

**UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR**  
FACULTAD DE HUMANIDADES  
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**"IMPACTO PSICOLÓGICO EN LOS OFICIALES DE LA PROCURADURÍA DE LOS DERECHOS  
HUMANOS QUE RECIBEN DENUNCIAS DE VIOLENCIA SEXUAL."**

TESIS DE GRADO

**LAURA CRISTINA TOCA MONTEPEQUE**

CARNET 10661-11

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, ENERO DE 2016  
CAMPUS CENTRAL

**UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR**  
FACULTAD DE HUMANIDADES  
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**"IMPACTO PSICOLÓGICO EN LOS OFICIALES DE LA PROCURADURÍA DE LOS DERECHOS  
HUMANOS QUE RECIBEN DENUNCIAS DE VIOLENCIA SEXUAL."**

TESIS DE GRADO

TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE  
HUMANIDADES

POR

**LAURA CRISTINA TOCA MONTEPEQUE**

PREVIO A CONFERÍRSELE

EL TÍTULO DE PSICÓLOGA CLÍNICA EN EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, ENERO DE 2016  
CAMPUS CENTRAL

## **AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR**

RECTOR: P. EDUARDO VALDES BARRIA, S. J.  
VICERRECTORA ACADÉMICA: DRA. MARTA LUCRECIA MÉNDEZ GONZÁLEZ DE PENEDO  
VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN: ING. JOSÉ JUVENTINO GÁLVEZ RUANO  
VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: P. JULIO ENRIQUE MOREIRA CHAVARRÍA, S. J.  
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO: LIC. ARIEL RIVERA IRÍAS  
SECRETARIA GENERAL: LIC. FABIOLA DE LA LUZ PADILLA BELTRANENA DE LORENZANA

## **AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE HUMANIDADES**

DECANA: MGTR. MARIA HILDA CABALLEROS ALVARADO DE MAZARIEGOS  
VICEDECANO: MGTR. HOSY BENJAMER OROZCO  
SECRETARIA: MGTR. ROMELIA IRENE RUIZ GODOY  
DIRECTORA DE CARRERA: MGTR. GEORGINA MARIA MARISCAL CASTILLO DE JURADO

## **NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN**

LIC. ROSA MARIA RUIZ MORALES DE COBO

## **REVISOR QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN**

MGTR. MARIA HILDA CABALLEROS ALVARADO DE MAZARIEGOS

Guatemala, 24 de noviembre de 2015

SEÑORES  
CONSEJO DE FACULTAD  
FACULTAD DE HUMANIDADES  
UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR  
PRESENTE

Estimados señores Consejo de Facultad:

Por este medio me dirijo a ustedes para presentar a su consideración el trabajo de tesis de la estudiante **Laura Cristina Toca Montepeque** quien se identifica con carnet no. **10661-11**. El título es **"IMPACTO PSICOLÓGICO EN LOS OFICIALES DE LA PROCURADURÍA DE LOS DERECHOS HUMANOS QUE RECIBEN DENUNCIAS DE VIOLENCIA SEXUAL"**.

He asesorado y revisado el trabajo de la estudiante y considero que llena los requisitos que la Facultad y el Departamento de Psicología establecen en este tipo de investigación. Por lo que solicito se le dé trámite al proceso de revisión.

Atentamente,



Lcda. Rosa María Ruiz de Cobo



### Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Grado de la estudiante LAURA CRISTINA TOCA MONTEPEQUE, Carnet 10661-11 en la carrera LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA, del Campus Central, que consta en el Acta No. 05600-2016 de fecha 6 de enero de 2016, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

**"IMPACTO PSICOLÓGICO EN LOS OFICIALES DE LA PROCURADURÍA DE LOS DERECHOS HUMANOS QUE RECIBEN DENUNCIAS DE VIOLENCIA SEXUAL."**

Previo a conferírsele el título de PSICÓLOGA CLÍNICA en el grado académico de LICENCIADA.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 7 días del mes de enero del año 2016.



*Irene Ruiz Godoy.*  
\_\_\_\_\_  
MGTR. ROMELIA IRENE RUIZ GODOY, SECRETARIA  
HUMANIDADES  
Universidad Rafael Landívar

## AGRADECIMIENTOS

Primeramente agradezco a Dios, por darme el don de la empatía, la sabiduría para ayudar al prójimo y la oportunidad de entender lo inentendible sobre una carrera que se dedica al servicio de los demás.

A mis padres, Edgar Alfonso Toca Valladares y Laura Beatriz Montepeque Peralta de Toca, por ser mi ejemplo a seguir, los pilares de mi vida, la motivación para culminar mi carrera y formarme como una persona de bien y una profesional de éxito.

A mi hermano, Edgar Manuel Toca Montepeque, por siempre apoyarme en todo lo que he necesitado, por incentivar me a esforzarme pese a las dificultades y por enseñarme y darme el ejemplo de lo que significa una persona de éxito, tal como lo es él.

A mi novio, Juan Ramón Rodríguez Mancilla, por ser una de las personas más importantes en mi vida, por apoyarme en cada momento de desesperación, frustración y enojo, y por estar a mi lado durante la realización de mi tesis de graduación, motivándome e incentivándome a no darme por vencida.

A mi amiga, Ana Sofía de Souza, por creer en mí durante todo el proceso de la realización de la tesis de graduación, por no dejarme sola ni un momento y apoyarme en cada dificultad que se me presentó.

A la Licenciada Rosa María Ruiz de Cobo, por ser mi asesora de tesis, por compartirme sus conocimientos para desarrollar el presente trabajo de graduación y por creer y confiar en mí durante todo el proceso.

A la Mgtr. Hilda de Mazariegos, por su dedicación y tiempo en la revisión de la tesis de graduación.

A la facultad de Humanidades por brindarme las herramientas necesarias para la formación profesional.

A la Procuraduría de los Derechos Humanos por permitirme realizar mi trabajo de graduación dentro de la Institución y brindarme el apoyo necesario para la elaboración.

A todas las personas que estuvieron pendientes de mi proceso de formación durante los 5 años de carrera universitaria.

# ÍNDICE

<b>I. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>1</b>
1.1 VIOLENCIA .....	14
1.1.1 Violencia Sexual .....	15
1.1.2. Causas fundamentales de la violencia sexual .....	16
1.1.3 Consecuencias de la violencia sexual .....	19
1.2 ABUSO SEXUAL INFANTIL .....	21
1.2.1 Causas o factores de riesgo del abuso sexual infantil .....	22
1.2.2 Consecuencias del abuso sexual infantil .....	26
1.3 CICLO DE LA VIOLENCIA .....	29
1.4 VÍCTIMA .....	30
1.4.1 Perfil de la víctima .....	30
1.4.2 Tipología de víctimas .....	32
1.5 DERECHOS HUMANOS .....	33
1.5.1 Función del Procurador de los Derechos Humanos .....	33
1.5.2 Características de los Derechos Humanos .....	34
1.6. DENUNCIA .....	34
1.7. IMPACTO PSICOLÓGICO EN LOS PROFESIONALES QUE ATIENDEN CASOS DE VIOLENCIA .....	35
1.8 SÍNDROME DE BURNOUT .....	36
1.8.1 Agotamiento emocional y físico .....	37
1.8.2 Despersonalización .....	37
1.8.3 Realización personal .....	37
1.9 TRAUMATIZACIÓN VICARIA .....	38
1.9.1 Causas del Trastorno de Estrés Postraumático .....	41
1.9.2 Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático .....	41
1.9.3 Efectos del Trastorno de Estrés Postraumático .....	43
<b>II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....</b>	<b>45</b>
2.1. OBJETIVOS .....	46
2.1.2. Objetivo General .....	46
2.1.3. Objetivos Específicos .....	46
1.2. VARIABLES DE ESTUDIO .....	47
2.2.1 Impacto psicológico .....	47

2.3 DEFINICIÓN DE VARIABLES .....	47
2.3.1 Definición Conceptual .....	47
2.3.2 Definición Operacional .....	50
2.4 ALCANCES Y LIMITES.....	51
2.5 APORTE .....	51
<b>III. MÉTODO.....</b>	<b>52</b>
3.1. SUJETOS .....	52
3.2. INSTRUMENTO .....	54
3.2.1 Cuestionario MBI (Maslach Burnout Inventory) .....	54
3.2.2 Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático.....	55
3.3. PROCEDIMIENTO .....	56
3.4 TIPO DE INVESTIGACIÓN, DISEÑO Y METODOLOGÍA ESTADÍSTICA. ....	56
<b>IV. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS .....</b>	<b>58</b>
4.5. ANÁLISIS DE RESULTADOS .....	76
<b>V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....</b>	<b>78</b>
<b>VI. CONCLUSIONES .....</b>	<b>85</b>
<b>VII. RECOMENDACIONES .....</b>	<b>88</b>
<b>VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>90</b>
<b>IX. ANEXOS .....</b>	<b>102</b>

9.1. Carta de autorización

9.2. Ficha Técnica cuestionario de Burnout

9.3. Cuestionario de Maslach de Burnout Inventory

9.4. Ficha Técnica de la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático

9.5. Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático

## RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue determinar el impacto psicológico en los oficiales de la Procuraduría de los Derechos Humanos que reciben las denuncias de violencia sexual. Se trabajó bajo un enfoque cuantitativo, con diseño descriptivo. El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia, se seleccionaron 25 oficiales de ambos sexos y que oscilaron entre los 20 y 55 años de edad.

De acuerdo a los instrumentos utilizados, se aplicó el Cuestionario de Maslach Burnout Inventory elaborado por Cristina Maslach (1986), escala tipo Likert, conformado por 22 ítems de la cual se valoraron tres factores: subescala de Agotamiento Emocional formada por 9 ítems que buscan la disminución o pérdida de recursos emocionales, sentimientos de estar saturado y cansado emocionalmente por el trabajo, la subescala de Despersonalización formada por 5 ítems que exploran una respuesta fría e impersonal y falta de sentimientos e insensibilidad hacia los sujetos objeto de atención y la subescala de Realización Personal en el Trabajo compuesta por 8 ítems que evalúan los sentimientos de competencia y eficacia en el trabajo y la tendencia a catalogar el propio trabajo de forma negativa y vivencia de insuficiencia profesional.

Así mismo se empleó la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático, la cual es una escala de evaluación heteroaplicada que funciona a modo de entrevista estructurada y sirve para evaluar los síntomas y la intensidad del trastorno de estrés postraumático. Dicha escala posee un formato de tipo Likert y consta de 17 ítems, de los que 5 hacen referencia a los síntomas de reexperimentación, 7 a los de evitación y 5 a los de hiperactivación.

Se concluyó que los oficiales de la Procuraduría de los Derechos Humanos no presentan impacto psicológico por las denuncias de violencia sexual que atienden, ni Síndrome de Burnout. Sin embargo, si denotan síntomas pertenecientes a los indicadores de los instrumentos. Por lo que se evidenció que el 52% demuestra un nivel alto de agotamiento emocional, el 100% un nivel bajo de Despersonalización y el 80% un nivel alto de Realización Personal en el Trabajo. Por otro lado, el 12% que equivale a 3 de los sujetos evaluados presentan Estrés Postraumático, mientras que el 88% restante no lo

presentan. En cuanto a los indicadores de dicha escala, el 88% de la muestra presentó un nivel bajo de Reexperimentación y Evitación, y el 64% experimentó un nivel bajo de hiperactivación lo que corresponde a la mayoría de la muestra.

Se recomienda que la Institución brinde espacios para que los oficiales asistan a un proceso psicoterapéutico, con el fin de disminuir los síntomas presentados debido al exceso de denuncias de carácter sexual.

## I. INTRODUCCIÓN

La violencia sexual abarca una multiplicidad de modalidades. Son prácticas sexuales impuestas a través de la fuerza física o del uso de armas u otras formas de intimidación (amenazas, chantaje emocional, abuso de poder o de confianza) o el aprovechamiento de situaciones, en las cuales la persona no ha podido consentir libremente. Pueden ocurrir en el ámbito doméstico o en el ámbito público; el o los agresores pueden ser familiares, allegados o extraños. A veces se trata de episodios aislados y otras de situaciones reiteradas. La violencia sexual, incluye entre otras figuras, el abuso sexual, la explotación sexual, el acoso sexual, las violaciones incestuosas. A su vez todos estos conceptos deben ser incluidos dentro del concepto más amplio de violencia de género, que remite a “actos de fuerza o coerción, con una intención de perpetuar y promover relaciones jerárquicas de género” (Pérez, 2004, p. 4).

La violencia sexual es aquella por la que una persona obliga a otra a tener relaciones sexuales sin su consentimiento, también puede realizar acciones contra su voluntad como manoseo, forcejeo o algún acto sexual como sexo oral o anal. Esta violencia causa un impacto significativo en la vida de la víctima y de las personas que la rodean, provocando daños y recuerdos denigrantes permanentes que modifican la vida diaria, sentimientos y desarrollo de la persona agredida, esto conlleva muchas veces a la desintegración familiar, depresión o estrés, separación o divorcio, agotamiento mental y físico que en ocasiones la mayor consecuencia es el suicidio, entre otros. Existen múltiples causas que incitan o aumentan el interés por cometer actos que constituyan y sean catalogados como violencia sexual, como por ejemplo el abuso de autoridad, machismo, alcoholismo, drogadicción, coacción por parte de otras personas, trastornos psicológicos, problemas socioeconómicos, etc.

La violencia sexual es un problema social que plantea desafíos tanto a las instituciones de salud como a otras instituciones, y a la sociedad en su conjunto. Dada la complejidad que presenta la situación de la violencia sexual, se requieren servicios

integrales y de la complementariedad de los distintos sectores que tengan competencia y responsabilidad.

El sistema público puede responder a un objetivo prioritario: la atención médica y psico-social de las víctimas de violencia sexual. Este reconocimiento facilita el pedido de ayuda y pone al alcance de las víctimas un dispositivo público conocido, gratuito e incorporado a los hábitos de consulta de grandes sectores de la comunidad. La institución del Procurador de los Derechos Humanos es por consiguiente una de las muchas instituciones que cumplen con este servicio y es el oficial de denuncias el vínculo entre la víctima de la violencia y la institución.

Se destaca que en el registro del Centro Nacional de Análisis y Documentación Judicial 2012 (Guatemala) 25.9% de cada 100,000 habitantes denuncian un acto de violencia sexual. Los datos registrados corresponden a los casos ingresados en los órganos jurisdiccionales por delitos varios cometidos en contra de mujeres durante el año 2008. Estos delitos corresponden a violación, estupro mediante inexperiencia o confianza, estupro mediante engaño, contagio venéreo, violación calificada, abusos deshonestos (violentos y agravados), rapto, proxenetismo, trata de personas, exhibiciones obscenas, secuestro y corrupción de menores.

El objetivo general de la presente investigación será describir el impacto psicológico en los oficiales de la Procuraduría de los Derechos Humanos que reciben las denuncias de violencia sexual.

A continuación se establecen algunos antecedentes nacionales e internacionales relacionados al tema de abuso sexual:

Llamas (2011) realizó una investigación que tuvo como objetivo conocer cómo se manifestaba el síndrome de acomodación en mujeres que han sido víctimas de abuso sexual en la infancia y asisten a psicoterapia al Centro Landivariano de Práctica y Servicios Psicológicos. Por ello, las participantes del estudio fueron escogidas a través del muestreo

no probabilístico llamado caso-tipo y por parte de la referencia de las terapeutas. Para la cual se utilizó una entrevista semiestructurada individual que fue diseñada por la investigadora, validada por tres expertos en el tema y constó de cincuenta preguntas abiertas con el fin de conocer cómo se manifestaba el síndrome de acomodación en las mujeres víctimas de abuso sexual. Según los resultados de la investigación se concluyó que todas las mujeres víctimas de abuso sexual en la infancia, mantuvieron el secreto por un tiempo. Lo hicieron por vergüenza, culpa y miedo a las amenazas verbales y de muerte hacia la víctima o algún familiar. Varias de los sujetos se sintieron desprotegidas antes y después que comunicaron sobre el abuso. No recibieron apoyo, tampoco se les creyó. Por el contrario, otras se sintieron comprendidas y apoyadas. Algunas recurrieron intento de suicidio al sentirse vulnerables y no poder detener el abuso. Otras buscaron unirse a una pareja o bien utilizaron algún distractor como medio de sobrevivencia. En la mayoría de los sujetos el abuso sexual generó sentimientos de miedo, odio, rencor y asco. Así mismo, la revelación del abuso se dio después de varios años. Ésta fue conflictiva en algunos de los casos, ya que al ser escuchadas dudaron de lo sucedido. Ante esta situación, algunas tuvieron ideas de negación del abuso. Esta experiencia marcó la vida de las víctimas, teniendo que afrontar dificultades a nivel sexual, inseguridad en sí misma y desconfianza en los otros. Por su parte, varias consideraron que es necesaria la ayuda psicológica. Por lo que se recomendó continuar con el proceso terapéutico, no tener miedo de hablar y romper con el círculo del silencio y no sentirse culpables del abuso padecido, ya que la responsabilidad de evitar toda actividad sexual con un menor recae en el adulto únicamente.

La violencia sexual es uno de los principales abusos que sufren muchos individuos que oscilan entre diferentes edades sin conocimiento alguno sobre la prevención del mismo.

Ralón (2007) en su investigación empleó la metodología cualitativa, con el fin de establecer las secuelas psicológicas en la vida de una mujer víctima de incesto en la infancia y violación en su vida adulta. La muestra con la que se realizó el estudio fue con una mujer de treinta y tres años de edad, que se encontraba en proceso psicoterapéutico, que es madre soltera y realizó estudios a nivel diversificado. Los instrumentos que se utilizaron para recabar dicha información fueron los siguientes: la entrevista semi-

estructurada profunda, la Escala de Likert elaborada por la investigadora de acuerdo a los indicadores planteados por Batres (1999) para resaltar las secuelas psicológicas, resultados de pruebas proyectivas menores, Escala de Depresión de Beck y el Extracto del Informe Clínico. Concluyendo que si existen secuelas psicológicas en una mujer víctima de incesto en la infancia y abuso sexual en la vida adulta, las cuales influyen en el desarrollo de su vida personal y familiar. En donde las principales secuelas manifestadas son: sentimientos de culpa, deseo de venganza, dificultad en el control del temperamento, relaciones conflictivas con sus padres e hijo, desconfianza para iniciar relaciones en pareja, baja autoestima y el mantener lo sucedido en secreto por temor a ser juzgada o rechazada. Por dichas razones, el estudio fue dirigido específicamente a profesionales de la Psicología, y en general a especialistas de la salud, con el fin de que se capaciten en el tratamiento ante agresiones de tipo sexual, para adquirir las herramientas y conocimientos necesarios, que les permitan brindar un acompañamiento que posibilite el traslado de la víctima, a convertirse en una sobreviviente de incesto y abuso sexual.

Por otro lado, Martínez (2012) en su estudio planteó como objetivo la identificación y determinación acerca de la prevalencia del Síndrome de Burnout y los niveles alto, intermedio y bajo de cansancio emocional, despersonalización y realización personal que presentan los médicos residentes de tercer año de las especialidades de medicina interna, gineco-obstetricia, pediatría y traumatología del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala durante el 2011. El instrumento utilizado fue el cuestionario de medición MBI- Maslach Burnout Inventory. Por lo que los resultados obtenidos demostraron que no existe prevalencia del síndrome de burnout en la población estudiada. Sin embargo, con respecto a los indicadores, el 15% se ubica en un nivel alto de cansancio emocional, el 20% en un nivel alto de despersonalización y el 30% en un nivel intermedio de realización personal, siendo en su mayoría sujetos de género femenino. Por lo que se recomendó implementar en hospitales del estado y privados, métodos para informar al personal médico sobre el Síndrome de Burnout, para así favorecer la prevención y/o tratamiento de los síntomas del mismo.

En relación al impacto psicológico que sufren los trabajadores de poblaciones en riesgo se contemplan los siguientes estudios a nivel nacional:

Parrilla (2013) en su trabajo de investigación utilizó una metodología mixta caracterizada por utilizar métodos cualitativos y cuantitativos, con el objetivo de establecer la existencia del Síndrome de Burnout en el personal de enfermería del Hospital Dr. Rodolfo Robles Valverde. Por ello se contó con la participación de 36 enfermeras del sexo femenino, con edades entre 30 y 70 años egresadas de la Escuela Nacional de Enfermería que laboran en el Hospital Rodolfo Robles Valverde. Se utilizaron dos instrumentos Para los datos cuantitativos se eligió el Maslach Burnout Inventory (MBI) de Cristina Maslach realizado en 1981. La versión en español fue realizada por Nicolás Seisdedos en 1997. El cuestionario está formado por 22 enunciados que expresan los sentimientos y pensamientos del sujeto en relación al trabajo. La escala evaluó los síntomas del Burnout a través de tres subescalas: agotamiento emocional, despersonalización y realización laboral. El análisis que se realizó fue descriptivo. Para los datos cualitativos se utilizaron las subescalas como indicadores y se elaboró una entrevista semi- estructurada de 36 ítems que se aplicó a una muestra de 8 enfermeras. Los datos se transcribieron y se presentaron en forma de matrices descriptivas y mapas conceptuales. Por lo que los resultados evidenciaron que sólo el 3% de esta población padecen el Síndrome. El 97% de la muestra evidenció estar por encima del percentil medio alto haciendo referencia a la realización personal lo que indica que no presentan el Síndrome. Mientras que los resultados cualitativos indicaron la presencia de algunos síntomas y características del síndrome, en los indicadores que se relacionaron al agotamiento emocional y despersonalización. Sin embargo, la satisfacción profesional no se manifestó afectada ya que las enfermeras se apoyan en sus creencias religiosas y sus necesidades económicas para mantenerse positivas y no experimentar síntomas graves del Síndrome de Burnout. Se pudo concluir que no existe evidencia estadística para realizar un diagnóstico general sobre el Síndrome de Burnout, aunque se pudo observar la presencia de síntomas y características que hacen referencia a los indicadores: agotamiento emocional y despersonalización en las sujetos de estudio.

García (2015) en su estudio utilizó una metodología descriptiva, con el fin de identificar características resilientes en los oficiales que atienden denuncias dentro de la Procuraduría de los Derechos Humanos de Guatemala. La muestra estuvo conformada por 16 sujetos. Trece de ellos pertenecía al sexo femenino, mientras que tres al sexo masculino. La edad de los participantes osciló entre los 22 y 53 años de edad. El instrumento utilizado fue la Escala de Resiliencia de los autores Wagnild y Young (1993); la cual posee una versión adaptada a la población latinoamericana. Se encuentra dirigida para población adolescente y adulta. Con una duración de aplicación de 25 a 30 minutos aproximadamente. La escala evalúa las siguientes dimensiones de la resiliencia: ecuanimidad, sentirse bien solo, confianza en sí mismo, perseverancia y satisfacción. Se encuentra conformada de 25 ítems, los cuales puntúan en una escala tipo Likert de 7 puntos. Los sujetos indicaron el grado de conformidad con el ítem, ya que todos los ítems son calificados positivamente; los puntajes más altos fueron los indicadores de mayor resiliencia y este puntaje varió entre 25 y 175 puntos. Por lo que se concluyó que la prevalencia de resiliencia en los sujetos fue del 100%. La característica resiliente predominante en la muestra estudiada fue la de satisfacción personal. Es descrita por los autores, Wagnild y Young (2002), como la comprensión y contribución ante la vida. La característica de ecuanimidad o capacidad de afrontar distintas problemáticas, fue la que menor prevalencia mostró en la muestra estudiada.

Humes (2013) en su trabajo de investigación utilizó una metodología cualitativa con diseño fenomenológico, con el objetivo de determinar las consecuencias psicológicas que surgen de las diligencias de levantamiento de cadáver y documentación de la escena del crimen que sufren los auxiliares fiscales del Ministerio Público de Chimaltenango, Guatemala. La muestra fue seleccionada por muestreo no probabilístico conformada por ocho sujetos, cinco hombres y tres mujeres, quienes desempeñan el cargo de auxiliar fiscal en la fiscalía distrital de Chimaltenango. El instrumento utilizado fue una entrevista semiestructurada de 22 preguntas, elaborada por la investigadora y validado por profesionales del área. Por lo que se concluyó que las consecuencias que con mayor incidencia sufren los auxiliares fiscales en el ejercicio de sus funciones se encuentran; los trastornos de sueño en donde los sujetos refieren el insomnio como el principal

padecimiento. Todos los sujetos reflejan algunas manifestaciones de estrés laboral, cuando describen las características del trabajo que deben realizar. En cuanto a las manifestaciones de ansiedad están: en el nivel cognitivo; la preocupación, la tensión, problemas de concentración y atención. Dentro del nivel fisiológico prevalece: la tensión en la expresión facial, así como, las sensaciones y afecciones gástricas. En cuanto a las características de la depresión, la mayor parte de los sujetos entrevistados se identifican con un menor interés o placer por la mayoría de actividades cotidianas. Así mismo, se pudo conocer que sufren una pérdida de la sensibilidad ante la exposición frecuente a cadáveres. También se encontró que presentan temor a recibir amenazas por parte de sujetos involucrados en algún caso. Por lo que se recomendó realizar un proyecto en el que se incluya el servicio de ayuda psicológica a los empleados de la institución, para prevención y mantenimiento de la higiene mental, ya que a diario se encuentran expuestos a situaciones que pueden afectar su salud en general.

Sánchez (2007) en su tesis utilizó una metodología descriptiva, la cual se trabajó con un estudio de caso con el objetivo de determinar si la terapia cognitiva disminuye los síntomas del Trastorno por Estrés Postraumático que presenta una mujer por haber presenciado cuando su padre asesinó a su madre. El instrumento utilizado fue la escala CAPS-DX, en la cual se obtuvo un puntaje de 219, la cual indicó síntomas extremos de Trastorno por Estrés Postraumático. Así mismo, se analizó el estado psicoemocional de la paciente y los síntomas que presentó fueron hipervigilancia, desesperanza, recuerdos del acontecimiento recurrentes, en los que se incluyen imágenes y percepciones, sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, episodios disociativos de flashback, temor al ver sangre y armas de fuego, evitación de lugares que motiven recuerdos del trauma, restricción de la vida afectiva, dificultades para conciliar el sueño, ataques de irritabilidad. Posterior a ello se aplicó la terapia cognitiva durante 10 sesiones estructuradas en las cuales se realizó distintas actividades. Tras dicho proceso, se observó que los síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático disminuyeron, en la escala de CAPS-DX obtuvo 18 puntos, la cual indicó que no presentaba síntomas del trastorno, la sujeto logró perdonar a su padre, las ideas de menosprecio y de culpabilidad del asesinato hacia ella misma fueron descartadas y la interacción con su entorno mejoró. Respecto a su estado inicial, la paciente

logró mejorar su manera de percibir las situaciones tanto en su entorno laboral como académico y social.

Así mismo, se han realizado estudios internacionales en donde el estrés postraumático es uno de los principales precursores del deterioro de la vida de un ser humano, generando enfermedades, trastornos, problemas emocionales o psicológicos y dificultades en el desenvolvimiento social, laboral y familiar, debido a múltiples acontecimientos como la violencia, casos de alto impacto, entre otros.

Es por eso que los autores Guerra, Fuenzalida y Hernández (2009) en la Universidad del Mar, Chile, realizaron un estudio con el objetivo de aumentar la frecuencia de emisión de conductas de autocuidado y disminuir los niveles de estrés postraumático secundario en los psicólogos. En donde los instrumentos utilizados fueron a) un cuestionario de variables sociodemográficas; b) una escala de conductas de autocuidado para psicólogos clínicos y c) una escala de estrés postraumático secundario. Por lo que los resultados indicaron que, después de 5 sesiones que duró el taller, los psicólogos que participaron en el taller aumentaron significativamente sus conductas de autocuidado y disminuyeron significativamente sus niveles de desgaste. En cambio, los psicólogos que no participaron en el taller no variaron en la frecuencia del autocuidado y aumentaron el estrés traumático secundario. Por lo que se concluyó que el taller fue efectivo y se constituyó como una alternativa para prevenir y tratar el desgaste laboral en psicólogos clínicos.

Meda, Moreno, Palomera, Arias y Vargas (2012) realizaron una investigación que tuvo como objetivo evaluar diferentes elementos del proceso del trauma secundario: antecedentes organizacionales y ocupacionales, variables de personalidad, síndrome traumático secundario y consecuencias, en dicho estudio se utilizó una metodología descriptiva. La muestra fue de 427 sujetos pertenecientes a dos muestras diferentes, 204 pertenecientes a profesionales de emergencias médicas de la Cruz Verde y 223 bomberos de los municipios de Guadalajara, Tlajomulco y Tlaquepaque, en Jalisco, México. Se utilizó el Cuestionario de Estrés Postraumático Secundario, la Escala de trauma secundario, una Escala de antecedentes y Variables de personalidad. Por lo que los resultados

descriptivos mostraron que los paramédicos percibieron con mayor presión social y mayor nivel de comprensibilidad, los bomberos con mayor percepción de sobrecarga laboral, mayor nivel de empatía y consecuencias sociales. Las mujeres se percibieron con mayor presión social en el trabajo y los hombres con mayor sobrecarga laboral y sentido del humor.

Ochoa, Arteaga, Contreras y Orozco (2010) realizaron una investigación con el objetivo de estandarizar algunas definiciones operativas y determinar la prevalencia de los principales factores psicosociales, demográficos y situacionales en víctimas denunciadas de violencia sexual, con y sin diagnóstico de trastorno por estrés posttraumático, para ello utilizaron una metodología descriptiva. La muestra fue conformada por 175 víctimas de abuso sexual que acuden al peritaje a la región Nororiente Instituto Nacional de Medicina Legal y ciencias forenses en Bucaramanga, entrevistados por psiquiatría forense durante un año. La información se obtuvo a través de una entrevista semiestructurada. Las variables fueron recolectadas a partir de los informes periciales de violencia sexual, en un formulario anónimo para proteger la confidencialidad de las víctimas. Por lo que se concluyó que la mayoría de denunciadas eran mujeres entre los 5 y 14 años. El 79% de los casos provenían del estrato 1 y 2, siendo el estrato uno los sujetos pertenecientes a un nivel socioeconómico bajo y el estrato dos a las personas de género femenino que oscilan entre los 10 años. Solo la tercera parte fueron denunciadas desde el primer episodio. El 88% eran menores de edad. El 95% de los abusadores eran conocidos o parientes. Aproximadamente la mitad de los abusos incluyeron penetración del órgano masculino y dos de cada cinco víctimas presentaron Trastorno por Estrés Posttraumático. Por lo que el abuso sexual en dicha población es denunciado principalmente en niñas y adolescentes, generalmente es de agresor único, y en congruencia con otros estudios, suele ser crónico y con secuelas psíquicas en más de un tercio de las víctimas. El agresor generalmente es un conocido, o un familiar, y rara vez, un desconocido.

Moreno, Barreto, Sanabria, González y Pinzón (2013) en su artículo “Evaluación de la atención a víctimas de violencia sexual: experiencia en tres hospitales de Bogotá”,

utilizaron la metodología multimétodo para la evaluación (estructura, procesos, resultados) y la identificación de dimensiones de conocimiento y actitudinal de los profesionales de la salud. El muestreo fue intencionado, en donde se seleccionaron tres hospitales en convenio con la Facultad de Medicina de la Universidad Militar Nueva Granada, UMNG, los cuales se les realizó la visita a las instalaciones, la entrevista a los líderes de la red del Buen Trato y la revisión de veintitrés historias clínicas con diagnósticos relacionados con la violencia sexual. Al interior de los hospitales participaron cuarenta y cinco profesionales de la salud, quienes dieron respuesta al cuestionario de actitudes y conocimientos con respecto a la violencia sexual y la atención en salud. Los instrumentos utilizados fueron listas de chequeo teniendo como referentes los requerimientos específicos de los lineamientos del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, la Secretaría Distrital de Salud, y los referentes de la Federación Internacional de Planificación Familiar. Con base en las investigaciones realizadas por Briere y Cols, que retoman los estudios de Burt y Cols. Y el cuestionario sobre las percepciones acerca del género diseñado por el grupo de investigación de salud y comportamiento en el año 2009 que se encuentra en literatura gris. Se construyó del instrumento de conocimientos (acerca de la problemática y de su adecuada atención) y actitudes (género, condiciones de la atención y capacidades de los profesionales) del personal médico y paramédico; utilizando una escala tipo Likert. Tanto para las listas de chequeo como para los instrumentos se realizó prueba piloto. Por lo que se identificaron limitaciones en los insumos, espacio físico y recurso humano; en los procesos, por el no reconocimiento de la actividad como institucional y según los resultados, demostraron vacíos en los diagnósticos, registros y la orientación interdisciplinaria de los casos.

Mariscal y Gutiérrez (2003) realizaron un estudio con el objetivo de describir factores de riesgo del abuso sexual infantil, con el fin de desarrollar un programa integral de prevención del maltrato infantil por abuso sexual; destinado a los niños y niñas de 4 a 5 años que asisten a una Guardería Municipal de La Paz, utilizaron una metodología cualitativa en donde el universo estuvo constituido por 101 estudiantes de la sede del municipio Cotorro. La muestra fue elegida por distintas fases, En la primera fase de la investigación, los participantes fueron denunciantes y víctimas de maltrato físico y/o abuso

sexual infantil en el ámbito familiar. En la tercera fase de la investigación se trabajó, en una Guardería Municipal, con 18 niñas y niños de cuatro a cinco años (edad elegida debido al incremento de riesgo de abuso sexual en edades cada vez menores); 20 padres y madres de estos niños y niñas y las educadoras de la Guardería Municipal. Dicho estudio tuvo como objetivo proponer un programa integral de prevención del abuso sexual infantil dirigido a niños y niñas de cuatro a cinco años, sus padres y educadoras. Los instrumentos utilizados fueron la encuesta de datos generales aplicada a los denunciante familiares de la víctima, para obtener datos sociodemográficos de su familia, la entrevista semi-estructurada dirigida a los miembros de la familia presentes en el momento de la denuncia. Consta de preguntas abiertas pasando a tener cada vez más estructuración y una batería de inventarios para determinar la posibilidad de abuso de los niños y adecuar el programa de prevención. Siendo estas: El Inventario del Potencial de Maltrato Infantil (Child Abuse Potential Inventory C.A.P., Milner, 1980 citado en de Paúl, 1988) está compuesto por 95 preguntas cerradas. Mide las actitudes e intereses de los padres con respecto a sus hijos y toma en cuenta aspectos como la impulsividad, sentimientos de impotencia y frustración. Es aplicado tanto a padres como a maestras. La entrevista de Historia de Maternidad (Maternal History Interview de Altemeier & Cols citados en de Paúl, 1988): entrevista semiestructurada que hace referencia a la historia personal de la madre. La escala de soporte social (de Paúl, 1988) está elaborada con base en 19 preguntas cerradas sobre relaciones y soporte social de los padres y la escala de ajuste marital (de Paúl, 1988) consta de 24 preguntas cerradas sobre el grado de ajuste marital existente entre los padres. Por lo que a partir de los resultados obtenidos, se pone énfasis en la propiedad del cuerpo y las “partes privadas”, identificación y aceptación de las propias sensaciones (agradables o desagradables), identificación de caricias positivas y negativas, situaciones de riesgo y conductas “aviso”, abuso sexual y posibles abusadores, secretos y amenazas, fuentes de ayuda, estrategias de acción frente a posibles situaciones de abuso y otros.

Con base en los estudios expuestos anteriormente tanto a nivel nacional como internacional, se concluye que la violencia sexual es uno de los principales problemas que atraviesa el ser humano generando consecuencias significativas en la vida de la víctima siendo estas: daños psicológicos, físicos o emocionales, dificultando la adaptación y

desarrollo de los individuos en los diversos ámbitos en los que se desenvuelven. El estar expuesto a las víctimas que sufren estas consecuencias psicológicas genera en el oficial que recibe la denuncia un desgaste emocional, una traumatización vicaria, Síndrome de Burnout, cansancio físico, etc.

En el presente apartado se expone una revisión teórica de los principales temas que trata esta investigación:

## **1.1 Violencia**

La violencia es una acción ejercida por una o varias personas en donde se somete que de manera intencional al maltrato, presión sufrimiento, manipulación u otra acción que atente contra la integridad tanto físico como psicológica y moral de cualquier persona o grupo de personas. (González, Pineda, González, Serpa, & Callejas, 2014).

Según Barrios (2014) la violencia es un abuso de autoridad en donde alguien cree tener poder sobre otro. En la mayoría de ocasiones, se da para ejercer el control en relaciones de hombre sobre la mujer o el padre sobre el hijo. Hace sentir a las personas que son incapaces de ser realmente ellas mismas y poder realizarse como seres humanos. A la vez, es una violación de los derechos humanos y las libertades.

Por lo tanto, Ortega, 2007, como se cita en García (2014) define la violencia como un comportamiento deliberado que resulta o puede resultar en daños físicos o Psicológicos a otros seres humanos otros animales o cosas vandalismo y se lo asocia, aunque no necesariamente, con la agresión, ya que también puede ser psicológica o emocional a través de amenazas u ofensas físicas y verbales. Así mismo, se trata de la acción de utilizar la fuerza y la intimidación para alcanzar un propósito.

Así mismo, Palacios (2013) detalla que la violencia es el tipo de interacción humana que se manifiesta en aquellas conductas o situaciones que, de forma deliberada, provocan, o

amenazan con hacerlo, un daño o sometimiento grave (físico o psicológico) a un individuo o una colectividad.

De acuerdo con el artículo 173 del Código Penal (2013) la violencia como quien, con violencia física o psicológica, tenga acceso carnal vía vaginal, anal o bucal con otra persona, o le introduzca cualquier parte del cuerpo u objetos por cualquiera de las vías señaladas, u obligue a otra persona a introducirselos a sí misma, será sancionado con pena de prisión de ocho a doce años. (p. 83).

Por último, según el Observatorio Argentino de Violencia en las Escuelas (2009) expone que Herittier define violencia como toda restricción de naturaleza física o psíquica susceptible de conllevar el terror, el desplazamiento, la infelicidad, el sufrimiento o la muerte de un ser animado; todo acto de intrusión que tiene por efecto voluntario o involuntario la disposición de otro, el daño o destrucción de objetos inanimados.

### **1.1.1 Violencia Sexual**

De acuerdo con la organización Profamilia (s.f.) define la violencia sexual como, cuando se habla de violencia sexual, no sólo se hace referencia a la violación llamada también acceso carnal violento. En la violencia sexual están presentes todas las relaciones o actos sexuales no consentidos por la persona sea hombre o mujer, es decir, que se hacen utilizando la fuerza, la coacción física o psicológica; o aprovechándose de las condiciones de indefensión, desigualdad y poder entre víctima y agresor.

Así mismo, la organización Panamericana de la Salud (2013) explica que la violencia sexual abarca actos que van desde el acoso verbal a la penetración forzada y una variedad de tipos de coacción, desde la presión social y la intimidación a la fuerza física.

De acuerdo con Ronzón (s.f.) la violencia sexual se manifiesta con actos agresivos que mediante el uso de la fuerza física, psíquica o moral reducen a una persona a condiciones de inferioridad para imponer una conducta sexual en contra de su voluntad.

Este es un acto que busca fundamentalmente someter el cuerpo y la voluntad de las personas.

En el artículo titulado comprender y abordar la violencia contra las mujeres descrito en la página de la Organización mundial de la salud, OMS (2013), define 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

El artículo 173 Bis, del Código Penal (2013) explica que la agresión sexual es quien con violencia física o psicológica realice actos con fines sexuales o eróticos a otra persona, al agresor o a sí misma, siempre que no constituya un delito de violación, será sancionado con prisión de cinco a ocho años. (p. 84)

En el artículo 3 de la ley contra el femicidio y otras formas de violencia contra la mujer del Código Penal (2013) define la violencia sexual como las acciones de violencia física o psicológica cuya finalidad es vulnerar la libertad e indemnidad sexual de la mujer, incluyendo la humillación sexual, la prostitución forzada y la denegación del derecho a hacer uso de métodos de planificación familiar, tanto naturales como artificiales, o a adoptar medidas de protección contra enfermedades de transmisión sexual. (p. 283).

### **1.1.2. Causas fundamentales de la violencia sexual**

Según la Organización Mundial de la Salud, OMS (2013) explica lo siguiente:

Los factores individuales y relacionales son los que aumentan el riesgo de que los hombres cometan actos de violencia sexual es relativamente reciente y se refiere predominantemente a hombres que fueron aprehendidos, en particular por haber cometido

una violación. Entre los factores que han sido señalados en múltiples estudios de ese tipo se cuentan los siguientes:

- Pertenencia a una pandilla.
- Consumo perjudicial o ilícito de alcohol o drogas.
- Personalidad antisocial.
- Exposición en la niñez a la violencia entre los padres.
- Antecedentes de abuso físico o sexual en la niñez.
- Escasa educación.
- Aceptación de la violencia (por ejemplo, creer que sea aceptable golpear a la esposa o la novia).
- Múltiples parejas o infidelidad.
- Opiniones favorables a la inequidad de género.

Los factores comunitarios y sociales desde una perspectiva de salud pública, los factores comunitarios y sociales pueden ser los más importantes para identificar formas de prevenir la violencia sexual antes de que se produzca, ya que la sociedad y la cultura pueden apoyar y perpetuar creencias que aprueban la violencia. Los factores vinculados con tasas más elevadas de violencia sexual perpetrada por hombres incluyen los siguientes:

- Normas tradicionales y sociales favorables a la superioridad masculina (por ejemplo, considerar que las relaciones sexuales sean un derecho del hombre en el matrimonio, que las mujeres y las niñas sean responsables de mantener bajo control los deseos sexuales de los hombres o que la violación sea un signo de masculinidad).
- Sanciones jurídicas y comunitarias poco rigurosas contra la violencia.

Así mismo, la Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (2009) detalla diversos factores a nivel individual de relaciones, de comunidad y de la sociedad (incluyendo los niveles institucionales/estatales) para evitar el aumento de riesgo de que mujeres y niñas sufran violencia. Estos factores, representados en el modelo ecológico son:

- Atestiguar o experimentar abuso desde la infancia (lo que está asociado a que en el futuro los niños sean perpetradores de violencia mientras las niñas experimenten violencia contra ellas).
- Abuso de sustancias (incluyendo alcohol), asociado a una mayor incidencia de la violencia.
- Pertenencia de las mujeres a grupos marginados o excluidos.
- Limitadas oportunidades económicas (factor agravante para la existencia de hombres desempleados o subempleados, asociado con la perpetuación de la violencia; y es un factor de riesgo para mujeres y niñas, de abuso doméstico, matrimonios forzados, matrimonios precoces, la explotación sexual y trata).
- La presencia de disparidades económicas, educativas y laborales entre hombres y mujeres al interior de una relación íntima.
- Conflicto y tensión dentro de una relación íntima de pareja o de matrimonio.
- El acceso inseguro de las mujeres al control de derechos de propiedad y de tierras.
- Control masculino en la toma de decisiones y respecto a los bienes.
- Actitudes y prácticas que refuerzan la subordinación femenina y toleran la violencia masculina (por ejemplo, la dote, pagos por la novia, matrimonio precoz).
- Falta de espacios para mujeres y niñas, espacios físicos o virtuales de encuentro que permitan su libre expresión y comunicación; un lugar para desarrollar amistades y redes sociales, vincularse a asesores y buscar consejos en un ambiente de apoyo.

- Uso generalizado de la violencia dentro de la familia o la sociedad para enfrentar los conflictos.
- Un limitado marco legislativo y de políticas para prevenir y hacer frente ante la violencia.
- Falta de sanción (impunidad) para perpetradores de la violencia.

### 1.1.3 Consecuencias de la violencia sexual

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, OMS, (2013) indica que los supervivientes masculinos y femeninos de violencia sexual pueden sufrir consecuencias conductuales, sociales y de salud mental similares. No obstante, las niñas y las mujeres soportan la carga más abrumadora de traumatismos y enfermedades resultantes de la violencia y la coacción sexuales, no solo porque constituyen la gran mayoría de las víctimas sino también porque son vulnerables a consecuencias para la salud sexual y reproductiva, como embarazos no deseados, abortos inseguros y un riesgo mayor de contraer infecciones de transmisión sexual, inclusive la infección por el VIH, durante el coito vaginal.

En el siguiente cuadro se detallan algunas consecuencias que se producen debido a la violencia y coacción sexual:

<p><b>Salud reproductiva</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Traumatismo Ginecológico</li> <li>- Embarazo no planeado</li> <li>- Aborto inseguro</li> <li>- Disfunción sexual</li> <li>- Infecciones de transmisión sexual (ITS), incluida la infección por el VIH</li> <li>- Fístula Traumática</li> </ul>
----------------------------------	---

<p><b>Salud Mental</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Depresión</li> <li>- Trastorno por estrés postraumático</li> <li>- Ansiedad</li> <li>- Dificultades del sueño</li> <li>- Síntomas somáticos</li> <li>- Comportamiento suicida</li> <li>- Trastorno de pánico</li> </ul>
<p><b>Conductuales</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comportamiento de alto riesgo (por ejemplo, relaciones sexuales sin protección, iniciación sexual consensual temprana, múltiples compañeros íntimos, abuso de alcohol y otras drogas).</li> <li>- Riesgo mayor de perpetrar (los hombres) o de sufrir (las mujeres) violencia sexual posterior.</li> </ul>
<p><b>Resultados Mortales</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Muerte por:</li> <li>- Suicidio</li> <li>- Complicaciones del embarazo</li> <li>- Aborto inseguro</li> <li>- Sida</li> <li>- Asesinato durante la violación o en defensa de honor</li> <li>- Infanticidio de un niño nacido como resultado de una violación.</li> </ul>

Fuente: Organización Mundial de la salud (2013).

Calvente (s.f) expresa que los efectos o consecuencias a largo plazo del abuso sexual dependen de la intensidad y duración, de la edad de la víctima y solidez de su estructura psíquica, del valor asignado al agresor. También de otros sucesos importantes que le hayan podido fortalecer o debilitar posteriormente. No siempre hay secuelas importantes, pero un porcentaje elevado presenta dificultades que afectan al conjunto de la persona. Se pueden esquematizar en estas áreas: psicológica, sexual, psicosomática, social y escala de valores.

- **Psicológicas:** El Yo en su conjunto, queda amenazado; por eso hay fragilidad con acentuada inestabilidad emocional; depresión, autolesiones, incluso intento de suicidio; ansiedad y tensión elevadas; confusión en su identidad sexual; dificultad para integrar su desarrollo y su corporalidad. Confusión. Destaca un fuerte sentimiento de vergüenza, culpa, suciedad.
- **Sexual:** Desarrollada de forma traumática o violentada. La sexualidad no está bien integrada, con oscilaciones entre una fuerte erotización y un fuerte rechazo e inhibición, anorgasmia, impotencia; negación o promiscuidad.
- **Psicosomática:** El cuerpo en su conjunto está especialmente dolido y no puede digerir. Aparecen dolores crónicos generales, hipocondría, alteraciones gastrointestinales, en la alimentación (anorexia-bulimia). Insomnio, pesadillas, dificultad en la atención, memoria y concentración.
- **Sociales:** Aparece una fuerte desconfianza, con repliegue, aislamiento, incomunicación. Hostilidad hacia el sexo agresor; relaciones teñidas de vergüenza, culpabilidad, drogas o prostitución.
- **Escala de valores:** Al romperse los tabúes y principios más sólidos, los religiosos y morales, la víctima suele perder dichos valores y adopta una actitud asocial, o actuar de forma provocadora que conlleva riesgo.

## 1.2 Abuso sexual infantil

El comité de Derechos del niño como lo citan López y Rodríguez (2012) detallan el abuso sexual como toda actividad sexual impuesta por un adulto a un niño contra la que este tiene derecho a la protección del derecho penal. También se consideran abuso las actividades sexuales impuestas por un niño a otro si el primero es considerablemente mayor que la víctima o utiliza la fuerza, amenazas y otros medios de presión. Las actividades

sexuales entre niños no se consideran abuso sexual cuando los niños superan el límite de edad establecido por el Estado parte para las relaciones consentidas.

Así mismo, el Consejo de Europa, en el Convenio de Lanzarote, como lo citan Orjuela y Rodríguez (2012) señala que el abuso sexual infantil es “realizar actividades sexuales con un niño que de conformidad con las disposiciones aplicables del derecho nacional, no haya alcanzado la edad legal para realizar dichas actividades a) recurriendo a la coacción, la fuerza o la amenaza; b) abusando de una posición reconocida de confianza, autoridad o influencia sobre el niño, incluso en el seno de la familia; y/o c) abusando de una situación de especial vulnerabilidad del niño, en particular debido a una discapacidad psíquica o mental o una situación de dependencia”.

La American Academy of Pediatrics (s.f) explica que el abuso sexual es cuando un adulto obliga a un niño a tener contacto sexual. El abusador puede usar fuerza física, soborno, intimidación, trucos o aprovechar la falta de conocimiento del niño. Cualquiera de los siguientes actos de un adulto o un niño mayor se consideran abusos sexuales:

- Acariciar los genitales de un niño
- Convencer a un niño que le acaricie los genitales
- El contacto con los genitales de un niño con la boca
- Tocar al niño con los genitales
- Penetrar la vagina o el ano de un niño
- Enseñarle los genitales a un niño
- Enseñarle pornografía a un niño
- Utilizar a un niño como modelo para hacer la pornografía

### **1.2.1 Causas o factores de riesgo del abuso sexual infantil**

De acuerdo con Horno, Santos y Molino (2001) definen los factores de protección y riesgo según su ámbito de influencia, no sobre su capacidad de protección del niño o niña. Siendo estos:

## **1. Individuales**

- Factores parentales:
  - Historia de malos tratos o abandono. En concreto, tener una madre con historia de abuso sexual infantil.
  - Rechazo emocional en la infancia.
  - Carencia de vinculación afectiva en la infancia o de cuidado.
  - Ignorancia sobre las características del desarrollo evolutivo y sexual del niño y sus necesidades.
  - Historia de ruptura familiar.
  - Bajo nivel de inteligencia.
  - Pobre autoestima.
  - Falta de capacidad empática.
  - Pobres habilidades sociales.
  - Poca tolerancia al estrés.
  - Problemas psicológicos.
  - Madre enferma, discapacitada o ausente del hogar.
  - Por ejemplo, una madre que trabaje fuera del hogar por la noche.
  
- Factores relacionados con las características del niño:
  - Introverso.
  - Aislado socialmente.
  - Problemas de conducta.
  - Temperamento difícil.
  - Discapacidad física o psíquica.

## **2. Familiares**

- Relación padres-hijos:
  - Desadaptada.
  - Ciclo ascendente de agresión.
  - Técnicas de disciplina coercitiva.
  - Falta de vinculación afectiva.

- Relación de pareja:
  - Conflicto conyugal.
  - Violencia y agresión en la pareja o hijos no deseados.
  
- Configuración familiar:
  - Tamaño excesivo familiar.
  - Familias monoparentales.
  
- Aislamiento social de la familia.

### **3. Socioculturales**

- Ámbito laboral.
  - Desempleo.
  - Pobreza.
  - Pérdida de rol.
  - Insatisfacción laboral o tensión en el trabajo.
  
- Red psicosocial de apoyo:
  - Aislamiento.
  - Pérdida.
  - Alta movilidad
  - Escasa integración social.
  
- Factores culturales:
  - Legitimación de la violencia.
  - Aceptación del castigo físico.
  - Actitud hacia la infancia, hacia la mujer y la familia.
  - Vulneración de los derechos de la infancia

Así mismo, en un artículo titulado Factores protectores en la prevención del abuso sexual infantil (2005) definen diferentes modelos que investigan las causas del abuso sexual

infantil, uno de los más aceptado es el elaborado por Finkelhor y Krugman, en él se describen las cuatro condiciones para que el abuso sexual se produzca:

1. Motivación del agresor para cometer el abuso. En este sentido, los estudios establecen distintas categorías de motivaciones en los agresores sexuales, cada uno de los cuales desarrolla un “modus operandi” diferente:
  - Por repetición transgeneracional de experiencias previas de abuso en la infancia.
  - Por un componente psicopático de personalidad.
  - Por trastorno de control de impulsos.
  - Pedófilo exclusivo, por fijación obsesiva con un objeto sexualizado.
2. Habilidad del agresor para superar sus propias inhibiciones y miedos. Algunas razones individuales de la desinhibición el alcohol, la psicosis, la senilidad o el fracaso en la represión del incesto dentro de la dinámica familiar. Entre los motivos socioculturales se encuentran la tolerancia social y la debilidad de las sanciones por el abuso sexual, una ideología defensora de las prerrogativas patriarcales sobre los hijos, la pornografía infantil y la incapacidad de los adultos para identificarse con las necesidades de los niños.
3. Capacidad del agresor para superar las barreras externas o los factores de protección del niño (ausencia, enfermedad o distanciamiento de la madre o que esté dominada o sea maltratada por su compañero, el aislamiento social de la familia, la existencia de oportunidades de estar a solas con el niño, la falta de vigilancia etc.)
4. Capacidad del niño para evitar o resistirse al abuso sexual. Aumentan la probabilidad de los abusos la inseguridad emocional del niño, su ignorancia acerca del tema, y una relación de confianza entre el niño y el agresor.

## **1.2.2 Consecuencias del abuso sexual infantil**

Existen diversas consecuencias que presenta un niño, niña o adolescente que han sido víctimas de un abuso sexual durante su vida.

De acuerdo con las autoras López y Rodríguez (2012) clasifican las consecuencias que un niño puede sufrir debido a un abuso sexual, siendo estas:

### **1. Físicas**

- Hematomas.
- Infecciones de transmisión sexual.
- Desgarramientos o sangrados vaginales o anales.
- Enuresis, encopresis.
- Dificultad para sentarse o para caminar.
- Embarazo precoz.

### **2. Psicológicas**

- Problemas emocionales:
  - Miedos.
  - Fobias.
  - Síntomas depresivos.
  - Ansiedad.
  - Baja autoestima.
  - Sentimiento de culpa.
  - Estigmatización.
  - Trastorno por estrés postraumático.
  - Ideación y conducta suicida.
  - Autolesiones.
  
- Problemas cognitivos:
  - Conductas hiperactivas.

- Problemas de atención y concentración.
  - Bajo rendimiento académico.
  - Peor funcionamiento cognitivo general.
  - Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.
- Problemas de relación:
- Problemas de relación social.
  - Menor cantidad de amigos.
  - Menor tiempo de juego con iguales.
  - Elevado aislamiento social.
- Problemas funcionales:
- Problemas de sueño (pesadillas).
  - Pérdida del control de esfínteres (enuresis y encopresis).
  - Trastornos de la conducta alimentaria.
  - Quejas somáticas.
- Problemas de conducta:
- o Conducta sexualizada:
    - Masturbación compulsiva.
    - Imitación de actos sexuales.
    - Uso de vocabulario sexual inapropiado.
    - Curiosidad sexual excesiva.
    - Conductas exhibicionistas.
  - o Conformidad compulsiva.
  - o Conducta disruptiva y disocial:
    - Hostilidad.
    - Agresividad.
    - Ira y rabia.
    - Trastorno oposicionista desafiante

La Organización no gubernamental, la página de la vida (s.f) explica algunas consecuencias a corto plazo del abuso sexual en niños y adolescentes, siendo estas:

<b>Tipos de efectos</b>	<b>Síntomas</b>	<b>Periodo de evolución</b>
<b>Físicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Problemas de sueño (pesadillas)</li> <li>- Cambios en los hábitos de comida</li> <li>- Pérdida del control de esfínteres</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Infancia y adolescencia</li> <li>- Infancia y adolescencia</li> <li>- Infancia</li> </ul>
<b>Conductuales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consumo de drogas o alcohol</li> <li>- Huidas del hogar</li> <li>- Conductas autolesivas o suicidas</li> <li>- Hiperactividad</li> <li>- Bajo rendimiento académico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adolescencia</li> <li>- Adolescencia</li> <li>- Adolescencia</li> <li>- Infancia</li> <li>- Infancia y adolescencia</li> </ul>
<b>Emocionales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Miedo generalizado</li> <li>- Hostilidad y agresividad</li> <li>- Culpa y vergüenza</li> <li>- Depresión</li> <li>- Ansiedad</li> <li>- Rechazo del propio cuerpo</li> <li>- Desconfianza y rencor hacia los adultos</li> <li>- Trastornos de estrés postraumático</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Infancia</li> <li>- Infancia y adolescencia</li> </ul>
<b>Sexuales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conocimiento sexual precoz o inapropiado para su edad</li> <li>- Masturbación</li> <li>- Excesiva curiosidad sexual</li> <li>- Conductas exhibicionistas</li> <li>- Problemas de identidad sexual</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Infancia y adolescencia</li> <li>- Infancia y adolescencia</li> <li>- Infancia</li> <li>- Adolescencia</li> <li>- Adolescencia</li> </ul>
<b>Sociales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Déficit en habilidades sociales</li> <li>- Retraimiento social</li> <li>- Conductas antisociales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Infancia</li> <li>- Infancia y adolescencia</li> <li>- Adolescencia</li> </ul>

Fuente: La página de la vida, (s.f).

### **1.3 Ciclo de la Violencia**

De acuerdo con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala (2008), en el programa nacional de salud mental, basados en la creación de un protocolo de atención a víctimas de violencia intrafamiliar definen el ciclo de la violencia de la siguiente manera:

1ª Fase: Acumulación de tensión:

En esta etapa ocurren varios incidentes menores que aumentan la tensión en la relación. Comienza la violencia sutil de tipo psicológico, que no parece ser una actitud hostil, pero que va teniendo un efecto devastador en la confianza y seguridad de las mujeres y niñas, dado que se caracteriza por ser la de mayor duración.

2ª Fase: Explosión:

La primera fase se va incrementando hasta precipitar la descarga, que corresponde a la segunda fase del ciclo, la más corta e intensa, donde quien violenta pierde el control y se da lugar a la discusión fuerte, el golpe y otros.

3ª Fase: Distancia/minimización:

Se generará posteriormente a la explosión un momento de distanciamiento entre quien violenta y la violentada, lo que muchas veces constituye la oportunidad para tomar la decisión de buscar ayuda, en el caso de las mujeres adultas.

4ª Fase: Reconciliación:

Se reconoce por la aparente calma que reina en la relación, que se encuentra rodeada de una sensación de que “el amor lo puede todo”. Ambos se dan cuenta de que la violencia ha llegado demasiado lejos y quien violenta quiere reparar el daño causado, comportándose de

manera cariñosa y mostrando arrepentimiento. Sabe que se excedió y teme que lo dejen de querer, lo acusen o lo abandonen, por ello trata por todos los medios de convencer a la mujer o niña violentada, de que no volverá a pasar y promete que va a cambiar.

#### **1.4 Víctima**

Según el artículo 117 del Código Procesal Penal (2009) denomina la palabra agraviado como la víctima afectada por la comisión del delito. Cónyuge, a los padres y a los hijos de la víctima, y a la persona que conviva con ella en el momento de cometerse el delito.

Se entenderá por “víctimas”, las personas que, individual o colectivamente, hayan sufrido daños, incluso lesiones físicas y mentales, sufrimiento emocional, pérdida financiera o menoscabo sustancial de sus derechos fundamentales, como consecuencia de acciones u omisiones que violen la legislación penal vigente en los Estados Miembros, incluida la que proscribe el abuso de poder. (Resolución No. 40/34 de las Naciones Unidas, Código Procesal Penal, 2009).

La ley contra la violencia sexual, explotación y trata de personas (2009) define víctima como la persona que individualmente o colectivamente, haya sufrido daños, lesiones físicas o mentales, sufrimiento emocional, pérdida financiera o menoscabo sustancial de sus derechos fundamentales, como consecuencia de acciones u omisiones que violen la legislación penal. También se considera víctima a los familiares o a las personas a cargo que tengan relaciones inmediata con la víctima directa y las personas que hayan sufrido daños al intervenir para asistir a la víctima en peligro o para prevenir la victimización.

##### **1.4.1 Perfil de la víctima**

Según el rincón psicológico (2015) detalla las características de la víctima de la siguiente manera:

- Tienen una personalidad sumisa.

- Son muy inseguras, suelen ser personas muy ansiosas.
- Se sienten inferiores a los demás.
- Tienen expectativas que no son realistas.
- Sienten la necesidad de ser controladas (o “protegidas”) por otros.
- Son excesivamente tolerantes y condescendientes.
- Se culpan de los problemas ajenos, o culpan al mundo.
- No son conscientes de que permiten que el abuso suceda.
- No creen ser capaces de triunfar por sí mismas.
- Suelen tener problemas para poner límites y decir "No”.
- Son personas codependientes afectivas, emocional y económicamente.

Según la red española contra la trata de personas (s.f) define el perfil de las víctimas de explotación sexual de la siguiente manera:

- Las víctimas son mayoritariamente mujeres entre 18 y 40 años de edad, si bien se ha detectado también la presencia de víctimas menores de edad.
- Las víctimas independientemente de su procedencia suelen tener limitadas posibilidades laborales y/o responsabilidades familiares que atender en sus países de origen: hijos, familiares enfermos, etc.
- Las víctimas presentan un perfil formativo y socio -educativo muy diverso, que incluye a personas con formación superior y especializada.
- Las víctimas habitualmente en situación administrativa irregular.

#### **- Menores de edad**

- Están al cuidado de personas que no son de su familia.
- Alguien controla sus movimientos, actividades y/o su documentación.
- No tienen acceso a la educación, ni a cuidados básicos de salud.
- Tiene deudas considerablemente altas.

### 1.4.2 Tipología de víctimas

De acuerdo con Hentig 1948 (como se cita en la página Atlantic International University, s.f.) describe distintos tipos de víctimas, generales y psicológicos:

- **Las clases generales:**
  - El joven, que por su debilidad, en el reino animal y en la especie humana, es el más propenso a sufrir un ataque.
  - La mujer, cuya debilidad es reconocida, aún por la ley.
  - El anciano, que está incapacitado en diferentes formas.
  - Los débiles y enfermos mentales, entre los que sitúa al drogadicto, al alcohólico y a otras víctimas potenciales por problemas mentales.
  - Los inmigrantes, las minorías y los tontos, pues tienen una desventaja frente al resto de la población.
  
- **Los tipos psicológicos:**
  - El deprimido, en el que está abatido el instinto de conservación, por lo que se pone constantemente en peligro.
  - El ambicioso cuyo deseo de lucro y avaricia lo hacen fácilmente victimizable.
  - El lascivo aplicado principalmente a mujeres víctimas de delitos sexuales que han provocado o seducido.
  - El solitario y el acongojado que bajan sus defensas en busca de compañía y de consuelo.
  - El atormentador, que ha martirizado a otros hasta provocar su victimización.
  - El bloqueado, el excluido y el agresivo que por su imposibilidad de defensa, su marginación, o su provocación son fáciles víctimas.

## **1.5 Derechos Humanos**

Según el Procurador de los Derechos Humanos (2015) define los Derechos Humanos como las facultades, prerrogativas y libertades fundamentales de que goza una persona y que se derivan de su dignidad, por lo que no pueden ser vulnerados y por ello los Estados y las leyes que los rigen tienen la obligación de reconocerlos, difundirlos, protegerlos y garantizarlos. Todas las personas, sin importar su edad, religión, sexo o condición social, gozan de estos derechos, los cuales son indispensables para el desarrollo integral del individuo.

### **1.5.1 Función del Procurador de los Derechos Humanos**

Al Procurador de los Derechos Humanos le corresponde, la defensa o la protección de los derechos humanos, específicamente:

- Contribuir al desarrollo integral de la persona.
- Imponer límites al accionar de los servidores públicos, sin importar su nivel jerárquico o la institución gubernamental, a efecto de prevenir los abusos de poder, la negligencia o el accionar por desconocimiento de la función.
- Facilitar los canales y mecanismos de participación ciudadana que facilite la participación activa en los asuntos públicos y la adopción de decisiones comunitarias.
- Fijar un ámbito de autonomía en el que las personas puedan actuar libremente, protegidas contra los abusos de las autoridades, servidores públicos y de particulares.

## 1.5.2 Características de los Derechos Humanos

Según el Procurador de los Derechos Humanos (2015) en la página web de la Procuraduría de los Derechos Humanos refiere que los derechos que posee cada persona, están compuestos por distintas características como:

- **Universales:** Pertenecen a todas las personas, que se extienden a todo el género humano, sin ningún tipo de distingo por sexo, edad, religión, posición social, o creencias religiosas o políticas.
- **Incondicionales:** Porque están supeditados sólo a los lineamientos y procedimientos que determinan los límites de los propios derechos. La histórica frase de Benito Juárez: "El respeto al derecho ajeno es la paz", resume muy bien esta característica, porque nuestros derechos llegan hasta donde comienzan los de los demás o los justos intereses de la comunidad.
- **Inalienables:** No pueden perderse ni trasladarse por propia voluntad: son inherentes a la idea de dignidad del hombre. No se pueden quitar ni enajenar.
- **Inherentes o innatos:** Todos los seres poseen los derechos humanos, pues se generan a partir de la misma naturaleza humana.
- **Inviolables:** No se pueden o no se deben transgredir o quebrantar. En caso que ello ocurra, el ciudadano o ciudadana víctima puede exigir, a través de los tribunales de justicia, una reparación o compensación por el daño causado.

## 1.6. Denuncia

Según la Fiscalía suprema de control, FSC, (s.f.) define el término denuncia como el acto mediante el cual se pone en conocimiento del órgano de Control Interno de un delito

cometido por un fiscal o juez en el ejercicio de su función, para que se inicien las investigaciones respectivas.

El consejo general del poder judicial (s.f.) explica que una denuncia es la declaración, verbal o por escrito, por la que se comunica a la autoridad cualquier hecho del que se tenga conocimiento que pueda ser constitutivo de una infracción penal, aunque no lo haya presenciado directamente o no le haya ocasionado perjuicio.

El oficial es el contacto directo entre la institución y el denunciante, por lo que la atención que este brinde y la forma de adaptarse a su realidad impactan de forma directa en el acusador. Es por lo anterior, que el estado psíquico del oficial debe ser óptimo, para atender de forma efectiva, así como para ser saludable.

### **1.7. Impacto psicológico en los profesionales que atienden casos de violencia**

Según Ojeda (2006) Trabajar dentro del campo de la violencia y, específicamente en la atención a víctimas de violencia sexual, conlleva a enfrentar mayor intensidad y cualitativamente diferente las situaciones que se presentan tanto en el contexto de la propia atención, en las víctimas que acuden a los servicios, como en relación a las propias experiencias de los profesionales que realizan ésta labor.

Los profesionales que atienden a personas que han sido víctimas de violencia sexual deben de realizar un trabajo profesional con el fin de velar por el bienestar del individuo de manera responsable y ética. Deben de mantener la confidencialidad de cada caso, evitando divulgar información de la persona que ha sufrido el abuso, constantemente son testigos de la victimización y re-victimización que la violencia sexual genera trabajando con historias de alto impacto que los lleva a enfrentar constantes estados de estrés y tensión que deteriorar su salud mental. (Ojeda 2006).

Los prestatarios que brindan atención a víctimas/sobrevivientes de violencia sexual se encuentran expuestos a sufrir consecuencias del síndrome de burnout, la dramatización vicaria y/o la movilización de sus propias experiencias de violencia. (Ojeda, 2006).

## 1.8 Síndrome de Burnout

Los profesionales que atienden casos de alto impacto como lo son la violencia sexual, constantemente atraviesan por un desgaste emocional y mental, deteriorando el funcionamiento en distintas áreas de su vida. Muchos de ellos padecen del síndrome de Burnout impidiendo desenvolverse no solo en su vida personal sino que también en su vida profesional evitando brindar la atención adecuada que las víctimas requieren.

El síndrome de Burnout se refiere a una respuesta psicológica que genera estrés laboral afectando la salud de las personas que están en contacto con víctimas que sufren de violencia sexual afectando el desenvolvimiento de las relaciones sociales, laborales y personales. Este síndrome es experimentado en los profesionales que ayudan a otras personas. (Parrilla, 2013).

Debido a esta respuesta de estrés, los profesionales experimentan pérdida de la energía y motivación, generando agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal. Así mismo, el Burnout es el resultado de constante y repetitiva presión emocional, en donde los profesionales únicamente escuchan casos de alto impacto con una carga emocional emotiva por parte de las víctimas. (Mansilla, s.f.).

El Burnout genera deterioro cognitivo, experimentando pérdida de la ilusión por el trabajo, el desencanto profesional y baja realización personal. Así mismo, se presenta un deterioro afectivo en donde surge agotamiento emocional y físico, conductas negativas y distantes. (Mansilla, s.f.).

Algunos de los síntomas de este síndrome se agrupan en tres dimensiones: siendo estas agotamiento físico y emocional, despersonalización y sentimiento de incompetencia profesional (realización profesional). (Mansilla, s.f.).

### **1.8.1 Agotamiento emocional y físico**

Los profesionales presentan falta de energía y entusiasmo al atender a las víctimas que han sufrido de violencia sexual. Así mismo, llegan a frustrarse y sentir tensión ya que perciben que no están en condiciones de gastar más energías para la víctima. Llegan a experimentar desgaste emocional debido al contacto diario que tienen con las personas que solicitan de sus servicios. Comienzan a autoevaluarse negativamente, en especial se cuestionan acerca de su funcionalidad laboral. Se sienten insatisfechos con el trabajo que realizan evitando brindar la atención necesaria a la persona beneficiaria. Por otro lado, presentan irritabilidad descontento y pesimismo, no solo en el área laboral sino que también en el área personal. (Proyecto Salud, 2011, p. 4).

### **1.8.2 Despersonalización**

De acuerdo con Miravalles (s.f.) se caracteriza por tratar a las personas con las que trabaja sin sentimiento alguno o emociones. Demuestran frialdad y distanciamiento con las personas que le rodean evitando cualquier tipo de contacto. Presentan quejas por cualquier cosa culpabilizando a los demás por lo que siente.

Así mismo, los profesionales sienten agotamiento de la energía por lo que ya no rinden de manera adecuada ante los casos que se presentan, así mismo, disminuyen en el rendimiento laboral perdiendo el interés y la atención en lo que deben de realizar. (Miravalles, s.f.).

### **1.8.3 Realización personal**

Se caracteriza por una autoevaluación negativa acerca de su trabajo. Experimentan deterioro profesional, es decir, su rendimiento y desarrollo dentro del trabajo disminuye, se genera pérdida del interés y baja autoestima. Por otro lado, se genera desilusión profesional, sentimientos de fracaso y baja autoestima evitando relacionarse de manera adecuada con las personas que acuden a la prestación de sus servicios. (Miravalles, s.f.).

Presentan insatisfacción consigo mismo como profesional y con los resultados que obtienen al momento de atender a la víctima. Se pueden generar alteraciones en la concentración y la memoria, ansiedad y trastornos depresivos, llevándolo en algunos casos al suicidio o al consumo de sustancias. Por último aparecen molestias por cubrir las necesidades de las víctimas antes que las personales. (Miravalles, s.f.).

## **1.9 Traumatización vicaria**

La traumatización vicaria se refiere al efecto de reproducir en uno mismo los síntomas y sufrimientos de las víctimas de cualquier forma de violencia que nos reportan, al trabajar profesionalmente con ellas o con los victimarios. Uno de los efectos de trabajar en contacto con la violencia es que el operador se contacta con sus propias experiencias de abuso y maltrato, conscientes o no conscientes, actuales o pasadas. (Arón y Llanos, 2004). Se trata de un estrés postraumático secundario o un Trastorno de Estrés Agudo sufrido a través del relato de la víctima y la movilización de las propias experiencias de violencia.

Según el DSM 5 (2014), el Trastorno de Estrés Postraumático es aquel que surge de la exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes: experiencia directa del suceso traumático, presencia directa del suceso ocurrido a otros, conocimiento de que el suceso traumático ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso ha de haber sido violento o accidental; exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso traumático.

Debe existir presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso traumático, que comienza después del suceso traumático: recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso traumático. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o afecto del sueño está relacionado con el suceso traumático. Reacciones disociativas en las que el sujeto siente o actúa como se repitiera el suceso traumático. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso traumático. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso traumático. (DSM 5, 2014).

Evitación persistente de estímulos asociados al suceso traumático, que comienza tras el suceso traumático, como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes: evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso traumático. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos que despierten recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso traumático. (DSM 5, 2014).

Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociados al suceso traumático que comienzan o empeoran después del suceso traumático, como se pone de manifiesto por dos de las características siguientes: Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás. Estado emocional negativo persistente. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas. Sentimientos de desapego o extrañamiento de los demás. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas. (DSM 5, 2014).

Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso traumático, que comienza o empeora después del suceso traumático, como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes: comportamiento irritable y arrebatos de furia que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos. Comportamiento imprudente o autodestructivo. Hipervigilancia. Respuesta de sobresalto exagerada. Problemas de concentración. Alteración del sueño. (DSM 5, 2014).

Según el DSM 5 (2014) el Trastorno de estrés agudo es la exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes: Experiencia directa del suceso(s) traumático(s), presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros, conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p. ej., socorristas que recogen restos

humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil). Esto no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo.

Presencia de nueve (o más) de los síntomas siguientes de alguna de las cinco categorías de intrusión, estado de ánimo negativo, disociación, evitación y alerta, que comienza o empeora después del suceso(s) traumático, se dan algunos síntomas de intrusión como; Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s). En los niños, se pueden producir juegos repetitivos en los que se expresen temas o aspectos del suceso(s) traumático(s). Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s). Trastorno de estrés agudo. En los niños, pueden existir sueños aterradores sin contenido reconocible. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el individuo siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.) En los niños, la representación específica del trauma puede tener lugar en el juego. (DSM 5, 2014).

Malestar psicológico intenso o prolongado o reacciones fisiológicas importantes en respuesta a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s). Estado de ánimo negativo, incapacidad persistente de experimentar emociones positivas. (DSM 5, 2014).

### **1.9.1 Causas del Trastorno de Estrés Postraumático**

Según la Clínica Dam (2011) el Trastorno del Estrés Postraumático puede ocurrir a cualquier edad y aparecer luego de un desastre natural como una inundación o un incendio, o eventos como:

- Un asalto.
- Violencia doméstica.
- Un encarcelamiento.
- Violación.
- Terrorismo.

La causa del trastorno del estrés postraumático se desconoce, pero hay factores psicológicos, genéticos, físicos y sociales que intervienen. El trastorno del estrés postraumático cambia la respuesta del cuerpo al estrés. Éste afecta las hormonas del estrés y los químicos que transmiten información entre los nervios.

### **1.9.2 Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático**

De acuerdo con la Clínica Dam (2011) los síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático se clasifican en tres categorías:

#### *1. Reviviscencia o reexperimentación:*

- Episodios de reviviscencias, en donde el incidente parece estar sucediendo de nuevo una y otra vez.
- Recuerdos reiterativos y angustiantes del hecho.
- Pesadillas repetitivas del hecho.
- Reacciones físicas fuertes y molestas a situaciones que le recuerdan el hecho.

## 2. *Evasión*

- Insensibilidad emocional o sentirse como si no le importara nada.
- Sentirse despreocupado.
- No poder recordar aspectos importantes del trauma.
- Falta de interés en las actividades normales.
- Mostrar menos expresión de estados de ánimo.
- Evitar personas, lugares o pensamientos que le hagan recordar el hecho.
- Sensación de tener un futuro incierto.

## 3. *Excitación o aumento de la activación*

- Dificultad para concentrarse.
- Sobresaltarse fácilmente.
- Tener una respuesta exagerada a las cosas que causan sobresalto.
- Sentirse más alerta (hipervigilancia).
- Sentirse irritable o tener ataques de ira.
- Tener dificultades para conciliar el sueño o permanecer dormido.

También podrían experimentar algunos de los siguientes síntomas que son característicos de ansiedad, estrés y tensión:

- Agitación o excitabilidad.
- Mareo.
- Desmayo.
- Sensación de latidos del corazón en el pecho.
- Dolor de cabeza.

### **1.9.3 Efectos del Trastorno de Estrés Postraumático**

Según el Hospital San Juan Capestrano (s.f.) los síntomas del trastorno de estrés postraumático pueden causar una afectación considerable en la vida de una persona en caso de que no reciba el tratamiento adecuado. Los efectos enlistados a continuación tienen el potencial de afectar cada área de la vida de una persona y causar un impacto duradero en su bienestar en general.

- Disminución en la cantidad y la calidad de las relaciones interpersonales.
- Dolor crónico.
- Desarrollo de un problema de abuso de sustancias.
- Ideas suicidas.
- Conductas autolesivas.
- Intentos suicidas.
- Pérdida del empleo.
- Aislamiento social o retraimiento.
- Mal desempeño académico.
- Fracaso académico.
- Afectación del funcionamiento ocupacional.
- Desarrollo de otro padecimiento de salud mental.
- Discordia familiar.

La violencia sexual en la población guatemalteca se experimenta sin importar sexo, edad o etnia, siendo los niños y mujeres los individuos más propensos y vulnerables a sufrirlo. Debido al miedo y a la sociedad machista en la que se desenvuelven, muchas personas que son víctimas de éste abuso temen denunciar el acto y optan por guardar

silencio con el fin de mantener su vida fuera de peligro sin tener consciencia de las consecuencias que esto conlleva.

Las personas víctimas de abuso sexual deben de denunciar este delito ante las instituciones que velan por el cumplimiento de sus derechos, tal es el caso de la Procuraduría de los Derechos Humanos, quienes velan por el bienestar y desarrollo integral del individuo. En dicha institución los oficiales que laboran dentro de la misma, tienen como labor tomar la denuncia de la víctima agredida y para dar inicio a un proceso que resguarde la seguridad y protección de la persona. Por lo que tanto las víctimas como los oficiales deberán de llevar un proceso psicoterapéutico con el objetivo de generar un equilibrio emocional para experimentar de una mejor salud mental.

## II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Alrededor del mundo, las personas han sido afectadas por diversos tipos de violencia. Constantemente se generan robos, asaltos, peleas, violaciones, extorsión e incluso asesinatos. El porcentaje de los delitos progresivamente ha aumentado por la constante inseguridad, desconfianza, falta de acceso a la administración de justicia y la escasa educación, lo que provoca la vulnerabilidad de los derechos humanos.

Guatemala es un país donde predomina la pobreza generalizada, la desigualdad y exclusión de género, el autoritarismo, el silencio, la falta de libre albedrío, machismo, etc. Motivo por el cual se consideran factores generadores de violencia en el ámbito social, laboral, educativo y familiar.

Todo individuo desde que nace se forma y desarrolla dentro de un hogar, donde crece con distintos valores e ideales implementados por sus padres, por esto la familia se considera como la base de la sociedad, grupo de personas que comparten y conviven a lo largo de sus vidas. Sin embargo, múltiples causas mencionadas anteriormente, pueden desencadenar distintas situaciones, tales como la desintegración del hogar, ausencia de un miembro, problemas socioeconómicos, abusos de sustancias y violencia intrafamiliar de diferentes tipos.

Se considera que las mujeres y niños son más propensos a sufrir de violencia en especial de tipo sexual, ya que en la mayoría de ocasiones el hombre es quien aporta dinero al hogar, quien toma las decisiones y quien tiene el poder aprovechándose de estas situaciones para abusar de su posición.

Por otra parte, las personas que son víctimas de este tipo de violencia crean temor y una percepción a que el agresor continúe con este tipo de agresión, es por esto que se han implementado distintas campañas en donde se incentiva a los individuos que han experimentado este abuso a luchar por sus derechos con el fin de erradicar la violencia en la

sociedad. Estas personas tienen acceso a denunciar estos delitos en distintas organizaciones públicas con el fin de recibir apoyo psico-social y de salud.

Los oficiales de denuncias de la Institución del Procurador de los Derechos Humanos son parte de los profesionales que brindan este servicio a la comunidad, siendo quienes escuchan el relato del acto violento sufrido por la víctima.

Por lo que se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el impacto psicológico en los oficiales de la Procuraduría de los Derechos Humanos, que reciben las denuncias de violencia sexual?

## **2.1. OBJETIVOS**

### **2.1.2. Objetivo General**

Determinar el impacto psicológico en los oficiales de la Procuraduría de los Derechos Humanos que reciben las denuncias de violencia sexual por parte de las víctimas.

### **2.1.3. Objetivos Específicos**

- Establecer si los oficiales de la Procuraduría de los Derechos Humanos que reciben las denuncias de violencia sexual por parte de las víctimas padecen el síndrome de Burnout.
- Determinar el nivel de autoagotamiento físico y emocional de los oficiales de la Procuraduría de los Derechos Humanos que reciben las denuncias de violencia sexual por parte de las víctimas.
- Identificar el nivel de despersonalización de los oficiales de la Procuraduría de los Derechos Humanos que reciben las denuncias de violencia sexual por parte de las víctimas.
- Establecer el nivel de realización personal de los oficiales de la Procuraduría de los Derechos Humanos que reciben las denuncias de violencia sexual por parte de las víctimas.

- Describir si los oficiales de la Procuraduría de los Derechos Humanos que reciben las denuncias de violencia sexual por parte de las víctimas padecen de estrés postraumático.

## **1.2. VARIABLES DE ESTUDIO**

### *2.2.1 Impacto psicológico*

- Síndrome de Burnout
  - Agotamiento Emocional
  - Despersonalización
  - Realización Personal
- Estrés Postraumático
  - Reexperimentación
  - Evitación
  - Aumento de la activación

## **2.3 DEFINICIÓN DE VARIABLES**

### **2.3.1 Definición Conceptual**

- *Impacto psicológico*

Según la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos, EFPA. (2003) explica que el impacto psicológico se define por el estudio del comportamiento en todas sus manifestaciones y contextos. Se refiere a la variación que el comportamiento tiene en una variedad de formas o manifestaciones que incluyen la actividad mental, la respuesta psicofisiológica, la reacción emocional, el decir y el hacer propiamente.

En los prestatarios que brindan atención a víctimas/sobrevivientes de violencia sexual se encuentran expuestos a sufrir consecuencias del síndrome de burnout, la dramatización vicaria y/o la movilización de sus propias experiencias de violencia. (Ojeda, 2006).

- *Síndrome de Burnout*

De acuerdo con la página DMedicina (2015) define el síndrome de burnout como un trastorno emocional de creación reciente que está vinculado con el ámbito laboral, el estrés causado por el trabajo y el estilo de vida del empleado. Generando consecuencias muy graves, tanto a nivel físico como psicológico.

- *Agotamiento emocional*

Según Castillo (2001) explica que el agotamiento emocional se refiere a la falta de recursos emocionales y al sentimiento de que nada se puede ofrecer a otra persona. Es un componente fundamental del burnout que puede tener manifestaciones físicas y psíquicas.

- *Despersonalización*

La despersonalización se define como el desarrollo de actitudes negativas e insensibles hacia los destinatarios de los servicios que se prestan. Así como el sentimiento de realización personal, el cual supone una serie de respuestas negativas hacia uno mismo y a su trabajo, típicas de la depresión, moral baja, evitación de las relaciones interpersonales-profesionales, baja productividad, incapacidad para soportar la presión y una pobre autoestima. (Castillo, 2001).

- *Realización Personal*

De acuerdo con Miravalles como se cita en Maslach y Jackson (1986) explica que la realización personal es la tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa: los afectados se reprochan no haber alcanzado los objetivos propuestos, con vivencias de insuficiencia personal y baja autoestima profesional. Afectando principalmente a individuos que trabajan con personas.

- *Estrés Postraumático*

Zetina como se citó en la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM IV-TR, (Asociación Americana de Psiquiatría, APA, 2003) define el trastorno por estrés postraumático como una serie de síntomas que se manifiestan en un individuo, luego de que éste presenciara, participara o escuchara sobre algún acontecimiento estresante y sumamente traumático. Este evento generalmente implicaba peligro de muerte o amenazas a la integridad física del sujeto o de los demás.

- *Reexperimentación*

Según el DSM 5 (2014) la reexperimentación es la presencia de uno o más síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso traumático. En donde el individuo puede experimentar recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso traumático, seños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso traumático, reacciones disociativas en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso traumático, malestar psicológico intenso prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso traumático y reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos.

- *Evitación*

De acuerdo con el DSM 5 (2014) define la evitación como un suceso persistente de estímulos asociados al suceso traumático, que comienza tras el suceso traumático, en donde el individuo realiza esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso traumático y evita recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despierten recuerdos, pensamientos, sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso traumático.

- *Aumento de la activación*

La asociación Catalana para el tratamiento de la ansiedad y depresión (s.f.) explica que el aumento de la activación son síntomas persistentes en donde el individuo puede experimentar dificultad para conciliar o mantener el sueño, irritabilidad o ataques de ira, dificultad para concentrarse, hipervigilancia y respuestas exageradas de sobresalto.

### **2.3.2 Definición Operacional**

Dentro de los aspectos del impacto psicológico a causa de la recepción de denuncias de violencia sexual, en esta investigación se considerará el Síndrome de Burnout, como el conjunto de síntomas interpersonales e intrapersonales negativos que influyen de manera no asertiva en el funcionamiento continuo en los oficiales de la Procuraduría de los Derechos Humanos que reciben las denuncias de violencia sexual. Se medirá por medio del Inventario de Burnout de Maslach (MBI) los siguientes indicadores: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo.

El Síndrome de Burnout se medirá de acuerdo a los siguientes indicadores: Agotamiento emocional: se determinará a través de los siguientes ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16,20. Despersonalización: se determinará a través de los siguientes ítems 5, 10, 11, 15,22. Realización Personal: se determinará a través de los siguientes ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19,21.

Se supondrá la Traumatización Vicaria, como el padecimiento de un estrés postraumático secundario padecido por los oficiales de la Procuraduría de los Derechos Humanos que reciben las denuncias de violencia sexual. Se medirán por medio de Escala de Gravedad de Síntomas del Estrés Postraumático de Echeburrua, Corral, Amor, Zubizareta y Sarasua los indicadores de reexperimentación, evitación y aumento de la actividad.

## **2.4 ALCANCES Y LIMITES**

El alcance de esta investigación estará enfocado en los oficiales de la Procuraduría de los Derechos Humanos, con el fin de medir y analizar el impacto psicológico que estos tienen al recibir las denuncias. Los resultados de esta investigación serán únicamente válidos para los oficiales de dicha institución.

Los límites de esta investigación se encuentra en la dificultad respecto a la autorización para la realización del estudio dentro de la institución considerándose complejo, el temor de los oficiales para responder el cuestionario, la falta de tiempo por parte de los participantes debido a la excesiva carga de trabajo y la dificultad para establecer una muestra determinada.

## **2.5 APORTE**

El aporte de dicha investigación se enfocó en brindar a la sociedad un análisis acerca del impacto psicológico que genera la violencia sexual en los oficiales de la Procuraduría de los Derechos Humanos al recibir las denuncias por parte de las víctimas, con el fin de conocer los cambios emocionales y conductuales que puede experimentar el individuo por el fuerte contenido que maneja dentro de la institución.

Les puede servir a los profesionales en el campo de la Psicología, que estarán en constante contacto con pacientes de diferentes sintomatologías, para que consulten y encuentren una guía para evitar que este impacto psicológico aparezca durante su práctica profesional y a lo largo de su expansión profesional.

Al Departamento de Psicología, de la Universidad Rafael Landívar, será una herramienta de apoyo sobre el tema y permitirá abordar métodos o soluciones al momento en el cual se enfrenten a una situación similar o con el trato hacia los oficiales para brindar el conocimiento y ayuda.

### **III. MÉTODO**

#### **3.1. SUJETOS**

Para determinar el impacto psicológico que genera las denuncias de violencia sexual, los sujetos de estudio que fueron elegidos para el presente trabajo de investigación lo conformaron los oficiales de la Procuraduría de los Derechos Humanos, los cuales reciben las denuncias de la población victimaria. Fueron de ambos sexos que oscilaban entre los 20 y 55 años de edad.

El tipo de muestreo utilizado fue no probabilístico por conveniencia, el cual consiste en un subgrupo de la población en la que la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de las características y criterios de la investigación. (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

La muestra del estudio constó de 25 sujetos de diferente sexo que laboran de 08:00 de la mañana a 16:00 horas todos los días. La edad de los mismos estuvo comprendida entre los 20 a 55 años, de diferentes carreras universitarias.

### 3.1.1 TABLA DE LA POBLACIÓN PARTICIPANTE

Sujeto	Género	Edad
1	F	24
2	M	42
3	F	33
4	F	33
5	F	33
6	F	30
7	M	37
8	F	24
9	M	30
10	F	29
11	F	22
12	M	40
13	F	50
14	F	36
15	F	21
16	M	37
17	F	30
18	F	26
19	M	35
20	M	35
21	F	30
22	F	25
23	F	42
24	F	32
25	F	27

## **3.2. INSTRUMENTO**

Para realizar esta investigación se utilizarán dos instrumentos cuantitativos. Se aplicará el cuestionario MBI (Maslach Burnout Inventory) y la Escala de Gravedad de Síntomas del Estrés Postraumático de Echeburrua, Corral, Amor, Zubizareta y Sarasua.

### **3.2.1 Cuestionario MBI (Maslach Burnout Inventory)**

Este instrumento fue elaborado por Cristina Maslach en 1986, con el objetivo de evaluar los niveles de Burnout. En este estudio se utilizará la traducción al español hecha por Seisdedos (1997).

El instrumento está conformado por 22 ítems, en una escala de tipo Likert por medio de la cual se valoran tres factores: Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización Personal en el Trabajo, que serán descritos a continuación:

- Subescala de Agotamiento Emocional (EE): formada por 9 ítems que buscan la disminución o pérdida de recursos emocionales, sentimientos de estar saturado y cansado emocionalmente por el trabajo.
- Subescala de Despersonalización (D): formada por 5 ítems que exploran una respuesta fría e impersonal y falta de sentimientos e insensibilidad hacia los sujetos de objeto de atención.
- Subescala de Realización Personal en el Trabajo (PA): compuesto por 8 ítems que evalúan los sentimientos de competencia y eficacia en el trabajo. Tendencia a catalogar el propio trabajo de forma negativa y vivencia de insuficiencia profesional.

Las puntuaciones se interpretan así:

- Sub escalas de Agotamiento Emocional y Despersonalización: puntuaciones altas corresponden a altos sentimientos de estar quemado.
- Sub escalas de Realización Personal en el Trabajo: bajas puntuaciones corresponden a altos sentimientos de quemarse.

Se deben mantener separadas estas puntuaciones de cada sub escala y no combinarlas en una puntuación única, ya que no está claro si las tres pesan como puntuación única y en qué medida lo hacen.

En cuanto al resultado, cada una de las dimensiones es considerada como variables continuas, y las puntuaciones de los sujetos son clasificadas mediante un sistema de percentiles para cada escala. Los sujetos por encima del percentil 75 se incluyen en la categoría alto, entre el percentil 75 y el 25 en la categoría medio y por debajo del percentil 25 la categoría bajo.

La validez y confiabilidad del cuestionario es del 95%. Según Gil-Monte, Carretero, Roldán y Núñez (2005), la adaptación al castellano reúne los suficientes requisitos para la validez factorial.

### **3.2.2 Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático**

La Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático es una escala de evaluación heteroaplicada que funciona a modo de entrevista estructurada. Sirve para evaluar los síntomas y la intensidad del trastorno de estrés postraumático, elaborada por Echeberúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua (1997).

Esta escala está estructurada en un formato de tipo Likert de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad de los síntomas, consta de 17 ítems, de los que 5 hacen referencia a los síntomas de reexperimentación, 7 a los de evitación y 5 a los de hiperactivación. El rango es de 0 a 51 en la escala global; de 0 a 15 en la subescala de reexperimentación; de 0 a 21 en la de evitación; y de 0 a 15 en la de hiperactivación.

La estructura de esta escala parece consistente. Consta de dos factores que representan unas dimensiones coherentes en sí mismas, con validez aparente y que dan cuenta de algo más del 50% de la varianza.

Su calificación se obtiene a partir de la suma de las respuestas que brinda una puntuación obtenida por aspecto misma que se contrasta con los puntos de corte.

### **3.3. PROCEDIMIENTO**

- Se indagó como afectaban los casos de violencia sexual en los oficiales y las consecuencias que las denuncias generaban en los individuos.
- Se seleccionaron los instrumentos para realizar el trabajo de campo.
- Se determinaron diversos síntomas físicos y emocionales que los sujetos experimentaban tras atender denuncias de carácter sexual.
- Se observó el desgaste laboral que los individuos atravesaban.
- Se aplicaron los cuestionarios a los oficiales.
- Se tabularon los datos recolectados.
- Se interpretaron los datos escritos en tablas y publicados en gráficas.
- Se compararon los resultados con la teoría y otras investigaciones.
- Se redactaron las conclusiones, resultados y recomendaciones.
- Por último, se recopilaron todas las bibliografías utilizadas.

### **3.4 TIPO DE INVESTIGACIÓN, DISEÑO Y METODOLOGÍA ESTADÍSTICA.**

La presente investigación tuvo un enfoque cuantitativo. Según el Instituto de Tecnológico de Sonora (s.f.) refiere que la “investigación cuantitativa se basa en un tipo de pensamiento deductivo, que va desde lo general a lo particular, utilizando la recolección y análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis establecidas previamente”.

Así mismo, se utilizó un diseño descriptivo, el cual busca la observación del comportamiento sin afectarlo y el análisis de fenómenos estudiados. Según Ibarra (2011) los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas,

grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis Miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o fenómenos a investigar.

La metodología que se utilizó para el análisis de resultados fue a través de cálculos de estadística descriptiva, la cual consiste en tomar muchos datos sobre una categoría de personas u objetos, y resumir esta información en pocas cifras, tablas o gráficas. La estadística descriptiva informa cuántas observaciones fueron registradas y qué tan frecuentemente ocurrió en los datos cada puntuación o categoría de observaciones. (Ritchey, 2008).

A través del programa de SPSS, se hizo uso de la distribución de frecuencia, porcentaje y las medidas de tendencia central: media, mediana, moda, varianza y desviación estándar con el fin de efectuar una descripción en las respuestas de los oficiales para analizar el nivel de impacto que los participantes presentan.

## **IV. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS**

En el siguiente capítulo se presentan los resultados obtenidos en la presente investigación. Se exponen datos cuantitativos, los cuales se obtuvieron por medio de tres escalas. Dicha información fue analizada, por lo que aparecerá en la siguiente sección representada por medio de gráficas con su respectivo análisis e interpretación.

### **4.1 Resultados Cuantitativos**

Este capítulo expone los resultados obtenidos a lo largo del trabajo de campo realizado durante la investigación. Se exponen los resultados individuales de cada sujeto, posteriormente se observan los resultados por cada indicador y los resultados totales de la muestra. Se inicia con la presentación del puntaje total y los porcentajes de los siguientes cuestionarios: MBI (Maslach Burnout Inventory) con los indicadores: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo, Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático con los indicadores: reexperimentación, evitación y aumento de la activación, y la escala complementaria de manifestaciones somáticas de la ansiedad en relación con el suceso.

## Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI)

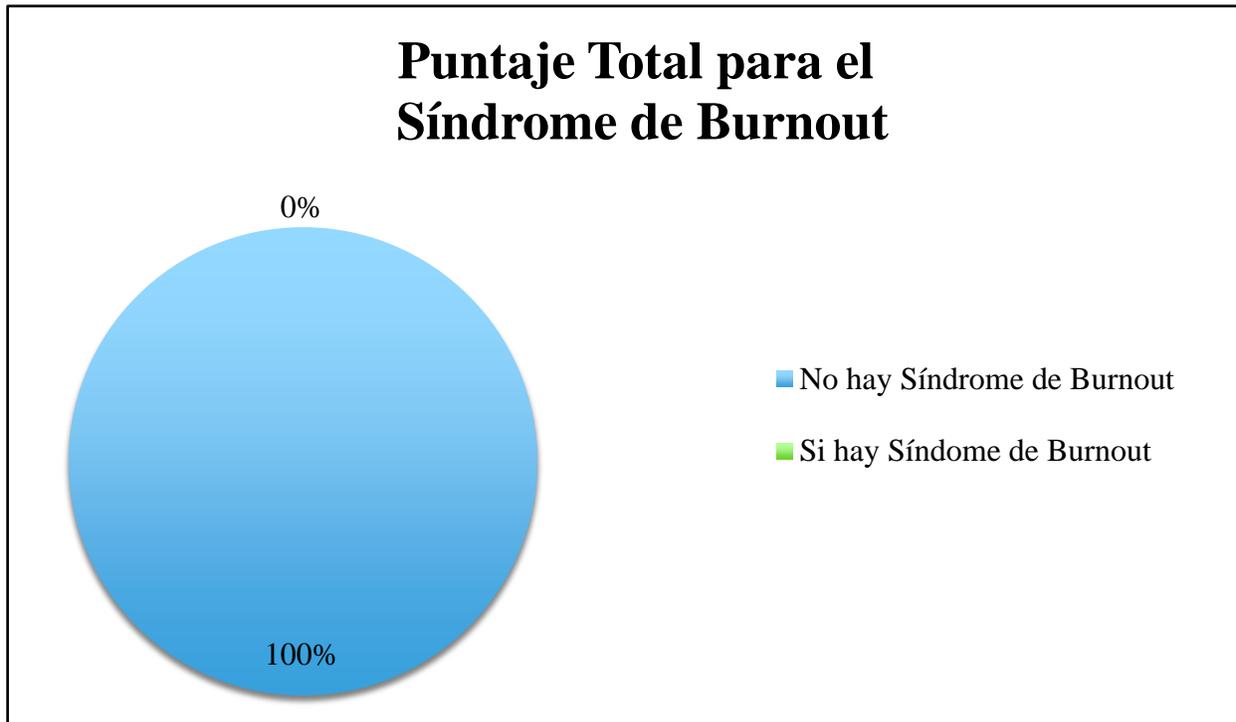
### 4.1.1 Resultados Totales

**TABLA 4.1.1 Puntuación total y porcentual por indicador**

Sujeto	DATOS			DATOS PORCENTUALES		
	Agotamiento Emocional	Despersonalización	Realización personal	Agotamiento Emocional	Despersonalización	Realización personal
1	9	1	48	17%	3%	100%
2	23	12	37	43%	40%	77%
3	40	12	35	74%	40%	73%
4	28	10	43	52%	33%	90%
5	43	13	30	80%	43%	63%
6	24	0	48	44%	0%	100%
7	49	17	41	91%	57%	85%
8	24	0	48	44%	0%	100%
9	24	1	40	44%	3%	83%
10	24	6	48	44%	20%	100%
11	44	12	47	81%	40%	98%
12	44	15	35	81%	50%	73%
13	0	0	47	0%	0%	98%
14	33	15	44	61%	50%	92%
15	37	1	43	69%	3%	90%
16	52	23	46	96%	77%	96%
17	24	10	42	44%	33%	88%
18	8	1	6	15%	3%	13%
19	45	15	32	83%	50%	67%
20	1	0	48	2%	0%	100%
21	44	15	34	81%	50%	71%
22	10	4	31	19%	13%	65%
23	46	12	40	85%	40%	83%
24	37	2	37	69%	7%	77%
25	14	4	23	26%	13%	48%

En la siguiente tabla se evidencian los resultados obtenidos a través del cuestionario Maslach Burnout Inventory. Los resultados burdos se observan en percentiles y se transformaron en porcentajes con la finalidad de facilitar el análisis de la información adquirida.

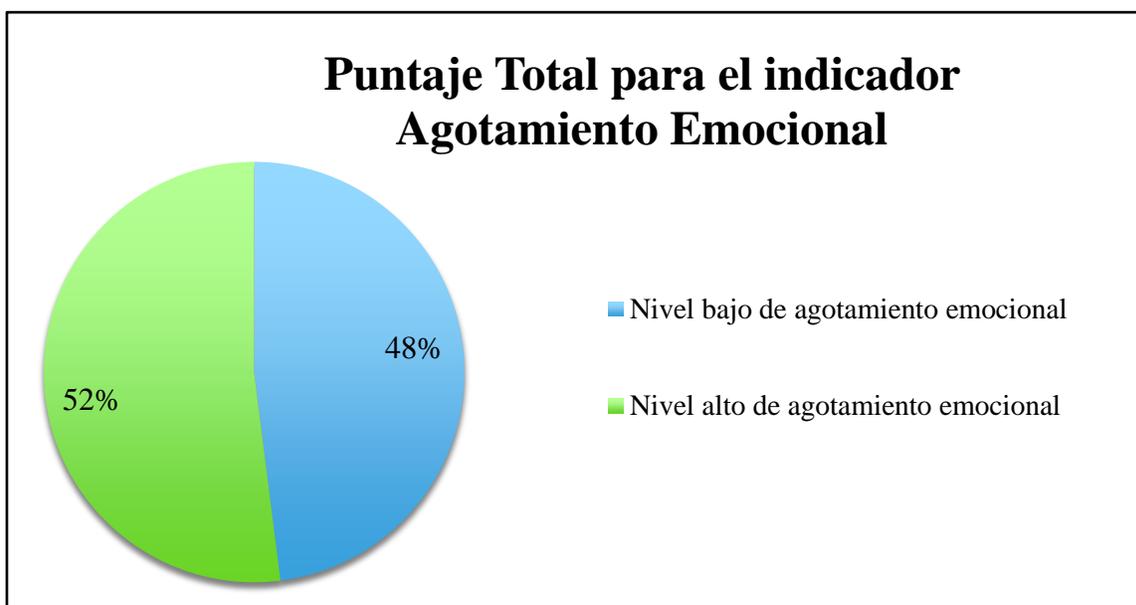
**GRÁFICA 4.1.2. Porcentaje total del Síndrome de Burnout**



De 25 oficiales que corresponden a la muestra total, el 100% (25 oficiales) no padecen del Síndrome de Burnout. Por lo que se puede inferir que ninguno de los oficiales presenta el síndrome, sin embargo, si pueden experimentar síntomas, como desgaste emocional y mental, estrés, pérdida de energía y motivación laboral, perdida de ilusión en el trabajo y conductas negativas.

## 4.2. Resultados Individuales

### GRÁFICA 4.2.1. Porcentajes de las puntuaciones totales de agotamiento emocional



De 25 oficiales que corresponden a la muestra total, el 48% (12 oficiales) muestran un nivel alto de agotamiento emocional, mientras que el 52% (13 oficiales) restante muestran un nivel bajo de agotamiento emocional. Por lo que se puede inferir que la mayoría de los oficiales experimentan falta de energía y entusiasmo, frustración, tensión e irritabilidad al trabajar con denuncias de violencia sexual.

**TABLA 4.2.1.1. Principales estadísticos descriptivos de las puntuaciones totales de agotamiento emocional**

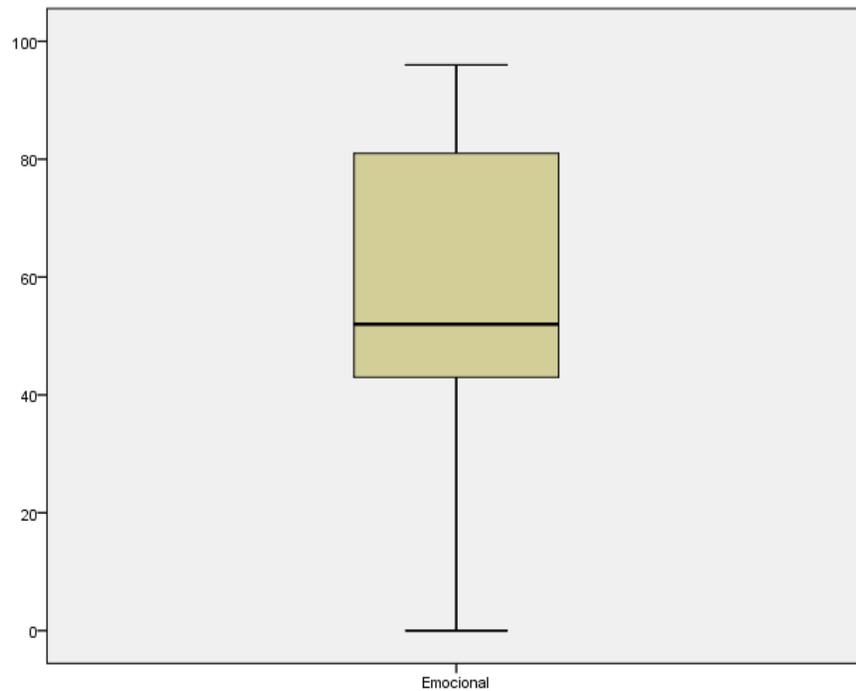
Agotamiento Emocional	
Media	53.80
Mediana	52
Moda	44
Desviación Estándar	28.752

La media de las puntuaciones obtenidas para el aspecto de agotamiento emocional se encuentra en 53.8, lo que indica que la mitad de los oficiales de la Procuraduría de los Derechos Humanos evidencian un nivel alto de agotamiento emocional respecto al trabajo que realizan al momento de recibir las denuncias de violencia sexual.

La mediana es 52 lo que indica que el 50% de las personas se encuentran por debajo del nivel de agotamiento emocional y el otro 50% se encuentra por encima.

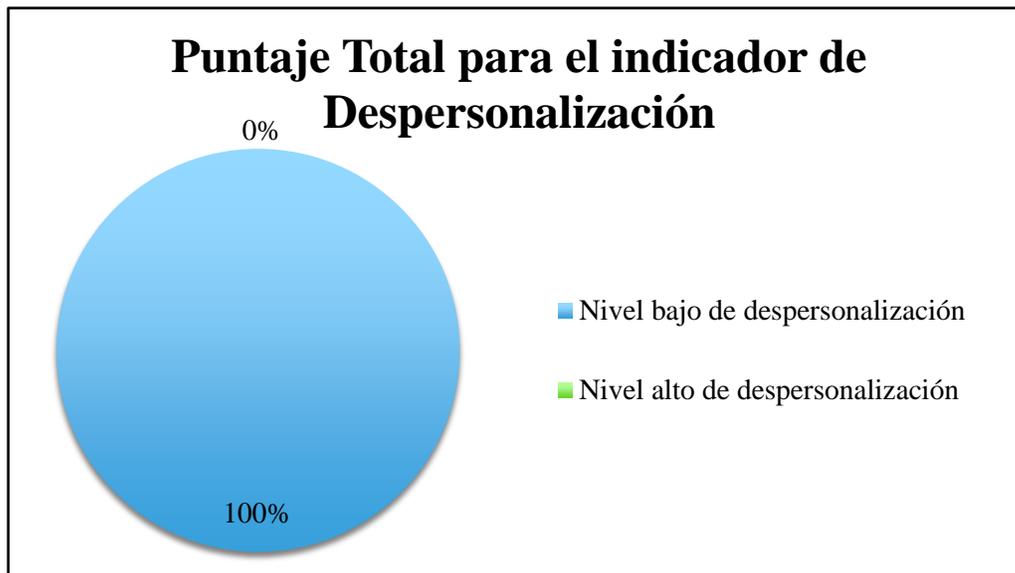
La desviación estándar para los oficiales es de 28.752 lo que significa que la mayoría de los oficiales se encuentran dentro de la media.

**GRÁFICA 4.2.1.2. Distribución de las puntuaciones para el indicador de agotamiento emocional**



El 100% de la muestra se encuentra ubicada dentro del promedio entre 55 y 80 para oficiales. Por lo que los oficiales muestran un nivel alto de agotamiento emocional.

**GRÁFICA 4.2.2. Porcentajes de las puntuaciones totales de despersonalización**



De 25 oficiales que corresponden a la muestra total, el 100% (25 oficiales) muestran un nivel bajo de despersonalización. Ninguno de los sujetos de este grupo obtuvo puntuaciones para el nivel alto de despersonalización. Por lo que ningún sujeto demuestra frialdad o distanciamiento hacia las víctimas que han sufrido dicha violencia.

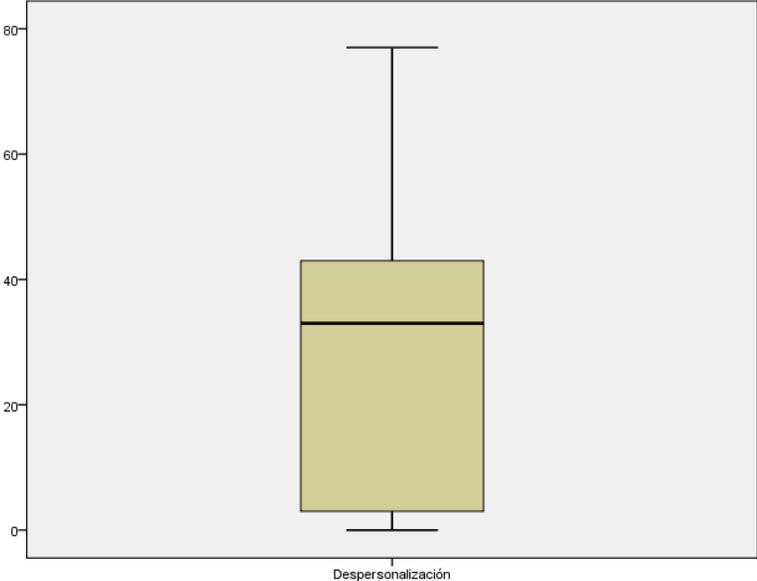
**TABLA 4.2.2.1. Principales estadísticos descriptivos de las puntuaciones totales de despersonalización**

<b>Despersonalización</b>	
Media	26.72
Mediana	33
Moda	0
Desviación Estándar	22.894

La media de las puntuaciones obtenidas para el aspecto de despersonalización se encuentra en 26.72, lo que indica que todos los oficiales de la Procuraduría de los Derechos Humanos evidencian un nivel bajo de despersonalización al trabajar con denuncias de violencia sexual.

La mediana es 33 lo que indica que ninguno de los oficiales experimenta despersonalización, ya que todos se encuentran por encima del promedio. La desviación estándar para los oficiales es de 28.894 lo que significa que los oficiales se encuentran dentro del promedio de la media.

**GRÁFICA 4.2.2.2. Distribuciones para el indicador de despersonalización**



El 100% de la muestra se encuentra ubicada dentro del promedio entre 35 y 45 para oficiales. Por lo que los oficiales muestran un nivel bajo de despersonalización.

**GRÁFICA 4.2.3. Porcentajes de las puntuaciones totales de realización personal**



De 25 oficiales que corresponden a la muestra total, el 80% (20 oficiales) muestran un nivel alto de realización personal, mientras que el 20% (5 oficiales) restante muestran un nivel bajo de realización personal. Por lo que se puede inferir que la mayoría de los oficiales se encuentran realizados personalmente con la labor que hacen.

**TABLA 4.2.3.1. Principales estadísticos descriptivos de las puntuaciones totales de realización personal**

<b>Realización Personal</b>	
Media	81.20
Mediana	85
Moda	100
Desviación Estándar	20.116

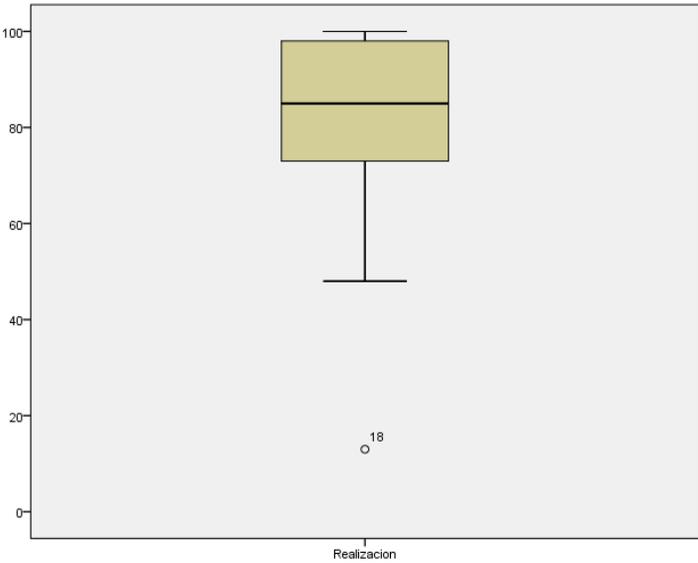
La media de las puntuaciones obtenidas para el aspecto de realización personal se encuentra en 81.20, lo que indica que todos los oficiales de la Procuraduría de los Derechos Humanos evidencian un nivel alto de realización personal en su trabajo.

La mediana es 85 por lo que más del 50% de ellos se encuentran por encima del promedio establecido y el porcentaje restante se encuentra por debajo.

La moda es de 100, por lo que los oficiales se encuentran por arriba del promedio establecido de la moda respecto a la realización personal.

La desviación estándar es de 20.116 lo que significa que el 80% de los sujetos muestran un nivel de realización personal por encima del promedio establecido.

**GRÁFICA 4.2.3.2. Distribuciones de las puntuaciones para el indicador de realización personal**



El 100% de la muestra se encuentra ubicada dentro del promedio entre 85 y 99 para oficiales. Por lo que los oficiales muestran un nivel alto de realización personal. Dentro de los oficiales existe un sujeto (18) que se encuentra por debajo del promedio de las puntuaciones de realización personal a comparación de los demás oficiales.

## Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático

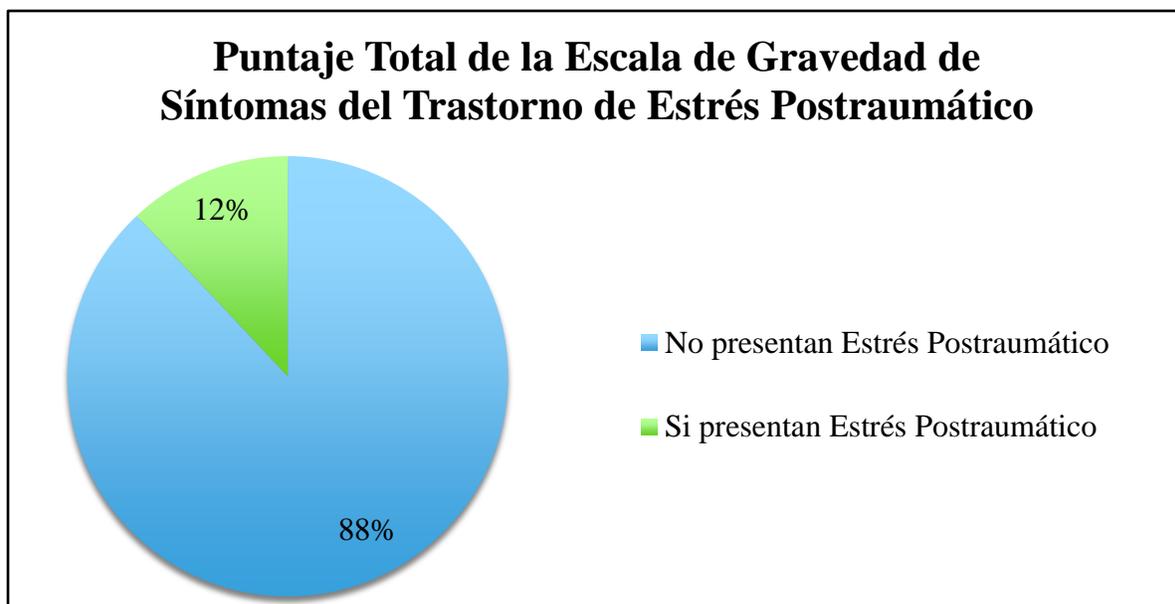
### 4.3. Resultados Totales

**TABLA 4.3.1. Puntuación total y porcentual por indicador**

Sujeto	Escala Global	DATOS			Escala Global	DATOS PORCENTUALES		
		Escalas Específicas				Escalas Específicas		
		Reexperimentación	Evitación	Aumento de la activación		Reexperimentación	Evitación	Aumento de la activación
1	0	0	0	0	0	0%	0%	0%
2	0	0	0	0	0	0%	0%	0%
3	0	0	0	0	0	0%	0%	0%
4	0	0	0	0	0	0%	0%	0%
5	0	0	0	0	0	0%	0%	0%
6	0	0	0	0	0	0%	0%	0%
7	0	0	0	0	0	0%	0%	0%
8	0	0	0	0	0	0%	0%	0%
9	0	0	0	0	0	0%	0%	0%
10	0	0	0	0	0	0%	0%	0%
11	6	1	5	0	12	2%	24%	0%
12	8	3	1	4	16	6%	5%	27%
13	11	2	4	5	22	4%	19%	33%
14	30	3	2	25	59	6%	10%	167%
15	22	7	7	8	43	14%	33%	53%
16	39	12	12	15	76	24%	57%	100%
17	3	1	2	0	6	2%	10%	0%
18	8	1	4	3	16	2%	19%	20%
19	11	3	3	5	22	6%	14%	33%
20	3	1	1	1	6	2%	5%	7%
21	0	0	0	0	0	0%	0%	0%
22	30	9	11	10	59	18%	52%	67%
23	8	0	3	5	16	0%	14%	33%
24	9	3	1	5	18	6%	5%	33%
25	0	0	0	0	0	0%	0%	0%

En la siguiente tabla se pueden evidenciar los resultados obtenidos a través de la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático. Los resultados burdos se demuestran en percentiles y se transformaron en porcentajes con la finalidad de facilitar el análisis de la información.

**GRÁFICA 4.3.1.1. Porcentaje total de la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático**



De 25 oficiales que corresponden a la muestra total, el 80% (22 oficiales) no padecen de Trastorno de Estrés Postraumático, mientras que el 12% (3 oficiales) restantes si lo padecen. Por lo que se puede inferir que la mayoría de los sujetos que atienden denuncias de violencia sexual no experimentan síntomas de dicho trastorno.

**TABLA 4.3.1.2. Principales estadísticos descriptivos de las puntuaciones totales de la escala global**

Escala Global	
Media	14.84
Mediana	6.00
Moda	0
Desviación Estándar	21.754
Varianza	473.223

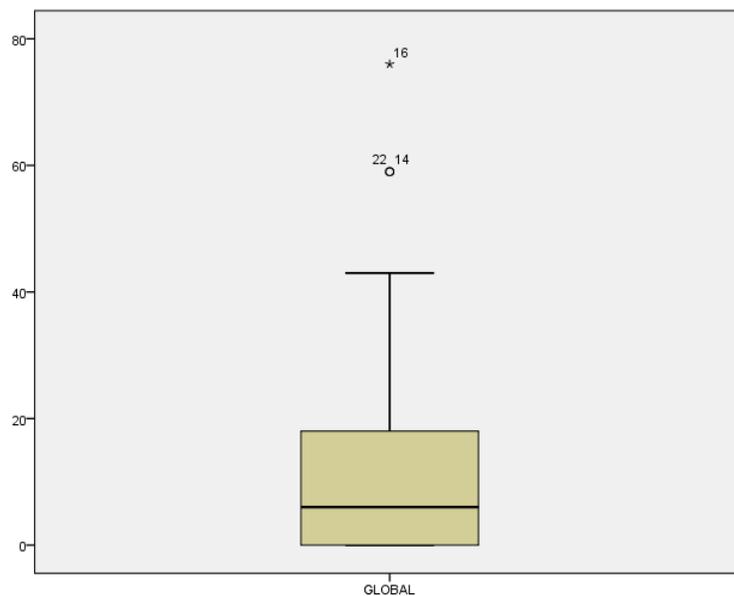
La media de las puntuaciones obtenidas para la escala global se encuentra en 14.84, lo que indica que la mayoría de los oficiales de la Procuraduría de los Derechos Humanos no presentan síntomas de estrés postraumático.

La mediana es 6.00 por lo que el 20% de ellos se encuentran por debajo del promedio de experimentar síntomas de estrés postraumático y el 80% se encuentran por encima del promedio.

La desviación estándar es de 21.754 lo que significa que la mayoría de los oficiales se encuentran dentro del promedio de la media, por lo que no presentan síntomas de estrés postraumático.

Respecto a la varianza que es 473.223 se puede decir que si existe una diferencia significativa ya que la mayoría de los oficiales no demuestran síntomas del trastorno de estrés postraumático.

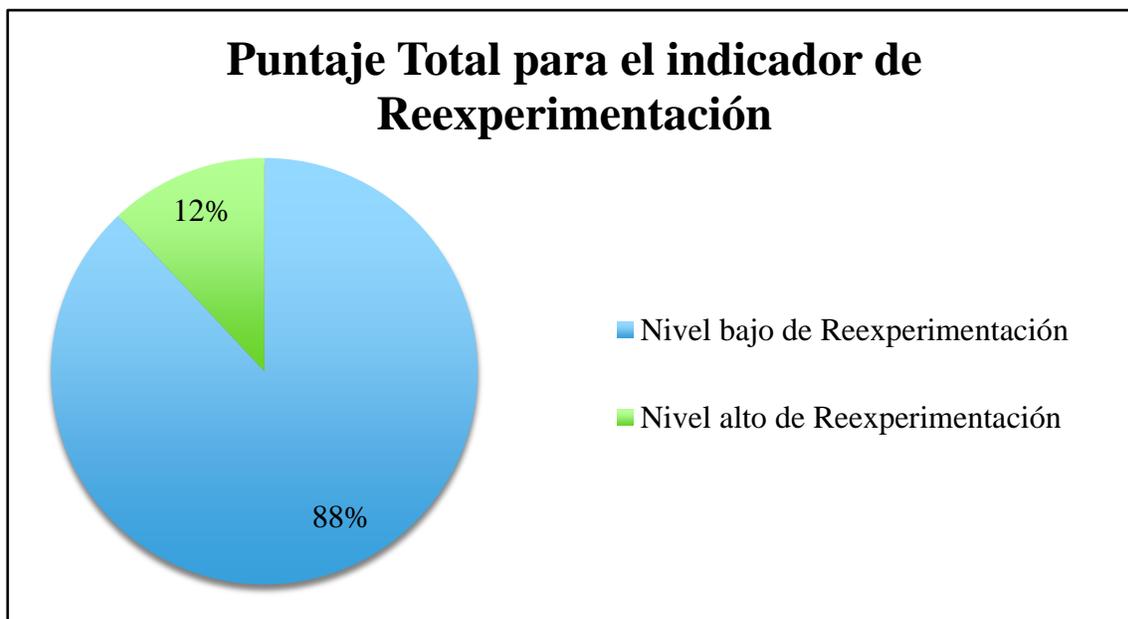
### GRÁFICA 4.3.1.3 Distribución de las puntuaciones para la escala global



El 100% de la muestra se encuentra ubicada dentro del promedio entre 10 y 20 para oficiales. Por lo que los oficiales muestran un nivel bajo de Estrés Postraumático. Dentro de los oficiales existe tres sujeto (14, 16, 22) que se encuentran por encima del promedio de las puntuaciones de Estrés Postraumático a comparación de los demás oficiales.

#### 4.4. Resultados Individuales

GRÁFICA 4.4.1 Porcentajes de las puntuaciones totales de reexperimentación



De 25 oficiales que corresponden a la muestra total, el 88% (22 oficiales) muestran un nivel bajo de reexperimentación, mientras que el 12% (3 oficiales) restantes muestran un nivel alto de reexperimentación. Por lo que se puede inferir que algunos de los oficiales padecen de sentimientos, sensaciones o pesadillas asociados a las denuncias de violencia sexual.

**TABLA 4.4.1.1. Principales estadísticos descriptivos de las puntuaciones totales de reexperimentación**

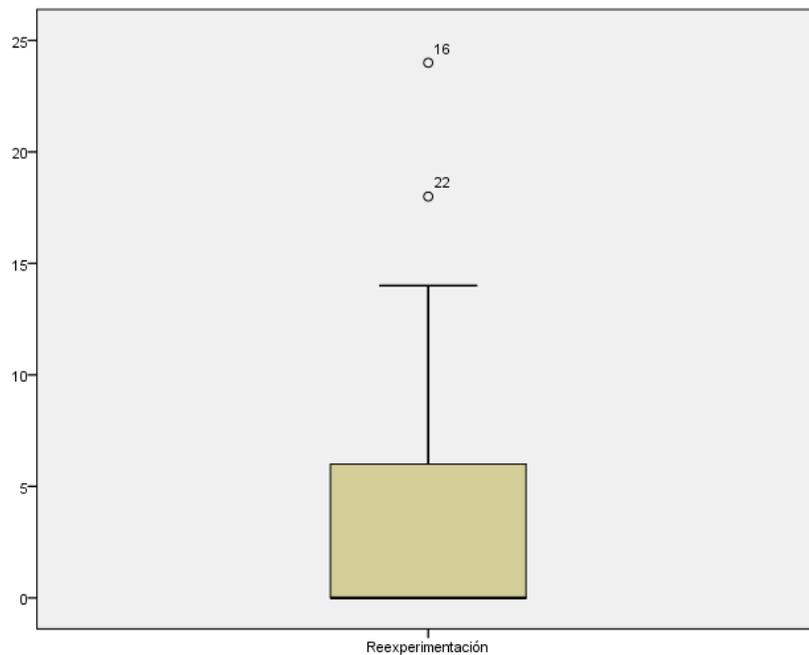
Reexperimentación	
Media	3.68
Mediana	0
Moda	0
Desviación Estándar	6.236
Varianza	38.893

La media de las puntuaciones obtenidas para el indicador de reexperimentación se encuentra en 3.86, lo que indica que la mayoría de los oficiales de la Procuraduría de los Derechos Humanos presentan un nivel alto de reexperimentación.

La desviación estándar es de 6.236 lo que significa que la mayoría de los oficiales se encuentran dentro del promedio de la media, es decir presentan un nivel bajo de reexperimentación.

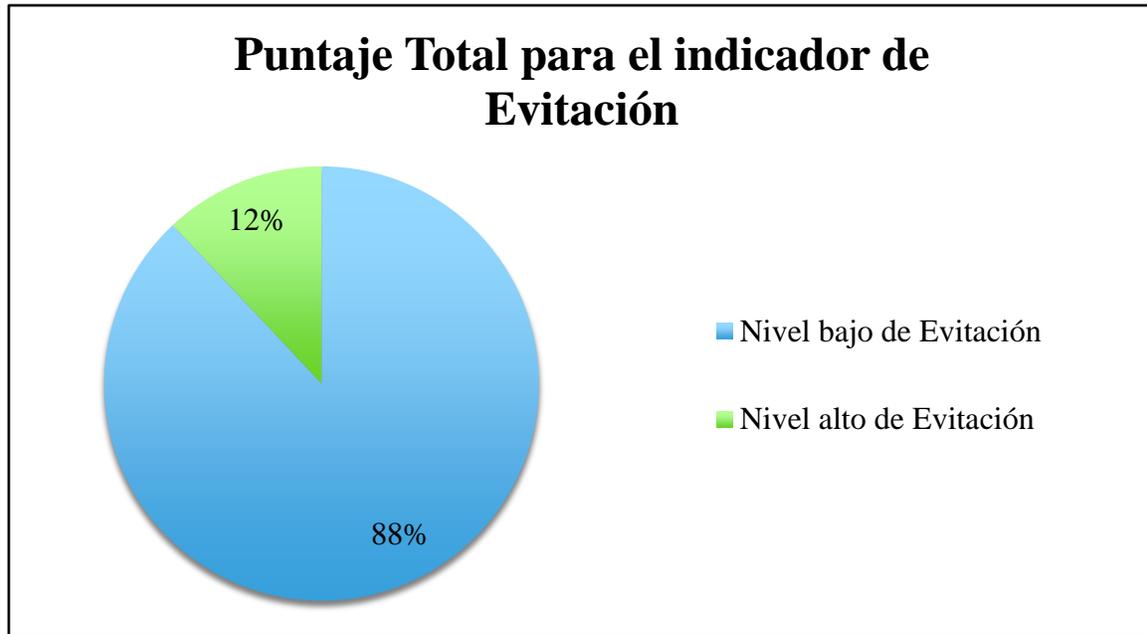
Respecto a la varianza que es 38.893 se puede decir que no existe una diferencia significativa ya que la mayoría de los oficiales no denotan reexperimentación.

**GRÁFICA 4.4.1.2. Distribución de las puntuaciones para el indicador de reexperimentación**



El 100% de la muestra se encuentra ubicada dentro del promedio entre 0 y 6 para oficiales. Por lo que los oficiales muestran un nivel bajo de reexperimentación. Dentro de los oficiales existen dos sujetos (16, 22) que se encuentra por encima del promedio de las puntuaciones de reexperimentación a comparación de los demás oficiales.

**GRÁFICA 4.4.2.1. Porcentajes de las puntuaciones totales de evitación**



De 25 oficiales que corresponden a la muestra total, el 88% (22 oficiales) muestran un nivel bajo de evitación, mientras que el 12% (3 oficiales) restantes muestran un nivel alto de evitación. Por lo que se puede inferir que algunos de los oficiales evitan los pensamientos, sensaciones o conversaciones relacionadas a las denuncias de abuso sexual.

**TABLA 4.4.2.2. Principales estadísticos descriptivos de las puntuaciones totales de evitación**

Evitación	
Media	10.68
Mediana	5.00
Moda	0
Desviación Estándar	16.015
Varianza	256.477

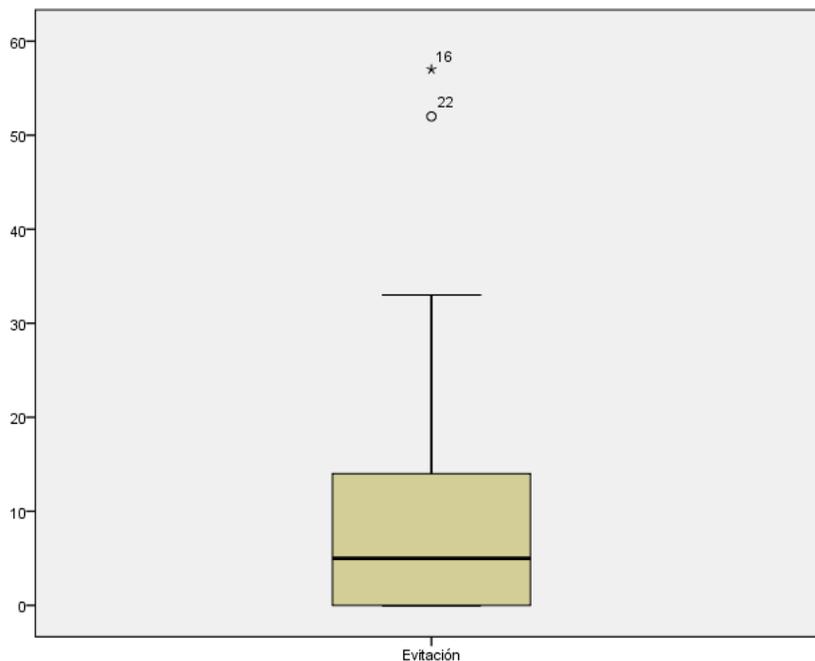
La media de las puntuaciones obtenidas para el indicador de evitación se encuentra en 10.68, lo que indica que la mayoría de los oficiales de la Procuraduría de los Derechos Humanos presentan un nivel bajo de evitación.

La mediana es 5.00 por lo que el 20% de ellos se encuentran por encima del promedio y el 80% restante se encuentra por debajo del promedio.

La desviación estándar es de 16.015 lo que significa que los oficiales se encuentran dentro del promedio de la media.

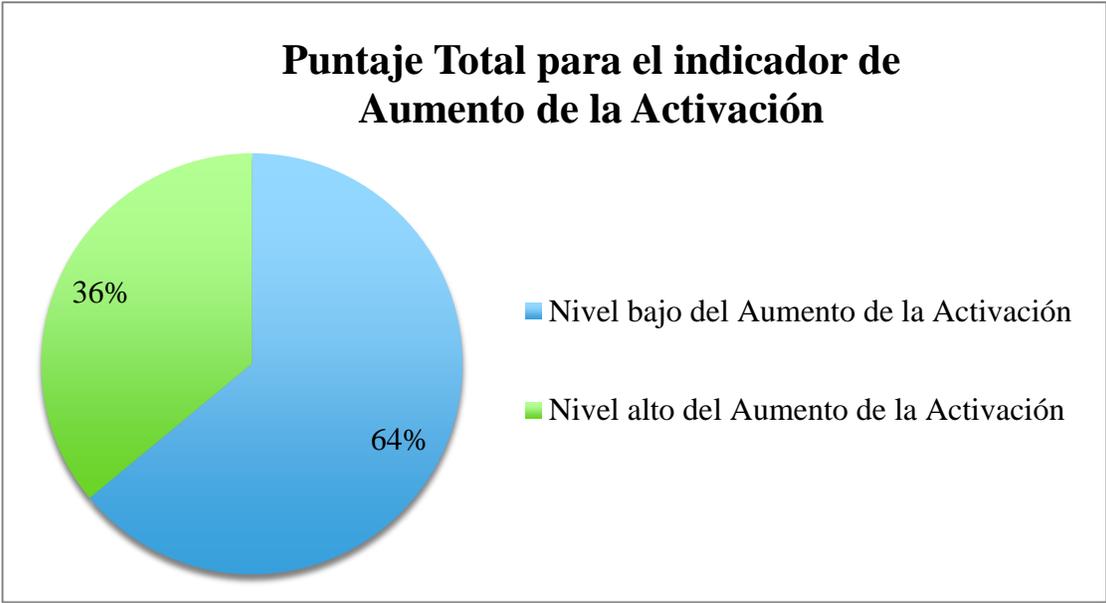
Respecto a la varianza que es 256.477 se puede decir que si existe una diferencia significativa ya que casi todos los oficiales no presentan evitación ante las denuncias de violencia sexual.

**GRÁFICA 4.4.2.3. Distribuciones de las puntuaciones para el indicador de evitación**



El 100% de la muestra se encuentra ubicada dentro del promedio entre 5 y 15 para oficiales. Por lo que los oficiales muestran un nivel medio de evitación. Dentro de los oficiales existen dos sujetos (16, 22) que se encuentra por encima del promedio de las puntuaciones de evitación a comparación de los demás oficiales.

**GRÁFICA 4.4.3.1. Porcentajes de las puntuaciones totales del aumento de la activación**



De 25 oficiales que corresponden a la muestra total, el 64% (16 oficiales) muestran un nivel bajo de aumento de la activación, mientras que el 36% (9 oficiales) restantes muestran un nivel alto de aumento de la activación. Por lo que se puede inferir que algunos de los oficiales evitan los pensamientos, sensaciones o conversaciones relacionadas a las denuncias de abuso sexual.

**TABLA 4.4.3.2. Principales estadísticos descriptivos de las puntuaciones totales del aumento de la activación**

<b>Aumento de la Activación</b>	
Media	22.92
Mediana	0
Moda	0
Desviación Estándar	39.575
Varianza	1566.160

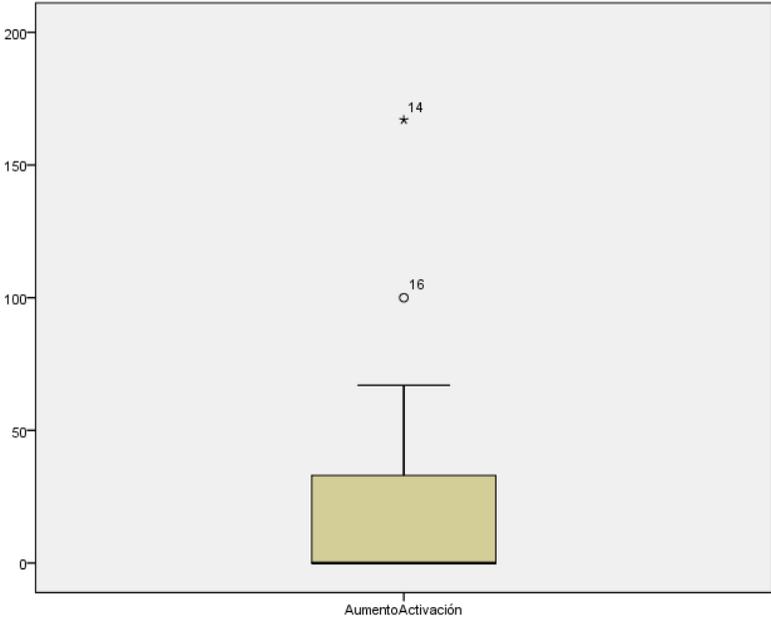
La media de las puntuaciones obtenidas para el indicador de aumento de la activación se encuentra en 22.92, lo que indica que la mayoría de los oficiales de la Procuraduría de los

Derechos Humanos presentan un nivel bajo del aumento de la activación ante los casos de violencia sexual.

La desviación estándar es de 16.015 lo que significa que los oficiales se encuentran dentro del promedio de la media.

Respecto a la varianza que es 1566.160 se puede decir que si existe una diferencia significativa ya que la mayoría de los oficiales no presentan un aumento de la activación al momento de recibir denuncias de violencia sexual.

**GRÁFICA 4.4.3.3. Distribuciones de las puntuaciones para el indicador del aumento de la activación**



El 100% de la muestra se encuentra ubicada dentro del promedio entre 0 y 40 para oficiales. Por lo que los oficiales muestran un nivel medio de aumento de la activación. Dentro de los oficiales existen dos sujetos (14, 16) que se encuentra por encima del promedio de las puntuaciones de aumento de la activación a comparación de los demás oficiales.

#### **4.5. Análisis de Resultados**

Los resultados de la presente investigación demostraron que en el grupo de oficiales evaluados estadísticamente no hay Síndrome de Burnout, esto es debido a que la media del indicador de Agotamiento Emocional (53.80) se encuentra dentro del rango de lo normal y la media del indicador de Realización Personal (81.20) se encuentra por encima del promedio.

Los resultados obtenidos en el indicador de Agotamiento Emocional evidencian que la mayoría de los oficiales que trabajan con casos de violencia sexual experimentan un estado emocional exhausto por las demandas laborales, así como, falta de energía y entusiasmo, frustración, tensión, una autoevaluación negativa, irritabilidad, descontento y pesimismo.

En el indicador referente a la Despersonalización ningún oficial experimenta actitudes de frialdad, distanciamiento, culpabilidad, agotamiento de energías, pérdida de interés y atención hacia las víctimas que han sufrido de dicha violencia.

En el indicador de Realización Personal en el Trabajo, casi todos los oficiales demuestran gusto por lo que realizan, evidenciándose satisfechos por brindar ayuda a las personas que lo requieren.

Respecto a la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático, la mayoría de los oficiales no presentan síntomas significativos, sin embargo, tres oficiales de la institución presentan algún síntoma referente al Trastorno y un sujeto en especial demuestra síntomas en las tres subescalas siendo estas reexperimentación, evitación y aumento de la activación. Por lo que se infiere que dichos individuos han experimentado alguna vez recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados al suceso traumático de las denuncias de violencia sexual.

De acuerdo con el indicador de Reexperimentación la mayoría de los oficiales han experimentado más de una vez sentimientos, sensaciones, pesadillas, sueños recurrentes,

reacciones físicas y emocionales desproporcionadas ante acontecimientos asociadas a los casos de violencia sexual.

En el indicador referente a la Evitación la mayoría de los sujetos demuestran intensa evitación o rechazo ante situaciones, lugares, pensamientos, sensaciones o conversaciones relacionadas con la violencia sexual, así mismo, pueden percibir pérdida de interés, bloqueo emocional e incluso aislamiento social.

En el indicador referente al Aumento de la Activación la mayoría de los oficiales entrevistados estadísticamente, han experimentado alguno de los siguientes acontecimientos como la dificultad para conciliar el sueño, hipervigilancia, problemas de concentración, irritabilidad, impulsividad y agresividad.

Por lo tanto se puede decir que los oficiales de la Procuraduría de los Derechos Humanos, demuestran autoeficacia al momento de atender denuncias de violencia sexual, pues brindan ayuda y apoyo a la víctima afectada. Sin embargo, a través de los indicadores emergentes la constante escucha activa en a cada caso, les genera cansancio emocional, tensión, estrés y pérdida de energía por lo que pueden desencadenar conflictos no solo en el ámbito laboral, sino también en el ámbito social y familiar impidiéndoles un desenvolvimiento adecuado generando problemas en su salud física y mental.

## V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Guatemala es un país en donde las personas son expuestas a distintos tipos de violencia día a día, por lo que existen diversas instituciones que velan por el cumplimiento y la seguridad de los habitantes, tal es el caso de la Procuraduría de los Derechos Humanos, quien se encarga de proteger y cumplir con los derechos de cada individuo. Dentro de dicha institución las víctimas de violencia se avocan por múltiples denuncias, entre ellas las de carácter sexual por lo que la presente investigación tuvo como objetivo general determinar el impacto psicológico en los oficiales de la Procuraduría de los Derechos Humanos al recibir las denuncias de violencia sexual.

La violencia sexual no solo afecta a las víctimas de maltrato, sino también a los profesionales que trabajan en beneficio de los individuos agredidos, ya que el estar escuchando casos de alto impacto como lo son las denuncias de violencia sexual, con una narrativa larga y cargada de detalles, puede generar en el profesional desequilibrio emocional, cansancio mental y físico, sentimientos de culpa, desesperación, llanto, pensamientos recurrentes del suceso, tristeza, agotamiento laboral, tensión, estrés postraumático, pérdida de energía, entre otros. Por lo que para la presente investigación se emplearon dos instrumentos, siendo estos el Cuestionario de Maslach Burnout Inventory y la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático con el fin de evaluar y determinar si los oficiales de la Procuraduría de los Derechos Humanos presentan impacto psicológico, síndrome de burnout o síntomas del trastorno de Estrés Postraumático al recibir las denuncias de violencia sexual.

Tras evaluar y analizar los antecedentes nacionales e internacionales, la teoría descrita y los resultados cuantitativos medidos estadísticamente, se determinó que no hay impacto psicológico en los oficiales de la Procuraduría de los Derechos Humanos que trabajan con denuncias o casos de violencia sexual. Así mismo, no presentan el Síndrome de Burnout, debido a que los indicadores de agotamiento emocional y realización personal no se encuentran por encima del promedio. Sin embargo, muchos sujetos experimentan síntomas significativos del síndrome ya que la mayoría de oficiales demuestra desgaste

emocional y mental ante diversos casos de alto impacto con contenido sexual generando pérdida de energía y motivación, estrés y tensión. Según los resultados obtenidos respecto al primer indicador, el 58% de los sujetos presenta un nivel alto de agotamiento emocional, mientras que el 48% no lo presenta. Esto coincide con la investigación de Parrilla (2013), quien realizó un estudio para establecer la existencia del Síndrome de Burnout en el personal de enfermería del Hospital Dr. Rodolfo Robles Valverde, por lo que no presentaron Síndrome de Burnout, sin embargo, si demostraron la presencia de algunos síntomas y características del síndrome relacionado al indicador de agotamiento emocional, demostrando que el 44% de la población estudiada presenta un nivel bajo, mientras que el 56% presenta un nivel medio.

En el segundo indicador, despersonalización; los resultados mostraron que el 100% de la población presenta un nivel bajo de despersonalización, es decir, los oficiales experimentan sentimientos y emociones ante las víctimas que sufren de violencia sexual. En contraparte Martínez (2010) en la investigación realizada a 20 médicos residentes que laboran en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, determinó que el 20% de los sujetos presentaron un nivel alto de despersonalización. Así mismo, Parrilla (2013) en su estudio indicó que el personal de enfermería del Hospital Dr. Rodolfo Robles Valverde, manifiestan algunos síntomas y características de despersonalización. Por lo que se puede comprender que no todas las personas que trabajan con pacientes que han experimentado alguna dificultad, se desensibilizan ante las víctimas o a sí mismos, como lo es el caso de los oficiales de la Procuraduría de los Derechos Humanos ya que muestran interés, preocupación y atención tanto al sujeto agredido como al rendimiento laboral. Constantemente mantienen una comunicación abierta con las personas que les rodea, evitando el distanciamiento, frialdad o culpabilizando a otros por las emociones que experimentan ante dichas denuncias.

Respecto al tercer indicador, realización personal en el trabajo; el 80% de los oficiales demostró un nivel alto, por lo que se infiere que los sujetos se sienten realizados con la labor que ejercen, mientras que el 20% presentó un nivel bajo. Esto coincide con el estudio de Parrilla (2013) en su investigación concluyó que la satisfacción personal del

personal de enfermería del Hospital Dr. Rodolfo Valverde no se vio afectada ya que las enfermeras se apoyan en sus creencias religiosas y sus necesidades económicas para mantenerse positivas y no experimentar síntomas graves del Síndrome de Burnout. Por otro lado, Martínez (2010) en su estudio demostró que el 30% de los médicos residentes presentan un nivel de realización personal, siendo en su mayoría sujetos de género femenino, mientras que el 70% de los sujetos restantes se encuentran en un nivel alto de realización personal. Así mismo, García (2015) en su trabajo titulado características resilientes presentadas por los oficiales de la Procuraduría de los Derechos Humanos de Guatemala ante la atención de denuncias, con una muestra conformada por 16 sujetos, determinó que la prevalencia de resiliencia en los oficiales fue del 100%, es decir, los sujetos muestran satisfacción personal en su trabajo, brindando un servicio ético y profesional a la víctima de maltrato. Por lo que en los estudios detallados la mayoría de los sujetos se encuentran realizados con su trabajo, brindando ayuda y atención a las personas que lo necesitan, considerándose personas autoeficaces capaces de realizar la labor designada de la manera más apropiada.

Por otro lado, según los resultados obtenidos cuantitativamente de la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático, el 88% de los oficiales no presentan estrés postraumático, mientras que el 12% restante si lo presentan. Dichos sujetos han experimentado alteración del sueño, sentimientos de desapego, incapacidad persistente de demostrar emociones positivas, disminución importante del interés o la participación en actividades significativas y reacciones fisiológicas, como dolores de cabeza, tensión entre otros. Esto coincide con Humes (2013) en su investigación sobre las consecuencias psicológicas ante las diligencias de levantamiento de cadáver y documentación de la escena del crimen que sufren los auxiliares fiscales del Ministerio Público de Chimaltenango, Guatemala, determinó que las consecuencias posteriores a un suceso traumático que experimentan los auxiliares fiscales en el ejercicio de sus funciones se encuentran: los trastornos de sueño en donde los sujetos refieren el insomnio como el principal padecimiento, estrés laboral, preocupación, tensión, problemas de concentración y atención. Así como tensión en la expresión facial, las sensaciones y afecciones gástricas, menor interés o placer por la mayoría de actividades cotidianas y pérdida de la sensibilidad

ante la exposición frecuente a cadáveres. Sin embargo, por medio de procesos psicoterapéuticos, terapias, programas conductuales, talleres, conferencias y técnicas se pueden disminuir los síntomas que se generan debido a un acontecimiento de alto impacto. Como lo explicaron los autores Guerra, Fuenzalida y Hernández (2009) en su estudio realizado en la Universidad del Mar en Chile, brindaron una intervención con enfoque Cognitivo-Conductual a 21 psicólogos clínicos que presentaban bajo autocuidado y alto estrés postraumático secundario debido a la labor que realizaban. Por lo que evidenció que los sujetos que participaron en el taller demostraron un aumento significativo en las conductas de autocuidado y disminuyeron sus niveles de desgaste. Así mismo, Meda, Moreno, Palomera, Arias y Vargas (2012) en su investigación sobre la evolución del Estrés Postraumático secundario realizado a bomberos y paramédicos de los servicios de Emergencia de Guadalajara, México, determinó que los paramédicos percibieron con mayor presión social y mayor nivel de comprensibilidad el trabajo, los bomberos con mayor percepción de sobrecarga laboral, mayor nivel de empatía y consecuencias sociales. Las mujeres se percibieron con mayor presión social en el trabajo y los hombres con mayor sobrecarga laboral y sentido del humor cuando deben de atender pacientes que presentan una emergencia. Por lo que se concluyó que si los profesionales que trabajan brindando ayuda ya sea a víctimas de violencia o individuos que experimenten cualquier tipo de problema, asisten a terapias psicológicas, lograrán modificar comportamientos, mejorarán el bienestar emocional, trabajarán traumas y lograrán equilibrar su vida personal. Por lo que los oficiales que no asisten a un proceso psicoterapéutico y tienen estrés postraumático, pueden experimentar conflictos emocionales, físicos, cognitivos y psicológicos que interfieren con el área laboral.

Respecto al primer indicador de la escala, Reexperimentación; el 88% de los oficiales demostró un nivel bajo de reexperimentación, mientras que el 12% presentó un nivel alto. Esto coincide con la teoría descrita, ya que los sujetos que si presentaron síntomas de dicho indicador, más de alguna vez tuvieron pesadillas repetitivas del hecho, recuerdos angustiantes del caso de violencia sexual, irritabilidad, tensión, frustración y preocupación por la víctima agredida. También concuerda con Sánchez (2007) dentro de los resultados de su investigación realizada a una mujer que presenció un asesinato, determinó que ella

experimentaba síntomas como recuerdos del acontecimiento recurrentes, en los que se incluyen imágenes y percepciones, sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento y episodios disociativos de recuerdos repetitivos.

El segundo indicador, siendo este evitación; el 88% de los oficiales de la Procuraduría de los Derechos Humanos demostraron un nivel bajo de evitación, mientras que el 12% restante presentaron un nivel alto. Por lo que la mayoría de los sujetos no evidencian falta de interés en las actividades normales, no evitan personas, lugares o pensamientos que le hagan recordar el hecho de la víctima que se avoca a la institución a colocar alguna denuncia de violencia sexual, no muestran menos expresión de estados de ánimo, ni sensaciones de tener un futuro incierto. Sin embargo los 3 oficiales restantes si mostraron experimentar más de alguno de los síntomas mencionados anteriormente. Al igual que lo describe Sánchez (2007) en su investigación demostró que la sujeto evaluada experimentó la evitación de lugares que motivaban los recuerdos del trauma así como la restricción de la vida afectiva.

En el tercer indicador, aumento de la activación; el 64% de los sujetos a estudio mostraron un nivel bajo del aumento de la activación, mientras que el 36% de ellos mostraron un nivel alto. Por lo que más de la mitad de los oficiales no presentan síntomas recurrentes del trastorno, sin embargo lo que denotaron un nivel alto, han presenciado dificultad para concentrarse, irritabilidad, dificultad para conciliar el sueño, hipervigilancia, entre otros. Esto coincide con Sánchez (2007) ya que en su estudio la mujer evaluada si experimentó temor al ver sangre y armas de fuego, dificultad para conciliar el sueño y ataques de irritabilidad.

Por otro lado, los oficiales que trabajan con denuncias de violencia sexual, comentan que muchas personas que son víctimas de este tipo de violencia o abuso, temen denunciar al agresor debido al constante miedo, culpa, vergüenza o temor de ser agredidas nuevamente, por lo que se rehúsan a solicitar o buscar apoyo por parte de distintas personas. Así como lo menciona Llamas (2011) en su tesis titulada Síndrome de acomodación en mujeres víctimas de abuso sexual en la infancia en proceso de psicoterapia, de la Universidad Rafael

Landívar, muchas de estas mujeres víctimas de abuso sexual en la infancia, mantuvieron el secreto por mucho tiempo. Lo hicieron por vergüenza culpa y miedo a las amenazas verbales y de la muerte hacia la víctima o algún familiar. Se sintieron desprotegidas luego de narrar el acontecimiento con un profesional dedicado a la atención contra la víctima. Sin embargo, varias consideraron que es necesaria la atención psicológica. Ya que luego de un acontecimiento de violencia se generan consecuencias a corto, mediano y largo plazo, así como como los pensamientos recurrentes, sentimientos, creencias irracionales, ideas paranoides, delirios, desequilibrio emocional, entre otros. Como lo explica Ralón (2007) en la investigación que realizó a una mujer de treinta y tres años de edad que se encontraba en proceso psicoterapéutico con el fin de establecer las secuelas psicológicas en la vida adulta del individuo víctima de incesto y violación sexual. Donde determinó que si existen secuelas psicológicas las cuales influyen en el desarrollo de su vida personal y familiar. En donde las principales secuelas manifestadas fueron sentimientos de culpa, deseo de venganza, dificultad en el control del temperamento, relaciones conflictivas con sus padres e hijo, baja autoestima, etc.

Debido a todos los sentimientos que experimentan las víctimas de violencia sexual, en muchas ocasiones se avocan a las instituciones que tienen como finalidad velar por el bienestar de la víctima. Sin embargo, muchos de los centros de atención como los hospitales no tienen los recursos o los medios para ayudar a las personas agredidas. Esto coincide con los autores Moreno, Barreto, Sanabria, González y Pinzón (2013) quienes en su artículo sobre la evaluación de la atención a víctimas de violencia sexual, realizada en 3 hospitales de Bogotá, identificaron algunos inconvenientes para brindar la asistencia necesaria a las víctimas de violencia sexual. Entre las limitaciones se encontraron los insumos, espacios físicos y recursos humanos, así como vacíos en los diagnósticos, registros y orientación interdisciplinaria de los casos.

Cabe mencionar que los oficiales que reciben las denuncias de violencia sexual, están involucrados al padecimiento de diversas enfermedades o síntomas que pueden afectar su salud mental, física, emocional y psicológica. Ya que los denunciados víctimas de violencia sexual en su mayoría son de género femenino y menores de edad. Por lo que los

individuos se encuentran más presionados a brindar la ayuda adecuada a este tipo de personas. Como lo mencionan Ochoa, Arteaga, Contreras y Orozco (2010) en su investigación titulada Estrés Postraumático y abuso sexual: Estudio descriptivo en víctimas denunciadas, Bucaramanga 2007-2008. Demostró que la mayoría de denunciadas eran mujeres entre los 5 y 14 años. El 79% de los casos ya habían experimentado un episodio de abuso más de una vez. Solo la tercera parte fueron denunciadas desde el primer episodio. El 88% eran menores de edad. Y el 95% de los abusadores eran conocidos o parientes.

De acuerdo con la recopilación de información, teórica, diversos antecedentes y los resultados obtenidos en la presente investigación, se puede concluir que no existe prevalencia del Síndrome de Burnout, ni el Trastorno de Estrés postraumático en los oficiales de la Procuraduría de los Derechos humanos. Sin embargo, si demuestran síntomas pertenecientes a cada indicador. Los sujetos se encuentran emocionalmente agotados por las sobrecarga de denuncias de violencia sexual, ya que estas contienen detalles de alto impacto que generan en los sujetos evaluados diversas emociones como enojo, irritabilidad, impaciencia y frustración. Es importante mencionar que a pesar de la ayuda que los oficiales brindan a las víctimas de violencia sexual, en ocasiones se sienten impotentes o incapaces por no erradicar con dicho problema, no obstante, al trabajar con denuncias de carácter sexual día a día, los sujetos no presentan un impacto psicológico significativo ante ellas ya que las catalogan como “normal”.

## VI. CONCLUSIONES

De acuerdo con los resultados obtenidos se concluye lo siguiente:

- Los oficiales de la Procuraduría de los Derechos Humanos no demuestran un impacto psicológico significativo respecto a las denuncias de violencia sexual.
- Según el Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) aplicado a los Oficiales de la Procuraduría de los Derechos Humanos, ningún sujeto experimenta el Síndrome de Burnout.
- El nivel del indicador de Agotamiento Emocional en la muestra de los oficiales de la Procuraduría de los Derechos Humanos, tuvo un valor por encima del promedio, lo que indicó que los sujetos a estudio manifiestan irritabilidad, frustración, tensión y falta de energía y entusiasmo respecto a las denuncias de violencia sexual.
- El indicador de Despersonalización en la muestra de los oficiales de la Procuraduría de los Derechos Humanos, tuvo un valor bajo lo que indicó que éste indicador no es significativo para establecer el diagnóstico del Síndrome de Burnout.
- El indicador de Realización Personal en la muestra de los oficiales de la Procuraduría de los Derechos Humanos, tuvo un valor alto, lo que determinó que los sujetos evaluados estadísticamente les gusta y aprecian su trabajo. Por lo que se sienten satisfechos al ayudar a las víctimas de violencia sexual.
- Se evidenció que un oficial de la Procuraduría de los Derechos Humanos no se siente realizado personalmente con su trabajo.
- De acuerdo con la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Posttraumático, la mayoría de los oficiales de la Procuraduría de los Derechos

Humanos no presentan síntomas de estrés postraumático por las denuncias recibidas de violencia sexual.

- Se evidenció que tres sujetos de la muestra estudiada si presentan estrés postraumático.
- Según el indicador de Reexperimentación en la muestra de los oficiales de la Procuraduría de los Derechos Humanos, tuvo un valor alto, lo que determinó que la mayoría de los sujetos experimentan pensamientos, sensaciones y sentimientos en relación a la víctima o el suceso de violencia sexual.
- El indicador de Evitación en la muestra de los oficiales de la Procuraduría de los Derechos Humanos, tuvo un valor alto, por lo que se infirió que casi todos los evaluados evitan algún acontecimiento, conversación, tema o pensamiento relacionado a la violencia sexual.
- El indicador de Aumento de la Activación en la muestra de los oficiales de la Procuraduría de los Derechos Humanos, tuvo un valor alto, por lo que se determinó que muchos de los sujetos han experimentado dificultad para conciliar o mantener el sueño, problemas de concentración, irritabilidad, tensión, ataques de ira o agresión.
- Se evidenció que un sujeto presenta síntomas de los indicadores de reexperimentación y evitación. Siendo estos, recuerdos recurrentes del acontecimiento que provocan malestar clínicamente significativo, sueños recurrentes, esfuerzos para evita sensaciones, pensamientos y sentimientos asociados al suceso traumático e incapacidad para recordar detalles del conflicto.
- Uno de los sujetos evaluados, experimenta diversos síntomas de los tres indicadores de la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático.

- Casi todos los sujetos se sienten satisfechos al brindar ayuda a las personas que son víctimas de violencia sexual.

## VII. RECOMENDACIONES

De acuerdo con los resultados obtenidos dentro de la presente investigación se recomienda lo siguiente:

A la Procuraduría de los Derechos Humanos:

- Que brinde espacios en donde el personal pueda llevar un proceso psicoterapéutico.
- Brindar talleres sobre el Síndrome de Burnout para que tengan conocimiento de cómo esto puede afectar su salud.
- Proponer conferencias sobre la importancia del cuidado de la salud física, mental y emocional.
- Asignar un número determinado de denuncias para cada persona con el fin de evitar la sobre carga laboral
- Realizar programas vivenciales de motivación laboral.
- Investigar sobre las consecuencias que pueden experimentar a corto, mediano y largo plazo las personas que trabajan con casos de diversos tipos de violencia.

A los oficiales que laboran dentro de la Institución:

- Posterior a la jornada laboral, realizar actividades recreativas con el fin de liberar tensión y estrés.
- Practicar algún deporte para mantener una salud física, mental y emocional adecuada.
- Asistir a un proceso psicoterapéutico con el objetivo de equilibrar su salud emocional y mental.
- Poner en prácticas técnicas para reducir el estrés.
- Abocarse algún centro de asistencia psicológica cuando reconozca algún síntoma del Síndrome de Burnout o del Trastorno de Estrés Postraumático.

A los profesionales de la salud mental y futuros investigadores:

- Que investiguen acerca de técnicas efectivas para controlar los síntomas del Síndrome de Burnout que experimentan sus pacientes.
- Que trabajen dentro de terapia los desencadenantes del acontecimiento que generó el estrés postraumático.
- A los profesionales que trabajan en empresas e instituciones que investiguen información e implementen programas abarcando origen, causas, consecuencias, síntomas y tratamiento para identificar y trabajar el Síndrome de Burnout y el Trastorno de Estrés Postraumático.

## VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Academy of Pediatrics (s.f). *El abuso sexual infantil: qué es y cómo prevenirlo.*

[En Línea] Recuperado de:

<http://www.wbco.net/pdf/Parenting%20Resources/Child%20Sex%20Abuse%20%28Spanish%29.pdf>

Arón, A. y Llanos, M. (2004). *Cuidar a los que cuidan: Degaste profesional y cuidado de los equipos que trabajan con violencia. Sistemas Familiares.* [En Línea]

Recuperado de:

[http://www.mineduc.cl/usuarios/convivencia\\_escolar/doc/201103041246460.Buen%20Trato%20UC\\_Cuidar\\_a\\_los\\_que\\_cuidan\\_desgaste\\_profesional\\_y\\_cuidado\\_de\\_los Equipos\\_que\\_trabajan\\_con\\_violencia.pdf](http://www.mineduc.cl/usuarios/convivencia_escolar/doc/201103041246460.Buen%20Trato%20UC_Cuidar_a_los_que_cuidan_desgaste_profesional_y_cuidado_de_los Equipos_que_trabajan_con_violencia.pdf)

Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.* (DSM-5), Barcelona: Masson. 5ª Ed. Arlington, VA,

Asociación Americana de Psiquiatría

Asociación Catalana para el tratamiento de la ansiedad y depresión, (s.f.). *Trastorno de estrés-postraumático: ¿Qué es el estrés postraumático.* [En línea] recuperado de:

[http://www.actad.org/actad\\_cas/estres.php](http://www.actad.org/actad_cas/estres.php)

Atlantic International University (s.f.). *Tipología de Hans Von Hentig: Centro de difusión de la victimología*. Recuperado de: [http://fmuraro.tripod.com/von\\_hentig.htm](http://fmuraro.tripod.com/von_hentig.htm)

Barrios, S. (2014). *Reportaje escrito sobre las causas y consecuencias de la violencia intrafamiliar contra la mujer*. (Tesis de licenciatura inédita). Universidad Rafael Landívar, Guatemala.

Calvente, M. (s.f). *Rompamos el silencio si sufriste abuso sexual: efectos o consecuencias a largo plazo del abuso sexual. Madrid*. [En Línea] Recuperado de:  
[http://www.abusosexual-hablemos.com/index.php?option=com\\_content&task=view&id=5&Itemid=20](http://www.abusosexual-hablemos.com/index.php?option=com_content&task=view&id=5&Itemid=20)

Castillo, S. (2001). *El síndrome de Burnout o síndrome de agotamiento profesional*. [En línea] Recuperado de: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-00152001000100004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-00152001000100004&script=sci_arttext)

Clínica Dam, (2011). *Trastorno de Estrés Postraumático*. [En Línea] Recuperado de: <https://www.clinicadam.com/salud/5/000925.html>

Código Penal, Congreso de Guatemala 17-2013, artículo 173 (2013).

Código Procesal Penal, Congreso de Guatemala 21-2009, artículo 117 (2009).

Consejo General del Poder judicial (s.f.). La denuncia. Recuperado de:

<http://www.micap.es/documentacion/Ladenuncia.pdf>

Declaración sobre los principios fundamentales de justicia para las víctimas de delitos y

del abuso de poder. Asamblea General de las Naciones Unidas, Resolución No, 40/34. (29/11/1985). Del Cogido Procesal Penal, Congreso de Guatemala 21-2009, p. 53. (2009).

DMedicina, (2015). Síndrome de Burnout. [En línea] Recuperado de:

<http://www.dmedicina.com/enfermedades/psiquiatricas/sindrome-de-burnout.html>

Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las

Mujeres, ONU MUJERES, (2009). Centro virtual de conocimiento para poner fin a la violencia contra las mujeres y niñas: causas, factores de riesgo y protección.

[En Línea] Recuperado de: <http://www.endvawnow.org/es/articles/300-causas-factores-de-riesgo-y-de-proteccion.html>

Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos, EFPA. (2003). Papeles del Psicólogo:

Psicología de la salud y psicología clínica. [En Línea] Recuperado de:

<http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=772>

Fiscalía Suprema de Control, FSC. (s.f.). ¿Qué es una denuncia?. Recuperado de:

<http://fsci.mpfm.gob.pe/index.php/component/content/article/126>

- García, M. (2014). Constitución de un observatorio con énfasis en la prevención de violencia (Municipio de Totonicapán sistematización de práctica profesional). (Tesis de licenciatura inédita). Universidad Rafael Landívar, Campus de Quetzaltenango, Quetzaltenango, Guatemala.
- García, S. (2015). Características resilientes presentadas por los oficiales de la Procuraduría de los Derechos Humanos de Guatemala, ante la atención de denuncias. (Tesis de licenciatura). Universidad Rafael Landívar, Campus Central, Guatemala, Guatemala.
- Gil-Monte, P., Carretero, N., Roldán, M., y Núñez, E. (2005). Prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en monitores de taller para personas con discapacidad. [En Línea] Recuperado de:  
[http://www.uv.es/unipsico/pdf/CESQT/Internos/2005\\_Gil\\_Monte\\_et\\_al\\_RPTO.pdf](http://www.uv.es/unipsico/pdf/CESQT/Internos/2005_Gil_Monte_et_al_RPTO.pdf)
- González, E., Pineda, C., González D., Serpa, J. y Callejas J. (2014). La violencia. [Monografía]. Recuperado de: <http://www.monografias.com/trabajos15/la-violencia/la-violencia.shtml>
- Guerra, C. Fuenzalida, A. y Hernández, C. (2009). Efectos de una Intervención Cognitivo-Conductual en el aumento de conductas de autocuidado y disminución del Estrés Traumático secundario en psicólogos clínicos. [En Línea] Recuperado de:

[http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082009000100007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082009000100007&script=sci_arttext)

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, M.P. (2010). *Metodología de la Investigación*. (5ª Ed.). México: McGraw Hill Educación; León, O.G. y Montero, I. (1997).

Horno, P., Santos, A., y Molino, C. (2001). *Abuso sexual infantil: Manual de formación para profesionales*. España: Save the children. [En Línea] Recuperado de: <http://www.savethechildren.es/docs/Ficheros/91/Manual.pdf>

Hospital San Juan Capestrano. (s.f.). *Signos y síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático*. [En Línea] Recuperado de: <http://www.sanjuancapestrano.com/trastornos/estrés-postraumatico/sintomas-efectos>

Humes, B. (2013). *Consecuencias psicológicas ante las diligencias de levantamiento de cadáver y documentación de la escena del crimen que sufren los auxiliares fiscales del Ministerio Público de Chimaltenango, Guatemala*. (Tesis de licenciatura inédita). Universidad Rafael Landívar. Campus central, Chimaltenango, Guatemala, Guatemala.

Instituto Tecnológico de Sonora. (s.f.). *Paradigma de Investigación Cuantitativo*. [En Línea] Recuperado de:

[http://biblioteca.itson.mx/oa/educacion/oa3/paradigmas\\_investigacion\\_cuantitativa/p11.htm](http://biblioteca.itson.mx/oa/educacion/oa3/paradigmas_investigacion_cuantitativa/p11.htm)

La página de la vida, (s.f). *Secuelas emocionales en las víctimas del abuso sexual.* [En Línea] Recuperado de: <http://www.proyectopv.org/3-verdad/ninosabusossecuelas.htm>

*Ley Contra la violencia sexual, explotación y trata de personas,* Congreso de Guatemala 9-2009, artículo 10 (2009).

López, L. y Rodríguez, V. (2012). *Violencia sexual contra los niños y las niñas: abuso y explotación sexual infantil.* España: Save the Children. [En Línea] Recuperado de: [http://www.savethechildren.es/docs/Ficheros/565/SC\\_Violencia\\_Sexual\\_contra\\_los\\_ninosylasninas.pdf](http://www.savethechildren.es/docs/Ficheros/565/SC_Violencia_Sexual_contra_los_ninosylasninas.pdf)

Llamas, Z. (2011). *Síndrome de acomodación en mujeres víctimas de abuso sexual en la infancia y en proceso de psicoterapia.* (Tesis de licenciatura). Recuperada de: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesis/2011/05/42/Llamas-Zonia.pdf> Contenido de Tesis (PDF)

Mansilla, F. (s.f). *El síndrome de burnout o síndrome de quemarse por el trabajo:* consecuencias del burnout para el trabajador. [En línea] Recuperado de: [http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/capitulo4\\_8.shtml](http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/capitulo4_8.shtml)

Mariscal, S. y Gutiérrez, B. (2003). *Programa integral de prevención del maltrato infantil por abuso sexual.* [En línea] Recuperado de:

[http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2077-21612003000100005&lang=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612003000100005&lang=es)

Martínez, C. (2012). *Prevalencia del Síndrome de Burnout en médicos residentes de tercer año del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt.* (Tesis de Licenciatura inédita).

Universidad Rafael Landívar, Campus de La Antigua Guatemala, Guatemala.

Meda, R., Moreno, B., Palomera, A., Arias, E. y Vargas, R. (2012). *La evaluación del Estrés postraumático secundario. Estudio comparado en bomberos y paramédicos de los servicios de Emergencia de Guadalajara, México.* [En Línea] Recuperado de:

[http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082012000200003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082012000200003&script=sci_arttext)

Miravalles, F. (s.f.). *Gabinete de Psicología: Síndrome Burnout.* [En línea] Recuperado de:

<http://www.javiermiravalles.es/sindrome%20burnout/Caracteristicas.html>

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala (2008). *Protocolo de*

*Atención a víctimas de violencia intrafamiliar.* Recuperado de:

<http://portal.mspas.gob.gt/files/Descargas/ProtecciondeSalud/progrmaSaludMental/Violencia%20intrafamiliar.pdf>

Moreno, S., Barreto, M., Sanabria, P., González, L. y Pinzón, A. (2013). Facultad nacional de la salud pública: Evaluación de la atención a víctimas de la violencia sexual: experiencia en tres hospitales de Bogotá. (Vol. 31.). Colombia. [En línea]  
Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/120/12028113007.pdf>

Observatorio Argentino de Violencia en las escuelas. (2009). La violencia en las escuelas desde una perspectiva cualitativa. (1 ed.). Buenos Aires, Argentina. [En Línea]  
Recuperado de:  
[http://www.me.gov.ar/construccion/pdf\\_observatorio/violencia\\_en\\_las\\_escuelas\\_2.pdf](http://www.me.gov.ar/construccion/pdf_observatorio/violencia_en_las_escuelas_2.pdf)

Ochoa, M., Arteaga, J., Contreras, L., y Orozco, L. (2010). Estrés postraumático y abuso sexual: Estudio descriptivo en víctimas denunciantes, Bucaramanga 2007-2008.  
[En Línea] Recuperado de: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-08072010000100004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-08072010000100004&script=sci_arttext)

Ojeda, T. (2006). El autocuidado de los profesionales de la salud mental que atienden víctimas de violencia sexual. [En Línea] Recuperado de:  
[http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/ginecologia/vol52\\_n1/pdf/a05v52n1.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/ginecologia/vol52_n1/pdf/a05v52n1.pdf)

Organización Panamericana de la Salud (2013). *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres: Violencia sexual.* Recuperado de:

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98821/1/WHO\\_RHR\\_12.37\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98821/1/WHO_RHR_12.37_spa.pdf)

Organización Mundial de la salud (2013). *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres: Violencia Sexual.* [En Línea] Recuperado de:

[http://www.paho.org/hq/index.php?cx=014283770845240200164%3Aprvkaxcnku0&q=violencia+sexual&searchword=violencia+sexual&sa=Buscar...&cof=FORID%3A0&searchphrase=all&scope=1&option=com\\_search&Itemid=40145&ie=utf8&site=who&client=amro\\_es&proxystylesheet=amro\\_es&output=xml\\_no\\_dtd&oe=utf8&getfields=doctype&ai=41037#gsc.tab=0&gsc.q=violencia%20sexual&gsc.page=1](http://www.paho.org/hq/index.php?cx=014283770845240200164%3Aprvkaxcnku0&q=violencia+sexual&searchword=violencia+sexual&sa=Buscar...&cof=FORID%3A0&searchphrase=all&scope=1&option=com_search&Itemid=40145&ie=utf8&site=who&client=amro_es&proxystylesheet=amro_es&output=xml_no_dtd&oe=utf8&getfields=doctype&ai=41037#gsc.tab=0&gsc.q=violencia%20sexual&gsc.page=1)

Orjuela, L. y Rodríguez, V. (2012). *Violencia sexual contra los niños y las niñas. Abuso y explotación sexual infantil.* [En Línea] Recuperado de:

[https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/violencia\\_sexual\\_contr\\_a\\_losninosylasninas.pdf](https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/violencia_sexual_contr_a_losninosylasninas.pdf)

Palacios, O. (2013). *Secuelas emocionales en niños y niñas que han perdido a uno de sus padres a causas de la violencia.* (Tesis de licenciatura inédita). Universidad Rafael

Landívar, Campus de La Antigua, Guatemala, Guatemala.

Parrilla, E. (2013). *Síndrome de Burnout en el personal de enfermería del Hospital Dr. Rodolfo Robles Valverde.* (Tesis de licenciatura). Universidad Rafael Landívar, Campus Central, Guatemala. Guatemala.

Pérez, M. (2004). *Violencia de Genero.* [En Línea] Recuperado de:

<http://www.cimacnoticias.com.mx/node/38431>

Procuraduría de los Derechos Humanos (2015). *Procuraduría de los Derechos Humanos.*

[En Línea] Recuperado de: <http://www.pdh.org.gt/derechos-humanos/que-son-los-derechos-humanos.html>

Profamilia Colombia (s.f.). *¿Qué es la violencia sexual?* [En Línea] Recuperado de

[http://www.profamilia.org.co/index.php?view=items&cid=17%3Aviolencia-sexual&id=319%3Ai-que-es-la-violencia-sexual-&option=com\\_quickfaq](http://www.profamilia.org.co/index.php?view=items&cid=17%3Aviolencia-sexual&id=319%3Ai-que-es-la-violencia-sexual-&option=com_quickfaq)

Proyecto Salud, (2011). *Síndrome de Burnout.* [En línea] Recuperado de:

<http://www.proyecto-salud.com.ar/shop/detallenot.asp?notid=5613>

Ralón, H. (2007). *Secuelas psicológicas en la vida adulta de una madre soltera víctima de incesto y violación sexual.* (Estudio de un caso). (Tesis de licenciatura).

Recuperado de: <http://biblio2.url.edu.gt/Tesis/05/42/Ralon-Soto-Hevellyn/Ralon-Soto-Hevellyn.pdf> Contenido de tesis (PDF)

Red Española contra la trata de personas. (s.f.). *Perfil de las víctimas y formas de coacción y de control.* [En Línea] Recuperado de:  
[http://www.accem.es/ficheros/documentos/pdf\\_trata/Perfil\\_victimas\\_y\\_formas\\_de\\_coaccion.pdf](http://www.accem.es/ficheros/documentos/pdf_trata/Perfil_victimas_y_formas_de_coaccion.pdf)

Rincón psicológico (2013). *Características de las víctimas y victimarios.* [En Línea]  
Recuperado de: <http://psicofisio2015.blogspot.com/2013/07/caracteristicas-de-las-victimas-y.html>

Ritchey, F. (2014,). *Investigación Cuantitativa.* [En Línea] Recuperado de:  
<https://www.clubensayos.com/Temas-Variados/Investigacion-Cuantitativa/1537485.html>

Ronzón, E. (s.f.). *Violencia Sexual.* [Monografía]. [En Línea] Recuperado de:  
<http://www.monografias.com/trabajos7/vise/vise.shtml>

Sánchez, M. (2007). *Aplicación de la terapia Cognitiva para disminuir los síntomas del trastorno por estrés postraumático en una mujer que presenció un asesinato.* (Tesis de licenciatura inédita). Universidad Rafael Landívar. Campus Central, Guatemala, Guatemala.

Villanueva, S. (2012). *Factores protectores en la prevención del abuso sexual infantil.* [En Línea] Recuperado de:

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-48272005000100003](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272005000100003)

Zetina, R. (2010). *Prevalencia e síntomas de estrés postraumático secundario a la práctica de linchamientos, en jóvenes de 15 a 17 años del municipio de Sololá, Sololá, Guatemala.* (Tesis de licenciatura inédita). Universidad Rafael Landívar, Guatemala.

## IX. ANEXOS

### 9.1 Carta de autorización para la realización del Trabajo de Graduación.

Directora de Recursos Humanos  
Licenciada Ana Lucrecia Villegas  
Presente

Me dirijo a usted por este medio, esperando se encuentre bien y cosechando toda clase de éxitos.

Actualmente estoy realizando mi práctica de asistencia psicológica en ésta Institución y deseo realizar mi proyecto de tesis por lo cual me permito solicitar su autorización a través de éste medio.

El proyecto de tesis se titula “Impacto psicológico en los Oficiales de la Procuraduría de los Derechos Humanos que reciben denuncias de violencia sexual”.

El objetivo de ésta tesis es determinar el impacto psicológico en los oficiales de la Procuraduría de los Derechos Humanos que reciben denuncias de violencia sexual por parte de las víctimas. La información obtenida se manejará de manera confidencial, la muestra requerida será de 25 oficiales y adjunto se encuentran los instrumentos requeridos para la aprobación.

Agradeciendo su atención a la presente y esperando poder contar con su autorización para el desarrollo de mi proyecto de tesis, me despido.

Atentamente,

---

Laura Cristina Toca Montepeque

---

Licda. Ana Lucrecia Villegas

---

Bo.Vo. Licda. Rosa María Ruiz de Cobo

## 9.2 FICHA TÉCNICA

<b>Nombre</b>	Cuestionario de Maslach Burnout Inventory
<b>Autores</b>	Maslach y Jackson
<b>Descripción</b>	Esta escala tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 90%, está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes y su función es medir el desgaste profesional. Este test pretende medir la frecuencia y la intensidad con la que se sufre el Burnout. Las respuestas a las 22 preguntas miden tres dimensiones diferentes: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal.
<b>Edad de aplicación</b>	18 a 60 años.
<b>Tiempo de aplicación</b>	10 a 15 minutos
<b>Administración</b>	Individual y grupal.
<b>Calificación</b>	<p>La clasificación de las afirmaciones es la siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cansancio emocional: Consta de 9 preguntas. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54. Ítems: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20.</li> <li>2. Despersonalización: Está formada por 5 ítems. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30. Ítems: 5, 10, 11, 15, 22.</li> <li>3. Realización personal: Se compone de 8 ítems. Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48. Ítems: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.</li> </ol> <p>La escala se mide según los siguientes rangos:</p> <p>0 = Nunca  1 = Pocas veces al año o menos  2 = Una vez al mes o menos  3 = Unas pocas veces al mes o menos  4 = Una vez a la semana  5 = Pocas veces a la semana 6 = Todos los días</p> <p>Con respecto a las puntuaciones se consideran bajas las por debajo de 34, altas puntuaciones en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera permiten diagnosticar el trastorno.</p>
<b>Validez y Confiabilidad</b>	Posee una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 90%.

### 9.3 CUESTIONARIO DE MASLACH BURNOUT INVENTORY

Señale la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia con que siente los enunciados:

0 = NUNCA

1 = POCAS VECES AL AÑO O MENOS    4 = UNA VEZ A LA SEMANA

2 = UNA VEZ AL MES O MENOS

5 = POCAS VECES A LA SEMANA

3 = UNAS POCAS VECES AL MES

6 = TODOS LOS DÍAS

1	Me siento emocionalmente agotado pro mi trabajo	
2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío	
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado	
4	Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes	
5	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	
6	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa	
7	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes	
8	Siento que mi trabajo me está desgastando	
9	Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo	
10	Siento que me he hecho más duro con la gente	
11	Me preocupa que éste trabajo me esté endureciendo emocionalmente	
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo	
13	Me siento frustrado en mi trabajo	
14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo	
15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes	
16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa	
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes	
18	Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes	
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en éste trabajo	
20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades	
21	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada	
22	Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas	

## 9.4 FICHA TÉCNICA

<b>Nombre</b>	Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático
<b>Autores</b>	Echeberúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua
<b>Descripción</b>	Esta escala, estructurada en un formato de tipo Likert de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad de los síntomas, consta de 17 ítems, de los que 5 hacen referencia a los síntomas de reexperimentación, 7 a los de evitación y 5 a los de hiperactivación.
<b>Edad de aplicación</b>	18 a 60 años.
<b>Tiempo de aplicación</b>	10 a 15 minutos
<b>Administración</b>	Individual.
<b>Calificación</b>	Se suman las puntuaciones obtenidas en cada una de las subescalas (reexperimentación 0-15, evitación 0-21 y aumento de activación 0-15), teniendo como rango total 0-51. Se suma también la puntuación total obtenida en la escala complementaria con un rango 0-39. Se evalúa la presencia del trastorno de estrés postraumático con 1 síntoma de reexperimentación, 3 de evitación y 3 en el aumento de la activación y la gravedad del mismo (agudo, crónico o inicio demorado). Se evalúa la gravedad del trastorno mediante puntos de corte en la escala global (15) y en las subescalas (5.6 y 4 respectivamente).
<b>Validez y Confiabilidad</b>	Su índice de consistencia interna es de 0.92. La validez convergente es alta y significativa 0.82. Posee una sensibilidad diagnóstica 100% y una especificidad del 93.7% por lo que la eficacia diagnóstica resultante sería del 95.45%, que se considera muy satisfactoria.

**9.5 ESCALA DE GRAVEDAD DE SÍNTOMAS DEL TRASTORNO DE  
ESTRÉS POSTRAUMÁTICO  
(Echeberúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua)**

**(Denuncias de Abuso Sexual)**

EDAD: \_\_\_\_\_

SEXO: M      F

Coloque en cada frase la puntuación correspondiente de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad del síntoma.

0: NADA

1: UNA VEZ POR SEMANA O MENOS/POCO

2: DE 2 A 4 VECES POR SEMANA/BASTANTE

3: DE 5 O MÁS VECES POR SEMANA/MUCHO

Coloque algún suceso traumático de abuso sexual

SUCESO TRAUMÁTICO: \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo hace que ocurrió (meses/años): \_\_\_\_\_

¿Desde cuándo experimenta le malestar? \_\_\_\_\_

**REEXPERIMENTACIÓN**

1. ¿Tiene recuerdos desagradables y recurrentes del suceso, incluyendo imágenes, pensamientos o percepciones? \_\_\_\_\_

2. ¿Tiene sueños desagradables y repetitivos sobre el suceso? \_\_\_\_\_

3. ¿Realiza conductas o experimenta sentimientos que aparecen como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo? \_\_\_\_\_
4. ¿Sufre de un malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso? \_\_\_\_\_
5. ¿Experimenta una reactividad fisiológica al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso? \_\_\_\_\_

### EVITACIÓN

1. ¿Se ve obligado a realizar esfuerzos para ahuyentar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociadas al suceso? \_\_\_\_\_
2. ¿Tiene que esforzarse para evitar actividades, lugares o personas que evocan el recuerdo del suceso? \_\_\_\_\_
3. ¿Se siente incapaz de recordar alguno de los aspectos importantes del suceso? \_\_\_\_\_
4. ¿Observa una disminución marcada de interés por las cosas o de la participación en actividades significativas? \_\_\_\_\_
5. ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a los demás? \_\_\_\_\_
6. Se siente limitado en la capacidad afectiva (por ejemplo incapaz a enamorarse)? \_\_\_\_\_
7. ¿Nota que los planes o esperanzas de futuro han cambiado negativamente como consecuencia del suceso (Por ejemplo, realizar una carrera, casarse, tener hijos, etc.)? \_\_\_\_\_

### AUMENTO DE LA ACTIVACIÓN

1. ¿Se siente con dificultad para conciliar o mantener el sueño? \_\_\_\_\_
2. ¿Está irritable o tiene explosiones de ira? \_\_\_\_\_
3. ¿Tiene dificultades de concentración? \_\_\_\_\_
4. ¿Está usted excesivamente alerta (por ejemplo separa de forma súbita para ver quien está a su alrededor, etc, desde el suceso)? \_\_\_\_\_
5. ¿Se sobresalta o se alarma más fácilmente desde el suceso? \_\_\_\_\_

Guatemala, 30 de Septiembre de 2015

Directora de Recursos Humanos  
Licenciada Ana Lucrecia Villegas  
Presente

Me dirijo a usted por este medio, esperando se encuentre bien y cosechando toda clase de éxitos.

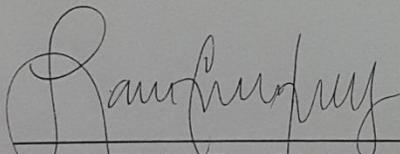
Actualmente estoy realizando mi práctica de asistencia Psicológica en esta Institución y deseo realizar mi proyecto de tesis por lo cual me permito solicitar su autorización a través de éste medio.

El proyecto de tesis se titula **“Impacto Psicológico en los oficiales de la Procuraduría de los Derechos Humanos que reciben denuncias de violencia sexual.”**.

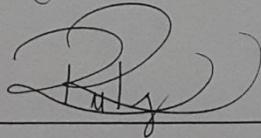
El objetivo de ésta tesis es determinar el impacto psicológico en los oficiales de la Procuraduría de los Derechos Humanos que reciben las denuncias de violencia sexual por parte de las víctimas. La información obtenida se manejará de manera confidencial. la muestra requerida será de 25 oficiales y adjunto se encuentran los instrumentos requeridos para la aprobación.

Agradeciendo su atención a la presente y esperando poder contar con su autorización para el desarrollo de mi proyecto de tesis, me despido.

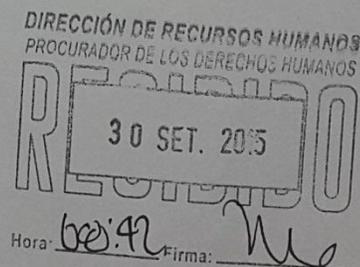
Atentamente,



Laura Cristina Toca Montepéque



Bo. Vo. Licda. Rosa María Ruiz de Cobo



Guatemala, 8 de octubre de 2015  
Ref. DRRHH Of. 1761-2015/ALVG-Inov

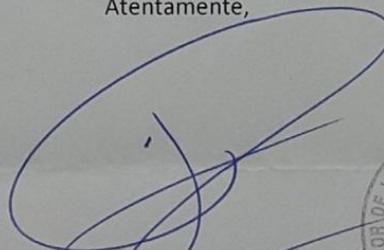
Señorita  
Laura Cristina Toca Montepeque  
Presente

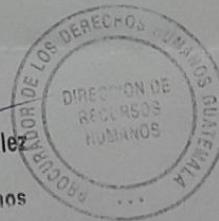
Señorita Toca Montepeque:

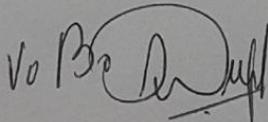
De manera atenta me dirijo a usted en atención a su solicitud para llevar a cabo su proyecto de Tesis titulado "Impacto Psicológico en los oficiales de la Procuraduría de los Derechos Humanos que reciben denuncias de violencia sexual".

Me permito informar que su solicitud ha sido aprobada, por lo que deberá llevar a cabo las coordinaciones respectivas con la Licenciada Ana Ingrid Veraly García García, Jefa de la Unidad de Prevención de Maltratos, a fin de no interrumpir las labores de los oficiales a entrevistar.

Atentamente,

  
Licda. Ana Lucrecia Villegas González  
Directora de Recursos Humanos  
Procurador de los Derechos Humanos





c.c. Dirección de Procuración  
Unidad de Prevención de Maltratos  
Departamento de Recepción y Calificación de Denuncias  
Archivo