

# **UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN**



## **FACULTAD DE PSICOLOGÍA SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**

**MAESTRÍA EN CIENCIAS CON ACENTUACION EN VIOLENCIA  
FAMILIAR**

### **TESIS:**

**DEPRESIÓN Y TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN  
NIÑAS (OS) ABUSADAS (OS) SEXUALMENTE**

**TESIS COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO  
DE MAESTRIA EN CIENCIAS**

**PRESENTA:**

**LIC. SANDRA LUZ RIVERA CUÉLLAR**

**DIRECTOR DE TESIS:**

**DR. RENÉ LANDERO HERNÁNDEZ**

**MONTERREY, N. L., MEXICO, JUNIO DE 2009**

## CARTA DEL COMITÉ

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON  
FACULTAD DE PSICOLOGIA  
SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION**

**MAESTRIA EN CIENCIAS CON ACENTUACION EN VIOLENCIA  
FAMILIAR**

La presente tesis titulada “Depresión y Trastorno de Estrés Postraumático en Niños y Niñas Abusados Sexualmente” presentada por la Lic. Sandra Luz Rivera Cuéllar ha sido aprobada por el comité de tesis.

---

Dr. René Landero Hernández  
Director de tesis

---

Lic. Marina Duque de la Mora  
Revisora de tesis

---

Lic. María de la Luz Garza Gallardo  
Revisora de tesis

Monterrey, N. L., México, Junio de 2009

## DEDICATORIA

Le dedico este trabajo en primer lugar a quien me ha creado; a los motorcitos que me impulsan: mis hijos Pedro Luis y Violeta Yazmín a mi madre Aurora y mi padre Miguel Ángel; a mi madre espiritual y amiga incondicional, Alicia Hernández.

Y

“Para aquellas niñas y niños  
que han sido víctimas de abuso sexual  
y que aprendieron a sobrevivir  
aún y cuando las condiciones biológicas, psicológicas y sociales  
les fueron adversas”

## AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios nuestro Señor por haberme llenado de bendiciones y haber dispuesto lo necesario para poder realizar este trabajo.

Agradezco enormemente al doctor René Landero Hernández, mi director de tesis, a la Lic. Marina Duque Mora y Lic. María de la Luz Garza Gallardo, mis revisoras, que haciendo un gran equipo de trabajo me guiaron para obtener este importante trabajo de investigación.

Al Lic. Arnoldo Téllez López director de la Facultad de Psicología, al Lic. Juan Manuel Cavazos Uribe dirigente del Sindicato Único de Trabajadores del Estado de Nuevo León, a la Mtra. Aixa Alvarado Gurany directora de COPAVIDE porque cada uno (a) depositaron su confianza en mí y me apoyaron incondicionalmente.

Agradezco a mi hijo Pedro Luis y mi hija Violeta Yazmín por permitirme reducir el tiempo que compartía con ellos.

Agradezco a Alicia mi madre espiritual por haberme dado su amor incondicional y por recordarme, con sus palabras de aliento, la importante misión que tengo como ser humano.

A Rafael Eduardo que con su amor me impulsó a seguir en los momentos en que sentía que las fuerzas me abandonaban.

## RESUMEN

En el presente estudio se analiza la existencia de síntomas de depresión y del trastorno de estrés postraumático en niños y niñas abusados sexualmente y se compara los resultados obtenidos con los de niños y niñas que refirieron no haberlo vivido, también se revisa la dinámica del abuso sexual y algunos aspectos generales. Es un estudio correlacional, ex post facto en el que se utilizaron dos instrumentos y una entrevista: El Inventario de depresión infantil de María Kovacs y la Subescala de Estrés Postraumático del P56, Entrevista Para Síndromes Psiquiátricos en Niños y Adolescentes (CHIP's) y una entrevista a cuidadores. Participaron 38 niños y niñas de entre 7 y 15 años y 16 cuidadores; los niños (as) se distribuyen en un grupo testigo formado por 17 niñas y 2 niños abusados sexualmente, un grupo control formado por 17 niñas y 2 niños que refirieron no haber vivido abuso sexual; los 16 cuidadores, aquellas personas que se encargan del cuidado de los niños y niñas del grupo testigo.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes: al comparar los síntomas de depresión entre el grupo testigo y el control, en el primero, el 21% presentaron síntomas y en el segundo no; al aplicar la prueba de Fisher, los resultados en ambos grupos no fueron significativos ( $\text{Chi}^2 = 4.47$ ,  $gl = 1$ ,  $p = .105$ ). En cuanto a los síntomas de estrés postraumático entre los dos grupos, tenemos que el 58% del grupo testigo presentaron síntomas y ninguno en el grupo control. Al aplicar la prueba de Fisher en ambos grupos, los resultados fueron significativos ( $\text{Chi}^2 = 15.48$ ,  $gl = 1$ ,  $p = .001$ ).

Al revisar la dinámica del abuso sexual encontramos que el 100% de los abusadores fueron del sexo masculino, en el 75% se trataba de personas conocidas por la víctima; en el 70% de los casos que presentaron síntomas de estrés postraumático, el abuso sexual se había perpetrado por una persona conocida; los tipos de abuso más frecuentes fueron: las caricias en el cuerpo de la víctima en el 81% y las caricias en genitales de la víctima en un 56%; el abuso ocurrió en un 31% en la casa de la víctima y 33% en la casa donde ambos habitaban; el 56% de los casos reportaron amenazas por parte del abusador y en el 31% golpes; en lo referente a la forma en como se enteraron del abuso, en el 38% de los casos la misma víctima habló sobre ello.

Palabras clave: Abuso sexual infantil, estrés postraumático, depresión infantil

## ABSTRACT

In this study, the presence of symptoms of depression and PTSD in sexually abused children and compared the results with those of children who reported not having lived, it also reviews the dynamics of sexual abuse and some general aspects. Is a correlational study, in which two instruments were used and an interview: The Children's Depression Inventory of Kovacs; Stress subscale of the P56; Interview for Psychiatric Syndromes in Children and Adolescents (CHIP's), and an interview nursing. Attended by 38 children aged between 7 and 15 years and 16 caregivers of children are distributed in a group comprising 17 girls and 2 boys sexually abused, a control group comprising 17 girls and 2 boys who have not reported experienced sexual abuse, with 16 caregivers, those who are responsible for the care of children in the control group.

The results were: to compare the symptoms of depression between the group and the control in the first, 21% showed symptoms and not the second, applying the Fisher test, the results in both groups were not significant ( $\chi^2=4.47$ ,  $df =1$ ,  $p =.105$ ). As for symptoms of PTSD between the two groups, we have that 58% of the control group had symptoms and none in the control group. Applying Fisher's test in both groups, the results were significant ( $\chi^2 = 15.48$ ,  $df = 1$ ,  $p =.001$ ).

In reviewing the dynamics of sexual abuse found that 100% of abusers were male, in 75% of people were known to the victim in 70% of the cases that showed symptoms of PTSD, sexual abuse was perpetrated by a known person, the most frequent types of abuse were scratched into the body of the victim in 81%, and touching genitals of one victim in 56%, the abuse occurred in 31% at home the victim and 33% in the home where both lived, 56% of the cases reported threats by the abuser in 31% and strokes, in terms of the way as they learned of abuse in 38% of cases the same victims speak about it.

Keywords: child sexual abuse, PTSD, depression, children.

# INDICE

Agradecimientos.....	
Resumen.....	
CAPITULO I	
INTRODUCCIÓN.....	12
Definición del Problema.....	18
Justificación de la Investigación.....	19
Objetivo General.....	20
Objetivos Específicos.....	20
Hipótesis.....	21
Limitaciones y Delimitaciones.....	21
CAPITULO II	
MARCO TEÓRICO.....	22
Antecedentes del Abuso Sexual.....	22
Definición del Abuso.....	24
Dinámica del Abuso Sexual.....	25
Consecuencias del Abuso Sexual Infantil.....	26
Depresión.....	34
Trastorno de Estrés Postraumático.....	36
Trastorno de Estrés Postraumático en Niños Abusados Sexualmente.....	37
CAPITULO III	
MÉTODO.....	39
PARTICIPANTES.....	39
Descripción y Obtención de la Muestra.....	39



INSTRUMENTOS.....	40
Descripción de Instrumentos.....	40
Inventario de Depresión Infantil de María Kovacs.....	40
Subescala de Estrés Postraumático Del P56, Entrevista para Síndromes Psiquiátricos En Niños y Adolescentes (CHIPS).....	40
 PROCEDIMIENTO.....	 41
Procedimiento de Análisis Estadístico.....	43
Aspectos Éticos.....	43

#### CAPITULO IV

RESULTADOS.....	45
Descripción de la muestra.....	45
Comparación de resultados de síntomas de depresión entre el grupo testigo y control.....	45
Comparación de síntomas del trastorno de estrés postraumático entre el grupo testigo y control.....	46
Resultado de la entrevista realizada a 16 cuidadores de los niños del grupo testigo.....	47
Aspectos generales.....	47
Violencia vivida durante la infancia en cuidadores del grupo testigo.....	48
Dinámica del abuso sexual.....	49
Datos del abusador.....	49
Distribución: parentesco de víctima con abusador.....	49
Distribución: tipo de abuso vivido por la víctima.....	51
Distribución: casos con síntomas del trastorno de estrés postraumático y tipo de abuso vivido por la víctima.....	52
Distribución: lugar donde ocurrió el abuso sexual.....	52

Distribución: forma en la que el cuidador de entero del abuso sexual.....	53
Distribución: casos del grupo testigo con amenazas, golpes y síntomas del trastorno de estrés postraumático.....	54
Distribución: problemas del grupo testigo posterior a la denuncia.....	54
Distribución: ítems de autopercepción.....	54
Distribución: casos con síntomas del trastorno de estrés postraumático por ítems de autopercepción.....	55
Distribución: ítems de las conductas observadas por cuidadores en el grupo testigo.....	55
Distribución: casos con síntomas del trastorno de estrés postraumático por ítems de conductas observadas por cuidadores en el grupo testigo.....	56

CAPITULO V

DISCUSION Y CONCLUSIONES.....	57
REFERENCIAS.....	65

## ÍNDICE DE TABLAS Y GRAFICAS

### Tablas

		48
Tabla 1.	Violencia en cuidadores.	
Tabla 2.	Porcentaje De Niñas Con síntomas del trastorno de Estrés Postraumático, Del Total De Casos Con Ese Tipo de Abuso.	52
Tabla 3.	Lugar donde ocurrió el abuso.	53

### Figuras

Gráfica 1.	Frecuencia de Criterios de Escala CHips de Estrés Postraumático en ambos grupos.	46
Gráfica 2.	Porcentaje de Criterios de Escala CHips de Estrés Postraumático en ambos grupos.	47
Gráfica 3.	Que parentesco tiene el abusador con el niño (a)?	49
Gráfica 4.	Parentesco con síntomas del trastorno de estrés postraumático.	50
Gráfica 5.	Tipo de abuso vivido por la víctima.	51
Gráfica 6.	Como se entero el cuidador del abuso sexual?	53

# CAPITULO I

## INTRODUCCION

El abuso sexual infantil es la expresión más cruda de la violencia ejercida hacia niños y niñas (Martínez, 1991) y ha estado presente a través de la historia. (Finkelhor, 2005) es un problema complejo que involucra aspectos importantes dentro del contexto social, cultural, familiar, e individual que lo naturalizan, lo hacen pasar inadvertido (Rojo, Gil y Escudero, 2003) y lo mantienen en secreto, vulnerando así a niños y niñas quienes viven las consecuencias tanto físicas, sociales y psicológicas.

Sabemos que existe poca información que muestre lo que sucede en la población de niños y niñas abusados sexualmente en nuestra sociedad y específicamente sobre las consecuencias psicológicas de dicho abuso y conocemos la importancia de que los programas preventivos estén basados en la problemática real para que a la par de evitar la ocurrencia del abuso sexual, ofrezca tratamientos eficaces para dichas consecuencias, especialmente para las que ocasionan gran repercusión a corto y a largo plazo como la depresión y el trastorno de estrés postraumático.

Aun y cuando el abuso sexual infantil ha sido foco de atención desde diversos enfoques, es importante mencionar que aún no hay una definición consensuada sobre el significado de “abuso sexual” y que la investigación sobre el tema es escasa y de las existentes, se enfocan hacia la población sobreviviente de abuso sexual, al aspecto médico del mismo, a contextos muy diferentes al nuestro, y aunque nos proporcionan una línea de información valiosa, no dirigen su esfuerzo a conocer sobre el abuso sexual en niños y niñas y las consecuencias psicológicas que trae consigo.

Es necesario mencionar que se han realizado trabajos en el Estado de Nuevo León que de una manera indirecta benefician a las víctimas de abuso sexual, entre ellos está la creación del Centro de Atención Psicológica (CAP) que fue uno de los pioneros en el trabajo con casos de violencia familiar; otro centro importante es el Centro de Atención a Víctimas de Delito, (CAVIDE); Alternativas Pacíficas que es una organización no gubernamental, reconocida a nivel mundial, que ofrece un servicio integral, cuenta con el servicio de refugios para mujeres en riesgo de perder la vida; el Centro de Investigación Familiar Asociación Civil (CIFAC) reconocida por su gran labor en la temática; cada una de ellas han contribuido a las acciones que realizan en pro de la no violencia.

La creación de un Equipo Interinstitucional Contra la Violencia Familiar por la Doctora Marcela Granados Shiroma, formado por representantes de más de 59 instituciones gubernamentales y no gubernamentales quienes se reúnen cada 15 días y están organizados en los subcomités del área legal, de prevención, de tratamiento, investigación y comunicación y ética.

La creación del 089, por la Procuraduría General de la República en el Estado, que al igual que el 075 son líneas telefónicas que promueven la denuncia, en el primer caso es anónima.

La aprobación de la nueva Ley Contra la Violencia Familiar, el día 15 de Febrero del 2006, donde se estipula el destino de recursos y se establece un Consejo Contra la Violencia Familiar con un plan de trabajo sistematizado, consejo integrado por la Secretaría de Salud, la Secretaría de Educación, la Secretaria de Seguridad, el Sistema de Desarrollo Integral de la Familia , tres Organizaciones no gubernamentales y el Instituto Estatal de las Mujeres quien tiene la Secretaría Técnica.

La creación del Centro de Justicia Familiar representa otro importante avance, pues a él pueden acudir las personas que viven violencia en general y

abuso sexual en particular, para que se les otorgue un seguimiento integral, minimizando la desesperanza que les ocasionaba a las víctimas, el acudir a poner la denuncia a ministerios públicos que no eran competentes en los casos y el andar de una institución a otra buscando apoyo especializado.

Aún y con los cuantiosos avances que hemos tenido, sabemos que la investigación sobre la dinámica de los casos, las consecuencias psicológicas que el abuso sexual ha dejado en niños y niñas no se ha efectuado.

Entre los trabajos de investigación sobre el abuso sexual y las consecuencias de éste y la dinámica del mismo encontramos las siguientes:

Poud, Ruiz, Comas, Petitbó, Ibáñez, y Bassets, 2001 realizaron una investigación en la Unidad Funcional de Abuso Sexual a Menores (UFAM) del Hospital Infantil Sant Joan de Déu de Barcelona España; se revisaron retrospectivamente las historias de pacientes atendidos en el hospital durante el periodo de enero de 1992 a abril de 2000, se revisaron variables que tienen que ver con la dinámica del abuso tales como: la edad, el sexo de la víctima y del abusador, el tipo de abuso, el lugar donde ocurrió, la duración del mismo, la situación de los padres y algunos hallazgos físicos y exploraciones complementarias.

De 704 expedientes de pacientes con sospecha de abuso sexual, se confirmaron el 45%, de ellos, el 75% eran niñas, en el 50% de los casos el relato del niño fue la forma de descubrirlo, el abusador fue en el 92% de los casos un varón, el tipo mas frecuente de abuso, fue el tocamiento y el 25% del abuso duró más de un año, el 46% de las familias estaban en situación de separación conyugal, el 34% ocurrió en el domicilio del agresor, en el 30% en el domicilio común y en el 6% en el de la víctima

Rojo, Gil y Escudero (2003) en un estudio realizado sobre las manifestaciones cutáneas del abuso sexual puntualizan sobre la importancia de realizar las pruebas pertinentes que les permita hacer un diagnóstico integral y ofrecer la protección a estos casos, debido a que un 5% de los niños que sufren abuso sexual adquieren una enfermedad de transmisión sexual como resultado del abuso.

Buchelli (1994) realizó una investigación donde efectúa la valoración psicológica de niños y niñas abusados sexualmente a través de baterías de prueba y análisis de juego, el estudio fue realizado en el Hospital Psiquiátrico Infantil de la Ciudad de México con 5 niños y 5 niñas entre 6 y 10 años de edad donde concluyó que existen características similares como una concepción del mundo como peligroso, donde los mayores se aprovechan de los menores, figuras paternas ambivalentes, necesidad de afecto insatisfecha, sentimientos de desprotección, abandono, soledad, escasa tolerancia a la frustración, agresividad etc.

Rossa (1999, en Plat 2005) aplicó 2000 encuestas a mujeres en general para ver la asociación entre abuso sexual infantil y depresión y encontró que arriba de un tercio reportaron alguna forma de abuso sexual infantil y cerca de un quinto reportaron haber sido violadas, este estudio reveló la relación significativa entre la severidad del abuso sexual infantil y una precoz depresión en la adultez.

Bagley y Ramsay (1986) referidos por Plat (2005) mencionan que la penetración es el síntoma más previsible para la depresión en las sobrevivientes adultas.

En las estadísticas del Programa de Atención Integral a Víctimas de Agresión Sexual, (PAIVSAS) de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), se encontró que de los 886 pacientes que acudieron al programa, durante el periodo del 4 de Julio de 1994 a Mayo del 2002,

se atendieron 438 sobrevivientes y 192 casos de abuso sexual lo que representa el 71% de los pacientes que estuvieron en situación de abuso sexual durante la infancia.

Otro estudio efectuado por PAIVSAS durante el 2002, de la circunstancialidad en la que se dio el abuso sexual, de 100 casos se encontró que el abuso sexual incestuoso se dio en un 69%, el abuso sexual con penetración en el 2%, el abuso sexual incestuoso con penetración en el 14%, en el 88% la familia era disfuncional, el 95% de los agresores fue del sexo masculino, conocido por la víctima en el 100% de los casos, siendo el hermano mayor en el 19%, el padre biológico en el 15%, el padrastro en el 4%, los primos ocupan el 18% y los tíos el 16%, la edad promedio de los agresores es de 19 años, la edad promedio de las víctimas 5.7 años, en el 77% del sexo femenino, recibieron amenazas en el 70% y maltratadas físicamente con relación al abuso en el 70% de los casos, tocadas en sus genitales en el 40%; el abuso se lleva a cabo en casa del agresor en el 12% en casa de ella en el 45% y en el 25% participa mas de un agresor.

Otro de los estudios realizado por el PAIVSAS con respecto a los síntomas posteriores al trauma, en 100 menores que vivieron violencia sexual, 50 mujeres y 50 hombres encontraron lo siguiente: 40% presentó alteraciones en los hábitos escolares, el 40% bajo de calificaciones, 60% hacía berrinches, 40% desobediencia, 30% mentía, 50% no podía dormir sin compañía, el 40% dormía con los padres o la madre, el 60% tenía miedo a estar solo, 30% se aislaba, el 40% presentaba llanto, el 20% no se podía separa de su madre.

En sobrevivientes encontraron la presencia de pesadillas en el 81.3%, trastornos de la alimentación en el 78%, 91.3 enojo constante, 82% miedo a estar solo.



Es así como el presente estudio pretende revisar la presencia de síntomas de depresión y síntomas del trastorno de estrés postraumático, así como la dinámica del abuso sexual en niños y niñas que lo han vivido.

## **Definición del Problema**

La sexualidad es utilizada como un instrumento que marca de manera impresionante la imposición del poder y la ira sobre otro ser al cual se deshumaniza, degrada, y despoja de sus capacidades de libre elección sobre su cuerpo y el ejercicio de la sexualidad, se rompe y corrompe con la seguridad, la confianza, el autoconcepto y la esencial libertad interna del ser humano, dejando consecuencias severas para el resto de la vida (González y Meléndez (1997), en González, 2004).

Desafortunadamente, la mayoría de los niños y niñas abusados sexualmente han tenido que vivir las consecuencias psicológicas, enfrentando sentimientos de culpa, tratando de aparentar que nada pasa, restándole importancia, racionalizando, negando, olvidando, ejerciendo un control excesivo, estando en alerta constante, con intentos de suicidio, aislamiento, trastornos alimenticios y de sueño, evitando la intimidad o por el contrario buscando el contacto sexual de manera compulsiva y en particular con síntomas de depresión y del trastorno de estrés postraumático, etc.

Es importante conocer sobre la presencia de síntomas de depresión y del trastorno de estrés postraumático, así como la dinámica del abuso sexual, por ello es importante cuestionarnos: ¿Los niños y niñas que han vivido abuso sexual en nuestro contexto, presentarán síntomas de depresión y síntomas del trastorno de estrés postraumático? ¿Cuál es la dinámica del abuso sexual a niños y niñas de nuestro contexto?

## **Justificación de la Investigación**

Como se ha planteado anteriormente, el abuso sexual deja consecuencias psicológicas de gran impacto en niños y niñas y este impacto puede aumentar según la edad del menor, la frecuencia con que se cometió el abuso, la relación entre el menor y agresor, el entorno afectivo en que se desenvuelve, la capacidad que tiene de procesar la experiencia o para vincularse con los demás, el sexo, el nivel de desarrollo de la víctima, el tipo y duración del abuso, el uso o no de la violencia, el grado de vergüenza o culpa que sienta el niño y la reacción de los padres y los profesionales. (González, et al, 1993; Garbarino y Eckenrode, 1999.) Por dicha razón es necesario conocer la dinámica en la cual se da el abuso sexual.

Las huellas imborrables que deja el abuso sexual, interrumpen, subvierten coartan el desarrollo del menor y en algunos casos les generan severos impedimentos (González et. al, 1993); entre las consecuencias más comunes del abuso sexual, están los trastornos alimenticios, trastornos del sueño, la conducta sensualizada, la depresión y el estrés postraumático. (Oates, Forest y Peacock, 1985, en Garbarino y Eckenrode, 1999)

Sabemos que es muy importante conocer las consecuencias psicológicas que ha dejado el abuso sexual y así ofrecer el tratamiento especializado, pues se ha encontrado que son pocos los resilientes de abuso sexual en la infancia, es decir, aquellos que tienen la habilidad para surgir de la adversidad, adaptarse, recuperarse y acceder a una vida significativa y productiva sin apoyo psicológico alguno (Amar J; Kotliarenko M y Abello R 2003).

En nuestra sociedad existen niñas y niños que se encuentran viviendo abuso sexual, según datos del Centro de Atención Psicológica a Víctimas de Delito (COPAVIDE) de la Procuraduría General de Justicia del Estado de Nuevo León, durante el periodo de enero a junio del 2008, se presentaron a solicitar apoyo

psicológico 287 niños y niñas de entre 7 y 15 años de edad, víctimas de abuso sexual, de los cuales, 239 fueron niñas y 48 niños que deben hacerle frente a las consecuencias psicológicas.

Es prioritario realizar investigación que nos arroje información sobre la depresión y el estrés postraumático así como la dinámica del abuso sexual que viven niñas y niños en nuestro contexto.

### **Objetivo General**

Identificar la existencia de síntomas de depresión y síntomas del trastorno de estrés postraumático en niños y niñas abusados sexualmente.

### **Objetivos Específicos**

Identificar a través del Inventario de Depresión Infantil de María Kovacs (CDI), los síntomas de depresión que presentan los niños y las niñas abusadas sexualmente

Identificar a través del Inventario de Depresión Infantil de María Kovacs (CDI), los síntomas de depresión que presentan los niños y las niñas que refieren no haber sido abusadas sexualmente.

Identificar a través de la Subescala de Estrés Postraumático Del P56, Entrevista para Síndromes Psiquiátricos En Niños y Adolescentes (CHIPS), los síntomas del trastorno de estrés postraumático que presentan los niños y las niñas abusadas sexualmente.

Identificar a través de la Subescala de Estrés Postraumático Del P56, Entrevista para Síndromes Psiquiátricos En Niños y Adolescentes (CHIPS), los síntomas del trastorno de estrés postraumático que presentan los niños y las niñas que refieren no haber sido abusadas sexualmente.

## **Hipótesis**

Los niños y las niñas abusadas sexualmente presentan síntomas de depresión en comparación con los niños y las niñas que refieren no haber vivido abuso sexual.

Los niños y las niñas abusadas sexualmente presentan síntomas del trastorno de estrés postraumático en comparación a los niños y las niñas que refieren no haber vivido abuso.

## **Limitaciones y Delimitaciones**

El alcance del presente estudio es limitado debido a que los resultados no pueden generalizarse.

Debido a que el presente trabajo se desarrollo con la participación de victimas de abuso sexual, por ética profesional y para evitar la revictimización de los casos se ofreció apoyo psicológico, acrecentando así el tiempo y costos invertidos en él.

Se encontraron pocas investigaciones realizadas sobre el abuso sexual infantil, sobre las consecuencias psicológicas del mismo y específicamente sobre la depresión y el trastorno de estrés postraumático en niños y niñas abusados sexualmente que se hayan efectuado en nuestro País.

## CAPITULO II

### MARCO TEORICO

#### **Antecedentes del Abuso Sexual**

Han existido múltiples esfuerzos dirigidos a entender, contextualizar y tratar el abuso sexual a menores, entre ellos, Finkelhor (2005), refiere a Freud con sus teorías sobre la sexualidad infantil; Kinsey que le dio énfasis a la normalidad del suceso; la lucha entre moralistas que se preocupaban por la protección del niño ante el abuso sexual y liberales que favorecían a un ambiente sexual más libre dentro de la familia, sin lugar a dudas, existieron dos acontecimientos muy importantes que marcaron la historia del abuso sexual, uno es el asesinato de 4 niñas efectuado en Nueva York en el año de 1937 y otro, el crimen de un niño en California, pues a raíz de éstos surgieron acciones legislativas, dando como resultado las llamadas “Leyes de Psicópatas Sexuales”.

Según González, Azaola, Duarte, y Lemus (1993) es hasta la década de los setenta cuando los médicos estadounidenses comenzaron a llamar la atención acerca del abuso sexual a menores, ya que al estar en contacto continuo con los casos, les permitió conocerlo e identificarlo como un problema que merecía ser atendido.

Otros de los sucesos de importancia mundial y que orienta la atención hacia el bienestar de niños y niñas referido por Finkelhor (2005) es la Declaración Universal de los Derechos de los Niños y la Convención de los Derechos del Niño, por medio de los cuales se invita a todos los países a cumplir con sus preceptos, a realizar acciones y otorgar recursos para este problema, desafortunadamente existen países que aún después de haber firmado y ratificado no cumplen con lo establecido.

En cuanto al abordaje del abuso sexual como trauma, Finkelhor (2005) menciona sobre la tradición de no creer en las historias de abuso sexual que invadía a la psicología, ya que en el entrenamiento clínico se aconsejaba a los terapeutas no preguntar sobre historias pasadas de abusos y se les sugería que pusieran en duda su veracidad.

Si revisamos el aspecto socio cultural del abuso sexual podemos encontrar lo mencionado por Rivera y Herrera (1997) quienes refieren que el lugar de vulnerabilidad en que socialmente se ha colocado al niño, así como la valoración que se da de su sexualidad, traducidos en abuso de poder, falta de respeto a la integridad y el no reconocimiento de sus derechos humanos, son ingredientes que se integran para dar terreno fértil al abuso sexual infantil.

Funk (1993 y 1997) referido por González (2004), puntualiza que el abuso sexual es la sexualización del desbalance de poder. La Fontaine (1990, en González, 2004) menciona que la fuerza física y el hábito del infante a obedecer a los adultos puede asegurar la complacencia, ya que los niños pueden obedecer a estos con una pequeña coerción.

Es cierto que el abuso sexual hacia niños y niñas ha sido abordado desde diferentes enfoques con la finalidad de esclarecer la dinámica del mismo, sin embargo también es cierto que hace falta dirigir acciones que muestren las consecuencias en el ámbito psicológico.

## **Definición de abuso sexual**

Es importante recordar que hasta el momento no existe una definición consensuada sobre lo que es el abuso sexual hacia los niños y niñas y que existe discrepancia en determinar la edad de la víctima, del abusador y en señalar las conductas que se incluyen en el acto abusivo o en las estrategias utilizadas para cometerlo (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2005).

Para el presente trabajo se tomó en cuenta la definición de abuso sexual que presenta Lammoglia (2004) como: “Todo acto ejecutado por un adulto o adolescente que se vale de un menor para estimularse o gratificarse sexualmente; se denomina abuso en la medida que, pudiendo realizarse tales actos con o sin el consentimiento del menor, son actos para los cuales éste carece de la madurez y el desarrollo cognoscitivo necesario para evaluar su contenido y consecuencias”, consideramos que es la más adecuada porque contempla aspectos muy importantes en la dinámica del abuso como lo es la inmadurez y el desarrollo cognoscitivo necesario para que el niño y la niña evalúe el contenido de las actividades y consecuencias de las propuestas que le realiza un adulto o adolescente, además de que hace énfasis en que independientemente del consentimiento dado por el menor, sigue siendo abuso sexual.

## **Dinámica del Abuso Sexual**

### **Formas de Abuso**

Sabemos que el abuso sexual tiene un comportamiento característico y que en su dinámica se incluyen actividades extremadamente sutiles, y por tanto, difíciles de percibir como: gestos, palabras, formas de mirar, exhibicionismo, voyeurismo, la participación del niño en actividades pornográficas o de prostitución o aquellos actos que involucran diversas formas de contacto físico no sexual como tocar, baños masajes, acercamientos, simulacros de luchas y también aquellas



formas más intrusivas de actividad sexual que va desde la masturbación la actividad sexual oral, anal y coito sexual (Berliner y Conte. (1990); Thomas, Garbarino, y Eckenrode, (1999) y González, et al, 1993).

Finkelhor (2005) en su investigación con jóvenes universitarios, menciona que el 20% de las mujeres experimentaron exhibicionismo, al 14% de los hombres les tocaron sus genitales, en un 38% de las mujeres y un 55% de hombres se involucró manos, boca del abusador y de niños; y en el 4% las experiencias en niñas involucraron el coito.

### **Frecuencia del Evento**

En lo referente a la frecuencia del abuso, Rivera y Herrera (1997) mencionan que de 290 casos de abuso sexual infantil analizados por la Asociación Mexicana contra la Violencia hacia las mujeres, el 50% se llegaron a prolongar por años, en un 28% por meses, en un 34% días o una sola vez.

### **Lugar de los Hechos**

En cuanto al lugar donde ocurre el abuso sexual a niños y niñas Pou et al (2001) encontraron que el 34 % ocurren en el domicilio del agresor, el 30% en el común y el 6% en el de la víctima.

### **Sexo del abusador**

Con respecto al sexo del abusador Pou, Ruiz, Comas, Petitbó, Ibáñez, y Bassets (2001), realizaron una revisión retrospectiva de las historias clínicas de 704 niños y niñas que acudieron a la Unidad Funcional de Abusos a Menores del Hospital Infantil Sat Joan de Dèu (UFAM, ) con sospecha de abuso, durante el periodo de enero de 1992 y abril del 2000; donde encontraron que del total de

casos que resultaron con abuso seguro, el 92% fueron cometidos por hombres, en el 1% mujeres.

### **Relación de la víctima con el Abusador**

En cuanto al parentesco que tiene el abusador con la víctima, Finkelhor (2005) encontró que un 50% son miembros de la familia: padres, padrastros, hermanos, tíos, primos y abuelos; en el 70% fue con parientes y conocidos combinados, al igual que Pou, Ruiz, Comas, Petitbó, Ibáñez, y Bassets (2001), quienes encontraron que en 74% el agresor era un familiar.

En el caso de la madre es difícil que aparezca como abusadora, pues en algunos hogares sexualmente abusivos se han considerado a las madres solo como cómplices del incesto, ya sea por no supervisarlos, porque contribuían indirectamente al abuso sexual, por su propia historia como víctima o porque se negaba a proteger al niño cuando se descubría el abuso. (Faller (1989); Lammoglia (2004) en Garbarino y Eckenrode (1999).)

La Asociación Mexicana contra la Violencia hacia las Mujeres, A. C. encontró que de 290 casos de abuso, un 99% se cometieron por hombres y que tenían una relación cercana con la víctima, un 27% por el padre o padrastro, 23% el tío, 15% un vecino y un 10% un hermano, confirmando que el ámbito familiar es un ambiente de permisividad y falta de respeto para los niños. (Rivera y Herrera 1997)

### **La Familia de la víctima**

En aspectos referentes a la familia sabemos que la cultura es el acervo común de creencias y comportamientos de una sociedad y sus ideas acerca de cómo deben conducirse las personas, en relación a la crianza y cuidado de los niños.

González refiere a la Fontaine (1990) quien menciona que la fuerza física y el hábito del infante a obedecer a los adultos puede asegurar la complacencia, ya que los niños pueden obedecer a estos con una pequeña coerción

Según Virseda (2000), la habituación a un estilo violento de interacción imposibilita la generación de otras posibilidades mejores y generalmente los niños abusados sexualmente tienen antecedentes de abuso y/o maltrato.

Otro aspecto es la tasa de divorcios y segundos matrimonios, que dan como resultado la posibilidad de tener padres sustitutos, si bien los padrastros, no están relacionados biológicamente con el niño, cumplen papeles similares a los del padre, lo cual les da el tipo de acceso y privacidad que permite el abuso sexual. (Thomas, et al 1999). Pou, Ruiz, Comas, Petitbó, Ibáñez y Bassets (2001) encontraron que el 46% de las familias de los niños y niñas abusados sexualmente, estaban en situación de separación conyugal.

Finkelhor (1984) citado por Izcoa (1991) menciona que la proporción de abuso del padrastro e hija es cada cinco veces más que la hija y su padre natural.

Thomas, et al (1999) mencionan que algunas madres pueden tener una historia de privación emocional y victimización sexual y cuentan con pocas herramientas para proteger a sus hijos.

En un estudio realizado en el Hospital Psiquiátrico de la Ciudad de México, por Buchelli (1999) donde se evaluaron a 10 niños, 5 niñas y 5 niños de entre 6 y 10 años, se encontró que el 100% expresaron una necesidad de afectos insatisfecha, el 60% expresó tener conflictos en sus relaciones con los padres, rivalidad con los hermanos y sentimientos de desprotección, además de sentimientos de soledad, abandono, temor ante futuros ataques y vulnerabilidad.

Save the children (1998) reporta que una situación familiar donde se da la ausencia de padres biológicos, el hecho de que la madre esté en situación de incapacidad o enfermedad, los conflictos entre los padres como indiferencia, enfados, peleas, separaciones y divorcio, las relaciones pobres, escasas o deficitarias por algún motivo con los padres, el hecho de tener padrastro, vulnerable ante el abuso sexual..

### **El Sexo de las Víctimas**

Save the children (1998) reportó que el hecho de ser mujer, de cualquier edad pero con mas frecuencia entre los 10 y 13 años, son algunos de los factores que vulneran ante el abuso sexual.

Sabemos que el abuso sexual se da en niños pero en mayor medida en niñas; la Procuraduría de Justicia de Baja California Norte, en 1991 recibió 239 denuncias de abuso sexual en la ciudad y el valle de Mexicali, el 82% era de menores de 18 años y 90% del sexo femenino, a su vez, la procuraduría de Justicia de Sonora informó que en el Municipio de Hermosillo, se denunciaron 170 casos de abuso sexual durante 1991, en el 80% fue mujer menor de edad. (González, Azaola, Duarte, y Lemus 1993), de igual manera, Pou J, et al (2001) encontraron que el 25% eran niños y 75% niñas.

### **La no Denuncia**

En la dinámica del abuso se da un proceso de preparación que tiene un efecto pernicioso en el niño, más allá del acto sexual en sí, ya que hace que crea en su propia complicidad en la actividad y, por lo tanto le resulte más difícil contar lo que sucede, posteriormente muchos abusadores que al comienzo no eran violentos recurren a la fuerza, las amenazas o el miedo para mantener la relación e impedir que el niño hable (Thomas, et al 1999).

Lister (1982) en Sullivan y Everstine (2004) describen como funciona la persuasión en los casos de abuso sexual “Uno hace una promesa para evitar más dolor y casi inevitablemente siente una obligación para el futuro, un deseo de que ya no haya más dolor” quedando así el niño o niña atrapado (a) de tal manera que no denuncia lo que le acontece.

En los casos en los que el abuso sexual que se mantienen bajo amenazas esta va desde una sutil coerción que halaga o engaña hasta una abierta amenaza de violencia física que obliga a callar (Sullivan y Everstine, 2004).

Existe otro aspecto que mantiene el silencio de las víctimas, el miedo del menor a la respuesta de sus padres ante lo sucedido (Sullivan y Everstine, 2004)

Peters (1973) citado por Sullivan y Everstine (2004) menciona que ha habido adolescentes y niños que pudieron decirle a alguien lo que les ocurrió, y obtener la ayuda y protección que necesitaban, es probable que algunos otros lleguen a guardar silencio y se conviertan en sobrevivientes, sin embargo, esos casos son pocos y muy raros, los ejemplos más frecuentes son aquellos en los que el trauma ha perdurado, lastimado bajo la superficie como una “bomba de tiempo psicológica.

Gonzalez (2004) define como sobrevivientes a aquellas personas que se vieron involucrados en abuso sexual y/o incesto en la infancia y que no han recibido terapia específica para el abuso.

Según datos encontrados por Finkelhor (2005), una situación que complica al abuso sexual y sobre todo a la denuncia del mismo es que se da bajo amenaza y/o fuerza, el encontró que el 55% de las niñas y un porcentaje similar de los niños reportaron que el abusador hizo uso de la fuerza, donde se le amenazó, con castigarlo si no participaba, es importante tener en cuenta es que el 73% de niños

no contaron a nadie de la experiencia, a este respecto, contrario a ello, Pou et al (2001) encontró que el 50% el relato fue directo del niño.

## **Consecuencias del Abuso Sexual Infantil**

### **Físicas**

Aunque existen consecuencias físicas desde el momento del abuso sexual, como el desgarramiento de la parte genital o anal; Rojo, Gil y Escudero (2003) refieren que un 5% de niños adquieren una o enfermedades de transmisión sexual como resultado de la agresión, de igual manera se encuentran algunos aspectos físicos como resultado del fuerte impacto psicológico el lupus eritematoso en mujeres con abuso sexual incestuoso es un ejemplo de ello (Arévalo 2003 ).

El Instituto Nacional de Perinatología, en el periodo de 1989 a junio de 1991, encontró 46 embarazos producto de violación en niñas de 10 a 17 años de edad, que corresponden a un 59% de los 78 casos atendidos en ese periodo, siendo un familiar el agresor, en el 39% de los casos y un conocido en un 11% (González et al. 1993).

### **Psicológicas**

Sabemos que las actividades sexuales abusivas hacia niños y niñas dejan un impacto psicológico que rompe con la liga de la confianza y el afecto, importantes para su desarrollo, según González (1993) y Garbarino, y Eckenrode (1999) y que como se menciona con anterioridad, existen algunos aspectos en la dinámica del abuso que aumentan dicho impacto.

Entre las consecuencias psicológicas del abuso podemos mencionar la pérdida de la confianza, la baja autoestima Freyd (2003), los trastornos

emocionales, pesadillas, hostilidad reprimida, depresión, alejamiento, de las actividades, problemas académicos, conducta agresiva, miedo generalizado, molestias psicosomáticas, problemas de conducta, incapacidad para formar relaciones sociales, ideación o verbalización suicida, pensamientos obsesivos, auto observación excesiva, abuso de sustancias, robos, huidas de casa, desordenes alimenticios. Browne y Finkelhor (1986); Gomes-Schwartz, Horowitz y Cardarelli (1990); Corwin y Conte, et al, referidos por Buchelli (1999)

Buchelli (1999) refiere a Cutler y Nolen-Hoeksema (1991) y Jackson (1990) que mencionan las consecuencias a largo plazo del abuso sexual infantil entre las que destaca la depresión, autodestructividad, autoconcepto negativo, ansiedad, pesadillas o dificultades para dormir, trastornos del comer, sentirse etiquetado, rencor hacia padres, desajuste sexual como culpa, angustia, insatisfacción sexual, evitación o deseo compulsivo de por el sexo, promiscuidad o prostitución, abuso de sustancias y psicopatología grave en la quinta parte de los sujetos.

Fergusson (1996) citado en el Informe mundial sobre la violencia y salud hace un estudio Longitudinal de una Cohorte efectuado en Christchurch, Nueva Zelanda, donde encontró asociaciones significativas entre el abuso sexual durante la niñez y problemas ulteriores de salud mental, tal como depresión trastornos de ansiedad, Briere (1984); Herman (1981) en Sullivan, Everstine (2004) mencionan el abuso del alcohol o de las drogas. Los problemas de salud mental, (Harrison, Lumry y Claypatch (1984), Bagley y Ramsay (1985) Briere (1984) y Sydney y Brooks (1984) citados en Sullivan (2004) mencionan comportamientos autodestructivos o suicidas.

Otra de las características es la que menciona Briere (1984), Rusell (1987) en Sullivan y Everstine (2004) es que una persona que vivió abuso sexual, escoge parejas abusivas en sus relaciones o que continuamente se colocan en situaciones en las que serán lastimadas físicamente o emocionalmente.

Según Sullivan y Everstine (2004) mencionan que las personas abusadas sexualmente fácilmente pueden participar en encuentros sexuales con extraños, pero tienen grandes dificultades para fomentar y mantener relaciones sanas con la pareja.

Echeburúa y Guerricaechevarría (2005) menciona a y su modelo traumatogénico que explica las razones del impacto psicológico como: sexualización traumática, pérdida de confianza, indefensión y estigmatización.

Finkelhor;(1998) Echeburúa y Guerricaechevarría (2005) en la sexualización traumática se refiere a la interferencia del abuso en el desarrollo sexual normal del niño (a), quien aprende a usar determinadas conductas sexuales como estrategias para obtener beneficios o manipular a los demás y adquiere aprendizajes deformados de la importancia y significado de determinadas conductas sexuales, así como concepciones erróneas sobre sexualidad y la moral sexual. Asimismo, tiene dificultades para establecer relaciones de intimidad y para integrar las dimensiones afectivas y eróticas.

En la pérdida de la confianza Finkelhor (1998) Echeburúa y Guerricaechevarría (2005) menciona que puede no solo centrarse en la relación con el agresor, sino generalizarse a las relaciones con el resto de la familia e incluso ampliarse a otras personas, especialmente en el contexto de las relaciones interpersonales.

Finkelhor (1998) Echeburúa y Guerricaechevarría (2005) refiere que la indefensión se traduce en una creencia del niño de no saber como reaccionar ante las diversas situaciones planteadas en la vida real y de tener poco control sobre sí mismo y sobre cuanto le sucede. Todo ello crea en la víctima una sensación de desamparo y un temor de lo que pueda suceder en el futuro, provocando actitudes pasivas, poco asertivas y de retraimiento.



La estigmatización que vive el niño(a) según Finkelhor (1998) en Echeburúa y Guerricaechevarría (2005) es sentida como culpa, vergüenza, pérdida de valor, etc. Esta serie de connotaciones negativas se incorporan a la autoimagen del niño y ejercen una profunda influencia en su autoestima. Todo ello puede llevar a una identificación con otros niveles de estigmatización de la sociedad y por ende al impacto psicológico

Según Cortes y Cantón, 1997).en Echeburúa y Guerricaechevarría (2005) el mantener en secreto del abuso sexual puede reforzar la idea de ser diferente y, con ello, aumentar el sentimiento de estigmatización

Según Jumper (1995 en Echeburúa y Guerricaechevarría 2005), en la gran mayoría de los casos, el abuso sexual constituye una experiencia traumática que repercute negativamente en el estado psicológico de las víctimas. Es más si no reciben un tratamiento psicológico adecuado, su malestar suele continuar incluso en la edad adulta

Otra área importante en cuanto a las repercusiones psicológicas del abuso sexual es el aspecto sexual de los niños y niñas que lo vivencian, sabemos que la respuesta sexual en el ser humano existe desde los primeros momentos del desarrollo; por lo tanto la búsqueda de contactos físicos (no necesariamente sexuales entendidos desde la visión adulta, existe, ya que el contacto físico, además de una fuente de placer, es también una necesidad del ser humano y una de las partes de conformación de la autoestima, el sentimiento de aceptación y de seguridad (Rivera y Herrera, 1997).

Para los niños y niñas, el identificar los límites de su cuerpo y el de los otros, es algo difuso, por lo tanto la búsqueda de sensaciones físicas placenteras así como la curiosidad en la relación con los otros cuerpos se da de una manera espontánea, desafortunadamente dentro de la socialización, el área que comprende la sexualidad se encuentra negada, por tanto cuando se percibe una

señal de su existencia se reprime y/o se llena de una serie de prejuicios que cierran las puertas de la comunicación entre personas mayor y la menor (Rivera y Herrera, 1997)

Niños y niñas viven con un cuerpo y sensaciones que le son expropiados y llenos de prejuicios y desinformación. (Rivera y Herrera, 1997)

Entre todas las consecuencias psicológicas del abuso sexuales niños y niñas es de gran interés para este estudio la depresión y el trastorno de estrés postraumático.

Hay evidencias de que los niños que han sido abusados sexualmente demuestran más miedo y ansiedad que los que no lo han sido. Kendall-Tackett, Williams y Finkelhor (1993) en Thomas, Garbarino y Eckenrode (1999) y que este miedo y ansiedad pueden ser una señales de que algunos de estos niños están experimentando un trastorno por estrés postraumático Mc Leer, Deblinger, Atkins, Foa y Ralphe (1988) en Thomas, Garbarino y Eckenrode (1999)

## **Depresión**

La depresión infantil es un fenómeno relativamente nuevo, Spitz referido por Del Barrio (2008), es quien proporciona la primera definición descriptiva atórica de la depresión infantil, como médico de un orfanato observó que los niños se volvían llorones, exigentes, perdían peso, se negaban al contacto, yacían postrados, presentaban insomnio y pérdida de peso, aparecía el letargo y que estos síntomas estaban cerca de lo que se consideraba depresión en el adulto, él la llamó depresión anaclítica, por el anacleo, es decir falta de apoyo u hospitalismo.

La depresión infantil es un trastorno afectivo donde la tristeza y la ausencia de disfrute constituyen el núcleo fundamental de esta alteración, se puede

acompañar de acciones y pensamientos acordes a este estado de ánimo y además alteraciones somáticas propias del trastorno emocional en el caso de niños las acciones pueden ser de protesta y hostigamiento dificultando en ocasiones el diagnóstico correcto (Del Barrio V. 2008).

Como lo refiere Del Barrio V (2008), es importante discriminar si estamos ante un trastorno o simplemente ante una sintomatología depresiva.

Entre los criterios mencionados por el DSM-TR (2000) para el diagnóstico de la depresión mayor tenemos: estado de ánimo depresivo o irritabilidad en el niño, disminución de placer o disfrute, pérdida de apetito y de peso (-5%), o no progreso de peso en niños, insomnio o hipersomnia, agitación o enlentecimiento motor, fatiga o falta de energía casi diaria, sentimientos de inutilidad, culpa, inadecuación, falta de concentración, pensamientos mórbidos o ideación suicida, síntomas con una duración de dos semanas.

La depresión en niños es poco atendida, Wagner (2003); Nixon (1999) en Mantilla, Sabalza, Díaz y Campo-Arias (2004) y refieren que en niños y niñas en edad escolar los trastornos depresivos tienen repercusiones importantes: a corto plazo, tanto los síntomas como el trastorno depresivo deterioran el rendimiento académico y las relaciones interpersonales, y a largo plazo se asocian en forma significativa con el consumo de sustancias y los trastornos de conducta.

Oates, Forest y Pacock (1985), citados por Thomas, Garbarino y Eckenrode (1999) mencionan que la culpa es uno de los precursores de la baja autoestima, la cual prevalece en los niños abusados sexualmente; a su vez Browne y Finkelhor (1986) citados también por Thomas; Garbarino y Eckenrode (1999) reafirman que la baja autoestima es coherente con la mayor proporción de cuadros depresivos que se observan entre los adultos que sufrieron abusos.

Los niños desarrollan síntomas depresivos al encontrarse ante una situación que no pueden controlar, en la que sus conductas son independientes del resultado y del comportamiento de los demás. Gállegos (2001)

## **Trastorno de Estrés Postraumático**

La experiencia de sucesos extremadamente estresantes o de naturaleza traumática produce en los seres humanos una reacción normal caracterizada entre otros aspectos por sentimientos de terror, sensación de profunda vulnerabilidad e indefensión, miedo a resultar seriamente dañados y miedo a perder la vida, en ocasiones se puede presentar sentimientos de culpa por lo que durante el evento se pudo haber hecho y no se hizo o simplemente por la forma en que se reaccionó, a estas reacciones se les denomina reacciones de estrés postraumático (Sosa y Capafóns 2005).

El estrés postraumático han sido denominado de muy diversas formas a lo largo de los años, algunos términos diagnósticos utilizados han incluido los de Neurosis de Guerra, Neurosis Traumática, síndrome Post-Vietnam o Fatiga de Batalla (Meichenbaum,1994). Sabemos que el estrés postraumático como categoría diagnóstica apareció inicialmente para describir los síntomas experimentados por veteranos de guerra.

La Asociación Psiquiátrica Americana (APA) en el año de 1980, reconoció por primera vez en El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III) el trastorno por estrés postraumático como una entidad diagnóstica diferenciada. Fue categorizado como un trastorno de ansiedad por la presencia de ansiedad persistente, hipervigilancia y conductas de evitación fóbica. La APA (1952) en El DSM I diagnosticaba a las personas que presentaban síntomas posteriores a un evento traumático con “gran reacción al estrés y La APA (1968) en el DSM II como “perturbación situacional transitoria.

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la APA en su cuarta edición (DSM-IV) publicado en 1994 recoge los criterios diagnósticos del trastorno de estrés postraumático donde menciona que la principal característica es el haber experimentado un evento traumático que implicó amenaza de muerte, serio daño o amenaza a la integridad física de si mismo o de otro; el individuo; entre los síntomas del trastorno encontramos:

*Re-Experimentación del evento traumático* mediante: flashbacks (sentimientos y sensaciones asociadas por el sujeto a la situación traumática); Pesadillas (el evento u otras imágenes asociadas al mismo recurren frecuentemente en sueños) y reacciones físicas y emocionales desproporcionadas ante acontecimientos asociados a la situación traumática.

*Incremento Activación:* dificultades para conciliar el sueño; hipervigilancia; problemas de concentración; irritabilidad; impulsividad y agresividad.

*Conductas de evitación y bloqueo emocional:* Intensa evitación, huida, rechazo del sujeto a situaciones, lugares, pensamientos, sensaciones o conversaciones relacionadas con el evento traumático; pérdida de interés; bloqueo emocional y aislamiento social.

### **Trastorno de Estrés Postraumático en Niños Abusados Sexualmente**

Los eventos traumáticos que ocasionan el trastorno de estrés postraumático, en su mayoría son inesperados e incontrolables y golpean de manera intensa la sensación de seguridad y auto-confianza del individuo provocando intensas reacciones de vulnerabilidad y temor hacia el entorno. Sosa C.; Capafóns (2005) refieren que dichas reacciones se pueden presentar ante eventos como: grandes catástrofes como los desastres naturales, los huracanes,

terremotos, inundaciones, avalanchas; hechos accidentales como las muertes inesperadas de familiares o por tragedias deliberadamente causadas por el hombre entre las cuales se encuentra el abuso sexual.

El trastorno de estrés postraumático en los últimos tiempos se ha usado para describir las experiencias de las víctimas de abuso sexual, en particular las que fueron atacadas con violencia o en repetidas ocasiones.

Plaza (2003) menciona que las reacciones de un niño ante una situación traumática se dan en dos fases: en la primera los recursos de afrontamiento personal y el apoyo familiar son determinantes pues facilita la metabolización de las reacciones y la segunda fase viene determinada por la persistencia de trastornos en los días sucesivos que de perdurar un mes consistirá en un trastorno denominado Trastorno por Estrés Agudo (ASD), si trascurrido un mes tras el acontecimiento traumático, persisten los síntomas, se denomina Trastorno por estrés postraumático (Plaza, 2003)

Echeburúa y Guerricaechevarría (2005) refieren a Wolfe, gentile y Wolfe (1989) quienes consideran que las consecuencias del abuso sexual cumplen los requisitos de trauma exigidos por el DSM-IV para el estrés postraumático: pensamientos intrusivos, evitación de estímulos relacionados con la agresión, alteraciones del sueño, irritabilidad y dificultades de concentración, el trastorno incluye, además, miedo, ansiedad, depresión y sentimientos de culpa.

Kendall, Tackett, Williams y Finkelhor (1993, en Kaplow et al., 2005) mencionan que muchos investigadores identificaron el trastorno por estrés postraumático (TEP) como la principal manifestación del trauma psicológico causado por los abusos sexuales, debido a la elevada frecuencia de este trastorno y de los síntomas que lo acompañan en los niños que lo vivieron.

## **CAPITULO III**

### **MÉTODO**

El presente trabajo pretende identificar la existencia de síntomas de depresión y del trastorno de estrés postraumático en niños y niñas abusados sexualmente en comparación a los niños que refieren no haberlo vivido, por ello se pensó en un estudio correlacional de corte transversal con grupo de comparación

#### **Descripción y Obtención de la Muestra**

En el estudio participaron un total de 38 niñas y niños distribuidos en el grupo testigo y el grupo control. El grupo testigo estuvo formado por 2 niños y 17 niñas entre 7 y 15 años de edad, abusados sexualmente que acudieron a pedir apoyo psicológico al Centro de Orientación Psicológica a Víctimas de Delitos (COPAVIDE) de la Procuraduría General de Justicia en el Estado de Nuevo León, durante el periodo de enero a julio del 2008, los criterios de inclusión fueron el haber vivido abuso sexual, el no haber recibido apoyo psicológico, tener los síntomas durante tres meses, duración que cubre el tiempo establecido por el DSM IV para los síntomas del trastorno de estrés postraumático.

El grupo control se formó por 17 niñas y 2 niños de las mismas edades del grupo testigo, los casos de entre 12 y 15 años se obtuvieron de la Escuela Secundaria Escudo de Nuevo León, ubicada en la colonia la Herradura en el Municipio de Guadalupe en el Estado de Nuevo León y las niñas y niños de entre 7 y 11 años se contactaron en la Estancia Infantil del Sindicato Único de Servidores Públicos del Estado (SUSPE); los criterios de inclusión son el referir no haber vivido abuso sexual ni estado en riesgo de perder la vida o presente ante el riesgo de otras personas de perder la vida.

## **Descripción de Instrumentos**

### **Inventario de Depresión Infantil de María Kovacs**

El Inventario de depresión infantil (Kovacs 1992) consta de 27 ítems, 16 que evalúan la presencia de Disforia (Humor Depresivo, Tristeza, Preocupación, etc) y 9 Autoestima Negativa (Juicios de ineficiencia, Fealdad, Maldad, etc).

### **Subescala de Estrés Postraumático Del P56, Entrevista Para Síndromes Psiquiátricos en Niños y Adolescentes (Chips)**

La subescala de estrés postraumático de la Entrevista para Síndromes Psiquiátricos en niños y Adolescentes (Mary A Fristad; Marijo Teare Rooney; Elizabeth B. Waller; y Ronald A. Waller, 1998) consta de cinco criterios: Exposición (si estuvo expuesto a un evento traumático durante las ultimas 4 semanas), disociación (criterio para diagnosticarse como estrés agudo), repeticiones, evitación y sobreexcitación.

En cuanto a su validez tenemos que se realizaron una serie de cinco estudios de los cuales podemos destacar lo siguiente: Estudio 1: Concordancia entre CHIPS Y Entrevista DICA ( $p < .05$ ); Estudio 2: ChIPS revisada según el DSM-III-R y la DICA\_R\_ ( $p < .05$ ); Estudio 3: Confiabilidad y Validez de P-ChIPS Y DICA-R-C; Estudio 4: se aplico la ChIPS revisada para DSM- y DICA-R-C; ( $p < .05$ ); Estudio 5: (ChIPS) DICA\_R\_C, ( $p < .04$ ).

### **Entrevista Estructurada**

La entrevista estructurada estuvo dirigida a los cuidadores del niño o niña donde se indagó a través de 15 ítems de aspectos generales, algunos aspectos sociodemográficos, 12 ítems de las características de los abusadores, la dinámica del abuso, 46 ítems de las conductas observadas en niñas y niños por los cuidadores y los antecedentes de maltrato y/o abuso en los cuidadores.



## **Procedimiento**

Para formar el grupo testigo, se pidió apoyo a la directora del Centro de Atención Psicológica a Víctimas de Delito (COPAVIDE) para la aplicación de los instrumentos a la población de niños y niñas que llegan a pedir apoyo por ser víctimas de abuso sexual.

La directora de COPAVIDE autorizó la realización de la investigación dentro del centro, bajo un convenio firmado que contenía los siguientes términos: Trabajar en un horario de 4 a 8 de la noche de lunes a viernes; respetar la confidencialidad de cada caso; dar el apoyo psicológico a cada una de los y las niñas evaluadas; dar el crédito pertinente a la Institución; dejar una copia de las evaluaciones en el expediente de cada uno de los niños y niñas evaluados.

La coordinadora de psicología del COPAVIDE, proporciono información al grupo de psicólogas para que al momento de realizar ingresos de niños y niñas que cumplieran con los criterios de inclusión, se les citara; para tal efecto se siguió una agenda para la atención y evaluación.

La primera cita fue otorgada en un tiempo aproximado de una semana.

La aplicación de los instrumentos se realizó en dos sesiones de aproximadamente 20 minutos cada una.

Se programo una cita con el cuidador (a); es decir, la persona que se hacia cargo del cuidado de las niñas y niños; a quienes se les realizó la entrevista en una sesión de 30 minutos aproximadamente.

Se evaluaron 19 casos de niñas y niños que cumplieran con los criterios de inclusión y se logró entrevistar solamente a 16 cuidadores.

Para formar el grupo control, se procedió de la siguiente manera: después de haber evaluado a los niños (as) del grupo testigo, se solicitó autorización al director de la Escuela Secundaria Escudo de Nuevo León, para evaluar a niñas de entre 12 y 15 años, bajo el siguiente esquema: Se le explicó al director de la escuela, el objetivo de la investigación, de la evaluación y los criterios de inclusión.

El director de la escuela dio indicaciones al prefecto para que la maestra de grupo fuera pasando al auditorio de la escuela a las niñas que cumplían los criterios de inclusión.

A cada niña se le explicó el motivo de la investigación.

La primera pregunta fue para indagar si había vivido abuso sexual tanto de niña como en la actualidad, o si estuvo a punto de perder la vida o visto que alguien la haya estado a punto de perderla, si su respuesta era negativa se procedía a explicar las instrucciones del primer instrumento.

Se aplicó primero el Inventario de Depresión Infantil y posteriormente la Entrevista para Síndromes Psiquiátricos en niños y Adolescentes.

La entrevista ya no se aplicó cuando se dejó de cumplir el segundo criterio

Para los niños y niñas de 7 a 11 años se procedió de igual manera, se solicitó la autorización de la directora de la Estancia Infantil del SUSPE, para poder aplicar los instrumentos a niños y niñas que cumplieran el criterio principal de no haber vivido abuso sexual, el sexo y la edad.

Una vez obtenida la autorización, la directora dio indicaciones a una maestra y se asignó un salón donde se procedió a pasar a cada niña (o).

A cada niño (a) se le explicó el motivo de la investigación y se mencionó la importancia de entrevistar solamente a niños y niñas que no hubieran vivido abuso sexual y situaciones donde estuvieron a punto de perder la vida o visto que alguien la haya estado a punto de perderla, si su respuesta era negativa se procedía a explicar las instrucciones del primer instrumento.

Se aplico primero el Inventario de depresión infantil y posteriormente la Entrevista para Síndromes Psiquiátricos en niños y Adolescentes y de igual manera, la Entrevista terminó cuando se dejó de cumplir el segundo criterio

### **Procedimiento de Análisis Estadístico**

Una vez aplicados los instrumentos tanto a niñas y niñas del grupo testigo y el grupo control, se utilizó el programa estadístico SPSS para el análisis de las variables estudiadas, realizando en primera instancia una revisión de las estadísticas descriptivas y posteriormente se aplicó la prueba de Fisher, la cual se utilizó para revisar si la diferencia encontradas en los síntomas de depresión y estrés postraumático tanto en el grupo testigo como en el grupo control eran significativas.

### **Aspectos Éticos**

En el Centro de Justicia Familiar se firmo un convenio donde se respetaría la confidencialidad de los datos que proporcionaron cada uno de los participantes del grupo testigo.

Para identificar a los integrantes del grupo control se utilizo un código similar al utilizado en su par del grupo testigo.

En cuanto a la ética profesional, se estableció el compromiso de brindar la atención psicológica a cada uno de los niños y niñas evaluados, hasta la conclusión del tratamiento y/o desistimiento del servicio.

## **CAPITULO IV**

### **ANÁLISIS DE RESULTADOS**

#### **Descripción de la Muestra y Grupos**

Los resultados se presentaran en dos fases: en la primera se mostrarán los obtenidos en 19 casos donde se evaluó los síntomas de depresión y estrés postraumático, y en la segunda fase sólo se expondrá el resultado de la entrevista realizada a 16 cuidadores del grupo testigo, ya que en 3 de ellos no se pudo realizar la entrevista; los aspectos que se indagaron en la entrevista fueron: aspectos generales, historia del maltrato en el abusador, dinámica del abuso, conductas que los cuidadores observaron en niñas y niños.

El total de la muestra de niños(as) fue de 38, los cuales integraron 2 grupos, 19 del grupo control (sin abuso sexual) y 19 del grupo testigo (con abuso sexual), en ambos casos el 88% era del sexo femenino y el 12% del masculino, con una edad media de 10.53, una mediana de 10, una desviación estándar de 2.37, siendo el valor mínimo de 7años y el máximo de 15.

#### **Comparación de los síntomas de depresión entre el grupo testigo y control.**

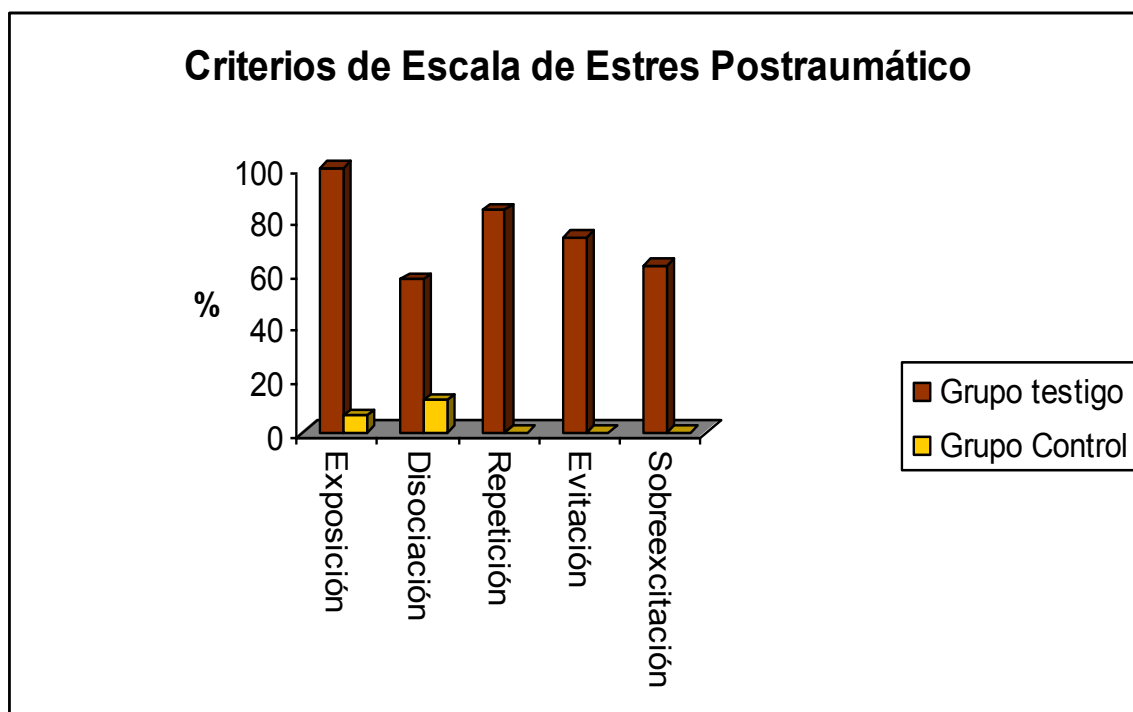
En cuanto al grupo testigo encontramos que el 21% presentaron síntomas de depresión y en el grupo control no se encontraron síntomas. Al comparar depresión en ambos grupos con la prueba de Fisher, los resultados no fueron significativos ( $\text{Chi}^2 = 4.47$ ,  $\text{gl} = 1$ ,  $p = .105$ ).

## Comparación de los síntomas de estrés postraumático entre el grupo testigo y control.

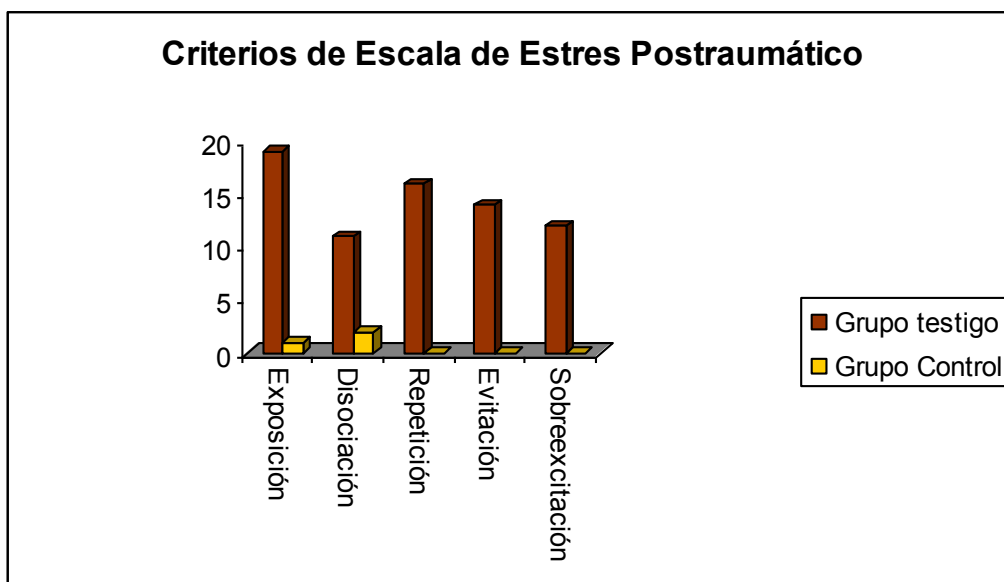
De los casos con estrés postraumático, tenemos 11 casos en el grupo testigo (58%) y ninguno en el grupo control. Al comparar los síntomas de estrés postraumático en ambos grupos con la prueba de Fisher, los resultados fueron significativos ( $\text{Chi}^2 = 15.48$ ,  $gl = 1$ ,  $p = .001$ ).

Cuando revisamos de manera separada cada uno de los cinco criterios contenidos de la subescala de estrés postraumático por grupo, en el grupo testigo encontramos lo siguiente: respecto a los 19 casos, todos presentaron exposición, un 58% presentaron síntomas de disociación, 84% de repetición, 74% evitación y 63% sobreexcitación. En cambio, en el grupo control sólo 12% presentó disociación y un 6% exposición (ver gráfica 1 y 2).

Grafica 1



Grafica 2



**Resultado de la entrevista realizada a 16 cuidadores de los niños del grupo testigo.**

### **Aspectos generales**

Al indagar sobre los cuidadores de los niños del grupo testigo, encontramos que la edad media era de 37.13; la mediana de 35.50 con una desviación estándar de 9.86, un valor mínimo de 27 y un máximo de 67; en el 88% eran del sexo femenino y en el 12% masculino. En cuanto al parentesco con los niños y niñas, el 81% de los cuidadores se trataba de la mamá, el 13 % del papá y en el 6% de la abuela materna.

En algunos aspectos generales encontramos lo siguiente: el 31% tenía primaria completa, un 44% había completado la secundaria y el 6% estudió una profesión; del total de casos, el 56% era casada, el 19% separada, el 6% divorciada, un porcentaje igual soltera y el 12% estaba en unión libre; En ese momento, el 50% trabajaba; En cuanto a la religión, el 63% era católica y el 31%

cristiana; El 31% vivía en Monterrey, un porcentaje igual en Apodaca y el 12% en Guadalupe.

### **Violencia vivida durante la infancia en cuidadores del grupo testigo.**

Al indagar sobre la violencia física, psicológica, verbal y sexual vivida por los cuidadores en el grupo testigo encontramos lo siguiente:

**Tabla 1**

<b>Pregunta</b>	<b>Si</b>	<b>%</b>
La amenazaron con el cuchillo?	1	6%
La despreciaban?	6	38%
La humillaban?	7	44%
La avergonzaban delante de otras personas	7	44%
Le exigían obediencia?	11	69%
Le pegaron?	12	75%
La golpeaban con el cinto?	7	44%
La empujaron?	8	50%
La estrujaron?	9	56%
Le jalaron el pelo?	10	63%
La insultaron?	8	50%
Le gritaban?	13	81%
Le decían maldiciones?	9	56%
Abusaron sexualmente de ud?	5	31%
Le hicieron tocamientos en sus genitales?	3	19%
Le exigieron tener relaciones sexuales	3	19%
La violaron?	2	13%

Según lo indica la tabla 1, podemos destacar que los cuidadores han vivido desde golpes, insultos, amenazas etc. sin embargo es muy importante destacar la violencia sexual ya que el 31% vivió abuso sexual; el 19% tocamientos en sus genitales, a un porcentaje igual le exigieron tener relaciones sexuales y al 13% la violaron.



## Dinámica del Abuso

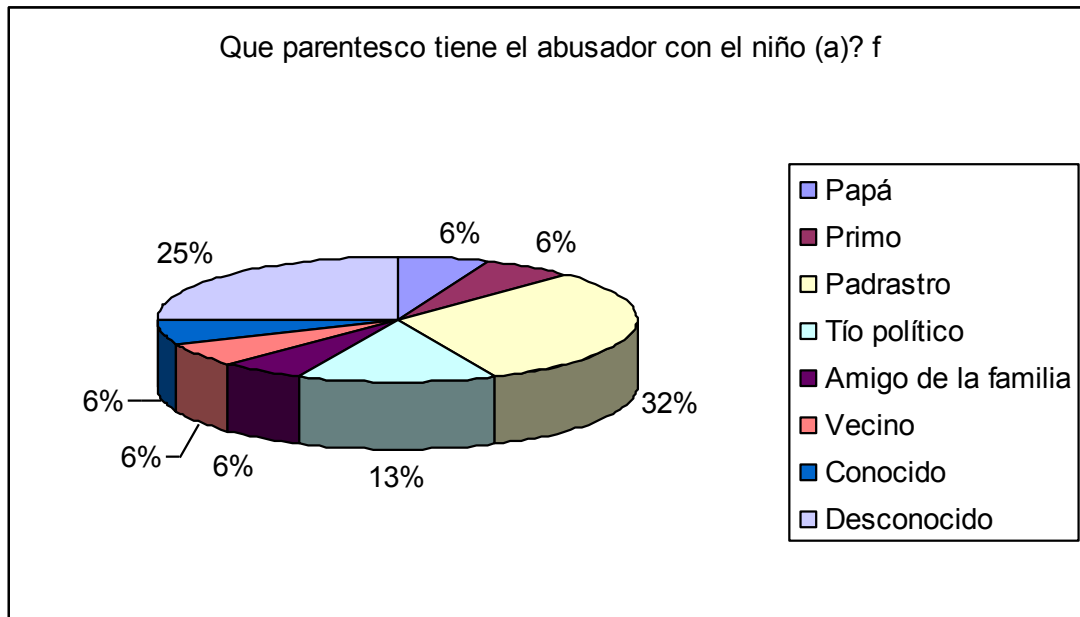
### Datos del abusador

La edad media del abusador es de 34.63, la mediana de 37, con una desviación estándar de 11.01, con un valor mínimo de 13 y uno máximo de 48; el 100% fueron del sexo masculino.

### Distribución del parentesco de la víctima con el abusador

Como se muestra en la gráfica 3, en lo que respecta al parentesco del abusador con la víctima tenemos que en un 75% eran personas conocidas y en un 25% desconocida.

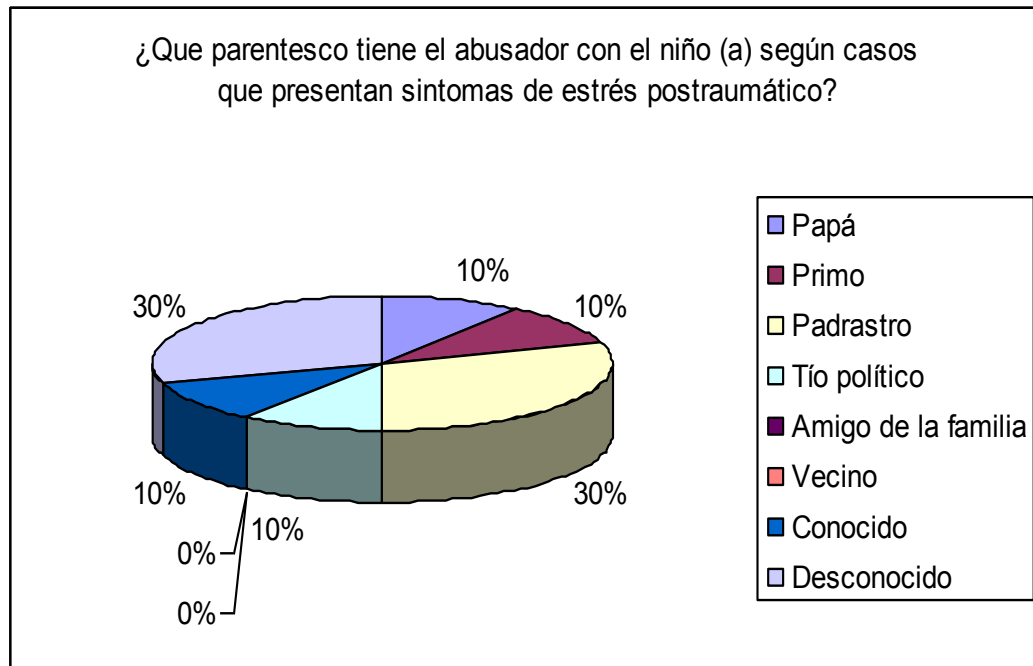
Gráfica 3



### Distribución de casos con síntomas de estrés postraumático por parentesco de la víctima con el abusador.

De los casos del grupo testigo que tuvieron síntomas de estrés postraumático encontramos que en el 70%, el abuso sexual se había perpetrado por una persona conocida, como lo muestra la grafica 4, y en el 30% por personas desconocidas.

Gráfica 4

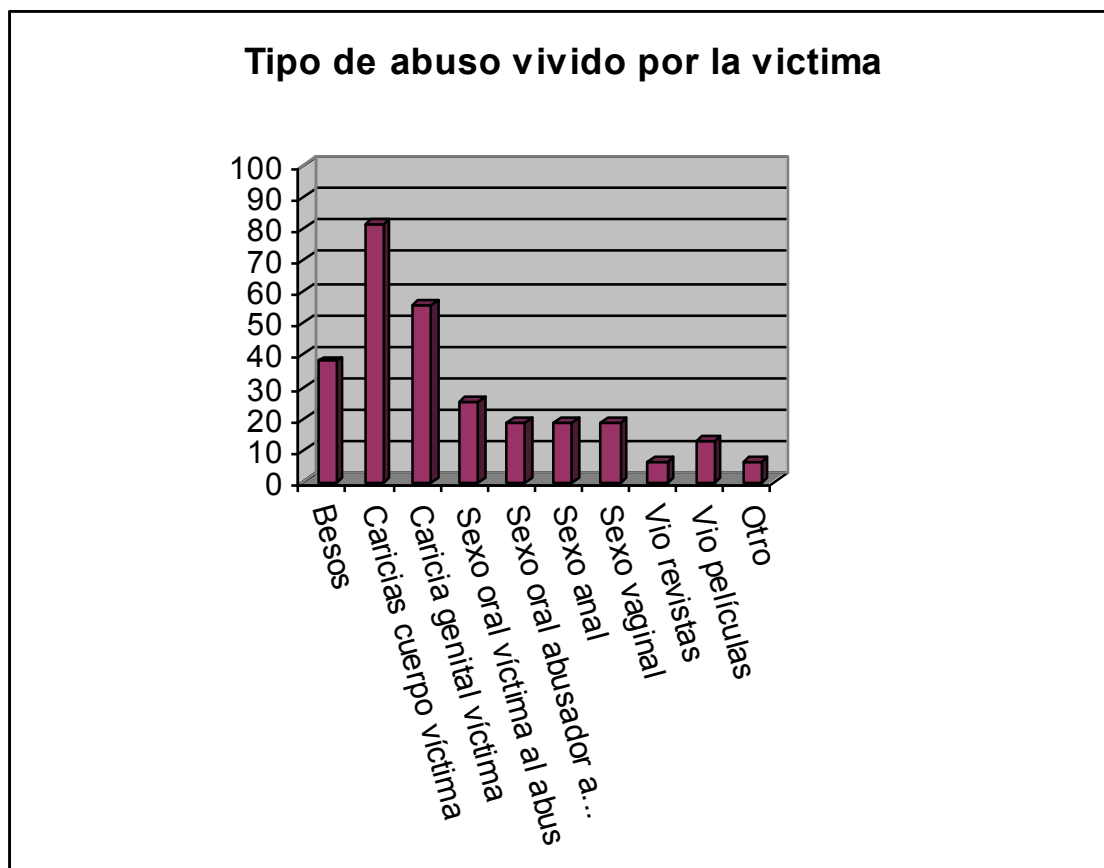


Al cuestionar a los cuidadores sobre si las victimas evitaban hablar sobre el abuso vivido, el 75% de los casos manifiesto que si y en el 70% presentaron síntomas de estrés postraumático y cuando se pregunto sobre si la victima se veía temerosa de lo que recordaba asintieron el 69% y en el 70% de ellos se presentaron síntomas de estrés postraumático.

## Distribución del tipo de abuso vivido por la víctima.

Como lo podemos ver en la grafica 5, el tipo de abuso vivido con mayor frecuencia por las victimas, fueron las caricias en el cuerpo de la víctima, presente en un 81% de los casos y en segundo lugar, las caricias en los genitales en un 56%.

Grafica 5



Nota: el porcentaje y el número de casos del grupo testigo no coinciden porque presentaron uno o más tipos de abuso.

## **Distribución de casos con síntomas de estrés postraumático por el tipo de abuso vivido por la víctima.**

Al revisar el porcentaje de los casos que presentaron síntomas de estrés postraumático según el tipo de abuso sexual que vivieron, encontramos que de los que tuvieron caricias en su cuerpo, el 90% presentaron síntomas de estrés postraumático y el 60% de los que tuvieron tocamientos en genitales (tabla 2).

**Tabla 2**

Porcentaje de niñas con estrés del total de casos con ese tipo de abuso			
Estrés con tipo de abuso	Sin estrés	Con estrés	
Besos	6	4	40%
Caricia cuerpo niña	1	9	90%
Caricia genital niña	4	6	60%
Sexo oral niña abusador	8	2	20%
Sexo oral abusador niña	9	1	10%
Sexo anal	9	1	10%
Sexo vaginal	8	2	20%
Vio revistas	9	1	10%
Vio películas	8	2	20%
Total con estrés		10	

Nota: el porcentaje y el número de casos del grupo testigo no coinciden porque presentaron uno o más tipos de abuso.

## **Distribución del lugar donde ocurrió el abuso sexual**

En cuanto al lugar donde ocurrió el abuso sexual, podemos observar en la tabla 3, que en su mayoría fue en la casa de la víctima y en la casa donde ambos habitaban, que corresponden al 31% y 33% respectivamente, si se toma en cuenta el total de eventos de abuso reportado (42) en los 16 casos del grupo testigo.

**Tabla 3**

Lugar donde ocurrió el abuso											
	Besos	Caricias cuerpo niña	Caricias genitales niña	Sexo oral niña abusador	Sexo oral abusador niña	Sexo anal	Sexo vaginal	Vio revistas pornográficas	Vio películas pornográficas.	Otro	Total
Casa abusador	1	3	3	0	0	0	0	0	1	0	8
Casa víctima	1	2	2	2	2	1	1	1	1	0	13
Casa de abusador y víctima	3	5	3	1	0	1	1	0	0	0	14
Fuera de casa	1	2	1	0	1	0	1	0	0	1	7
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>12</b>	<b>9</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>42</b>

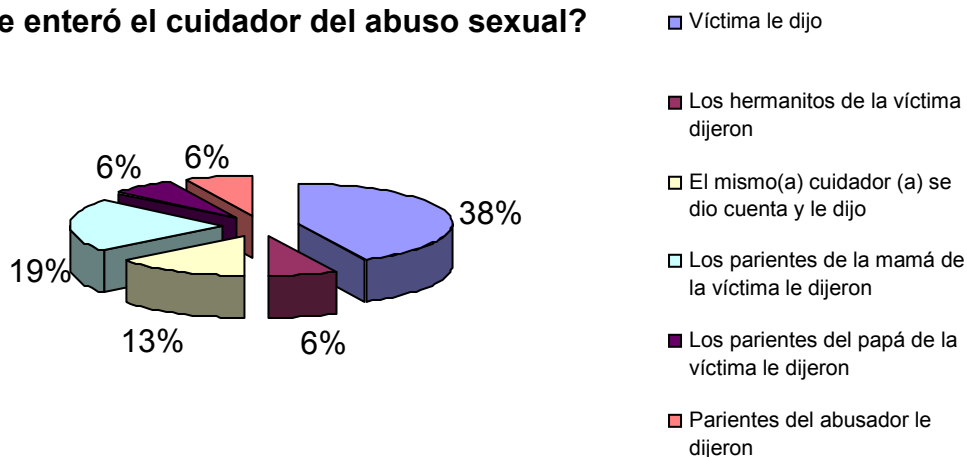
Nota: el porcentaje y el número de casos del grupo testigo no coinciden porque presentaron uno o más tipos de abuso.

### Distribución del la forma en la que el cuidador se entero del abuso sexual

Al indagar sobre cómo se entero el cuidador de la víctima, sobre la ocurrencia del abuso sexual, tenemos que en el 38% de los casos, la misma víctima se lo dijo, en el 19% fue un pariente de la mamá y un 13% el mismo cuidador de la niña se dio cuenta (gráfica 6).

**Gráfica 6**

#### ¿Cómo se enteró el cuidador del abuso sexual?



### **Distribución de casos del grupo testigo que recibió amenazas y golpes y los que presentan estrés postraumático.**

Del total de los casos del grupo testigo, el 56% reportaron amenazas por parte del abusador, y el 31% golpes por parte del mismo. Al revisar los casos con síntomas de estrés postraumático, encontramos que el 50% recibió amenazas y el 40% golpes.

### **Distribución de los problemas vividos por el grupo testigo, posterior a la denuncia.**

El 100 % de los casos del grupo testigo denunciaron legalmente; Al indagar sobre los problemas que se les presentó posterior a la denuncia, encontramos que del total de los casos, el 81% refieren problemas emocionales, el 50%, económicos, el 38% familiares y en el 13 % laborales.

### **Distribución de ítems de auto percepción.**

Al cuestionarles a los niños del grupo testigo sobre la percepción que tienen de si mismos encontramos lo siguiente: un 94% asintió que es inquieto; un 50% a que es malo con los demás; un 75% asintió desobedecer a sus papas, el 63% distraerse fácilmente o no poner atención, un 56% se siente triste infeliz o deprimido y un porcentaje igual se siente solo; un 50% se sientes confundido o como si estuvieras en las nube y un porcentaje igual, siente que los demás le quieren hacer daño, un 63% refiere ser tímido y el 69% se enojarse con facilidad; en el 81% ser terco, en el 94% que su estado de ánimo o sentimientos cambian de repente y el 75% considera ser nervioso.

### **Distribución de casos con síntomas de estrés postraumático por ítems de auto percepción.**

Al revisar los datos de las víctimas con síntomas de estrés postraumático y los ítems referentes al concepto de sí mismo encontramos que el 100% refieren ser inquietos; el 70% se distrae fácilmente; se siente solo el 90%; se siente triste, infeliz o deprimido el 90%; se siente confundido como si estuviera en las nubes el 70% y en un porcentaje igual siente que los demás quieren hacerle daño; el 30% ha pensado en suicidarse; en el 70% ser tímido y en un porcentaje igual, cambia su estado de ánimo o sus sentimientos de repente en el 90%; se enoja con facilidad el 80% y en un porcentaje igual, ser nervioso; En el 70% lloran sin motivo y mienten; el 80% ha bajado su rendimiento escolar; en el 90% ha cambiado su forma de relacionarse con otras personas; en el 80% se aíslan, en un 60% se han visto retraídos.

### **Distribución de ítems de las conductas observadas por cuidadores en el grupo testigo.**

En los comportamientos observado por los padres refieren que en un 63% han bajado el rendimiento escolar y en un porcentaje igual ha cambiado su forma de relacionarse con otras personas; en un 63% se porta agresivo; 71% muestra baja autoestima; en un 63% se mantiene en alerta constante; en un 65% de los casos se niega a dormir solo, un 69% parece miedoso sin motivo y parece triste y ensimismado; en un 59% no se separa de los adultos y en un porcentaje igual hiperactivo; en un 76% se frustra con facilidad y tiene un carácter enrabiado.

## **Distribución de casos con síntomas de estrés postraumático según conductas observadas por cuidadores del grupo testigo.**

En un 80% le reportan en la escuela o la cuidadora ha observado falta de atención; que es agresivo en un 90% y en un porcentaje igual tener una baja autoestima, portarse desobediente; estar constantemente alerta en un 70% y en un porcentaje igual refiere miedoso sin motivo; en el 80% tiene problemas para irse a la cama o quedarse dormido; en un porcentaje igual duerme mucho mas de lo que acostumbraba; en un 90% tiene pesadillas; en un 60% se niega a dormir solo, en un 50% no come; el 90% le ha expresado deseos de morir.



## **CAPITULO V**

### ***DISCUSION Y CONCLUSIONES***

#### **Depresión.**

En cuanto a la Depresión, contrario a lo esperado, tenemos que en el grupo testigo, solo el 21% la presentaron, una probable explicación basada en la similitud de respuestas es que tanto la población del grupo testigo como del grupo control contestaron de forma socialmente aceptable.

Es importante destacar lo mencionado por Del Barrio (2008) que aunque no estuvimos frente a un diagnóstico de depresión infantil como trastorno afectivo, al indagar sobre autopercepción y las conductas observadas por los cuidadores en los niños del grupo testigo pudimos percatarnos de la presencia de sintomatología depresiva.

#### **Trastorno de estrés postraumático.**

Al igual que Kaplow; Dodge; Amaya-Jackson (2005) y Finkelhor (1993), encontramos síntomas del trastorno de estrés postraumático en el 58% los niños abusados sexualmente, por dicha razón creo que es de suma importancia profundizar en la investigación.

Un aspecto que podemos destacar es que el 75% de las víctimas evitan hablar sobre el abuso vivido y de ellos, el 70% presentaron síntomas del trastorno de estrés postraumático.

Al igual sucede con el 69% en donde los cuidadores refieren que la víctima se veía temerosa de lo que recordaba, ya que en el 70% de ellas se presentaron síntomas del trastorno de estrés postraumático.

## **Cuidadores**

Sobre los cuidadores de los niños del grupo testigo encontramos que el 88% del sexo femenino y en más de la mitad (81%) se trataba de la mamá, sin embargo encontramos que la mitad de ellos trabajaba, situación que se presta para que las víctimas se encuentren al cuidado de terceros, esta información nos permite pensar en la población objetivo tanto para el apoyo psicológico como los programas preventivos de primer y segundo nivel, sean incluyentes.

Otro aspecto a destacar es que menos de la mitad (31%) de los cuidadores tenía primaria completa y (44%) había completado la secundaria y que solo el 6% estudió una profesión, esto da pie para poder investigar si el nivel de escolaridad tiene alguna relación con el riesgo de niños y niñas de vivir algún tipo de abuso o el manejo que ellos dan a la prevención del abuso en sus hijos e hijas.

Un aspecto importante que encontramos en los cuidadores, al igual que lo destaca Thomas, M; et al (1999), es el antecedentes de abuso sexual de los cuidadores del grupo testigo, ya que el 31% vivió abuso sexual; el 19% tocamientos en sus genitales, a un porcentaje igual le exigieron tener relaciones sexuales y al 13% la violaron.

## **Dinámica del Abuso**

### **Datos del abusador**

Otro aspecto importante que encontramos es la edad media de los abusadores, 34.63, sin embargo el valor mínimo de 13 y máximo de 48 nos indican que más que pensar en un rango de edad podríamos enfocar investigaciones que hacia la construcción de la masculinidad.

### **Sexo del abusador**

Al igual que Pou et al (2001) encontramos que un gran porcentaje los abusadores son del sexo masculino, en un 100% de los casos.

### **Parentesco de la víctima con el abusador**

En cuanto al parentesco que tiene el abusador con la víctima, encontramos como lo destaca Finkelhor (2005), mas de la mitad, un 56% de los abusadores se trataba de un miembro de la misma familia.

Es importante destacar que de los que tuvieron síntomas de estrés postraumático, en el 70%, el abuso sexual se había perpetrado por una persona conocida, por lo que considero conveniente profundizar en las investigaciones sobre el incesto, es decir el abuso sexual perpetrado por un abusador que tiene un vínculo tanto sanguíneo como afectivo con la víctima y su relación con la presencia del trastorno de estrés postraumático.

Como lo mencionan Rivera y Herrera (1997), está confirmando que el ámbito familiar es un ambiente de permisividad y falta de respeto para los niños, es importante que este aspecto se tenga en cuenta en los programas preventivos.

### **Tipo de abuso vivido por la víctima.**

En cuanto al tipo de abuso vivido con mayor frecuencia por las víctimas, encontramos al igual que Finkelhor D. (2005) que en un 81% las víctimas vivieron caricias en el cuerpo y caricias en sus genitales en un 56%. Un aspecto a destacar es que en el primer caso, el 90% presentaron síntomas del trastorno de estrés postraumático y en el segundo, el 60% consideramos necesario profundizar

la investigación para comprobar la correlación existente entre el tipo de abuso y la aparición del trastorno de estrés postraumático.

En cuanto al coito encontramos que ocurrió en un porcentaje mayor al encontrado por Finkelhor D. (2005), en un 19% fue penetración anal y 19% vaginal.

### **Lugar donde ocurrió el abuso sexual**

En cuanto al lugar donde ocurre el abuso sexual a niños y niñas al igual que lo encontrado por Pou et al (2001) tenemos que, tomando en cuenta el total de eventos de abuso reportados por el grupo testigo, encontramos que el 33% ocurrió en la casa donde ambos habitaban, y en el hogar de la misma víctima en un porcentaje mayor, el 31%

### **Forma en la que el cuidador se entero del abuso sexual**

Al igual que Finkelhor (2005) encontramos el reporte de amenazas por parte del abusador en el 56% del total de los casos del grupo testigo y golpes por parte del mismo en el 31%.

Un aspecto importante encontrado es que al revisar los casos con síntomas de estrés postraumático, encontramos que el 50% recibió amenazas y el 40% golpes.

Igual que Pou J, et al (2001) y contrario a lo encontrado por Finkelhor (2005) acerca de la denuncia, en el 38% de los casos, la misma víctima se lo dijo a su cuidador (a), situación que nos invita a seguir con la promoción de la denuncia y el brindar protección a niños y niñas.

Encontramos también que las formas de enterarse del abuso fueron en el 19% porque un pariente de la mamá se lo dijo al cuidador (a) y un 13% el mismo cuidador de la niña se dio cuenta, situación que debemos tener en cuenta para enfocar la importancia tanto la detección de aquellos indicadores de abuso, de la denuncia y de los centros de apoyo.

### **La Familia**

Con respecto a las familias de los niños (as) del grupo testigo, aunque en menor porcentaje, pudimos percatarnos al igual que Pou, Ruiz, Comas, Petitbó, Ibáñez y Bassets, (2001) que estaban en situación de separación conyugal, encontramos que el 19% estaba separada y el 6% divorciada

### **Problemas vividos por el grupo testigo, posterior a la denuncia.**

Pudimos encontrar que el 100 % de los casos del grupo testigo denunciaron legalmente y posterior a la denuncia refirieron haber tenido problemas de diversa índole, del total de los casos, el 81% refiere problemas emocionales, el 50%, económicos, el 38% familiares y en el 13 % laborales, situación que deja la posibilidad de investigar mas al respecto para incrementar la denuncia.

Por lo encontrado en el 50% de las victimas, me atrevo a sugerir que las leyes deben incluir en la reparación del daño, los gastos que representa el que las victimas reciban el apoyo psicológico (el pago de la sesión y de traslado) posterior al abuso sexual.

### **El Sexo de las Victimas**

Al igual que Pou J, et al (2001) encontramos que un gran porcentaje de las victimas de abuso sexual eran del sexo femenino, ya que del total fueron el 88% y el 12% del masculino

Con respecto a la edad de la víctima encontramos que la media fue de 10.53 coincidiendo con lo reportado por Save the children (1998).

### **Autopercepcion**

Algunos aspectos encontrados en los niños del grupo testigo que considero de importancia son referentes a la percepción que tienen de si mismos: un 94% asintió que es inquieto; un 50% a que es malo con los demás; un 75% asintió desobedecer a sus papas, el 63% distraerse fácilmente o no poner atención, un 56% se siente triste infeliz o deprimido y un porcentaje igual se siente solo; un 50% se sientes confundido o como si estuvieras en las nube y un porcentaje igual, siente que los demás le quieren hacer daño, un 63% refiere ser tímido y el 69% enojarse con facilidad; en el 81% ser terco, en el 94% que su estado de animo o sentimientos cambian de repente y el 75% ser nervioso, considero que es necesario seguir esta línea de investigación que probablemente nos pueda ofrecer información sobre indicadores de la ocurrencia de abuso sexual.

### **Comportamientos observado por los cuidadores**

De la misma manera que con la autopercepción, los comportamientos de los niños y niñas victimas de abuso sexual, representan una línea importante a investigar para detectar indicadores de abuso, lo reportado fue lo siguiente, 71% muestra baja autoestima; en un 63% se mantiene en alerta constante; en un 65% de los casos se niega a dormir solo, un 69% parece triste y ensimismado; en un 59% no se separa de los adultos y en un porcentaje igual hiperactivo; en un 76% se frustra con facilidad y tiene un carácter enrabiado.

Browne y Finkelhor, (1986); Gomes-Schwartz, Horowitz y Cardarelli (1990); Corwin y Conte, et al, referidos por Buchelli (1999), habían mencionado los siguientes: el bajo rendimiento escolar, el comportamiento agresivo y el cambio en

la forma de relacionarse con otras personas, encontrado en nuestros casos en el 63% y un 69% que parecía miedoso sin motivo.

### **Concepto de si mismo y síntomas de estrés postraumático**

Es de suma importancia destacar que al revisar los datos de las victimas con y los ítems referentes al concepto de si mismo encontramos que el 100% refieren ser inquietos; el 70% se distrae fácilmente; se siente solo el 90%; se siente triste, infeliz o deprimido el 90%; se siente confundido como si estuviera en las nubes el 70% y en un porcentaje igual siente que los demás quieren hacerle daño; el 30% ha pensado en suicidarse; en el 70% ser tímido y en un porcentaje igual, cambia su estado de ánimo o sus sentimientos de repente en el 90%; se enoja con facilidad el 80% y en un porcentaje igual, ser nervioso;

### **Conductas observadas por cuidadores y síntomas de estrés postraumático**

Y en cuanto a las con síntomas del trastorno de estrés postraumático, en el 70% lloran sin motivo y mienten; el 80% ha bajado su rendimiento escolar; en el 90% ha cambiado su forma de relacionarse con otras personas; en el 80% se aíslan, en un 60% se han visto retraídos, en un 80% le reportan en la escuela o la cuidadora ha observado falta de atención; que es agresivo en un 90% y en un porcentaje igual tener una baja autoestima, portarse desobediente; estar constantemente alerta en un 70% y en un porcentaje igual refiere miedoso sin motivo; en el 80% tiene problemas para irse a la cama o quedarse dormido; en un porcentaje igual duerme mucho mas de lo que acostumbraba; en un 90% tiene pesadillas; en un 60% se niega a dormir solo, en un 50% no come; el 90% le ha expresado deseos de morir

Considero que seria importante profundizar en la medición de autoestima, el auto concepto, los cambios en el comportamiento utilizando escalas específicas, y

su relación con la existencia de los síntomas del trastorno de estrés postraumático.

También podemos concluir que:

Pudimos comprobar nuestra hipótesis de que niñas y niños abusados sexualmente presentan síntomas del trastorno de estrés postraumático y que al compararla con niños y niñas que no lo han vivido, la diferencia en los síntomas es significativa.

Que los profesionales que atienden a las víctimas de abuso deben incluir en sus evaluaciones escalas sobre este trastorno.

Que el abuso sexual a niñas y niños sigue una dinámica especial que al conocerla nos sirve como indicadores tanto para detectar la ocurrencia del abuso sexual como para los programas preventivos.

El estudio proporciona evidencias sobre la existencia de síntomas de estrés postraumático en niños y niñas abusados sexualmente sin embargo es importante que se siga investigando sobre las consecuencias psicológicas del abuso sexual infantil



## REFERENCIAS

Arévalo, J. (2003). Incesto y lupus eritematoso. Revisado el 15 de abril 2006 en Universidad de Oriente. Santiago de Cuba. (disponible en: <http://ojs.uo.edu.cu/index.php/stgo/issue/view/98/showToc>)

Amar, J.; Kotliarenko, M. y Abello, R. (2003). Factores psicosociales asociados con la resiliencia en niños colombianos víctimas de violencia intrafamiliar. Redalyc 11(01):162-197, (en línea) (revisado en mayo 2006) (disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=26811107>),

Aracena, M., Castillo, R., Haz, A. M., Cusmille, F., Muñoz, S., Bustos, L. y Roman, F. (2000). Resiliencia al maltrato físico infantil: Variables que diferencian a los sujetos que maltratan y no maltratan físicamente a sus hijos. Redalyc 9:(01) 1-21. (en línea) (disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=26409101>) revisada en mayo 2006.

Arredondo V. (2002). Guía Básica de Prevención del Abuso Sexual Infantil. Programa Regional de Prevención del Maltrato Infantil: Paicabi (en línea) (disponible en <http://www.paicabi.cl/publicaciones.html>) revisado en abril del 2006

Baeza, C.; Sanjuán, H.; García, L. M.; León, A. y Velasco, L. (2005). Síndrome de violencia extrema por maltrato. Cuando el problema toca fondo. Acta Pediátrica de México 26(1), 8-12. (en línea) (disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=74&IDARTICULO=6081&IDPUBLICACION=72>)

8&NOMBRE=Acta%20PediC%20B!trica%20de%20MC%20B) revisado en  
abril del 2006

Bautista, J. y Gahona, A. (2002). Maltrato y abuso sexual infantil: problemas jurídicos y conocimientos para la intervención psicopedagógica. Anuario de Psicología Jurídica, 12, 57-682.

Bellinzona, G.; Decuadro, M.; Charczewski, G. y Rubio, I. (2005). Maltrato infantil y abuso sexual. Análisis retrospectivo de las historias clínicas de niños internados en el Centro Hospitalario Pereira Rossell en el período enero de 1998-diciembre 2001. Revista Médica, Uruguay. 21: 59-67.

Berenbaum, H. (1996). Childhood abuse, alexithymia and personality disorder. Journal psychosomatic Research, 41 (6), 585-595.

Buchelli, G. (1999). Un Acercamiento al Abuso Sexual Infantil. Psicología Iberoamericana, 7 (1): 49-55.

Bass, E y Davis, L. (1995). El Coraje de Sanar. España: Urano.

De la Garza, J.; Díaz, E. (2000). Abuso sexual al menor. Características y algunas estrategias para su prevención. Medicina Universitaria. 2(8): 184-190.

Del Barrio V. (2008) Tratando depresión Infantil. Madrid: Pirámide

Del Bosque, J. (2003). *Historia de la agresión a los niños*. Gaceta Médica. México. 139 (4), 368-370. (en línea) (disponible en:

<http://gaceta.anmm.org.mx/index.php?module=htmlpages&func=display&pid=614>) revisada en mayo del 2006.

Echeburúa, E., Guerricaechevarría, C. (2005). Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores. Barcelona: Ariel.

Finkelhor, D. (2005). Abuso Sexual al Menor, causas, consecuencias y tratamiento Psicosexual. México: Pax.

Freyd, J. J. (2003). Abusos sexuales en la infancia, la lógica del olvido. Madrid: Morata.

Garbarino, J., Eckenrode, J. (1999). Porqué las familias abusan de sus hijos. España: Granica.

González, G., Azaola, E., Duarte, M. y Lemus, J. (1993). El Maltrato y el Abuso Sexual a Menores. México: UAM UNICEF COVAC.

González, R. (2003). Modelo de Apoyo Terapéutico de Intervención para Víctimas y Sobrevivientes de Abuso Sexual. Aspectos Teóricos. Programa de Atención Integral a Víctimas y Sobrevivientes de Agresión Sexual. México: UNAM.

González, R. (2004). La violencia sexual al menor. En la violencia en México: Explotación Sexual de niñas, niños y adolescentes. Programa Universitario de Investigación en Salud, PUIS, de la UNAM,

- González R., (2004). Experiencia Universitaria y de otras instituciones. En UNAM La Violencia en Mexico: Explotación Sexual de Niños, Niñas y Adolescentes. México.
- Gutierrez, O. (2005). Reseña de “La explotación sexual comercial de niñas, niños y adolescentes. Una aproximación sociológica” de Erick Gómez. Revista Venezolana de Ciencias Sociales, 9 (2), 523-527).
- Herrada, A.; Nazar, A.; Cassaball, M.; y Nava, C. B. (1992). El niño maltratado en Tlaxcala: estudio de casos. Salud Pública de México, 34(6), 626-634.
- Izcoa A. (1991). El incesto: un tabú que urge atención. Revista Intercontinental de Psicología y Educación, 4 (1):13 28.
- Kaplow, J.; Dodge, K.; Amaya-Jackson, L. (2005). Trayectorias que conducen al trastorno de estrés postraumático, parte 2: abuso sexual infantil. Am J Psychiatry. 8 (9):546-551.
- Kurgan, S. (2001). Taller de detección y manejo de desórdenes de estrés postraumático (DEPT). Diagnóstico y tratamiento utilizando el inventario de eventos traumáticos a través de la etapa vital (ETEV), Psicología Iberoamericana, 9 (4), 21-28.
- Lammoglia, E. (2004). Abuso Sexual en la Infancia, cómo prevenirlo y superarlo. México: Grijalbo.

- Leifer, M. y Shapiro, J. (1995). Estudio Longitudinal de los Efectos Psicológicos del Abuso Sexual en Muchachas Africanoamericanas en Cuidado Adoptivo y Aquellas que siguen estando en Casa, *Journal of Child Sexual Abuse*; 4 (4), 27-44.
- Lemos, V. (2005). Construcción y validación de una escala para la evaluación de la deseabilidad social infantil (EDESI). *Interdisciplinaria*, 22 (01), 77-96. Buenos Aires, Argentina.
- Mantilla, L.; Sabalza, L.; Díaz, L. y Campo, A. (2004). Prevalencia de sintomatología depresiva en niños y niñas escolares de Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 23 (2), 163-171
- Martínez, A. (1991). Abuso Físico durante la niñez: Hallazgos Conceptualización y Consecuencias. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 4 (1), 57-85.
- Mataud, M. P. (2001). Estrés y Salud: Un estudio empírico. *Psicología Iberoamericana*, 9(3), 17-22.
- Medina, M. E., Borges, G., Lara, C., Ramos, L., Zambrano, J. y Fleiz, C. (2005). Prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés postraumático en la población mexicana. *Salud Pública de México*, 47 (1), 8-22.
- Moreno, M. (2004). Etiología del maltrato infantil: estilo educativo, prácticas de crianza y contexto social. *Psicología y Salud*, 14(1), 121-134

OMS OPS (2003). Incesto y abuso sexual infantil Un Enfoque Desde la Psicología Preventiva. Cuadernos de promoción de la salud, 3, 1-19.

Paul, J., Pérez, A., Paz, P.M., Alday, N. y Mocoora, I. (2002). Recuerdos de maltrato infantil en maltratados y potencial de maltrato en víctimas de maltrato físico y abuso sexual. *Psicothema*, 14 (1), 53-62

Perea, A.; Loredó, A. (2004). Maltrato al menor. Indicadores clínicos y sociales asociados al maltrato físico severo. *Acta pediátrica de México*, 25 (4), 221-227.

Plat, M.(2005). El nivel de depresión según el inventario de Beck que vivencia la mujer que sufrió abuso sexual durante la infancia. México. D.F.

Plaza, I. (2003). El trastorno de estrés postraumático. (En línea) *Psicocentro*, (1) 1-6 <<http://www.psicología en psicocentro.com>> (Fecha de consulta 3 de abril de 2006).

Poud, J., Ruiz, A., Comas, L., Petitbó, D., Ibáñez, M. y Bassets, J. (2001).

Abuso Sexual. Experiencia en Una Unidad Funcional de Abusos a Menores. *Anales Españoles de Pediatría*, 54 (3), 243-229.

Raya, M. Helena, S. (1998). Algunos aspectos observados en el desenvolvimiento de niños víctimas de abuso sexual. *Psicología Reflexión y Crítica*, 11(3), 1-17.

Rivera, M. y Herrera, D. (1997). El maltrato y abuso sexual a menores IV

Informe sobre los derechos y la situación de la infancia en México (1994-1997), 189-197.

Rojo, J. M., Gil, J. y Escudero, J. (2003). Manifestaciones cutáneas del abuso sexual en la infancia. *Piel*, 18 (2), 70-77.

Sullivan, D., Everstine, L. (2004). *El Sexo que se calla, dinámica y tratamiento del abuso y tramas sexuales en niños y adolescentes*. México: Pax.

Thomas, M.; Garbarino, J. y Eckenrode, J. (1999). *El abuso sexual en la familia*. En UNICEF (2001). *Una investigación sobre la explotación sexual de nuestros niños y niñas*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Nueva York.

Virseda, J. (2000). La familia y la violencia intrafamiliar. *Psicología Iberoamericana*, 8 (3), 59-65.

Volnovich, J. R. (2002). *Abuso Sexual en la Infancia*. México: Lumen Humanitas.