



ORIGINAL

Detección de abuso sexual en una muestra de donantes de gametos en España



Vicenta Giménez Mollá ^{a,*} y Noelia Valladolid Baringo ^b

^a Hospital de Día Quirónsalud, San Sebastián, España

^b Consulta Privada de Psicología, Madrid, España, Dubái, Emirato de Dubái

Recibido el 29 de septiembre de 2016; aceptado el 3 de febrero de 2017

Disponible en Internet el 23 de marzo de 2017

PALABRAS CLAVE

Abuso sexual;
Gametos;
Donantes;
Infertilidad

Resumen

Introducción: Según estudios internacionales las estimaciones de prevalencia del abuso sexual en la infancia indican un promedio del 10% en varones y del 20% en mujeres, si bien estos porcentajes están sujetos a variabilidad. En España, en una muestra de 2.000 personas entrevistadas, encontraron una prevalencia de abuso sexual en la población general del 19% (23% mujeres y 15% hombres).

La Asociación Americana de Medicina Reproductiva recomienda la relativa exclusión de aquellos donantes de gametos con historia de abuso sexual no tratado por un profesional. El objetivo del estudio es valorar la idoneidad del proceso de donación en candidatos¹ a donantes identificados como víctimas de abuso sexual.

Material y método: El estudio se realiza en un centro de reproducción español durante los años 2014-2015, con un total de 170 candidatos evaluados (90% mujeres/10% hombres). El protocolo de evaluación de donantes consiste en una evaluación médica seguida por una evaluación psicológica elaborada por el psicólogo² de la unidad. Se utiliza entrevista clínica semiestructurada recomendada por el Grupo de Psicología de la Sociedad Española de Fertilidad, y se añade una pregunta específica para detección de abuso sexual.

Resultados: Todos los candidatos respondieron a la pregunta sobre abuso sexual. Un 8% de la muestra (100% mujeres, 85% españolas, 92% solteras, 39% con estudios secundarios, 38% universitarios, 69% con trabajo remunerado y 69% con motivación altruista de la donación) confirmó ser víctima de alguna forma de abuso. Tras una evaluación psicológica más específica en abuso sexual y trauma, todas ellas fueron aceptadas en el programa de donación.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: vicentagimenez@gmail.com (V. Giménez Mollá).

¹ A lo largo de todo este artículo se emplea el masculino plural para designar los 2 géneros, femenino y masculino.

² A lo largo de todo este artículo se emplea el masculino para designar a un profesional, quedando englobados los 2 géneros, femenino y masculino.

Conclusiones: Se considera necesaria la detección del abuso sexual en donantes de gametos en todas sus variantes, desde tocamientos involuntarios hasta la violación. El objetivo es proporcionar cuidado emocional a los donantes y garantizar su idoneidad en este proceso.

© 2017 Asociación para el Estudio de la Biología de la Reproducción y Sociedad Española de Fertilidad. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Sexual abuse;
Gamete;
Donors;
Infertility

Detection of sexual abuse in a sample of gamete donors in Spain

Abstract

Introduction: According to international research, estimates of prevalence of sexual abuse during childhood indicate an average of 10% in men and 20% in women, although these percentages are subject to variability. In Spain, through a sample of 2,000 respondents, they found a prevalence of sexual abuse in 19% (23% women and 15% men) within the general population.

The American Society for Reproductive Medicine recommends the relative exclusion of those gamete donors with a history of sexual abuse whom has not been treated by a professional. The aim of the study is to assess the suitability of the process of donation by candidates identified as victims of sexual abuse.

Material and method: The study was performed in a Spanish assisted reproduction hospital during the years 2014-2015, with a total of 170 candidates evaluated (90% female/10% male). The assessment protocol is that the donor medical evaluation is followed by a psychological evaluation prepared by psychologists of the recommended unit by the Group of Psychology of the Spanish Fertility Society. A semi-structured clinical interview was used and a specific question for detection of sexual abuse was added.

Results: All candidates responded to the question about sexual abuse. A total of 8% of the sample (100% female, 85% Spanish, 92% single, 39% with secondary education, 38% college, 69% gainfully employed and 69% with altruistic motivation for the donation) confirmed being a victim of some form of abuse. After a more specific psychological assessment in sexual abuse and trauma, all donors were accepted in the donation program.

Conclusions: The detection of sexual abuse in all its variations, from inadvertent touching to rape, is considered necessary in gamete donors. The aim is to provide emotional care to donors and ensure their suitability in the process.

© 2017 Asociación para el Estudio de la Biología de la Reproducción y Sociedad Española de Fertilidad. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Existen diferentes *definiciones de abuso y/o violencia sexual*, en función de los distintos marcos de referencia (judicial, protección infantil o clínico) pasando a citar solo aquellas relevantes para este estudio desde el ámbito de la protección infantil y clínico general.

Según la Organización Mundial de la Salud y las Naciones Unidas la *violencia y/o abuso sexual* comprende una amplia gama de actos, incluidos el coito sexual intentado o forzado, contacto sexual no deseado, obligar a un adulto o menor a participar en un acto sexual sin su consentimiento, comentarios sexuales no deseados, abuso sexual de menores, mutilación genital, acoso sexual, iniciación sexual forzada, prostitución forzada y la trata con fines sexuales, entre otros ([Secretario General de la O.N.U., 2006](#)).

Por su parte, la Asociación Americana de Psiquiatría, en su manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales ([DSM-5, 2014](#)) define el *abuso sexual infantil* (ASI) como cualquier tipo de actividad sexual con un niño, que esté destinada a proporcionar una satisfacción sexual a uno de los padres, un cuidador o cualquier otro individuo que tenga

alguna responsabilidad sobre el niño. Los abusos sexuales incluyen actividades tales como caricias en los genitales del niño, penetración, incesto, violación, sodomización y exhibicionismo indecente. También se incluye como abuso sexual cualquier explotación del niño, sin necesidad de contacto, por parte de un progenitor o cuidador, como por ejemplo, obligando, engañando, atrayendo, amenazando o presionando al niño para que participe en actos de satisfacción sexual a terceros, sin contacto físico directo entre el niño y su agresor.

En cuanto a la *violencia sexual adulta* por parte del cónyuge o pareja, en el DSM-5 se define como aquella violencia sexual ejercida con el uso de la fuerza física o la presión psicológica para obligar a la pareja a participar en un acto sexual en contra de su voluntad, tanto si el acto llega a realizarse como si no. El abuso sexual ejercido por parte de una persona distinta al cónyuge o pareja queda definido como aquel maltrato de tipo físico, sexual o emocional, con actos no accidentales que pueden generar daño o miedo significativos, actos sexuales forzados o bajo coacción y actos verbales o simbólicos que pudieran provocar daños psicológicos como por ejemplo acecharla, aislarla de su familia, humillarla, etc.

Rygaard (2012) utiliza diversos factores para definir el abuso sexual que al mismo tiempo sirven para valorar el grado de impacto en la víctima: a) en función de la edad de la víctima en el momento del abuso, ya que cuanto más baja es la edad de la víctima más graves son las consecuencias sobre su desarrollo psicosocial y físico; b) en función del grado de abuso y de intimidación física, aunque la intimidación puede ser solo verbal o visual, o más grave como roces en la piel, boca y órganos genitales. La penetración por la boca, la vagina o el ano son el grado más grave; c) en cuanto al número de incidentes el abuso repetido probablemente tendrá efectos más globales en el desarrollo del abusado; d) el grado de proximidad entre la víctima y el abusador generará diferentes niveles de apego paradójico, siendo el abuso parental el que mayor grado genere, seguido del abuso ejercido por personas próximas a la víctima y menor grado cuando son abusadores desconocidos; e) en cuanto al grado de negación, de disimulación y de estigmatización puede generar mayor sufrimiento si se presenta una negativa, en la familia o en el entorno próximo, a negar o a hacer a la víctima responsable, como por ejemplo las adolescentes violadas, generando una revictimización. No hay que olvidar que cuanto mayor es la diferencia de edad y de poder entre el abusador y la víctima, más grave es el abuso. Rind et al. (1998) observaron la gran variabilidad respecto al ajuste psicológico de las víctimas de ASI, de forma que no en todas ellas se desarrollarían dificultades a largo plazo.

Consecuencias psicológicas del abuso y violencia sexual

Según Cantón-Cortés et al. (2011) en las 3 últimas décadas los estudios han sugerido de forma consistente que el ASI se asocia a consecuencias psicológicas negativas en poblaciones adultas, variando desde la depresión y los problemas de autoestima hasta los trastornos sexuales y de la personalidad, siendo una de sus consecuencias más frecuentes el trastorno de estrés postraumático (TEPT) (Kingston y Raghavan, 2009).

Fleming et al. (1999), en estudios a largo plazo sobre los efectos del ASI, encontraron asociaciones significativas entre este y la experiencia de violencia doméstica, violación, problemas sexuales, problemas de salud mental, baja autoestima y problemas con las relaciones íntimas. Las mujeres que habían tenido la experiencia de abuso, incluyendo el coito, eran las más vulnerables a estos resultados negativos.

La evidencia indica que las consecuencias para la salud reproductiva, sexual, física y psicosocial de las víctimas de la violencia sexual pueden ser severas y duraderas (Jewkes et al., 2003) y la prevalencia de síntomas o signos que hacen pensar en trastornos psiquiátricos ha sido del 33% para las mujeres con antecedentes de abuso sexual durante la edad adulta y del 15% para las que tenían antecedentes de violencia física por parte de su pareja (Mullen et al., 1988). La violencia sexual perpetrada por la pareja, según Jewkes et al. (2003), agrava los efectos de la violencia física sobre la salud mental.

Choquet et al. (1997) encontraron en una muestra de adolescentes en Francia relación entre haber sido víctima de una violación y las dificultades actuales para dormir,

síntomas depresivos, afecciones somáticas, consumo de tabaco y problemas conductuales de tipo huida, comportamiento agresivo, robo y ausentismo escolar. Diversos estudios señalan que aunque se reciba tratamiento pos-traumático, hasta el 50% de las mujeres conservan ciertos síntomas de estrés (Foa et al., 1999; Tarrier et al., 1999).

Relación entre el abuso-violencia sexual y los donantes de gametos

La American Society for Reproductive Medicine (2013), la Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología (Beatens, 2002) y el Grupo de Interés de Psicología de la Sociedad Española de Fertilidad (Roca et al., 2016) recomiendan la relativa exclusión de aquellos donantes de gametos con historia de abuso sexual no tratado por un profesional, siendo responsabilidad de los centros garantizar la seguridad y calidad de los programas de donación de gametos. La Directiva Europea 2006/17/C.E., Real Decreto 1301/2006, refiere que en la evaluación se tendrán en cuenta los factores que ayuden a identificar y descartar a las personas cuya donación pudiera constituir un riesgo para la salud de terceros o un riesgo para ellas mismas (Lasheras y Clúa, 2012) y la Ley de Reproducción Humana Asistida en España (Ley 14/2006), en su artículo 5, apartado 6, refiere que los donantes deberán tener buen estado de salud psico-físico y plena capacidad de obrar.

Tras una revisión exhaustiva, son muy pocos los estudios internacionales hallados y, ninguno nacional encontrado, que citen la detección y/o evaluación del abuso-violencia sexual en muestras de donantes de gametos. Purewal y Van den Akker (2009) llevaron a cabo una revisión bibliográfica en inglés de los estudios existentes sobre factores psicosociales que determinan la donación de ovocitos. En ella se hallaron 64 publicaciones de las cuales solo algunas relacionaban abuso sexual con donantes de gametos. Schover et al. (1990) evaluaron 26 candidatas a donación de ovocitos y encontraron que estas eran significativamente más propensas que las controles a haber experimentado al menos un trauma emocional y, entre ellos, figuraba el abuso sexual. Lindheim et al. (1998), en una muestra de 166 candidatas a donación de ovocitos, hallaron entre las razones de exclusión 13 casos de psicopatología, entre ellos 3 con abuso sexual pasado no resuelto.

El objetivo de nuestro estudio es detectar y evaluar la presencia de abuso-violencia sexual en una muestra de candidatos a donación de gametos en España y valorar su idoneidad psicológica, según los criterios establecidos en la Ley 14/2006, artículo 5, para llevar a cabo el proceso de donación, así como para evitar una posible revictimización.

Material y método

El estudio se realiza con una muestra local de donantes de un hospital privado durante el periodo comprendido de enero de 2014 a diciembre de 2015. Durante ese periodo de tiempo acudieron al centro un total de 170 candidatos que fueron evaluados. La muestra corresponde a un 90% de mujeres y un 10% de hombres. Con los datos obtenidos se lleva a cabo un análisis descriptivo.

Todos los candidatos a donación de gametos que acuden al hospital son primeramente informados respecto al proceso de selección y evaluación (aspectos legales, médicos y psicológicos) por parte del personal médico y/o biólogo del laboratorio de la unidad de reproducción asistida (URA).

Aquellos candidatos que inicialmente cumplen los prerequisitos para ser donantes de gametos (ejemplo, edad comprendida entre 18 y 35 años), firman un consentimiento informado para iniciar el proceso de evaluación, garantizando veracidad sobre la información proporcionada. El *protocolo de evaluación de donantes* comprende 2 partes. La primera es una evaluación médica, y una vez superada esta los candidatos a donantes inician la evaluación psicológica. La **evaluación médica** comprende una exhaustiva anamnesis clínica, además de otras pruebas médicas y biológicas establecidas en la [Ley 14/2006](#) sobre reproducción humana asistida. Antes de llevar a cabo la *evaluación psicológica* todos los candidatos son informados de nuevo por el profesional de psicología sobre los aspectos legales del procedimiento y firman una hoja de consentimiento informado.

La evaluación psicológica comprende 2 partes:

- 1) Una *evaluación psicométrica*, con el *Inventario de evaluación de la personalidad (PAI)*. Este cuestionario proporciona una evaluación global de la psicopatología en adultos, con escalas clínicas centradas en los trastornos más relevantes en la práctica clínica de tipo quejas somáticas, ansiedad, depresión, manía, paranoia, esquizofrenia, rasgos límites y problemas con el alcohol y las drogas, así como apoyo social. Se emplea su versión abreviada informatizada.
- 2) Una *entrevista clínica semiestructurada*, elaborada por el Grupo de interés de psicología de la Sociedad Española de Fertilidad a la que se añade, en la sección de sexualidad, una pregunta específica sobre abuso-violencia sexual. Antes de realizar esta pregunta se anuncia al entrevistado la vinculación con su propia intimidad sexual. El candidato no estaría obligado a proporcionar más detalles de los que esté dispuesto a dar (para evitar una «revictimización», es decir, que pueda revivir sus vivencias de víctima), siendo «sí» o «no», una respuesta por sí misma válida para el objetivo del estudio, y precisando máxima sinceridad en su respuesta. La pregunta sería: «¿Alguna vez te ha ocurrido que alguien te haya incomodado dentro del ámbito de la sexualidad...?» (esperar a que el donante conteste y valorar el grado de congruencia entre la comunicación verbal y no verbal de su respuesta) «... te ha acosado verbalmente... (pausa) ...te ha tocado sin tu consentimiento... (pausa)..., te ha forzado u obligado a mantener algún tipo de actividad sexual que tú no querías?». Si el candidato responde afirmativamente se le dará la oportunidad de añadir más información. Si no lo desea se continúa con la entrevista y al finalizar la evaluación se valorará su idoneidad en este proceso. El tiempo transcurrido desde el abuso y la dificultad o facilidad para hablar sobre ello son un indicativo del grado de impacto psicológico y posible presencia de TEPT. Habrá que valorar hasta qué punto la exposición reiterada ante el ginecólogo puede ser perjudicial emocionalmente para la posible donante. Si el candidato rechaza contestar la pregunta o presenta

incongruencia en su respuesta, se continúa con la entrevista y al finalizar el proceso de evaluación se indica lo ocurrido con el objetivo de poder obtener más información y valorar su grado de idoneidad.

Esta entrevista, a su vez, complementa la evaluación psicométrica previa, evaluando indirectamente las consecuencias negativas del abuso o violencia sexual en aquellos candidatos que responden afirmativamente a la pregunta sobre abuso, prestando especial atención en detectar síntomas de ansiedad, depresión, trastornos sexuales, TEPT y trastornos de la personalidad, siguiendo criterios del DSM-5.

Para valorar el *grado de abuso* se tienen en cuenta 3 niveles: nivel 1, acoso verbal, hostigamiento y exposición de genitales; nivel 2, contacto físico no intrusivo como caricias, tocamientos, frotación y masturbación; nivel 3, contacto físico intrusivo con presencia de genitalidad oral, violación genital o anal. Asimismo, se evalúan los factores de abuso descritos anteriormente por Rygaard y el DSM-5, así como el impacto de las consecuencias del abuso (sin remisión, en remisión parcial, en remisión total), si se dio credibilidad o no al abuso, si la víctima fue protegida, si la víctima recibió tratamiento psicológico y si el abuso fue cometido hace más de 6 meses (para valorar presencia de posible TEPT). En la [tabla 1](#) se expone un resumen de los criterios utilizados para valorar el impacto psicológico del abuso sexual.

La *decisión final* sobre el grado de *idoneidad del candidato* en el proceso de donación, y en el supuesto que nos ocupa de abuso-violencia sexual, responde a 3 cuestiones básicas: 1) *¿es negativo el proceso de donación para el candidato?* El proceso de donación en sí mismo ha de evitar revictimizar al candidato, así como reactivar síntomas de TEPT, prestando especial atención a la fecha en que ocurrió el abuso, los síntomas que presentó y la evolución; 2) *¿está capacitado el donante en su estilo de vida para llevar a cabo el proceso de donación?* Las víctimas de ASI presentan mayor incidencia de trastornos de la personalidad en la vida adulta, por lo que ante trastornos de la personalidad los candidatos no serán aceptados, al ser, presumiblemente, su estilo de vida no compatible con realizar el proceso de donación; y 3) *¿se puede garantizar salud psicofísica del candidato ante los receptores?* Los síntomas de abuso-violencia sexual han de presentar franca remisión total, garantizando su buena salud psicofísica actual. En general, si alguna de estas 3 preguntas es negativa, el candidato es rechazado.

Todos los candidatos aceptados, y en particular aquellos con historia de abuso sexual, han de presentar niveles por encima de 80 en la *Escala de Evaluación de la Actividad global* del DSM-IV (rango de 0-inadecuación a 100-actividad satisfactoria sin síntomas), en un *continuum* de salud-enfermedad, donde se evalúa la actividad psicológica, social y laboral. En la actualidad esta escala no está presente en el DSM-5, si bien presenta un mayor ajuste para el objetivo de evaluación de este estudio.

Resultados

Descripción de la muestra

La edad media de los candidatos estudiados es de 22,5 años. La media de edad de las mujeres es de 22,7 años, mientras

Tabla 1 Criterios de evaluación del impacto psicológico del abuso sexual e idoneidad psicológica de los donantes de gametos

Criterios	
<i>Trastornos de personalidad</i>	
Trastornos y síntomas clínicos	Quejas somáticas Trastorno estrés postraumático Trastornos adaptativos Depresión Ansiedad y fobias Adicciones Trastornos sexuales Otros
<i>Dificultades psicosociales/ambientales</i>	Escala de evaluación de la actividad global (DSM-IV, 1995)*
Criterios específicos del abuso	Nivel de abuso*
	Nivel 1 Nivel 2 Nivel 3
	Tipo episodio
	Único Recurrente
	Victimización
	Sí se da credibilidad a la víctima Sí hay protección víctima Recibe tratamiento psicológico
	Perfil del abusador
	Conocido o no Relación con la víctima
	Edad en abuso

* Niveles de abuso. Nivel 1: acoso verbal, hostigamiento y exposición de genitales; nivel 2: contacto físico de baja intrusividad (caricias, tocamientos, frotación y masturbación); nivel 3: exposición de alta intrusividad física (contacto genital oral, violación genital y/o anal).

que la de los hombres es de 20,8 años. Siguiendo los datos expuestos en la [tabla 2](#) la muestra se caracteriza por un elevado porcentaje de candidatos sin pareja (86%), españoles (83%) y con estudios secundarios (50%) y universitarios (38%). Casi la mitad de los evaluados (49%) señaló tener trabajo remunerado en la actualidad y un 58% indicó desarrollar un tipo de motivación altruista para la donación.

A diferencia de la muestra femenina, que no difiere significativamente de los datos de la muestra total, la muestra masculina en su totalidad se compone por hombres solteros o sin pareja, todos ellos españoles, y un 76% con estudios universitarios, porcentaje superior al de las mujeres, con un 33% de universitarias. El 88% de los candidatos señaló no estar trabajando, frente al 47% de las mujeres candidatas. En cuanto al grado de motivación se midió con una escala de 0 a 10, siendo 0 ninguna motivación y 10 el máximo de motivación. El 65% de los hombres indicó una motivación altruista para la donación, con un nivel entre el 7 (29%), 8 (23%) y 9 (23%), sin diferencias significativas.

Entre las escalas de medida de validez del test PAI, es significativa la interpretación del perfil denominado «impresión positiva». Puntuaciones altas en esta escala ($PT > 55$) sugieren que el candidato ha intentado mostrarse libre de los defectos comunes que la mayoría de las personas están dispuestas a admitir, por lo que cabe la posibilidad de que no

estén siendo sinceros e intenten falsear los resultados para mostrarse ante el evaluador con características más positivas de las que realmente tienen. Se considera puntuación muy alta $PT \geq 60$. En la muestra evaluada encontramos un 50,6% de $PT > 55$, no presentando diferencias entre sexos (mujeres = 51%; hombres: 47,1%) y un 30,6% en $PT \geq 60$ (mujeres = 31,4%; hombres = 23,5%).

Donantes y abuso sexual

Todos los candidatos respondieron a la pregunta sobre abuso sexual, reportando un 8% de la muestra ser víctima de alguna forma de abuso. El 100% de la muestra abusada estaba comprendida por mujeres, dentro de las cuales el 85% eran españolas, el 92% solteras, el 38% con estudios universitarios y el 39% con estudios secundarios o de tercer grado. El 69% de las mujeres informó de un trabajo remunerado y también un 69% presentaba como primera motivación para la donación la altruista, aunque consideraba que la compensación económica establecida en la ley, favorecía el proceso de donación.

Un nivel 9 de motivación para la donación fue señalado por un mayor porcentaje de la muestra abusada (46%), mientras que el porcentaje mayor de la muestra no abusada (39%) indicó un nivel 8.

Tabla 2 Características de la muestra

	% Total N = 170	% Mujeres N = 153	% Hombres N = 17	% Abusadas N = 13
<i>Estado civil</i>				
Soltero	86	85	100	92
Casado/convive pareja	12	13	-	8
Divorciado/separado	2	2	-	-
<i>Nacionalidad</i>				
Español	83	81	100	85
Extranjero	17	19	-	15
<i>Estudios</i>				
Primarios	12	14	-	23
Secundarios	50	53	23,5	39
Universitarios	38	33	76,5	38
<i>Trabajo actual</i>				
Sí	49	53	12	69
No	51	47	88	31
<i>Motivación para donar</i>				
Altruista	58	57	65	69
Económica	42	43	35	31

Característica de los abusos sexuales

Como se muestra en la [tabla 3](#), la edad media actual de las mujeres abusadas es de 24,4 años, si bien la edad media en la que sufrieron los abusos disminuye a 17,9 años. Es decir, un 54% de ellas sufrió el abuso siendo una menor de 18 años, siendo a los 10 años la edad mínima hallada en este estudio. Todas las víctimas señalaron conocer al abusador. Si bien no todas especificaron el autor del abuso, un 31% indicó ser abusada por su pareja actual o expareja, un 18% por un familiar (padrastro, primo) y un 38% por otras personas conocidas (un compañero de piso, un amigo de la pandilla, el médico, el conductor del autobús escolar o un compañero de instituto).

En cuanto a los niveles de abuso un 31% de la muestra se corresponde al nivel 1, otro 31% al nivel 2 y el 38% restante al nivel 3. El 54% de las mujeres indicó abusos recurrentes y solamente una de las mujeres, que señaló sufrir un abuso de alta intrusividad, recibe tratamiento psicológico. Todas las víctimas de abuso sexual que recibieron tratamiento psicológico (23%) contaron el episodio y se sintieron protegidas, frente al 77% que no recibió tratamiento, de las cuales solo una indicó haberlo contado y ninguna se sintió protegida. Menos de un tercio de la muestra abusada indicó sentirse creída en su relato o haberlo contado (31%) y sentirse protegidas de sus agresores (23%).

Evaluación del impacto psicológico del abuso sexual e idoneidad psicológica de las candidatas a donantes a gametos

El 8% de la muestra abusada corresponde a un total de 13 mujeres. En adelante, para facilitar la comprensión de los resultados, asignamos a cada una de las mujeres un número de perfil entre el 1 y 13, como se muestra en la [tabla 4](#).

Tabla 3 Características de los abusos sexuales

	N = 13	% de la muestra
Edad media muestra	24,4 años	
Edad media sucede abuso	17,9 años	
	< 18 años	54
<i>Perfil abusador</i>		
Conocido	100	
Pareja/expareja	31	
Familiar	18	
Otros	38	
<i>Nivel de abuso*</i>		
Nivel 1	31	
Nivel 2	31	
Nivel 3	38	
<i>Tipo episodio</i>		
Único	46	
Recurrente	54	
<i>Victimización</i>		
Sí se da credibilidad a la víctima	31	
Sí hay protección víctima	23	
Recibe tratamiento psicológico	23	

* Niveles de abuso. Nivel 1: acoso verbal, hostigamiento y exposición de genitales; nivel 2: contacto físico de baja intrusividad (caricias, tocamientos, frotación y masturbación); nivel 3: exposición de alta intrusividad física (contacto genital oral, violación genital y/o anal).

Tabla 4 Características de los abusos e impacto

N.º perfil candidata abusada	Edad actual	Edad sucedió abuso	Abusador conocido	Nivel de abuso	Episodio único vs recurrente	¿Se dio credibilidad al abuso, lo contó?	¿La víctima fue protegida?	¿Recibió tratamiento psicológico? Síntomas desarrollados tras abusos
1	28	10	Sí Primo y conductor de autobús	2	Recurrente	Sí	Sí	Sí Masturbación compulsiva a los 13 años
2	25	18	Sí Compañero de piso	3	Único	Sí	Sí	Sí Síntomas obsesivos tras violación Trastorno alimentario
3	23	23	Sí Incómoda en situaciones sexuales	1	Recurrente	No	No	No Dificultades para decir no y para relacionarse con chicos y en su sexualidad
4	19	17	Sí Incomodidad con un médico	1	Único	No	No	No
5	19	16	Sí Expareja	3	Único	No	No	No Anorexia Maltrato psicológico
6	27	15	Sí Chicos/compañeros adolescentes	2	Único	Sí	No	No
7	31	28	Sí Expareja	3	Único	No	No	No
8	28	20	Sí «Baboso de bares»	1	Recurrente	No	No	No
9	18	14	Sí Padastro	2	Recurrente	No	No	No Anorexia y bulimia Trastorno obsesivo compulsivo
10	19	18	Sí Expareja	3	Único	No	No	No Bulimia
11	28	16	Sí Amigo de la pandilla	2	Recurrente	No	No	No Sentimientos de culpa
12	26	22	Sí Pareja	3	Recurrente	No	No	No Hipocondría
13	27	15	Sí Compañero de instituto	1	Recurrente	Sí	Sí	Sí

Tabla 5 Resultados de la Escala evaluación de la actividad global

Perfil donante n°	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Puntuación EEAG	95	81	81	81	81	90	81	85	81	81	81	81	85

Resultados del test psicométrico Inventory de evaluación de la personalidad

El 23% de la muestra abusada presentó $PT \geq 60$ en la escala de impresión positiva (perfíles 2, 5 y 9).

Los resultados obtenidos en los perfíles 3, 9 y 13 fueron significativos al puntuar por encima del punto de corte, sugerente de diversa sintomatología que se detalla a continuación:

- Perfil candidata 3: paranoia. $PT = 66$; estrés: $PT = 62$. Tras la exploración en la entrevista clínica se observan síntomas compatibles con su preocupación ante la ausencia de trabajo.
- Perfil candidata 9: estrés. $PT = 66$. La exploración en la entrevista sugiere síntomas de estrés asociados a los cambios recurrentes de turno del horario laboral.
- Perfil candidata 13: trastorno relacionado con la ansiedad. $PT = 63$; rasgos antisociales: $PT = 63$; estrés: $PT = 62$. La exploración en la entrevista clínica muestra síntomas compatibles con el trastorno disfórico premenstrual al referir la candidata sentirse más nerviosa, irritable y con ganas de discutir y regañar en los días previos a la menstruación.

Ninguna de las candidatas presenta sintomatología compatible con un trastorno de personalidad.

Resultados de la entrevista semiestructurada con los resultados de la pregunta de abuso

Un 31% de la muestra sufre un *nivel 1* de abuso sexual correspondiente, principalmente, a acoso verbal y hostigamiento por parte de hombres conocidos, pero de baja familiaridad en diversas situaciones y contextos como el instituto, bares y la consulta del médico. Dentro de este grupo hallamos un mayor impacto psicológico en una de las candidatas (perfil 13) en la que el abuso se da a los 15 años de forma recurrente. Esta señala haber informado del abuso, sentirse protegida y recibir tratamiento psicológico. En la actualidad, presenta remisión completa de los síntomas.

El *nivel 2* de abuso sexual, descrito como contacto físico de baja intrusividad (caricias, tocamientos, frotación y masturbación) se da en otro 31% de la muestra, todas ellas menores de edad. Es el grupo que más sintomatología clínica ha desarrollado en el pasado tras los episodios de abuso, principalmente síntomas compulsivos (perfil 1 y 9) y anorexia y bulimia (perfil 9). Ambos perfíles pertenecientes a las mujeres de menor edad en el momento del abuso (10 y 14 años) y con abusadores dentro del ámbito familiar cercano (primo y padrastro). Solo una de las mujeres de este grupo, de nuevo la de menor edad (10 años en el momento del abuso), indicó haber informado, sentirse protegida y recibir tratamiento psicológico tras el mismo. En la actualidad todas ellas están en remisión completa de los síntomas.

Un 38% de la muestra sufre un *nivel 3* de abuso, es decir, exposición de alta intrusividad física (contacto genital oral,

violación genital y/o anal). A diferencia del nivel 2, donde todas las víctimas son menores, en el nivel 3 el 80% de ellas son mayores de edad. Excepto una de las víctimas, que es abusada por un compañero de piso (perfil 2), el resto son abusos cometidos por parte de exparejas y manifestados como un episodio único en su mayoría. Es significativa la presencia, posterior al episodio, de sintomatología obsesiva (perfil 2 y 12) y trastornos de la conducta alimentaria (perfil 2, 5, 10) tipo anorexia (perfil 5) y bulimia (perfil 10). Solo una de ellas (perfil 2) indica recibir tratamiento psicológico, informar del suceso y sentirse protegida. El perfil 5 señala recibir tratamiento psicológico asociado a los síntomas de anorexia. En la actualidad todas ellas están en remisión completa de los síntomas.

Resultados de la escala de evaluación de la actividad global

Como se muestra en la [tabla 5](#) todas las candidatas evaluadas de la muestra abusada obtuvieron una puntuación superior a 80, sugerente de ausencia de sintomatología, buena actividad en todas las áreas, con interés e implicación en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz, generalmente con satisfacción en su vida y sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos.

Tras una evaluación más específica de los criterios utilizados para valorar el impacto psicológico del abuso sexual expuestos en la [tabla 1](#), todas las candidatas de la muestra víctimas de abuso sexual fueron aceptadas en el programa de donación de óvulos. En la [tabla 4](#) se muestra un resumen de los datos obtenidos por medio de la entrevista clínica de los 13 perfíles correspondientes a las mujeres que refieren haber sido abusadas sexualmente.

Discusión

El problema de los abusos sexuales conmueve tanto a la sociedad y crea tanta agresividad y vergüenza que apenas se estudia, y raramente se comprende dentro de su contexto adecuado. Uno de ellos, aunque parezca extraño, es que los autores de abusos sexuales suelen negar que lo que están haciendo es algo incorrecto y tienen muy poca idea de los efectos devastadores de su comportamiento sobre sus víctimas. La proximidad del abusador ampliará aún más la confusión de la víctima, al ser el 80% de los abusos cometidos por alguien de su entorno, a quien la víctima ya conoce como parientes, amigos de la familia, entrenador deportivo, etc. ([Rygaard, 2012](#)). Los resultados hallados en este estudio confirman los datos de Rygaard, donde el 100% de los abusadores se corresponden con personas cercanas o conocidas a la víctima.

En 1994 Finkelhor realiza un estudio sobre *epidemiología internacional del ASI* en 21 países, entre ellos Estados Unidos, Canadá y España ([Finkelhor, 1994](#)). Encontró unas tasas de prevalencia que varían entre el 7% y el 36% en

mujeres y entre el 3% y el 29% en hombres, si bien existían diferencias metodológicas entre los distintos estudios. Los resultados mostraban una mayor frecuencia del abuso sexual en mujeres, así como un mayor porcentaje de abuso sexual en el ámbito intrafamiliar. Estos datos son similares a los obtenidos en nuestro estudio, donde el 8% de la muestra es abusada, todas ellas mujeres y víctimas de un abusador de su ámbito cercano-familiar.

En 2009 [Pereda et al.](#) realizan un metaanálisis a *nivel internacional* y encuentran que el porcentaje de personas que informan haber sido víctimas de alguna forma de *abuso sexual* antes de los 18 años de edad oscila entre el 7,4% de los varones y el 19,2% de las mujeres. Los hallazgos obtenidos en nuestro estudio presentan un 4,1% de ASI, todas ellas mujeres y porcentaje considerablemente inferior al reportado por [Pereda et al.](#)

[López et al. \(1995\)](#), en una muestra de 2.000 personas entrevistadas, encontraron una *prevalencia de abuso sexual en la población general española* del 19% (22,5% mujeres y un 15% hombres) porcentajes, de nuevo, considerablemente superiores a los reflejados en nuestra muestra de un 8%, todas ellas mujeres.

Basándonos en estos resultados se establecen diferentes hipótesis que pudiesen explicar esta diferencia en los porcentajes hallados. Una de ellas relaciona el hecho de haber sufrido algún tipo de abuso-violencia sexual con la «autoexclusión» del candidato a un programa de donación, es decir, estas personas no acuden y no desean exponer su genitalidad a terceros por la probable presencia de TEPT y otros síntomas asociados. Se recomienda investigar este supuesto en futuros estudios.

Otra hipótesis podría resultar de la vergüenza o negación del posible abuso sufrido, con una tendencia a la minimización del hecho ocurrido y una tendencia de los candidatos a mostrarse de forma favorable, o con una personalidad atrayente al formar parte de un proceso de selección. La mayoría de las puntuaciones de corte de los índices de *deseabilidad social* que se derivan de los estudios clínicos indentifican entre el 30-40% de la población normal como «*fingiendo positivamente*» ([Morey, 2011](#)). Estos datos son similares a los obtenidos en la muestra total de este estudio con un 50,6% de impresión positiva elevada en el PAI. Sin embargo, difieren considerablemente de las puntuaciones obtenidas en el rango muy elevado ($PT \geq 60$), donde según reporta [Morey \(2011\)](#) solo un 6,4% de casos no clínicos obtienen puntuaciones en este rango, y aún menor porcentaje (1,8%) en casos clínicos. En nuestra muestra, considerada no clínica, hemos obtenido en el rango muy elevado un 30,58% (mujeres = 31,4%; hombres = 23,5%; muestra abusada = 23%). Por tanto, la validez de los resultados del test son discutibles, y es recomendable extremar las precauciones en su interpretación, no teniendo valor diagnóstico por sí mismo y precisando complementarse con la entrevista semiestructurada del Grupo de interés de psicología de la Sociedad Española de Fertilidad. En esta dirección, [Giménez y Valladolid \(2016\)](#) hallaron en una muestra española de 213 candidatos donantes evaluados que un 78% de los no aptos y el 68% de los aceptados puntuaron en la escala deseabilidad del *Inventario Clínico Multiaxial de Millon II* por encima de TB75, mostrando tendencia a exponerse favorablemente. Asimismo, recomendamos futuras líneas de investigación en esta dirección.

Consideramos que requiere una especial atención el perfil masculino. Según [Jewkes et al. \(2003\)](#), siguiendo los estudios realizados principalmente en los países desarrollados, indican que entre el 5% y el 10% de los hombres han declarado haber sido objeto de ASI. La mayoría de los expertos considera que las estadísticas oficiales subestiman considerablemente la cantidad de *hombres víctimas de violación*, al disminuir la probabilidad de que los hombres denuncien una agresión sexual a las autoridades, en comparación con las mujeres. Existen diversas razones por las cuales se denuncian menos episodios de violación masculina de los que realmente suceden, entre ellas la vergüenza, la culpa o el miedo a no ser creído, los mitos y la existencia de prejuicios arraigados sobre la sexualidad masculina son un obstáculo para que los hombres presenten una denuncia. En este estudio la muestra masculina, considerablemente inferior a la femenina, no reporta ningún caso de abuso sexual. Consideramos que no es representativa de población masculina y se recomienda explorar esta variable en una muestra mayor de varones candidatos a donantes de gametos.

Siguiendo a [Jewkes et al. \(2003\)](#) en muchos países una proporción significativa de las mujeres víctimas de *violencia física* también sufren abuso sexual. En México ([Granados, 1996](#)) y en los Estados Unidos ([Campbell y Soeken, 1999](#)), reportan entre un 40% a 52% de violencia física en las mujeres, ejercida por su compañero íntimo, siendo obligadas por este a tener relaciones sexuales. En nuestro estudio figura un 31% de mujeres abusadas por su pareja o expareja, todas ellas enmarcadas en el nivel 3 de abuso. Tan solo hay presencia de abuso físico en el perfil 5, aunque no fue objeto de nuestro estudio hallar correlación con violencia física.

[Foa et al. \(1999\)](#) y [Tarrier et al. \(1999\)](#) refieren que hasta el 50% de las mujeres abusadas, aun recibiendo tratamiento postraumático, presentan síntomas de estrés. En la muestra estudiada el 23% de las candidatas refieren síntomas de estrés, aunque asociado a problemas de ámbito laboral y enmarcados en los niveles 1 y 2 de abuso.

Refieren [Kingston y Raghavan \(2009\)](#) el TEPT como una de las consecuencias más frecuentes del ASI. En la muestra abusada, tanto en la infancia como en la edad adulta, son los trastornos de la *conducta alimentaria* y *trastornos obsesivos* los síntomas de mayor presencia, principalmente, en niveles de mayor abuso, siguiendo la línea de los criterios de [Ryaard \(2012\)](#). La relación entre trastornos alimentarios y abuso sexual fue reportada por [Behar \(2000\)](#) y el DSM-5, que establece entre los factores de riesgo ambientales para desarrollar bulimia nerviosa el haber sufrido abusos de carácter físico o sexual en la infancia. Asimismo, el DSM-5 indica que el desarrollo de síntomas de anorexia y/o restricción alimentaria quedarían relacionados con la presencia de trastornos de ansiedad y la presencia de rasgos obsesivos en la infancia.

[Cantón-Cortés et al. \(2011\)](#) y [Fleming et al. \(1999\)](#) encontraron asociación significativa entre ASI y *problemas sexuales* a largo plazo. En nuestro estudio figura la presencia de masturbación compulsiva 3 años después del primer episodio de abuso, coincidiendo con un segundo episodio de abuso (perfil 1).

El perfil 9, siguiendo a Rigaard, cumple criterios de riesgo de un mayor sufrimiento y riesgo de desarrollo posterior de *trastorno de personalidad* ante un posible abandono emocional y/o desprotección en la infancia. Sin embargo, presenta

un buen ajuste psicológico, vive actualmente en pareja de forma satisfactoria y refiere estrés por motivos laborales. Este dato confirma los reportados por [Rind et al. \(1998\)](#), que observaron que no todas las víctimas de ASI desarrollarían dificultades a largo plazo.

Comparando con otro estudio español de [Lucía y Núñez \(2015\)](#) encontramos semejanzas en el perfil demográfico de la muestra. Estas autoras reportaron datos de una *muestra local de donantes de gametos* similares a los hallados en este estudio. Se puede observar concordancia en relación con la edad media para donar y la motivación mixta para la donación (altruista y económica). Asimismo, coinciden los datos en que la mayoría de las mujeres son trabajadoras en activo frente a un mayor porcentaje de hombres estudiantes. Destacar que en nuestra muestra el mayor porcentaje de motivación altruista lo posee la muestra abusada, con trabajo remunerado, nacionalidad española y solteras, aunque algunas tienen pareja, pero aún no conviven.

Para finalizar, recuperamos las 3 *cuestiones básicas* sobre el grado de idoneidad en el proceso de donación. En la muestra estudiada no se encuentran indicios que sugieran revictimización o reactivación de síntomas en las abusadas asociado a un proceso de donación de gametos. El estilo de vida de estas mujeres es compatible con el proceso de donación, y no se hallan datos sugerentes de trastornos de la personalidad. Todas las mujeres abusadas presentan remisión total de la sintomatología relacionada con los episodios de abuso, y se garantiza la buena salud psicofísica actual de las mismas. Por tanto, tras una evaluación psicológica más específica en abuso sexual y trauma, todas las candidatas víctimas de abuso sexual fueron aceptadas en el programa de donación de gametos. En contraste con otro estudio, [Lindheim et al. \(1998\)](#) excluyeron 3 donantes con abuso sexual pasado no resuelto.

Aunque las sociedades científicas (American Society for Reproductive Medicine, European Society of Human Reproduction and Embriology, Sociedad Española de Fertilidad) recomiendan la *relativa* exclusión de aquellos donantes de gametos con historia de abuso sexual no tratado por un profesional; tras los resultados obtenidos en este estudio se recomienda realizar una exhaustiva evaluación del candidato identificado como víctima de abuso (desde hostigamiento verbal hasta la violación). En la muestra abusada investigada solo un tercio había recibido tratamiento psicológico, sin embargo, toda la muestra presentaba remisión total de su sintomatología y criterios de idoneidad para llevar a cabo el proceso de donación de gametos.

En conclusión, se considera necesaria la detección del abuso sexual en candidatos a donantes de gametos e incorporar evaluaciones exhaustivas sobre abuso sexual y trauma, con el objetivo último de proporcionar cuidado emocional a los candidatos, garantizar su idoneidad en todo el proceso, evitar su revictimización y asegurar a los receptores de gametos el buen estado de salud psicológica de sus donantes.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflictos de intereses

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A todo el personal de la URA del Hospital de Día Quirónsalud San Sebastián, por su inestimable contribución en este trabajo y, especialmente, a la Dra. Miren Mandiola (Jefa del Laboratorio URA) y al Dr. Koldo Carbonero (Jefe de la URA y equipo médico).

Bibliografía

- American Society for Reproductive Medicine, 2013. Recommendations for gamete and embryo donation: A committee opinion. *Fertility and Sterility*. 99.
- Beatens, P., 2002. Oocyte donation. ESHRE Monographs: Guidelines for Counseling in Infertility, 33-34.
- Behar, R., 2000. Trastornos de la alimentación. En Correa E., Jadresic E., (comp.), *Psicopatología de la mujer*. Santiago: Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile.
- Campbell, J.C., Soeken, K.L., 1999. [Forced sex and intimate partner violence: effects on women's risk and women's health](#). *Violence Against Women* 5, 1017-1035.
- Cantón-Cortés, D., Cantón, J., Justicia, F., Cortés, M.R., 2011. [Un modelo de los efectos del abuso sexual infantil sobre el estrés posttraumático: el rol mediador de las atribuciones de culpa y afrontamiento de evitación](#). *Psicothema* 23, 66-73.
- Choquet, M., Darves-Bornoz, J.M., Ledoux, S., Manfredi, R., Hassler, C., 1997. [Self-reported health and behavioral problems among adolescent victims of rape in France: Results of a cross-sectional survey](#). *Child Abuse & Neglect* 21, 823-832.
- DSM-IV, 1995. Manual breviorio de criterios diagnósticos. Masson: Barcelona. pp. 43-46.
- DSM-5, 2014. American Psychiatry Association: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Panamericana: Madrid.
- Finkelhor, D., 1994. [The international epidemiology of child sexual abuse](#). *Child Abuse Negl* 18, 409-417.
- Fleming, J., Mullen, P.E., Sibthorpe, B., Bammer, G., 1999. [The long-term impact of childhood sexual abuse in Australian women](#). *Child Abuse Negl* 23, 145-159.
- Foa, E.B., Dancu, C.V., Hembree, E.A., Jaycox, L.H., Meadows, E.A., Street, G.P., 1999. [A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing post-traumatic stress disorder in female assault victims](#). *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 67, 194-200.
- Giménez, V., Valladolid, N. 2016. Poster 161/241. Resultados en las escalas de validez del Inventory Clínico Multiaxial de Millon II (MCMI-II) en una muestra de donantes de gametos en España. En: Medicina Reproductiva y Embriología Clínica. Vol. 3. Especial Congreso. Mayo.

- Granados S.M., 1996. Salud reproductiva y violencia contra la mujer: un análisis desde la perspectiva de género. Nuevo León. Asociación Mexicana de Población, Colegio de México.
- Jewkes, R., Purna Sen, P., García-Moreno, C., 2003. La violencia sexual. En: Informe mundial sobre la violencia y salud. Organización Mundial de la Salud, Washintong, pp. 159–191.
- Kingston, S., Raghavan, C., 2009. The relationship of sexual abuse, early initiation of substance use and adolescent trauma to PTSD. *Journal of Traumatic Stress* 22, 65–68.
- Lasheras, G., Clua, E., 2012. Evaluación de donantes de gametos y apoyo psicológico en parejas receptoras. En: Roca, M., Giménez, V. (Eds.), *Manual de intervención psicológica en reproducción asistida*. Panamericana, Madrid, pp. 29–46.
- Ley 14/2006 de 26 de mayo, sobre Técnicas de Reproducción Humana Asistida. BOE 126, 27/05/2006. pp. 19947-19956.
- Lindheim, S.R., Frumovitz, M.V., Saue, M., 1998. Recruitment and screening policies and procedures used to establish a paid donor oocyte registry. *Human Reproduction* 13, 2020–2024.
- López, F., Carpintero, E., Hernández, A., Martíín, M.J., Fuertes, A., 1995. Prevalencia y consecuencias del abuso sexual al menor en España. *Child Abuse and Neglect* 19, 1039–1050.
- Lucía, C., Núñez, R., 2015. Revisión del perfil sociodemográfico de una muestra local de donantes de gametos, en España: motivación para la donación, procedencia de los donantes, ocupación. *Medicina Reproductiva y Embriología Clínica*, 23–30.
- Morey, L., 2011. Inventario de evaluación de la personalidad: P.A.I. Manual de aplicación, corrección e interpretación. TEA, Madrid.
- Mullen, P.E., Walton, V.A., Romans-Clarkson, S., Herbison, P., 1988. Impact of sexual and physical abuse on women's mental health. *Lancet*, 841–845.
- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M.Y., Gómez-Benito, J., 2009. The prevalence of child sexual abuse in community and students samples: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 29, 328–338.
- Purewal, S., Van den Akker, O., 2009. Systematic review of oocyte donation: investigating attitudes, motivations and experiences. *Hum Reprod Update* 15 (5), 499–515.
- Real Decreto 1301/2006 de 10 de Noviembre. Boletín Oficial de Estado, n.º 270 (11-11-2006).
- Rind, B., Tromovitch, P., Bauserman, R., 1998. A meta-analytic examination of assumed properties of child sexual abuse using college samples. *Psychological Bulletin* 124, 22–53.
- Roca, M., Brichette, M., Ródenas, M., Valladolid, N., Mestre, G., Negre, C., et al., 2016. Poster 161/162. Criterios de exclusión de donantes en la valoración psicológica. En: Medicina reproductiva y embriología clínica. Vol. 3. Especial congreso. Mayo.
- Rygaard, N.P., 2012. *El niño abandonado*. Gedisa, Barcelona.
- Schover, L.R., Reis, J., Collins, R.L., Blankstein, J., Kanoti, G., Quigley, M.M., 1990. The psychological evaluation of ovum donors. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 11, 299–309.
- Secretario General de las Naciones Unidas, 2006. In-depth study on all forms of violence against women. Nueva York, EE.UU: Naciones Unidas.
- Tarrier, N., Sommerfield, C., Pilgrim, H., Humphreys, L., 1999. Cognitive therapy or imaginal exposure in the treatment of post-traumatic stress disorder: twelve month follow-up. *British Journal of Psychiatry* 175, 571–575.