Presentado en el XXXVI Congreso internacional de Psicoanálisis. Roma.

Lo abyecto apunta a la condición a la que tuvimos que renunciar para poder constituirnos como individuos: la de ser un objeto fusionado con la entidad materna. Esta posición des-subjetivada que fue rechazada por la acción de la represión, se mantiene secretamente activa y no desaparece del todo. Y eso encarnará siempre una amenaza radical al yo, pues le recuerda su fragilidad y lo coloca en un estado de potencial desaparición.

La autora describe lo abyecto como:

“[...] el surgimiento masivo y abrupto de una extrañeza que (...) me hostiga como radicalmente separada, repugnante (...). Un ‘algo’ que no reconozco como cosa. En el linde de la inexistencia y de la alucinación, de una realidad que, si la reconozco, me aniquila”⁶⁰.

En no pocas ocasiones el hijo desencadena la experiencia de lo abyecto en tanto ocupa el lugar de ese “algo”, esa “cosa” ajena que amenaza el psiquismo de la madre. Elemento que no ha podido ser absorbido por una red de fantasías y significados humanizantes y que puede encarnar el enemigo interior que la podría aplastar como sujeto. En casos extremos, el esfuerzo por desembarazarse de ese mal puede conducir a la violencia de un infanticidio.

La legislación peruana penaliza el infanticidio con condenas que oscilan entre uno y cuatro años, o con horas de servicio comunitario⁶¹. En comparación con las de otros delitos contra la vida, esta sanción atenuada es quizás un reconocimiento tácito al desamparo que puede traer consigo el estado puerperal, a la devastación que eventualmente se desencadena frente a la presencia de un niño que no pudo ser absorbido en una genealogía simbólica y ante el cual la mujer no encontró otra salida más que su crimen (Tendlarz, 2014).

Entonces, cuando no existe un deseo o una preparación para dar existencia a un bebé, este puede convertirse en un castigo de la biología, en un peso insoportable cuya presencia producirá heridas inevitables, no solo en el proceso de humanización del niño, sino en la vida de la madre. Parafraseando a Lacan (1962), podríamos concluir diciendo que aunque ningún legislador hasta el momento lo ha hecho constatar, la primera razón de ser para el nacimiento de un niño, es que se lo desee.

Como se ha señalado, la mujer puede quedar embarazada por una violación practicada en diferentes contextos y perpetrada por personas que guardan con ella distinto grado de cercanía. Así, puede tratarse de personas completamente extrañas o ajenas a ella o de personas muy cercanas y que viven

⁶⁰ KRISTEVA, J. (1988). *Poderes de la perversión*. Buenos Aires: Catálogos.

⁶¹ Código Penal. Decreto Legislativo N° 635, artículo 110.

en su entorno familiar. Lamentablemente, la mayor cantidad de casos de violación sexual que resultan en embarazos forzados son producto de relaciones sexuales con el abuelo, padre, padrastro, hermanos, hermanastros, cuñados, tíos, primos, sobrinos, etc. Por esta alta incidencia del incesto se le ha dedicado una sección especial, que se presenta a continuación.

4.3. Incesto

Una de las situaciones que las estadísticas nos reflejan, como lo vimos en los apartados 2.2 y 2.3, es el alto número de embarazos producto de relaciones incestuosas. A pesar de que son cifras subestimadas y no muestran la dimensión cabal del problema, es importante revisarlas. Camacho y Serrano (1994)⁶² manifiestan que la palabra “incesto” se deriva del latín “incestum”, que literalmente significa “impura”. Una de las raíces latinas de la palabra “pura” es “puras”, que significa “limpiar”. Para purificarse una se limpia. En la etimología de la palabra incesto se encuentra entretejido el concepto de “no limpieza”.

A lo largo del documento, se han visto las consecuencias que acarrear la violencia sexual y el abuso sexual. Ahora se expondrá sobre las marcas o huellas que deja en el psiquismo cuando la violencia la ejerce un familiar cercano a la víctima. Todas las evidencias apuntan a que la violencia sexual y la violación sexual contra las mujeres son mayormente perpetradas por parientes de la víctima o por alguien cercano al entorno. Por esa razón se ha decidido ampliar sobre este delicado tema.

Se denomina incesto al abuso sexual que es ocasionado por un familiar o un allegado a la víctima. El grado de cercanía con el violador, impide se pueda elaborar, es decir, entender y procesar esta experiencia, debido al afecto y confianza que la víctima tiene con el perpetrador. Esto hace que sea tan difícil la denuncia, y que la víctima viva en secreto la experiencia, la silencie, dejando de esta manera un daño irreversible.

La connotación de abuso es clave, en tanto existe una relación desigual de superioridad y poder. Cuando la o el menor es víctima de violación, sufre confusión, culpa, vergüenza, temor. El impacto es mayor si la víctima está necesitada de afecto y de protección por parte de los adultos. Esta situación

⁶² CAMACHO GRANADOS, Rosalía y SERRANO MADRIGAL, Esther (1994). *El abuso sexual incestuoso: Entre el dolor y la esperanza*. Instituto Latinoamericano de Naciones Unidas para la Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente. San José, Costa Rica. Disponible en: <<http://www.gestiopolis1.com/7recursos8/Docs/eco/abuso-sexual.infantil-incestuoso.htm#sthash.pnuZZ30B.dpuf>>.

la percibe el agresor, y aprovecha esa indefensión para el sometimiento tanto físico como psicológico. Toma a la menor como una presa, como un objeto de placer, borrando su subjetividad. Ante esto, la víctima silencia el acto de violencia y puede vivir en esa situación por mucho tiempo.

4.3.1. Consecuencias psíquicas del abuso sexual incestuoso

El incesto es un acto rechazado y sancionado por la sociedad aun cuando no siempre es denunciado por la víctima, por el temor a la estigmatización o a no ser creída. En la mayoría de los casos cuando la víctima acude a la familia, esta trata de “solucionar” el problema sin hacer la denuncia ante la justicia, por el horror ante la realidad o por la amenaza de desorganización familiar que puede acarrear la denuncia.

“Camacho y Serrano (1994)⁶³ hablan del ‘síndrome postincesto’, el cual dicen que ‘no ha sido estudiado lo suficiente’. Sin embargo, en las mujeres se observan cuatro secuelas:

1. Culpa: la víctima tiende a culparse por el abuso sufrido, (...) evita conocer cómo se dio el abuso y darse cuenta de que algunos, en los que ella confiaba y amaba, la han lastimado.
2. Impotencia frente al perpetrador del incesto.
3. Socavamiento de la autoestima: la víctima siente como si algo dentro de ella es pútrido, desagradable. Esta sensación es habitual en la etapa postincesto. Ella se devalúa y siente que está marcada de por vida. Pienso que no es digna de amor, que nadie puede quererla, espera que la traten mal porque se lo merece; tiene que ser castigada.
4. Predominio de la ira y la rabia: la expresión de cualquier tipo de ira puede dar como resultado mayor abuso. De esta manera aprende que no deberá mostrar su ira, que deberá guardársela para sí misma”.

De acuerdo con Batres Méndez (2002)⁶⁴: “uno de los efectos que deja una huella de dolor, es el secreto en que las niñas viven el abuso, puesto que está en una situación de miedo; la mayoría de las veces es amenazada, o el abusador le dice que no le van a creer”.

Comenta la autora que se observan secuelas con independencia del lazo sanguíneo con sus ofensores. El daño tenía más relación con la traición, el terror, el estigma y la sexualización traumática a que fueron expuestas. Hay evoluciones distintas, pero estas dependen más de la cercanía con el ofensor, del sexo de este y de la tortura adicionada al abuso, más que de la consanguineidad.

⁶³ Ídem.

⁶⁴ BATRES MÉNDEZ, Gioconda et ál. (2002). *Violencia de género, derechos humanos e intervención policial*. San José de Costa Rica: ILANUD.

Por otro lado, la madre también queda implicada en esta situación, puesto que la mayoría de las veces el abusador trata de seducir a la madre para que no haga la denuncia. Ella también queda afectada por la violación de la hija y puede responder de una manera caótica y contradictoria: negando lo sucedido, es decir, respondiendo desde la vivencia traumática; o acusando al agresor. Muchas veces, cuando la madre acude a la justicia, la familia no ve con buenos ojos ese accionar y tanto madre como hija son estigmatizadas por el grupo de pertenencia.

Son evidentes las consecuencias (incluyendo la muerte) que un acto de violencia contra el cuerpo puede acarrear; sin embargo, no se toman en cuenta los avatares de la vida psíquica, como si hubiera necesidad de separarla de la vida concreta del ser humano, como si no existiera. Lo que realmente existe es aquello que se puede palpar, sentir su latido, hasta verlo a través de imágenes, pero no lo subjetivo. La psique se ha separado tanto del cuerpo, al punto que no se le da importancia, no obstante que es lo que nos humaniza y nos hace seres únicos. No hay una persona igual a otra; sin embargo, esto no se toma en cuenta y se legisla, la mayoría de las veces, solo sobre lo palpable: el cuerpo físico.

Capítulo 5

REVISIÓN DE ESTUDIOS SOBRE VIOLACIÓN Y EMBARAZO

5.1. Impacto en la mujer

La literatura científica sobre las secuelas psicosociales del embarazo por violación no es muy extensa⁶⁵, como tampoco lo es sobre los efectos en la salud mental. Sin embargo, lo que existe es suficiente para demostrar que es necesario tomarlas en cuenta porque siempre estarán presentes en los casos en que la mujer queda embarazada. Considerando que todo embarazo incluye una serie de cambios físicos, emocionales y sociales, es frecuente que la mujer se vea confrontada con una gama amplia de contradicciones, puesto que se trata de una etapa de alta intensidad y complejidad que amenaza su estabilidad emocional Zelaya (2006)⁶⁶. Cuando se trata de un embarazo no deseado o de un embarazo forzado producto de una violación, estas condiciones se agudizan, generando severas secuelas psicosociales como aquellas encontradas en las investigaciones que se presentan en esta sección.

Se sabe que la violencia ejercida por otro ser humano destruye la condición de persona e impacta en todas las áreas del funcionamiento de la mujer: individual, familiar, en su relación con el entorno, en su vida sexual y hasta existencial; no solo a corto sino también a largo plazo (Echeburúa et ál., 2002; Rosse, 1986; Londoño, 2000). Diferentes autores señalan que la violencia sexual devasta la subjetividad dado que “se constituye como una experiencia que difícilmente será simbolizada, generando un terror sin nombre e impregnando en el mundo subjetivo de la persona una dificultad para historizar los hechos” (Calvi, 2005; Escribens, 2009; Velázquez, 2007, en: Escribens, 2011)⁶⁷. Así, la experiencia no elaborada no puede ser simbolizada y transmitida a su hijo verbalizando la experiencia. “Esta transmisión en ‘bruto’ puede ser mucho más traumática que el hecho histórico traumático en sí mismo. Tiene que ver con la ausencia brutal de palabras o con palabras ‘en bruto’, que implica el no procesamiento”⁶⁸. En esta condición de vulnerabilidad, un embarazo representa para la mujer un impacto adicional, el cual es claramente reconocido por diferentes especialistas, quienes afirman que se extiende a lo largo de la vida de las víctimas, sus efectos alcanzan otras generaciones, posiblemente dañándolas.

⁶⁵ Londoño y colaboradores señalaron en el estudio realizado en Cali que “en las consultas realizadas a centros de información y documentación, así como a varias bibliotecas universitarias, no se encontró ninguna investigación sobre embarazo por violación. Tampoco a nivel internacional se lograron conocer estudios específicos, por tanto, se carece de referentes orientadores”.

⁶⁶ ZELAYA, Carmen Rosa y otros. (2006). Ob. cit.

⁶⁷ ESCRIBENS PAREJA, Paula (2011). *Proyecto de vida de mujeres víctimas de violencia sexual en conflicto armado interno*. Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología. Lima: PUCP.

⁶⁸ LOSSO, R. (2001). *Psicoanálisis de la familia. Recorrido teórico-clínico*. Colección de psicología integrativa, perspectiva, interdisciplinaria. Editorial Lumen, p. 162.

5.2. Embarazo y entorno social

Respecto a las relaciones con el entorno, el embarazo por violación representa la evidencia concreta de la fuerza ejercida que rompe el silencio del acontecimiento traumático ante la sociedad (Soto y otros 2011)⁶⁹. Esto genera un sentimiento de estigmatización social, vergüenza y asco. La mujer debe sobrellevar, especialmente en los casos de púberes y adolescentes que no han formalizado su vida de pareja, cambios en los roles sociales, ya que se impone la condición de madre, sin tener una preparación física, social y psicológica para tal responsabilidad (Velázquez, 2003⁷⁰; Fernández, 2010⁷¹; Soto y otros 2011⁷²; Escribens, 2011⁷³).

El primero de los impactos en la mujer está relacionado con el hijo en gestación porque este ha llegado a su vida en contra de su deseo. Al ser producto de una relación violenta, el cuerpo de la mujer se “des-subjetiviza y se anula su deseo. La reacción y tendencia esperada es a no apropiarse de la experiencia” (Velázquez, 2003). Esto implica que a la mujer no le es posible conectarse con el hijo producto de la violación, el cual no es registrado como propio, produciéndole sentimientos de rechazo y odio, resentimiento y hostilidad, que pueden durar largo tiempo, tal como lo señalan diversos estudios (Escribens, 2011; Londoño, 2000⁷⁴; De Bruyn, 2003; Fernández, 2010).

Una de las causas de estas reacciones de la mujer, y que ha sido señalada por varios autores, es que el hijo es visto como un recordatorio del violador, una extensión de la violación y una prolongación indefinida del vínculo con el agresor, tanto a los ojos de la mujer, como de su círculo familiar y social. Es la prueba del poder que el violador ha tenido para invadir el cuerpo de la mujer (Soto y otros, 2011; Escribens 2011; Londoño 2000; Montero 2004⁷⁵).

Por otro lado, en los casos de conflictos armados, el embarazo de las mujeres se conecta con “la fantasía perversa del agresor, quien vería en el hijo nacido producto de la violación la prueba de su victoria y la forma de humillar a la mujer y, por ende, a la comunidad o grupo social al que ella pertenece” (Silva Santisteban, 2008. En: Escribens, 2011).

⁶⁹ SOTO, María Teresa y CHACÓN, Irma (2011). *Violación y Embarazo. “Análisis de las secuelas psicológicas”*. Guatemala: Comunicación Integrada.

⁷⁰ VELÁZQUEZ, Susana (2003). Ob. cit.

⁷¹ FERNÁNDEZ, Adriana (2010). Ob. cit.

⁷² SOTO, María Teresa y CHACÓN, Irma. Ob. cit.

⁷³ ESCRIBENS PAREJA, Paula (2011). Ob. cit.

⁷⁴ LONDOÑO, María Ladi y colaboradores (2000). *Embarazo por violación. La crisis múltiple*. Cali: Si Mujer - ISEDER.

⁷⁵ MONTERO, A. y colaboradores (2004). “Principales consecuencias a largo plazo en la salud de las mujeres víctimas de violación”. En: *Revista Sogía*, pp 48-57.

5.3. Decisiones en torno al embarazo

Los efectos múltiples de esta condición de embarazo fueron ampliamente investigados en un estudio realizado en Cali (Colombia) con 121 mujeres víctimas de embarazo por violación, donde se exploró su sentimiento frente a este hecho. En un 60.3% de las mujeres el rechazo al hijo fue explícito.

En este estudio también se analizó la decisión de interrumpir el embarazo o continuarlo. Se concluyó que el embarazo es vivido como un choque emocional intenso, es una crisis múltiple y una explosión de padecimientos desestabilizadores, ya que representa una agresión a la esencia misma de la mujer, un trauma y una herida que altera su historia y proyecto de vida, por lo que el 62.8% de las mujeres interrumpió el embarazo, el 18.2% conservó el hijo(a) para criarlos, y el 6.6% lo entregó en adopción (Londoño y colaboradores, 2000)⁷⁶.

Estas decisiones suponen también para las mujeres una alta carga emocional, además de la angustia y el malestar emocional que la noticia de un embarazo trae consigo. Deben tomar decisiones difíciles, que les generan conflictos y una segunda estigmatización en el caso de que se planteen la posibilidad de la interrupción, debido a la criminalización de este procedimiento, a las sanciones religiosas y a los riesgos que conlleva un aborto en condiciones inseguras. La posibilidad de la adopción tiene también una sanción social, al calificarlas como malas madres, y el estigma que deja este hecho en la madre y en los hijos “regalados”. Finalmente, el ser madre soltera todavía ahora representa una condición socialmente censurada (Londoño, Fernández, Zamudio).

Asimismo, Raphaell-Leff (en Escribens, 2011) señala que en la maternidad producto de una violación se dan reacciones mucho más ambivalentes que en otros casos, por ejemplo, en relación con el registro del feto y sus movimientos; y habría mayor posibilidad de que la mujer sufra de una depresión, inestabilidad emocional y se presenten en ella fuertes tendencias autodestructivas.

⁷⁶ Londoño y colaboradores señalaron en el estudio realizado en Cali que “en las consultas realizadas a centros de información y documentación, así como a varias bibliotecas universitarias, no se encontró ninguna investigación sobre embarazo por violación. Tampoco a nivel internacional se lograron conocer estudios específicos, por tanto, se carece de referentes orientadores”.

5.4. Embarazo y salud mental

Entre los impactos en la salud mental, los más frecuentes son la ansiedad y depresión. Una investigación sobre las secuelas psicológicas de la violación y embarazo en Guatemala⁷⁷ encontró un alto índice de disforia, aislamiento, depresión, agresividad, así como de ideas suicidas. Otro estudio en Suecia con 249 mujeres encontró datos clínicos sobre depresión y ansiedad en mujeres en Rondón⁷⁸ (2006) (Hook H. Refused abortion). En Perú, el estudio realizado en la Maternidad de Lima⁷⁹ concluye en que hubo una proporción significativamente alta de depresión mayor en mujeres que no habían planificado su embarazo, versus las que lo habían planificado. Es también elevada la incidencia de enfermedades psiquiátricas en el primer grupo, incluyendo a las madres adolescentes como población en riesgo.

Otra consecuencia de la violación sexual en la salud mental, es el trastorno de estrés postraumático. Rondón⁸⁰ (2006) afirma que alrededor del 70% de las mujeres que son violadas presentan este trastorno (Bownes IT, O'Gorman EC, Sayers A., 1991: 27-30)⁸¹ y que van a sufrir las consecuencias de este evento por muchos años. El trastorno de estrés postraumático genera alteraciones en la hormona liberadora de la corticotropina que el cuerpo libera en exceso durante momentos de tensión. Ha sido documentado que la exposición del útero a niveles elevados de esta hormona genera resultados desfavorables para el feto, lo cual da cuenta de un impacto a nivel biológico en la vida del hijo producto de la violación.

Londoño y colaboradores (2000)⁸² concluyen que existe un vínculo epidemiológico entre suicidio y agresión sexual, dado que es posible rastrear con mayor facilidad los intentos suicidas que aquellos que se concretan y terminan con la muerte, pues ahí no se conoce si la víctima lo hizo a causa de la agresión sexual (Londoño y colaboradores, 2000). En Colombia, la investigación nacional sobre aborto inducido realizada por Zamudio y colaboradores (1994)⁸³ concluyeron que un número indeterminado de mujeres violadas y con embarazo por violación no lo comunica y opta por el suicidio.

⁷⁷ SOTO, M. y CHACÓN, I. Ob. cit.

⁷⁸ RONDÓN, Martha (2006). *Salud mental y aborto terapéutico*. Lima: Consorcio de Investigación Económica y social, Observatorio del derecho a la salud.

⁷⁹ LUNA MATOS; SALINAS PIÉLAGO y LUNA FIGUEROA (2009). "Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú". En: *Revista Panamericana de Salud Pública*.

⁸⁰ RONDÓN, Martha. Ob. Cit.

⁸¹ BOWNES, I. O.; GORMAN, E. C. & SAYERS, A. (1991). *Assault characteristics and posttraumatic stress disorder in rape victims*. Acta Psychiatrica Scandinavica.

⁸² LONDOÑO y colaboradores (2000). Ob. cit.

⁸³ ZAMUDIO CÁRDENAS, Lucero (1998). *Aborto y salud pública en Colombia*. Colombia: Profamilia.

5.5. Embarazo y salud física

El impacto que tiene el embarazo por violación se visibiliza mayormente en el cuerpo. Diversas investigaciones corroboran complicaciones durante el embarazo y el parto en mujeres que han tenido un embarazo forzado, estos pueden ser: abortos espontáneos, partos prematuros, deserción de los programas de control prenatal, problemas de nutrición e incluso suicidio. Asimismo, los hijos producto de un embarazo por violación sufren las características de los hijos no deseados: alto riesgo de desnutrición, maltrato infantil, abandono e incluso infanticidio.

Se encontró que el embarazo y las enfermedades de transmisión sexual agravan las consecuencias de la violación sexual. Un estudio realizado en Chile, reveló que el 50% de las mujeres víctimas de violación presentaron traumatismo vaginal o perineal, y en 43% enfermedades o infecciones de transmisión sexual. El dolor crónico pelviano, cefaleas, fibromialgias y trastornos gastrointestinales se presentan con frecuencia en mujeres que han sido violadas. En este mismo estudio, se encontró que entre las adolescentes embarazadas, el 12% lo estaban producto de una violación, de las cuales el 99% eran embarazos y niños no deseados, siendo este embarazo de altísimo riesgo⁸⁴ (Montero y colaboradores, 2004).

5.6. Embarazo y proyecto de vida

Uno de los aspectos relevantes a tomar en cuenta es el impacto de la violación sexual y el embarazo en el proyecto de vida. La idealización de la maternidad ha dado como resultado que la sociedad espere que la misión de la mujer sea ser madre. Esto ha ido variando en los últimos años gracias a los movimientos feministas y a los cambios importantes en la participación de la mujer en el mercado laboral y social. En este sentido, ser madre no necesariamente es parte del proyecto de vida de una mujer, y si lo es, la mujer lo visualiza como producto de un vínculo de amor y no de una relación violenta.

Una investigación realizada con mujeres víctimas del conflicto armado en Perú concluyó que la violación sexual atraviesa de manera significativa el proyecto de vida, siendo mayor el impacto negativo en los casos de embarazo forzado (Escribens, 2011)⁸⁵. La misma autora señala que no solo el proyecto

⁸⁴ MONTERO, Adela; CABA, Fresia; GONZÁLEZ, Electra (2004). "Principales consecuencias a largo plazo en la salud de las mujeres víctimas de violación". En: *Revista Sogía*. Chile.

⁸⁵ ESCRIBENS PAREJA, Paula (2011). Ob. cit.

de la maternidad va a terminar siendo fallido, puesto que: “se considera una mala madre y por ende una mujer fallada”, sino que ello también le impide “concretar este otro aspecto de su proyecto de vida: el ser profesional. Por ello, eso refuerza en ciertos momentos la agresión hacia los hijos”.

Capítulo 6

HALLAZGOS DEL ESTUDIO

6.1. Fuentes de análisis

Los hallazgos que se presentan a continuación provienen de las siguientes fuentes de análisis:

- Peritajes psicológicos realizados por profesionales del CAPS,
- Historias clínicas de mujeres atendidas por profesionales del CAPS,
- Entrevistas a expertos, y
- Tres entrevistas a profundidad. Los casos analizados corresponden a mujeres de origen rural y urbano que fueron víctimas de violaciones sexuales, y que producto de ello quedaron embarazadas. Algunas de estas víctimas fueron violadas durante el conflicto armado, otras en contextos de paz.

6.2. Análisis de los peritajes e historias clínicas

El análisis de los peritajes e historias clínicas resultó en una clasificación de síntomas o indicadores de efecto emocional que aparecieron en las mujeres como consecuencia de la violación sexual y el embarazo forzado. Con la ayuda de viñetas, se ilustra cómo ellas mismas expresaron sus síntomas o su sufrimiento. Se intenta, de esta manera, mostrar los modos en los que la violencia y el embarazo afectaron el funcionamiento mental y social de las mujeres evaluadas y qué niveles de intensidad alcanzaron.

El instrumento de apoyo para realizar la clasificación de los indicadores fue la “Guía de Valoración del Daño Psíquico en personas adultas víctimas de violencia familiar, sexual, tortura y otras formas de violencia intencional”⁸⁶.

Indicadores de ansiedad

En este grupo se incluyen los síntomas que apuntan a la presencia de estados ansiosos. Se registra una alta frecuencia de indicadores sumamente perturbadores como los flashbacks y los estados duraderos de miedo e intranquilidad.

Flashback (reexperimentación): el flashback (el surgimiento inesperado y vívido de hechos ocurridos en el pasado) es un síntoma característico del estrés postraumático. Cuando se presenta, la persona siente que el hecho

⁸⁶ Documento elaborado por el Instituto de Medicina Legal, el Centro de Atención Psicosocial y la ONG Manuela Ramos, con el objetivo de contribuir a la mejora de los procesos periciales del Ministerio Público. La Guía es, actualmente, un protocolo de uso oficial aprobado por la Fiscalía de la Nación.

HALLAZGOS DEL ESTUDIO

violento está sucediendo nuevamente. En ocasiones la intensidad del episodio es similar a la de una crisis psicótica. La reexperimentación real y angustiante del evento de la violación se encontró en el 90% de las mujeres evaluadas. En una de ellas el indicador demostró que los episodios fueron tan severos que casi perdió el contacto con la realidad.

La especialista lo expresa así en su informe:

“Sintió desconfianza hacia todo, se puso como loca, con sensaciones y pensamientos persecutorios..., sintiendo que ‘alguien va a llegar, alguien me está agarrando, como si me estuviese pasando de nuevo’.

- **Miedo:** el miedo apareció en el 70% de las mujeres de la muestra. En los casos en los que la violación ocurrió durante el conflicto armado, el miedo se mantuvo intacto aun años después de haber concluido el mismo. Las víctimas continuaron experimentando una aprensión desproporcionada ante objetos o personas que pudieran recordarles el hecho violento, como por ejemplo el ruido de los autos, helicópteros o el ladrido de los perros.

El miedo no solo apareció de manera intensa en el momento de la violación, sino también ante la noticia de la gestación: *“Me quedé hueso y pellejo, enferma, con susto. Yo lloraba: ‘voy a tener hijo de ellos’ –pensaba-, ‘me moriré’”*.

Aparte del miedo por el hecho traumático aparecía también el derivado de la reacción frente al hecho de algunos miembros de su entorno más cercano, incluyendo al esposo o conviviente. En efecto, el embarazo generó, en la mayoría de estos casos, que las parejas abandonaran el vínculo conyugal o de convivencia, dejando aún más desamparadas a las mujeres. Esta situación acentuó más aún la vivencia del miedo ahora relacionado con la idea de enfrentar un futuro incierto y solitario.

- **Ansiedad:** se presentó en el 60% de las mujeres. Esta reacción fue experimentada como una anticipación nerviosa de daño o desgracias futuras, acompañada casi siempre de síntomas somáticos y sentimientos de desesperación. Esta expectación ansiosa giraba en torno a la posibilidad de que la experiencia de violación sexual ocurriese nuevamente, no solo a ellas, sino también a sus hijas mujeres. “Cuando salen (sus hijas) estoy que llamo para ver a qué hora van a regresar; si hay fiestas, las acompaño aunque esté con sueño, No las dejo solas, siento ansiedad, estoy preocupada siempre, y lloro... no quisiera que eso le pase”.

Indicadores depresivos

El análisis de este grupo de síntomas revela una presencia importante del indicador “tristeza”, incluyendo un alto porcentaje de mujeres que ha tenido ideación suicida. Esto permite inferir que la depresión es una de las entidades clínicas más frecuentes en la muestra de mujeres evaluadas.

- **Ánimo depresivo o tristeza:** apareció en la totalidad de casos, como acompañante inseparable de los pensamientos y recuerdos relacionados con el evento traumático que, como huella imborrable, seguía causando gran sufrimiento años después de haber ocurrido. La aparición y persistencia del sentimiento de tristeza y dolor obstaculizaron una mejor forma de afrontar la gestación. Buena parte de las mujeres ocultó el embarazo ante los familiares cercanos y evitó enfrentar a los vecinos. En todos los casos la capacidad de indignación y de protesta se vio seriamente inhibida debido a la parálisis que significa estar deprimida.
- **Somatizaciones:** en el 100% de los casos se encontró quejas relacionadas con el cuerpo. Entre las más frecuentes estaban los dolores en los ovarios, dolores de cabeza y de estómago. Una de las expertas registró de esta manera las somatizaciones de una de las mujeres evaluadas: “Presentaba cefaleas que duraban hasta el momento de la realización del peritaje. Dolores en el vientre que atribuye al maltrato recibido durante la violación. Percepción de sí misma como dañada en sus órganos reproductivos, a pesar de haber tenido luego embarazos posteriores exitosos”.
- **Sentimientos de culpa:** todas las evaluadas, pese a haber sido víctimas de violencia externa ejercida en contra de su voluntad, se vieron invadidas por intensos autorreproches y desproporcionados sentimientos de culpa: “(...) *porqué habré venido, si me hubiera quedado en mi pueblo sería una campesina, pero por haberme venido me pasó eso*”. Muchas veces la culpa apareció a causa de expresiones de censura provenientes del entorno social, incluyendo a la propia familia: “Cuando después le conté a mi mamá, me dijo que yo era la culpable, que eso me pasó porque yo era muy alegre y por la ropa que vestía”.
- **Desvalorización:** en la mitad de los casos (50%), las mujeres desarrollaron sentimientos de minusvalía. La violación era un hecho que las marcaba y disminuía ante la mirada de los vecinos y de la familia, colocándolas en una situación de personas sin ningún valor o que habían perdido un bien que nunca podrán recuperar.

HALLAZGOS DEL ESTUDIO

Las víctimas reportaron una disminución drástica de la autoestima con relación al vínculo de pareja: “antes sí valía para mi esposo, ahora ya no”. La maternidad impuesta les hizo sentir que ya no iban a cumplir sus metas futuras o a realizar de la misma manera sus actividades cotidianas; este hecho contribuyó de manera significativa a que aparecieran imágenes disminuidas de sí mismas.

- **Ideación suicida:** presente en el 70% de los casos. Las ideas de muerte aparecían fundamentalmente cuando las parejas las insultaban por haber sido violadas o cuando, en efecto, abandonaban el vínculo. Una mujer expresa lo siguiente: “Otra vez borracho vino y me dijo: ‘de los Cabitos cuántos hombres habrán pasado por tu encima’. Por eso he pensado dos veces en matarme”.

Los hijos frenaban, por lo general, la ideación suicida. Sin embargo, en algunos casos las ideas de muerte incluyeron el infanticidio y el posterior suicidio: “Un día dije cómo no tomo veneno, le doy a mi hija y luego a mí”.

Indicadores de alteraciones cognitivas

En algunas víctimas, las funciones cognitivas (memoria, concentración y pensamiento) presentaban diversos niveles de deterioro. Una de las especialistas ejemplifica ello con un caso: “Señala estarse olvidando de hacer algunas cosas, que por las impresiones vividas y la pérdida de su autoestima, le cuesta recordar leer, sumar o restar, así como utilizar las funciones mentales superiores”.

Las alteraciones de la memoria se debían, en algunos casos, a que las escenas violentas habían inundado el psiquismo de la víctima, estaban fijas y muy presentes, lo que dificultaba el recuerdo de otros sucesos. En otros casos, las dificultades para recordar se vinculaban al esfuerzo de desalojar ese recuerdo traumático, estableciéndose un olvido defensivo que también afectaba otros contenidos de la memoria.

Indicadores de alteración de la calidad de los vínculos interpersonales

Este grupo de indicadores demuestra claramente cómo la violación sexual y el embarazo forzado afectan la capacidad para vincularse con un otro, es decir, poder establecer relaciones significativas con las personas cercanas de su entorno. La víctima puede permanecer en una posición de extrema pasividad y sumisión o, incluso, identificada con la figura violenta.

- **Dificultades en la relación de pareja:** se encontró en todos los casos evaluados dificultades en las relaciones de pareja. Muchas mujeres se resistieron a establecer vínculos amorosos por la suspicacia, rechazo y temor que tenían hacia los hombres. Las que estaban casadas o convivían en el momento en que ocurrieron los hechos, enfrentaron la intolerancia y hostilidad de sus parejas; actitudes vinculadas, fundamentalmente, al hecho de haber tenido un hijo. En la mayoría de los casos se registraron dificultades para experimentar placer sexual y rechazo al contacto íntimo.

Muchas de las evaluadas comenzaron a ser maltratadas física y emocionalmente por la presencia del hijo que llegó después de la violación. Para las que ya lo eran, la situación de maltrato se intensificó. Los esposos o convivientes veían en los niños la evidencia de que las mujeres habían tenido relaciones sexuales con otro hombre y las trataban como si ellas lo hubiesen consentido.

La pasividad o tolerancia que las víctimas mostraban ante el maltrato se explica, entre otras razones, principalmente por la fragilidad emocional que apareció en ellas como secuela del hecho violento. La culpa, la minusvalía y la sensación de estar desprotegidas colaboraron para mantener la situación de dependencia emocional en relación con la pareja.

- **Aislamiento social:** para el 50% de las mujeres evaluadas, sostener los vínculos habituales resultó sumamente difícil. La vergüenza y la discriminación de la que fueron objeto por parte de sus vecinos y conocidos, generaron serias inhibiciones en su capacidad para interactuar con los otros. Estas limitaciones se expresaron mediante la evitación de los espacios sociales cotidianos, la reclusión en el ámbito doméstico y el silenciamiento radical de lo sucedido, incluso al interior del círculo familiar.
- **Desconfianza:** se presentó en un 40% de los casos y contribuyó al aislamiento social que aquejó a estas mujeres quienes producto del hecho traumático, generaron una visión pesimista sobre la bondad de los otros, así como el temor a que vuelva a repetirse la experiencia traumática.
- **Alteraciones del vínculo madre-hijo:** el hijo o hija nacido como producto de la violación sexual era para algunas de las mujeres de la muestra, un permanente recuerdo de la vejación sufrida. La actitud hacia ellos era fundamentalmente de rechazo, desconexión afectiva y hostilidad, que podía llegar al maltrato físico desbordado. La culpa por lo sucedido y el rencor hacia el violador eran trasladados al menor, perpetuándose de esta manera la violencia vivida.

HALLAZGOS DEL ESTUDIO

“En casa trato mal a mis hijos, me he vuelto dura y fría. A mi hijo no lo quería, me golpeaba el vientre y me chancaba. Ahora él me rechaza, yo a él a veces también. Él no sabe la verdad. Esto me pasa desde hace años”.

Vemos que en la relación con los hijos, el secreto y el silencio acerca de la violación sexual y de su origen, han generado dificultades en los vínculos.

Indicadores de alteraciones en el control de impulsos

En este grupo se incluyen básicamente las conductas adictivas que aparecieron a raíz de la violación y embarazo. Aunque los porcentajes no han sido altos, creemos importante destacarlos por el grado de deterioro que implican tanto a nivel personal como social. El consumo de sustancias se presentó en un 30% de los casos. Las víctimas recurrieron a la ingesta de alcohol y al “chacchado” excesivo de coca como forma de adormecer el dolor y de olvidar. *“Cuando dejo de chacchar mi coca no sé cómo ando, cómo camino, como en sueños ando. Cuando el carro pasa a mi lado ahí me doy cuenta por dónde ando y pienso en mi esposo”.*

Alteraciones en el propósito de vida

Se encontró un alto número de evaluadas, en los que sus proyectos de vida habían sido desarticulados por el impacto del hecho violento. Esto permite inferir que para un buen porcentaje de estas mujeres, las secuelas emocionales podrían ser crónicas e irreversibles.

Interrupción del proyecto de vida: se observó en el 60% de las víctimas. Para ellas, sus metas y aspiraciones –tanto a nivel afectivo como laboral o profesional– fueron severamente interferidas o totalmente truncadas por las secuelas que aparecieron luego de los hechos de violencia: *“Quería estudiar Medicina, pero por las experiencias vividas quedó muy afectada. Se le empezaron a olvidar las cosas, no distinguía las letras, dejó de estudiar, dejó de trabajar”.*

La maternidad afectó negativamente las posibilidades de superación de las víctimas, como analiza una perita en uno de los casos: *“Su deseo de continuar estudios pudo haberse logrado pese a la escasez de recursos económicos en la familia, [sin embargo] no llegó a realizarse, pues la maternidad redujo significativamente la posibilidad de la joven de buscar medios para solventar ese gasto”.*

Secuelas comunitarias

El 70% de las mujeres entrevistadas sufrió algún tipo de discriminación o estigmatización por parte de la comunidad en la que vivían. Esto se vio con mayor frecuencia y gravedad en los contextos de guerra. El hecho de haber sido violadas las expuso al insulto y culpabilización: *“Me decían ‘mujer de policía’, ‘puta’, hablaban mal de mí”*. A estas mujeres la comunidad les dio la espalda negándoles todo tipo de apoyo material y excluyéndolas de los circuitos de solidaridad e intercambio que existían entre los vecinos.

6.3. Visión de las expertas y expertos

Los expertos entrevistados dieron cuenta del impacto del embarazo por violación sexual, tanto en casos de mujeres violadas en situaciones de conflictos armados como en otros contextos. Ellos coincidieron en que el impacto de la violación y el consecuente embarazo es en líneas generales el mismo, su efecto destructivo es independiente del contexto o situación en los que el hecho se produjo; no obstante, señalaron que la exposición a la guerra puede incrementar el miedo y el estrés en el momento mismo de la guerra, y que las violaciones producto de relaciones incestuosas son más devastadoras para la víctima. Este último aspecto se desarrolló en el acápite correspondiente al incesto.

Si bien se obtuvo bastante información sobre el impacto de la violación y del embarazo en situación de conflicto, este acápite se centrará solo en la opinión de los expertos que tuvieron contacto con mujeres violadas en contextos diferentes a los de la guerra, para tener un paralelo que nos permita graficar el impacto en ambos grupos⁸⁷.

6.3.1. “Llover sobre mojado”: El doble trauma en las mujeres que enfrentan embarazos forzados por violación sexual

La violación sexual, tal como se ha visto en la revisión de la bibliografía, hunde a la mujer en estados depresivos, la anula sexualmente, destruye los lazos de confianza en sí misma y en los demás, y tiene efectos negativos sobre la autoestima. Velázquez y Fernández consideran que el impacto de la violación bloquea la capacidad de pensar, irrumpe en el continuo de la

⁸⁷ Crisóstomo refiere la clara diferencia en la calidad del cuidado y afecto entre los hijos de la violación y los nacidos de una relación consentida, en su estudio sobre las violaciones sexuales ocurridas en Manta - Huancavelica durante el Conflicto Armado, encontró que los hijos de la violación fueron rechazados por las madres y, por lo general, fueron cuidados por los abuelos. Este hallazgo es reafirmado por Velázquez que realizó una intervención terapéutica en la misma zona, los impulsos agresivos hacia las criaturas llegaron incluso a intentos de homicidio.

historia de vida de la mujer y, dependiendo de la propia mujer, de sus recursos psicológicos y personales, así como de su entorno va a enfrentarlo de diferentes maneras. Sin embargo, tanto las autoras mencionadas como otras especialistas develan la complejidad tanto interna como externa que implica una maternidad y crianza sanas, la cual desarrollaremos en los siguientes párrafos.

Condiciones internas

Las expertas consultadas señalaron que el embarazo como producto de un hecho violento, es un proceso mucho más complejo que el que por sí mismo es la vivencia de un embarazo normal (Ciudad, Velázquez, Fernández, Mantilla, Villarán). El estrés postraumático es la reacción mínima esperada en las mujeres violadas, que de no ser tratado deja secuelas permanentes en la mente (Ciudad, Rondón, Sharratt). Y cuando sobre este cuerpo-mente se produce la gestación no esperada, sino invasiva y violenta, sucede lo que Ciudad denomina llover sobre mojado, refiriéndose al doble impacto/trauma, o a una violación sobre otra cuando la mujer enfrenta el embarazo forzado luego de la violación sexual.

El embarazo, que es un proceso complejo de cambios hormonales y corporales y que requiere de modificaciones mentales y emocionales para dar lugar al nuevo ser, no encuentra las condiciones mínimas en la mujer violada ni en su entorno, para desarrollarse de forma sana (Velázquez, Mantilla, Ciudad). Las condiciones desventajosas empiezan con la imagen perturbadora y monstruosa del progenitor de la criatura, que irrumpe en lo más íntimo del cuerpo de la mujer de manera violenta, y genera con el embarazo una relación permanente entre la víctima y el violador, una relación de la que la mujer no podrá desligarse al personificarse en el hijo producto de la violación (Mantilla). A esto se añade la imposibilidad de entrar en un contacto natural con el hijo, no solo por la violencia que envuelve su origen, sino porque la mujer también necesita entrar en contacto/relación con el padre de la criatura, para poder personificar a su hijo.

Ciudad señala que el embarazo es una condición que conecta a la mujer con la primeras experiencias vividas al llegar al mundo, la pone en contacto inconsciente con esas antiguas memorias de la forma en que vino al mundo, por ejemplo: *“mi mamá estaba contenta, triste, deprimida, que habrá pasado”*. La mujer entra en contacto, sin saberlo, con memorias muy antiguas no solo durante el embarazo, sino también cuando tiene al bebé. Ciudad refiere: *“cargarás con amor, si amor es lo que has tenido; o lo vas a cargar bruscamente o con silencio, o con rechazo, si eso es lo que has experimentado, y muchas mujeres no saben por qué por ejemplo sienten hostilidad con sus hijos”*. Junto a la representación que hace la mujer de su propia madre y del padre de la criatura, está la representación que hace de

su propio hijo. Las tres representaciones están en su mente todo el tiempo. La mujer embarazada se podrá preguntar: ¿cómo será mi hijo?, ¿a quién se parecerá?, ¿a mí, a su padre? En este proceso la mujer violada se encuentra con la experiencia violenta, traumática, con la imagen de un violador y con una criatura que proviene de él y esto, en la fantasía de la mujer, cobra la imagen del agresor. Este argumento alerta respecto al destino de los hijos producto de violación sexual, quienes están en alto riesgo de sufrir maltrato o abandono o de que adquieran rasgos psicopáticos o caigan directamente en la psicopatía, como se verá en el acápite correspondiente a los hijos y que se desarrollará más adelante.

Fernández afirma que en un estudio sobre violación sexual que realizó encontró mayor impacto a nivel de la autopercepción y las relaciones interpersonales en las mujeres que tras la violación resultaron embarazadas. Esto afecta la mirada que la mujer tiene de sí misma, vacío de su proyecto de vida, a la relación que tiene con los demás, y al que se desarrolla con su entorno inmediato. Velázquez añade que se rompe la confianza en el otro, afectando el tejido social y trascendiendo el impacto al entorno, a la comunidad, en el sentido de que la ruptura de los lazos de confianza afecta la posibilidad de tener proyectos comunes porque se rompe la capacidad de interactuar con los otros.

Condiciones externas

Entre las condiciones externas que complejizan la maternidad forzada, las expertas señalan a las condiciones de pobreza, hacinamiento, soledad y desprotección que enfrentan las mujeres, sobre todo las más jóvenes, que han tenido experiencias de violencia sexual. Junto a esto mencionan el alto índice de violaciones producto de relaciones incestuosas que enfrentan las adolescentes (Mantilla, Chávez y Gutiérrez), hecho que es por lo general ocultado, ya que las niñas y adolescentes no encuentran en su entorno un referente que brinde la confianza necesaria para contar lo que les está sucediendo.

La violencia dentro de los hogares, la falta de protección de la madre o de la persona adulta sustituta de la madre, que por diversas razones está ausente, las ponen en situación de alto riesgo (Gutiérrez, Velázquez). En estas condiciones de vulnerabilidad, el embarazo pone al descubierto la violación sexual, o el “ejercicio de la sexualidad”, llenando a la mujer de culpa por no haber podido evitar la violación y, por lo tanto, asume responsabilidad por lo sucedido (Lemlij, Velázquez, Fernández, Mantilla). La reacción acusadora de la familia y el entorno inmediato contribuyen también al incremento de la culpa sobre una situación en la que la mujer no tiene responsabilidad en lo absoluto. El embarazo en esta situación constituye una deuda que la víctima inocente tiene que pagar, aun cuando no tiene responsabilidad sobre la violación sexual (Lemlij, Mantilla).

6.3.2. El hijo que ataca, perturba: La relación con los hijos de la violación

Las expertas Velázquez, Mantilla, Fernández, Ciudad, Gutiérrez, Ferrando, Rondón y Sharratt coinciden en que la relación con los hijos de la violación es compleja. Las mujeres enfrentan una maternidad confusa y ambivalente que termina poniendo a los hijos de la violación en situación de vulnerabilidad, similar a la que enfrenta la madre que no logra entender o procesar el impacto devastador de la violación en su cuerpo y en su mente. La idealización de la maternidad y los principios religiosos ponen a la mujer entre la abnegación y la desnaturalización (ser una madre ideal o una mala madre), que la fuerzan a continuar con el embarazo y hacerse cargo de un cuerpo y mente distintos a ella (Fernández).

Como ya se mencionó, la criatura cobra la imagen del violador, ya que no es producto de un acto de amor o deseado, sino por el contrario producto de una situación vergonzosa, humillante y aterrizante (Ciudad). En este contexto, la relación con los hijos de la violación está teñida de descuido, negligencia y desprotección, que se expresa en una relación violenta y carente de afecto.

Velázquez y Fernández señalan que el hijo producto de violación ataca, perturba. La madre no lo puede asimilar y es percibido como ajeno, negativo y perturbador. El vientre preñado es despreciado y cosificado sobre todo en las más jóvenes (Gutiérrez).

En ese sentido, la pregunta podría ser: ¿qué futuro les espera a los hijos concebidos en un acto violento hacia sus madres, que además reciben la reacción natural de rechazo por parte de ellas? Las mujeres parecen estar en un callejón sin salida, pues no está a su alcance la medida (aborto legal) que las pudiera ayudar a sobrellevar el trauma de la violación sexual.

6.3.3. Género

Un tercer grupo de argumentos citados por los expertos entrevistados está relacionado con aspectos de género, como el rol de dominación del varón sobre la mujer, la forma como el poder es expresado en el ejercicio sexual forzado, violento y violatorio. Gutiérrez y Fernández hicieron hincapié en las violaciones y embarazos forzados dentro del matrimonio, donde a la mujer se le impone tener relaciones sexuales para la satisfacción de la pareja, atentando permanentemente contra su decisión de no tener más hijos. En estas circunstancias la gravidez está marcada por la resignación y el desaliento.

Mantilla y Ciudad opinan que en las discusiones sobre la despenalización del aborto por violación, las condiciones por las que pasa la mujer durante la gestación no visibilizan de manera contundente los cambios que experimenta mujer, desde los aspectos físicos, hormonales hasta los psicológicos. Estos cambios viven en soledad las mujeres violadas, lidiando permanentemente con el hecho traumático de la violación y “conviviendo” con el agresor que se personifica monstruosamente en la criatura que la mujer gesta.

Finalmente, existe el estereotipo de la mujer pecadora, que considera que las mujeres ejercen irresponsablemente su sexualidad o provocan la violación sexual contra sí mismas. Este argumento social y culturalmente arraigado ocasiona que se vuelva invisible la situación por la que atraviesan muchas mujeres sobre todo las niñas y adolescentes que resultan embarazadas producto de relaciones sexuales obligadas (Mantilla, Gutiérrez, Lemlij, Velázquez).

6.4. Estudio de casos (entrevistas a profundidad)

Se entrevistó a tres mujeres víctimas de violación sexual y que, como resultado de ese acto, habían concebido hijos. Una de ellas fue violada por siete policías, durante el conflicto armado. La segunda fue abusada por su padre, y la tercera, por un conocido no cercano.

La finalidad de este estudio es investigar de manera pormenorizada el impacto del embarazo en la vida de estas mujeres, qué ha significado para ellas la maternidad forzada y cómo han logrado procesar la experiencia.

6.4.1. Primera entrevista

Datos generales

Nombre: P.R.

Edad: 51 años

Procedencia: Rural

Contexto en que ocurrió la violación sexual

P fue detenida, al igual que otros pobladores de la comunidad en la que vivía, por miembros de la Policía mientras investigaban el asesinato de un hacendado local. Posteriormente, fue entregada a los militares –Sinchis– para que la trasladasen a la ciudad y continuasen allí la investigación. Fue torturada y violada por siete efectivos de este grupo de las Fuerzas Armadas. Cuando salió de la cárcel tenía 4 meses de embarazo. En ese momento, ella tenía 15 años.

Impacto del embarazo

La reacción de la entrevistada ante el embarazo fue, según reportó ella misma, de profundo rechazo. De su relato se infiere que la gestación redobló el estado depresivo que ya existía a causa de la detención que sufrió y la ulterior violación. Cuando supo que estaba embarazada aparecieron ideas de muerte que adquirieron, por momentos, la consistencia de un incipiente plan de suicidio por envenenamiento: “yo quería morirme, pensaba tomar algo”. En estas circunstancias, el embarazo para P fue una segunda traumatización; la primera fue la violación por los siete efectivos militares. La entrevistada explica que el rechazo al bebé que comenzaba a crecer dentro de ella, que experimentó desde un inicio, se debió fundamentalmente al carácter impuesto o no deseado de su condición.

“Yo estaba presa, una chica joven, esa jovencita de 15 años (...) Llevar un embarazo producto de violación es bien difícil (...), una cosa que no has deseado nada, encima te han abusado entre varios golpeándote, castigándote. Ese producto no es de una persona que te ha deseado (...).”

El impacto del trauma de la violación, aunado a la noticia inesperada de que estaba embarazada, la sumió en un estado de ensimismamiento que interfirió en su estado de alerta e instinto de conservación como lo señaló durante la entrevista:

“(...) cuando salí [de prisión] ya estaba mal, mal, mal, no podía caminar [como una] persona normal, caminaba de frente me iba y hasta [cuando] pasaba carro no escuchaba el sonido, yo de frente me metía y ya tenía que caminar acompañada de familiares para cruzar pista, bien difícil era (...).”

El embarazo se tornó en una espera tortuosa, P señala:

“(...) tener este hijo, esperar ese hijo en la barriga es horrible, terrible.”

“(...) no dormía nada en la noche, estaba ahí pensando ¿que estará creciendo en mi barriga? ¡No quiero ver!, ¡no quiero escuchar!, lo que uno así [siente] en la barriga, esos movimientos ¡aso! no quería, me golpeaba todo (...).”

Una evidencia del carácter inasimilable del embarazo fueron las palabras que ella usó para describir al feto que estaba gestando: “sentía que estaba creciendo una cosa, una monstruosidad, un monstruo, qué asco”. La manera de expresarse da cuenta de la dificultad de P para darle a su hija una condi-

ción humana. Se puede concluir que el bebé, al ser visto como un fenómeno, algo anormal y totalmente ajeno a ella que le inspira repugnancia, algo que no puede ser representado psíquicamente como un sujeto, ocupa el lugar de lo abyecto.

Ideas en relación con el aborto

Interrumpir el embarazo fue la primera decisión que tomó la entrevistada para detener el sufrimiento que padecía. Le solicitó una ampolla abortiva al personal de salud que la atendía y probó luego con algunas recetas caseras, pero todos sus intentos fueron fallidos:

“(...) hasta llegué a decir que me pongan inyección, que me lo saquen. Me he hecho poner ampolla en la enfermería (...), es que yo no quería, no estaba de acuerdo. Pero no pude abortar nada. Tomaba limón puro, lo exprimía, tomaba, conseguía consejos, de esos que me hacen botar. Y nada”.

La relación con el hijo/hija

P manifiesta abiertamente que el rechazo que experimentó durante el embarazo se ha mantenido intacto en los últimos 37 años. La total imposibilidad de sentir afecto es el rasgo que ha marcado su posición hacia su hija. Su segundo hijo nació producto de una relación de amor; la diferencia entre estos dos vínculos es notoria:

“Para poder quererla es difícil, hasta ahora arrastro, no puedo. No nace el cariño, el amor por mi hija. Por mi hijo sí siento lo que es el amor, se nota, se sale. Para mi hija después de tantos años no puede salir, es difícil. Con eso me moriré, a pesar que mi hija me dice ‘no me quieres... a tu hijito sí le quieres, todo le das a él...’ Para mí ahí está la diferencia”.

La convivencia con su hija en los primeros 10 años estuvo signada no solo por el rechazo y la carencia afectiva, sino también por la violencia: *“le pegaba por cualquier cosa, le agarraba, me desfogaba, la golpeaba”*. Esto cambió, en cierta medida, cuando P inició una relación con un hombre que le tomó mucho afecto a la pequeña y que logró que la madre controlara y reprimiera la violencia hacia la hija.

No obstante este cambio y la presencia de una figura afectiva tanto para P como para la niña, las dificultades para expresar afecto continuaron, como se refleja en la cita anterior. Y aun cuando se infiere que se logró cierto equilibrio con el transcurrir de los años, los efectos transgeneracionales de la experiencia han afectado a la hija, pues ella repite el patrón violento en la crianza

HALLAZGOS DEL ESTUDIO

de sus propios hijos. Este caso nos muestra que las secuelas de la violación y la expresión del trauma en el patrón de relación con la hija de la violación fueron más fuertes que la presencia conciliadora y afectiva de la pareja de P, como se puede evidenciar en la siguiente cita.

“(...) ahora que veo a mi hija, mi hija es mamá (...) tengo dos nietos, tengo que apoyar, a veces cuando no tiene cariño mi hija, es un poco fría, por qué, por mi culpa, porque no la he tratado como debe ser”.

Los cuestionamientos de la hija se evidencian en la relación entre ambas, a pesar de conocer el origen de su concepción.

“(...) hasta ahora mi hija me saca la cara todo, [me dice] 'ah! tu no me querías a mí, tu no me querías, me odiabas, todo me rechazabas'. Pero ella no comprende por qué la rechazaba, por qué no la he querido, no es desead[a], es un producto, quizás ella no comprende esas cosas”.

Características del entorno social. Redes de soporte

La respuesta inicial del entorno al nacimiento de la hija de P puede ser calificada como paradójal. Todos los profesionales con los que interactuó P desoyeron e irrespetaron su decisión de no tener contacto con la hija y de darla en adopción.

El personal de salud que la atendió en el momento del nacimiento la invitaba a la sala de los bebés recién nacidos para que se sensibilizara, le reiteraban constantemente que la pequeña no tenía culpa de nada y que era muy bonita, e incluso se la dejaron una noche en el cuarto pese a que P. había expresado abiertamente su voluntad de no verla. La abogada que conducía su caso le dijo expresamente que la adopción era contraproducente.

“Mi abogada me dijo: ‘Si la das en adopción vas a perder el juicio. ¿Qué prueba vas a presentar el día que llegue el juicio? Tú decides, pero ¿cómo la vas a dar en adopción?, es tu sangre”.

Como se puede observar, la presión fue tal que la entonces madre adolescente dejó sucumbir sus deseos y decisión originaria y optó por lo que los demás a su alrededor consideraron necesario para el acceso a la justicia. Es claro que luego de la experiencia traumática de la violación, no le era posible desarrollar lazos de afecto con la criatura que le fue impuesta cuando ella era aún una niña. Los argumentos que se dio a sí misma fueron una repetición literal de todo lo que había escuchado en su entorno. Todos los argumentos se orientaron a exacerbar la culpa en ella, e impedirle tomar una decisión libre con base en lo que ella realmente sentía.

Un elemento que la entrevistada rescató como positivo fue los acompañamientos psicológicos que le brindaron, durante ocho años, profesionales vinculados al movimiento de derechos humanos. Lidiar con el rechazo permanente que sentía por su hija era algo que no podía hacer sola. También refirió que su familia y entorno comunitario, a diferencia de los profesionales, han sido de gran apoyo y que nunca la estigmatizaron.

El Ministerio del Interior le garantizó la atención médica durante el embarazo y primer año de vida de su hija. Pese a que P valora este acto de reparación, destaca también una anécdota particularmente dolorosa y cruel:

“En el Hospital de Policía un oficial que me atendió me dijo: ¿qué nombre la vas a poner, Sinchi?”.

Secuelas emocionales

Según declaración de la entrevistada, las secuelas más importantes que la violación y el embarazo dejaron en ella fueron: una aguda desconfianza inicial hacia los hombres, la violencia y agresividad que primó durante años en el trato con su hija, así como la incapacidad de amarla. El tratamiento psicoterapéutico, los recursos personales y un entorno favorecedor (la pareja y la participación en grupos de defensa de los derechos) permitieron la mitigación de las secuelas de la violación, mas no así la relacionada con el embarazo forzado, y la relación con su hija, que no logró ser superada, como se evidencia en el relato de P que señala:

“Para poder querer es difícil, hasta ahora yo arrastro con esto, yo arrastro, cargo cruz porque no puedo, no me nace cariño, tanto amor para mi hija, yo no tengo ese cariño, [como las mamás] que crían a ese hijo con cariño (...)”.

“No es ciento por ciento que uno siente cariño, es mi hija, pero todo que sea mi hija, pero ese amor, ese cariño, cada beso no te sale, no nace, eso hasta ahora no me explico, ¿por qué no nace?, ¿por qué no sale? ¿Por qué [después de] tantos años no puede salir?, es difícil (...). Con eso me moriré también. Me digo ¿por qué? A pesar que mi hija me dice 'tu no me quieres', ¿qué hago?, ¿qué voy a hacer? ¿Por qué no sale de mí?, no sale, trato de hacerlo, pero parece que alguien me rechazara, alguien dentro de mí deteniéndome, rechazándome... con eso sufro”.

En el testimonio de P se puede evidenciar de manera clara el carácter irrecuperable de las secuelas del embarazo forzado a causa de la violación sexual, esto se expresa en la dificultad para establecer un vínculo afectivo con la hija. Esto es vivenciado de manera persecutoria, hay una cualidad de rumiación que la mantiene en un estado de culpa permanente por no poder amar a su hija, esta por su parte percibe este distanciamiento afectivo, generando violencia y rechazo hacia sus propios hijos.

6.4.2. Segunda entrevista

Datos generales

Nombre: J.F.

Edad: 23 años

Procedencia: Periurbana

Contexto en que ocurrió la violación sexual

La violación sexual ocurrió en el ámbito doméstico. J fue violada reiteradas veces por su padre. Se trata de un caso de incesto. La madrastra notó el embarazo y fue entonces que la joven habló acerca de lo que estaba sucediendo, así se enteró la familia. El caso fue de conocimiento de la comunidad y J fue abandonada en la comisaría, donde recibió el apoyo de unas religiosas que la acogieron en una casa en la que le brindaron protección. J tenía 13 años cuando tuvo a sus hijos mellizos.

Impacto del embarazo

De la declaración de J se deduce que su reacción ante lo que acontecía en su cuerpo fue de una profunda extrañeza y perplejidad. Su corta edad hacía difícil que comprendiera tanto el embarazo como lo que había sucedido previamente con su padre: “tenía 12 años y no sabía lo que era un embarazo (...), tampoco estaba segura de lo que había pasado antes”. Además, como ella misma reconoce, activó un mecanismo de defensa ante lo traumático de la gestación, que consistió en negar su realidad, en evitar enterarse de la misma. Así lo dijo:

“Toda la etapa del embarazo no podía creer que tenía un bebé dentro, pensaba: ‘tal vez tengo un tumor’. Cuando me hicieron la ecografía sí hubo una emoción, había algo que se movía. En el fondo sabía que era cierto pero me resistía a creer, pensaba que era un sueño, una pesadilla, una mentira”.

Es claro que aun cuando estaba en medio de un entorno protector, el producto en su interior le resultaba ajeno y era inevitable rechazarlo. Nótese que aparece, nuevamente, esta equiparación del hijo a algo inanimado o deshumanizado: un tumor, un bulto extraño, no logró entablar afecto con la criatura que gestaba, como refiere:

“Yo no tuve nunca el instinto de acariciarle, de cantarle nada (...), para mí era extraño”.

Sin embargo, la respuesta de J no fue solo de evitación, negación o rechazo; hacia finales del embarazo registró signos ligeros de conexión con sus hijos:

“Casi al final, a los 7 meses (...) empecé a sentir cómo se movía y de cierta manera me entró la idea que era algo mío, (...) se movía, ya no era tan indiferente, (...) ahí empecé a sentir algo pero nada completo”.

No obstante, el incipiente acercamiento emocional a las criaturas que gestaba, cuando nacieron los niños ya había tomado la decisión de darlos en adopción. Pero el entorno nuevamente orientó argumentos, y desoyendo el deseo inicial de la niña incentivaron su curiosidad por conocerlos, logrando que los visite; al conocerlos decidió conservar a las criaturas. Esta decisión fue claramente motivada por el entorno que era en aquel momento y hasta la actualidad, su único referente, pues J había perdido a su familia y se encontraba en total desamparo y soledad. El hogar de acogida se constituyó en una fuente de protección y dependencia que permanece intacto hasta la actualidad, por lo tanto, la decisión de conservar a los niños estuvo libre de angustias y preocupaciones, producto del ambiente de total protección en el que se encontraba, no tenía que preocuparse por la alimentación, ropa, techo ni ningún gasto que tanto ella como los niños pudieran requerir, una situación totalmente irreal si se piensa en las adolescentes con el perfil de J, que siendo adolescentes rurales de estratos económicos bajos, tienen que permanecer en sus casas donde la situación de incesto sigue repitiéndose o son echadas de sus hogares quedando en total desprotección y sumiéndose en situación de mayor pobreza.

Ideas en relación con el aborto

La idea de abortar provino del padre como parte de una solución que incluía también su retiro de la casa y el compromiso de continuar manteniendo a los hijos. Pero una autoridad del pueblo denunció el hecho ante la policía. El padre fue detenido y el plan de interrumpir el embarazo no se concretó. Durante el tiempo que duraron las deliberaciones familiares, la adolescente no pudo consolidar una posición respecto al embarazo o al aborto. Tan solo estuvo dispuesta a acatar lo que la familia dispusiera. Durante la segunda discusión

HALLAZGOS DEL ESTUDIO

de expertos, Revilla refirió que las adolescentes y mujeres rurales no suelen decidir, son los varones a su alrededor los que deciden por ellas, y en los casos de incesto lo que prima es el temor de perder el soporte económico del varón proveedor, llegando a silenciarse el hecho incestuoso.

La relación con el hijo/hija

Cuando nacieron los mellizos, J ya había sido acogida por unos religiosos y vivía en el albergue que se convirtió, hasta la fecha luego de diez años, en su casa. El nacimiento de sus hijos, tal y como ella misma narra, implicó mucha desorientación y angustia: “Al principio lloraba, llorábamos los tres, yo no sabía qué hacer, entonces, una monja venía y nos consolaba a los tres”.

Enfrentar la maternidad forzada fue difícil para ella a pesar de la ayuda y protección que tuvo alrededor, ella afirma: “siempre sentí que lo que tenía dentro era el culpable del problema, cuando nacieron aún seguí sintiendo eso, que por qué existían”. El cambio en la relación con los hijos fue lento, como ella misma expresa: “fue evolucionando de a pocos, poquitos, pasos lentos”, El apoyo que recibió y que continúa hasta la actualidad, se centró en promover el desarrollo del vínculo entre la madre y los hijos, esto ayudó a que la relación se tornara cordial y afectiva. Ejerce sus funciones maternas con soltura y fluidez; tiene hasta ahora apoyo integral en la institución en la que permanece, y donde recibe orientación para poder ejercer esta función; además, le es posible educarlos, transmitirles las reglas, imponer castigos, los lleva a jugar fútbol, etc.

Hace poco les contó la verdad sobre su origen. Esta noticia los perturbó mucho y han iniciado terapia psicológica. La pregunta que constantemente le formulan a la madre, desde entonces es si ella, a pesar de todo y desde el primer momento, los quiso. J responde afirmativamente, prefiere no comentarles que alguna vez pensó en darlos en adopción porque teme lastimarlos.

Si bien este caso impresiona como un ejemplo de establecimiento de un vínculo favorable entre la mujer y los hijos de la violación, no se puede invisibilizar el hecho de que J y sus hijos han vivido en medio de un ambiente de total protección, que no ha permitido el desarrollo de sentimientos negativos que surgen de manera natural en el proceso de crianza de los hijos, además de haber sumido a J en un estado de dependencia tal que es claro que su situación fuera del hogar en el que aún vive es incierto, ya que no podría valerse por sí misma y generar los ingresos que le permitan a ella y a sus hijos vivir de acuerdo al estándar en el que han vivido desde que fue rescatada.

Características del entorno social. Redes de soporte

J no vivía con su madre en el momento del abuso sexual. Cuando este hecho se hizo público, la familia paterna reaccionó hacia la adolescente con desprecio y rencor. Estalló una crisis familiar muy aguda y en medio del trámite de la denuncia, la dejaron abandonada en la comisaría. La madrastra, que en un primer momento la apoyó, no pudo hacer nada esta vez. Fue entonces que aparecieron “las monjitas” y se la llevaron al albergue.

En esas circunstancias, el apoyo emocional y psicológico que allí le proporcionaron fue crucial. Incluso el nombre de sus hijos –ambos se llaman Carlos– es un homenaje a un sacerdote que la acompañó durante todo el embarazo. Es posible que la presencia tranquilizante y respetuosa de esta figura paterna permitiera suavizar la huella de horror que había dejado en la adolescente la experiencia incestuosa.

Compartir el día a día con otras jovencitas que transitaban por experiencias de maternidad y, en general, integrarse a esta comunidad, le otorgó un sentido de pertenencia a un grupo y aminoró la sensación de soledad y desarraigo familiar.

Secuelas emocionales

El impacto inicial de lo sucedido generó en J intensas respuestas depresivas: se sentía culpable por la suerte de sus hermanos que ya no iban a tener a su padre, quería morir, desaparecer. Como ya se ha mencionado, con los años la tristeza desapareció y el ánimo de la joven comenzó a ser mucho más satisfactorio. Sin embargo, permanece un evidente y fuerte efecto en su proyecto de vida, que aparece trunco hasta ahora, ya que hasta la fecha permanece al cuidado de una institución que la protege y reemplaza los vínculos familiares de los que carece:

“Cuando era pequeña quería ser maestra, tener una casa bonita, desde que tengo uso de razón no quería tener hijos, de pequeña no sentía ese instinto maternal. Decía, voy a ser profesional, no quiero tener hijos, quiero ayudar a mis hermanos, a mi madrastra que fue una madre.

La protección del hogar de acogida en el que vive y el trabajo intenso realizado a lo largo de diez años permitieron que J desarrolle afecto hacia sus hijos y sobrelleva las condiciones que marcaron su nueva vida, pero a la vez manifiesta con intensidad que, en el fondo, hubiera preferido ser otra cosa antes de ser madre, por ello se encuentra que la interrupción del proyecto

HALLAZGOS DEL ESTUDIO

de vida es la secuela más importante, seguida de la pérdida de vínculos familiares que dan referentes a su identidad. Por otro lado, reconoce pasar por momentos difíciles, teniendo como mecanismo de compensación el compararse con otras personas que están en una situación más crítica que ella, tal como refiere:

“trato siempre de animarme, y decirme que no soy la única, he logrado muchas cosas con la ayuda de muchas personas, porque tengo compañeras que no están en la situación que yo estoy, están en una situación más crítica”.

Se sospecha otra posible secuela de índole familiar, aunque no se puede afirmar una relación unívoca entre el evento traumático que afectó a la joven y el siguiente hecho: a los pocos meses de haber estallado el problema, la madrastra de la entrevistada se suicidó.

6.4.3. Tercera entrevista

Datos generales

Nombre: M.B.

Edad: 22 años

Procedencia: Urbana

Contexto en que ocurrió la violación sexual

M fue violada a los 17 años por un joven que trabajaba en la misma empresa de transportes que ella y al que conocía de manera lejana. En una ocasión fue a una fiesta en la que también estaba dicho joven. A instancias del grupo que la acompañaba bebió mucho licor; poco después fue ultrajada con la complicidad de los amigos del violador, que se aseguraron de que nadie los viera.

Impacto del embarazo

M se percató del embarazo cuando tenía dos meses. En la entrevista manifestó que su reacción inicial ante la gestación fue de miedo: *“crecía y crecía y tenía miedo, no avisé a nadie, quería escaparme (...)”*. También mencionó la tristeza y el rechazo: *“(...) yo no lo quería tener porque era de una persona que abusó de mí”*. *“Me puse triste porque era un hijo no deseado”*.

Un hecho que refiere con pesar y vergüenza es que antes de la violación y el consecuente embarazo, ella nunca había tenido intimidación sexual con nadie.

Ideas en relación con el aborto

La primera solución que M ideó para enfrentar el embarazo no deseado fue el aborto. Incluso acudió a una farmacia en busca de alguna solución medicamentosa, pero al ser menor de edad se negaron a atender su requerimiento.

Al no tener mayor apoyo, pues no le había contado a nadie de lo sucedido, el embarazo continuó avanzando y sus familiares se percataron de lo que ocurría.

La relación con el hijo/hija

M comentó que cuando nació su hijo no quería verlo: *“yo no lo quería ver, lo cariñaba un rato, luego lo ponía en una esquina y de ahí ya no quería (...)”*.

Desde entonces y hasta la fecha, cuatro años después, la relación con el pequeño ha estado marcada por la hostilidad y la furia. De lo que manifestó M en la entrevista se puede inferir que su hijo es para ella el culpable de todos sus problemas y sufrimientos y, a la vez, alguien en quien ella descarga violentamente sus frustraciones.

“(...) le trato mal, me pasa algo y siempre con él me la pago, le pego o le hago algo. No sé qué me pasa cuando, por ejemplo, discuto con alguien, mamá, hermanos, a él es a quien yo le pego, a él es a quien yo le grito o le baño. Por todo eso yo quiero cambiar, él no tiene la culpa de nada”.

La intensidad de su cólera y de rechazo que siente hacia el pequeño la ha impulsado a pedir ayuda psicológica.

Características del entorno social. Redes de soporte

El entorno familiar de M evidenció, ante el evento de la violación y posterior embarazo, un funcionamiento que puede ser descrito como muy precario y poco sostenedor. Aunque no se cuenta con datos de la historia previa al hecho violento, se puede inferir por lo que sucedió después, que en los vínculos familiares de la joven no ha primado la confianza y el afecto.

Cuando M fue violada decidió no contarle a nadie porque intuyó que la iban a culpar por lo sucedido. Su familia es evangélica, ella también, y temía represalias severas por haber faltado a los preceptos de su religión, al haber ido a una fiesta y bebido licor.

HALLAZGOS DEL ESTUDIO

Su madre se percató de la gestación cuando esta ya era visible; la primera respuesta fue golpear a su hija; la segunda fue acudir, junto con otros familiares, a negociar con el violador para que se hiciera cargo del niño a cambio de evitar el escándalo y la denuncia. El violador aceptó el trato, pero luego desapareció del entorno.

M no explicó con claridad por qué acató la disposición familiar de conciliar con el agresor. Consideramos que lo hizo porque estaba completamente desorientada ante el impacto de lo sucedido, aplastada por el efecto traumático y sin capacidad para articular una propuesta que incluyera sus deseos personales.

Luego de la exacerbación inicial, la situación se calmó y la madre la apoyó económicamente a lo largo de todo el embarazo. Sin embargo, M refirió en la entrevista que hasta la fecha, de vez en cuando, la madre sigue culpándola por lo sucedido.

El enamorado que en ese entonces tenía la joven reaccionó de manera muy diferente al resto de la familia: se ofreció a hacerse cargo del bebé y a reconocerlo legalmente. Pero ella no aceptó esta propuesta y poco después terminó la relación.

Se puede concluir que M atravesó por todo este episodio sin un apoyo verdaderamente empático de su entorno. La única persona que pudo haberle brindado un soporte efectivo fue el enamorado, pero ella rechazó esta posibilidad, quizás movida por la culpa y la vergüenza. Hasta la actualidad la joven prefiere mantenerse distante de la familia y no hacerla partícipe de sus problemas y preocupaciones.

Secuelas emocionales

De manera reiterada M expresó que la violación y la maternidad no deseada que enfrentó después, interfirieron completamente en su proyecto de vida. Quería casarse con su enamorado, "(...) formar una empresa o ser una persona diferente, progresar, salir adelante. Yo tenía mis planes pero con todo lo que ha pasado se ha quedado ahí. Me pasa todo eso y todo se va, todo se corta".

La hostilidad y violencia dirigidas hacia su hijo han quedado como secuelas de un embarazo forzado y de una maternidad que aún no logra aceptar. Ha perdido el lugar especial que tenía en su familia, así como la confianza en los vínculos familiares, esto le ha provocado un aislamiento afectivo, debido a que no se siente merecedora de atención y afecto, por sentirse que ya no tiene el valor como hija y el derecho para poder acercarse. Esta secuela se expresa también en sus vínculos sociales y en la relación con el sexo opuesto.

6.5. Conclusiones de los hallazgos

1. La violación y el embarazo forzado han tenido un impacto devastador en la totalidad de las mujeres peritadas y atendidas. Ambas experiencias pueden ser calificadas como traumáticas.

Lo traumático implica confrontarse a vivencias sumamente intensas y desestructurantes, que desbordan las capacidades del psiquismo para elaborarlas, representarlas o darles sentido. Este carácter inasimilable o fuera de sentido se aprecia de manera muy clara en la manera en la que las mujeres entrevistadas vivenciaron el embarazo. Para todas ellas, el hijo que estaban gestando era un elemento irrepresentable, una cosa, “algo”, una entidad no humana que, en tanto fruto de la violación, las seguía amenazando o atacando desde el interior de sus cuerpos. Tal y como se menciona en el acápite 4.2.1, en estos casos el hijo ocupó el lugar de lo “abyecto”, es decir, de algo radicalmente ajeno que remite a una marca de horror y ante lo cual el psiquismo responde con un movimiento de repulsión o de rechazo.

Por otro lado, el carácter traumático de estos sucesos se manifestó en la presencia de síntomas de carácter invasivo que una y otra vez, y luego de haber pasado muchos años, traían al presente la experiencia dolorosa. El 90% de las mujeres peritadas padecía de recuerdos persistentes y flashbacks (reexperimentación vívida del evento de la violación) que aparecían en cualquier momento, generando gran sufrimiento psíquico. Para la totalidad de las mujeres peritadas, las secuelas no solamente quedaron inscritas en su mente, sino también en el cuerpo. Se registraron quejas somáticas calificadas espontáneamente como efectos de la violencia; entre las más frecuentes estaban las que atañen al aparato reproductivo y genital: infecciones urinarias, dolores de ovarios y en el vientre.

Toda esta sintomatología demuestra que las escenas de violencia han quedado impregnadas en la subjetividad de las víctimas a manera de un cuerpo extraño imposible de eliminar o reducir.

2. Dentro de la gama de síntomas que se registraron destaca la presencia de cuadros depresivos con una importante presencia de la ideación suicida.

La tristeza, los sentimientos de culpa acompañados de autorreproches y la sensación de minusvalía, estuvieron presentes en la totalidad de las evaluadas. El 80% de las mujeres peritadas pensó alguna vez en acabar con su vida. Una de las mujeres entrevistadas manifestó haber elaborado un incipiente plan de suicidio por envenenamiento. La ideación suicida apareció mayormente cuando estas mujeres, luego de ser violadas y haber queda-

HALLAZGOS DEL ESTUDIO

do embarazadas, enfrentaron el abandono y el rechazo de sus parejas, así como el estigma proveniente del entorno. En uno de los casos, el deseo de morir apareció vinculado únicamente a la presencia perturbadora del embarazo.

La culpa y los autorreproches se relacionaban con el hecho mismo de la violación –las mujeres se atribuían la responsabilidad por lo ocurrido–, y también con el no haber podido concretar determinados planes de vida o no poder realizar determinadas actividades cotidianas a causa de la maternidad forzada.

3. La esfera de los vínculos interpersonales quedó, de manera general, seriamente afectada a raíz de lo sucedido. Los vínculos que estas madres establecieron con los hijos que nacieron como consecuencia de la violación sexual, estuvieron signados por el rechazo y la violencia.

En más de la mitad de las mujeres evaluadas se registraron serias inhibiciones para sostener las relaciones interpersonales y comunitarias habituales; la respuesta más común ante los vínculos extrafamiliares fue el repliegue en lo doméstico y el aislamiento social. La vergüenza y el temor al estigma y a la discriminación generaron inhibiciones en el interactuar con los otros. A la vez, en la esfera familiar se incrementó la violencia al interior de la pareja y la ruptura de los vínculos amorosos, una vez que los esposos o convivientes se enteraban del embarazo.

En la relación con los hijos que nacieron como producto de la violación, la actitud general ha sido un rechazo rotundo y sostenido a lo largo del tiempo. Al tratarse de un embarazo no deseado e impuesto mediante un acto violento, el fruto del mismo es una huella viviente del horror padecido. A su vez, en los hijos las mujeres reproducían activamente la relación de violencia que antes ellas sufrieron de manera pasiva. Estas respuestas descontroladas generaban fuertes sentimientos de culpa y en muchos momentos eran vividas con preocupación y angustia; en uno de los casos, la madre pidió ayuda psicológica porque no podía manejar la hostilidad que sentía hacia su hijo.

Tan solo una de las mujeres entrevistadas logró, luego de un tiempo, sentir un afecto amoroso hacia sus hijos. Sin embargo, es importante destacar que esta joven fue acogida tempranamente en una institución religiosa, que le brindó un soporte emocional duradero y le permitió desarrollar un sentimiento de pertenencia a un entorno determinado. Por otro lado, esta acogida, de fuerte corte paternalista, la ha mantenido distante de los retos y dificultades cotidianas (por ejemplo, la búsqueda de trabajo o de medios de subsistencia), escenario que, con mucha probabilidad, dada la situación de pobreza que enfrentaba la víctima, la hubiese quebrado emocionalmente y hubiese perturbado la relación con sus hijos.

4. En la totalidad de los casos en los que se indagó con profundidad sobre el impacto del embarazo, se encontró que la primera intención de las mujeres fue recurrir al aborto como forma de detener la experiencia dolorosa.

De los tres casos entrevistados, dos buscaron activamente alguna manera de abortar; una mediante recetas domésticas y la otra acudiendo a la farmacia para emplear la vía farmacológica. La tercera, al ser tan joven, no pudo articular respuesta, pues ni siquiera entendía bien lo que estaba sucediendo, pero la familia tomó la decisión de interrumpir la gestación. En ninguno de estos casos, por razones ajenas a la voluntad de las víctimas, se concretó la intención de finalizar el embarazo.

Cabe destacar que las tres entrevistadas eran menores de edad cuando sucedieron los hechos de violencia, y que ello no fue un impedimento para que, al menos dos de ellas, asumieran una postura y una decisión en relación con su embarazo, que no hacía más que perpetuar la experiencia traumática de la violación.

5. En la mayoría de los casos estudiados, el entorno sociocultural fue muy perjudicial para las víctimas, quienes se vieron confrontadas con el rechazo externo, con actitudes que las conminaban al silencio o que las desconocían totalmente.

La mayoría de las víctimas ultrajadas en contextos rurales durante el conflicto armado interno enfrentó una fuerte condena por parte de sus comunidades. Fueron culpadas por lo sucedido y se les imputó muchas veces una participación placentera en la experiencia sexual violenta, quedando así señaladas como mujeres “impuras”. Este rechazo frontal en lo social tuvo repercusiones en las dinámicas familiares y de pareja. En estos casos las mujeres tuvieron que enfrentar experiencias de abierta segregación y discriminación.

En los casos donde la violencia se dio en tiempos de paz, pero en contextos de pobreza, también se aprecia una respuesta sumamente negativa del entorno, que de una u otra manera actuó desconociendo e irrespetando el sentir y la afectación de las víctimas. Una de las mujeres entrevistadas recibió presiones tan intensas y expresiones tan culpabilizantes por parte del medio social, que renunció a la idea inicial de dar en adopción a su hija recién nacida; otra se vio obligada por la familia a conciliar con el violador y a prometerle su silencio a cambio de dinero. En ambas situaciones se interfirió en la libertad de la mujer a pensar y decidir, funciones necesarias para una buena salud mental.

HALLAZGOS DEL ESTUDIO

En las situaciones en las que la respuesta del entorno fue favorable (ayuda profesional, acogida protectora), el estado emocional de la víctima y su actitud hacia el hijo o hija fueron más positivos.

6. En la mayoría de los casos el proyecto de vida se vio seriamente afectado.

En el 60% de las mujeres peritadas, y en dos de las entrevistadas se constató que muchas de las metas y aspiraciones –tanto a nivel afectivo como laboral o profesional– fueron severamente interferidas o totalmente truncadas por las secuelas emocionales de la violación sexual y el embarazo forzado. Esto nos permite inferir que para ellas las secuelas emocionales de los hechos violentos serán crónicas e irreversibles.

CONCLUSIONES FINALES

El estudio Llover sobre mojado: "Secuelas psicosociales del embarazo por violación sexual " surgió como resultado de la ausencia de investigaciones relacionadas al impacto psicológico que tiene el embarazo producto de violación sexual en la vida de las mujeres peruanas, que han enfrentado esta grave violación a sus derechos humanos. En consecuencia, este estudio muestra las secuelas psicosociales del embarazo que resultan de una violación sexual, visibiliza y trata de entender el impacto emocional y social de estos embarazos como acto que irrumpe abruptamente en la vida de las mujeres con consecuencias en su salud física y mental a largo plazo, todo esto con el propósito de sensibilizar a la opinión pública y a los tomadores de decisiones acerca de la condición de víctimas de las mujeres que sufren la dolorosa experiencia de enfrentar una maternidad producto de una violación sexual y que no encuentran en las políticas del Estado peruano protección a sus derechos, reparación ni acceso a la justicia.

El estudio se planteó dos cuestionamientos: ¿El embarazo producto de la violación sexual genera secuelas psicosociales que atentan gravemente la salud mental de mujeres de distintas edades?, y ¿es posible que las condiciones psicológicas en las que queda la mujer luego de la violación sexual permitan el desarrollo esperado del vínculo materno-filial? Este estudio encontró que tanto la violación sexual como el embarazo producto de la violación son experiencias traumáticas sumamente intensas y desestructurantes que desbordan las capacidades del psiquismo para entenderlas, representarlas o darles sentido.

El impacto del trauma se evidencia en la esfera psíquica con predominio de estados depresivos con riesgo suicida, sentimientos de culpa y ruptura del proyecto de vida, que deja a muchas mujeres en un estado de estancamiento y desaliento, cuyo origen se situará inevitablemente en la criatura nacida que representa tanto a la experiencia traumática de la violación como al violador: En la esfera física el trauma se manifiesta en forma de dolores, además de los nueve meses de gestación en los que el cuerpo y vida de la mujer sufren cambios que tendrán impacto significativo, sobre todo cuando la gravidez es percibida como ajena y amenazante, impidiendo que la mujer pueda dar significado humanizante al producto que lleva en el vientre, ya que este es percibido como el enemigo interior que la ataca. En la esfera social el trauma se expresa en las dificultades para establecer vínculos, además del impacto del rechazo y estigma que tienen que enfrentar las mujeres violadas.

CONCLUSIONES FINALES

Las condiciones emocionales desfavorables en las que queda la mujer luego de la violación, y que se intensifican con la imposición del embarazo, no encuentran alternativas de solución en los programas del Estado peruano, ya que no existe un protocolo consensuado y aprobado de atención integral a la mujer violada que queda embarazada y que involucre a los distintos sectores que están llamados a atender a estas mujeres, como son salud, justicia y derechos humanos, inclusión social, mujer y poblaciones vulnerables, entre otros. Desde las estrategias sanitarias de Salud Mental y Cultura de Paz del MINSA a nivel nacional no es posible brindar atención sostenida y de largo aliento, ya que los profesionales de salud mental son escasos, y las atenciones están medidas por la “productividad”, que privilegia el número de atendidos en perjuicio de la calidad de la atención a los pacientes, además de requerirse la formación psicoterapéutica en los profesionales, de la que carecen la mayor parte de los profesionales contratados y serumistas de Psicología. El servicio de atención psicológica solo se brinda en los centros de salud y no en los establecimientos del primer nivel de atención, que son los que están más cerca de los sectores vulnerables, como lo son las mujeres del primer y segundo quintil de pobreza, quechuahablantes y de minorías étnicas, que quedan desatendidas cuando enfrentan esta grave violación a sus derechos humanos.

Por otro lado, las dificultades que enfrentan las mujeres violadas para acceder a la justicia, por la lentitud e ineficacia del sistema judicial que las revictimiza, junto a la concepción de que la mujer es responsable de la violación sexual, terminan acallando a la mujer, llevándola a resignarse a la impunidad. Si a esto se le suma el embarazo producto de la violación, paradójicamente la víctima –en lugar de ser reparada y rehabilitada– tiene que asumir el peso de una maternidad forzada que tendrá impacto en su salud integral.

La maternidad requiere de condiciones sostenedoras, que la mujer violada no puede desarrollar, como se evidencia en el estudio, por las circunstancias violentas de la concepción y la imagen monstruosa, violenta e invasiva del progenitor que impiden dar el significado de persona a la criatura que se gesta, llegando a ser percibido como ajeno y agresivo. El estudio muestra en uno de los casos, que excepcionalmente, cuando hay una total y permanente protección, por parte de entidades privadas, es posible que la madre pueda establecer un vínculo con el hijo. Esto no es posible ser sostenido por el Estado peruano, que carece de programas de intervención que favorezcan y garanticen el bienestar bio-psico-social de la mujer y los hijos de la violación, sea que estos permanezcan con las madres biológicas o sean dados en adopción.

El doble impacto que sufren las mujeres –por la violación sexual y el embarazo producto de esta– afecta a largo plazo, y muchas veces de manera irreversible, la estructura bio-psico-social de la mujer alterando la posibilidad de una adecuada relación materno-filial, que en muchos casos se torna violenta.

CONCLUSIONES FINALES

Frente a esta figura, se puede afirmar que las mujeres y adolescentes violadas que resultan embarazadas no solo enfrentan el doble trauma por estas circunstancias, sino que enfrentan una tercera agresión, esta vez ejercida directamente por el Estado peruano, que además de no protegerlas frente a la violación sexual, les impone una maternidad forzada al penalizar el aborto en estas circunstancias. Así, el Estado se constituye en el perpetrador directo de la violencia, al criminalizar a las mujeres sobrevivientes de una violación que no desean continuar con un embarazo no deseado que afecta su salud.

El Estado debe responder a los compromisos internacionales que ha suscrito a través de la formulación de políticas públicas integrales de atención a las mujeres violadas. Ya el Comité para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW) ha manifestado su preocupación por la falta de acceso a abortos seguros, particularmente en casos de violación sexual, y ha considerado las leyes restrictivas sobre el aborto como una violación de los derechos a la vida, a la salud y a la igualdad de las mujeres. Por su parte, el Comité contra la Tortura ha manifestado que obligar a las mujeres a llevar a término un embarazo por violación es someterlas a un trato cruel inhumano y degradante. Le toca, por lo tanto, al Estado peruano responder efectivamente a la demanda de protección de los derechos humanos de las mujeres peruanas y, sobre todo, garantizar su salud integral, brindar protección, sancionar a los responsables de las violaciones y garantizar medidas de reparación a las mujeres que han sufrido violaciones a sus derechos humanos, materia del presente estudio.

BIBLIOGRAFÍA

- AMNISTÍA INTERNACIONAL (2011). *Violación y violencia sexual. Leyes y Normas de Derechos Humanos en la Corte Penal Internacional*. Madrid: Editorial Amnistía Internacional (EDAI).
- BATRES MÉNDEZ, G. E. (2002). *Violencia de Género, derechos humanos e intervención policial*. San José de Costa Rica: ILANUD.
- BENYAKAR, M. (2005). *Lo traumático: Clínica y paradoja. El proceso Traumático*. Volumen 1. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- BOTT, S.; GUEDES, A.; GOODWIN, M. y ADAMS, J. (2013). Una colaboración entre la Organización Panamericana de la Salud y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, con aportes técnicos de Measure DHS, ICF International. *Violencia contra las mujeres en América Latina y El Caribe. Análisis comparativo de datos poblacionales de 12 países*. Washington, OPS. Disponible en: <http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docm>.
- BOWNES, I. O., & GORMAN, E. C. (1991). *Assault characteristics and post-traumatic stress disorder in rape victims*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. San Sebastián - España: Facultad de Psicología, Universidad del País Vasco.
- BUENO, C. (2000). "Significado psicológico de violación". En: *Entre la violencia y el amor: Reflexiones desde la psicología*. Toluca: Universidad Nacional Autónoma de México.
- CASTORIADIS AULAGNIER, P. (1988). *La violencia de la interpretación del pictograma al enunciado*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- COMITÉ CONTRA LA TORTURA. Examen de los Informes presentados por los Estados en virtud del artículo 19 de la Convención. Conclusiones y recomendaciones del Comité contra la Tortura. Perú. CAT/C/PER/CO/4 (25 de julio de 2006).
- COMITÉ CONTRA LA TORTURA. *Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles Inhumanos o Degradantes. Observaciones finales: Perú*. CAT/C/PER/CO/4 (29 de octubre a 23 de noviembre de 2012).
- COMITÉ CONTRA LA TORTURA. *Convención contra la Tortura y otros tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes. Observación General N° 2. Aplicación del artículo 2 por los Estados Partes*.

BIBLIOGRAFÍA

- DE BRUYN, M. (2003). *La violencia, el embarazo y el aborto. Cuestiones de derechos de la mujer y de salud pública. Un estudio de los datos mundiales y recomendaciones para la acción*. IPAS.
- ECHEBURÚA E.; FERNÁNDEZ- MONTALVO J. y DE LA CUESTA J.I. (2002). *Psicopatología clínica, legal y forense. Articulación de medidas penales y de tratamiento psicológico en los hombres violentos en el hogar*. San Sebastián: Universidad del País Vasco.
- ESCRIBENS PAREJA, Paula (2011). *Proyecto de vida de mujeres víctimas de violencia sexual en conflicto armado interno*. Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología. Lima: PUCP.
- FERNÁNDEZ, Adriana (2010). *Autopercepción y relaciones interpersonales en un grupo de mujeres víctimas de violación sexual a través del Psicodiagnóstico de Rorschach*. Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología de la PUCP. Lima: PUCP.
- FERRANDO, Delicia (2006). *El aborto clandestino en el Perú. Revisión*. Lima: Centro de la mujer peruana Flora Tristán.
- FREUD, S. *Introducción al narcisismo*. Tomo XIV. Amorrortu Editores, p. 88.
- *Guía de valoración del daño psíquico para víctimas adultas de violencia familiar, sexual y otras formas de violencia intencional*. Aprobada mediante Resolución de la Fiscalía de la Nación N° 2543-2011MP-FN el 26 de diciembre de 2011, Lima.
- GUEZMES, A., & PALOMINO, N. (2002). *Violencia sexual y física contra las mujeres en el Perú*. Lima: CMP Flora Tristán/OMS/Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI) DE PERÚ (2014). *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2013 328-357*. Lima: INEI.
- KRISTEVA, J. (1988). *Poderes de la perversión*. Buenos Aires: Catálogos.
- LACAN, J. (1988). "El estadio del espejo como formador de la función del yo (je) tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica". En: *Escritos*. Tomo I. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- LEFF-RAPHAEL, J. (1986). *Facilitators and regulators: conscious and unconscious processes in pregnancy and early motherhood*. British journal of medical psychology, pp. 43-55, 59.
- LLAJA, J. L. (2009). *El sistema internacional de protección de derechos humanos y el aborto en el Perú. Estudio para la defensa de los derechos de la mujer*. Lima: DEMUS.

BIBLIOGRAFÍA

- LOSSO, R. (2001). *Psicoanálisis de la familia. Recorrido teórico-clínico*. Colección de psicología integrativa, perspectivista, interdisciplinaria. Buenos Aires: Editorial Lumen, p. 162.
- MATOS, L., & FIGUEROA, S. P. (2009). "Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima". En: *Revista Panamericana de Salud Pública*. Lima.
- MESA DE CONCERTACIÓN PARA LA LUCHA CONTRA LA POBREZA (2014). *El Embarazo en la Adolescencia. Un problema de Salud Pública y Derechos humanos*.
- MESA DE VIGILANCIA POR LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS (2013). *Conferencia Internacional sobre la población y el desarrollo. Cairo +20: Hacia una lectura de la plataforma para la acción de Cairo a 20 años en el Perú (1994-2014)*. Lima: Lettera Gráfica.
- MIJOLLA, A. D. (2005). *Diccionario Internacional de Psicoanálisis II, conceptos, nociones, bibliografías, obras, acontecimientos, instituciones*. Madrid: Ediciones AKAL.
- MINSA (2014). "Guía Técnica Nacional para la estandarización del procedimiento de la atención integral de la gestante en la interrupción voluntaria por indicación terapéutica del embarazo menor de 22 semanas", en el marco del Código Penal, artículo 119. Normas Legales, *El Peruano*.
- MONTERO, A. C. (2004). "Principales consecuencias a largo plazo en la salud de las mujeres víctimas de violación". En: *Revista Sogía. Chile*.
- MUJICA, J., ZEVALLOS, N., y VIZCARRA, S. (2013). *Estudio de estimación del impacto y prevalencia de la violencia sexual contra mujeres adolescentes en un distrito de la Amazonía peruana*. Lima: PROMSEX.
- ORFELIO, L. y MONTERO, I. (2003). *Métodos de Investigación en Psicología y Educación*. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España.
- ONU-Mujeres (1992). *Recomendación General N° 19 (11º periodo de sesiones, 1992). Recomendaciones generales adoptadas por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer*. Obtenido de <<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm-sp.ht>>.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - OMS (2003). *Violencia contra la mujer infligida por su pareja*. Obtenido de <http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/chapter2/es/>.

BIBLIOGRAFÍA

- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - OMS (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Obtenido de <http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf>.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - OMS (2003). *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud*. Organización Mundial de la Salud. Revisado en: <http://www1.paho.org/Spanish/AM/PUB/capitulo_6.pdf>, p. 17.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (s.f.). Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación. Sí a la atención, no a la exclusión. Recuperado el 6 de Diciembre de 2009, de:<http://www.who.int/mental_health/policy/legislation/WHO_Resource_Book_MH_LEG_Spanish.pdf>.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - OMS (1998). *Promoción de la Salud. Glosario*. Obtenido de <<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>>.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - OPS (1998). *La Salud en las Américas*. Volumen 1. Obtenido de <<http://cidbimena.desastres.hn/docum/ops/pdf/SaludVol1.pdf>>.
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (1995). *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994. A/CONF.171/13/Rev.1. ONU: New York, p. 37.
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (1996). Relator Especial de las Naciones Unidas sobre la situación de los derechos humanos en Ruanda. *Informe sobre la Situación de los derechos humanos en Ruanda*. Disponible en: <<http://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/facts-and->>>. Nueva York: Naciones Unidas.
- Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional celebrada en Nueva York en 1946. Fue firmada por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization (1946). Nueva York.
- PINES, D. (1989). *Embarazo, pérdida y aborto. Una perspectiva psicoanalítica*. Presentado en el XXXVI Congreso Internacional de Psicoanálisis. Roma.
- RAMOS, M. M. (2008). Reporte de Investigación. *El riesgo de ser joven en el Perú. La violencia contra las y los adolescentes y jóvenes en Ucayali. Distrito de Callería, Yarinacocha y Manantay*. Lima: Movimiento Manuela Ramos.
- REHN, Elisabeth; JOHNSON, Ellen (2002). *Women war and peace: The Independent Experts' Assessment on the impact of Armed Conflict on War and Women's Role in Peace-building*. New York: UNIFEM.

BIBLIOGRAFÍA

- RONDÓN, M. (2006). *Salud mental y aborto terapéutico*. Lima: Consorcio de Investigación Económica y Social, Observatorio del derecho a la salud. Lima.
- SERRANO MADRIGAL, E.; CAMACHO GRANADOS, Rosalía (1994). *El abuso sexual incestuoso: Entre el dolor y la esperanza*. Instituto Latinoamericano de Naciones Unidas para la Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente. San José, Costa Rica.
- SHARRAT, Sara; KASCHAK, Elyn (1999). *Assault on the soul: women in the former Yugoslavia*. Disponible en: <<http://iuristebi.files.wordpress.com/2011/07/assault-on-the-soul-women-in-the-former-yugoslevia.pdf>>.
- SOTO, María Teresa y CHACÓN, Irma (2011). *Violación y Embarazo. "Análisis de las secuelas psicológicas"*. Guatemala: Comunicación Integrada.
- TÁVARA, L.; VERENA, S. y DADOR, J. (2007). *Apuntes para la acción: El derecho de las mujeres a un aborto legal*. Lima: PROMSEX.
- TENDLARZ, S. E. (2014). *Cuando una mujer mata a su bebé recién nacido, crónicas porteñas*. Disponible en: <http://www.eol.org.ar/la_escuela/Destacados/Lacan-Quotidien/LC-cero-403.pdf>. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- VELÁZQUEZ, Susana (2003). *Violencias cotidianas, violencia de género. Escuchar, comprender, ayudar*. Buenos Aires: Paidós.
- VELÁZQUEZ, Tesania (2007). *Experiencias de dolor: reconocimiento y reparación. Violencia sexual contra las mujeres*. Lima: DEMUS.
- VILLELAS, M. (2010). *La violencia sexual como arma de guerra*. Disponible en: <http://escolapau.uab.es/img/qcp/violencia_sexual_guerra.pdf>. Madrid: Agencia Catalana de Cooperación al Desenvolupament .
- WINNICOTT, D. (1993). *Realidad y juego*. Buenos Aires: Gedisa.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Disponible en: <http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf>.
- ZAMUDIO CÁRDENAS, L. (1988). *Aborto y salud pública en Colombia*. Colombia: Profamilia.
- ZELAYA, Carmen Rosa y otros (2006). "La Depresión posparto: Del uso al abuso del objeto". En: *La maternidad y sus vicisitudes hoy*. Lima: Siklos.

