



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

---

---

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**NIVELES DE DEPRESIÓN EN SOBREVIVIENTES  
DE ABUSO SEXUAL**

**TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A:**

**Claudia Olguín Altamirano**

**Irma Elizabeth Sansores Moya**

**Directora:** Lic. Ofelia Reyes Nicolat

**Sinodales:** Mtra. Martha Cuevas Abad

Mtra. Guadalupe Santaella Hidalgo

Dra. Ana Celia Chapa Romero

Dra. María Cristina Pérez Agüero



Ciudad de México, 2017



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## ÍNDICE

RESUMEN.....	7
--------------	---

INTRODUCCIÓN.....	8
-------------------	---

### CAPÍTULO 1

#### ABORDAJE GENERAL DEL ABUSO SEXUAL

1.1 Conceptualización del abuso sexual infantil.....	10
1.2 Tipos de Abuso sexual.....	24
1.3 Familia y Factores predisponentes del abuso sexual en la infancia.....	27
1.4 Agresores sexuales.....	32
1.5 Efectos a corto y largo plazo.....	41
1.6 Concepto de Sobreviviente.....	55
1.7 Prevalencia del Abuso Sexual Infantil (ASI).....	57
1.7.1 Estudios en Norteamérica .....	61
1.7.2 Estudios en Europa.....	61
1.7.3 Estudios en Centroamérica.....	62

### CAPÍTULO 2

#### CONCEPTUALIZACIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE LA DEPRESIÓN

2.1 Definición y aspectos generales de la Depresión.....	70
2.2 Clasificación y sintomatología de la Depresión.....	91
2.3 Factores que predisponen la Depresión.....	96
2.4 Datos epidemiológicos de la Depresión.....	105

### CAPÍTULO 3

#### ESTUDIOS QUE RELACIONAN EL ABUSO SEXUAL EN LA INFANCIA Y LA PRESENCIA DE DEPRESIÓN EN SOBREVIVIENTES

3.1 El abuso sexual infantil (ASI) y Depresión .....	110
--	-----

## **CAPÍTULO 4**

### **MÉTODO**

4.1 Planteamiento del Problema.....	128
4.2 Objetivo General.....	128
4.2.1 Objetivos Especificos.....	128
4.3 Variables.....	129
4.4 Definición conceptual de variables.....	129
4.5 Definición operacional de variables.....	129
4.6 Muestra.....	130
4.7 Instrumento.....	130
4.8 Tipo de estudio.....	131
4.9 Diseño.....	131
4.10 Procedimiento.....	131
4.11 Análisis de datos.....	131

## **CAPÍTULO 5**

### **RESULTADOS**

5.1 Análisis estadístico de los resultados.....	132
5.2 Análisis y discusión de los resultados.....	149
Conclusión.....	155
Limitaciones y Sugerencias.....	158
Referencias bibliográficas.....	166
Anexos.....	178

*La educación no siembra semillas en ti, pero hace que germinen tus semillas.*

*Khalil Gibbran*

### **AGRADECIMIENTOS**

Sería muy difícil, nombrar a todas aquellas personas que contribuyeron con nosotras para que la presente tesis nos diera la oportunidad de adquirir los conocimientos para concluir tan importante proyecto. Por lo cual, sólo podemos decir **GRACIAS, MUCHAS GRACIAS**, a todos aquellos que nos brindaron su apoyo para dar por terminado tan preciado anhelo.

A nuestra directora de tesis, Lic. **Ofelia Reyes Nicolat**, por la motivación recibida y por coadyuvar con sus conocimientos y experiencia a nuestra investigación. Así como, por su paciencia y su valioso compartir en todo momento.

A la **Mtra. Martha Cuevas** por sus recomendaciones y orientaciones metodológicas, asimismo, nuestro agradecimiento a la Mtra. Guadalupe Santaella, a la Dra. Ana Celia Chapa y a la Dra. María Cristina Pérez por haberse tomado el tiempo de leer nuestro trabajo y enriquecerlo con sus sugerencias.

A la **Universidad Nacional Autónoma de México**, por ser nuestra casa, nuestra raíz y nuestro orgullo y muy en especial a la **Facultad de Psicología** que siempre mantuvo sus puertas abiertas para nosotras inspirándonos a ser mejores seres humanos y ser dos mujeres realizadas y comprometidas con nuestra profesión.

Gracias a Dios por iluminar mi camino

Un agradecimiento muy especial a mi familia,  
pero principalmente a mi mamá:  
**Irma** que me enseñó que todo se puede realizar  
y que, con su ejemplo, empeño y fortaleza de  
una guerrera, nos dio lo necesario para avanzar.

A mis amados hijos **Jessica y César**  
que han sido mi motor para salir adelante,  
sin su ayuda y cariño no hubiera sido  
posible cumplir este sueño, y a **Héctor** por su solidaridad.

A mis tíos **Silvia y Javier** por el apoyo y  
cariño en momentos difíciles y por permitirme estar  
a su lado y a mis primos por hacerme sentir parte de su familia.

A mis hermanas **Norma, Cecilia y Fritzie** y  
mi hermano **Alejandro** por la motivación a continuar el camino.

A mis adorados sobrinos **Emiliano y**  
**Santiago** porque iluminan el día a día de la familia.

A mi querida compañera de tesis **Claudia**  
por permitirme caminar junto a ella, haciendo el recorrido  
más liviano y divertido, sin que por ello no fuera muy comprometido.

A mi psicóloga **Irma** por esa escucha, apoyo y  
alientos constantes, que me ha permitido reencontrarme.

Finalmente, quisiera también agradecer a todas  
las amigas, amigos, y maestras que durante este transcurrir me han  
dado su apoyo y esas palabras de ánimo, durante este camino

Gracias a **Díos** por permitirme llegar a la meta  
de uno de mis más grandes sueños.

### A mis papás

Por ser los pilares de lo que soy,  
por enseñarme a luchar por mis metas  
Por no dejarme rendir ante las adversidades y  
por inculcar en mí el valor de seguir adelante.  
Agradezco infinitamente el apoyo que me han brindado  
en el transcurso de mi vida que ha hecho más ligero mi camino.  
iiiiii Gracias!!!!!!!!!!!!

### Lau, Lili y Os

Gracias por todo su amor, apoyo, paciencia y comprensión.  
Por ser las personas quienes han estado en los momentos más hermosos y dolorosos  
de mi existencia.

### Fer y Andy

Gracias por remontarme al origen de mis sueños y sin darse  
Cuenta me inspiraron a concluir un proyecto suspendido.

### A mis abuelitos

Que con su ejemplo me enseñaron que con dedicación  
Y esfuerzo todo es posible.

### Rocío, Rubén y Chucho

Gracias por estar siempre en los momentos oportunos

Gracias **Eli**, por caminar el mismo sendero, luchar por el  
mismo sueño y por compartir no sólo este proyecto sino también una bella amistad.

A mis amigas **Ale, Paty y Sandy**, gracias por alimentar mi confianza, la cual fue  
necesaria para luchar por mis objetivos.

## RESUMEN

El objetivo del estudio fue reportar el nivel de Depresión en sobrevivientes de abuso sexual infantil, el cual se llevó a cabo por medio de una investigación descriptiva.

La muestra estuvo conformada por 22 expedientes de pacientes del Programa de Sexualidad Humana de la Facultad de Psicología de la UNAM en el periodo comprendido de 2009 a 2012. Los criterios de inclusión de los expedientes de la investigación fueron ser adultos y haber experimentado abuso sexual en la infancia, contar con la entrevista semiestructurada y el Inventario de Depresión de Beck-II.

Se analizaron los datos por medio un análisis de frecuencia para llevar a cabo la descripción de las características sociodemográficas, características del tipo de abuso y del agresor, así como los Niveles de Depresión.

Se concluyó que el antecedente de abuso sexual infantil se encuentra muy relacionado con la Depresión, encontrándose un claro predominio de afectación en el sexo femenino con respecto al trastorno depresivo.

Las recomendaciones se dirigen en especial a los profesionales de la salud mental, para que asuman su compromiso ético, en relación con su capacitación continua para el abordaje del abuso sexual y la Depresión siendo éste, un padecimiento con una alta frecuencia en personas adultas, y se lleven a cabo más investigaciones al respecto, en cuanto a las secuelas y el tratamiento de las mismas.



## INTRODUCCIÓN

Durante varios siglos, el maltrato a menores de edad ha sido considerado en muchas partes del mundo y tratado en diferentes ámbitos sociales. Los informes sobre infanticidios, mutilaciones, desamparo y otras formas de violencia contra los niños y las niñas se remontan a las civilizaciones más antiguas.

El abuso sexual infantil (ASI) ha sido considerado como una forma de victimización en los niños y las niñas, que conlleva alteraciones psicológicas, sociales, censurables y legalmente perseguibles (SAVE THE CHILDREN, s/f).

La creencia acerca de que la familia debe ser preservada a toda costa, implica la negación de una realidad del contexto familiar que, con frecuencia, se encuentra muy alejado del ideal e impide brindar una atención adecuada a los niños y las niñas, y que repercute en su salud física y mental.

En la actualidad, suele persistir la idea del “derecho” de los padres, tutores o adultos a cargo de la manutención y cuidado de los menores de edad a “corregirlos” o a obligarlos a realizar actividades que no corresponden a su edad, incluyendo actividades de contenido sexual (Informe Nacional Sobre Violencia y Salud, 2006).

Dentro de la revisión bibliográfica se encontró que la utilización de los niños/as para la gratificación sexual de los adultos ha sido una práctica muy difundida y aceptada en numerosas culturas. Por ello, no es extraño que la venta y la prostitución de niños/as continúe siendo un modo de vida bien documentado en prácticamente todos los países (Ídem).

Existe una gran evidencia de la gravedad de esta problemática en cuanto a los efectos que tiene a lo largo de la vida en los sobrevivientes de ASI. En relación a los padecimientos más mencionados en adultos se encuentra la Depresión, el trastorno de estrés postraumático y la ansiedad. Asimismo, se ha asociado el ASI con baja autoestima, abuso de sustancias, trastornos alimenticios, ideación e intentos suicidas y con conductas autodestructivas; además de los problemas emocionales se destacan también los problemas de relación, los funcionales, los sexuales y los de conducta y adaptación social (Pereda, 2010).

Por tal motivo, en la presente investigación, se desea reportar el nivel de Depresión, de acuerdo con el tipo de abuso experimentado durante la infancia en sobrevivientes de ASI. Por ello, en el primer capítulo se presenta un abordaje general del abuso sexual infantil, así como, los diferentes tipos de maltrato y los modelos explicativos del origen y mantenimiento del mismo.

También se abordan los tipos de abuso y los factores predisponentes al interior de la familia, ya que se ha podido observar en la revisión teórica que las actitudes sociales culpan a los niños y a las niñas en lugar de al autor de los abusos, lo cual tienen como efecto silenciar a las

sobrevivientes y a sus familias y perpetuar el abuso. Por otra parte, se ha visto que existe una arraigada discriminación de género dentro de diversas sociedades siendo una causa primordial de que, no se dé protección a las y los menores, y en ocasiones no permita responder ante la justicia a los responsables de la violencia contra los mismos.

De igual manera se revisan las consecuencias a corto y largo plazo en los/las sobrevivientes, ya que la evidencia de las mismas remite a la importancia no solo de diseñar propuestas de intervención dirigidas al manejo de los efectos negativos del abuso sexual, sino también de contar con evaluaciones psicológicas y abordajes terapéuticos adecuados en beneficio de los y las sobrevivientes.

El segundo capítulo, presenta los aspectos generales de la Depresión y las teorías que permiten sustentar el tema del ASI y las manifestaciones depresivas en los/las sobrevivientes, abordando la prevalencia de la Depresión y los datos epidemiológicos tanto en México como a nivel mundial.

Con base en lo anterior, en el capítulo tres se realiza una revisión bibliográfica de aquellos estudios que relacionan el abuso sexual en la infancia y la presencia de Depresión en sobrevivientes de ASI, tanto en algunos países de Europa, como en Norteamérica y otros de Latinoamérica.

En el capítulo cuatro, se describe el planteamiento del problema y se establecen los objetivos, así como, el procedimiento de la investigación.

En el capítulo cinco, se revisa la información a través de un análisis de frecuencias para describir la presente de manera clara y eficaz. Donde se observa que el ASI, tiene efectos a largo plazo en la vida de las y los sobrevivientes, pero que a pesar de ser una experiencia traumática y causar daño a nivel emocional y social, va a depender de la capacidad de afrontamiento de cada persona para salir adelante de dicha experiencia.

Finalmente se presentan las conclusiones de los resultados encontrados, y las limitaciones observadas en la investigación, así como, las sugerencias donde se pretende que la información sea de gran utilidad para los profesionistas, que deseen trabajar con esta población, a fin de coadyuvar a un mejor manejo terapéutico en los sobrevivientes de ASI.

***“Los niños, niñas y adolescentes deben, por fin jugar en la sabana abierta, ya sin la tortura de las punzadas del hambre o destrozados por la enfermedad o amenazados por el azote de la ignorancia, el contacto físico indebido y el abuso, y ya no obligados a cometer actos cuya gravedad supera las exigencias de su corta edad”***  
Nelson Mandela, Premio Nobel de la Paz (1993)

## **CAPÍTULO 1. ABORDAJE GENERAL DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL (ASI)**

### **1.1 CONCEPTUALIZACIÓN DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL**

La violencia sobre los menores es un fenómeno que se produce desde épocas muy antiguas, frente al que ha existido siempre una gran permisividad. Siendo un hecho ignorado en el ámbito social y jurídico hasta después de la Segunda Guerra Mundial.

A mediados del siglo XX empiezan a abordarse los problemas de la infancia y la violencia, creándose organismos internacionales de protección a la misma y normas legislativas que intentan hacer valer sus derechos.

El fenómeno de los malos tratos en la infancia está considerado un problema de carácter universal, reconocido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde 1999.

El maltrato infantil es definido como “lesiones físicas o psicológicas no accidentales por los responsables del desarrollo, que son consecuencias de acciones físicas, sexuales o emocionales de comisión u omisión y que amenazan el desarrollo físico y psicológico considerado como normal para el niño” (Martínez y De Paúl, 1993, citado en Rodas, Monera & Pastor, 2010).

La OMS (2016) define el maltrato infantil como: los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, incluidos todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo, que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder.

Simón, López y Linaza en 2000 (citado en Acevedo, 2010) desarrollaron una de las más completas tipologías del maltrato infantil:

1.- **Maltrato Físico:** Es el tipo de maltrato más conocido y se conoce como el “Síndrome del niño/a apaleado/a”. Se trata de una acción no accidental que provoca daño físico o enfermedad en el niño/a o bien que lo coloca en grave riesgo de padecerlo.

2.- **Negligencia o abandono físico:** Las necesidades físicas básicas de un niño/a no son atendidas de forma temporal o permanente.

3.- **Maltrato Emocional:** Se trata de una hostilidad verbal en forma de insulto, burla, desprecio, crítica, amenaza de abandono, y constante bloqueo de las iniciativas de interacción infantiles (desde la evitación hasta el encierro). Reiteradamente se rechaza al niño/a, se le priva de relaciones sociales, se ignora sus necesidades emocionales y de estimulación, se le exige por encima de sus posibilidades, así mismo se muestra frialdad afectiva. No se tiene en cuenta las necesidades psicológicas del niño/a, especialmente las que tienen que ver con relaciones interpersonales y autoestima.

4.- **Abandono Emocional:** Es la falta persistente de respuestas a las señales (llanto, sonrisas), expresiones emocionales y conductuales procuradoras de proximidad e interacción iniciadas por el niño/a y la falta de iniciativa de interacción y contacto por parte de alguna figura adulta.

5.- **Abuso Sexual:** Utilización de un menor para satisfacer los deseos sexuales de un adulto o de un igual, basándose en una posición de autoridad o poder.

Según López en 1995 (citado en Sanmartín, 2008) los abusos sexuales deben definirse a partir de dos grandes conceptos: la coerción (o asimetría de poder), y la asimetría de edad. Este concepto incluye también las agresiones sexuales que cometen unos/as menores sobre otros. La categoría de abuso sexual incluye no sólo las conductas tradicionales con contacto físico (violación, penetración digital, coito, caricias, contacto oral, anal, y genital), sino también aquellas conductas que no implican contacto físico (exhibicionismo, acoso, exhibición de películas y solicitudes sexuales).

6.- **Mendicidad:** El niño/a es utilizado para mendigar o bien ejercer la mendicidad por iniciativa propia.

7.- **Corrupción:** Se promueve en el niño/a pautas de conductas antisociales que impiden su total integración.

8.- **Explotación Laboral:** Realización de trabajo por parte del niño/a que exceden de lo habitual, que deberán ser realizadas por adultos, reportando beneficio a terceros e interfieren en las actividades y necesidades escolares del niño/a.

9.- **Maltrato Prenatal:** Incluye todas las situaciones y las características del estilo de vida de la mujer embarazada que, siendo evitables, perjudican el desarrollo del feto.

10.- **Síndrome de Münchausen por poderes:** También llamado sometimiento químico-farmacéutico. Se trata de situaciones en las que el maltratador/a somete al niño/a a continuos

ingresos y exámenes médicos alegando síntomas físicos patológicos ficticios o generados de manera activa en el/la menor.

11.- **Maltrato institucional:** En ocasiones, en los centros u organizaciones que atienden al menor (escolar, social, sanitario) se pueden producir acciones u omisiones en las cuales no se respetan los derechos básicos del/a menor.

12.- **Incapacidad parental de control de la conducta del niño/a:** Los padres o tutores demuestran claramente su total incapacidad para controlar y manejar de manera adaptativa el comportamiento de sus hijos/as.

13.- **Retraso no orgánico en el crecimiento:** Se trata de un diagnóstico médico para aquellos niños/as que, en ausencia de una enfermedad orgánica, no incrementa su peso ni su altura con normalidad.

La investigación del maltrato infantil ha convocado a diferentes profesionales de la salud a fin de entender y aceptar las características del mismo, ya sea dentro del ámbito médico, psicológico y social. Por lo cual han surgido distintos modelos teóricos que tratan de explicar el maltrato infantil.

Dentro de éstos encontramos los siguientes: modelos biológicos-psiquiátricos, modelos psicosociales, modelos sociológicos y el modelo ecológico sistémico de Bronfrenbrenner.

## **MODELOS EXPLICATIVOS DEL MALTRATO INFANTIL**

**Los Modelos Biológicos-Psiquiátricos** sostienen que los padres abusadores sufren alteraciones psicológicas graves, de modo que la responsabilidad absoluta por el maltrato recae sobre las características de personalidad del padre o de la madre que maltrata. De acuerdo a Pérez en 1984 (citado en Cohen, 2010) ésta perspectiva parte del supuesto de que la violencia responde a cuestiones orgánicas o psiquiátricas y, en consecuencia, se propone explicar la violencia en función de anomalías o disfunciones orgánicas a partir de tres tipos de explicaciones:

a) **La violencia como resultado de una patología grave:** Esta idea implica que las personas que ejercen violencia sobre un miembro de la familia sufre algún tipo de patología grave- psicosis o perversión (Eysenk, 1981, citado en Cohen, 2010).

b) **El abuso de alcohol o drogas:** Durante mucho tiempo, y de un modo insistente, la violencia y la adicción han estado asociadas, puesto que se considera que el comportamiento violento es una consecuencia de la adicción (Noguerol,2014).

c) **Masoquismo del niño:** Otra causa del maltrato infantil corresponde a la tesis del masoquismo del niño que es víctima de la violencia (Ídem). En un sentido amplio, el masoquismo, se entiende como la obtención del placer mediante el propio dolor. Kerberg,

1995 (citado en Cohen, 2010) señala que puede describirse como un amplio campo de fenómenos normales y patológicos centrados en un impulso autodestructivo y en la obtención del placer, consciente o inconscientemente, en el sufrimiento, que muchas veces se asocia a una necesidad de castigo. Esta tesis, considera que la víctima es quien provoca o incita al agresor y, por tanto, el culpable de la violencia.

**Modelos Psicosociales**, son aquellos que explican el maltrato infantil como consecuencia del impacto de las variables sociales y psicológicas sobre el sujeto y la familia. Corresponden a dos esquemas teóricos diferentes: la teoría familiar sistémica y la teoría del aprendizaje social.

a) La teoría familiar sistémica, concibe la violencia familiar como un síntoma que corresponde a una familia disfuncional (Aracena y cols., 1997; citado en Acevedo, 2010). Para este enfoque la familia es un sistema en el que cada acción de un integrante le corresponde la reacción del otro, el maltrato es un indicio que refleja una dinámica disfuncional, puesto que la agresión es el resultado de ciertas formas de interacción o de comunicación entre los miembros que conducen a estallidos de violencia. Esto es, cuando la familia, a través de sus diferentes subsistemas, no es capaz de resolver ciertos conflictos, aparece la agresión y el maltrato.

Otro elemento que aporta el enfoque sistémico para pensar en el origen de la violencia intrafamiliar es que parecen ser necesarias tres generaciones para llegar a ejercer el maltrato contra el propio hijo. De allí se desprende la transmisión intergeneracional de la violencia. Si bien se entiende que el fenómeno del maltrato responde a una multiplicidad de factores tanto individuales como sociales y culturales, centra su atención en la familia. Por eso, se preocupa más de conocer las reglas y más modalidades de interacción del grupo familiar en su conjunto que de descubrir las características de personalidad y comportamiento de los padres o de los niños que son víctimas de la violencia.

b) La teoría del aprendizaje social (Bandura, 1987 citado en Cohen, 2010), explica la conducta humana como una interacción recíproca y continua entre los determinantes cognitivos, comportamentales y ambientales. Bandura y Walters, 1988 (Ídem) señalan que una conducta se aprende cuando, al realizarla, el modelo es recompensado o muy valorado por el grupo, ya que genera en el observador expectativas de obtener recompensas semejantes al llevar a cabo la misma conducta, mientras que, si esa conducta es castigada, quien la observa tendrá la de estimar tanto el modelo como su comportamiento. Por lo tanto, las tasas más altas de violencia se hallarían en ambientes en los que abundan los modelos agresivos y donde la agresividad es valorada positivamente.

Desde esta perspectiva, es un individuo que aprende que la violencia constituye un comportamiento apropiado para resolver problemas, la agresividad se transforma en una respuesta válida para esa persona. Es decir, el comportamiento se incorpora tanto por los resultados que provoca (dominar la situación) como por imitación y puede ser aprendido también a través de los medios de comunicación, aunque su efecto no es tan determinante

**Modelos Sociológicos:** Entienden el maltrato infantil como el resultado de las influencias socioculturales, las actitudes e ideas sociales y los factores ambientales estresantes.

Por un lado, plantean que la agresividad es el resultado de una socialización deficiente de los individuos y, por otro, analizan en qué medida la familia, la escuela y la comunidad favorecen o interfieren en este proceso (Acevedo, 2010).

Así mismo, este enfoque reúne distintas corrientes de pensamiento: una que explica la violencia como el resultado de una situación de desigualdad sociocultural causada por las diferencias de género, y otro que plantea que las causas de la violencia radican en la toma de conciencia de las desigualdades entre estratos sociales (violencia estructural).

**Diferencia de género:** El término género implica una forma distinta de entender la diferencia sexual puesto que se la considera como una construcción social (Velásquez, 2004 citado en Cohen, 2010), esto es, postula que las identidades femenina y masculina no son naturales, sino que están social e históricamente determinadas. A diferencia del sexo que corresponde a componentes biológicos y anatómicos, el género conforma los aspectos psicológicos, culturales y sociales de la feminidad/masculinidad (Abarca, 2008; citado en Acevedo 2010). La situación de subordinación social que caracteriza el rol tradicional de la mujer favorece que ésta se transforme, con mayor frecuencia, en la depositaria de la violencia estructural y de la coyuntural. Por otra parte, para esta perspectiva, la familia es un sistema social dentro del cual el modelo de dominación se funda en categorías de edad y sexo, un sistema jerárquico en el que el adulto tiene una posición más alta que el niño, y el hombre una más elevada que la mujer. La violencia entonces surge cuando el hombre siente amenazado su dominio, su poder y su rol de líder dentro de la estructura familiar.

**Violencia social estructural:** La teoría más importante dentro de esta línea es la teoría de la anomia (Durkheim, 1995 citado en Cohen, 2010). De acuerdo a Durkheim, la anomia expresa las crisis, las perturbaciones de orden colectivo y el desmoronamiento de las normas y valores vigentes en una sociedad, y lleva a los sujetos al inconformismo, al crimen, a la destrucción y al suicidio. Las condiciones alienantes de vida y de trabajo provocan en el individuo un sentimiento de frustración que encuentra su descarga en el hogar, el cual es vivido como un espacio legítimo para la explosión tensional.

**Violencia como consecuencia de la carencia de arraigo social:** Plantea que la sociedad se esfuerza por presionar a sus miembros con modelos de conformidad, a los que las personas que carecen de vínculos sociales estables no se adaptan fácilmente, por lo cual están más predispuestos a utilizar la violencia que aquellos que tiene gran arraigo social. En este esquema, la familia y la escuela son dos grandes centros de control social.

## **Modelo Ecológico Sistémico** (Bronfenbrenner, 1979 citado en Acevedo, 2010).

El modelo ecológico plantea que, para analizar el comportamiento humano, es preciso relacionar cuatro niveles:

1. *Macrosistema*: Este nivel incluye los valores culturales, los sistemas de creencias y los estilos de vida que predominan en una cultura y subcultura en particular. En el análisis de la violencia, corresponde a los patrones culturales que favorecen el abuso y el abandono del niño, es decir, las actitudes, las costumbres y la ideología de una cultura que permiten o toleran diversos modos de violencia. En este sentido, se pueden mencionar tres rasgos culturales que predominan en los contextos que propician la violencia: la estructura patriarcal de la sociedad, la concepción del poder y de la obediencia en el grupo familiar y los estereotipos de género. Dentro de este marco, las prácticas sociales vinculadas a la obediencia y al respeto en el contexto familiar siguen posicionando al hombre como fuente de autoridad y de poder frente a la mujer y los hijos.

Los estereotipos de género que ha diseñado nuestra sociedad sobre la masculinidad y la feminidad, que asocian al varón con la fuerza, el éxito y el poder, y a la mujer con la debilidad, la obediencia, la dulzura y la docilidad, también naturalizan el ejercicio del maltrato hacia los chicos.

2. *Exosistema*: Corresponde a la estructura, formal e informal, que influye sobre el niño, aunque no en forma directa, sino afectando los escenarios en los que se desenvuelven quienes lo rodean y las redes de interrelaciones entre distintas instituciones que configuran su medio ambiente (escuela, iglesia, centro vecinal, club, trabajo de los padres).

Los principales factores de riesgo que propician la violencia en las instituciones son la naturalización de su práctica, la influencia de los medios masivos de comunicación, los contextos económicos y laborales estresantes, la escasez de apoyo institucional y la victimización secundaria.

3. *Microsistema*: Implica las relaciones entre el niño y su medio ambiente familiar, es decir, el contexto inmediato en el cual se desarrolla y los aspectos de la vida familiar que incrementan las probabilidades de que el abuso ocurra. Los diversos elementos que favorecen el malestar familiar son:

- a) Ciertas características del niño, tales como problemas de conducta, hiperactividad, enfermedades frecuentes.
- b) Las familias de corte autoritario.
- c) La distribución del poder de acuerdo a estereotipos de género.
- d) Los contextos violentos en las familias de origen de los padres. En general, los varones se identifican con el agresor y las mujeres con la víctima.



4. *Nivel Individual*: Representa lo que cada progenitor que maltrata trae consigo al ambiente familiar y lo que aporta desde su rol de padre/madre, e incluye las características de personalidad de los padres que abusan de sus hijos, que pueden considerarse de cuatro dimensiones.

a) *Dimensión Conductual*: Los adultos violentos presentan una modalidad disociada, mientras que los niños maltratados ocultan su padecimiento mediante conductas aparentemente contradictorias.

b) *Dimensión Cognitiva*: El progenitor violento presenta una percepción rígida y estructurada del mundo, ideas cerradas y escasa flexibilidad. El niño maltratado por su parte, se percibe a sí mismo como “sin salida”, vivenciando al mundo como hostil.

c) *Dimensión Interaccional*: Entre el padre/madre que maltrata y su hijo se crea un vínculo dependiente y posesivo que evidencia una fuerte asimetría y roles complementarios: sumisión, obediencia y temor, por parte del niño, y autoritarismo y ejercicio del poder, en el adulto.

d) *Dimensión Psicodinámica*: Lo característico de los varones, como consecuencia del aprendizaje social, es un hiperdesarrollo del yo exterior (hacer, lograr, actuar) y la represión de las emocionales, que facilitan la identificación con el agresor, mientras que las niñas presentan distintas formas de sumisión y dependencia, unidos a síntomas psicósomáticos (sensación de asfixia, vómitos) y sentimientos de indefensión e impotencia. También en las niñas aparece un mecanismo psicológico, la indefensión aprendida.

Belsky, 1980 (citado en Cohen, 2010) explica este modelo de la siguiente manera: al tiempo que los padres abusivos entran al microsistema familiar con una historia que puede predisponerlos a tratar a los niños de una manera abusiva o negligente (desarrollo ontogenético), existen factores de estrés, tanto en la familia inmediata (microsistema) como más allá de ésta (exosistema), que incrementa la posibilidad de ocurrencia de un conflicto entre padre (madre) e hijo. El hecho de que la respuesta de un padre frente a este conflicto tome la forma del abuso infantil es una consecuencia tanto de la propia historia de infancia del padre como de los valores y prácticas de crianza infantil que caracterizan a la sociedad o subcultura en la cual el sujeto, la familia y la comunidad se encuentran inmersos.

De todas las formas de maltrato, el abuso sexual es, quizás, la más difícil de aceptar y reconocer, así como también de investigar, ya que en ella se violan tabúes sociales y roles familiares. En la mayoría de los casos, el abuso sexual se mantiene oculto, ya sea por vergüenza o por temor a las amenazas del abusador. Además, es común que los adultos muestren incredulidad ante el relato de estos hechos.

El abuso sexual de menores se refiere a cualquier conducta sexual mantenida entre un adulto y un menor, en la que existe algún tipo de coacción (explícita o implícita). El abuso sexual en la infancia suele ser continuado. Esta característica lleva implícita la revictimización de los/las menores, lo que implica un riesgo mayor de alteraciones psicopatológicas en la víctima.

Los abusadores no recurren generalmente a la violencia física. El grado de influencia sobre la víctima, así como su capacidad de seducción y el temor inducido al menor de poder ser objeto de distintos tipos de represalias suelen ser suficientes para doblegar la voluntad de la víctima y para mantener el acto en secreto.

Parece no haber una definición universal acerca de qué constituye el abuso sexual infantil, no obstante, existe una gran cantidad de formulaciones y puntos de referencia operativos. Éstos se derivan fundamentalmente de estudios de investigación en los que los investigadores han procurado establecer definiciones específicas.

La “victimización sexual” es entendida como “encuentros sexuales entre niños/as menores de trece años y personas por lo menos cinco años mayores que ellos y encuentros de niños/as mayores de trece años a dieciséis con personas por lo menos diez años mayores que aquéllos”. Los abusos sexuales pueden consistir en “coito, contacto anal-genital, manoseos o un encuentro con un exhibicionista” (Finkelhor, 1984 citado en Cohen, 2010).

Brown y Finkelhor, 1986 (citado en Cantón & Cortés, 2012) señalaron que en el abuso sexual infantil se dan esencialmente dos formas de interacción: una conducta sexual al niño/a y una actividad sexual entre un niño/a y un individuo mayor que él/ella (5 o más de años), con independencia de que haya o no coerción.

Para Hartman y Burgess, 1989 (citado en Cantón & Cortés, 2012) el abuso sexual lo constituyen todos aquellos contactos e interacciones entre un niño/a y un adulto en los que se utiliza al niño/a para la estimulación sexual del agresor/a o de otra persona. El abuso sexual también lo puede cometer un menor de 18 años, cuando es significativamente mayor que la víctima o cuando se encuentra en una posición de poder o de control sobre el otro.

De manera similar otros autores (López, Hernández, 1995 citado en Sanmartín, 2008) indican que el abuso sexual infantil hay que definirlo a partir de dos conceptos, el de coerción y el

de asimetría de edad. La coerción (mediante fuerza física, presión o engaño) debe de considerarse por sí misma como criterio suficiente para etiquetar una conducta de abuso sexual a un/a menor. Por su parte la asimetría de edad impide la verdadera libertad de decisión y hace imposible una actividad sexual común, ya que los participantes tienen experiencias, grado de madurez biológica y expectativas muy diferentes.

The National Center on Child Abuse and Neglect, 1997 (citado en Noguerol, 2014 pág. 26) ha definido el abuso sexual infantil como los “contactos entre un niño/a y un adulto en los que se utiliza al niño/a como objeto gratificante para las necesidades o deseos sexuales del adulto, interfiriendo o pudiendo interferir esta experiencia en el desarrollo normal de la salud del niño/a. Puede ser cometido, también, por una persona menor de 18 años, cuando es significativamente mayor que el niño o cuando está en posición de poder o control sobre otro menor”.

Para Ontiveros, 1996 (citado en Rodes et al., 2010) el abuso sexual infantil es “todas aquellas caricias que incomoden, hagan daño, o generen sentimientos de culpabilidad en el niño”.

Marshall, 2001 (citado en Noguerol, 2014 pág. 27) considera que el abuso sexual infantil abarca distintos tipos de comportamiento como caricias, sexo oral, masturbación frente al niño/a. El agresor sexual puede contentarse con tan solo desnudar al niño/a, mostrarle videos pornográficos, obligándolo a ver relaciones sexuales entre adultos o efectuar felaciones, penetración anal, bucal, vaginal de objetos o penetración digital en ano o vagina.

Para Sosa y Capafóns, el abuso sexual se refiere a cualquier conducta sexual mantenida entre dos personas (al menos, una de ellas, menor), entre las que existe una situación de desigualdad – ya sea por razones de edad o de poder- y en la que el/la menor es utilizado para la estimulación sexual de la otra persona. Más que la diferencia de edad, lo que define el abuso sexual es la asimetría entre los implicados en la relación y la presencia de coacción (citado en Sanmartín, 2008).

Virginia Berlinerblau, 1998 (citado en Castellón, Ortega & Zepeda, 2007) define el abuso sexual como el contacto genital entre un/a menor de edad y un adulto que manipula, engaña y obliga al niño/a a tener comportamientos sexuales. El abuso sexual incluye conductas, como besos prolongados, manipulación de genitales, exponerlos a ver películas y revistas de contenido pornográfico y masturbarse frente a un/a menor. Dichas conductas pueden irse

agravando, de tal manera que pueden llegar a la penetración anal, vaginal u oral (lo que se define jurídicamente como violación).

Los tipos de contacto genital incluyen: penetración, intento de penetración, estimulación del área vaginal o rectal del menor con el pene, dedo, lengua o cualquier otra parte del cuerpo del abusador, o por un objeto usado por el perpetrador, también incluye cualquier tipo de contacto genital o anal del perpetrador por parte de la víctima, tales como fellatio, masturbación e intromisión de cualquier tipo; el contacto no consentido de los pechos, conductas o comportamientos sexuales en los que no media contacto físico alguno entre el adulto y el/la menor, como dormir en la misma cama cuando uno o ambos experimentan estimulación sexual, establecer conversaciones y miradas seductoras con un menor; permitir o forzar a un menor a observar películas o material pornográfico, inducir al menor a posar para fotografías sexualmente sugerentes u obligar al menor a tener relaciones sexuales con otros.

Ruth González Serratos, 1995 (citado en Güido, 2007) define al abuso sexual infantil como “todo acto en que se involucra actividad sexual inapropiada para la edad de la o el menor, se le pide que guarde el secreto sobre dicha actividad o se le hace percibir que si lo relata provocará algo ‘malo’ a sí mismo, al perpetrador o a la familia. Dichos actos sexuales generan sentimientos de confusión emocional, miedo y, en ocasiones, placer (para el abusado); sin embargo, este tipo de experiencias son consideradas extrañas y desagradables para la o el menor de edad. El abuso sexual incluye la desnudez, el mostrar material sexualmente explícito, el irrumpir su intimidad, besarla o besarlo como si fuera adulta o adulto, el tocamiento corporal, la masturbación, el sexo oral, anal, genital, penetración digital, equiparada y por el pene, el exponer al menor a la percepción de actos sexuales o conductas sugestivas, simulación de coito, prostitución y pornografía infantil”.

Otros autores definen la agresión sexual infantil como cualquier contacto de naturaleza sexual entre un adolescente o adulto y un menor con el fin de estimular o gratificar la sexualidad del que agrede (Canales & Martínez, 2002 citado en Jiménez, 2005). Luego entonces la agresión incluye una variedad de acciones que van desde mostrar pornografía, exhibir el cuerpo desnudo o semidesnudo, entrar en contacto con el cuerpo del menor o hacer que éste toque el cuerpo de quien violenta, hasta llegar a la penetración oral, anal o vaginal.

La Standing Committee on Sexually Abused Children (SCOSAC, 1984; citado en Cohen, 2010) menciona que “Cualquier niño por debajo de la edad de consentimiento puede considerarse como sexualmente abusado cuando una persona sexualmente madura, por designio o por descuido de sus responsabilidades sociales o específicas en relación con el niño, ha participado o permitido su participación en cualquier acto de una naturaleza sexual

que tenga el propósito de conducir a la gratificación sexual madura. Esta definición es procedente, aunque este acto contenga o no contacto físico o genital, sea o no iniciado por el niño, y aunque sea o no discernible el efecto pernicioso en el corto plazo.

El abuso sexual infantil puede llegar a afectar a un 15-20 % de la población, lo que supone un problema social importante y que afecta a uno y otro sexo. Los menores no son sin embargo solo víctima de las agresiones sexuales, sino que también pueden ser agresores. De hecho, el 20% de este tipo de delitos está causado por otros menores (López, 1997 citado en Sanmartín, 2008).

## **MODELOS EXPLICATIVOS DEL ORIGEN DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL**

- **Modelo de las cuatro precondiciones del abuso sexual infantil**  
(Finkelhor, 1984 citado en Noguerol, 2014)

El modelo sugiere cuatro precondiciones que debe cumplir el adulto para acceder sexualmente a un menor.

1. El adulto debe tener sentimientos sexuales hacia el niño/a, o hacia los niños/as en general. Algunos de los factores que pueden crear estos sentimientos sexuales hacia los niños.
  - ✓ Deseo biológico del adulto de relacionarse sexualmente con niños/as.
  - ✓ Abuso sexual en la infancia o experiencias de abuso sexual en la etapa adulta.
  - ✓ Experiencias sexuales en la infancia con otros niños/as.
  - ✓ Efectos de la exposición a pornografía.
2. El adulto debe superar sus inhibiciones internas, es decir aquellas que van en contra del deseo de acceso sexual a un niño/a. Existen algunos aspectos que reducen estas inhibiciones internas contra el abuso sexual de niños/as, como son:
  - ✓ No interiorizar aquellos valores que sancionan el sexo contra niños/as.
  - ✓ Escaso control de impulsos o carencias de habilidades en la demora de la gratificación.
  - ✓ Psicopatología.

- ✓ Autopercepción de indefensión.
  - ✓ Frustraciones en las relaciones sexuales.
  - ✓ Confusión de roles.
3. El adulto debe superar los obstáculos externos que le frenan para expresar su tendencia sexual hacia los niños/as. Para reducir estas inhibiciones sociales contra el abuso sexual infantil el agresor pudo haberse encontrado en alguna de las siguientes situaciones.
- ✓ Madre ausente, enferma o indefensa.
  - ✓ Hacinamiento familiar.
  - ✓ Oportunidad de estar juntos a solas (intimidad)
  - ✓ Aislamiento familiar.
4. El adulto debe superar la resistencia a los intentos de evitación por parte del niño/a si éstos ocurren. Algunos de los factores que reducen la potencial habilidad de la víctima para evitar el abuso sexual son:
- ✓ Deprivación emocional de la víctima.
  - ✓ Aislamiento de la víctima.
  - ✓ Conocimiento o relación entre la víctima y el agresor.
  - ✓ Desconocimiento de la víctima de lo que está sucediendo.
  - ✓ Coerción/amenazas del agresor a la víctima.

La presencia de sólo una, dos o tres de estas condiciones no es suficiente para explicar el abuso sexual. Se necesita la presencia de las cuatro condiciones.

- **Modelo del Ciclo del abuso sexual en niños y jóvenes agresores**  
(Lane, 1991, citado en Noguerol, 2014)

Este ciclo incluye pensamientos, sentimientos y conductas antecedentes que culminan en comportamientos de abuso sexual por situaciones que el niño percibe como amenazantes; estas pueden ser:

- ✓ Un evento que es, o se percibe por el joven como amenazante.
- ✓ Una respuesta emocional compuesta por un conjunto de sentimientos insoportables para el joven.

- ✓ Un intento de compensar la situación actual de sentimientos de odio y venganza y que le permiten sentirse, tras la ofensa sexual, con cierto control y dominio de la situación. El joven toma una decisión, consciente o no, de obtener el control mediante actos que incluyen el abuso o la violación. Después intenta racionalizar el motivo para cometer estos actos.

- **Modelo Integrador de los factores causales del abuso sexual**  
(Faller, 1993 citado en Moreno, 2002)

Faller en su modelo hace una clara diferenciación entre los factores causales que se constituyen en prerrequisito para el abuso sexual y los factores que contribuyen a la aparición del abuso sexual pero no lo provocan.

Entre los factores que contribuyen a la aparición del abuso sexual, se encuentran:

- ✓ Que el sujeto experimente cierta activación sexual en presencia de un niño/a, y que tienda a actuar de manera congruente con dicha activación fisiológica.
- ✓ Culturales: dominio de los varones, sexualidad varón/rol de la mujer.
- ✓ Familiares: conflictos maritales, malas relaciones sexuales, madre no protectora, niño/a “seductor/a”.
- ✓ Ambientales: aislamiento social, desempleo, acceso no vigilado al niño/a.
- ✓ De personalidad: baja autoestima, alcoholismo/abuso de drogas, falta de habilidades sociales.
- ✓ De historia personal: experiencia sexual traumática infantil, infancia sin cuidados afectivos, modelos sexuales afectivos.

Como condiciones propiciatorias de abusos sexuales se encuentran:

- a) Factores que se refieren al sistema social en general:
  - ✓ Educación específica de cada sexo.
  - ✓ Reparto de papeles rígidos. (Varón responsable de

- aspectos materiales y mujer de aspectos sociales).
- ✓ Relaciones de poder/dependencia.
  - ✓ Sexualización de relaciones.
- b) Factores biográficos situaciones de la vida personal de las víctimas y los agresores, que, en determinadas circunstancias, pueden favorecer la aparición de una situación de abuso sexual.
- ✓ Con respecto a las víctimas: relaciones familiares difíciles, y servidumbre frente a la autoridad.
  - ✓ Desde el punto de vista del autor de los abusos: antecedentes como víctima de abusos sexuales, infravaloración personal, y problemas para desenvolverse en la sociedad.
- c) Factores relacionados con la familia, puesto que el abuso sexual a menores suele manifestarse normalmente en forma de incesto, es necesario tener muy en cuenta este aspecto a la hora de establecer las causas.

## **MODELO EXPLICATIVO DEL MANTENIMIENTO DEL ASI**

- **Modelo adictivo en el abuso sexual infantil realizado por niños/as o adolescentes** (Carnes, 1983 citado en Noguerol, 2014)

Este modelo tiene sus bases en la teoría del aprendizaje. El organismo es un poderoso reforzador, y este refuerzo puede ser el resultado de la conducta de abuso sexual o de la fantasía sobre la ejecución de esa conducta en general. Los menores, primero fantasean sobre la conducta de abuso antes de llevarla a cabo. El autor señala los siguientes síntomas como propios de la adicción sexual:

- ✓ Pensamientos “sexualizados” o preocupaciones por temas sexuales.
- ✓ Ritualización.
- ✓ Sexualidad compulsiva.
- ✓ Secretismo.
- ✓ Actividad sexual carente de relación de afecto.



- ✓ Desesperanza y vergüenza.
- ✓ Adicción progresiva.
- ✓ Negación constante.

La atención en este modelo se suele fijar, inicialmente, en aspectos sexuales.

El secretismo al que se somete el problema dentro de muchas familias y la negación continua de su existencia mantiene a muchos menores lejos de la ayuda que necesitarían.

## **1.2 TIPOS DE ABUSO SEXUAL**

No está de más señalar que ni todos los abusos son iguales ni afectan de la misma manera a la integridad psicológica de la víctima (Vázquez Mezquita & Calle, 1997 citado en Sanmartín, 2008).

Puede ser víctima de abuso sexual cualquier niño/a. No existe un perfil o características específicas que determinen la ocurrencia del abuso. Se da en todas las clases sociales, religiones y niveles socioculturales y afecta a niños/as de diferentes edades. Sin embargo, se han identificado algunas características que constituyen factores de riesgo para el abuso sexual infantil (Arredondo, 2007 citado en Rodes et al., 2010). Como las que a continuación se describen:

- Falta de educación sexual.
- Baja autoestima.
- Necesidad de afecto y/o atención.
- Niño o niña con actitud pasiva.
- Tendencia a la sumisión.
- Baja capacidad de tomar decisiones.
- Aislamiento, timidez.

En lo que se refiere al acto abusivo, éste puede ser sin contacto físico: exhibicionismo, masturbación delante del niño, observación del niño desnudo, relato de historias sexuales, proyección de imágenes o películas pornográficas, o con contacto físico: tocamientos, masturbación, contactos buco-genitales o penetración anal o vaginal. El coito es mucho

menos frecuente que el resto de los actos abusivos (Saldaña, Jiménez & Oliva, 1995 citado en Sanmartín, 2008).

La penetración cuando tiene lugar en niños muy pequeños, suele resultar traumática por la desproporción anatómica entre los genitales del adulto y del menor, y producir lesiones en los genitales o en el ano de la víctima: erosiones, heridas y desgarros himenales.

En cuanto al tipo de conducta sexual que involucra el abuso sexual muchos autores han expuesto sus tipologías.

Para las autoras Baita y Moreno (2015) las conductas que constituyen abuso sexual infantil son las siguientes:

- ✓ La utilización del niño y/o su cuerpo desnudo para la obtención de material pornográfico, aunque no haya contacto directo del adulto con su víctima.
- ✓ Tocar al niño en sus genitales, zona anal y/o pechos, por encima de la ropa o por debajo de ella.
- ✓ Hacer que el niño toque al adulto en sus genitales, zona anal y/o pechos (en el caso de mujeres ofensoras), por encima de la ropa o por debajo de ella.
- ✓ Contacto oral-genital del adulto al niño.
- ✓ Contacto genital del adulto sin penetración (frotamientos contra el cuerpo del niño o alguna parte de este, con el objetivo de lograr excitación sexual y eventualmente un orgasmo).
- ✓ Penetración vaginal y/o anal con dedo/s y/u objetos.
- ✓ Coito. Estas conductas pueden darse en su totalidad o no. No todos los abusadores sexuales llegan al coito, y las razones por las cuales esto sucede pueden ser varias: preferencia por conductas específicas que satisfacen al ofensor, temor a dejar embarazada a la víctima si es una niña o al develamiento.

El abuso sexual en la infancia tiene lugar habitualmente en el ámbito de la familia o del entorno cercano al niño. Las víctimas son fundamentalmente niñas, y hay dos edades de máximo riesgo: 6-7 años y 10-12 años (en una edad cercana a la adolescencia). En cualquier caso, el abuso sexual no es solo un problema de niñas. Al parecer, los chicos se avergüenzan más y son más reacios a revelar lo ocurrido que las chicas porque, al ser los agresores varones, se pone en cuestión más fácilmente su identidad sexual (Echeburúa & Guerricaecheverría, 2000 citado en Echeburúa & Redondo, 2010).

**El abuso intrafamiliar o incesto** se refiere al contacto sexual entre familiares. Aunque la definición implica una relación genética, también se suele considerar incestuosa toda

relación entre el niño/a y el adulto que asume el papel de padre o de parientes como los padrastros o padres adoptivos.

Los abusos sexuales dentro de la familia suelen producirse en un clima de terror y de violencia, pero también pueden ocurrir en interacciones donde resulta difícil identificar y descubrir las presiones que se ejercen sobre la víctima.

Los contactos padre (padrastro)-hija son los más denunciados y, además los más traumáticos por lo que suponen la disolución de los vínculos familiares básicos.

El incesto restante puede implicar a hermanos, tíos, hermanastros, abuelos y novios que viven en el mismo hogar. Sin embargo, el incesto madre-hijo es mucho menos frecuente y se limita aquellos casos en que la madre carece de una relación de pareja, presenta una adicción al alcohol o a las drogas o cuenta con un antecedente de abusos sexuales en la infancia.

La situación incestuosa habitualmente suele ser la siguiente: un comienzo con caricias; un paso posterior a la masturbación y al contacto buco-genital, y, sólo en algunos casos, una evolución al coito, vaginal que puede ser más tardío (cuando la niña alcanza la pubertad). Al no haber huellas fácilmente identificables, los abusos sexuales en niños/as pueden quedar más fácilmente impunes (Echeburúa, Corral, Zubizarreta & Sarasua, 1995 citado en Echeburúa & Redondo, 2010).

Por otra parte, **el abuso sexual extrafamiliar** lo puede cometer un conocido (vecino, maestro, entrenador) o un extraño.

Hay veces en que los abusadores son personas desconocidas o adolescentes que se aprovechan de la inferioridad de los menores para llevar a cabo conductas sexuales.

Las víctimas suelen ser más frecuentemente niñas (58.9%) que niños (40.1%) y situarse en una franja de edad entre los 6 y los 12 años, si bien con una mayor proximidad a la pubertad. Hay un mayor número de niñas en el abuso intrafamiliar (incesto), con una edad de inicio anterior (7-8 años), y un mayor número de niños en el abuso extrafamiliar (pedofilia), con una edad de inicio posterior (11-12 años).

De acuerdo al Programa de Atención Integral a Víctimas y Sobrevivientes de Agresión Sexual (PAIVSAS), vigente entre los años de 1990 a 2004 reportó que de julio de 1994 a mayo del 2002 del 100% de los casos de niños y niñas atendidos, las agresiones fueron realizadas por un familiar; de ese porcentaje, los hermanos mayores ocuparon 39%, los tíos 26%, el padre biológico 13% y el padrastro 7%, mientras que los primos ocuparon 9% y los abuelos 7%.

El perpetrador del abuso sexual solo en unos pocos casos es un completo desconocido para la víctima (del 15 al 35% del total).

La conducta incestuosa tiende a mantenerse en secreto. Sólo un 2% de los casos de abuso sexual familiar se conoce al tiempo que ocurre. Existen diferentes factores que pueden explicar los motivos de esta ocultación: por parte de la víctima, el hecho de obtener ciertas ventajas adicionales, como regalos, o el temor a no ser creída, junto con el miedo de destrozarse la familia o a las represalias del agresor; y por parte del abusador, la posible ruptura de la pareja y de la familia y el rechazo social acompañado de posibles sanciones legales.

### **1.3 FAMILIA Y FACTORES PREDISPONENTES DEL ABUSO SEXUAL EN LA INFANCIA**

Al hablar de situaciones o factores de riesgo, se hace referencia a circunstancias de diversos tipos que favorecen que el/la menor sea víctima de abuso sexual. El hecho de que un niño/a se encuentre en una situación de alto riesgo significa simplemente que tiene una mayor probabilidad de sufrir abusos sexuales (Finkelhor y Asdigian, 1996 citado en Sanmartín, 2008).

El abuso sexual en la infancia tiene lugar habitualmente en el ámbito de la familia o del entorno cercano al niño/a. Es decir, los abusadores suelen ser familiares (padres, padrastros, abuelos, tíos, hermanos mayores, hermanastros) o personas muy allegadas al niño/a. Hay veces, sin embargo, en que los abusadores son personas desconocidas o adolescentes que se aprovechan de la inferioridad de los niños/as para llevar a cabo conductas sexuales (López, 1997 citado en Echeburúa & Guerricaecheverría, 2005).

Diferentes estudios coinciden en señalar mayor incidencia de agresiones sexuales en niñas, 2-3 niñas por cada niño- especialmente en los casos de abuso sexual intrafamiliar. Esta asociación puede deberse principalmente al hecho de que la mayoría de los agresores son varones predominantemente heterosexuales (Gil, 1997; Vázquez Mezquita & Calle, 1997 citado en Echeburúa & Redondo 2010).

Los niños/as con mayor riesgo de victimización son aquellos con una capacidad reducida para resistirse o revelarlo, como son los que todavía no hablan y los que muestran retrasos del desarrollo y discapacidades físicas y psíquicas. Asimismo, son también sujetos de alto riesgo, los niños/as que se encuentran carentes de afecto en la familia, que pueden inicialmente sentirse halagados por la atención de la que son objetos, al margen de que este placer con el tiempo acabe produciendo en ellos/as un profundo sentimiento de culpa (Mandansky, 1996 citado en Sanmartín, 2008). Así mismo los menores maltratados física o psicológicamente en el hogar constituyen un caldo de cultivo adecuado para los abusos sexuales.

En cuanto al perfil de la familia, el abuso sexual a los/as niños/as surge más frecuentemente cuando hay problemas de pareja, la mujer es víctima de maltrato y el agresor es víctima del alcohol y recurre fácilmente a la violencia. En este contexto de falta de empatía y de amedrentamiento de la madre, que ha perdido su capacidad de escudo protector del niño/a, el abuso sexual se hace mucho más probable (Garrido, Stangeland & Redondo 1999; citado en Echeburúa, 2007).

El incumplimiento de las funciones parentales, así como el abandono y el rechazo físico y emocional del niño/a por parte de sus cuidadores, propician que los menores sean manipulados más fácilmente con ofrecimientos interesados de afecto, atención y recompensas a cambio de sexo y secreto. La ausencia prolongada de los padres biológicos, la incapacidad, ausencia o enfermedad de la madre y los problemas de pareja (peleas, malos tratos, separaciones o divorcios), sobre todo cuando vienen acompañados de la interrupción de la relación sexual constituyen factores de riesgo que aumentan las posibilidades de victimización (López, 1995 citado en Sanmartín, 2008).

Son así mismo, familias de alto riesgo las constituidas por padres dominantes y violentos, así como las formadas por madres maltratadas (Arruabarrena, De Paúl & Torres, 1996; Mas, 1995; Vázquez Mezquita, 1995; Cortés & Cantón, 1997 citado en Echeburúa & Guerricaecheverría, 2005).

El abuso sexual en la familia o en el círculo de los parientes es una de las formas más inquietantes de vejación, dado que es perpetrado por aquellos adultos en los que el niño deposita su mayor confianza y a los que considera la fuente primaria de protección. El silencio que rodea el abuso sexual en la familia es un dato típico, frecuente, puesto que se

teme que al hablar el culpable pueda acabar en manos de la justicia y la familia sufra un nuevo daño, se prefiere sacrificar al menor (Sanmartín, 2008).

A menudo la relación incestuosa es sufrida o vivida en silencio por los siguientes motivos: miedo a no ser creído; vergüenza de que el asunto se haga del dominio público; confianza y temor con relación al adulto incestuoso, que puede utilizar diversas formas de chantaje con el/la menor; la existencia de ciertas formas de entendimiento y de reciproca satisfacción entre los dos; sentimientos de culpa, ligados al hecho de que la denuncia provoca el arresto del autor de la violencia y su consiguiente alejamiento de la familia; temor a perder los últimos puntos de referencia afectivos, con los consiguientes sentimientos de soledad, impotencia y abandono (Echeburrúa & Redondo, 2010). Esta situación se vuelve aún más evidente si la familia, y en particular la madre asume un comportamiento negador y mistificador que culpabiliza al menor, lo hace sentir solo y abandonado.

Las familias en las que se reproducen relaciones incestuosas son familias disfuncionales en algún aspecto que a menudo, aunque no siempre, tienden a encerrarse en sí mismas y a aislarse del resto de la sociedad. En estas familias hay casi siempre un miedo difuso a llegar a una fractura, por tanto, se ha formulado la hipótesis de que el incesto, en muchos casos, tiene la función secundaria de mantener unida a la familia (Perrone & Nannini, 2010).

Se han identificado dos tipologías de relaciones y roles recíprocos dentro de las familias incestuosas:

**Tipología 1:** En este tipo de familia los roles tradicionales de tipo patriarcal son llevados al exceso: el padre es descrito como figura dominante que gobierna a su mujer e hijos de manera autoritaria y a menudo violenta. La madre es pasiva, sumisa o víctima de malos tratos o experiencias incestuosas (vividas en la propia familia de origen); a menudo es marginada de la vida familiar por una enfermedad física o por un trastorno de naturaleza psicológica.

**Tipología 2:** En este tipo de familia está presente una pareja de padres caracterizada por una madre autoritaria y agresiva, a menudo ausente de casa por razones de trabajo, y un padre pasivo, inmaduro, subordinado y dependiente de su esposa, como si ella fuera una figura materna (dominante). Esta situación conyugal lleva a un abandono de los roles conyugales en beneficio del rol padre-hijo (donde ella es el padre y él el hijo). Dentro del sistema familiar, el padre se encuentra, así, en una posición psicológica cercana a la de los hijos.

Finkelhor y colaboradores, 1993 (citado en Echeburúa & Guerricaecheverría, 2005) comprobaron que la falta de los padres suponía un mayor riesgo de abuso sexual intra y extrafamiliar. Destacan que los procesos que intervienen en el incremento del riesgo de abuso sexual se presentan cuando las actividades del niño/a y sus relaciones no se supervisan adecuadamente, aumentando su vulnerabilidad. Por otra parte, si un niño/a es objeto de malos tratos físicos, o de abandono físico o emocional, resulta más vulnerable a los perpetradores que le ofrecen atención y afecto o a sus estrategias de intimidación. Los síntomas más frecuentes que presentan los padres de niños/as objeto de abusos sexuales son la depresión y el alcoholismo-drogodependencia. También es frecuente que las madres de los niños/as objeto de abusos sexuales tengan un historial de abuso sexual infantil.

La mayoría de las descripciones de familias en las cuales se produce el abuso sexual concuerdan respecto del acatamiento total a ciertas convenciones y a una rígida adherencia a la estructura patriarcal casi estereotipada (Perrone & Nannini, 2010). Las familias multiparentales, la separación de los cónyuges, el divorcio y en el nuevo matrimonio se realiza en ocasiones un relajamiento de los lazos de filiación, es decir quien ocupa el lugar de padre no es el padre; o quien ocupa el lugar de madre no es la madre; los lazos padres/hijo/a no tienen un fundamento de legitimidad “natural”. Los abusos sexuales cometidos por el padrastro son extremadamente frecuentes (en las familias reconstruidas, el riesgo de incesto es dos veces mayor).

Existe una alta incidencia de abusos sexuales en las familias monoparentales debido a una ausencia real de la madre motivada por causas laborales, abandono, incapacidad, relaciones extraconyugales, enfermedades, alcoholismo, Depresión, hospitalización. A menudo el padre abandonado tiende hacerle ocupar a la hija el lugar de la compañera ausente y la niña se esfuerza por reemplazarla para evitar mayores sufrimientos de ambos padres (Cantón & Cortés, 2012).

En las familias aparentemente bien estructuradas, que exhiben un perfil “normal”, la revelación del incesto o el abuso sexual, pone de manifiesto una disfunción preexistente. La particularidad de estas familias es la discrepancia entre la imagen que muestran al entorno y lo que ocurre en su interior (Echeburúa & Redondo, 2010).

En este tipo de familias reina una verdadera tiranía, que a veces es ejercida muy directamente por el padre y que se basa en la ley del silencio compartida por todos los miembros. A las

revelaciones siempre se les atribuye un fuerte matiz de peligro, porque pueden hacer sufrir a uno o a otro, o hacer que estalle la estructura familiar (Perrone & Nannini, 2010).

El padre en su actitud de dominación, puede llegar a creer que en el territorio familiar se aplica su propia ley y que puede sustraerse a las leyes de la sociedad. Se considera una traición el solo hecho de que el/la adolescente intente vincularse con personas de su edad exteriores a la familia. En este modelo familiar, el predominio del padre se acompaña del borramiento de la madre, quien no le puede brindar ningún tipo de protección al niño. Después de la revelación, algunas madres siguen siendo leales a sus maridos, sin ver, oír y negar lo evidente, como si se tratara de hechos que ocurren en otro mundo. Esto hace posible que la hija ocupe su lugar como pareja del padre, y cumpla al mismo tiempo las funciones de hija, esposa y amante. El padre se convierte entonces en marido, amante, hijo. Padre e hija comparten todos los papeles (Perrone & Nannini, 2010).

En todas las familias con transacción incestuosa está prohibido hablar. El secreto se guarda celosamente, a menudo lo refuerzan las amenazas verbales o la violencia física. Muchos niños/as callan para evitarle una pena a su madre o atemorizados por las amenazas del padre. Los factores de miedo o de dependencia material pueden ser buenas razones para que la esposa acepte tal situación, pero a veces el padre encuentra en su hija lo que su mujer le niega en el aspecto conyugal (Ídem).

**Tabla 1. Características del abusador y de la familia en que se produce el abuso sexual**

<b>CARACTERÍSTICAS DEL ABUSADOR</b>	<b>CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Extremadamente protector o celoso del niño</li> <li>• Víctima de abuso sexual en la infancia.</li> <li>• Dificultades en la relación de pareja.</li> <li>• Aislado socialmente.</li> <li>• Abuso de drogas o alcohol.</li> <li>• Frecuentemente ausente del hogar.</li> <li>• Con baja autoestima o con problemas psicopatológicos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Familias monoparentales o reconstruidas.</li> <li>• Familias caóticas y desestructuradas, con situaciones de maltrato.</li> <li>• Madre frecuentemente enferma o ausente.</li> <li>• Madre emocionalmente poco accesible.</li> <li>• Madre con un historial de abuso sexual.</li> <li>• Problemas de hacinamiento.</li> <li>• Hijas mayores que asumen las responsabilidades de la familia.</li> </ul>

Tomado de: Echeburúa & Guerricaecheverría, 2000 citado en Echeburúa & Redondo, 2010.



Teniendo en mente lo anterior, a continuación, se listan algunos de los factores de riesgo citados en la literatura sobre el tema (Fraenkel, Sheinberg y True, 1996; Ochotorena y Arruabarrena, 1996; Save the Children, 2001; Center for Disease Control and Prevention, 2014 citado en Baita & Moreno, 2015).

- ✓ Presencia de un padrastro (en algunos países la prevalencia de ASI por parte de padrastros es mayor que la prevalencia de ASI por parte de padres biológicos).
- ✓ Falta de cercanía en la relación materno-filial (cuando la madre es el progenitor no ofensor).
- ✓ Madres sexualmente reprimidas o punitivas.
- ✓ Padres poco afectivos físicamente.
- ✓ Insatisfacción en el matrimonio.
- ✓ Violencia en la pareja.
- ✓ Falta de educación formal en la madre.
- ✓ Bajos ingresos en el grupo familiar (en algunas fuentes se plantea directamente a la pobreza como factor de riesgo; no obstante, es necesario aclarar que esto no inhabilita el hecho de que el abuso sexual también ocurre en familias de clases económicamente más acomodadas).
- ✓ Abuso de alcohol o drogas por parte del ofensor.
- ✓ Impulsividad y tendencias antisociales por parte del ofensor.
- ✓ Antecedentes —en los adultos— de maltrato físico, abuso sexual o negligencia afectiva en la infancia, o haber sido testigo de la violencia de un progenitor contra el otro. A su vez, si un niño ha padecido situaciones de malos tratos y/o abuso sexual, estos antecedentes se convierten en un factor de riesgo para la revictimización; por ejemplo, si el niño es institucionalizado o si escapa a la calle, por citar algunos ejemplos, las posibilidades de que en dichos ámbitos sea nuevamente víctima de alguna forma de violencia se incrementan.
- ✓ Discapacidad psíquica en el progenitor no ofensor.
- ✓ Dificultades en el control impulsivo del adulto ofensor.
- ✓ Relaciones familiares con un marcado funcionamiento patriarcal.
- ✓ Fácil acceso a las víctimas (no solamente incluye a familiares, sino también a maestros, profesores, cuidadores, etc.)

#### **1.4 AGRESORES SEXUALES**

Un mito frecuente es que los agresores sexuales son siempre hombres adultos, mientras que la realidad es que muchos abusos y agresiones son cometidos por adolescentes y jóvenes. Otro error es creer que los delincuentes sexuales son individuos desconocidos por las víctimas, cuando la inmensa mayoría de los casos son conocidos e incluso familiares de las víctimas. Otra equivocación es aventurar que la mayoría de los agresores reinciden en el delito, cuando lo cierto es que las cifras de reincidencia oficial de los agresores sexuales son

de entorno al 20%, siendo inferiores a las de las restantes tipologías delictivas. Suele considerarse que los agresores sexuales son delincuentes especializados (que solo cometen estos delitos), mientras que son versátiles o generalistas (en el sentido de que cometen distintas categorías de delitos y también delitos sexuales). También es frecuente interpretar que se trata de individuos mentalmente enfermos, cuando la realidad es que cometen abusos o agresiones sexuales personas muy diversas, habitualmente no afectadas por graves patologías mentales.

Hasta la década de los noventa del siglo pasado apenas se consideraba la posibilidad de que existiera mujeres agresoras sexuales, excepto en raras situaciones, y en estos casos, se pensaba que las mujeres estaban gravemente perturbadas. Aún hoy existe el mito cultural, la negación social de que las mujeres puedan ser agresoras. A continuación, se muestra diversos mitos o creencias sociales erróneas acerca de la agresión sexual y, paralelamente, lo que serían planteamientos más racionales y verídicos al respecto.

**Tabla 1. Mitos y conocimientos sobre la agresión sexual**

<b>MITOS O CREENCIAS ERRONEAS FRECUENTES</b>	<b>CONOCIMIENTOS MAS VERACES</b>
Todos o la mayoría de los agresores sexuales son hombres adultos	Muchos agresores son adolescentes o jóvenes que cometen hasta el 40% de los abusos sexuales y hasta el 20% de las violaciones. También entorno a un 10% de los abusos son cometidos por mujeres.
Todos los delitos sexuales son de cariz violento	La mayoría consisten en abusos u otros delitos sexuales que no implican violencia directa.
La mayoría de los abusadores y agresores son desconocidos para las víctimas	Entorno al 80% son conocidos, amigos o parientes de las víctimas.
La mayoría de los agresores reinciden en el delito	La tasa promedio de reincidencia oficial se sitúa entorno al 20%, aunque es verdad que hay un número importante de delitos no denunciados.
Los agresores sexuales son delincuentes especializados, es decir sólo cometen delitos sexuales.	Muchos son delincuentes versátiles, lo que significa que cometen delitos sexuales, pero también otros delitos como hurtos, robos, lesiones, tráfico de drogas
Los agresores son enfermos mentales e individuos anormales	Existe una heterogeneidad de agresores, desde una mayoría que no tiene diagnósticos formales de enfermedad mental hasta algunos que pueden mostrar diversas patologías.

Tomado de: Mitos y conocimientos sobre la agresión sexual, Echeburúa & Redondo, 2010.

Es complicado establecer las características de los agresores sexuales, debido a que se trata de una población muy difícil de estudiar ya que en muchos casos permanecen ocultos bajo una apariencia de normalidad.

Sin embargo, existe una serie de rasgos diferenciales entre los agresores sexuales que se describirán a continuación.

- **Transmisión intergeneracional del abuso:** Los agresores de mujeres como de niños/as, son hombres o mujeres que han vivido experiencias de abuso sexual o de maltrato en sus infancias en una proporción mayor que el resto de la población.

Cáceres, 2001 (citado en Noguerol, 2014) propone que aquellos agresores que presentan mayor patología y que han vivido abusos y maltratos en su infancia, tendrán más dificultad para establecer vínculos emocionales. Es posible que asocien las situaciones de intimidad afectivas a una sensación de indefensión y de vulnerabilidad, lo que les conducirá a potenciar el distanciamiento y evitar la intimidad.

El sentimiento de rabia y fracaso, tras un trauma vivido en la infancia, puede crear la necesidad de repetir el episodio traumático durante otras etapas evolutivas.

- **Personalidad:** A pesar de que en el abuso sexual no suele existir, en general una patología grave en los agresores, si puede tener un papel importante algunos rasgos de personalidad. Los agresores se caracterizan, en general, por tener una baja autoestima y pobre control de impulsos, junto con una educación sexual culpabilizadora y negativa o experiencias de modelos familiares inadecuados.

Echeburúa y Guerricaecheverria, 2000 (citado en Noguerol, 2014), explican que suelen presentar un grado de vulnerabilidad psicológica. Cuando el vínculo entre el hijo y sus padres es de inseguridad, el menor puede desarrollar una visión negativa sobre sí mismo y sobre los demás y facilita una serie de efectos negativos como la falta de autoestima, unas habilidades sociales inadecuadas, dificultades en la resolución de problemas, estrategias de afrontamiento inapropiadas; escaso control de la ira, ausencia de empatía o pensamientos intrusivos, así como en muchos de ellos, la carencia o ausencia de empatía hacia la víctima y las distorsiones cognitivas, que utilizan para justificar sus actos.

- **Consumo de alcohol y drogas:** No existe una relación única entre consumo de alcohol y abuso sexual. Sin embargo, y de acuerdo con diferentes autores, han apuntado, la relación existente entre el incesto y el consumo de alcohol.

- **Estatus socio-económico familiar:** A pesar de que existen investigaciones que señalan que las frustraciones provocadas por condiciones sociales como la pobreza, el desempleo,

las carencias de educación y de vivienda adecuadas, contribuyen al aumento de la violencia; sin embargo, los estudios realizados sobre el abuso sexual infantil, muestran que no es desproporcionadamente prevalente en las clases sociales más bajas (López, 1995, citado Noguero, 2014).

- ***Aislamiento social:*** Un interesante factor de riesgo en el abuso sexual intrafamiliar es el aislamiento social. La familia suele aislarse socialmente manteniendo solo contactos superficiales. El agresor sexual tiende también a mantener esta característica de aislamiento social. Presenta, por lo general, una buena imagen al entorno, pero suele controlar y limitar sus contactos externos a la familia. Puede ocurrir que tal aislamiento social sea una prohibición que el agresor utiliza para asegurar el secretismo de la conducta abusiva en la víctima.
- ***Aprendizaje:*** Las experiencias de aprendizaje, por observación, de situaciones de abuso sexual o las experiencias directas, en la infancia y la adolescencia, son todas ellas estímulos que pueden configurar la orientación sexual futura.

Los abusadores son personas de edades medias, con apariencia normal, estilo convencional, de inteligencia media y no psicótica. La aparente normalidad es la característica más señalada, si bien suelen presentar rasgos marcados de neuroticismo e introversión, así como de inmadurez emocional (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2000 citado en Noguero, 2014). No obstante, la pedofilia puede aparecer junto con otra parafilia y estar asociada a otros trastornos, como el alcoholismo o la personalidad antisocial.

### **Tipología del Agresor Sexual**

Los abusadores, son fundamentalmente de dos tipos (Lanyon, 1986 citado en Echeburúa & Guerricaecheverría, 2005)

#### **Primarios**

Se trata de sujetos con una orientación sexual dirigida primariamente a niños/as sin apenas interés por los adultos y con conductas compulsivas no mediatizadas por situaciones de estrés. Sus fantasías sexuales tienen un carácter claramente pedofílico. Estos sujetos generalmente poseen un campo limitado de intereses y actividades, lo cual les lleva a menudo a una existencia solitaria. Estas personas, son en sentido estricto del término, pedofílicos, que persiguen a los niños/as con ahínco. A veces cuentan con ciertas estrategias de seducción

(simpatía personal, comportamientos personales, sintonía con los intereses de los niños/as, o entrega de regalos) y son buscadores de trabajos o practicantes de hobbies que implican una cercanía a los/as menores. El nivel de reincidencia es alto, y hay una falta de reconocimiento del problema, con ideas distorsionadas acerca del abuso sexual y acerca de los menores.

Los pedófilos primarios pueden mostrar una fobia o rechazo al sexo en las relaciones con las mujeres e incluso una cierta aversión a las características sexuales secundarias de las mujeres adultas, como el desarrollo de los senos, ensanchamiento de caderas o vello en el pubis. Los/las niños/as, al no “exigir” condiciones completas de virilidad y potencia en la relación, “permiten” al pedófilo realizar un tipo de acto sexual pobre e incompleto. Estos elementos autoafirman al agresor en una supuesta hipersexualidad, que, sin embargo, es primaria y regresiva (García-Andrade, 1994 citado en Echeburúa & Guerricaecheverría, 2005).

El origen de esta tendencia anómala puede estar relacionado con el aprendizaje de actitudes extremas negativas hacia la sexualidad o con el abuso sexual sufrido en la infancia, así como los sentimientos de inferioridad, con falta de empatía, con fallos en los mecanismos de inhibición o control o con la incapacidad para establecer relaciones sociales y heterosexuales normales. A su vez, la repetición reiterada de masturbaciones acompañadas de fantasías pedofílicas tiende a mantener este trastorno.

Entre los pedófilos hay tres subtipos: a) Preferenciales: personas que crecen desarrollando una atracción sexual hacia los/las niños/as, que se mantienen al hacerse adultos, cuando desarrollan la idea de hacer realidad sus fantasías y llegan a hacerlo; b) Pasivos: personas que se sienten atraídas por los/as menores, pero que no llegan a abusar de ellos e incluso pueden no hacer acercamientos. Algunos compran pornografía infantil y se masturban con fantasías de este tipo, y c) De desarrollo: no sentían en un principio atracción sexual hacia los niños/as, pero, por alguna razón, empiezan a experimentarla. Entre ellos están los consumidores de pornografía adulta que se encuentran con pornografía infantil y empiezan a sentirse atraída por ella.

### **Secundarios o Situacionales**

Son personas que tienen contactos aislados con niños/as, y éstos son reflejo de una situación de soledad o estrés. Las conductas habituales de estos sujetos son relaciones sexuales con adultos, normalmente heterosexuales, aunque suelen aparecer alteraciones en el curso de

éstas, como impotencia ocasional, falta de deseo y algún tipo de tensión o conflicto con su pareja.

A nivel cognitivo, suelen percibir este tipo de conductas como anómalas y las ejecutan de forma episódica e impulsiva más que de un modo premeditado y persistente. No es por ello infrecuente la aparición posterior de intensos sentimientos de culpa y vergüenza.

Las conductas de abuso pueden ser un medio de compensar la autoestima deficiente del sujeto o de dar rienda suelta a una hostilidad que no puede liberarse por otras vías. Las situaciones de soledad y estrés, así como el consumo excesivo de alcohol o drogas, pueden intensificar, a modo de desencadenantes, este tipo de conductas (Echeburúa & Guerricaecheverría, 2005).

**Tabla 3. Tipología del Agresor Sexual**

	<b>PRIMARIO O PREFERENCIAL</b>	<b>SECUNDARIA O SITUACIONAL</b>
<b>Etiología</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientación sexual dirigida preferentemente hacia los/las niños/as</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soledad</li> <li>• Estrés (conyugal, familiar, laboral, etc.)</li> </ul>
<b>Ejecución de la conducta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Persistente</li> <li>• Compulsiva</li> <li>• Premeditada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Episódica</li> <li>• Impulsiva</li> </ul>
<b>Percepción de la conducta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apropia sexualmente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anómala</li> </ul>
<b>Distorsiones cognitivas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atribución de la conducta a la "seducción" de los/las niños/as.</li> <li>• Se trata de una muestra de cariño</li> <li>• Carácter inofensivo de los contactos sexuales.</li> </ul>	
<b>Ante el tratamiento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de reconocimiento del problema</li> <li>• Recaídas frecuentes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Buena respuesta</li> </ul>

Tomado de: Echeburúa y Guerricaecheverría, 2000 citado en Echeburúa & Redondo, 2010

Otros autores basándose en la teoría freudiana propusieron una tipología en la que se distinguen entre pedófilos fijados y regresivos (Groth, Hobson & Gary, 1982 citado en Noguero, 2014).

Los responsables de abuso sexual con una **fijación** se caracterizan por no haber llegado nunca a madurar psicosexualmente y no haberse relacionado con compañeros sexuales adultos. Presentan una fuerte preferencia sexual (generalmente exclusiva) por los/las niños/as y unas necesidades emocionales pueriles, de manera que desean relacionarse con “otros” niños/as.

Asimismo, encuentran insatisfactorio el contacto sexual adulto, provocándoles ansiedad y sentimientos de inadecuación en las interacciones sociales con otras personas adultas.

Por otra parte, suelen experimentar escaso malestar por sus acciones y es frecuente que planifiquen minuciosamente los abusos sexuales que cometen con sus víctimas, preferentemente varones o niños.

Los **pedófilos regresivos** son personas que han llegado a alcanzar un nivel adulto normal de preferencia sexual por otros adultos. No obstante, sufren una regresión que les lleva a implicarse en conductas sexuales con niños/as cuando son incapaces de adaptarse ante factores graves de estrés como el divorcio o la pérdida del empleo.

Como las relaciones sexuales con los/las niños/as contradicen sus creencias sobre lo que debe ser un comportamiento apropiado, estas personas suelen experimentar sentimientos de culpa y remordimientos por sus acciones. Su involucramiento en el abuso sexual es episódica e impulsiva y lo normal es que sus víctimas sean niñas.

**Tabla 4. Tipología de agresores sexuales**

FIJADO	REGRESIVO
La orientación primaria es hacia los/las niños/as, la atracción sexual hacia la infancia la reconoce el agresor como un estado permanente; el interés experimentado se debe tanto a influencias internas como psicológicas.	La orientación sexual primaria es hacia parejas de su edad, la atracción sexual por la niñez es un lapso temporal de control debido a situaciones e influencias externas.
El interés pedofílico comienza en la adolescencia.	El interés hacia los/las niños/as puede aparecer en su etapa adulta.
No hay un estrés precipitante	El estrés precipitante suele ser evidente.
Hay un interés persistente y una conducta compulsiva.	La implicación suele ser más episódica y conectada al estrés.
Abusos premeditados y planificados.	El abuso inicial puede ser impulsivo y no premeditado.
Identificación: el agresor se identifica como más próximo a la víctima y adapta su conducta al nivel evolutivo del niño o adopta un rol pseudoparental con la víctima.	Sustitución: el agresor sustituye relaciones adultas conflictivas con la implicación con el/la niño/a: La víctima se encuentra en un rol pseudoadulto y en la situación de incesto, el agresor abandona su rol parental.

Tomado de: Nicholas Groth, 1978 (citado en Noguero, 2014).

Otra Tipología clasifica a los agresores en:

**Incestuosos vs Pedofílicos:** Partiendo de los supuestos de que los padres incestuosos no realizan abusos fuera de la familia, el incesto es la expresión sexual de necesidades no sexuales y de que cada miembro de la familia realiza una contribución psicológica al desarrollo y mantenimiento del abuso sexual. Sin embargo, existen pruebas de que muchos padres incestuosos tienen actividades sexuales fuera del hogar, de que toda sexualidad contiene dimensiones sexuales y no sexuales y de que los perfiles estereotipados de las familias incestuosas no se mantienen empíricamente (Conte, 1985 citado en Cantón & Cortés, 2012). Los agresores pedofílicos se caracterizan por utilizar a los niños/as como método preferido o excluyente para conseguir excitarse sexualmente.

Por su parte Howells, 1981 (citado en Cantón & Cortés, 2012) distingue entre dos tipos de responsables de abuso sexual infantil, los de preferencia y los de situación.



Los que manifiestan una “**Preferencia Sexual**” por los niños se caracteriza por una orientación sexual primaria hacia éstos, no sintiendo ningún interés sexual o emocional por los adultos del sexo opuesto. Suelen permanecer solteros y si se casan o mantienen relaciones heterosexuales es por conveniencia, como tapadera o para tener acceso a los/las niños/as. Las víctimas suelen ser niños/as, que representan el papel de la compañera adulta. Estas personas no ven su comportamiento como inapropiado y creen que la sociedad debería dejar de acosarlos y permitirles satisfacer sus necesidades. Suelen planificar la comisión de estos delitos, que ocupan una parte sustancial de sus vidas y que no parecen obedecer a ninguna situación de estrés.

Los agresores **Situacionales**: Suelen tener un historial evolutivo de habilidades sociales y heterosexuales más o menos normales, aunque presentan ciertos déficits de habilidades, especialmente en sus relaciones íntimas. Sus intereses sexuales y emocionales se dirigen inequívocamente hacia compañeros adultos viendo sus deseos sexuales hacia el niño/a como anormales y como un problema. Suelen estar sometidos a situaciones estresantes, de manera que los episodios de abusos o los deseos sexuales hacia el/la niño/a con frecuencia se asocian a estas situaciones.

Otra tipología propuesta clasifica a los perpetradores de abuso sexual infantil en función del significado del abuso, la relación del agresor con la víctima y el de relación interpersonal alcanzado por el agresor (Knight, Rosenberg y Schneider, 1985 citado en Cantón & Cortés, 2012).

**Significado**: El significado de la agresión puede ser el de un ataque cuyo objetivo es fundamentalmente sexual (objetivo instrumental) o un ataque principalmente agresivo con la finalidad de lesionar al niño/a.

**Relación agresión-víctima**: Son el uso de la seducción, la distorsión de la víctima, el énfasis en la fuerza o en la manipulación y el abuso de niños/as conocidos/as o no.

Finalmente, el nivel previo de **relaciones interpersonales** alcanzado por el agresor se valora en función de los parámetros de fijación o regresión. La regresión implica haber alcanzado un nivel superior de relaciones interpersonales, así mismo el agresor regresivo es más probable que se hubiera casado y que mantuviera relaciones heterosexuales apropiadas a su

edad antes de la regresión. Por el contrario, el agresor con una fijación tendría un bajo nivel de competencia social y se caracteriza por distorsionar la edad de la víctima.

## **1.5 EFECTOS A CORTO Y LARGO PLAZO**

El abuso sexual no es sino una forma más de victimización en la infancia. Al margen de algunas alteraciones específicas en las respuestas sexuales, las secuelas de este trauma son muy similares a las generadas por otro tipo de victimizaciones (maltrato físico, abandono emocional y negligencia o abandono físico), que además pueden darse en algunos casos simultáneamente. Por ello, los efectos psicológicos producidos en el/la menor están referidos, como en los demás traumas, a la situación de desamparo en que se encuentra el/la niño/a (Finkelhor, 1999 citado en Echeburúa & Guerricaecheverría, 2005).

Por lo que respecta a las características del acto abusivo, la gravedad de las secuelas está en función de la frecuencia y duración de las experiencias, así como del empleo de fuerza y de amenazas o de la existencia de una violación propiamente dicha (penetración vaginal, anal o bucal). De este modo, cuanto más crónico e intenso es el abuso, mayor será el desarrollo de un sentimiento de indefensión y de vulnerabilidad y más probable resulta la aparición de síntomas.

Respecto a la relación de la víctima con el agresor, lo que importa no es tanto el grado de parentesco entre ambos, sino el nivel de intimidad emocional existente. De esta forma, a mayor grado de intimidad, mayor será el impacto psicológico, que se puede agravar si la víctima no recibe apoyo de la familia o se ve obligada a abandonar el hogar.

Por otro lado, por lo que se refiere a la edad del agresor, los abusos sexuales cometidos por adolescentes resultan, en general, menos traumatizantes para las víctimas que los efectuados por adultos (Cantón & Cortés, 1997 citado en Sanmartín, 2008).

El apoyo parental, es fundamental para el/la niño/a, es decir dar crédito al testimonio del/a menor y protegerlo/a, especialmente por la madre, ya que es un elemento clave para que las víctimas mantengan o recuperen su nivel de adaptación general después de la revelación (Dubowitz, Black, Harrington & Verschoore, 1993; Spaccarelli & Kim, 1995 citado en Sanmartín, 2008).

A continuación, se presentan los modelos teóricos más utilizados para explicar el desarrollo de la sintomatología vinculada al abuso sexual, por un lado, el modelo traumatogénico y por otro, el modelo del estrés postraumático.

## **Modelos Explicativos de las consecuencias del abuso sexual**

❖ **Modelo Traumatógeno** (Finkelhor & Brown, 1985, 1986, citado en Sanmartín, 2008).

Desde este modelo la sintomatología está asociada a las siguientes variables:

**1.-** La sexualización traumática, se refiere al proceso por el que el abuso sexual configura la sexualidad del niño/a, incluidos sus sentimientos y actitudes sexuales de una forma evolutivamente inadecuada y disfuncional. El resultado será el desarrollo de una conducta promiscua o de una aversión hacia el sexo. La víctima puede reaccionar con un sentimiento de confusión general por todo lo referente a la sexualidad, obsesionándose con el sexo, con una masturbación excesiva, intentando abusar sexualmente de otros niños/as más pequeños, experimentando una aversión por la sexualidad, presentando disfunciones sexuales o manifestando problemas relacionados con la identidad sexual.

**2.-** El sentimiento de traición consiste en la dinámica por la que el niño/a descubre que una persona en la que confía y con la que tiene una fuerte relación de dependencia le ha causado un daño. La traición puede provenir de diferentes fuentes como el agresor, la persona a la que el/la niño/a acudió y no quiso creerlo, los que no hicieron nada para protegerlo y aquellos que veían las acciones emprendidas en beneficio del niño/a como una intrusión. La desilusión y la pérdida de una figura en la que se confiaba se pueden relacionar con sentimientos depresivos, cólera y, especialmente, con la desconfianza hacia otras personas en situaciones posteriores, sobre todo en los contextos que implican relaciones interpersonales.

**3.-** La estigmatización se refiere al proceso por el que se comunican al niño/a una serie de connotaciones negativas asociadas al abuso (maldad, vergüenza, culpa) incorporándose luego a su autoimagen. El perpetrador puede culpar o insultar a la víctima diciéndole que fue él quien lo sedujo, utilizando frases como “haz echado a perder a una buena persona” que pueden contribuir a la autoinculpación del niño/a objeto de abusos.

La estigmatización puede llevar a una baja autoestima, sentimientos de culpa y vergüenza, conductas autolesivas, ideas de suicidio y a la identificación con otros niveles estigmatizados de la sociedad (drogadicción, prostitución). Además, el mantenimiento en secreto del abuso sexual puede incrementar el sentimiento de estigmatización al reforzarse la sensación de ser diferente.

4.- Finalmente, la indefensión, es el proceso dinámico por el que la voluntad, deseos y sentidos de eficacia del niño/a son consistentemente contravenidos al invadir de forma reiterada el territorio y espacio corporal de la víctima. Estas agresiones prolongadas pueden llevar a desarrollar un sentimiento de impotencia y a la incapacidad de evitar la repetición de posteriores abusos.

El sentimiento de indefensión puede relacionarse con el miedo y la ansiedad, el trastorno de las habilidades de afrontamiento (con la consiguiente disminución en la eficacia social y académica) y con reacciones compensatorias que tienen su origen en la necesidad extrema de controlar o dominar y que le pueden llevar a abusar sexualmente de otros.

#### ❖ **Modelo de Estrés Postraumático**

(Wolfe, Gentile & Wolfe, 1989 citado en Echeburúa & Guerricaecheverría, 2005)

Considera las consecuencias del abuso sexual como una forma de trastorno de estrés postraumático. El abuso sexual en la infancia cumple los requisitos de trauma exigidos por el DSM-IV para el diagnóstico de este cuadro clínico y genera, al menos en una mayoría de las víctimas, los síntomas característicos de dicho trastorno: 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 culpabilidad. A diferencia de los adultos, en los niños/as este cuadro clínico puede adoptar la forma de un comportamiento desestructurado o agitado y presentarse con síntomas físicos, tales como: dolores de estómago, jaquecas o en forma de sueños terroríficos.

Este cuadro clínico se manifiesta si el trauma permanece en la memoria activa del niño/a, en función de un inadecuado procesamiento de la información, y no se utilizan los mecanismos cognitivos adecuados para superarlo (Hartman & Burgess, 1989,1993, citado en Echeburúa & Guerricaecheverría, 2005).

Tabla 5. Criterios diagnósticos del trastorno de estrés postraumático (DSM-IV)

<p><b>Criterios para el diagnóstico de F43.1 Trastorno por estrés postraumático [309.81]</b></p> <p><b>A.</b> La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (1) y (2):</p> <ul style="list-style-type: none"><li>(1) la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás</li><li>(2) la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. <b>Nota:</b> En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados</li></ul> <p><b>B.</b> El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>(1) recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. <b>Nota:</b> En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma</li><li>(2) sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. <b>Nota:</b> En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible</li><li>(3) el individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de <i>flashback</i>, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). <b>Nota:</b> Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico</li><li>(4) malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático</li><li>(5) respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático</li></ul> <p><b>C.</b> Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>(1) esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático</li><li>(2) esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma</li><li>(3) incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma</li><li>(4) reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas</li><li>(5) sensación de desapego o enajenación frente a los demás</li><li>(6) restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor)</li><li>(7) sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal)</li></ul> <p><b>D.</b> Síntomas persistentes de aumento de la activación (<i>arousal</i>) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>(1) dificultades para conciliar o mantener el sueño</li><li>(2) irritabilidad o ataques de ira</li><li>(3) dificultades para concentrarse</li><li>(4) hipervigilancia</li><li>(5) respuestas exageradas de sobresalto</li></ul> <p><b>E.</b> Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.</p> <p><b>F.</b> Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.</p> <p><i>Especificar si:</i> <b>Agudo:</b> si los síntomas duran menos de 3 meses <b>Crónico:</b> si los síntomas duran 3 meses o más</p> <p><i>Especificar si:</i> <b>De inicio demorado:</b> entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses</p>
--

### ❖ **Ciclo víctima-agresor**

Un número importante de agresores sexuales han sido víctima de abuso sexual antes de convertirse en agresores. El ciclo víctima-agresor viene a ser el proceso mediante el cual los sujetos víctimas de abuso sexual se convierten en agresores.

- ✓ Impulso de salir de la victimización vivida identificándose con el agresor. Esta identificación es un mecanismo de defensa disfuncional usado en situaciones en las que la ansiedad está motivada por miedo al ataque o al abandono. Esta defensa que aparece en algunos menores, permite que los sentimientos de indefensión y aniquilación sean reemplazados por sentimientos de poder y omnipotencia.
- ✓ Patrones de excitación sexual fijada por la estimulación precoz a la que, muchos de ellos, han sido sometidos mientras ha durado el abuso sexual.
- ✓ Distorsiones cognitivas que evitan el desarrollo de la empatía y favorecen las justificaciones.
- ✓ Patrón de aprendizaje de repetidos abusos, donde el modelado ejerce una explicación interesante.
- ✓ Enganche emocional con el agresor.

### ❖ **Modelo del trastorno disociativo de identidad**

El trastorno disociativo de identidad (TDI) es, en la mayoría de los casos, una respuesta extrema de supervivencia a severos malos tratos físicos, emocionales o sexuales vividos durante la infancia.

Se caracteriza porque el sujeto desarrolla diferentes personalidades alternativas, cada una de ellas relacionadas, generalmente con un tipo de conflicto y afectos específicos. Los cambios de personalidad pueden ocurrir cuando, como resultado de los abusos, aparecen sentimientos y conflictos abrumadores. Por ello, situaciones análogas a las experiencias abusivas vividas, que causan el temor de que pueda ocurrir una situación amenazante, pueden dar lugar al cambio de personalidad.

❖ **Modelo del Procesamiento de información del trauma (IPT)**  
(Hartman & Burgess, 1989 citado en Cantón & Cortés, 2012)

Este modelo intenta explicar la relación entre el abuso sexual infantil y el nivel de adaptación alcanzado por la víctima centrándose en dos cuestiones fundamentales: el procesamiento del abuso sexual por el niño y los principales parámetros implicados en las sucesivas fases (pre trauma, encapsulación, revelación y recuperación). La víctima mantiene la información traumática en la conciencia activa hasta que puede colocarla en la memoria distante. Para que el trauma quede resuelto tiene que haber sido suficientemente procesado como para poder almacenarse, una vez neutralizados los sentimientos evocados por su recuerdo y la ansiedad.

Por el contrario, cuando no se resuelve un acontecimiento traumático y, o bien permanece en la memoria activa o el sujeto se defiende de él utilizando mecanismos cognitivos como la negación o la disociación, la consecuencia suele ser el desorden de estrés postraumático.

Si el niño presenta sus primeros síntomas agudos y no obtiene ningún tipo de respuesta, se produce entonces un periodo de “quietud” durante el cual suelen continuar los abusos. Durante este periodo el niño se siente atrapado, viéndose obligado a encapsular de algún modo el acontecimiento traumático.

El proceso de encapsulación presenta dos componentes: la exigencia del silencio por el agresor y la adopción por el niño de una posición defensiva. Durante la encapsulación, el procesamiento de la información mantiene el abuso en la memoria inmediata produciendo diversos efectos en la víctima como el entorpecimiento del desarrollo del yo y de otras áreas, la alteración del sentido del bien y del mal, el sentimiento de indefensión y la utilización de estrategias peligrosas que le permiten sobrevivir (fragmentación del yo, disociación del acontecimiento).

Por lo que respecta a los principales parámetros implicados, durante la fase **pretrauma** la fortaleza y la vulnerabilidad de la víctima se relaciona con tres tipos de factores, entre los que se incluyen la historia temprana (experiencias de socialización, relaciones con padres y hermanos, recursos sociales), creencias y valores sobre el abuso y su afrontamiento y las condiciones de estrés que pueden intensificar su reacción ante el abuso sexual.

En la fase de encapsulación del trauma el/la niño/a tiene que hacer frente a los detalles del abuso, siendo factores críticos en esta confrontación la relación del niño con el agresor, el grado de violencia o amenazas utilizadas, el tipo de actos sexuales realizados, la edad del niño/a, los modelos de inhibición/desinhibición utilizados por la víctima para afrontar la conducta agresiva y erótica del agresor y el uso de la pornografía.

Los principales factores de la fase de revelación del abuso son la naturaleza de la revelación (voluntaria o no), la reacción familiar e institucional, la relación del/a niño/a con el agresor y el empleo de amenazas. Finalmente, en la fase del **postrauma** son el nivel de adaptación conseguido, la posible disrupción en las actividades cotidianas anteriores al abuso, el afrontamiento de la conducta sexual por la familia y la víctima, el diálogo familiar sobre el tema y, en definitiva, si el/la niño/a tiene un desarrollo normal durante los dos años que siguen a la investigación, juicio y terapia.

El abuso sexual, sobre todo cuando se da de forma reiterada y es llevado a cabo por personas vinculadas afectivamente al niño/a, supone una desestructuración de la conducta y de las emociones del/a menor y, en ocasiones, una interferencia grave en el desarrollo evolutivo. Una victimización continuada y la presencia de conductas de penetración (anal o vaginal) constituyen factores de agravamiento adicionales (Echeburúa & Guerricaecheverría, 2005).

La agresión sexual es un suceso traumático que, como en el caso de otros acontecimientos negativos de los que puede ser víctima un/a niño/a, pueden producir efectos psicológicos negativos a corto plazo (casi siempre) y a largo plazo (menos frecuente). Un 70% de las víctimas de agresiones sexuales en la infancia presentan un cuadro clínico a corto plazo, pero este porcentaje disminuye hasta un 30% si se toma en consideración las repercusiones a largo plazo.

El mayor o menor impacto emocional va a estar, a su vez, agravado o aliviado por una serie de factores mediadores que van a ser responsables, en buena medida, de las diferencias individuales que se observan en las distintas víctimas en relación con las secuelas del suceso.

Los abusos sexuales no producen lesiones tan evidentes ni tan fácilmente comprobables, por lo que resulta más costoso su descubrimiento y posterior abordaje. En muchos de los casos son los indicadores conductuales o emocionales los que sirven de reclamo.



El abuso sexual siempre es un hecho estresante, pero hay factores que pueden mediar en la gravedad de sus efectos a largo plazo, especialmente la aceptación y el apoyo por parte de adultos cariñosos. El mayor factor de aminoramiento parece ser que el niño/a pueda contar con alguien que le crea y le ayude.

### **Consecuencias a corto plazo**

Los límites temporales entre los que se denomina efectos a corto plazo o iniciales se suelen situar en los dos años siguientes al abuso. A partir de ese momento se habla de efectos a largo plazo.

Al menos un 80% de las víctimas sufren consecuencias psicológicas negativas. Lo que de inmediato aparece en un/a menor objeto de abuso sexual, es un cambio nítido en sus conductas y emociones. El alcance del impacto psicológico va a depender del grado de culpabilización del niño/a por parte de los padres, así como de las estrategias de afrontamiento de que disponga la víctima.

En general las niñas tienden a presentar reacciones ansiosa-depresivas; los niños fracaso escolar y dificultades inespecíficas de socialización, así como comportamientos sexuales agresivos o conductas violentas en general. En uno y otro caso hay un déficit de autoestima importante, de hecho, en los casos más graves pueden llegar a ser estigmatizados para siempre.

Por otra parte, los niños tienen mayor probabilidad de exteriorizar problemas de comportamiento, como, por ejemplo, agresiones sexuales y conductas violentas en general (Bonner, 1999 citado en Echeburúa & Guerricaecheverría, 2005).

Respecto a la edad, los niños/as muy pequeños (en la etapa de educación preescolar), al contar con un repertorio limitado de recursos psicológicos, pueden mostrar estrategia de negación y disociación (en forma de olvidos respecto a lo sucedido). En los niños/as un poco mayores (en la etapa escolar) son más frecuentes los sentimientos de culpa y de vergüenza.

El abuso sexual presenta una especial gravedad en la adolescencia porque el padre puede intentar el coito, existe un riesgo real de embarazo y la adolescencia toma conciencia del alcance de la relación incestuosa.

No son por ello infrecuente en la víctima conductas como huidas de casa, consumo abusivo de alcohol y drogas e incluso intentos de suicidio (Noguerol, 1997 citado en Sanmartín, 2008). Entre los síntomas más característicos encontramos la aparición de problemas sexuales, la presencia de conocimientos sexuales precoces, masturbación excesiva y conductas exhibicionistas (que pueden ser malinterpretadas como provocación para el agresor).

**Relato de una adolescente de 13 años**

Me habían regalado un diario y yo ahí empecé a escribir todo lo que sentía, todo lo que me pasaba. Una vez mi papá lo descubrió, pero yo lo tenía muy bien escondido... Igual lo encontró. Se enojó mucho por lo que yo había escrito ahí y le arrancó todas las páginas, pero me lo devolvió. Yo dejé de escribir un tiempo, pero igual él venía y lo revisaba casi todas las noches. Entonces yo empecé a pegarle figuritas que cortaba de las revistas, pavaditas, cualquier cosa que a él no le pareciera malo. Igual un día el diario desapareció...

Tomado de: Abuso sexual infantil. Cuestiones relevantes para su tratamiento en la justicia. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF pág. 73, Uruguay, 2015

En la adolescencia, pueden incluso surgir problemas de identidad sexual especialmente en los niños que han sido abusados por varones, así mismo otros problemas de conductas como: miedos, ansiedad, depresión, agresividad, baja autoestima, desconfianza ante los adultos, y la posibilidad que se lleve a cabo el consumo de drogas/alcohol, ausentismo escolar, fugas del hogar, así como la aparición de conductas antisociales (Kendall-Trakett, Williams & Finkelhor, 1993 citado en Sanmartín, 2008).

Las víctimas de abuso sexual tienden a erotizar todas sus relaciones para obtener afecto, actitud que, en la adolescencia, puede conducir a un cuadro autodestructivo de promiscuidad y a sucesivas relaciones de maltrato.

**Tabla 6. Principales consecuencias a corto plazo del abuso sexual en niños y adolescentes.**

<b>TIPOS DE EFECTOS</b>	<b>SÍNTOMAS</b>	<b>PERIODO EVOLUTIVO</b>
<b>FÍSICOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Problemas de sueño (pesadillas).</li> <li>→ Cambios en los hábitos de comida.</li> <li>→ Pérdida de control de esfínteres.</li> </ul>	Infancia y adolescencia. Infancia y adolescencia. Infancia.
<b>CONDUCTUALES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Consumo de drogas o alcohol.</li> <li>→ Huidas del hogar.</li> <li>→ Conductas autolesivas o suicidas.</li> <li>→ Hiperactividad.</li> <li>→ Bajo rendimiento académico.</li> </ul>	Adolescencia. Adolescencia. Adolescencia. Infancia. Infancia y adolescencia.
<b>EMOCIONALES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Miedo generalizado.</li> <li>→ Hostilidad y agresividad.</li> <li>→ Culpa y vergüenza.</li> <li>→ Depresión.</li> <li>→ Ansiedad.</li> <li>→ Baja autoestima y sentimientos de estigmatización.</li> <li>→ Rechazo del propio cuerpo.</li> <li>→ Desconfianza y rencor hacia los adultos.</li> <li>→ Trastorno de estrés postraumático.</li> </ul>	Infancia. Infancia y adolescencia. Infancia y adolescencia. Infancia y adolescencia. Infancia y adolescencia. Infancia y adolescencia. Infancia y adolescencia. Infancia y adolescencia. Infancia y adolescencia.
<b>SEXUALES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Conocimiento sexual precoz o inapropiado para su edad.</li> <li>→ Masturbación compulsiva.</li> <li>→ Excesiva curiosidad sexual.</li> <li>→ Conductas exhibicionistas.</li> <li>→ Problemas de identidad sexual.</li> </ul>	Infancia y adolescencia. Infancia y adolescencia. Infancia y adolescencia. Infancia. Adolescencia.
<b>SOCIALES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Déficit en habilidades sociales.</li> <li>→ Retraimiento social.</li> <li>→ Conductas antisociales</li> </ul>	Infancia. Infancia y adolescencia. Adolescencia.

Tomado de: Echeburúa y Guerricaecheverría, 2000, citado en San Martín, 2008

### **Consecuencias a largo plazo**

Los efectos a largo plazo son menos frecuentes y más difusos que las secuelas iniciales, pero pueden afectar, al menos, al 30% de las víctimas (Gilham, 1991; Mullen, Martin Anderson, Romans & Herbison, 1994 citado en Echeburúa & Redondo, 2010). El tiempo límite para determinar los efectos a corto o a largo plazo se suelen situar en los dos años siguientes al abuso. A partir de ese momento se habla de consecuencias o efectos a largo plazo (Echeburúa, Guerricaecheverría, 2000; Milner & Crouch, 2004 citado en Guerricaecheverría s.f.).

Los fenómenos observados con mayor regularidad son las alteraciones en la esfera sexual, inhibición erótica, disfunciones sexuales y menor capacidad de disfrute, especialmente, la Depresión y el trastorno de estrés postraumático, así como el control inadecuado de la ira (en el caso de los varones, volcada al exterior en forma de violencia, en el caso de las mujeres, canalizada en forma de conductas autodestructivas).

En algunas ocasiones, se ha encontrado a más largo plazo (cuando las víctimas se convierten en padres) una actitud obsesiva e hipervigilante respecto a los/las hijos/as o, por el contrario, la adopción de conductas de abuso o, cuando menos, de consentimiento (Sepúlveda, 1999 citado en Echeburúa & Guerricaecheverría, 2005). No deja de ser significativo que un 25% de los niños abusados sexualmente se conviertan ellos mismos en abusadores cuando llegan a ser adultos.

En las víctimas adultas de abuso sexual en la infancia, el problema puede surgir cuando estas personas establecen una relación de pareja y tienen dificultades para expresar sentimientos de intimidad y ternura, así como para implicarse en conductas sexuales. No es infrecuente en estos casos la aparición de una amnesia disociativa. Se trata de una amnesia selectiva que está caracterizada porque, sin un daño cerebral que la justifique y sin la posibilidad de atribuirle a las leyes naturales del olvido, aparecen grandes dificultades para recordar el abuso sexual sufrido en la infancia.

La amnesia psicógena, síntoma del trastorno del estrés postraumático, responde a la tendencia natural del ser humano a olvidar lo desagradable y a la vergüenza experimentada por lo ocurrido, sobre todo cuando el abuso sexual ha tenido lugar en el seno de la familia.

Así mismo, puede haber una impulsividad descontrolada en la vida adulta como consecuencia de un abuso sexual grave en la infancia o en la adolescencia temprana. Esta alteración puede reflejarse en problemas bulímicos o de otra índole (como cleptomanía o ludopatía). En estos casos la patología alimentaria puede funcionar como un mecanismo de supervivencia para escapar del daño emocional del trauma.

Las conductas bulímicas pueden bloquear la conciencia de la experiencia traumática y hasta inducir un estado de anestesia emocional que permita evitar recuerdos o sentimientos relacionados con ella (Vanderlinder & Vandereycken, 1999 citado en Echeburúa & Guerricaecheverría, 2005).

El impacto psicológico a largo plazo del abuso sexual puede ser pequeño (a menos que se trate de un abuso sexual grave con penetración) si la víctima no cuenta con otras adversidades adicionales, como el abandono emocional, el maltrato físico, el divorcio de los padres, una patología familiar grave. Los problemas de una víctima en la vida adulta (depresión, ansiedad, abuso de alcohol u otras drogas), surgen en un contexto de vulnerabilidad generado por el abuso sexual en la infancia, pero provocados directamente por circunstancias próximas en el tiempo (conflictos de pareja, aislamiento social, problemas en el trabajo).

Desde el punto de vista del trauma, lo que predice una peor evolución a largo plazo es la presencia de sucesos traumáticos diversos en la víctima, la frecuencia y la duración de los abusos, la posible existencia de una violación y la vinculación familiar con el agresor, así como las consecuencias negativas derivadas de la revelación del abuso (por ejemplo, romperse la familia, poner en duda el testimonio del menor)

*Relato de una adolescente que era abusada  
por su padre médico:*

*Él me dijo que todos los papás revisaban a sus  
hijas como él me revisaba a mí, y a mí no se  
me ocurría que eso no era cierto. ¿Cómo se lo  
iba a discutir si él era doctor?*

Tomado de Abuso sexual infantil. Cuestiones relevantes  
para su tratamiento en la justicia Fondo de las Naciones  
Unidas para la Infancia, Unicef Uruguay, 2015 (p. 69)

**Principales secuelas psicológicas en víctimas adultas de abuso sexual en la infancia. Ver siguiente cuadro**

TIPOS DE SECUELAS	SINTOMAS
FISICOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Dolores crónicos generales.</li> <li>→ Hipocondría, trastornos de somatización</li> <li>→ Alteraciones del sueño (pesadillas)</li> <li>→ Problemas gastrointestinales.</li> <li>→ Desórdenes alimenticios, especialmente bulimia.</li> </ul>
CONDUCTUALES	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Intentos de suicidio</li> <li>→ Consumo de drogas y/o alcohol.</li> <li>→ Trastorno disociativo de identidad (personalidad múltiple).</li> </ul>
EMOCIONALES	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Depresión.</li> <li>→ Ansiedad</li> <li>→ Baja autoestima.</li> <li>→ Estrés postraumático.</li> <li>→ Trastornos de la personalidad.</li> <li>→ Desconfianza y miedo de los hombres.</li> <li>→ Dificultad para expresar o recibir sentimiento de ternura y de intimidad.</li> </ul>
SEXUALES	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Fobias o aversiones sexuales</li> <li>→ Falta de satisfacción sexual.</li> <li>→ Alteraciones en la motivación sexual.</li> <li>→ Trastornos de la activación sexual y del organismo.</li> <li>→ Creencias de ser valorado/a por los demás únicamente por el sexo.</li> </ul>
SOCIALES	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Déficit en habilidades.</li> <li>→ Retraimiento social.</li> <li>→ Conductas antisociales.</li> </ul>

Tomado de: Echeburúa & Guerricaecheverría, 2000 citado en Sanmartín, 2008.

La existencia de factores amortiguadores en los/las menores nos permiten explicar el impacto del abuso sexual en el desarrollo emocional posterior de la víctima.

**Percepción subjetiva del suceso:** Se refiere a la valoración cognitiva que hace el niño/a de lo ocurrido. De este modo si el abuso es reiterado y si es obra, además, de una persona conocida y supone por ello, una traición a la confianza del menor, la decepción y el sentimiento de rabia y de vergüenza serán de mayor alcance.

**Edad del niño/a:** Puede ser una variable significativa, pero que no siempre resulta fácil de valorar. En general, los niños/as más pequeños son más vulnerables y cuentan con mayor riesgo de padecer síntomas disociativos, pero tienen, sin embargo, la ventaja de no percatarse del alcance del abuso. A su vez, una mayor edad viene acompañada de una mayor

disponibilidad de recursos, pero, en el aspecto negativo, entraña una mayor conciencia de la víctima de lo ocurrido. Asimismo, aumenta la probabilidad de que se lleve a cabo la penetración o de que se emplee la violencia física o las amenazas por parte del agresor, lo que complica la evolución del cuadro clínico (Cantón & Cortés, 1996 citado en Echeburúa & Guerricaecheverría, 2005).

La mayor o menor intensidad del apoyo familiar es una clave fundamental para determinar la reacción del menor. La reacción del entorno próximo al niño/a ante la revelación del abuso es un punto crítico. La sensación de ser creído en su testimonio y de sentirse protegido contribuye a recuperar la normalidad del niño/a. Por el contrario, poner en duda el relato del menor por parte de los seres queridos ensombrece su proceso de recuperación. Así la evolución del niño/a no es ajena a las implicaciones de la revelación del abuso: deterioro de la relación de pareja, salida del agresor o de la víctima del hogar, intervención de los servicios sociales, implicación en un proceso legal.

Las estrategias de afrontamiento disponibles por el menor desempeñan un papel importante. Contribuyendo en la amortiguación del impacto de la victimización al constituirse en factores de protección (Finkelhor, 1999 citado en Sanmartín, 2008). Ver siguiente tabla

**Tabla 8. Factores mediadores del impacto psicológico de la victimización sexual en la infancia**



Tomado de: San Martín, 2005

Para Finkelhor & Kendall-Tackett, 1997 (citado en Sanmartín, 2008) proponen el “Modelo de las dimensiones (evolutivas) del impacto de la victimización”. De acuerdo a este modelo las diferencias en el desarrollo pueden influir en cuatro dimensiones (relativamente diferentes) del impacto de la victimización.

1.- Valoración de la victimización y de sus implicaciones. En cada etapa del desarrollo, el/la niño/a tiene una apreciación distinta de la victimización y, a partir de esas valoraciones distintas, tiende a abrigar expectativas diferentes.

2.- Aplicación a la valoración a los cometidos propios de cada fase del desarrollo. La valoración que cada niño/a haga de la victimización y de sus implicaciones se aplicará a los diferentes cometidos que tenga que afrontar en cada etapa de su desarrollo.

3.- Estrategias de afrontamiento (copingstrategies). En cada etapa del desarrollo, el/la niño/a dispone de diferentes repertorios de estrategias para hacer frente, en particular al estrés y al conflicto producido por la victimización.

4.- Amortiguadores ambientales. En las diferentes etapas del desarrollo, los/las niños/as operan en contextos sociales y familiares diferentes que pueden amortiguar la forma en que la victimización les afecta.

## **1.6 CONCEPTO DE SOBREVIVIENTE**

Para comprender el proceso por el que han transitado los adultos víctimas de abuso sexual en su niñez, cobra importancia incorporar una mirada hacia estos donde se releve su condición de sobrevivientes, enfoque que permite reconocer la riqueza de recursos personales con que aquellos han enfrentado a la adversidad y llevado adelante sus vidas, como sujetos que no sólo reconocen su propio poder, sino que además la capacidad de ayuda a otras personas en circunstancias similares (Megallón, 2006; Smith, 1998 citado en Díaz, C.C; Faivovich, K.A; Latorre, L.S; Brieba, M.C, Cabrera, P.L; Carrasco, F.M; Vivanco, Z.S, 2012).

El estigma del abuso sexual puede dañar de por vida, y las consecuencias aparecen tanto a corto como a largo plazo; es por eso que en la literatura se propone el cambio de nombre de “víctimas” a “sobrevivientes”, ya que se considera que las conductas y efectos se relacionan con los esfuerzos para adaptarse al medio después del ataque.



El término sobreviviente se refiere a aquellos adultos que en su infancia se vieron involucrados en acciones de abuso sexual y/o incesto, independientemente de quién o quiénes hayan sido los abusadores (Bass 1983; Fine y Carnevale,1984; Haneman, 1985; Gordon O’Keefe,1985; Bear & Dimock,1998; Blume,1990; Gallagher, 1991 citado en Gonzalez,1995).

Ruth González (citado en Boletín UNAM, 2003) define a los/las sobrevivientes de abuso sexual en la infancia, como “aquellos adultos que enfrentan una serie de trastornos emocionales derivados de la violencia que ejercieron contra ellos/as. Generalmente, el ataque fue perpetrado por alguien, en quien confiaban cuando eran niños/as y ocurrió en su casa o en la de un pariente”.

En esta misma línea, autores como Piper, 2005 (citado en Díaz, et al., 2012) propone cambiar la metáfora de la marca por la de la experiencia, lo que permitiría centrarse en un proceso que está ocurriendo en el presente, pero que, al mismo tiempo, se relaciona dialécticamente con el pasado y el futuro.

El dolor y la experiencia no son huellas, sino vivencias siempre vigentes que producen subjetividades en el presente. La acción de reconocer la condición de sobreviviente, otorga un sentido a la propia existencia, permitiendo nuevas definiciones de sí mismos y la posibilidad de sobrellevar la historia de abuso (Llanos, M & Sinclair, 2005 citado en Díaz et al., 2012).

Esta atribución otorga una valoración adicional a las personas que han sufrido este tipo de violencia, al sumarle la propiedad de ser ellos/as los expertos en sus propias vivencias y como tales, ser voces autorizadas para hablar del tema, ocupando un lugar de privilegio en pos de hacer recomendaciones relevantes que contribuyan tanto a aspectos preventivos y terapéuticos, como a lo relacionado con el accionar de la justicia y de los procesos reparatorios.

Desde la perspectiva de género se suele objetar la noción de víctima por estar asociada a la pasividad y se considera más adecuada la designación de sobreviviente porque señala los elementos de acción y transformación a los que los individuos victimizados suelen apelar. Se señala que la victimización es un proceso como lo es la sobrevivencia’ (Vázquez, 2006).

En la noción de víctima, el sujeto de la acción es el agresor a quien se le atribuye la capacidad de obrar y transformar a través de sus actos a alguien en su víctima. Por el contrario, en la noción de sobreviviente el sujeto de la acción es la mujer, niña o niño que fueron victimizados. La sobrevivencia, por lo tanto, es un proceso activo, porque significa alejarse del peligro psíquico que implica la violencia. Es el producto de la interacción entre padecimiento y resistencia, entre desesperanza y necesidad de recuperación (Ídem).

La aceptación de sobrevivencia se refiere también a la posibilidad que tienen las personas agredidas de emplear diferentes recursos para enfrentar y sobreponerse a los efectos de la violencia.

### **1.7 PREVALENCIA DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL (ASI)**

El abuso sexual infantil (ASI) es un problema frecuente en todas las sociedades y culturas. Sus efectos negativos muestran la gravedad y permiten ilustrar las necesidades profesionales de un mayor conocimiento al respecto. La incidencia y prevalencia del abuso sexual infantil, como conceptos estadísticos usados en epidemiología aportan la distribución y evolución de la problemática en la población. No se trata de un hecho aislado, sino por el contrario de un problema universal y bastante complejo, resultante de una interacción de factores individuales y de familia, así como, sociales y culturales (Echebúrua & Guerricaecheverría, 2005).

La prevalencia es el número total de los individuos que presentan síntomas o padecen una enfermedad, es un concepto estadístico usado en epidemiología con el propósito de planificar políticas sanitarias en un país (Enciclopedia de Salud, 2016). Cuantifica la proporción de personas en una población que padeció abuso sexual, para efectos del presente trabajo, en un determinado momento y proporciona una estimación de la cantidad de sujetos de esa población que hubiera transitado ese tipo de maltrato. La prevalencia aportaría datos de qué cantidad de personas de la población reconocen haber sido abusadas en su infancia (Bringiotti, 2010).

Las inconsistencias de las definiciones son frecuentes, incluso la del abuso sexual infantil mismo y los límites de edad que definen a un/a niño/a. Otras de las dificultades metodológicas que han hallado son la determinación del número de niños/as víctimas del ASI dentro de un período de tiempo determinado, la elección de la muestra, el tipo y número de preguntas a incluir, los factores dentro de un período histórico tal como la publicidad, y las estimaciones de las tasas de incremento del abuso sexual infantil con el paso del tiempo.

Sin embargo, los daños ocasionados por el Abuso Sexual Infantil constituyen un problema de salud pública, según cifras del Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) 228 menores por hora son víctimas de abuso, sin embargo, se considera que esta cifra es parcial, debido a las pocas denuncias interpuestas por miedo o vergüenza (Secretaría de Salud, 2010).

La violencia sexual ejercida con las niñas y las mujeres principalmente, es una de las manifestaciones más claras de los valores, normas y tradiciones en una cultura patriarcal que alienta a los hombres a creer que tienen el derecho de controlar el cuerpo y la sexualidad de las mujeres

(Connell, 2000; Dobash y Dobash, 1979; Gasman, 2006; Heise, 1999; Jewkes, 2002, citado en Contreras y cols. 2010).

A decir de Paulo Sérgio (citado en Pinheiro, 2006), experto independiente para las Naciones Unidas y conforme al Estudio del Secretario General sobre Violencia contra los Niños destaca que se calcula que 150 millones de niñas y 73 millones niños menores de 18 años han tenido relaciones sexuales forzadas u otras formas de violencia con contacto físico.

Autores como Made, 2001 (citado en Losada, 2012) quien realizó una investigación sobre la prevalencia y los patrones de abuso sexual infantil y la relación víctima-agresor dentro de una muestra de estudiantes universitarios. Setecientos veintidós estudiantes de psicología de las Universidades de África del Norte y del Sur, completaron un cuestionario retrospectivo de autoevaluación en el ámbito áulico. El cuestionario indagaba acerca de las formas del abuso sexual infantil, las relaciones víctima-agresor y una auto evaluación de la niñez.

Los resultados mostraron una tasa de prevalencia general de abuso sexual infantil del 25,6%; el 21,7% para hombres (n = 244); el 23,7% para mujeres (n = 465). El 18,2% fueron besados sexualmente, el 13,6% fueron tocados sexualmente, el 8,7% informaron haber tenido sexo oral-genital y coito vaginal y/o anal. La mayoría de los agresores eran conocidos por sus víctimas. Muchas de las víctimas (el 83% de los hombres y el 68,2% de las mujeres) no se consideraban sexualmente abusados durante su infancia y la mayoría calificó su niñez como “normal” (el 41,3% de las mujeres y el 48,9% de los hombres) o como “muy feliz” (el 41,3% de las mujeres y el 40,4. % de los hombres). El autor recomendó más investigación, publicidad y campañas contra el abuso sexual infantil en África alertando de la gravedad de la problemática por el gran número de casos detectados.

Por su parte, Vasallo, 2002 (citado en Losada, 2012) analizó el impacto del abuso sexual infantil en el ejercicio del rol materno. En una población entrevistada compuesta por 50 mujeres que solicitaron ayuda psicológica al servicio de salud mental de un hospital público de La Plata, capital de la Provincia de Buenos Aires. La mitad había sufrido abuso sexual infantil en la infancia y, de estas, la mayoría sufría violencia conyugal en el momento de la consulta. Las edades oscilaban entre 24 y 61 años.

En la investigación se destacó que el 64 % de las mujeres abusadas tenían estudios secundarios completos, y universitarios incompletos y completos. Al respecto de las consecuencias del abuso, el 40 % relató desconfianza hacia los hombres; el 30 %, dolor psíquico; y el 10 %, que afectó su vida sexual. Dos de ellas ejercieron la prostitución. El 36 % dice haber tenido trastornos en la alimentación; el 40 %, somatizaciones y el 20 %, depresión. Las mujeres abusadas han tenido hijos, en el 35 % de los casos antes de los 20 años, mientras que el 20 % de las no abusadas fueron madres después de los 20 años. En el total de 50 mujeres, con 138 hijos, la investigación registró 6 hijas abusadas.

Walker, Carey, Mohr, Stein & Seedat en 2004 (citado en Losada, 2012) sostuvieron que, a pesar de la vasta literatura sobre las relaciones existentes entre el abuso sexual infantil y el trastorno por estrés postraumático, el conocimiento acerca de los efectos del sexo en relación a los riesgos de ser víctima de abuso sexual y sus posteriores trastornos por estrés postraumático es limitado. Analizaron el conocimiento actual sobre las diferencias de sexo en la prevalencia del abuso sexual infantil y el rol del sexo en el posterior desarrollo de los trastornos por estrés postraumático en la niñez y en la adolescencia, focalizando la atención sobre las tasas, la fenomenología, los correlatos biológicos y los factores de riesgo. A pesar de una marcada tendencia hacia la representación femenina en los estudios, la literatura respalda el incremento de las tasas del abuso sexual infantil y la mayor vulnerabilidad a los trastornos por estrés postraumático en mujeres, como así también las posibles diferencias de sexo en los correlatos biológicos y las secuelas psiquiátricas del abuso sexual infantil. Sostuvieron que es necesario profundizar en los mecanismos que subyacen estas diferencias y el incremento actual de las tasas del abuso sexual infantil.

En Corea del Sur, Hyun-Sil Kim & Hun-Soo Kim en 2005 (citado en Losada, 2012), con objeto de identificar la prevalencia del incesto entre adolescentes coreanos y determinar los problemas familiares, las dinámicas familiares percibidas y las consecuencias psicológicas asociadas con el incesto en su país, realizaron un estudio transversal con la utilización de un cuestionario auto informado anónimo.

Seleccionaron un total de 1672 adolescentes, entre los cuales 1053 eran estudiantes y 619 eran delincuentes, utilizando un método de muestreo aleatorio proporcionalmente estratificado. Los resultados arrojaron un 3,7% de prevalencia de incesto en la población coreana evaluada. Las familias dentro de las cuales se producía el incesto se caracterizaban por el alto grado de problemáticas, tales como desórdenes psicóticos, depresión, actos delictivos y alcoholismo entre los miembros de la familia. Los adolescentes víctimas de incesto demostraban ser más significativamente disfuncionales y no saludables en términos de la dinámica familiar y manifestaban patrones de problemática psicológica significativamente mayores a los de los adolescentes no victimizados.

Los hallazgos identificaron alguno de los problemas familiares y las dinámicas familiares disfuncionales que se pueden asociar al abuso sexual infantil intrafamiliar en Corea. Por lo

tanto, sostuvieron que cuando se realiza una acusación de abuso sexual intrafamiliar, los profesionales deberían llevar a cabo una evaluación exhaustiva de las dinámicas familiares y una evaluación del impacto que causó el abuso tanto en el niño como en la familia.

Theodore, Chang, Desmond, Wanda, Bangdiwala Agans en 2005 (citado en Losada, 2012) expusieron que el maltrato infantil constituye una grave problemática social y de salud pública en los Estados Unidos. Llevaron a cabo un estudio con el objetivo de describir las características epidemiológicas del maltrato físico y el abuso sexual en niños, basados en los auto-informes realizados por las madres. Se realizaron 1435 encuestas telefónicas anónimas a madres con hijos de entre 0 y 17 años en Carolina del Norte y del Sur. Se les preguntó a las madres sobre comportamientos potencialmente abusivos por parte de ellas, de sus esposos o compañeros en el contexto de otras prácticas disciplinarias.

También se las interrogó acerca de si tenían conocimiento de que sus hijos podrían haber sido víctimas de abuso sexual. Los principales parámetros considerados han sido la incidencia del maltrato físico y sexual determinado a través de los informes proporcionados por las madres. Los resultados obtenidos como respuestas han sido la aplicación de medidas disciplinarias físicas severas, equivalentes al maltrato físico, se registró con una incidencia del 4,3%. Sacudir a los niños muy pequeños como medida disciplinaria se registró entre el 2,6% de los niños menores de dos años. Las madres informaron que ellas mismas aplicaban con más frecuencia la disciplina física sobre sus hijos, incluso sacudidas, que los padres o figuras paternas. Casi 11 de cada 1000 niños fueron víctimas de abuso sexual en el último año, de acuerdo a lo que informaron las madres.

La incidencia del maltrato físico que se determinó por medio de los auto-informes realizados por las madres, fueron 40 veces mayor que los informes oficiales de maltrato físico infantil; y la incidencia de abuso sexual fue 15 veces mayor. Por cada 1 niño que sufra una lesión grave como consecuencia de una sacudida, se estima que 150 niños pueden ser sacudidos sin ser detectados. No encontraron una diferencia estadística significativa en las tasas generales de maltrato físico o abuso sexual entre los dos estados. A modo de conclusión los autores expusieron que las estadísticas oficiales subestiman la carga del niño maltratado. Estos datos respaldaron la necesidad de la continua intervención para evitar el maltrato infantil.

Ysern y Becerra (2006) llevaron a cabo un estudio “Abuso sexual intrafamiliar: Prevalencia y características en jóvenes de 3° medio de Liceos Municipalizados de Chillán, Chile” donde los principales resultados indican que: 1) la estimación de prevalencia de abuso sexual intrafamiliar es de un 8,79%, no encontrándose diferencias significativas en cuanto al sexo de la víctima; 2) los familiares involucrados son, tíos y primos; 3) utilizan la coerción y amenazas como forma de obtener el silencio; 4) que sólo 1 de cada 10 casos es denunciado. Asimismo, los autores observaron que las familias tenían características de ser disfuncionales, aisladas y con relaciones de violencia familiar, consumo de alcohol y/o drogas.

### **1.7.1 Estudios en Norteamérica**

#### **Estados Unidos**

En el 2008 el “Center for Disease Control and Prevention y el National Center for Injury Prevention and Control” publicó un estudio el cual tenía una muestra de más de 3.500.000 de expedientes de maltrato y negligencia de los Servicios de Protección Locales de Menores de Estados Unidos. De acuerdo con este informe el 64% de los niños sufrieron negligencia, el 16% maltrato físico, el 9% de abuso sexual y el 7% de maltrato psicológico. El porcentaje mayor correspondía a las niñas (52%) en comparación con los niños (48%) en esta misma situación (Sanmartín, Serrano, García, Rodríguez, Martínez, Blundell & Iborra, 2011) sin embargo, en todos los casos el agresor era un familiar del menor.

Por otra parte, es importante mencionar un estudio realizado por Finkelhor en 1994 (citado en Lameiras, Carrera & Faile, 2008) a nivel internacional con 21 países el cual arrojó datos de países, como España y EE.UU., tienen una incidencia más elevada de abuso sexual a menores.

#### **Canadá**

Por su parte este mismo informe (Sanmartín et al., 2011) revela que, durante el 2003, se llevó a cabo el segundo informe “Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect”. La muestra compuesta por 14.200 menores maltratados. Según este estudio el abuso sexual sólo era de (3%) y el psicológico (15%) siendo las madres el mayor porcentaje (54%) de casos respecto al agresor y el (48%) los padres.

### **1.7.2 Estudios en Europa**

#### **España**

Noemí Pereda (2006), llevó a cabo un estudio llamado “Prevalencia y características del abuso sexual infantil en una muestra de 1.033 estudiantes universitarios españoles” durante el curso académico 2001/2002; el cual arrojó los siguientes resultados: la prevalencia del abuso sexual antes de los 18 años fue de 17,9% (un 14,9% antes de los 13 años y un 3% entre los 13 y los 18 años). Un 15,5% de los varones y un 19% de las mujeres manifiestan haber sufrido esta experiencia

La Fundación ANAR a través del Centro Reina Sofía de España, 2006 presentó el informe “Doce años de violencia a menores: maltrato, abandono y abuso sexual en el período de 1994-2005” (citado en Sanmartín et al., 2011). Dicho informe se llevó a cabo en España como en otras partes del mundo, por medio de llamadas telefónicas, los resultados arrojaron que los menores sufrían maltrato físico (58,86%), abuso sexual (30,32%), maltrato psicológico (7,69%) y por abandono el (3,11%). El 64.3% correspondía a las niñas y el 35.7% a los niños, sin embargo, con respecto al abuso sexual este informe arrojó que la proporción de mujeres triplicaba a la de los hombres.

### **1.7.3 Estudios en Centroamérica**

#### **Cuba**

El centro Territorial de Medicina Legal, en el 2003 (Sanmartín et al, 2011) llevó a cabo el informe “Incidencia y características del medio familiar de niños y adolescentes víctimas de abuso sexual”. Dicha muestra estaba compuesta por 120 menores de 0 a 15 años, víctimas de abuso sexual, que habían sido sometidos a peritaje legal entre los años 1998 y 2003. Revelando datos por demás significativos ya que el 91% de las víctimas eran mujeres, con un rango de edad de entre los 11 y los 15 años.

Así mismo, el 44% correspondía a menores que presentaban carencias económicas y culturales. El 69.2% de las familias encuestadas fueron clasificadas como disfuncionales. En el momento del abuso sexual el 51.6% de los niños convivían con los padres, el 25.9% sólo con la madre y el 22% con otros familiares.

#### **Costa Rica**

Un estudio realizado en este país señala que aproximadamente un 80% de los niños y las niñas reportan haber sufrido abuso sexual antes de los 12 años, por parte de sus padres, familiares y conocidos (Secretaría de Salud, 2010).

#### **Nicaragua**

En este país se realizó una encuesta poblacional anónima la cual reveló que el 26% de las mujeres tuvieron un abuso sexual antes de los 19 años de edad (Olsson, 2000 citado en Contreras, Bott, Guedes, Dartnall et al., 2010). La mayor parte de estas mujeres fueron abusadas antes de los 12 años y la edad media de la primera agresión fue a los 10 años.

En otras investigaciones, Mejía Montenegro, 2010 (citado en Losada, 2012) en Nicaragua llevó a cabo un estudio realizado en niñas y adolescentes que consultantes de los servicios de pediatría y ginecología, en busca de atención médica a quienes en su anamnesis se encontró que eran víctimas de abuso sexual durante el período de enero del año 2008 hasta

diciembre 2009. El 44% de las pacientes estudiadas fueron atendidas durante el año 2008 y en el año 2009 el 56%. La edad de presentación en el 73% fueron adolescentes, con un 41% en el grupo de adolescentes tempranas y 32.4% adolescentes medias, procedentes en la gran mayoría del área urbana.

De las 34 pacientes, 11 fueron llevadas a la atención en el momento que se produjo el abuso y de estas, 7 debieron ser llevadas a sala de operaciones para realizar revisión ginecológica bajo anestesia y además reparación de lesiones, las restantes se describieron lesiones crónicas y el motivo de consulta no fue el abuso sexual, siendo que éste fue un hallazgo durante la anamnesis. El abusador fue alguien del entorno familiar en el 80% y el hecho ocurrió en un lugar familiar tanto para la víctima como el abusador. La autora sugirió dar a conocer protocolos de atención, manejo y seguimiento para estos casos y a la vez se lo amplíe para que el abordaje posea un manejo integral y multidisciplinario de la víctima.

### **Haití y Jamaica**

Se llevó a cabo una encuesta domiciliaria en donde se calculó que 35,000 mujeres habían sufrido una agresión sexual entre los años 2004 y 2005 y más de la mitad eran menores de 18 años (Kolbe & Hutson, 2006 citado en Contreras et al., 2010). Por su parte en Jamaica los datos fueron similares en la encuesta sobre Salud Reproductiva realizada en 2002, arrojó que el 20% de las mujeres entre 15 y 19 años de edad mencionaron haber sido obligadas a tener coito sexual (Waszak, 2008 et al., 2010).

### **El Salvador**

Por su parte, el Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer (ISDEMU) en 2007, reportó un informe sobre los 4,043 casos de maltrato atendidos durante ese año. Los datos establecieron que el 61,73% de las víctimas correspondía al sexo femenino y el 38,26 % al sexo masculino. Sin embargo, es importante mencionar que la mayoría de los agresores estaban vinculados con las víctimas ya que, el 56,55% eran los padres (Sanmartín et al., 2011).

### **Buenos Aires**

Se llevó a cabo una investigación, realizada por Bringiotti en 2010 (citado en Sanmartín et al., 2011) a fin de obtener datos sobre la prevalencia de abuso sexual infanto-juvenil en estudiantes universitarios tanto de universidades públicas como privadas, la muestra estuvo compuesta por 2750 casos de los cuales el 61,4% eran mujeres y el 39,6 eran hombres. Dicho estudio arrojó los siguientes datos: el (11,9%) corresponde a mujeres abusadas y el (6,1%) a varones abusados. Así mismo, los autores encontraron que en primer lugar lo conformaba el manoseo con un 70% el cual se daba mayormente en las mujeres; seguido de las propuestas de “índole sexual” con un 28% las cuales también eran más altas en el sexo femenino; el



sexo oral con un 11%, siendo similar en hombres y mujeres; y el coito en un 7%, el doble en mujeres.

## **México**

De acuerdo con el Ensayo temático de La infancia Cuenta en México (2010, pág. 23) nuestro país ocupa el primer lugar en violencia física, abuso sexual y homicidios de menores de 14 años entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo (OCDE). Los datos correspondientes a la violencia sexual a nivel nacional son altamente agraviantes en promedio, “2 de cada 10 mujeres han sido víctimas de este delito, y el 7.3% refiere haber sido abusada antes de los 15 años de edad”.

Por otra parte, el centro de Comunicación e Información de la Mujer (CIMAC) denunció en el 2009 que, en el 2008, más de 60,000 niñas y niños en Chiapas habían sufrido maltrato de gritos y golpes, así como de abuso sexual (et al., 2010). Por otra parte, medios impresos reportaron que en Yucatán y Quintana Roo se tiene registrados 451 casos de violación en 2008 a menores de edad, mientras que en el 2009 la Secretaría de Salud informó 881 embarazos en adolescentes producto de una violación (La Crónica, 2010 citado en Ensayo Temático, 2010).

Así mismo, refiere la Secretaría de seguridad pública (2010) que el Instituto Nacional de las Mujeres, revela que el tipo de violencia que se ejerce en contra de los niños son determinados por algunos factores familiares tales como:

### ***En el caso de los niños:***

El maltrato físico y físico severo es más alto entre niños varones que viven con otros familiares, y en donde no hay presencia de padre ni de madre (22.3 % y 30.9%).

El maltrato emocional es más común en hogares donde hay mamá y padrastro (61.6%).

El maltrato por negligencia y abandono es más frecuente en los hogares donde vive el papá y la madrastra (22.4%).

El abuso sexual tiene una prevalencia más elevada en los hogares de papá y madrastra (7.1%).

### ***En el caso de las niñas:***

El maltrato físico y físico severo presenta prevalencia más alta en las niñas que viven con otros familiares (25%).

El maltrato emocional y el abuso sexual son más frecuentes en hogares donde viven mamá y padrastro (66.3%).

La familia y el hogar son concebidos tanto social y jurídicamente como espacios de seguridad y protección para los menores de edad. Diversas instituciones como la Comisión de Derechos Humanos, considera que el entorno natural para el desarrollo pleno de los/as niños/as es la familia, pero también la conciben como un espacio “peligroso”, esto en el sentido de quienes se espera protejan a los/as niños/as sean precisamente los padres y en más de las ocasiones son éstos, quienes golpean, agreden, amenazan y abusan sexualmente de ellos/as.

La Encuesta Nacional sobre la Violencia contra las Mujeres (2006) reporta 22 318 participantes mujeres de 15 y más años de edad, fueron seleccionadas de manera aleatoria en las instituciones de salud pública, como la SSA, el IMSS y el ISSTE entre los meses de agosto a octubre de 2006, este estudio reveló que respecto a las experiencias de violencia sexual en la infancia (antes de los 15 años de edad), fue de 13.3%, siendo el principal agresor un hombre de la familia diferente del padre o padrastro (45.9%).

Otro estudio realizado en la Ciudad de México, el cual exploró el costo social y de salud de la violencia, muestra que 1 de cada 18 años de vida saludable perdidos en el caso de mujeres es generado por dicha causa (Ídem).

En México, se llevó a cabo el Estudio Nacional sobre las Fuentes, Orígenes y Factores que Producen la Violencia contra las Mujeres (2012) en el cual se destaca que “todas las personas se encuentran expuestas a la violencia pero... para las mujeres su propio cuerpo constituye un factor de riesgo, ya que sobre él se cierne un afán de dominio, uso y control que puede convertirse en una amenaza para su seguridad, su integridad física y sus libertades, lo cual puede vulnerar su salud o capacidades, causar denigración, intimidación, miedo, daño y en casos extremos la muerte”.

Lo anterior con base en datos de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal (PGJDF) la cual durante el 2009 recibió 268 denuncias de maltrato infantil, por su parte al sistema Locatel ingresaron 486 llamadas, de las cuales 230 estaban relacionadas con niñas y 256 con niños (Secretaría de Seguridad Pública, 2010).

Los datos arrojaron que la mayor parte proceden de planteles ubicados en Iztacalco (25), Gustavo A. Madero (15), siendo el 60.99% provenientes de planteles de primaria, a los que le siguen secundaria (20.03%), de preescolar (14.78%), los de educación inicial (2.59%) y (1.62%) de educación especial, así mismo reveló que el mayor número de las quejas provenían de la delegación Iztapalapa con (21.47%) y Gustavo A. Madero con (11.36%).

El abuso y el acoso sexual que es cometido dentro de las escuelas por personal de la misma y de acuerdo con datos de la Unidad para la Atención al Maltrato y Abuso Sexual Infantil (UAMASI, citado en Silva & Corona, 2010) obtenidos del 2001 al 2007. El estudio se llevó a cabo, analizando 109 quejas de un total de 987 existentes contra el personal por conductas de maltrato.

Las denuncias presentadas ante la SEP revelan que en los primeros seis meses del ciclo escolar del año 2003 se presentaron 84 casos de maltrato y abuso sexual, sólo en las escuelas de la Ciudad de México (Secretaría de Seguridad Pública, 2010).

Sin embargo, en los tres primeros meses de 2008 las denuncias sumaron 147 en el Distrito Federal, registrándose como promedio una denuncia de abuso sexual y maltrato cada dos días de clase, durante el primer trimestre de 2008.

A decir de Silva y Corona (2010) los casos de abuso por lo general son “solucionados” por el personal directivo, transfiriendo al ofensor a otra institución escolar, evitando de este modo el inicio de un procedimiento legal, el cual podría derivar en el cese de sus funciones, sin embargo, esto favorece que los agresores cometan las mismas faltas en otras escuelas.

Así mismo, en México se llevó a cabo un estudio que concluyó con la publicación “Cómo educamos a nuestros/as hijos/as, Encuesta de Maltrato Infantil y Factores Asociados, 2006 (citado en Villatoro, Quiroz, Gutiérrez, Díaz & Amador, 2006) que conjuntamente con el Instituto Nacional de las Mujeres y el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” cuyo objetivo era proporcionar información estadística sobre el tema del Maltrato Infantil y adolescente en nuestro país, integrando todas sus acepciones tales como: el maltrato físico, emocional, por abuso sexual, así como, por descuido y negligencia

La Encuesta de Maltrato Infantil y Factores Asociados (Villatoro et al., 2006) estuvo constituida en su marco muestra por los registros de la Secretaría de Educación Pública de cada estado, correspondientes al ciclo escolar 2005-2006 de las escuelas públicas y privadas de Baja California, Sonora, Tlaxcala y Yucatán. El mencionado estudio dio a conocer la prevalencia de las diferentes formas de maltrato en diversas familias mexicanas.

Los resultados, arrojan que en Baja California las mujeres reportan un porcentaje significativamente mayor (9.1%) que los hombres (2.8%). Sin embargo, los datos en cuanto a quién ha abusado de los hombres sus porcentajes son similares ya que, el 41.8% de los casos reporta que ha sido un hombre y el 58.2% que fue una mujer. En tanto que, en las mujeres, la mayoría de las ocasiones ha sido un hombre con 94.4%.

Por otra parte, en el estado de Sonora la prevalencia de abuso sexual fue que los hombres (1.9%) sufren menos abuso que las mujeres (5.1%). De igual manera que en Baja California los datos con respecto a quién ha abusado de ellos son similares, 54.4% de los casos reportan que ha sido un hombre y el 45.5% que ha sido una mujer. Asimismo, para las mujeres el atacante es la mayoría de las veces un hombre 95.7%. En el estado de Tlaxcala los resultados indican que las mujeres presentan en mayor medida (4%) un abuso sexual y los hombres (0.9%). En lo que respecta a quién ejerció el abuso en los hombres, estos refieren que principalmente una mujer (71.1%) y en las mujeres ha sido un hombre (89.7%).

Pasando al estado de Yucatán se observan datos similares tanto en hombres (2.3%) como en mujeres (3.5%) que sufrieron abuso sexual. Sin embargo, en cuanto a quién ha abusado de ellos, el 51.3% de los casos ha sido un hombre y un 48.7% había sido una mujer, en contraparte, para las mujeres en su mayoría ha sido un hombre (94.4%).

Es importante mencionar, que dicha encuesta analizó, además, de la estructura familiar las diversas maneras de maltrato infantil (Ver tabla 9) sin embargo, para el presente trabajo sólo se va a considerar el abuso sexual tanto en hombres como en mujeres.

A decir de los autores de dicha encuesta, son las mujeres que viven un abuso sexual, las que tienen una mayor prevalencia de sufrir de estrés postraumático (EPT), así como síntomas como la re experimentación, seguido de la hiperexcitación y la evitación (Ídem).

**Tabla 9. Estructura familiar y maltrato infantil por sexo**

Estructura familiar y maltrato infantil según sexo	Papá y mamá %	Solo mamá %	Solo papá %	Mamá y padrastro %	Papá y madrastra %	Otros familiares %
<b>HOMBRES</b>						
Maltrato Físico	19,4	18,6	8,8	21,7	6,7	22,3
Maltrato Físico Severo	20,1	16,3	18,3	21,7	8,1	30,9
Maltrato Emocional	51,4	56,7	40,7	61,6	33,8	40,3
Maltrato por Negligencia y abandono	7,1	12,9	16,1	10,9	22,4	11,2
Abuso Sexual	2,1	1,7	--	4,4	7,1	2,6
<b>MUJERES</b>						
Maltrato Físico	17,7	20,5	10,0	20,9	9,8	25,0
Maltrato Físico Severo	11,3	15,0	6,3	17,5	16,4	20,0
Maltrato Emocional	56,2	58,5	47,9	66,3	42,3	60,0
Maltrato por Negligencia y abandono	4,0	8,8	3,8	10,6	--	10,0
Abuso Sexual	4,3	9,6	3,8	15,3	--	10,2

Tomado de: Encuesta de Maltrato Infantil y Factores Asociados (2006)

Por otra parte, la Encuesta de Consumo de Drogas en Estudiantes 2012 (Bustos, Oliva, Fleiz, Fregoso, Moreno, Mujica, Villatoro, Medina-Mora, 2013), en la Ciudad de México la cual tuvo como objetivo conocer las prevalencias y tendencias del abuso sexual en estudiantes de nivel medio superior. Los datos obtenidos fueron que el 10.3% de los estudiantes ha sufrido un abuso sexual (10.8% en secundaria y 9.6% en bachillerato).

La prevalencia en hombres fue de 9,9% (10.8% en secundaria y 8.7% en bachillerato). Por su parte la prevalencia en mujeres fue de 10.7% (10.8% en secundaria y 10.6% en bachillerato). A decir de dicha encuesta la prevalencia aumento de 2006 a 2012, tanto en hombres como en mujeres en el total de la población, el porcentaje se incrementó de 5.2% a 10.3% (Bustos et al, 2013). Pero a decir de los autores un dato importante es que en el 2009 como en el 2012, la prevalencia del abuso sexual fue igual tanto para hombres como mujeres.

En el Estado de Morelos, México (Chávez, Rivera, Ángeles, Díaz, Allen, Lazcano, 2009), se llevó a cabo un estudio, cuyo objetivo fue estimar la prevalencia y los factores asociados al abuso sexual durante la niñez y adolescencia. La muestra fue de 1730 estudiantes (inscritos en las escuelas durante el periodo escolar 2003-2004) entre los 12 y 24 años pertenecen a una población de 13.293 seleccionados aleatoriamente de 260 escuelas secundarias, 92 escuelas preparatorias y una universidad. Los resultados muestran que el 4.7% (n=80) de los (as) estudiantes presentaron intento de abuso y el 2.9% (n=50) fueron víctimas de abuso sexual consumado.

Las mujeres tuvieron mayor prevalencia de intento de abuso sexual (6.1%) siendo un desconocido (30.5%) el principal agresor, seguido por otras personas no especificadas (20.2%), el novio (19.6%), el vecino y el tío (13.7%, respectivamente) y el padre o padrastro y hermano (3.2%, respectivamente). Cuando la víctima es masculina, el principal agresor fue un desconocido (37.0%), siguiendo en orden de frecuencia: vecinos (25%), otros agresores no especificados (18.5%), novia y tío (11.1%, respectivamente), tía (3.7%) y padre o padrastro (2.4%).

Los datos arrojados en relación al abuso sexual consumado los autores reportan el 3.6% en las mujeres y el 1.9% en los hombres. Siendo el novio (37.8%) el principal agresor en mujeres seguido de otros sujetos (30.3%), entre los cuales fueron señalados el sacerdote, el primo y el maestro; seguidos de una persona desconocida (16.2%), el tío (13.5%), vecino (5.4%) y hermano, padre o padrastro (2.7%, respectivamente) mientras que en hombres fue una persona desconocida (38.5%) novia y algún vecino (15.4%), el padre o padrastro (15.3%), otros no especificados (8.3%) y tío o tía (7.7%). El abuso sexual por parte de padres y padrastros fue mayor en hombres (15.4%) que en las mujeres (2.7%). A su vez, el padre por sí solo, no fue violador sexual en ningún caso en las mujeres, pero si lo fue el tío (13.5%) y el hermano (2.7%). Entre las figuras femeninas del hogar (madre, hermana y tías) se

encontró solamente a la tía como una persona abusadora tanto en el intento (3.7%) como en el hecho consumado (7.7%), y exclusivamente contra el menor masculino.

A decir de los autores no existen diferencias significativas por sexo en lo que se refiere a la edad promedio en que ocurrió tanto el intento de abuso como el abuso sexual consumado. En el caso de las mujeres, el promedio de edad en que experimentaron intento de abuso sexual fue de 11.85 años; y en los hombres fue 10.66 años. Respecto a la edad del abuso sexual consumado, en las mujeres ocurrió a los 12.02 años y en hombres a los 11.71 años.

Dentro de los Factores de riesgo asociados al abuso se encuentra en primer lugar el consumo de alcohol del padre, violencia hacia madre, ser mujer; ser víctima de violencia intrafamiliar. Por el contrario, tener Autoestima alta fue un factor protector. Cabe resaltar que los hallazgos obtenidos en este estudio difieren con los resultados de otros en los cuales los principales agresores son personas conocidas tanto en hombres como en mujeres.

Como se ha podido observar en México, la prevalencia de la violencia contra la niñez es un mal social, ya que deja marcas permanentes a quien la recibe, menoscabando a quien la ejerce o la permite y altera por consecuencia el destino de niñas y niños que tuvieron que sufrirla. La familia y la escuela como institución deberían de cumplir un rol importante para el proceso de socialización de los niños y las niñas, transmitiendo un conjunto de valores y así mismo, como un canal de protección para hechos tan severos como el ASI. En nuestro país este fenómeno no ha sido estudiado de manera integral, sin embargo, se están haciendo esfuerzos para comprender la grave problemática.

**“Me dijeron en la policía que yo debería no llorar, que no tenía que llorar, que no era cierto [lo que estaba denunciando]. Me sentí muy mal cuando la policía dijo que fue mentira, porque yo no voy a mentir sobre cosas así.”**

**Alejandra, de 12 años, sobreviviente de abuso sexual**

**TOMADO DE: ESCUCHA SUS VOCES Y ACTÚA NO MÁS  
VIOLACIÓN Y ABUSO SEXUAL CONTRA NIÑAS EN NICARAGUA**

**“El pesar oculto, como un horno cerrado, quema el corazón  
hasta reducirlo a cenizas”.**

**SHAKESPEARE**

## **CAPITULO 2. CONCEPTUALIZACIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE LA DEPRESIÓN**

### **2.1 DEFINICIÓN Y ASPECTOS GENERALES DE LA DEPRESIÓN**

La Depresión es una enfermedad con una evolución con tendencia a hacerse un mal crónico, sustancialmente incapacitante y, en ocasiones, letal. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) los desórdenes mentales afectan aproximadamente 350 millones de personas en todo el mundo siendo la primera causa global de años de vida con discapacidad. Por otra parte, es entendida como un trastorno sistémico que afecta el cerebro y el cuerpo, asociándose con alteraciones en el sistema endocrino, cardiovascular e inmune.

De acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) un episodio depresivo típico se caracteriza, tanto para aquellos casos leves, moderados o graves, porque *“el paciente sufre un decaimiento del ánimo, con reducción de su energía y disminución de su actividad. Por lo general decaen la autoestima y la confianza en sí mismo, y a menudo aparecen algunas ideas de culpa o de ser inútil, incluso en los episodios leves, sin embargo, pueden ser calificados según la cantidad y la gravedad de sus síntomas”* Servicios de Salud Mental (SERSAME, 2002).

Investigadores como Heinze y Camacho (2010) plantean que “entre las diez principales enfermedades considerando mortalidad prematura y días vividos sin salud, tres son enfermedades mentales, la Depresión ocupa el primer lugar; se trata de una enfermedad frecuente con alto nivel de discapacidad, de acuerdo con las encuestas realizadas en el Instituto de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, el 6.4% de la población la padece”.

El término **Depresión** ha sido utilizado para describir en forma indistinta, tanto los sentimientos de tristeza relacionados con una situación displacentera, como un estado de ánimo pasajero o estable. En la actualidad es el motivo de consulta más habitual de los médicos, de los psiquiatras, así como del psicólogo clínico, ya que, en un altísimo porcentaje, de los pacientes que acuden a instancias de salud (más del 80%) refiere alguna perturbación depresiva (Rojtenberg, 2006; citado en Gómez-Martínez y Ballester, 2015).

Es una experiencia que acompaña a los seres humanos desde el origen de su historia; la Depresión tiene la misma edad que la humanidad, en cuanto que está ligada al sufrimiento humano. Como dice Muriana (2007) en las Caras de la Depresión, referido al “*sistema humano, el término indica la ruptura de un equilibrio y la consiguiente caída hacia abajo del estado de ánimo, una <<hondada>> del terreno percibida como un abatimiento*” es decir cualquier cosa que va hacia abajo partiendo de un estado precedente más o menos en equilibrio.

Para el Instituto de Biomédicas, la Depresión no se consideraba anteriormente un problema grave de salud pública, ya que no constituía una causa directa de muerte; sin embargo, manifiesta que si se traducen los años de vida saludable (AVISA) perdidos por esta enfermedad, y tomando en consideración su impacto en la economía nacional, pasó a ser “la primera causa de discapacidad entre las mujeres entre los 15 y 44 años de edad” (Gaceta Biomédica, UNAM, 2007).

Las iniciativas planteadas por diversos sectores como el de la salud, para catalogar los trastornos psiquiátricos, se han topado con los obstáculos que implica el diferenciar entre lo que es patológico de lo que no lo es.

La definición dada por el diccionario Merriamb Webster (2013), define que la “condición de ser, mental y emocionalmente sano se caracteriza por la ausencia de trastorno mental (como neurosis y psicosis) y por el ajuste adecuado, especialmente cuando se refleja en sentirse cómodo consigo mismo, los sentimientos positivos acerca de los demás y la capacidad para satisfacer las demandas de la vida.

Sin embargo, presentar algunos síntomas de depresión no significa que una persona está deprimida clínicamente. El estrés, el exceso de trabajo, o de problemas económicos o familiares, pueden causar irritabilidad y una baja en el estado de ánimo.

Para el Instituto de Salud Mental (NIMH por sus siglas en inglés, 2009) no todas las personas con enfermedades depresivas padecen los mismos síntomas. La gravedad, frecuencia y duración de la misma pueden variar de persona a persona según su enfermedad en particular. Por otra parte argumenta que la depresión a menudo coexiste con otras enfermedades tales como: Los trastornos de ansiedad, el trastorno de estrés postraumático, el trastorno obsesivo compulsivo, el trastorno de pánico y la fobia social.

Es importante mencionar que las personas que sufren de estrés postraumático están especialmente predispuestas a tener Depresión concurrente. Interesa resaltar que dicho trastorno es una enfermedad debilitante que puede aparecer como resultado de una experiencia aterradora y muy difícil, tal como el propio tema que atañe el presente trabajo un *abuso sexual*, un accidente, o un desastre natural.

Las personas con trastorno de estrés postraumático a menudo reviven el suceso traumático con escenas retrospectivas, recuerdos o pesadillas. En un estudio dirigido por el Instituto de Salud



Mental (Ídem), investigadores descubrieron que más del 40% de las personas con dicho trastorno también sufrieron de Depresión en intervalos de uno a cuatro meses luego de una experiencia traumática.

Actualmente la Depresión se ha convertido en un asunto de interés general, es decir ya no se considera una cuestión privada y personal, por el contrario, es un problema de salud pública (Lara-Muñoz et al., 2010).

El Programa Nacional de salud 2007-2012 (citado en Heinze & Camacho, 2010) reconoce que la Depresión es la principal causa de **“daños generados por problemas de salud que no llevan a la muerte**, en mujeres, superando a enfermedades tales como la diabetes mellitus, afecciones originada en el período perinatal, anomalías congénitas y las enfermedades isquémicas del corazón”.

En los últimos años, la Depresión se ha convertido en un objetivo prioritario en salud pública debido a su elevada prevalencia y a las consecuencias que originan sobre la sociedad en términos de discapacidad, morbilidad y costos económicos.

Partiendo de este presunto, la salud mental del individuo debería contemplarse como un continuum y por tanto estaría sujeta a cuestiones subjetivas de índole temporal, cultural y social.

Para Chinchilla (2008) el hombre es corporalidad viviente, anímica, y diferentes causas que alteren su cuerpo pueden alterar a su vez su alma; lo psíquico actuaría sobre el cuerpo y viceversa, es decir la Depresión es considerada como un trastorno sistémico que afecta mente y cuerpo y conlleva importantes repercusiones médicas y psicológicas.

El paradigma psicológico actual promulga la comprensión holística del individuo, teniendo en cuenta diferentes aspectos de su funcionar en el contexto de las demandas de su ambiente.

La Depresión como un estado emocional manifestado por el hombre, ha sido estudiada desde tiempos muy remotos, así es que, en ésta búsqueda de la razón y sus causas existieron diferentes teorías y postulados que dieron distintas explicaciones a lo que ahora se le llama Depresión, considerada anteriormente melancolía.

En un principio se otorgó a la enfermedad una interpretación de carácter sobrenatural, como una alteración del espíritu, lo cual tuvo implicaciones notables durante la edad media y a principios del renacimiento.

Durante esta época, dichas interpretaciones definían a las personas que presentaban ciertas características psiquiátricas como “endemoniados, posesiones, hechizos, brujería...” Así mismo, para algunos médicos musulmanes del Oriente y Persia empleaban la palabra melancolía para referirse tanto a la tristeza como a la manía, ya que ambas representaban una “alineación del espíritu” la cual era provocada por la bilis negra. (Ídem).

Ya antes, Galeno había descrito tres formas de melancolía, una de ellas consistía en la acumulación de bilis negra, para él se presentaba con ciertos síntomas como dolor abdominal, flatulencias y eructos, en ese momento se consideraba al estómago y la zona inferior del diafragma (hipocondrio) como sede del padecimiento. De ahí se desprende el término de “hipocondría” para describir a las personas melancólicas, las cuales se preocupaban en demasía por los síntomas corporales (Ídem).

Sin embargo, durante el siglo XIX se producen importantes transformaciones de la antigua categoría de manía y melancolía, debido al profundo cambio que acontece a la medicina de la época. El interés por la importancia de la personalidad en los trastornos afectivos acompañado a la psiquiatría desde hace más de un siglo siendo autores como Kraepelin, 1913; Schneider, 1963 y Akiskal 1983 (citados en Chinchilla, 2008 p.19) definen la personalidad del depresivo como la de un ser pesimista, inseguro con baja autoestima y temeroso, como se observa en la siguiente reseña:

- En el corpus hipopatricum se describe la melancolía (bilis negra) como una entidad compuesta por síntomas físicos y mentales originada por una alteración en el equilibrio de dos líquidos: flema y bilis. (s. IV a. de C.)
- Areteo de Capadocia (siglo I a. de C.) describió la coincidencia de melancolía y manía como dos extremos de una misma enfermedad (“en otros surge pura ira y tristeza y un profundo abatimiento, y a éstos los denominamos melancólicos...Me parece que la melancolía es comienzo y parte de la manía, ya que el sentido de (la mente) del maniaco tiende unas veces a la ira y otras el regocijo...”).
- Platón: Diferencia entre la manía patológica y manía divina, siendo esta última la más elevada simetría de lo genial en armonía con el cosmos, “el momento del movimiento desde la medida equilibrada a lo desmesurado, hipérbole”. El estado psíquico que coincide con ello es designado como frenesí, manía.
- Aristóteles: “la bilis negra que por naturaleza es fría...puede...cuando excede en el cuerpo la justa medida, puede provocar parálisis, rigideces, depresiones o estados de ansiedad. Pero si se calienta en exceso, provoca alborozo de modo tal que se canta y éxtasis”.
- F. Platter (1536-1614) consideró cuatro formas básicas de enfermedad mental: la melancolía, la manía y el delirium con fiebre y sin ella.
- Richard Burton (1621) publicó: *The anatomy of melancholy* pensaba que la melancolía podía tener un origen multicausal, desde los factores psicológicos hasta la herencia y la falta de afectos en la infancia.
- Dreyssing (1770-1840) formula la primera clasificación racional de las enfermedades mentales; distinguió tres formas básicas: la melancolía (locura parcial), la manía y la imbecilidad. A su vez distingue dos tipos de melancolía 1) la verdadera y 2) la falsa (apatía e indiferencia).
- Esquirol (1772-1840) incluye la melancolía en la lipemanía (estados depresivos en general), diferenciándola de la manía, la demencia, la idiocia, la imbecilidad y la monomanía (paranoia).

- Falret en 1851 describe la melancolía periódica y la locura circular, caracterizada por tres estadios bien diferenciados: una fase melancólica, una maníaca y un intervalo lúcido de duración variable.
- Baillarger en 1854 define la locura de doble forma.
- Kraepeling (1856-1926) clasifica y define, sobre la base de los síntomas, pronóstico y proceso subyacente, los diferentes tipos de enfermedades mentales. Distingue en los estados afectivos: la melancolía, la locura circular o periódica, la manía simple y ciertos estados de amnesia. En 1896 introdujo el concepto de locura maníaco-depresiva y en 1899 describe la melancolía involutiva.

Como se ha podido observar la Depresión ha sido desde siempre definida por diversos autores, cada uno de los cuales mencionan diferentes aspectos que la caracterizan de acuerdo a la perspectiva teórica de la cual parten, de igual manera que la mayoría de ellos concuerdan en concebirla directamente con la vida afectiva de las personas.

### *Aportes Psicoanalíticos*

#### *Sigmund Freud*

Freud aproximadamente en enero de 1895, habría enviado a Fliess, su escrito, “Duelo y Melancolía” donde detallaba el término depresión como sinónimo de melancolía para describir el aspecto afectivo y el estado mental de una persona. Subraya que en la depresión hay una acentuada testarudez y distingue a los melancólicos de los obsesivos (James Strachey & Freud Anna, 1917).

Para Freud, el melancólico muestra una extraordinaria disminución en su sentimiento yoico, un empobrecimiento enorme del yo, el cual el enfermo lo describe como “indigno, estéril y moralmente despreciable; se hace reproches, se denigra y espera repulsión y castigo, asimismo, se humilla ante los demás y conmisera a cada uno de sus familiares por tener lazos con una persona tan indigna” (et al., 1917)

En la melancolía existe una pérdida de objeto sustraída de la conciencia, por el contrario, en el duelo en el cual no hay nada de inconsciente en lo que respecta a la pérdida, sin embargo, “el duelo mueve al yo a renunciar al objeto declarándolo muerto y ofreciéndole como premio el permanecer con vida” (Ídem)

En el duelo, el dolor provocado por la pérdida del objeto, aquí se manifiesta la inhibición y a su vez la retracción del contacto con el mundo externo, con lo cual aparece el vacío, dolor, tristeza y en la melancolía se agrega un sentimiento de desvalorización, ideas de empobrecimiento con la idea irracional del castigo y los autorreproches (Rojtenberg, 2006).

Para Sigmund Freud, el dolor fue una de sus primeras hipótesis en relación a su origen, afirmó que el dolor, entendido como una lesión corporal, es el resultado de una fractura, es decir, “es consecuencia de una brecha real, de una ruptura de los límites del yo” (Hervé, 1999).

Así mismo, el duelo para Freud, se convertiría en el paradigma del dolor psíquico, ya que este es el estado que seguiría a una pérdida, separación, desaparición o bien la ausencia vivida como una pérdida, para el individuo su mundo entero se encuentra bloqueado en una “especie de hemorragia psíquica”, sea cual sea la direccionalidad del dolor, este surge de lo más profundo de la experiencia humana que Freud las resume con las siguientes palabras:

“El sufrimiento nos amenaza desde tres lugares diferentes: desde nuestro propio cuerpo, que, destinado a la decadencia y a la disolución, no puede ignorar esos signos de alarma que constituyen el dolor y la angustia; desde el mundo exterior, que cuenta con fuerzas invencibles e inexplorables para ensañarse con nosotros y aniquilarnos; desde nuestra relación con los demás, probablemente lo más duro de todo” (Ídem).

El sufrimiento aparece cuando la persona no cuenta con los medios para actuar sobre las causas del dolor y toda huida resulta imposible, luego entonces los autorreproches van dirigidos al objeto perdido, con el cual había un fuerte vínculo de ambivalencia. Para Freud los factores que predisponen a la melancolía son la pérdida del objeto y la gran ambivalencia y la regresión al sadismo y al narcisismo (Rojtenberg, 2006).

### ***Melanie Klein***

Desde el punto de vista de Melanie Klein 1940, (citado en Linares & Campos, 2000) hay una conexión entre el juicio de realidad en el duelo normal y los procesos mentales tempranos. Considera que el niño pasa por estados mentales comparables al duelo del adulto y que son estos duelos tempranos los que se reviven posteriormente en la vida, cuando se experimenta algo penoso. El método más importante para que el niño venza estos estados de duelo es el juicio de realidad.

Para Melanie, el niño experimenta sentimientos depresivos que llegan a su culminación antes, durante y después del destete. Este estado mental en el niño la autora lo denominó “posición depresiva” y sugiere que es una melancolía en *status nascendi*. El objeto del duelo es el pecho de la madre y todo lo que el pecho y la leche han llegado a ser en la mente del niño: amor, bondad y seguridad. El niño siente que ha perdido todo esto y que esta pérdida es el resultado de su incontrolable voracidad y de sus propias fantasías e impulsos destructivos contra el pecho de la madre.

La relación del niño, primero con la madre y pronto con el padre y otras personas, se produce mediante el proceso de internalización. El niño, al incorporar a sus padres, los siente como

personas vivas dentro de su cuerpo, así se edifica un mundo interno en la mente inconsciente del niño, correspondiendo a las experiencias reales y a las experiencias del mundo exterior, aunque alterados por sus propias fantasías e impulsos.

Si lo que rodea al niño es predominantemente un mundo de personas en paz unas con otras y con su yo, resulta de esto una integración, una armonía interior y un sentimiento de seguridad. Por otra parte, una cierta cantidad de acontecimientos displacientes son importantes en el juicio de realidad, si el niño, vencéndolas, siente que puede retener sus objetos, así como el amor de ellos y el suyo por ellos, y así preservar o restablecer la vida interna y la armonía frente a peligros.

El aumento de amor y confianza y la disminución de los temores a través de experiencias felices, ayuda al niño paso a paso a vencer su depresión y sentimientos de pérdida (duelo).

Las experiencias desagradables y la falta de experiencias gratas, en el niño pequeño, especialmente la falta de alegría y contacto íntimo con los seres amados aumenta la ambivalencia, disminuye la confianza y la esperanza y confirma sus ansiedades sobre la aniquilación interna y la persecución externa; además, lentifica y a veces detiene permanentemente el proceso beneficioso a través del cual; a la larga se logra una seguridad interior.

Para Melanie todo niño experimenta ansiedad que son de contenido psicótico, y que la neurosis infantil es el medio normal de tratar y modificar estas ansiedades y es aquí donde se expresan las primeras posiciones depresivas, que se elaboran y gradualmente se superan.

Melanie sostiene que una buena relación con el mundo depende del éxito logrado en la lucha contra el caos interior (posición depresiva) y en haber establecido con seguridad objetos “buenos” internos.

En el niño los procesos de introyección (de todos los objetos amados) hacen surgir la preocupación y el dolor por temor de que estos objetos puedan ser destruidos (por los objetos “malos” y el ello) y de que estos sentimientos penosos y temores agregados a los temores paranoides y sus defensas, constituyen la posición depresiva. Existen dos tipos de temores: sentimiento y defensas, los primeros son persecutorios y están caracterizados por temores relacionados con la destrucción del yo por perseguidores internos.

Mientras que la defensa contra estos temores es predominantemente la destrucción de los perseguidores por métodos secretos y violentos.

Cuando surge la posición depresiva, el yo está forzado a desarrollar (además de las defensas tempranas) métodos defensivos que se dirigen esencialmente contra el “penar” por el objeto amado. Esto es fundamental en la total organización del yo, a estos métodos los denominó *defensas maniacas o posición maniaca*, debido a su relación con la psicosis maniaco-depresiva.

Las fluctuaciones entre la posición depresiva y la maniaca son parte esencial del desarrollo normal. El yo está conducido por ansiedades depresivas (ansiedad por miedo a que tanto él como los objetos amados sean destruidos) a construir fantasías omnipotentes y violentas, en parte con el propósito de controlar y dominar los objetos, “malos”, peligrosos y en parte para salvar y restaurar los objetos amados (fantasías de omnipotencia, tanto las destructivas como de restauración).

“En las fases tempranas, los perseguidores y los objetos buenos (pechos) son mantenidos aparte en la mente del niño. Cuando junto con la introyección de los objetos reales y totales llega a unirlos, el yo recurre a unir mecanismos importantes para el desarrollo de las relaciones de objeto, como es la disociación de las imágenes amadas y odiadas, es decir, en buenas y malas, objetos reales y totales.

La ambivalencia realizada en una disociación de imágenes, capacita al niño para ganar más y más seguridad, confianza y creencia en sus objetos reales y de este modo en los internos, a quererlos más y a llevar a cabo en mayor grado sus fantasías de restauración de sus objetos amados. Al mismo tiempo, las ansiedades paranoides y las defensas, se dirigen contra los objetos malos. La unificación de los objetos externos e internos, amados y odiados, reales e imaginarios, se lleva a cabo en tal forma que cada paso a la unificación conduce otra vez a una renovada disociación de las imágenes. Esto continúa hasta que se afirma bien el amor hacia los objetos reales internalizados y la confianza en ellos. De ahí que la ambivalencia que es en parte una salvaguardia contra su propio odio y contra los objetos odiados y terroríficos, vaya disminuyendo en grados variables durante el desarrollo normal.

El niño pequeño, que no puede confiar suficientemente en sus sentimientos constructivos y de reparación recurre a la omnipotencia maniaca. Por esta razón, en una fase temprana del desarrollo, el yo no tiene a su disposición métodos adecuados para tratar con eficacia su culpa y ansiedad. Todo esto conduce al niño a la necesidad de repetir ciertos actos de un modo obsesivo. Cuando fracasan las defensas maniacas, el yo se ve conducido alternativa o simultáneamente a combatir los temores de deterioro y desintegración mediante intentos de reparación realizados de modo obsesivo (defensa contra las ansiedades paranoides).

Cuando aumenta la creencia y confianza del niño en sus poderes de reparación y en la integración y seguridad de su mundo interno bueno, como resultado de las pruebas y contrapruebas constantes y múltiples que ha logrado a través de las pruebas de realidad externa, disminuye la omnipotencia maniaca y la naturaleza obsesiva de sus tendencias de reparación, lo que significa que se ha superado la neurosis infantil.

Para la autora siempre que se experimenta la pérdida de la persona amada, esta experiencia conduce a la sensación de estar destruido. Se reactiva la posición depresiva temprana —junto con sus ansiedades, culpa, sentimiento de pérdida y dolor, derivados de la situación frente al pecho— es decir, todos los temores de persecución.

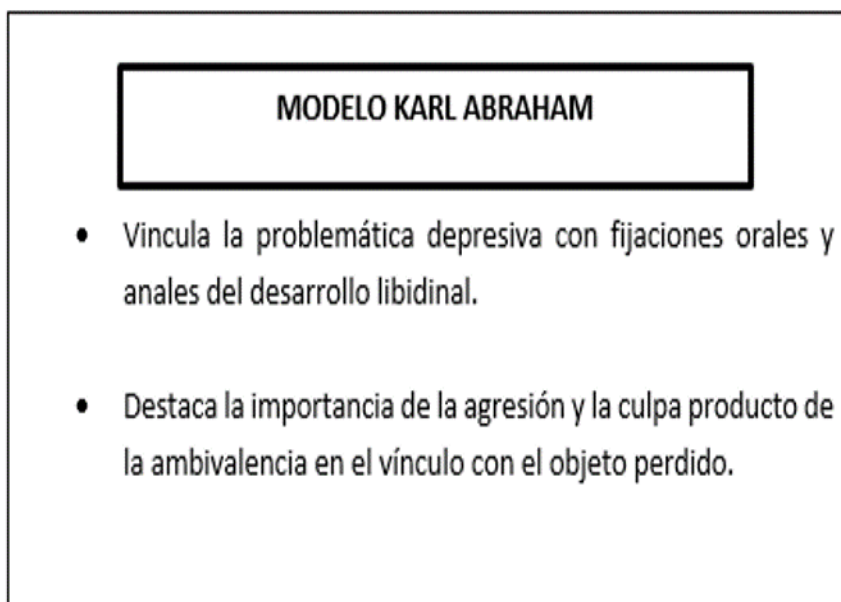
Melanie Klein ,1940 (citado en Linares & Campos, 2000) menciona la importancia de la Depresión como un paso “evolutivo en el niño, superado de una previa posición esquizoide-paranoide “.

De acuerdo con Rojtenberg (2006) Klein, establece una relación entre el duelo y las pérdidas en la primera infancia, pero a diferencia de Freud, considera que el bebé nace con un yo capaz de establecer relaciones de objeto e implementar mecanismos de defensa. Postuló que el niño pasa por estados mentales comparados con los duelos de los adultos y conforme a la forma en cómo los resuelve, en las épocas posteriores, resolverá sus pérdidas y para ello es importante el juicio de realidad.

### ***Karl Abraham***

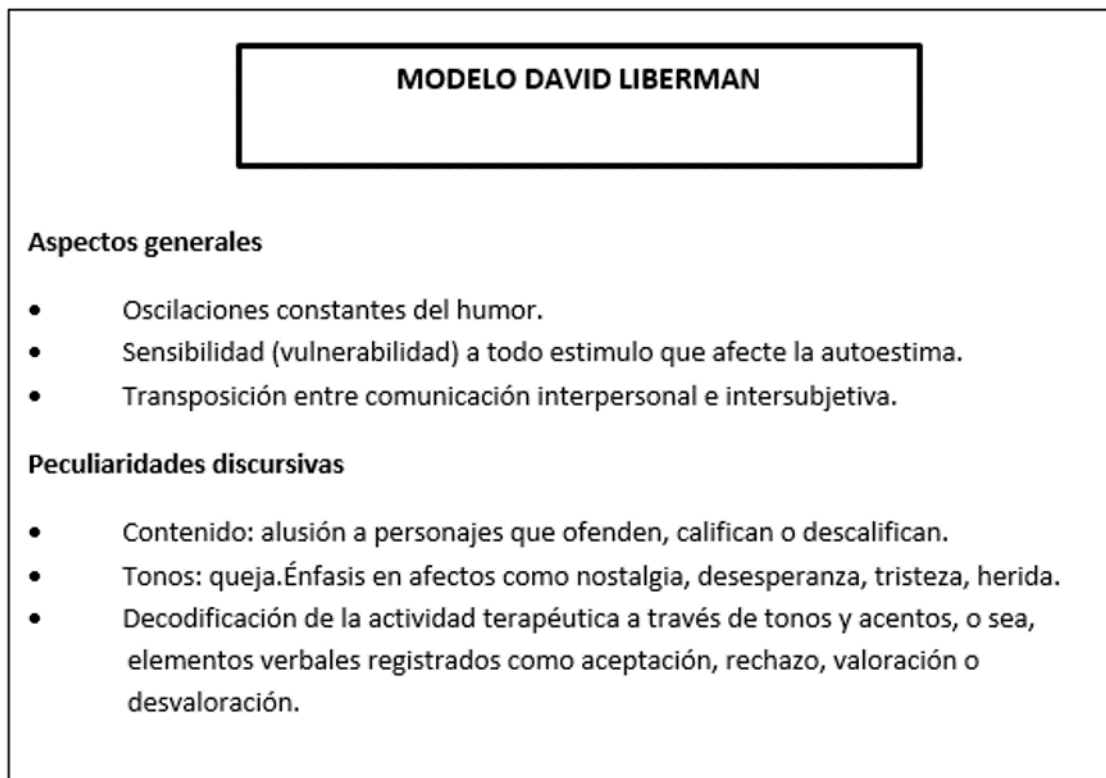
Continuando en la misma línea, otro importante pionero del psicoanálisis fue Karl Abraham,1912 (citado en Benzión, 2005) entre sus aportaciones destaca que el neurótico obsesivo tiene también un vínculo ambivalente con el objeto, pero este lo conserva “amaestrado” lo cual establece una diferencia con el melancólico que lo pierde.

Para Abraham, la ambivalencia es el resultado de los ejes de los mecanismos psíquicos y tiene su origen en ciertas fijaciones específicas en las etapas oral y anal del desarrollo libidinal (Benzión, 2005) ver cuadro siguiente:



### ***David Liberman***

Para teóricos como David Liberman (citado en Benzión, 2005) en las personas depresivas, la relación con los objetos externos tiene, como finalidad, la regulación de los conflictos con objetos internos, representantes del superyó, para lo cual realizan reiteradamente una transposición entre la comunicación intra-personal con la inter- personal, siendo esta última la que tiene el objetivo consciente la permanente compensación de las heridas que pueden manifestarse en el relato del paciente, tanto en los movimientos referidos a distintos acontecimientos externos, como a las oscilaciones interiores de múltiples estímulos. Ver siguiente cuadro:



### ***Hugo Bleichmar***

Para Hugo Bleichmar (citado en Rojtenberg, 2006) la identidad del sujeto se mantiene en que hay otro que la acepta como verdadera, también refiere que los diferentes componentes de la depresión están integrados por una estructura cognitiva-afectiva, que responde a una condición: la pérdida del objeto, conformándose un estado en el que se vive el deseo como irrealizable.



Para este autor existen tres tipos de Depresión: la depresión narcisista, la depresión culposa y la depresión por la pérdida simple del objeto.

De acuerdo con Bleichmar, los sufrimientos depresivos se caracterizan, por una preocupación central en la autoestima, para este teórico algunas personas pueden ser consideradas “hipocondríacos de la autoestima”, las cuales son más propensas a desequilibrios narcisistas. Sus pensamientos, sentimientos y acciones son objeto de un examen completo (inconsciente) el cual determina si son valiosos o no de acuerdo con sus estándares fijados por su yo ideal (Benzión, 2005). Ver siguiente cuadro:

<b>MODELO HUGO BLEICHMAR</b>	
<b>PERFIL GENERAL</b>	<b>COMPONENTES ESPECÍFICOS</b>
Tristeza	Deseo sentido
Inhibición	como irrealizable
Auto reproche	
<b>PREDOMINIO SINTOMÁTICO</b>	
<i>Personas culposas</i>	<i>Personas narcisistas</i>
-Sentimiento de daño	-Discordancia entre representación de sí e ideal
-Sentimiento de culpa	-Representación de toda la persona
-Hiperresponsabilidad	- Por medio de la discordancia.
	-Ausencia de grados intermedios (regla de todo o nada)
	-Selección de fracasos al evaluar experiencias vitales

Las emociones y los humores parecen inherentes a los seres humanos; se puede pensar que las experiencias de estar deprimido o melancólico es tan humano en tanto muestran un estado emocional; no es sino a partir del desorden y el desequilibrio que se hace necesario la comprensión de estos estados.

A decir de Chinchilla Moreno (2008) fue Kurtz Schneider (1963) quién ocupa el término de tristeza vital para referirse a la tristeza de la depresión. López Ibor (1966) decía “para mi es evidente que la tristeza del enfermo no es la misma del sano”. Asimismo, refiere Chinchilla (Ídem) que en la melancolía existen una serie de variables o circunstancias clínicas que deberían recordarse al momento de realizar un diagnóstico como a continuación se muestra la siguiente tabla.

<b>MELANCOLÍA</b>
<b>Circunstancias de aparición</b> Con mayor frecuencia en período de involución Mujeres Biotipo de Kretschmer (temperamento asociado a trastornos afectivos)
<b>Modo de aparición</b> Bastante lentitud (semanas o meses)
<b>Período de estado</b> <b>Presentación característica.</b> Sentado inmóvil, cuerpo doblegado, cabeza flexionada hacia adelante, cara pálida, tristeza, los rasgos caídos, los ojos muy abiertos, y con la mirada fija, la frente y el entrecejo fruncidos.
<b>Inhibición y abulia</b> (se siente incapaz de querer, se abandona a la inercia. La percepción del exterior está prácticamente correcta, pero oscurecida. El enfermo tiene la impresión de vivir en una atmósfera fría, lejana e irreal.
<b>Sentimientos depresivos:</b> Tristeza profunda vital, monótona, resistente a las sollicitaciones exteriores. Dificultades para expresar el dolor moral constituido por sentimientos de aburrimiento, disgusto, descorazonamiento, desespero y lamento. Pesimismo (autoacusación), indignidad e hipocondría.
<b>Deseo y búsqueda de muerte</b> Rechazo del alimento Suicidio obsesivo, deseado, buscado sin cesar. “Raptus suicida”: impulsión brutal y súbita que precipita al melancólico por la ventana o por el agua...
<b>Examen físico:</b> Los trastornos digestivos son constantes.
<b>Evolución</b> Remisión espontánea a los 6-7 meses. Acaba como ha comenzado, lentitud. “Coletazos de melancolía”, oscilaciones entre humor y tendencias suicidas.

Tomado de: LA DEPRESIÓN Y SUS MÁSCARAS, ASPECTOS TERAPÉUTICOS (Chinchilla, 2008 p.33)

La depresión parece construirse a partir de una creencia, es decir, de un pensamiento estructurado, por el que la persona se siente incapaz o víctima de algo que no puede combatir o superar.

### ***Hubertus Tellenbach***

Más adelante para autores como Hubertus Tellenbach, 1976 (Ídem) explica la aparición de la depresión en dos factores; la personalidad pre depresiva y la situación pre melancólica. Ver cuadro siguiente.

**TYPUS MELANCHOLICUS (TELLENBACH)**

- *Se trata de enfermos muy exigentes.*
- *Con exageración por el orden en todos los aspectos de la vida.*
- *Autoexigentes e intolerantes, con relaciones sociales marcadas por gran escrupulosidad moral (culpa).*
- *Concienzudos y escrupulosos.*
- *Inflexibles e inseguros, evitan conflictos actitudes de cordialidad y fidelidad.*
- *Trabajadores ejemplares sobrios, formales con gran sentido del deber.*
- *Pesimistas, poco dados a las fantasías.*
- *Dependientes de los demás.*
- *Influenciables.*
- *Verbalizan poco las emociones.*
- *No les gusta deber nada.*

TOMADO DE LA DEPRESIÓN Y SUS MÁSCARAS, ASPECTOS TERAPÉUTICOS (Chinchilla, 2008).

Para otros autores como Bowlby (1980, citado en Benzión 2005), el cual basa su obra en dos importantes modelos, el psicoanalítico y el cognitivo, destaca la teoría del apego, la cual tiene una profunda importancia para la investigación de los trastornos depresivos.

Así mismo, menciona que las experiencias vividas en el seno familiar durante la niñez son importantes entre las cuales destaca:

- Imposibilidad de mantener una relación estable con los padres a pesar de los esfuerzos por satisfacer sus exigencias y sus expectativas realistas.
- Figuras de apego representadas como inaccesibles, que rechazan y castigan.
- Pérdidas reales, por muerte o separación, durante la niñez.

De esta manera Bowlby, ubica la vulnerabilidad en términos de vínculos familiares distorsionados, duelos no resueltos y conflictos generados por la manera de procesar las informaciones a nivel inconsciente. Siendo estas teorías precursoras de las corrientes actuales, en la investigación sobre los aspectos del desarrollo emocional infantil, así como la predisposición a ciertas psicopatologías que preceden a la depresión (Ídem).

En términos generales la Depresión para muchos psicoanalistas es, la incapacidad de la persona para lograr la satisfacción de sus necesidades en la fase temprana del desarrollo libidinal (fase oral) y de las pocas gratificaciones de los padres dando como resultado un conflicto inconsciente desde la infancia.

### ***Aportes del Enfoque Teórico Cognitivo Conductual***

El enfoque de terapia cognitivo conductual ha sido aplicado a diversas condiciones psiquiátricas y de personalidad. Para este enfoque la conducta más que estar determinada exclusivamente por factores genéticos, es resultado de la adopción de patrones que han sido aprendidos por las personas en el transcurso de su vida y por interacción de éstas en su medio ambiente.

Dicho enfoque es percibido como una disciplina integrativa ya que se constituye de varios aspectos contenidos en la “psicología cognitiva, la antropología, la neuroanatomía, la filosofía del conocimiento y la lingüística” (Ingram&Siegle, 2010; Kriz, 2002; Mahoney, 1998; citado en Korman, 2013).

### ***Albert Ellis***

Los antecedentes históricos iniciados por las terapias conductuales, se originan con la “publicación del libro de Albert Ellis (1962) titulado “Razón y Emoción” en psicoterapia, este autor consideraba que las personas manifiestan filosofías de vida las cuales miran de manera dogmática y les causan molestias emocionales (Gálvez, 2009).

Ellis desarrolló la terapia racional emotiva, en ella agrupó las ideas racionales e irracionales, es importante mencionar que las primeras son probabilísticas y preferenciales y las cuales puede la persona expresar en términos tales como: “me gustaría”, “preferiría” o bien “querría”; por el contrario las creencias irracionales son de aspecto dogmático es decir: “tengo que”, “debo”, “estoy obligado” y provocan en el paciente emociones extremas o inapropiadas, las cuales generan distorsiones cognitivas propiciando alteraciones en la conducta (Ídem).

Desde el punto de vista cognitivo la persona al momento de evaluar, analizar o clasificar los eventos presentes en su vida es que van asignando un significado a dichos eventos.

Los pensamientos “automáticos negativos” o también llamados “falsos e irracionales” se van a dar caracterizados por un fuerte componente de tipo moral y culposo, los cuales están constituidos por la herencia directa de la persona y en el ideario de las tradiciones presentes en la familia, las instituciones y la sociedad misma.

Un pensamiento irracional se da cuando no se puede verificar con la realidad y llega a provocar en las personas emociones negativas desmesuradas las cuales no se encuentran en consonancia con el acontecimiento que ha activado el pensamiento. Algunas características de las ideas irracionales son:

- ❖ Son absolutistas y dogmáticas
- ❖ Producen emociones perturbadoras
- ❖ Son inconscientes en su lógica
- ❖ No generan estrategias para conseguir objetivos

Ellis (1962), con respecto a la Depresión formuló que los pacientes si no eran capaces de obtener éxito en sus relaciones personales, estudios o en sus trabajos, tienden a sentirse muy tristes, pero no deprimidas. Sin embargo, consideran que bajo cualquier circunstancia “deben” obtenerlos ellos, crean su propia Depresión al verse fracasados en uno o en todos los ámbitos, así mismo Ellis, postula las principales ideas irracionales (Lega et al, 2009) ver siguiente cuadro:

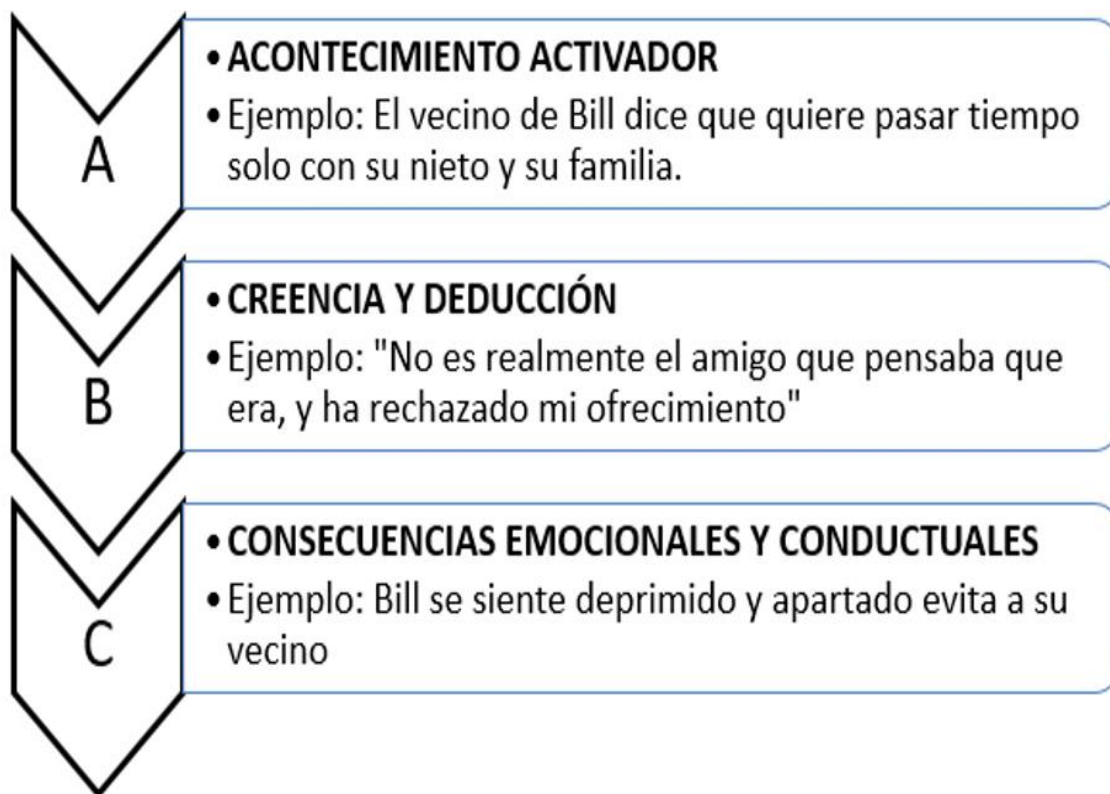
- Tengo que ser amado/a aceptado/a por toda la gente que sea importante para mí.
- Tengo que ser totalmente competente adecuado/a y capaz de lograr cualquier cosa o al menos, ser competente o con talento en alguna área importante.
- Cuando la gente actúa de manera ofensiva e injusta, deben ser culpabilizados y condenados por ello, y ser considerados como individuos viles, malvados e infames.
- Es tremendo y catastrófico cuando las cosas no van por el camino que a mí me gustaría que fuesen.
- La desgracia emocional se origina por causas externas y yo tengo poca capacidad para controlar y cambiar mis sentimientos.
- Si algo parece peligroso o temible, tengo que estar preocupado por ello y sentirme ansioso.
- Es más fácil evitar afrontar ciertas dificultades y responsabilidades de la vida que emprender formas más reforzantes de autodisciplina.
- Las personas y las cosas deberían de funcionar mejor y si no encuentro soluciones perfectas a las duras realidades de la vida *tengo* que considerarlo como terrible y catastrófico.
- Puedo lograr la felicidad por medio de la inercia y la falta de acción tratando de disfrutar pasivamente y sin compromiso.

Nota: tabla adaptada utilizando el CUADRO 3 de Lega, Caballo y Ellis (2009)

Para los autores, ese, es el punto clave para la constante perpetuación de los problemas emocionales que aquejan al individuo, ya que es, precisamente a través de este diálogo interno como ellos van reforzando sus miedos y ansiedades procedentes como ya se mencionó en los primeros años de vida.

Así mismo, refieren en sus escritos, que las personas de manera constante suelen menospreciarse a sí mismas y por consiguiente suelen despreciar sus éxitos, exigiéndose la perfección en ellos mismos y en los demás (Ídem).

Ellis (1995, citado en Lega et al., 2009) en su modelo ABC de la personalidad describe la secuencia de los acontecimientos que llevan a las personas a la perturbación psicológica tal como lo describe en el siguiente recuadro: Donde **A**) Es el acontecimiento desencadenante o activador, el cual puede situarse en un momento actual pero asociarse con conductas, sentimientos o pensamientos que provoquen en el paciente remitirse a experiencias pasadas; **B**) Son aquellas creencias irracionales o racionales que contempla el paciente ante dichos acontecimientos; **C**) Son las conductas y respuestas emocionales derivadas de esas creencias (Chinchilla, 2008).



### ***Martin Seligman***

A decir de Chinchilla (Ídem) el enfoque conductual encuentra su referente máximo en la teoría de la “Indefensión Aprendida” de Martin Seligman (1967) derivada ésta de la observación sistemática del comportamiento animal y sus experimentos sobre el aprendizaje instrumental.

Según este modelo, la Depresión es consecuencia del fracaso de la persona en el control de los eventos externos, luego entonces, sí el paciente no logra modificar los sentimientos de desesperanza, inseguridad y pasividad características propias del trastorno depresivo, se sentirá frustrado perpetuando así la Depresión.

Dicha falta de control para Chinchilla (2008) se puede observar con las siguientes características:

- Alteración del sistema motivacional: disminuyen las respuestas de la persona y aumenta la latencia de las mismas. La falta de agresividad de algunos pacientes depresivos podría estar relacionado con este punto.
- Alteraciones cognitivas: la persona presenta una mayor dificultad para aprender nuevas respuestas reforzadas.
- Alteraciones emocionales: aparecen la ansiedad y la Depresión.

Este modelo busca la manera de explicar cómo es que las personas reaccionan cuando se sienten incapaces de ejercer control sobre su medio ambiente, o bien cuando se ven forzadas a soportar las consecuencias de aquellas acciones que elegirían de forma voluntaria. De acuerdo con este investigador (Ídem) el modelo “Desesperanza aprendida” el cual surgió a partir de los trabajos de Seligman (1967) con animales al momento de alterar las condiciones experimentales de evitación y escape.

Posteriormente en estudios con personas, la “indefensión” se presenta cuando el paciente aprende que independientemente de lo que haga el resultado origina en él ciertas expectativas las cuales provocan que generalice cierta impotencia en las demás situaciones. Según este modelo, la Depresión es consecuencia de la baja motivación y del fracaso del paciente sobre el control de los reforzadores externos.

Así mismo, aquellos pacientes que hubieran tenido experiencias traumáticas y de las cuales no han podido salir fácilmente, estarán más propensos a caer en un estado de indefensión, depresión e inclusive de muerte (Chinchilla, 2008).

### ***Aarón Beck***

***La Terapia Cognitiva de la Depresión*** fue desarrollada por Aarón Beck, a finales de los años cincuenta (Beck, 1991; Pérez y García 2001, 2003; citado en Rosique y Sanz, 2013). La terapia estaba representada como un tratamiento estructurado y breve con el objetivo de resolver problemas actuales con la modificación del pensamiento y las conductas disfuncionales.

La formación psicoanalítica inicial de Aarón T. Beck y los estudios realizados para validar algunos postulados psicoanalíticos hacia un modelo experimental, donde la observación clínica, sistemática y la investigación coadyuvieron a las ideas del modelo cognitivo en el estudio de la personalidad y los trastornos afectivos (Chinchilla, 2008).

Las situaciones están compuestas por un amplio conjunto de estímulos, donde las personas atienden de manera selectiva a eventos específicos, en ocasiones los combinan y conceptualizan. Aarón Beck postula tres conceptos los cuales tratan de explicar la base psicológica de la Depresión en la triada cognitiva, los esquemas y los errores en el procesamiento de la información (Chinchilla, 2008).

### **Triada cognitiva:**

- Visión negativa del paciente de sí mismo: debido a la forma distorsionada de interpretar la realidad él se mira con poca valía y por consiguiente tiende a subestimarse y criticarse a sí mismo con base a sus defectos (“No valgo nada”, “Soy un inútil” ...)
- Una tendencia a interpretar el mundo de manera negativa: el paciente atribuye en la mayoría de las veces sus experiencias a una falla propia (“Si me trata mal es porque me lo merezco”).
- Una visión negativa acerca del futuro: el paciente dará de forma determinante unas expectativas de fracaso cuando realiza proyectos a futuro.

### **Esquemas:**

Los “esquemas” se definen como aquellas reglas o postulados silenciosos que organizan el pensamiento estructural para posteriormente transformarla en cogniciones; un esquema puede permanecer inactivo durante largo tiempo y ser activados en situaciones específicas.

Este pensamiento cognitivo estructural se desarrolla en los primeros años de vida, permitiendo integrar y dar sentido a la información percibida en la memoria, otorgando un significado a los acontecimientos y desarrollando determinadas conductas en base a las estrategias atribuidas a los rasgos de personalidad.

De acuerdo con el modelo cognitivo (Chinchilla, 2008) durante el episodio depresivo la persona pierde el control de sus procesos de pensamiento, por lo que seleccionará aquellos estímulos que, en función con su base depresiva, le llevará a distorsiones cognitivas negativas y repetitivas.

Según Beck, Clark, y Alford (1999, citado en Caro, 2013) los estilos de personalidad están relacionados con determinados esquemas funcionales: *la personalidad sociotrópica* a la cual se caracteriza por las convicciones erróneas que el paciente tiene respecto a las relaciones interpersonales, donde el valor personal se basa en el dar y recibir amor, así como, la aceptación de los demás y una validación continua de ellos. Por otra parte, *la personalidad autónoma* la



cual está más centrada en la independencia, la libertad de elección, la obtención de logros y el autocontrol mediante la productividad.

### **Errores en el procesamiento de la información:**

Según Beck (Ídem) los errores cognitivos son el origen de síntomas depresivos y no los considera como la consecuencia de ellos. Considera que dichas distorsiones son el resultado de experiencias de vida, algunas pérdidas traumáticas las cuales originaron en el paciente una sensación de pesimismo y de desamparo, por lo que la visión de la persona de su mundo en particular puede ser triste, con mucha desesperanza.

Luego entonces, el desarrollo de la misma se debe al efecto y asociación de dichas respuestas, lo cual va a generar que la conducta depresiva se sostenga debido a la retroalimentación que la persona obtenga de ellas, así mismo, partió de la base que los procesos cognitivos que cada persona realiza con contenido negativo constituye una predisposición para las principales distorsiones las cuales son:

***Inferencia arbitraria.*** Llegar a la conclusión sin evidencia suficiente o con evidencia contraria.

***Abstracción selectiva.*** Selección de detalles sacados de su contexto e ignorando otros más relevantes.

***Generalización excesiva.*** Percibir a los demás de manera rígida, los califican de manera categórica como blanco o negro.

***Magnificación y minimización.*** Pueden percibir a los otros de manera exageradamente positiva, como seres superiores, eficaces y muy valiosos, mientras que ellos se miran todo lo contrario.

***Personalización.*** Tendencia a atribuirse a uno mismo sucesos externos sin base firme para ello.

***Pensamiento absolutista y dicotómico.*** Clasificarlo todo en dos categorías opuestas, seleccionando las peores para él mismo.

Debido a que el enfoque conductual presta gran importancia al ambiente externo, la Depresión en ocasiones, como ya se ha mencionado antes, nace como una respuesta precisamente aprendida en ese ambiente, las cuales posiblemente fueron adquiridas durante la infancia a partir de experiencias personales negativas, identificación con personas significativas o percepciones de actitudes negativas con los otros (Gálvez, 2009).

Cuando las personas guardan una opinión de sí mismas con poca valía y de su mundo, llegan a sufrir de manera considerable, con frecuencia consideran que no tienen un lugar seguro donde funcionar adecuadamente.

Para Beck (2004, citado en J. Beck, 2007) los pacientes frecuentemente desarrollan ciertos “patrones de conducta”, los cuales les permiten compensar y afrontar sus creencias negativas.

Las *creencias centrales o nucleares* (supuestos personales) conforman los esquemas almacenados en la memoria, sin embargo, estas creencias por lo general son rígidas e implican una sobregeneralización. Por otra parte, estas creencias generan *creencias intermedias* las cuales se manifiestan en forma de actitudes y reglas (Ídem).

Para Judith Beck (2007 pág.44-45) las creencias básicas de las personas sobre sí mismas, pueden conceptualizarse en tres categorías:

*La persona cree que no es capaz*, esta creencia se relaciona primordialmente con el sentimiento de la incompetencia, por lo cual los pacientes a decir de la autora pueden expresarse con diferentes ideas como las que a continuación se muestran en el siguiente recuadro:

- Creencias básicas de no ser capaz**
- ▶ Soy inapropiado, ineficaz, incompetente; no puedo hacerlo.
  - ▶ No tengo fuerza, estoy fuera de control; no puedo cambiar, estoy paralizado, atrapado, soy una víctima.
  - ▶ Soy vulnerable, débil, siempre necesito ayuda, es fácil hacerme daño.
  - ▶ Soy inferior, un fracaso, un perdedor, no soy suficientemente bueno; no puedo compararme con los demás.

*La persona considera que no pueden quererla*, en esta creencia las personas no pueden responder de forma alegre y espontánea ante las cosas buenas que les suceden. Es decir. Consideran que nunca obtendrán la intimidad y la atención que desean, ya que constantemente creen que deben aceptar lo malo como la ratificación de su poca valía como individuo.

Expresan sus ideas de la siguiente manera:

- Creencias básicas de no ser querible**
- ▶ Soy indeseable, a nadie le gusto, soy feo/a aburrido/a; no tengo nada que ofrecer.
  - ▶ Nadie me quiere, nadie me ama, nadie me presta atención.
  - ▶ Siempre seré rechazado/a y abandonado/a; siempre voy a estar solo/a.
  - ▶ Soy diferente, imperfecto/a, no soy lo suficientemente bueno/a como para ser querido/a.

**La creencia de no ser valioso**, a decir de la autora en ocasiones esta creencia puede tener un matiz moral en comparación con las dos primeras. Cuando la persona tiene la tendencia a aumentar los fracasos y a disminuir los éxitos de una manera desproporcionada, juzgando cualquier error con inflexibilidad y rigidez extrema lo pueden expresar de la siguiente manera:

- Creencias básicas de no ser querible**
- ▶ Soy indeseable, a nadie le gusto, soy feo/a aburrido/a; no tengo nada que ofrecer.
  - ▶ Nadie me quiere, nadie me ama, nadie me presta atención.
  - ▶ Siempre seré rechazado/a y abandonado/a; siempre voy a estar solo/a.
  - ▶ Soy diferente, imperfecto/a, no soy lo suficientemente bueno/a como para ser querido/a.

Al inicio de ciertos trastornos afectivos la persona va perdiendo una parte importante de control sobre sus procesos de pensamiento, lo cual le imposibilita a acceder a otros mecanismos más adecuados que le permitan adecuarse al medio ambiente que le rodea.

El incremento del nivel de estrés en la persona en interacción constante con los eventos de la vida diaria, puede propiciar episodios sintomáticos y depresivos.

Los mecanismos de afrontamiento biopsicosociales del paciente si no son los suficientemente fuertes y adaptativos de acuerdo con la forma que tiene de interpretar dichos eventos (cognición) provocarán en ellos vulnerabilidad al recaer o presentar nuevos trastornos afectivos (Leahy, 2004; citado en Chávez, Benitez y Ontiveros, 2014).

Al inicio de un episodio de Depresión leve, el paciente puede ser capaz de mirar sus pensamientos o creencias negativas con un poco de objetividad, sin embargo, a medida que el proceso se hace mayor, los pensamientos se encuentran más dominados por ideas negativas, sin que estas tengan una conexión lógica entre los hechos reales y las interpretaciones negativas que la persona lleva a cabo.

El enfoque cognitivo conductual es un procedimiento orientado a cambiar las conceptualizaciones y razonamientos inmersos en los conocimientos y pensamientos de las personas los cuales constituyen una de las fuentes principales de los trastornos depresivos. Este

tipo de enfoque resalta la interdependencia de los diversos procesos que involucran las cogniciones, emociones y conducta del individuo, así como las consecuencias ambientales.

## **2.2 CLASIFICACIÓN Y SINTOMATOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN**

Los trastornos depresivos conllevan diferentes matices sintomáticos promovidos por múltiples causas. Sus formas clínicas pueden ir desde aquellas más leves e indetectables, hasta aquellas más graves y riesgosas.

El rostro del paciente deprimido denota una marcada pobreza gestual, presentado el ceño fruncido, con una característica forma de “omega” en la frente de la depresión melancólica (Rotenberg, 2006).

La demarcación profunda de los surcos naso genianos, el rictus facial con las comisuras labiales apuntado hacia abajo, hasta el brillo de los ojos parece disminuido. El discurso es lento y forzado como si arrastrase las palabras es común provocar en otros la sensación de somnolencia o fastidio, siendo esto lo que le puede ocurrir al profesional como una forma de guardar distancia del dolor que padecen (Ídem).

Diversos estudios han manifestado que la Depresión no es simplemente un trastorno mental, sino por el contrario está constituido por síntomas tanto emocionales como físicos, resultado de cambios químicos a nivel cerebral.

Para otros investigadores (Guadarrama, Escobar & Zhang, 2006) es considerada como la forma más común de sufrimiento mental, existiendo dos formas básicas de la Depresión.

***Depresión exógena*** (o reactiva) la cual obedece a una causa externa por lo general bien definida como la pérdida de un familiar, del trabajo o un estrés crónico. Es importante mencionar que en DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 4ª. Edición) no se hacía el diagnóstico de Depresión mayor si los pacientes presentaban un proceso de duelo de inicio en los dos meses previos, condición que ya no se maneja en el **DSM-V** (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ª. Edición) y que permite realizar una evaluación más descriptiva a fin de hacer la distinción entre un duelo normal y una condición patológica (Wagner, González, Sánchez, García & Gallo, 2012).

Por otra parte, es importante mencionar que en el DSM-V no se contempla que el duelo dure dos meses, ya que en la práctica clínica habitualmente llega a perdurar de 1 a 2 años y es considerado como un factor altamente estresante, el cual puede precipitar un episodio depresivo mayor en pacientes vulnerables.

***Depresión endógena*** no tiene una causa externa lo cual ha propiciado considerarla como un problema biológico. Asimismo, dentro de esta, es más marcada la influencia genética, a decir de los investigadores el riesgo de morbilidad en parientes de primer grado como: padres, hijos y hermanos esta incrementado de acuerdo a los estudios en donde los marcadores genéticos para los trastornos depresivos han sido localizados en los cromosomas X, 4,5,11,18 y 21 (Ídem).

Dentro de los trastornos depresivos, los más comunes son: el trastorno distímico (actualmente en DSM- V conocido como Depresión persistente) y el trastorno depresivo mayor crónico.

Por su parte el *Trastorno Distímico* también llamado distimia o *Depresión “menor”* se caracteriza por sus síntomas de larga duración (dos años o más), aunque como dice el Instituto de Salud mental (NIMH por sus siglas en inglés, 2009), estos pueden ser menos graves, siendo no incapacitante para la persona, pero sí impedirle desarrollar una vida normal o sentirse bien en sus actividades cotidianas.

Sin embargo, las distimias guardan numerosas coincidencias evolutivas, familiares, biológicas e incluso terapéuticas con la Depresión Mayor como las que a continuación refiere Chinchilla (2008):

- ψ *Trastornos de ánimo en la historia familiar*
- ψ *Latencia de sueño REM acortada*
- ψ *Inercia, pesadumbre, anhedonia*
- ψ *Empeoramiento matutino*
- ψ *Cambios anormales en el test TRH-TSH*
- ψ *Evolución complicada con episodios depresivos mayores.*
- ψ *Respuesta positiva a antidepresivos seleccionados*
- ψ *Respuesta positiva a la agripnia (conciliar-sueño)*
- ψ *Hipomanía (espontánea tras la agripnia y farmacoinducida).*

Tomado de: La Depresión y sus máscaras, Aspectos Terapéuticos (Chinchilla,2008 p.33)

Así mismo, este autor refiere que el concepto de distimia fue introducido para sustituir al de depresión neurótica, crónica o ligera y al de neurastenia. Las características de esta última se representan en el siguiente recuadro:

## ESTADOS DEPRESIVOS NEURÓTICOS

### Circunstancias de aparición

- ❖ Tras experiencia vividas como una frustración: decepción, duelo, pérdida de aprecio, abandono.

### Peculiaridades semiológicas:

- ❖ Ansiedad intensa, espectacular, a veces incluso un poco teatral.
- ❖ Se hace reproches, como en la melancolía pero sobre todo quiere que se le escuche, compadezca y consuele.
- ❖ Acusa a los otros y a la suerte más que a sí mismo.
- ❖ El sentimiento de impotencia está en el centro de su conciencia y la proyecta expresando la impotencia del médico para curarle o de los medicamentos que se le proponen.
- ❖ El comportamiento pseudosuicida ("chantaje") añade aún a los síntomas precedentes una nota de menor autenticidad del cuadro clínico que en el acceso melancólico.
- ❖ Enlentecimiento psicomotor más discreto y permite una expresión más dramática de la ansiedad y de las quejas del enfermo así como de los trastornos funcionales histeriformes y preocupaciones obsesivas.

Así mismo, como lo refiere el Instituto de Salud Mental (Ídem) el *Trastorno Depresivo Mayor* se caracteriza por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad de trabajar, estudiar, dormir, comer, así como de disfrutar todas aquellas actividades que antes le resultaban placenteras. La depresión grave incapacita a la persona y le impide desenvolverse con normalidad. Un episodio de depresión grave puede ocurrir solo una vez en el curso de la vida de una persona, pero mayormente, es recurrente toda su vida.

Según el DSM-IV, un "episodio depresivo mayor" no es un diagnóstico per se y requiere un número mínimo de síntomas y que conduzcan a un malestar clínicamente significativo.

De acuerdo con el DSM-IV, la Depresión se define como un trastorno del estado del ánimo en el que deben estar presentes cinco (o más) de los siguientes nueve síntomas cada día en un periodo de dos semanas, así como pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida.

### Criterios para el episodio depresivo mayor

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

**Nota:** No incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

- (1) estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). **Nota:** En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable
- (2) disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)
- (3) pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. **Nota:** En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables
- (4) insomnio o hipersomnia casi cada día
- (5) agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)
- (6) fatiga o pérdida de energía casi cada día
- (7) sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)
- (8) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)
- (9) pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Por otra parte, el Instituto de Salud mental (Ídem, 2009), reconoce otras formas de Depresión diferentes a las descritas anteriormente o pueden desarrollarse bajo circunstancias únicas, como las que se presentan a continuación:

**Depresión psicótica**, la cual se manifiesta cuando una enfermedad depresiva se encuentra acompañada de alguna forma de psicosis, tal como en las alucinaciones, delirios y en la ruptura de la realidad.

**Depresión postparto**, la cual se diagnostica cuando la mujer que ha dado a luz recientemente, presenta un cuadro depresivo mayor, dentro del primer mes después del parto. El porcentaje de mujeres que presentan este episodio luego de dar a luz va del 10 al 15%.

*El trastorno afectivo estacional*, dentro de este trastorno la enfermedad depresiva se da particularmente en los meses de invierno, cuando las horas de luz solar disminuyen, desapareciendo durante los meses de primavera y verano.

*El trastorno de ansiedad generalizada*, estos trastornos ocurren comúnmente junto con otras enfermedades mentales o físicas llenando a las personas de miedo e incertidumbre. Los trastornos de ansiedad duran por lo menos seis meses y pueden empeorar si no se le trata médicamente.

Cada trastorno de ansiedad tiene diferentes síntomas, pero al parecer todos se agrupan alrededor de un temor o pavor irracional y excesivo.

*El trastorno de pánico*, se caracteriza por ataques repentinos de terror, usualmente acompañados por latidos fuertes del corazón, transpiración, mareos, hormigueo en las manos, dolor en el pecho, o sensaciones asfixiantes. Por lo general producen en el paciente una sensación de irrealidad, miedo a una fatalidad inminente o bien miedo a perder el control.

Las personas que padecen este trastorno de pánico en repetidas ocasiones y en su máxima expresión, pueden llegar a quedar discapacitadas por esta enfermedad, su vida diaria se restringe al grado que terminan evitando realizar actividades normales, tales como ir de compras o conducir su automóvil.

*Trastorno de estrés postraumático*, se desarrolla después de una experiencia aterradora que involucra daño físico o la amenaza de daño físico. Las personas con este trastorno pueden asustarse con facilidad, paralizarse, a nivel emocional, perder el interés en las cosas que acostumbraban disfrutar, no permitir demostraciones de afecto, mostrarse muy irritables, más agresivas e incluso violentas de forma especial con las personas cercanas a ellas.

La mayor parte de las personas reviven múltiples veces el trauma en sus pensamientos durante el día y en pesadillas al dormir. Esta experiencia se le llama escena retrospectiva las cuales pueden contener imágenes, sonidos, olores, o sensaciones que les hacen revivir el episodio traumático, llegando a perder el contacto con la realidad y creer que está volviendo a suceder.

Para algunas personas, la enfermedad se vuelve crónica, pero para otras el período de recuperación es variable.

*Trastorno de ansiedad social*, se diagnostica cuando las personas sienten una ansiedad abrumadora, presentan un miedo intenso, persistente, y crónico de ser observadas y juzgadas por los demás.

Los síntomas físicos que acompañan a la fobia social incluyen transpiración intensa, temblor, dificultad para hablar, náuseas, sin embargo, el paciente cree que todos lo miran y juzgan.



*El trastorno bipolar*, diagnosticado también como enfermedad maniaco depresiva, éste trastorno bipolar es caracterizado por cambios cíclicos en el estado de ánimo los cuales van desde los muy elevados (manía) a los estados de ánimo muy bajos (depresión). Sin embargo, en este padecimiento pueden malgastar dinero y hasta involucrarse en conductas sexuales inapropiadas y es menos común que la distimia o la depresión mayor.

A diferencia de otros trastornos afectivos, las mujeres y los hombres tienen la misma vulnerabilidad a sufrir del trastorno bipolar; sin embargo, las mujeres con dicho trastorno tienden a tener más episodios de Depresión y menos episodios de manía. Los niños y jóvenes pueden padecer la enfermedad siendo muy riesgosa en estas etapas ya que algunos intentan hacerse daño o suicidarse, pero en la mayoría de los casos, el trastorno bipolar comienza en las últimas etapas de la adolescencia o a principios de la adultez durando por lo general toda la vida.

### ***SÍNTOMAS DE LA MANÍA:***

- Estado de ánimo exaltado de manera anormal, euforia excesiva
- Irritabilidad
- Menor necesidad de dormir
- Delirio de grandeza
- Hablar demasiado, rápido, o sin parar
- Pensamientos descontrolados
- Aumento de la actividad, incluso sexual
- Marcado aumento de energía
- Poco sentido común que lleva a comportamientos riesgosos
- Conducta social inadecuada

Gerhard Heinze & Camacho (2010) consideran que no existe un factor único que explique el padecimiento de la Depresión. *“Los factores psicosociales: las adversidades ambientales, pérdida de empleo, dificultades maritales” pueden ser factores coadyuvantes para la génesis de un estado depresivo. Eventos vitales muy importantes en la infancia como un abuso sexual, divorcio o pérdida de los padres, inciden de manera importante en esta problemática”* (Gaceta Biomédica, UNAM, 2007).

### **2.3 FACTORES QUE PREDISPONEN LA DEPRESIÓN**

Gerhard Heinz & Camacho (2010) mencionan, que la Depresión está constituida por una cascada de eventos presentes en cada persona, y que los “factores ambientales conducen a estados depresivos, que confieren un estado de ánimo negativo en personas que han sido normales. El estrés prolongado induce cambios biológicos en el ser humano y éstos a la sintomatología de los estados depresivos”.

Desde tiempos muy remotos existe la creencia popular de que el *estrés emocional* puede propiciar algunas enfermedades. Hasta hace sólo unas décadas se convirtió más respetable dentro de la perspectiva científica. El estrés es una condición a la cual todos los seres humanos se ven expuestos en cualquier momento de su vida, sin importar raza, edad o condición social.

El término estrés, significa “tensión”, “sobrecarga” o “esfuerzo”, generalmente se asocia con efectos negativos sobre la salud; sin embargo, también es necesario para la supervivencia ya que permite enfrentarse a ciertas situaciones de la vida.

Para teóricos como Rout y Rout, 2002 (citado en Hernández, Z; Romero, P, 2010; p.18) el estrés es: *“un proceso complejo en el cual el individuo responde demandas o situaciones ambientales (estresores) con un patrón de respuestas por parte del organismo que pueden ser fisiológicas, conductuales, cognitivas, emocionales o una combinación de ellas, en el momento de ser interpretadas estas demandas o situaciones como amenazantes”*.

El estrés puede ser beneficioso ya que ante una situación de extremo peligro las personas tratarán de salvar sus vidas; pero también puede ser perjudicial puesto que los recursos fisiológicos como taquicardia, sudoración, tensión muscular, así como los psicológicos llegan a superar el límite aceptable por el propio organismo dejándolo más vulnerable a enfermedades.

Un determinado grado de estrés estimula los recursos del organismo y le permite alcanzar los objetivos de la vida diaria, volviendo a la normalidad cuando el estímulo termina.

Para Estévez (2008) el **estrés** puede clasificarse en dos grandes grupos:

**Externos:** son aquellos estímulos ambientales o situacionales, es decir, todo aquello que les rodea a las personas y presupone una amenaza, los cuales podrían tener una subdivisión como los elementos vitales y los diarios. **Los estresores ambientales** son los referidos a los cuales el organismo no tiene control pero que forman parte de la vida diaria, sin embargo, para algunas personas pueden resultar muy difíciles de sobrellevar y para otras no, están modulados por la valoración cognitiva que el individuo realiza de la situación.

Es decir, todas aquellas demandas del entorno y la vida diaria, por ejemplo, los relacionados con el trabajo, problemas con los compañeros, el tráfico, la carga laboral, así como, los correspondientes a las relaciones personales los cuales van desde una discusión con un familiar, hasta el hecho de tener una enfermedad, dolores o la falta de sueño recurrente.

Por otra parte, a decir de esta autora (Ídem) los **estresores internos** son los referidos a los procesos cognitivos de pensamiento. En la mayor parte de los casos la amenaza más fuerte proviene de la manera en que las personas tienden a interpretar la vida en términos negativos y amenazantes.

Cuando el pensamiento es racional, las emociones que resultan de ellos también lo son, en ocasiones, estas pueden resultar dolorosas, pero siguen siendo racionales, coherentes y no

autodestructivas. Por el contrario, cuando las personas aceptan sus sentimientos como una condena, o bien, cuando se le otorga un poder omnipotente sobre lo que hacen o son, es el momento en que quedan atrapados en un estilo cognitivo inoperante que provoca el sentimiento de fracaso en su vida diaria (Gaja, 2010).

Las emociones son determinadas por la forma en que un individuo se habla a sí mismo, es decir aquella forma racional que significa hablarse de manera lógica, madura, con la que difícilmente se experimentan emociones negativas. En la Depresión los procesos de pensamiento se presentan de forma distorsionada, irreal y auto derrotista, los cuales no se derivan de la realidad sino por el contrario de algo arbitrario.

Los pensamientos irracionales activan el organismo y pueden desencadenar una serie de respuestas fisiológicas tales como las siguientes reacciones del cuerpo: taquicardia, sudoración, contracción muscular y una respuesta cognitiva; es decir cómo interpreta lo que está ocurriendo teniendo pensamientos distorsionados y, finalmente una respuesta motora que se realiza ante la situación como: correr, reír, llora.

Estos pensamientos, según Beck, 1976 (citado en Estévez, 2008) son automáticos, mensajes discretos que se dan de forma acortada, y por lo general son aceptados y creídos sin reservas, pese a no ser reales, objetivos ni prácticos. Estos pensamientos se experimentan como espontáneos, y a menudo se expresan en términos de “podría”, “debería” y “tendría”, los cuales son relativamente idiosincrásicos y difíciles de interrumpir.

De acuerdo con el Servicio Andaluz de Salud (2013) algunas de las *distorsiones negativas* que se presentan durante la Depresión son las siguientes:

- ***Exagerar lo negativo: filtro mental***

El paciente presta atención selectiva a lo negativo y no ve lo positivo. Lo cual significa que mira las cosas mucho peor de lo que realmente son, elige un detalle negativo de cualquier situación y se fija exclusivamente en él, percibiendo toda la situación desfavorable. Por ejemplo: “*siempre hago todo mal*”, “*siempre estaré solo*”.

- ***Generalización excesiva***

A partir de un hecho aislado, se hace una regla general y universal, aquí es una etiqueta que sólo sirve para desvincularse de la realidad y marcar una forma negativa de actuar en el futuro. Por ejemplo: “*mi vida es un desastre*”, “*para qué esforzarme si soy un desastre*”.

- ***Haciendo caso omiso de lo positivo***

Las personas que están deprimidas tienden a centrar su atención en los acontecimientos negativos e ignorar los positivos. Es una tendencia a transformar las experiencias neutras e incluso positivas en algo negativo. Por ejemplo: al recibir un halago “te queda estupendamente”

la distorsión no le permite al paciente disfrutar el cumplido y sólo integra que se lo dicen por compromiso.

- ***Personalización: tomar las cosas de forma personal***

Cuando las personas presentan un estado de ánimo bajo, asumen la responsabilidad ante un hecho negativo cuando no hay fundamentos para hacerlo.

Incluso la propia Depresión se personaliza, se dice “soy depresivo/a” en lugar de “tengo depresión” que es algo externo a la persona y que puede estar presente y después de un tratamiento irse la condición médica del paciente.

La personalización le hará sentir una culpa paralizante incluso por cosas que no están bajo su control, un síntoma claro de esta distorsión es la disculpa constante, y tampoco deja ver a las personas los logros de aquellas cosas que, si dependen de ellos, y hace que la vida sea una amenaza constante (Estévez, 2008). Por ejemplo: “por mi culpa se volvió a enojar”.

- ***Pensamiento dicotómico (todo o nada)***

Esta distorsión se basa primordialmente en el fenómeno de la proyección, que es la creencia de que todo lo que rodea a la persona es como ella misma. Es decir, se valoran las cualidades personales a partir de cualidades absolutas, recurriendo a categorías extremas como blanco-negro, inteligente-torpe, bueno-malo, feliz-triste.

Estos pensamientos todo/nada son básicamente perfeccionistas. Todo debe de ser perfecto, de lo contrario es un fracaso. Los individuos con tendencia a este pensamiento distorsionado les es muy difícil soportar la idea de cometer un error, por pequeño que sea. Las personas que siempre pretenden alcanzar el absoluto parten de expectativas completamente exageradas lo cual los lleva a sentirse constantemente desilusionadas y convencerse de que todo lo que hacen es un fracaso (Gaja, 2010).

- ***Conclusiones apresuradas (error del adivino)***

Esta distorsión del pensamiento se caracteriza porque el paciente tiene la tendencia a adivinar el futuro, pero de una forma negativa. Creen que les va a ocurrir algo malo, aunque no tengan ninguna base para la justificación de esta creencia.

Cuando las personas recurren constantemente a este pensamiento, la predicción negativa les hace sentir por lo general un sentimiento de desesperanza.

*El error del adivino* es un tipo de pensamiento anticipatorio, ya que, en lugar de vivir los momentos, el paciente se ve inmerso en mucha ansiedad por lo que ya imagino la escena, el desarrollo y el desenlace de la trama. Para Gaja (2010) el pensamiento anticipatorio modifica gravemente la conducta del individuo.

Pero para investigadores como Lenin Pavón (S/F) del Instituto Nacional de Psiquiatría, el estrés es un concepto mal entendido por la mayor parte de las personas y la mayoría de ellas lo consideran como algo negativo. El estrés necesita ser concebido como un proceso para dar respuesta a los estímulos tanto físicos como psicológicos en el organismo.

Es importante mencionar que el organismo sólo emite una respuesta fisiológica ante la presencia de un estímulo tensionante, el cual ocasiona que el “organismo libere citosinas proinflamatorias como la interleucina (IL), el factor de necrosis tumoral (TNF)-alfa y la IL6, mismas que al alcanzar una concentración de 10nM, pueden estimular en 4 milisegundos al sistema nervioso central induciendo cuatro respuestas simultáneas: una respuesta neuroinmune, en las que se liberan más citocinas directamente en el sistema nervioso central; una respuesta neuroquímica, mediada por neurotransmisores; una respuesta conductual y una respuesta neuroendocrina que conlleva la activación del eje HPA que desemboca en la secreción de glucocorticoides como el cortisol” (Ídem, p.23).

Pero cuando la activación física o psicológica se mantiene durante un tiempo más o menos prolongado, en el organismo, se produce una sobrecarga de tensión, la cual repercute en el mismo, y entra en un estado de resistencia, provocando en la persona una sensación de poco confort, con la presencia de ansiedad entre otros síntomas. De persistir la activación el organismo puede llegar a la etapa de agotamiento y los síntomas generar un mayor discomfort para quién los padece.

El estrés está en función no sólo de las demandas del entorno, sino de la percepción de cada persona y a las habilidades que ha desarrollado para adaptarse a ellas.

La manera de interpretar una situación genera diferentes pensamientos, en ocasiones irracionales, que tienden a distorsionar la realidad. Un pensamiento irreal puede generar conductas y reacciones en el organismo desatando una respuesta fisiológica y conductual.

Con frecuencia la Depresión y sus síntomas se consideran “males pasajeros” o “crisis existenciales” que afectan a las personas “débiles” e “incapaces de afrontar los problemas de la vida. Ante estos estigmas sociales, la mayoría de las personas prefieren guardar silencio.

Sin embargo, este padecimiento es multifactorial, es decir, factores asociados como los biológicos, los psicológicos y sociales. De acuerdo con Medine Plus, un servicio de la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos, (2010) la depresión puede ser el resultado de una combinación de todos los anteriores, sin embargo, la Depresión mayor se asocia a menudo con cambios en el cerebro, éste cuenta con más de 100 mil millones de neuronas o células nerviosas (Rosas & López, 2011) las cuales reciben y transmiten información por medio de los mensajeros químicos llamados neurotransmisores.

La principal hipótesis sostiene, que en la Depresión existe una disminución de algunos de estos neurotransmisores, en especial de las monoaminas, las cuales tiene importantes vías de acción en centros subcorticales asociados con el placer.

El cerebro controla todas las actividades del cuerpo, el movimiento del mismo, el habla, el entendimiento, así como las emociones y sentimientos de los seres humanos. En la Depresión algunas de estas monoaminas, particularmente los de la Serotonina, Noradrenalina y Dopamina parecen no funcionar de manera correcta.

## **Serotonina**

Dentro de los neurotransmisores relacionados con la Depresión se encuentra la *serotonina o 5-hidroxitriptamina (5-HT)*, considerada como una monoamina química con gran impacto en la neurología y en la psiquiatría (Rosas y López, 2011)

La serotonina es producida a partir del aminoácido triptófano, el cual es transportado a través de la barrera hemato-encefálica hasta las neuronas por el transportador neutral de aminoácidos (LNAA). Las plaquetas tienen un mecanismo para capturar y almacenar la serotonina y acumulan aproximadamente el 99% del total de serotonina en sangre, la serotonina plaquetaria se emplea como un indicador de la función serotoninérgica sináptica en trastornos psiquiátricos como la Depresión (Moreno, Campos, Lara, López, Pavón, Hernández, Senties, González, Torruco, Arango, Heinze & Torner, 2006).

Así mismo, refieren los investigadores, “que por lo que respecta al precursor de la 5-HT, el triptófano (TRP), se ha sugerido que el cambio en los niveles de triptófano plasmático podría ser la causa de las alteraciones en los niveles de 5-HT, tanto en las plaquetas como en el cerebro” (Ídem). Los estudios realizados de este neurotransmisor han tenido gran prevalencia en áreas como la neurología y la psiquiatría, ya que su adecuado funcionamiento mantiene la normalidad de la temperatura, el apetito, el sueño, así como los estados de vigilia, estos últimos asociados de forma predominante con los síntomas de la Depresión.

Por el contrario, como lo explican Rosas y López (2011) sus alteraciones se relacionan con los cambios de humor, el ánimo, la ansiedad, inclusive con la violencia y la conducta suicida.

Para la detección del riesgo suicida es muy importante que los profesionales que atiendan a estos pacientes cuenten con una capacitación adecuada para realizar una “entrevista clínica tranquila, con tiempo para escuchar cálida y atentamente, tratando al paciente con respeto, sin emitir juicios y estableciendo una relación empática” (MINSAL, 2013).

Ver cuadro clasificación de riesgo suicida (MINSAL, 2013 Orientaciones técnicas para la implementación de un Programa Nacional de Prevención para el Suicidio citado en Ídem).

## Clasificación de Riesgo Suicida

**Riesgo Leve:** hay ideación suicida sin planes concretos para hacerse daño. No hay intención evidente aunque si hay ideación suicida. La persona es capaz de rectificar su conducta y hacerse autocrítica.

**Riesgo Moderado:** existen planes con ideación suicida posibles antecedentes de intentos previos, factores adicionales. Puede haber más de un factor de riesgo sin un plan claro.

**Riesgo Grave:** hay una reparación concreta para hacerse daño. Puede tener un intento de autoeliminación previo, existen más de dos factores de riesgo, expresa desesperanza, rechaza el apoyo social y no rectifica sus ideas.

**Riesgo Extremo:** varios intentos de autoeliminación con varios factores de riesgo, pueden estar presentes como agravante la auto agresión.

El Dr. Lenin Pavón especialista e investigador de Instituto Nacional de Psiquiatría (citado en, Universidad Anáhuac) refiere que “antes del inicio del tratamiento farmacológico del paciente deprimido, éste presenta una disminución en los niveles circulatorios de serotonina, altos niveles de cortisol y un perfil de citocinas predominantemente antiinflamatorio, lo que evidencia una disregulación de las interacciones neuroendocrino inmunológicas”.

Este investigador menciona, que existen otras alteraciones en los pacientes con depresión mayor como la “hiperactividad del eje Hipotálamo-Hipófisis-Adrenales (HHA), adicionalmente se ha encontrado que éstos pacientes también presentan alteraciones en la respuesta del sistema inmunológico, endócrino y nervioso.

### ***Citocinas***

Tanto el estrés como la Depresión y la inflamación pueden provocar la activación y modificación de las citocinas, las cuales son producidas por las células del sistema inmunológico y que pueden ejercer acción sobre el sistema nervioso central (Sirera, Sánchez & Camps, 2006).

A decir de los autores, las citocinas actúan como señal entre las células del sistema inmunológico a fin de emprender las respuestas en la reparación de las heridas y también en otras reacciones inmunes. Las enfermedades infecciosas, tales como “lupus eritematoso sistémico (SLE) y la neurosífilis (Wilder, 1988; Slifka, 2000 citado en Sirera et al., 2006) permitieron conocer las primeras evidencias de que el sistema inmune podría tener injerencia en la fisiopatología de la Depresión.

Científicos del Instituto de Salud mental (NIMH por sus siglas en inglés, 2009), consideran varias partes del cerebro que son claves en el desarrollo del miedo y la ansiedad. Mediante la utilización de imágenes y técnicas neuroquímicas, se ha descubierto que la amígdala y el hipocampo juegan un papel significativo en la mayoría de los trastornos mentales como la Depresión y de la ansiedad.

A decir de estos investigadores la amígdala tiene una estructura de forma de almendra ubicada en la región profunda del cerebro, en donde se considera el centro de comunicaciones entre las partes del cerebro que procesan e interpretan las señales sensoriales que entran al mismo. La amígdala puede alertar al resto del cerebro cuando detecta una amenaza y activar una respuesta de miedo o ansiedad.

Para Guadarrama, Escobar y Zhang, (2006) la serotonina tiene un papel importante en la neuroquímica de la depresión, de la indefensión aprendida mencionada anteriormente en estudios experimentales con animales.

### **Noradrenalina**

Este neurotransmisor también es una monoamina química localizada en el cerebro. En el tallo cerebral se genera la noradrenalina (NA) donde el Locus coeruleus (LC) estructura que forma parte de la formación reticular, cuenta con una actividad tónica como marcapaso. La actividad de las neuronas de LC se incrementa de forma significativa en los periodos de vigilia y en episodios de estrés (Guadarrama et al., 2006).

A decir de estos autores la carencia de este neurotransmisor o bien su desequilibrio pueden llegar a causar “psicosis depresiva unipolar o bipolar. Por otra parte, mencionan que un aminoácido indispensable para la síntesis de la noradrenalina es la tirosina la cual es convertida a dopa... por la tirosina-hidroxilasa, la cual a su vez es convertida a noradrenalina por la enzima dopamina-beta-hidroxilasa.

La función de la noradrenalina como en el caso de la serotonina se da en los cambios de humor, el placer sexual, el control de los impulsos de la ira y como en el caso de la dopamina, los niveles de alerta, de energía y la motivación (Rosas et al., 2011).

### **Dopamina**

Otra mono amina química cerebral es la dopamina es producida naturalmente por el cuerpo, se libera principalmente del “*nucleus accumbens*”, “la sustancia negra y el estriado”, (Castro, Chico & Portugal, 2005) la cual está asociada con la obtención del placer, así como con problemas de atención, motivación y los estados de alerta.

La sustancia negra es un gran núcleo motor que se encuentra situado entre el tegmento y el pilar o pedúnculo a lo largo del mesencéfalo, la importancia de dicha sustancia como motor se pone de manifiesto cuando se tienen disturbios en las funciones motoras encontradas en la



enfermedad de Parkinson, en la cual se da la degeneración de las células que contienen melanina en la porción compacta de la sustancia negra. Bajo situaciones normales la dopamina se encuentra en las células pigmentadas de sustancia negra (Murray, 2000).

Diversas investigaciones en modelos animales han permitido destacar que uno de los mecanismos que participa en las conductas motivacionales es el “sistema mesocorticolímbico, formado por estructuras del cerebro medio como el Área Tegmental Ventral (ATV) y la sustancia negra, y del cerebro anterior (amígdala, tálamo, hipocampo, corteza cingulada y corteza prefrontal) entre otras áreas. Dicho sistema recibe en su conjunto el nombre de circuito del placer o de recompensa” (Volkow, Fowler & Wang, 2004; citado en Becoña & Cortés, 2010).

Luego entonces, la dopamina se encarga de manera directa de establecer y regular la sinapsis del circuito de recompensa el cual se constituye de dos grandes vías llamadas mesolímbica y mesocortical, la primera de tono dopaminérgico conecta el ATV (cerebro medio) con el sistema límbico vía NAc (núcleo accumbens), amígdala e hipocampo, así como con la corteza prefrontal (cerebro anterior basal) (Becoña et al., 2010).

La interacción de los neurotransmisores como la serotonina y la noradrenalina los cuales tienen una marcada influencia en los patrones de la conducta y en las funciones mentales, mientras que por su parte la dopamina se encuentra involucrada con la función motriz (Ídem).

Como se ha podido observar en diferentes investigaciones y de manera particular por autores como Sirera y cols. (2006) el estrés y la Depresión pueden alterar de manera importante la función de los neurotransmisores en el cerebro, así como, del sistema inmune propiciando con ello el crecimiento y desarrollo de las enfermedades llamadas neoplásicas. Sin embargo, las intervenciones terapéuticas para reducir el trastorno depresivo y el estrés están asociadas con una mejoría en el curso de dichas enfermedades (Ídem). Ver siguiente cuadro: Efecto de las intervenciones terapéuticas para reducir el estrés sobre el curso de la enfermedad neoplásica.

Tipo de intervención	Efecto fisiológico	Referencia
Aumento de la ayuda psico-social a enfermos con cáncer de mama	Disminución de la aparición de metástasis Aumento de la supervivencia	(Spiegel, 1989)
Psicoterapia en pacientes de mama resecado	Mejora psicológica Normalización de funciones inmunes Mayor tiempo a la recaída	(La Raja, 1997)
Pacientes con melanoma que recibieron terapia de grupo	Menor tasa de recaída Disminución de la mortalidad	(Fawzy, 1993)

Tomado de: Sirera, Sánchez & Camps, 2006. Inmunología, Estrés, Depresión y Cáncer.

## 2.4 DATOS EPIDEMIOLÓGICOS DE LA DEPRESIÓN

La salud mental se está convirtiendo en los últimos años, en un importante reto para la salud pública a nivel mundial. Los costes económicos derivados de los trastornos afectivos son enormes para la sociedad mexicana.

De acuerdo con datos del Informe sobre Sistema de Salud Mental en México (IESM-OMS, 2011) el país vive cambios epidemiológicos “polarizados” ya que es notorio la disminución de enfermedades infecto-contagiosas, en contra del alza en los accidentes, las lesiones, así como las enfermedades mentales. Siendo el trastorno depresivo el que ocupa el primer lugar en mujeres y el quinto en hombres.

La observación del comportamiento de las personas en su entorno diario, es la principal manera de conocer el estado de su salud mental en diferentes aspectos, el manejo de sus capacidades, competencias y responsabilidades, sus relaciones interpersonales y la manera de llevar su vida personal de forma independiente, así como la forma de enfrentamiento a sus temores y sus propias tensiones en situaciones difíciles y momentos traumáticos; permiten a las instancias de salud establecer una tipología acerca de su nivel de salud mental.

A principios del presente siglo la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica realizada entre el 2001 y 2002, arrojó que el 68% de la población mexicana ha estado expuesta al menos a un suceso estresante en su vida.

La exposición varía por sexo (violación, acoso y abuso sexual son más frecuentes en mujeres; los accidentes y robos entre los hombres). El 2.3% de las mujeres y el 0.49% de los hombres presentaron un trastorno de estrés postraumático (Medina-Mora et al., 2005).

Por otra parte, los trastornos afectivos en la Ciudad de México, incluyen el 9% de la población adulta de entre los 18 y 65 años con 7.8% de episodios depresivos mayores a razón de 2.5 mujeres por cada varón (Souza y Machorro & Lenin 2010).

Sin embargo, de acuerdo con datos de la Encuesta Epidemiología Psiquiátrica 2005 (ENEP, 2005) sólo una de cada cuatro personas con Depresión recibe ayuda; una de cada 10 es atendida por un médico; una de cada 20 es atendida por un médico psiquiatra, y sólo una de cada tres pacientes recibe tratamiento y toma el medicamento prescrito (Secretaría de Salud 2007).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008 citado en WFMH, 2012) revela que aun cuando la Depresión es causa de incapacidad tanto para hombres y mujeres, la carga de este padecimiento es de un 50% mayor en mujeres, tanto en países de alto nivel de ingresos como los de nivel medio o bajo. Así mismo, refieren que la investigación sugiere que, en las ciudades en vías de desarrollo, la Depresión en las madres puede ser un factor de riesgo para el retraso del crecimiento de niños pequeños.

En este marco, los trastornos mentales se manifiestan de diferentes maneras en los individuos, las familias y en las sociedades en general, prueba de ello están representados en el siguiente cuadro:

**Algunos datos del mundo:**

450 millones de personas sufren un trastorno mental o de la conducta...

Las principales enfermedades mentales son la esquizofrenia, el trastorno bipolar (maniaco-depresivo), la *depresión severa*, el trastorno obsesivo compulsivo, la enfermedad de Alzheimer y otras como la epilepsia y la anorexia...

Más de 150 millones de personas sufren alguna Depresión en su vida...

La Depresión cobra mayor importancia día a día y se estima que para el año 2020 será la segunda causa de años de vida saludable perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados...

Organización mundial de la salud, 2004. Tomado de Instituto Nacional de las Mujeres, México 2006.

Sin embargo, los resultados obtenidos por estudios realizados en 18 países de diversas regiones del mundo consideraron que países de ingreso bajo y medio, que incluyeron México, la India, China y Sudáfrica obtuvieron las tasas más bajas de Depresión; en contraparte, las tasas más altas son las observadas en los países con ingresos más elevados, entre los que se encuentran Francia, Holanda, Nueva Zelanda y los Estados Unidos de América (Wagner et al., 2012).

Así mismo, refieren los autores que el estado civil es un factor importante asociado con la Depresión, siendo así, que las personas separadas o que nunca se casaron en países con niveles económicos altos tuvieron mayor propensión al trastorno depresivo, mientras que las personas viuda o divorciada de países pobres también lo manifestaron. Por otra parte, encontraron que las personas con bajo nivel de educación en países como México, Israel, Ucrania y la India tenían mayor riesgo de Depresión (Ídem).

Sin embargo, en contraste con estos estudios autores como Berenzon, Lara, Robles y Medina-Mora (2013) mencionan que en México la Depresión ocupa el primer lugar de discapacidad para las mujeres y el noveno para los hombres.

En el mismo sentido, Medina-Mora y cols. (citado, en Berenzon et al., 2013) argumentan que, si bien las diferencias por nivel socioeconómico no son significativas en la prevalencia de los trastornos depresivos, la población que se encuentra en condiciones de pobreza presenta una Depresión más aguda que aquella que vive en mejores condiciones económicas.

En población mexicana, la probabilidad de que la mujer sufra Depresión aumenta si es casada, si tiene entre 25 y 40 años, si se dedica a labores del hogar (Inmujeres et al. 2006) y tiene la responsabilidad de cuidar a un enfermo, así como estar desempleada, el aislamiento social y tener problemas legales.

A decir de, Berenzon et al., (2013) las mujeres presentan más prevalencias de ser agredidas ya sea, violencia física, persecución, abuso sexual lo cual es coadyuvante con la Depresión causando deterioro en la salud y en la calidad de vida, propiciando enfermedades crónicas como la diabetes, los trastornos respiratorios, las enfermedades cardiacas o la artritis. Por otra parte, en los hombres esta incidencia se puede apreciar si están desempleados siendo esto más impactantes que en las mujeres, se considera que, ellos experimentan otro tipo de violencia, como atracos con armas, secuestros y accidentes.

Chinchilla Moreno (2008) considera a la Depresión como un trastorno con altísima incidencia y prevalencia en la población en general. Así mismo, explica no todos los pacientes son bien diagnosticados, por ende, quien la padece sufre un gran malestar, mermando su calidad de vida, con repercusiones sociofamiliares, laborales y conyugales.

La Secretaría de Salud refiere que, de acuerdo con el estudio “Costo Social de los Trastornos Mentales” de Pro Voz, - un grupo de asociaciones no gubernamentales- el cual se realizó a 4,048 trabajadores mexicanos del sector salud durante dos años, arrojó que las mujeres sufren casi el doble de depresión (14.4%) en comparación con los hombres (8%). Por su parte, La Organización Mundial de la Salud (OMS), establece que en promedio se registran 3 mil intentos de suicidios, y en México se estima que cada año hay hasta 14 mil, sin considerar a los consumados, lo cual coloca a nuestro país en el noveno lugar de muertes auto infligidas de una lista de 53 aproximadamente (OMS, 2014).

Así mismo, dicha Secretaría menciona que la parte más peligrosa de la Depresión se da “cuando se abre una puerta al vacío” y que son muy pocas las personas que logran identificar las etapas de este trastorno emocional.

En el estudio realizado por Borges (2010, citado en Wagner et al., 2012) se destaca, que más de 40% de las personas con un intento suicida padecían algún trastorno de ansiedad. De igual manera, en una encuesta realizada en México arrojó que las personas que padecen el “efecto combinado de trastornos depresivos y de conducta antisocial” tenían mayor riesgo de ideación e intento suicida.

Es importante mencionar, que los episodios depresivos en la infancia pueden llegar a tener implicaciones en la edad adulta. Siendo, México un país de población joven con una edad mediana de 22 años (Benjet, Borges, Medina-Mora, Fleiz & Zambrano, 2004) encontrándose que las personas que presentaron un episodio depresivo antes de los 18 años tiene en promedio siete episodios a lo largo de su vida. Sin embargo, los jóvenes con depresión como se ha venido mencionando difícilmente son atendidos en su primer episodio.

Estudios con población adolescente han demostrado que el trastorno depresivo es el más frecuente; 7.8% de los jóvenes la presentaron (Berenzon et al., 2013). Este padecimiento puede interferir con el desarrollo académico y la falta de oportunidades para la realización de sus aspiraciones. Por otra parte, a decir de los autores, México es una de las naciones que presenta

mayor retraso en la búsqueda de atención argumentando, que son diversos los factores asociados con la demora de atención, tales como el estigma, los horarios y costos lo que hace que quienes solicitan la atención tarden hasta 14 años para llegar a un tratamiento especializado.

Otras de las conductas en adolescentes derivadas de un trastorno depresivo, es la lesión autoinflingida (LAD), que incluyen acciones que pueden tener o no consecuencias fatales, así como el intento suicida ya que el propósito explícito de la conducta está relacionado con morir o dejar de vivir. Un estudio realizado en México, con jóvenes de secundaria arrojó la vinculación que existe entre la problemática depresiva y la suicida, siendo más notoria la prevalencia en las mujeres (González-Forteza, Romero & Jiménez, 2009).

La prevalencia de la Depresión entre los 32 estados de la República Mexicana fue muy variable. Se encontró que, con respecto a los hombres, las cifras más elevadas se reportaron en los estados de Jalisco (5%), Veracruz (4.6%) y Tabasco (4.5%) las entidades con porcentajes más bajos fueron Nayarit y Nuevo León, con cifras menores a 1% (Belló, Puentes-Rosas, Medina-Mora, Lozano, 2005).

Con respecto a las mujeres, las prevalencias más altas correspondieron a los estados de Hidalgo, con un 9.9%, Jalisco, con un 8.2% y el Estado de México, con un 8.1% por otra parte, las más bajas fueron las encontradas en Sonora con un 2.8% y Campeche con 2.9%. (Ídem).

Es importante, mencionar el estudio realizado en el Estado de Tabasco el cual se realizó a 190 hombres y 127 mujeres provenientes de tres institutos superiores tecnológicos del estado (Superior de Macuspana, Superior de la Zona Olmeca y Superior de los Ríos) la edad promedio de los participantes fue entre 17 y 25 años (Lazarevich, Delgadillo, Mora & Martínez 2013).

Para los autores, “un aspecto importante para explicar la mayor prevalencia de la depresión en las mujeres estudiantes del presente estudio, está relacionado a la diferencia en el enfrentamiento al estrés entre hombres y mujeres”.

La exposición a cualquier tipo de trauma, incluido el abuso sexual, genera cambios en las personas las cuales se ven a sí mismas diferentes y la relación con los demás se torna incierta.

En suma, el Abuso Sexual Infantil es por demás un evento estresante y significa la pérdida de la estabilidad emocional, lo que desencadena un cuadro depresivo, el cual se va manteniendo por la percepción de la víctima, por la falta de control sobre los acontecimientos generados a tan temprana edad, así mismo, la pérdida progresiva de autoestima que por lo general conlleva, sentimientos de culpa y una falta de proyección de una vida favorable en el futuro, debido al clima de maltrato en el que ha vivido.

Ocasionalmente todos los seres humanos se pueden sentir melancólicos o tristes, pero estos sentimientos, por lo general desaparecen con el pasar de los días. Pero cuando una persona tiene un trastorno depresivo, este interfiere con la rutina de la vida diaria y el desempeño normal y

causa dolor tanto para quien padece el trastorno como para quienes se preocupan por él o ella como lo refiere el Instituto de Salud Mental (NIMH por sus siglas en inglés, 2009).

### **Depositar en el suelo la vieja mochila**

Imagínese que está haciendo una larga excursión y que lleva una mochila a la espalda cargada con todos los recuerdos de su niñez... Ascende usted lentamente montaña arriba, la mochila le pesa, y por fin alcanza lo alto de una colina... El camino deja de subir y se hace más ancho, y llega a un lugar lleno de magia... El aspecto de ese lugar sólo usted lo conoce. Tal vez haya allí un lago o una gruta, tal vez un árbol especial, una iglesia o un templo. .. Mire detenidamente en derredor suyo... Por fin, encuentra un lugar en el que descargar su mochila... Luego descubre un sitio en el que sentarse a descansar. Allí siente lo agradable que es haber depositado la mochila en el suelo. Los últimos rayos del sol le bañan con su calidez, y usted siente que se ha quitado un peso de encima... De pronto nota que un ser amistoso se le acerca, le sonríe y le hace entrega de un regalo... Recibe usted algo que le será de ayuda en este preciso momento de su vida... Tal vez no comprenda enseguida cuál es el mensaje del regalo, pero no obstante lo acepta dándole las gracias... Pasado un rato, vuelve usted al lugar en el que ha depositado su mochila y medita qué parte de su contenido podría seguir utilizando en el futuro y qué parte preferiría dejar atrás... ¡Haga una selección!... Luego vuelve a bajar lentamente por el camino hasta llegar al valle... Por último dirija de nuevo su atención al aquí y al ahora.

Tomado de: Ulrike Dahm (2011). RECONCILIATE CON TU INFANCIA. Cómo curar antiguas heridas.

**“La vida de un hombre es lo que sus pensamientos hacen de ella”**

**Marco Aurelio**

### **CAPÍTULO 3. ESTUDIOS QUE RELACIONAN EL ABUSO SEXUAL EN LA INFANCIA Y LA PRESENCIA DE DEPRESIÓN EN SOBREVIVIENTES.**

#### **3.1 EL ABUSO SEXUAL INFANTIL (ASI) Y DEPRESIÓN**

El abuso sexual infantil ASI, siempre ha existido. Ocurre, tanto en las culturas más primitivas, como en las más desarrolladas y en cualquier nivel económico y sociocultural. En los países desarrollados, aproximadamente a partir de 1960, se comenzaron a promulgar leyes que exigían la denuncia de sospecha de maltrato infantil y negligencia y posteriormente se ampliaron a la sospecha de abuso sexual.

A lo largo de la vida, tanto hombres como mujeres pueden verse afectados por situaciones de violencia, desde los primeros años de vida ésta puede estar inmersa en el hogar mismo, y en más, de las ocasiones por parte de los propios familiares. Los perpetradores suelen ser miembros de la familia los padres especialmente, así como, personas desconocidas (Rivera-Rivera, Allen, Chávez Ayala, Ávila-Burgos, 2006).

A decir de estos autores, diversos estudios muestran que las niñas que han sido víctimas de violencia física o sexual durante la infancia en donde los agresores suelen ser los familiares más cercanos, tienen mayor probabilidad de ser revictimizadas sexualmente en la vida adulta (Rivera et al., 2006).

No todas las personas reaccionan de la misma forma frente a la experiencia del ASI, así como tampoco todas comparten las mismas características. El impacto emocional que precede a una agresión sexual por lo general está en función de la frecuencia y duración de la experiencia, así como el empleo de la fuerza y de amenazas por parte del agresor.

Los estudios revisados destacan la relevancia del ASI, como precedente para la Depresión, tanto en México como en otros países.

Noemí Pereda (2009) llevó a cabo una investigación, cuyo objetivo era identificar las principales consecuencias psicológicas iniciales encontradas en diversos estudios tanto en España, como a nivel internacional realizados con víctimas de abuso sexual infantil. El estudio se realizó a través de una búsqueda de las principales bases de datos, tales como: Psycinfo y Social Sciences Citation Index de la Web of Science. Comprendió cinco categorías: problemas emocionales, problemas cognitivos, problemas de relación, problemas funcionales y problemas de conducta. En la siguiente tabla se muestran aquellos estudios realizados referentes a la categoría de los problemas emocionales.

<b>CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS INICIALES DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL: PROBLEMAS EMOCIONALES</b>	
<i>Sintomatología</i>	<i>Estudios</i>
<b>Miedos Fobias</b>	Ligezinska, Firestone, Manion, McIntyre, Ensom y Wells (1996); Mannarino y Cohen(1986)
<b>Síntomas depresivos Ansiedad</b>	Ackerman et al. (1998); Ahmadkhaniha, Shariat, Torkaman-nejad y Moghadam (2007); Briere y Elliott (1994); Cohen y Mannarino (1988); Cosentino, Meyer-Bahlburg, Alpert, Weinberg y Gaines (1995); Dykman, McPherson, Ackerman, Newton, Mooney, Wherry, et al. (1997); Hébert, Tremblay, Parent, Daignault y Piché (2006); Kaufman (1996); Ligezinska et al. (1996); Mannarino y Cohen (1986); McLeer et al. (1998); Mian et al. (1996); Oates et al. (1994); Putnam (2003); Stern, Lynch, Oates, O'Toole y Cooney (1995); Swanston et al. (1997); Tebutt et al. (1997); Wolfe y Birt (1997)
<b>Baja autoestima sentimiento de culpa estigmatización</b>	Black et al. (1994); Brand, King, Olson, Ghaziuddin y Naylor (1996); Briere y Elliott (1994); Cerezo (1995); Hébert et al. (2006); Ligezinska et al. (1996); Mannarino y Cohen (1986); Oates et al., (1985); Oates et al. (1994); Quas, Goodman y Jones (2003); Stern et al. (1995); Swanston et al. (1997); Tebutt et al. (1997)
<b>Trastorno por estrés Postraumático</b>	Ackerman et al. (1998); Briere y Elliott (1994); Hall (1999); McLeer et al.; (1998) Timmons-Mitchell, Chandler-Holtz y Semple (1997); Tremblay, Hébert y Piché (2000)
<b>Ideación y conducta suicida autolesiones</b>	Aglan, Kerfoot y Pickles (2008); Brand et al. (1996); Briere y Elliott, (1994); Garnefski y Arends (1998); Garnefski y Diekstra (1997); Martin et al. (2004); McLeer et al. (1998); Swanston et al. (1997)

Tomado de: Noemí Pereda Beltran, Universidad de Barcelona. Papeles del Psicólogo, 2009, Vol. 30(2), pp. 135-144.

Por otra parte, es importante mencionar que la exposición a la violencia desde etapas muy tempranas puede tener un “impacto en la arquitectura del cerebro en proceso de maduración” sin dejar de mencionar la salud mental con afectaciones como el trastorno de ansiedad y la



Depresión, alucinaciones, bajo desempeño académico y laboral, así como comportamiento agresivo (UNICEF, 2011). Ver siguiente cuadro:

***Consecuencias agudas y a largo plazo de la violencia contra los niños, niñas y adolescentes***

<b><i>Consecuencias para la salud física</i></b>
<b>Lesiones abdominales o torácicas</b> <b>Lesiones cerebrales</b> <b>Moretones e hinchazón</b> <b>Quemaduras y escaldaduras</b> <b>Lesiones del sistema central</b> <b>Fracturas</b> <b>Desgarros y abrasiones</b> <b>Lesiones oculares</b> <b>Discapacidad</b>
<b><i>Consecuencias sexuales y reproductivas</i></b>
<b>Problemas de salud reproductiva</b> <b>Disfunción sexual</b> <b>Enfermedades de transmisión sexual, como la infección por el VIH y el sida</b> <b>Embarazos no deseados</b>
<b><i>Consecuencias psicológicas</i></b>
<b>Abuso del alcohol y otras drogas</b> <b>Disminución de capacidad cognoscitiva</b> <b>Comportamientos delictivos, violentos y otros tipos que implican riesgos</b> <b>Depresión y ansiedad</b> <b>Retraso del desarrollo</b> <b>Trastornos de la alimentación y el sueño</b> <b>Sentimientos de vergüenza y culpa</b> <b>Hiperactividad</b> <b>Incapacidad para relacionarse</b> <b>Desempeño escolar deficiente</b> <b>Falta de autoestima</b> <b>Trastornos postraumáticos por estrés</b> <b>Trastornos psicosomáticos</b> <b>Comportamiento suicida y daño auto infligido</b>
<b><i>Consecuencias de salud a largo plazo</i></b>
<b>Cáncer</b> <b>Enfermedad pulmonar crónica</b> <b>Síndrome de colon irritable</b> <b>Cardiopatía isquémica</b> <b>Enfermedad hepática</b> <b>Problemas de salud reproductiva, como esterilidad</b>
<b><i>Consecuencias económicas</i></b>
<b>Costos directos:</b> <b>Tratamiento, visitas al médico de hospital y otros servicios de salud</b>

**Costos indirectos:**

**Productividad perdida, discapacidad, menor calidad de vida y muerte prematura**

**Costos para el sistema de justicia penal y otras instituciones:**

**Gastos relacionados con detener y procesar infractores. Costos para organizaciones de bienestar, social, costos asociados con hogares sustitutos, para el sistema educativo y costos para el sector de empleo que resultan del ausentismo y la baja productividad.**

Tomado de: Paulo Sérgio Pinheiro, Informe Mundial sobre la Violencia contra los Niños y las Niñas, Naciones Unidas, 2006, p.16.

Los efectos de la victimización a largo plazo son, en general, muy negativos para el funcionamiento psicológico de las víctimas, sobre todo cuando el agresor ha sido un miembro de la misma familia y cuando se ha producido un abuso sexual con penetración. Si bien estas consecuencias de largo alcance son variables de unos casos a otros, hay una estrecha relación entre el ASI y la aparición de alteraciones emocionales en la juventud y en la vida adulta.

Así mismo, las víctimas adultas de ASI pueden experimentar un trastorno de estrés postraumático crónico, una sintomatología ansioso-depresiva, un comportamiento sexual insatisfactorio, trastornos de personalidad (especialmente el trastorno antisocial y el trastorno límite), alteraciones de la conducta alimentaria, abuso de alcohol o drogas o una adaptación inadecuada a la vida cotidiana (Fergusson, Boden & Horwood, 2008; Flitter, Elhai y Gold, 2003; Kendler, Bulik, Silberg, Hettema, Myers & Prescott, 2000; McLean & Gallop, 2003; Pereda, Gallardo-Pujol & Jiménez Padilla, 2011; Putnam, 2003; citado en Cantón-Cortés, & Cortés, 2015 ).

En otros casos pueden aparecer alteraciones psicósomáticas en la vida adulta (por ejemplo, problemas respiratorios o gastrointestinales, sobrepeso, dolores de cabeza persistentes, consultas frecuentes a los Centros de Salud) como resultado directo o indirecto de un abuso sexual continuado en la infancia (James, 2008; Maniglio, 2009). En conjunto, las víctimas de ASI pueden experimentar en la vida adulta una tasa de trastornos mentales 2.4 veces mayor que las personas no expuestas al ASI (Cantón-Cortés & Cortés, 2015).

Otros autores (Cantón y Cantón, 2007; Del Campo & López, 2006; Echeburúa & Subijana, 2008; Lemieux & Byers, 2008 citado en Cantón-Cortés & Cortés, 2015) mencionan que, en las tres últimas décadas, los estudios han sugerido de forma consistente que el ASI se asocia a consecuencias psicológicas negativas en poblaciones adultas, variando desde la Depresión y los problemas de autoestima hasta los trastornos sexuales y de la personalidad.

Durante la infancia y en la adolescencia, el ambiente escolar, junto con el familiar incide de manera significativa en los niños. Sin embargo, en la actualidad ASI es considerado como un

problema doméstico y se carece de cifras oficiales que precisen la magnitud del problema en otros ambientes como el educativo.

En las familias donde predomina la violencia, son campo fértil para el agresor, ya que por lo general este maltrato es tolerado, invisibilizado y se concibe como natural. Sin embargo, el maltrato y el abuso sexual se dan también adentro de las instituciones educativas, ejerciendo dicho abuso en contra de estudiantes de preescolar, primaria y secundaria por parte de los propios maestros, conserjes entre otros (Secretaría de Seguridad Pública, 2010).

Para dar un ejemplo de ello se describirá un taller para la detección de casos de ASI, diseñado e impartido por, Brenda Mendoza (2009), Asesora Técnica de la Dirección de Educación Especial en la Secretaría de Educación Pública. El estudio se realizó con 1 025 niños y niñas de educación básica y sus resultados fueron aceptados como evidencia en procesos legales.

Dicho taller fue impartido en 25 escuelas de educación básica, (tres de nivel preescolar; 17 primarias y cinco secundarias) las cuales habían registrado denuncias de ASI y las denuncias se habían reportado a la Administración Federal de Servicios Educativos para el D.F. Los participantes fueron 20 niños de cinco años de edad (14 niñas y 6 niños), con respecto a nivel primaria 760 alumnos (397 niñas y 363 niños), 245 los de secundaria (128 mujeres y 113 hombres). Los alumnos estaban inscritos en escuelas públicas de las delegaciones Álvaro Obregón, Azcapotzalco, Cuajimalpa, Gustavo A. Madero, Iztapalapa, Miguel Hidalgo, Tláhuac, Tlalpan, Venustiano Carranza.

Los resultados del taller arrojaron que, 51 profesores habían agredido con algún tipo de maltrato ya sea emocional-físico, acoso o abuso sexual; siendo el 80% de estos maestros en nivel primaria, 10.2% en secundaria y 9.8% en jardín de niños.

A decir de Mendoza (Ídem) cuando se detectaba algún caso de abuso se procedía a una entrevista individual con la víctima, con la finalidad de obtener su permiso para “revelar el secreto” a los padres, a fin de contar con su apoyo para que los niños no sufrieran una doble victimización, a fin de que las secuelas no persistan en la vida adulta y la agresión quede impune al no realizar la denuncia correspondiente.

Con respecto al género, del total de maestros el 60.7% correspondía a hombres y el 39.2% a mujeres, así mismo se identificaron que las mujeres ejercían más el maltrato emocional y físico, por el contrario, el 17.6% eran hombres los cuales en su mayoría fueron identificados como los agresores de abuso sexual o acosaron sexualmente a los alumnos 11.7%; del total de estos, la identificación reportó (doce profesores, dos conserjes, y dos esposos de profesoras frente a grupo).

Así mismo, en referencia a las conductas de abuso sexual se identificó en todos los casos que los adultos comprometidos utilizaban amenazas tales como: **“si dices algo te repruebo; si dices algo ya no te voy a querer”** otras conductas que se revelaron en el taller de maltrato por parte de los profesores, se plantean en el siguiente cuadro:

NIVEL EDUCATIVO			
Grupos	Jardín de niños	Primaria	Secundaria
<b>Maltrato emocional</b>		Burlas Apodos, insultos Impide participar Amenazas Bajar los pantalones del niño frente a grupo  Hablar mal del alumnado que no está presente	
<b>Maltrato físico</b>		Golpear con objetos Golpear en las partes del cuerpo Jalones, empujones, pellizcos Maltrato a pertenencias Mantener a los alumnos de pie o hincados durante la clase Mojarlos la cabeza y ponerlos al sol	
<b>Acoso sexual</b>		Invitación a un acto sexual Pláticas (contenido sexual) Preguntas insistentes sobre la sexualidad de los alumnos	Invitación (comportamiento sexual) Pláticas Miradas al cuerpo de los alumnos Intento por tocar el cuerpo de chico Preguntas insistentes sobre la sexualidad de los alumnos
<b>Abuso sexual</b>	Tocamiento (partes íntimas) Amenazas Obligación de mantener el secreto Coerción	Tocamiento (partes íntimas) Amenazas Obligación de mantener el secreto Coerción	

Para la autora, la identificación temprana evitaría que el maltrato infantil se vuelva crónico, reduciendo con ello las consecuencias que afectan el desarrollo evolutivo de los niños, y que tienen efectos importantes en la salud de los mismos como ansiedad, depresión, miedo y desconfianza a los hombres (Echeburúa & Guerricaecheverría, 1998 citado Mendoza, 2009).

Por otra parte, Briere (1992, citado en Pinto & Silva, 2013) señala que de los efectos cognoscitivos asociados al ASI se relacionan con la auto percepción del niño, ya que a decir del autor el menor tiene una sensación interna de **“maldad”** como una manera de justificar el abuso y al agresor, lo anterior conlleva daño cognitivo a nivel del juicio crítico lo cual le impediría

una evaluación asertiva de situaciones de riesgo y por consecuencia la vulnerabilidad en la edad adulta.

Algunos de los teóricos que han estudiado los problemas cognitivos y de rendimiento escolar en víctimas de ASI y entre los cuales se destaca, la disminución en la capacidad de atención y concentración encontrándose una frecuencia de sintomatología hiperactiva entre un 4% y hasta un 40% de las víctimas (Mannarino & Cohen, 1986; Ackerman et al., 1998; citado en Pereda, 2009). Ver siguiente cuadro:

<b>CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS INICIALES DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL: PROBLEMAS COGNITIVOS</b>	
<i>Sintomatología</i>	<i>Estudios</i>
<b>Conductas hiperactivas</b>	<b>Cohen y Mannarino (1988); Dykman et al. (1997); Mannarino y Cohen (1986)</b>
<b>Problemas de atención y concentración bajo rendimiento académico peor funcionamiento cognitivo general</b>	<b>Einbender y Friedrich (1989); Kinard (2001a, 2001b); Shonk y Cicchetti (2001)</b>
<b>Trastorno por déficit de atención con hiperactividad</b>	<b>Ackerman et al. (1998); Kaufman (1996); Weinstein, Staffelbach y Biaggio (2000); Wolfe y Birt (1997)</b>

Tomado de: Noemí Pereda Beltran, Universidad de Barcelona. Papeles del Psicólogo, 2009, Vol. 30(2), pp. 135-144.

Otro estudio, también a nivel escolar fue en el Centro Histórico de la Ciudad de México, se realizó una encuesta en dos escuelas secundarias, participaron 508 hombres (54.3%) y 428 mujeres (47.7%). El promedio de edad en ambos sexos fue de 13.7 años. El objetivo del presente estudio era conocer la posible relación entre el abuso sexual y la salud mental de los/las estudiantes de secundaria, y su prevalencia con la Depresión y la ideación suicida.

La mayor parte de ellos tenían su domicilio en la Delegación Cuauhtémoc, así mismo destacó que la ocupación de los padres correspondía en una tercera parte a empleados de oficina o de algún establecimiento, el resto se dedicaba al comercio (21.6% en lugar fijo y 6.7% ambulante). Las madres contaban con una escolaridad estudios completos e incompletos de primaria, en comparación con los padres ya que cada uno de cinco tenía estudios a nivel universitario completos o incompletos (20.0%).

Los resultados revelaron que el número de veces que fueron víctimas de abuso sexual fue ligeramente mayor en mujeres (2 veces en la vida), en tanto que en los varones fue de 1.6%. La relación entre Depresión y de la ideación suicida fue estadísticamente significativa en los hombres 50% siendo en las mujeres más alta la proporción 67% (González-Forteza, Ramos, Vignau & Ramírez, 2001).

En concordancia con lo anterior, la Directora General del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM), doctora María Elena Medina Mora, menciona que la depresión es la predicción más importante para intentar suicidio. Destaca que la Depresión, dificulta que las personas enfrenten sus problemas cotidianos y tomen decisiones drásticas y que las conductas en los adolescentes pueden pasar desapercibidas al considerarlas propias de la edad (Secretaría de Salud, 2016).

De acuerdo con datos de Amnistía Internacional (2008) la violencia que se da en las instituciones educativas y su entorno es un fenómeno generalizado y un gran obstáculo para su educación. Dicha violencia principalmente contra las niñas en la escuela, empobrece su autoestima, perjudica sus resultados educativos y tiene efectos inmediatos y a largo plazo en su salud mental y física, de igual manera para su independencia social y económica.

Así mismo, este Organismo refiere que en el informe sobre la violencia contra los niños y las niñas publicado por la ONU en (2006, et al., 2008) reveló que diversos estudios en todo el mundo informaron de forma sistemática de los graves problemas generados por este tipo de abusos. Por ejemplo:

- Un estudio europeo sobre menores con Depresión determinó que los castigos corporales eran el indicador del pasado que más claramente reflejaba su Depresión actual.
- Un estudio de Camerún mostró que los castigos corporales en el hogar y en la escuela bloqueaban el desarrollo de las habilidades sociales, haciendo que las víctimas tuvieran más probabilidades de convertirse en personas pasivas, temerosas de expresar sus ideas y sentimientos con libertad y, en algunos casos, perpetradoras ellas mismas de violencia psicológica.
- Estudios realizados en Sudáfrica determinaron que las víctimas de violencia sexual que denunciaban se encontraban con una respuesta tan agresiva y hostil que preferían dejar de asistir a clase por un tiempo, o bien se cambiaban de institución educativa o abandonaban por completo sus estudios.

Diversas investigaciones han evaluado y reportado a la Depresión, ansiedad y baja autoestima como resultado del ASI, ya sea a corto y largo plazo como ya se ha mencionado anteriormente.

Las consecuencias de vivir un abuso sexual van a estar íntimamente relacionadas, no sólo con las características del incidente, sino también de la resiliencia del menor, el nivel de funcionamiento del mismo, así como los factores de riesgo presentes en su vida y los factores protectores, incluyendo los recursos sociales, emocionales y las redes familiares disponibles

para ayudar al niño o la niña a subsanar las heridas del incidente abusivo (SENAME, 2004 citado en Ysern De Arce & Becerra, 2006).

En un estudio realizado en la Universidad de Granada, España participaron 1.162 estudiantes los cuales habían sufrido ASI, las edades oscilaban entre los 18 y 50 años. 993 eran mujeres (85.4%) con una media de edad de 19,7 años y 169 hombres (14.6%) con una media de edad de 20,4 años. Es importante mencionar que el presente, sólo incluyó a aquellos casos en que el primer o único episodio de abuso fuera antes de que la víctima cumpliera 13 años de edad.

El estudio se realizó entre el curso 2003-2004 hasta el 2006-2007 (por parte de los estudiantes de la Facultad de Psicología y La Escuela Universitaria de Trabajo Social, de la Universidad mencionada), una vez seleccionado el grupo, se procedió a formar un grupo de comparación de igual número de estudiantes los cuales no habían sido abusados (Cantón & Justicia, 2008).

Los resultados arrojaron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos, tanto en Depresión como en autoestima (se utilizó el Beck Depresión Inventory y la Rosenberg Self-Esteem Scale, respectivamente). En las víctimas de abuso sexual la puntuación fue mayor, así como la puntuación en autoestima resultó significativamente menor en comparación con los estudiantes que no habían sido victimizados en la infancia.

Por lo tanto, los autores hacen alusión a los estudios de Levitan, 2003 (Cantón et al., 2008) en cuanto a los resultados obtenidos ya que concuerdan en que haber sufrido ASI supone un incremento de 10.8 y 21.6% en la probabilidad de sufrir problemas de Depresión y autoestima, en jóvenes y adultos. Las características del abuso, y el hecho de que se dé por lo general de manera imprevisible y repetida, suele provocar respuestas de sumisión e indefensión por parte de quien lo padece, sin embargo, son estas mismas conductas las que tienen, a su vez, el efecto de coadyuvar el comportamiento del agresor, ya que en más de las ocasiones estos hechos no se denuncian, dejando a la víctima en total indefensión.

Otro estudio se realizó en Chile, en las ciudades de Arica e Iquique participaron 224 personas adultas formando un grupo control de aquellas que no habían vivido experiencias de ASI. La detección de abuso se realizó través de la aplicación de un Cuestionario de Abusos Sexuales, adaptado a la cultura local construido por López-Sánchez (1994, citado en Pinto y Silva 2013) así como el Inventario de Depresión de Beck BDI-II (1996) a fin de determinar la presencia de síntomas depresivos en las sobrevivientes y hacer una comparación con el grupo que no había sufrido abuso sexual en la infancia.

De la muestra total (224) personas, 102 correspondían al sexo masculino y los 122 restantes al sexo femenino la mayor cantidad de casos con edades de 30-40 años (96 casos) el restante entre los 20-29 años de edad. Por otra parte, los resultados arrojaron que 17.9% de los entrevistados refirió haber sido víctima de abusos sexuales en la infancia, el porcentaje en hombres fue de 6.1% y en las mujeres del 22.3%.

Pinto y Silva (2013), observaron que en las personas que no habían sufrido abuso sexual las relaciones de familia eran más de “armonía” 56,6% por el contrario las relaciones de los que, si habían sido víctimas, predominaba el conflicto entre los padres (20,1% sobre 13,6%) y entre padres e hijos (25,2% sobre 22,1%). Así mismo, refieren que no se encontraron diferencias significativas en cuanto al lugar donde ocurrió el abuso sexual, la mayoría de estos ocurrieron en la propia casa del niño(a), 42,1% tanto para hombres como para mujeres.

Los autores señalan que las víctimas a largo plazo tienen un mayor índice de fugas del hogar (17,5%), ingesta de drogas (20%), insatisfacción sexual (1,8%), embarazo no deseado (10%) y enfermedades de transmisión sexual (10%). En cuanto a los resultados del Inventario de Depresión de Beck, se concluyó que la puntuación media no era igual en ambos grupos, siendo mayor en las víctimas (media=13,93) que en las no víctimas (media=6,84) por lo tanto, el abuso sexual en la infancia, conlleva una importante influencia en el desarrollo de síntomas depresivos en la edad adulta (Pinto et al., 2013).

Como puede apreciarse, el abuso sexual infantil, provoca consecuencias muy graves en la salud mental de las y los sobrevivientes de este hecho. La explicación que algunos autores dan para el desarrollo de un cuadro depresivo en mujeres principalmente sumidas en la autocrítica y la tendencia a la autodevaluación, plantean que la Depresión es coadyuvante con la desesperanza aprendida (Seligman, 1967 citado en Chinchilla, 2008), es decir, en la medida en que la persona aprende que no tiene control sobre los acontecimientos y que los eventos traumáticos continúan repitiéndose sin que pueda evitarlos.

Los efectos de esta adversa experiencia llegan a ser devastadores, ya que se trata de una vivencia que deja huellas psíquicas negativas permanentes. Estos efectos pueden aparecer a corto o largo plazo. Dentro de la sintomatología que se manifiesta está la ansiedad, la depresión, sentimientos de culpa, desvalorización, hipersensibilidad, conductas autodestructivas, vergüenza, disociación, compulsividad, necesidad de aceptación, control y de perfección, inquietud con determinados adultos, baja autoestima, pérdida de la integridad física, psicológica y biológica (Behrman, 2007, citado en Mebarak, Martínez, Sánchez & Lozano, 2010).

La explicación de algunos autores para el desarrollo de la Depresión es que, al no poder hablar de la experiencia sufrida, vuelcan el dolor, el enojo y la ira por el abuso perpetuado en ellas en ocasiones hacia sí mismas (Castañeda, 2007).

Ejemplo de ello es el estudio realizado por Rivera-Rivera, Allen, Chávez Ayala, Ávila-Burgos (2006), donde concluyen que la violencia sufrida durante la infancia propicia un cuadro negativo, tanto psicológico como físico, siendo uno de ellos la revictimización. Los autores encontraron dentro de los resultados que, las mujeres víctimas de ASI tienen mayor probabilidad de sufrir nuevamente la violencia física y sexual en la edad adulta.

Para el estudio se analizaron datos extraídos de una encuesta nacional, con una muestra de 26 042 mujeres usuarias de los servicios de salud en México. Las cuales habían acudido a consulta



a los servicios públicos de salud, en el período comprendido entre octubre del 2002 y marzo del 2003 contemplando los 32 estados de la República Mexicana.

Las mujeres que participaron en el estudio tenían una media de edad de 35.8 años, con respecto a su nivel socioeconómico se encontró el 45.3% de las participantes pertenecían a un nivel muy bajo, el 39.2% de nivel bajo y sólo el 15.5 correspondía al nivel medio y alto. En lo que respecta a la escolaridad la mayoría de las usuarias de los servicios de salud habían cursado primaria y secundaria, el promedio de la educación formal fue de 7.3. La mayor parte de ellas eran casadas (56.0%) las que vivían en unión libre (18.0%), las divorciadas, viudas o separadas eran (14.2%) seguidas por las solteras (11.7%).

Por otra parte, el estudio reveló, una fuerte asociación de sufrir violencia con la pareja actual (3.10%) y haber sufrido el abuso sexual antes de los 15 años de edad, así mismo refieren los autores que estas mujeres tuvieron 11.8 veces mayor posibilidad de sufrir una violación por parte de una persona diferente a la actual pareja, en comparación con otras que no habían sufrido abuso sexual en la infancia (et al., 2006).

Sin lugar a dudas, la violencia que se ejerce en los primeros años de vida deja marcas algunas de ellas eventualmente se pueden resolver, hay eventos estresantes como rupturas, pérdidas de seres queridos, conflictos personales o relacionados con el trabajo, otros a nivel académico, pero los eventos vinculados al estigma, a la humillación o a los abusos sexuales recibidos en la infancia llegan a generar vergüenza y esta puede asociarse a la Depresión y con tentativas de suicidio principalmente en adultos jóvenes.

En el Centro Histórico de la Ciudad de México, (González-Forteza, Ramos, Vignau & Villarreal, 2001) se llevó a cabo un estudio en dos escuelas secundarias, con la finalidad de explorar la asociación entre la ideación suicida y el trastorno depresivo. Participaron 936 alumnos de los cuales 54% eran hombres y 46% mujeres. Los resultados obtenidos destacan que el 7% de las mujeres y 2% de los hombres reportaron haber experimentado un abuso sexual; y el 11% de las mujeres y el 4% de los hombres habían intentado suicidarse.

Por otra parte, los autores refieren que la frecuencia del malestar depresivo y la ideación suicida en el momento fue en los hombres de 14% y 15% respectivamente. Siendo en las mujeres el 18% en ambos indicadores. Asimismo, la relación entre el abuso sexual y el intento suicida, con los indicadores de malestar emocional actual, fue estadísticamente significativa. Con respecto a la frecuencia, se encontró que la población fue de tres mujeres por cada hombre.

Por otra parte, varios estudios han reportado que los sentimientos de culpa y vergüenza están altamente asociados a la psicopatología en personas sobrevivientes de abuso sexual en la infancia (Andrews, Brewin, Rose y Kirk, 2000; Ginzburg y cols. 2006; Stuewing & McClosey, 2005 citado en Crempien & Martínez, 2010).

Andrews y Hunter, 1997(citado en Crempien & Martínez, 2010) encontraron que la vergüenza corporal es la que está más relacionada con el ASI, las víctimas por lo general sienten que sus cuerpos han sido dañados, ya no se sienten igual que antes y les preocupa que los demás puedan ver el daño que les han hecho.

Así mismo, Crempien y Martínez (2010), refieren que el ASI es un factor de riesgo para el desarrollo de la Depresión en la vida adulta. De igual manera argumentan que hay evidencias de que la vergüenza media la relación en la agresión y la gravedad en trastorno depresivo en la adultez.

Los sentimientos de vergüenza en más de las ocasiones son reforzados por el aprendizaje social y los patrones familiares que se dan de generación en generación, siendo los padres quienes determinan lo que se puede ver, oír, sentir, hablar por lo cual son ellos mismos los que no permiten denunciar o parar la agresión. Los agresores envían diferentes mensajes a la víctima a fin de que se sienta responsable por el abuso y la protección de la familia.

En el Centro de Asistencia Psicológica para Víctimas de Violencia de Género de la Diputación Foral de Álava (País Vasco) España, se desarrolló un programa de tratamiento específico para víctimas de agresiones sexuales (Sarasua et al., 2013). El estudio comprendió una muestra de 131 mujeres jóvenes con una edad promedio de 27.8 años las cuales habían sufrido ASI.

La mayoría de los casos no tenían pareja (61.1%) siendo de nacionalidad española el (90.1%) y pertenecían a un nivel medio (51.1%) o bajo (42.7%). Los investigadores refieren que para la investigación no se contó con un grupo control, ya que no se cuenta con víctimas en lista de espera por el contrario son atendidas de forma inmediata, dado que los síntomas en sobrevivientes adultas de ASI, tienden a hacerse crónicos y la probabilidad de recuperación espontánea es muy baja (Kilpatrick y Cahoun, 1988; Echeburúa, Corral, Zubizarreta & Sarasua, 1995,1997 citado en Sarasua et al., 2013).

Los resultados arrojados por el estudio determinan que la gran mayoría de las mujeres habían sufrido abusos repetidos (91.6%), por parte de un familiar el (82.4%), el periodo comprendió más de un año exceptuando sólo algunos casos en que se presentó un solo episodio 8.4%. Asimismo, las víctimas mostraron una sintomatología depresiva moderada tanto en los componentes cognitivos como conductuales y psicofisiológicos con sentimientos de culpa por los abusos sufridos en la mayoría de los casos (56.2%), con baja autoestima, así como dificultades globales para la adaptación de la vida cotidiana. Es importante resaltar que 66.9% de las víctimas presentaron un grado de malestar clínicamente significativo cuando se valoró el nivel de ansiedad, de Depresión e inadaptación.

A decir de Buesa y Calvete (2013) otro tema especialmente relevante que surge a partir del trabajo clínico con sobrevivientes de ASI, es el *estrés postraumático* (Calvete, Estévez y Corral, 2007; Jones, Hughes y Unterstaller, 2001; Krause, Kaltman, Goodman y Dutton, 2008; Kubany,

Hill, Owens et al., 2004) y la Depresión (Barnett, 2001; Dienemann, Boyle, Baker et al., 2000; Golding, 1999; Mechanic, Weaver & Resick, 2008; Plichta & Falik, 2001).

Ejemplo de ello es el estudio realizado en Chile el estudio estuvo conformado por, 75 niños/as con un rango de edad entre 8 y 18 años adolescentes que fueron víctimas de violencia sexual, y que habían denunciado o se encontraban en tratamiento en el Centro de Diagnóstico Ambulatorio (DAM), así como en Programas Especializados en Maltrato. El estudio se desarrolló entre enero y junio de 2008, la edad promedio de la muestra fue de 12,15 años; siendo el 25,3% hombres y el 74,7%, mujeres los jóvenes, tenían que haber presentado el informe sexual forense que indicara lesiones atribuibles a violencia sexual (Rincón, Covas, Bustos, Aedo, Valdivia, 2010).

Los participantes fueron evaluados con la Escala Infantil de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (CPSS). El instrumento se ha desarrollado para evaluar los síntomas presentes de estrés en niños y niñas con un rango de edad entre 8 a 18 años con historial de agresión.

El estudio arrojó los siguientes datos: un 21,3% de la muestra de los participantes presentó el trastorno de estrés postraumático TEP, y un 16% adicional cumple con los criterios de subsíndrome. Los síntomas que se observaron con más frecuencia fueron los psicológicos (38,7%) al recordar algún aspecto relacionado con el abuso, el de evitar recordar, sentir o hablar acerca del abuso (34,6%), el insomnio, así como las respuestas de sobresalto de manera exagerada (30,7%) esta manifestación se presentó tanto en los niños, niñas y adolescentes (Rincón et al., 2010).

Otro estudio tuvo el objetivo de evaluar el papel del apoyo social percibido por las víctimas en edad adulta, tanto a nivel formal como informal, es decir el apoyo social percibido incluyendo a la familia y los síntomas psicológicos de Depresión y estrés postraumático de estas mujeres. La muestra fue recogida entre los años 2005 y 2007, comprendió 157 mujeres víctimas de agresión sexual por parte de sus parejas, hecho que ya se ha resaltado anteriormente como consecuencia de haber sufrido abuso sexual infantil Rivera-Rivera, Allen, Chávez Ayala, Ávila-Burgos (2006).

Las participantes eran mujeres atendidas en el Servicio de Asistencia a la Víctima de Álava, las cuales habían solicitado asistencia psicológica para el afrontamiento de la victimización. La edad media era de 35,9; el 32,7% de hallaban casadas, el 14,1% estaban separadas, el 4,5% divorciadas y el 14,1% en procesos de separación. Con respecto al nivel académico el 22,4% tenía estudios universitarios, un 24,4% había concluido el bachillerato y el 34% de la muestra contaba con estudios primarios. Por otra parte, la media de la duración de la relación abusiva con su pareja, era de 11,09 años, sólo un 74,2% de las participantes del estudio habían denunciado las agresiones, en contra un 25,8% que no había interpuesto denuncia alguna (Buesa & Calvete, 2013).

Se aplicó entre otros, el Inventario de Depresión de Beck (Beck Depresión Inventory BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996 et al. 2013). La escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (Echeburúa, Corral, Amor, Sarasúa & Zubizarreta, 1997 et al., 2013).

Los resultados arrojaron que las mujeres víctimas de violencia (psicológica, física y sexual) se asocian de manera significativa tanto con la aparición de síntomas depresivos como con el desarrollo de estrés postraumático. Por otra parte, los resultados indican que el apoyo social es limitado, lo cual concuerda con otros estudios que muestran que las mujeres agredidas, prefieren recurrir a personas muy cercanas a su red de apoyo (Flinck et al., 2000; Frost, 1999; Ingram, 2007; Johnson & Ferraro, 2000; Waalen et al, 2000; West, Kaufman, Kantor & Jasinski, 1998 citado en Buesa et al., 2013).

Dentro de este mismo contexto otro estudio realizado en España, el cual tenía por objetivo analizar los efectos directos e indirectos de la gravedad del abuso sexual infantil, las atribuciones de culpa por efecto del mismo y las estrategias de afrontamiento sobre la sintomatología del Trastorno de Estrés Postraumático (Cantón-Cortés, Cantón, Justicia & Cortés, 2011).

El estudio se llevó a cabo con 163 mujeres universitarias de la Universidad de Granada, las cuales refirieron haber sufrido algún tipo de abuso sexual antes de los 14 años. Los resultados enfatizan que las víctimas de abuso más severo presentaron niveles superiores de autoinculpación, culpación, inculpar a la familia y la utilización de estrategias de evitación. Asimismo, refieren los autores que las atribuciones de culpa se encontraron directamente relacionadas con el estrés postraumático a través del afrontamiento por evitación.

Mucho se ha hablado del impacto psicológico del ASI, y que conlleva la aparición de diferentes alteraciones emocionales en la vida adulta, los hombres y mujeres que han pasado por esa circunstancia, pueden llegar a experimentar como ya se ha descrito anteriormente, estrés postraumático crónico, un trastorno ansioso-depresivo, así como comportamiento sexual insatisfactorio y alteraciones de conducta (Cortés, 2011; citado en Sarasua, Zubizarreta, Corral & Echeburúa, 2013).

Los estudios muestran que el pasar del tiempo no alivia los síntomas en sobrevivientes de traumas por abuso, sino se requieren con urgencia tratamientos psicológicos que contribuyan a su mejoría (Habigzang et al., 2009). Cuanto menor sea el tiempo transcurrido entre el evento de abuso sexual y el inicio de la terapia, mejores serán los resultados de los tratamientos en síntomas como la depresión, la rabia, la disociación y el aislamiento; por el contrario, las personas que pasan mayor tiempo sin ser intervenidos presentan una sintomatología mayor.

A decir de Rull y Pereda (2011) quienes llevaron a cabo una revisión de los diferentes programas de tratamiento psicológico a víctimas adultas de abuso sexual en la infancia, han constatado como resultado de su investigación, que la no revelación de la agresión sexual, conduce a que

las víctimas no reciban ayuda temprana, posibilitando el desarrollo de problemas psicológicos severos en la edad adulta.

Es importante mencionar, que si bien, el propósito del estudio era destacar la diversidad de orientaciones terapéuticas, puestas en práctica para el tratamiento de las víctimas de abuso sexual, a decir de los autores el enfoque más utilizado es el cognitivo-conductual, pero argumentan en sus conclusiones que la terapia más eficaz es aquella que toma en cuenta que el abuso sexual es una “experiencia traumática”, no un síndrome específico. Si bien el presente trabajo, no contempla el análisis de las terapias utilizadas, si es de suma relevancia los trastornos manifestados en los/las sobrevivientes de ASI.

Dentro de las variables contempladas en el estudio, la más referida era la sintomatología psicológica y que aparecía en 11 de los artículos revisados (59.9%). Es decir, se registró un 47,4% de sintomatología postraumática, un 26,3% de síntomas de ansiedad generalizada y con trastorno depresivo un 36,8% de los estudios (Rull & Pereda, 2011).

Por otra parte, los estudios revisados confirman una elevada frecuencia de trastornos de personalidad en víctimas adultas (Pereda, Gallardo-Pujol & Jiménez Padilla, 2011 citado en Rull & Pereda, 2011), encontrando que los más comunes son el trastorno límite en mujeres y el trastorno antisocial en hombres; así como también los trastornos del estado de ánimo, como la Depresión Mayor y el trastorno bipolar (Martsolf & Drauxker, 2005 citado en Rull & Pereda, 2011).

Otra investigación se realizó seleccionando publicaciones entre enero de 2000 y junio de 2010, los trabajos provenían principalmente de los Estados Unidos de América (42,1%) y Canadá (21%); seguido de Suecia y el Reino Unido (con 10,5% de los casos), por su parte Dinamarca y Noruega con un (5,3%) y sólo en un 5,3% no se especificó el país de origen en dónde se llevó a cabo la investigación. Los autores refieren una variable evaluada en los diversos estudios analizados dentro de la teoría cognitivo conductual es la Depresión, donde los resultados que se obtienen son muy favorables en la terapia grupal propuesta por Gorey, 2000 (citado en Rull & Pereda, 2011).

Como ya se ha mencionado anteriormente, la mayor parte de las agresiones sexuales tienen como víctimas a las mujeres y niñas, llegando a ser perpetradas por hombres dentro de su propia familia. Sin embargo, el ASI en hombres y niños, es un problema constatado, como lo resalta el estudio de Romano & Luca (2006, citado en Rull et al., 2011). Existe una marcada asociación entre el abuso sexual infantil y la Depresión, la baja autoestima entre otros trastornos, sin embargo, pasar por eventos y situaciones tan adversas puede llegar a propiciar el riesgo de iniciación del uso de drogas en la adolescencia.

De acuerdo con la amplia diversidad de la literatura respecto a las distintas clasificaciones de drogas utilizadas, la gran mayoría coincide en que el abuso de este tipo de sustancias puede

haber precipitado un episodio del trastorno depresivo, o bien, por el contrario, el consumo de estas sustancias puede responder al intento del paciente por tratar su enfermedad.

Para dar muestra de lo anterior se llevó a cabo un estudio, propiamente con estudiantes de los grados 10 y 11 de colegios públicos y privados del municipio de Caldas Antioquia, Colombia (Gallego, Medina & Montoya, 2007). Participaron 565 alumnos, siendo el 59.1% mujeres y el 40.7% hombres, el promedio de edad al momento de la encuesta fue de 16,6 encontrándose entre las edades de 17 y 18 años todos los participantes.

El tipo promedio de familia con un 45,1% fue la nuclear, la extendida en un 23,5% y la monoparental femenina en un 10,3% en contraste con un 1,2% de monoparental masculino. Los autores manifiestan en el estudio que vivir con la madre y el padrastro es un factor de riesgo para el ASI.

La edad promedio de los participantes al momento del abuso fue de 10,3 años, siendo la edad de los agresores entre los 12 y 80 años, encontrándose que en el 92,6% de los casos eran hombres. De acuerdo con el parentesco se encontró que el (13,2%) correspondía a los primos, seguidos de los tíos con (11,7%), los padrastros el (7,3%) y los padres (5,8%). En un 34 de los casos (50%) el abusador no pertenecía a la familia.

A decir de los autores, el 63,2% de los casos el agresor le pidió a la víctima que guardara el secreto y en un 33,8% amenazó con causarle daño si denunciaba la agresión. Las conclusiones arrojaron que el 52% de los casos detectados de Depresión fueron víctimas de abuso sexual. Asimismo, se encontró que el 21,1% de los jóvenes tenían una mala autoestima y también eran sobrevivientes de abuso, sin embargo, se determinó que el mayor riesgo es para el trastorno depresivo (Gallego, Medina & Montoya, 2007).

Así mismo, se encontró que, los jóvenes consumidores de marihuana era el 23%, el de cocaína el 22%, el 24,3% de inhalables, el 31,6% de éxtasis, el 21,4% de hongos y el 60% correspondían al consumo de basuco, siendo todos ellos víctimas de abuso sexual infantil.

El basuco a decir de Érika Montañés del diario ABC, de Madrid en su columna el 2 de febrero del 2014, es la droga que más estragos provoca en los barrios pobres de Brasil y Colombia, la composición del basuco es el residuo químico resultante de mezclar las hojas secas de la coca, con otros adulterantes como el ácido sulfúrico, amoniaco, plomo, solvente como la acetona, el queroseno, entre otros lo cual la convierte en la droga más nociva y tóxica para la población vulnerable.

Por otra parte, refieren, que la relación entre ASI y el consumo de sustancias psicoactivas especialmente estimulantes como: marihuana, basuco, cocaína y éxtasis, fue estadísticamente significativa, este abuso de sustancias ***“puede representar el intento de la víctima por ocultar la ansiedad relacionada con los recuerdos perturbadores o afectos asociados con el suceso”***.

Es decir, el uso de estos estimulantes puede servir como una salida de escape o disociación del sufrimiento o del dolor.

Para teóricos como Herbé Francois (1998) el sufrimiento aparece cuando las personas no disponen de medios para actuar sobre las causas del dolor y por ende toda huida resulta imposible. De igual manera menciona que, el efecto psicológico de las drogas permite la modificación de la percepción de la experiencia, hecho que contribuye a que el adolescente reconstruya artificialmente un mundo más acorde con sus aspiraciones (Tibon-Cornillot, 1993; citado en Hervé, 1998).

Inclusive para teóricos como Huertas, 2011 (citado en Pérez del Río & Mestre, 2013) el abuso sexual infantil esta correlacionado con el desorden de personalidad múltiple, entendiéndose que dicho desorden obedece como un mecanismo de defensa para poder sobrellevar el dolor o el miedo provocado por la agresión recibida en la infancia.

Recientemente se han llevado a cabo estudios que muestran una correlación positiva en mujeres adultas que han estado en tratamiento médico debido al consumo de sustancias psicoactivas y el haber sufrido ASI.

Ejemplo de ello, es la investigación realizada en la Comunidad Autónoma de Castilla y León, donde León y Santos, 2010 (citado Pérez del Río & Mestre, 2013) publicaron un amplio estudio donde arrojaron los siguientes datos: el 30% de las mujeres en tratamiento tanto ambulatorio como residencial por consumo de drogas habían sufrido maltrato físico y maltrato psicológico el 49% de los casos, siendo el 18,4% por abusos sexuales.

Pérez del Río y Mestre (2013) llevaron a cabo una investigación en 17 revistas científicas publicadas en los últimos 30 años las cuales abordaban el ASI y la relación con la drogodependencia en la vida adulta. La bibliografía revisada refiere que dentro de las consecuencias del ASI se muestran diversos resultados como “conductas disruptivas, delincuencia y mayor sintomatología disociativa”.

Más recientemente, los autores refieren, que el Grupo Europeo IREFREA, 2001(citado en Peréz del Río & Mestre, 2013) realizó un estudio en el cual concluye que entre un 50% y un 80% de las mujeres con problemas de adicción han sufrido abusos sexuales en la infancia. Tres años más tarde refieren que Rathus, Nevid y Fichner-Rathus, (2005) en la sexta edición de su Manual de Sexualidad Humana y citando un estudio sobre experiencias difíciles en la infancia de Edwards, Holden, Felitti y Anda, 2003 citado en Peréz del Río & Mestre, 2013) argumentan que: los menores que han sido abusados sexualmente llegan a sufrir una variedad de trastornos psicológicos a corto y largo plazo, entre ellos el consumo de drogas.

Para autores como Pérez y Martín, 2007 (citado en Peréz del Río & Mestre, 2013) las sustancias psicoactivas son utilizadas para cumplir la función de *“no sentir, no sentirse despreciable, no pensar, evadirse del problema y evitar esas situaciones tan temidas”*.

Para algunos autores los efectos iniciales del abuso sexual en la infancia pueden perdurar a lo largo de un ciclo evolutivo (Swanston, Tebbutt, O'Toole y Oates, 1997; Tebutt, Swanston, Oates y O'Toole, 1997; citado en Pereda, 2009) otros coinciden en que los efectos se minimizan o desaparecen (Oates, O'Toole, Lynch, Stern y Cooney, 1994; et al. 2009), algunos de ellos pueden llegar a la vida adulta y desarrollarse especialmente en ciertos períodos de la vida de la víctima (Kendall-Tackett, 1993; et al., 2009).

Los estudios publicados con respecto del abuso sexual infantil, demuestran que no existe un patrón de síntomas único, en contraparte sí, la presencia de una vasta serie de trastornos psicológicos hasta los de autoinculpación generando con ello diferentes problemas emocionales, cognitivos y sociales en la vida adulta.

Estos resultados comprueban la necesidad de que los organismos de salud implementen estrategias para la pronta detección del abuso sexual infantil, y la promoción de la salud emocional en la población escolar, a fin de prevenir múltiples trastornos psicológicos derivados del ASI entre los que se incluyen consumo de sustancias, criminalidad y cambios de conducta, de igual manera es necesaria una mejora en las intervenciones de dichos organismos a fin de que, coadyuven en la obtención de mejores resultados en los sobrevivientes de abuso sexual.

Como miembro de las Naciones Unidas, México está obligado a respetar los acuerdos y convenciones que deriven de la ONU, y es a partir de las observaciones generadas por la UNICEF (Fondo de Naciones Unidas para la Infancia) que se emprenden reformas las cuales tienen la finalidad de proteger y resguardar los derechos de los niños en contra del maltrato y el abuso sexual (Secretaría de Seguridad Pública, 2010).



## **CAPÍTULO 4. MÉTODO**

Los datos que fueron utilizados para el presente estudio, provienen de la revisión de 22 expedientes en el período comprendido entre 2009 a 2012, de pacientes adultos/as que reportaron abuso sexual en la infancia como motivo de consulta y que acudieron al Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” de la Facultad de Psicología de la UNAM y fueron canalizados al Programa de Sexualidad Humana.

### **4.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Los estudios realizados en nuestro país y a nivel mundial dimensionan la grave problemática del Abuso Sexual Infantil, y los efectos emocionales que conlleva dicho evento, entre los principales efectos se encuentra la Depresión como una consecuencia a largo plazo en sobrevivientes de ASI.

Consideramos trascendente estudiar dicha relación, con el propósito de analizar el papel de la depresión en la vida de los/las sobrevivientes de abuso sexual y a través de esta investigación corroborar si el abuso sexual experimentado en la infancia es un factor determinante de Depresión en la etapa adulta o si los pocos recursos emocionales con los que cuenta el individuo y el abuso sexual es un detonante adicional en la aparición de la depresión en la edad adulta.

Revisando la literatura científica se ha observado la existencia de la relación entre abuso sexual infantil y la presencia de Depresión en la edad adulta teniendo repercusiones importantes en la vida de los/las sobrevivientes, motivo por el cual se consideró importante conocer ¿Cuál es el nivel de depresión en sobrevivientes de abuso sexual?

### **4.2 OBJETIVO GENERAL**

Realizar una investigación a fin de determinar el nivel de Depresión como efecto emocional a largo plazo en sobrevivientes de abuso sexual por medio del puntaje obtenido en el Inventario de Depresión de Beck-II (Beck, 2006).

#### **4.2.1 Objetivos específicos**

- Describir las características sociodemográficas de los/las sobrevivientes de abuso sexual.
- Describir las características de la dinámica familiar de los sobrevivientes de abuso sexual.
- Describir los tipos de abuso sexual reportado por los/las sobrevivientes.
- Describir quiénes fueron los agresores reportados que cometieron el abuso sexual.
- Reportar el nivel de Depresión obtenido de acuerdo al tipo de abuso experimentado por los sobrevivientes de abuso sexual.
- Describir el nivel de Depresión obtenido en sobrevivientes de abuso sexual con relación al agresor.

### 4.3 VARIABLES

**Variable Independiente:** Sobreviviente de abuso Sexual

**Variable Dependiente:** Depresión

### 4.4 DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES

#### **Sobreviviente de abuso sexual**

Se refiere a aquellos adultos que en su infancia se vieron involucrados en acciones de abuso sexual, independientemente de quién o quiénes hayan sido los abusadores (Bass, 1983; Fine y Carnevale, 1984; Bear y Dimock, 1988; Blume, 1990; Gallagher, 1991 citado en González Serratos, R, 1995).

#### **Depresión**

Es definida por el DSM-IV como la presencia de cinco o más de los siguientes síntomas como mínimo, durante un periodo de dos semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa y se caracteriza por un estado de ánimo deprimido, pérdida de interés o de las capacidades para el placer en casi todas las actividades la mayor parte del día, pérdida de peso sin hacer régimen o aumento de peso, aumento o pérdida del apetito, insomnio o hipersomnia casi cada día, agitación o enlentecimiento psicomotores, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o indecisión, pensamientos recurrentes de muerte. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

### 4.5 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

Sobrevivientes de abuso sexual      Hombres y mujeres que sufrieron

Abuso sexual en la Infancia.

Depresión

Nivel de depresión que se mide con

el Inventario de Depresión de Beck-II

#### **4.6 MUESTRA**

La muestra de éste estudio es no probabilística, en tanto que no todos los sujetos tuvieron la misma probabilidad de pertenecer a ésta, dado que sólo son considerados los expedientes disponibles para la investigación.

La muestra fue integrada por los datos de 22 expedientes de pacientes adultos con historias de abuso sexual en la infancia que acudieron al Centro de servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” de la Facultad de Psicología de la UNAM y que fueron canalizados/as al Programa de Sexualidad Humana en el periodo comprendido de 2009 a 2012.

Los expedientes contenían información del motivo de consulta, entrevista semiestructurada, la administración de los inventarios de depresión y ansiedad de Beck-II, así como el inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI). Para llevar a cabo la selección se revisaron una cantidad de expedientes (aproximadamente 100) pero sólo se tomaron los datos de 22 expedientes existentes en dicho Programa, habiendo tomado para ello los siguientes criterios de inclusión; ser adultos y haber experimentado abuso sexual en la infancia, contar con la entrevista semiestructurada y el Inventario de Depresión de Beck-II.

#### **4.7 INSTRUMENTO    Inventario de Depresión de Beck-II (Beck, 2006).**

El Inventario es un autoinforme de lápiz y papel dirigido a población de 13 años en adelante, consta de 21 ítems de tipo Likert para evaluar la gravedad de la depresión, con base a los criterios del DSM-IV (*Manuel diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, cuarta edición, American Psychiatric Association,) y CIE-10 (Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud). El inventario tiene un rango de respuestas de 0 “nada” a 3 “mucho; todos son directos, lo que permite que a mayor puntuación más sintomatología depresiva (Moral de la Rubia, 2013). En cada uno de los ítems el sujeto tiene que elegir aquella frase entre un conjunto de cuatro alternativas, siempre ordenadas por su gravedad, que mejor se aproxima a su estado medio durante la última semana incluyendo el día en que completa el inventario. La puntuación total de los 21 ítems varía de 0 a 63. En el caso de que el sujeto elija más de una alternativa en un ítem dado, se considera la puntuación de la frase elegida de mayor gravedad. Finalmente, la pérdida de peso (ítem 19) sólo se valora si el sujeto indica no estar a dieta para adelgazar. En caso de que lo esté, se otorga la puntuación de 0 en el ítem.

Los puntos de corte figuran de la siguiente manera:

Población Normal (sin depresión): 0-9 puntos

Depresión leve: 10-18 puntos

Depresión moderada: 19-29 puntos

Depresión grave: 30- 63 puntos

#### **4.8 TIPO DE ESTUDIO**

Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo, ya que se estudiaron las consecuencias del fenómeno después de ocurrido, puede ser considerado tipo ex-post facto porque el fenómeno estudiado ya se había dado en el momento de la investigación, y, por lo tanto, no hubo control directo sobre las variables que intervienen en él.

#### **4.9 DISEÑO**

Se trata de un estudio no experimental puesto que no se ejerció ningún control estricto de las variables, de un solo grupo y una sola medición.

#### **4.10 PROCEDIMIENTO**

Se solicitó a la Lic. Ofelia Reyes Nicolat, Jefa del Programa Sexualidad Humana el acceso a los expedientes de pacientes que asistieron a terapia psicológica en el periodo comprendido de 2009 a 2012 y que habían concluido su tratamiento o habían desertado del mismo. Se seleccionaron los expedientes que contaban con antecedentes de abuso sexual considerando como criterios de inclusión ser adultos y haber experimentado abuso sexual en la infancia, además de contar con la entrevista y el inventario de Depresión de Beck para llevar a cabo la presente investigación.

#### **4.11 ANALISIS DE DATOS**

Se llevó a cabo un Análisis de frecuencia para describir las características sociodemográficas, características del tipo de abuso y del agresor, así como los Niveles de Depresión.

## CAPÍTULO 5. RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados de la revisión de 22 expedientes de pacientes adultos, sobrevivientes de abuso sexual que acudieron al Centro de servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” y fueron canalizados/as al Programa de Sexualidad Humana de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, en el período 2009 al 2012.

### 5.1 ANALISIS ESTADÍSTICO DE LOS RESULTADOS

#### Sexo

Del total de la muestra estudiada el 64% correspondió al sexo femenino y el 36% al sexo masculino. Ver figura 5.1.

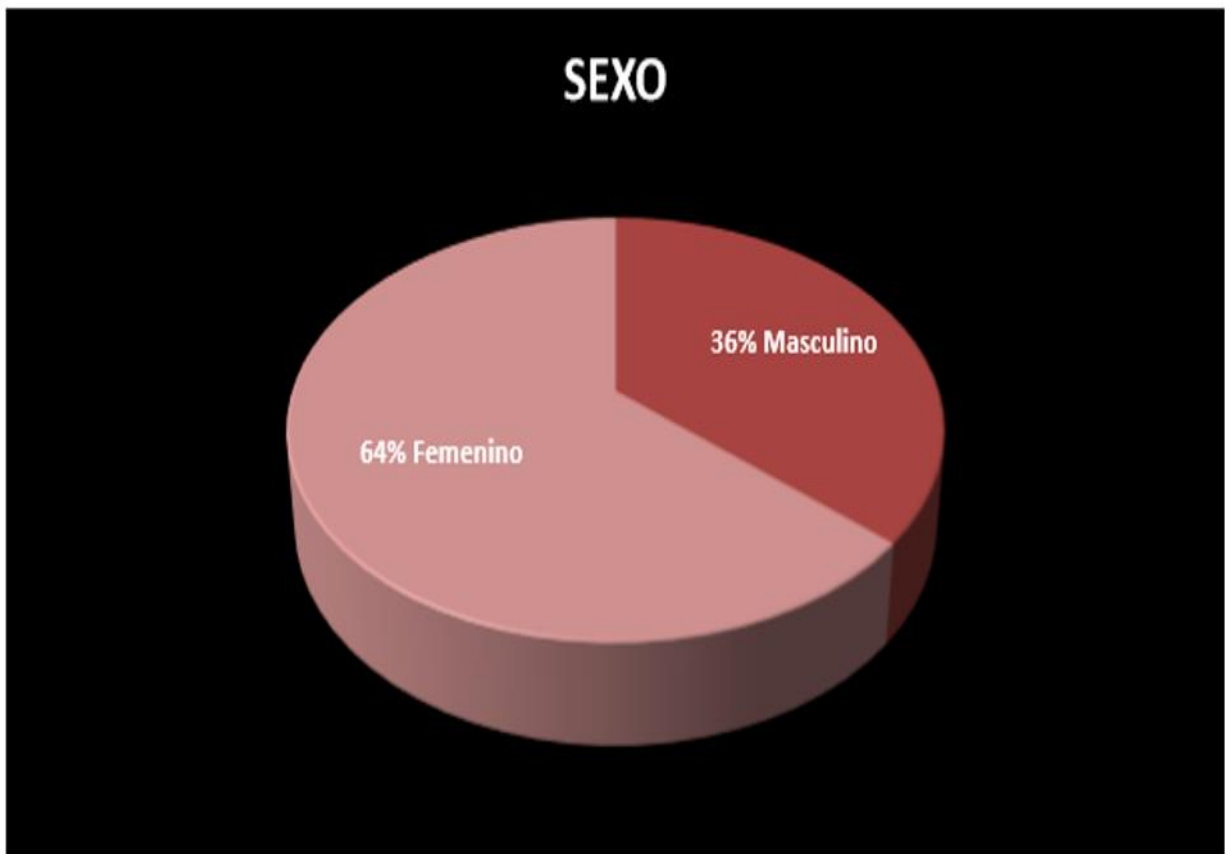


Figura 5.1. Distribución de la muestra: Sexo

## Edad

La edad media de los/as pacientes fue de 40.5 años, siendo la edad mínima de 18 años y la máxima de 63 años. Ver figura 5.2.

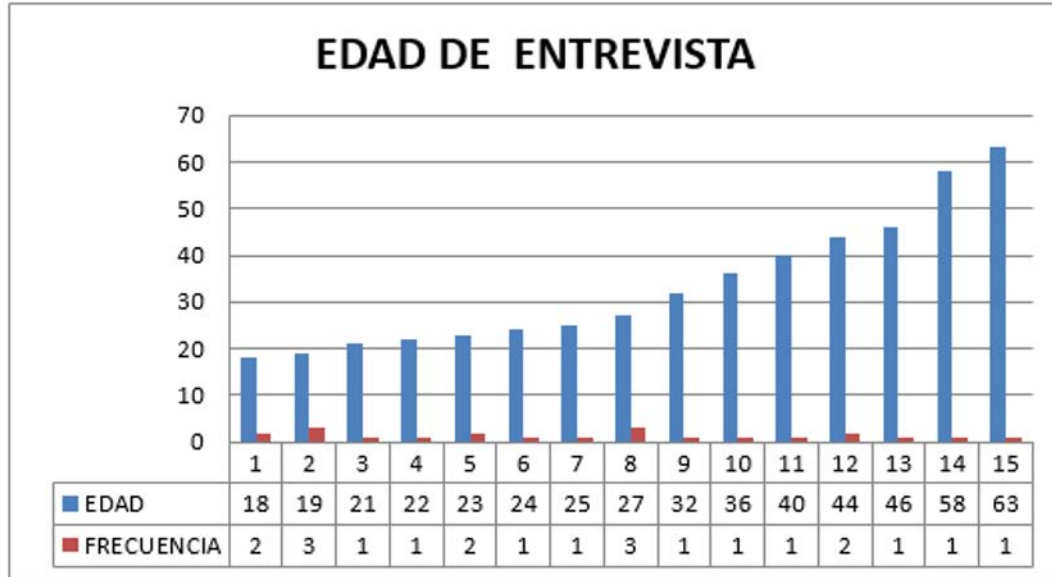


Figura 5.2. Distribución de la muestra: Edad

## Estado Civil

El 64% reportó ser soltero/a, el 23% casado/a, el 9% vivir en unión libre y el 4% separado/a. Ver figura 5.3.

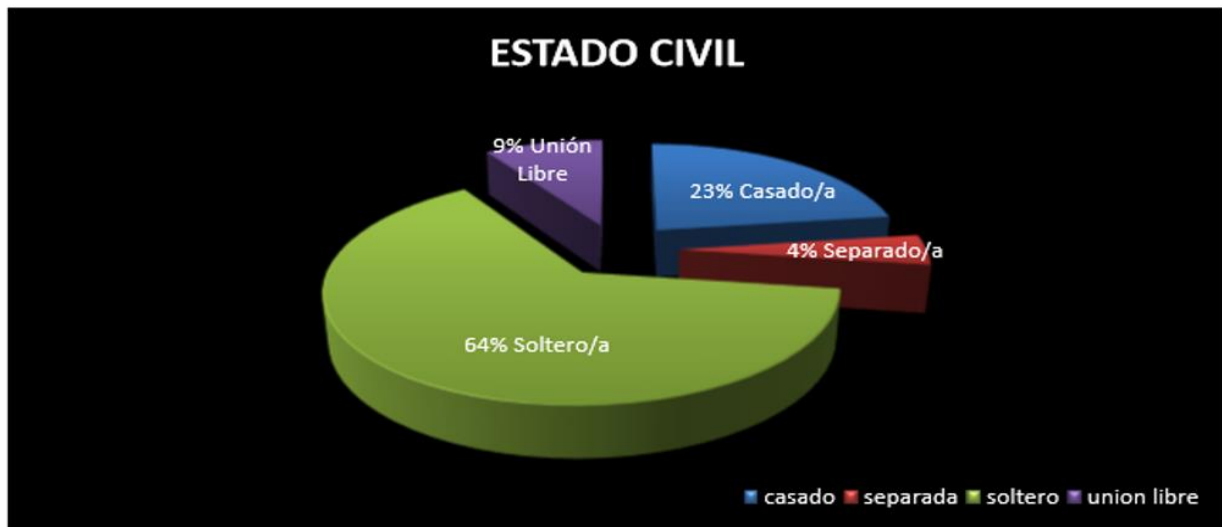


Figura 5.3. Distribución de la muestra: Estado civil

## Escolaridad

El 41% de los pacientes fueron estudiantes de licenciatura en el momento en el que fue aplicado el instrumento, el 18% contaba con estudios de secundaria, el 14% de licenciatura, 14% de preparatoria, 9% de maestría y 4% de primaria. Ver figura 5.4.

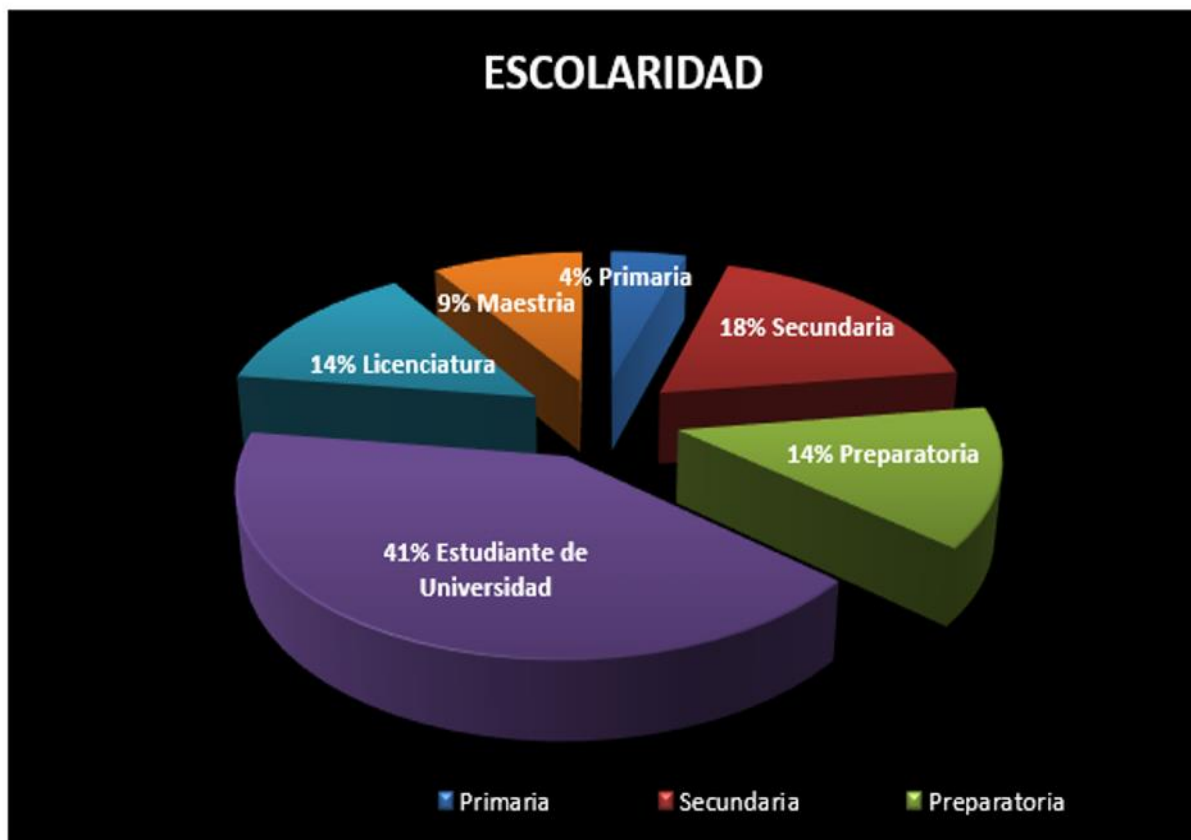


Figura 5.4 Distribución de la muestra: Escolaridad

## Ocupación

El 36% de los/las pacientes fueron estudiantes, en 14% se dedicaban al hogar, 9% reportó ser profesor/a, otro 9% reportaron ser empleadas domésticas y un último 9% mencionó dedicarse a las ventas. Actividades como laboratorista comprendió el 5% de la muestra, al igual que la de joyero y el restante 5% mencionó dedicarse de forma voluntaria a una actividad laboral, el 4% se dedicaba a hacer estuches y el otro 4% mencionó ser desempleado/a al momento de la entrevista. Ver figura 5.5.



Figura 5.5. Distribución de la muestra: Ocupación

#### Delegación y Municipios de la muestra

El 23% reportó vivir en la delegación Álvaro Obregón, un 9% en Nezahualcóyotl, y otro 9% reportó ser de Magdalena Contreras y Chimalhuacán, mientras que Huixquilucan, Iztapalapa, Naucalpan, Venustiano Carranza, Azcapotzalco, Ecatepec, Ixtapaluca, Coyoacán, Hidalgo e Iztacalco reportan el 5% cada una de ellas. Ver figura 5.6.

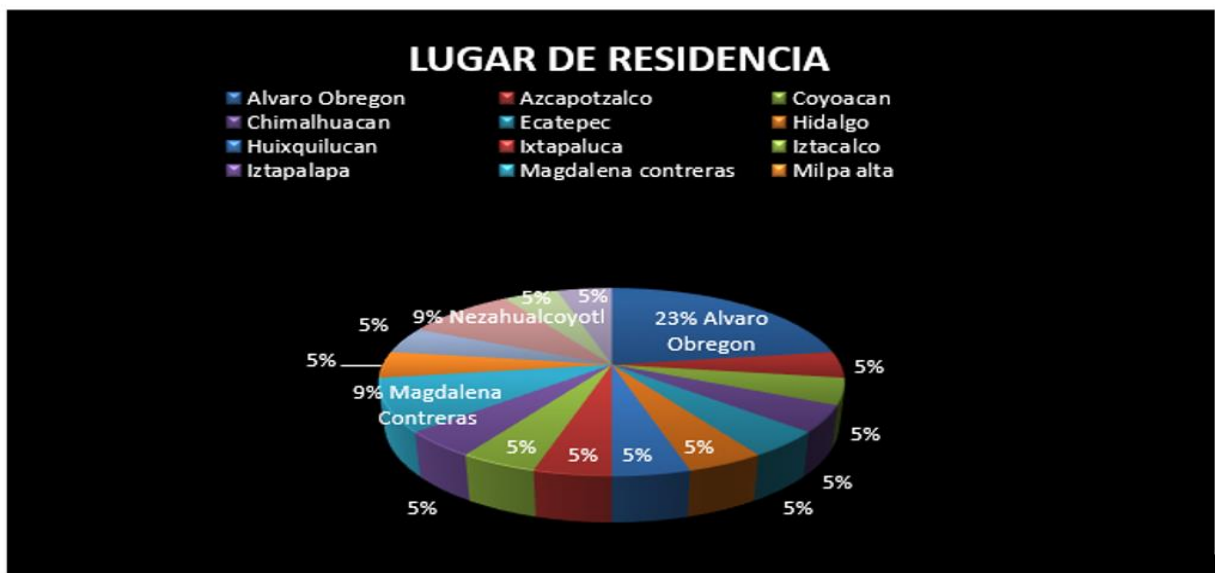


Figura 5.6. Distribución de la muestra: Delegación y Municipio



## Religión

El 68% de los pacientes reportó ser católico/a, el 18% no profesa ninguna religión, el 9% se desconoce información y el 5% cristiano/a. Ver figura 5.7.

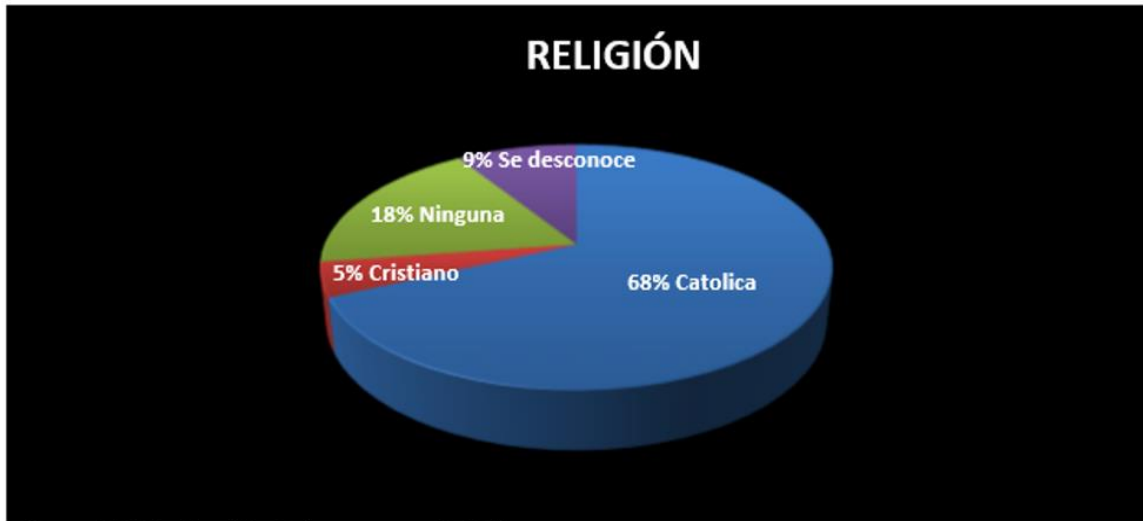


Figura 5.7 Distribución de la muestra: Religión

## Características de la familia

En lo que respecta a las características de la familia se encontró que el 14% provenían de hogares con padres separados y la presencia de alcoholismo por parte del padre, en otro 14% mencionan que se vivía violencia intrafamiliar, pero también había alcoholismo por parte del padre, sin embargo, 14% de los expedientes no arrojó información de la familia respecto a la presencia de alguna disfunción, pero en el 9% de la muestra se mencionaron peleas constantes entre los padres acompañado del alcoholismo del padre, y el otro 9% presentaba peleas constantes de padres como única característica, así mismo, en el 9% restante existía la presencia de violencia física (no especificada).

En la muestra, los resultados arrojan que un 5% corresponde a cada uno de los siguientes criterios encontrados dentro de las familias las cuales son la siguientes; alcoholismo del padre; la violencia física aunada al alcoholismo del padre; la presencia de padrastro acompañado con violencia física y alcoholismo. Finalmente, la violencia psicológica; madre dominante y alcoholismo del padre; padres autoritarios y distantes afectivamente y ser madre soltera y no conoce al padre fueron características presentes en un 4% cada una de ellas. Ver figura 5.8.

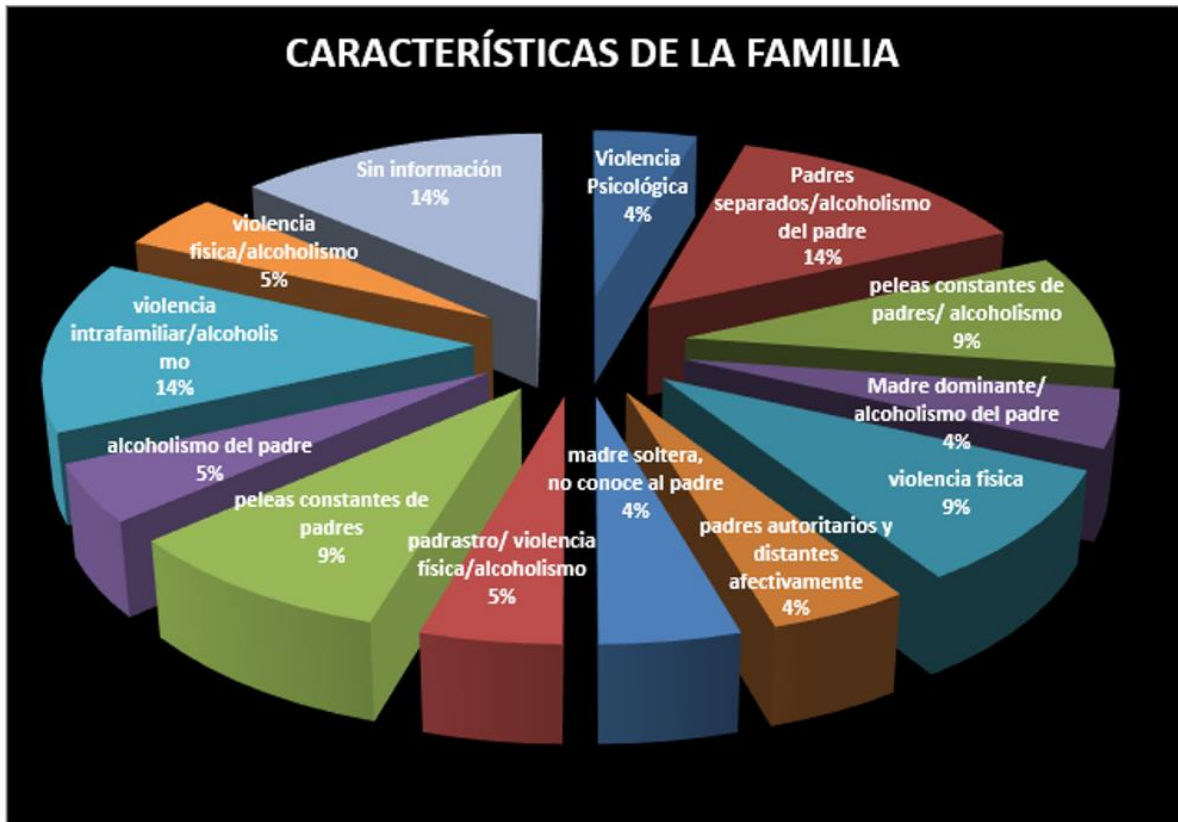


Figura 5.8 Distribución de la muestra: Características de la muestra: Familia

En el 55% de las familias se observó que el padre era alcohólico. Ver figura 5.9



Figura 5.9. Distribución de la muestra: Alcoholismo

## Agresores

Respecto a los datos de abuso sexual se encontró que el 82% de los agresores fueron hombres, el 9% mujeres y en un 9% se desconoce el dato. Encontrándose que el 32% de los abusos fueron cometidos por un familiar cercano (padre, hermano/a) el 22% les corresponde a los familiares lejanos (primos, tíos) por otra parte el 21% corresponde a desconocidos, el 18% fue por conocidos (médico, maestro, padrino, vecina, compañero). Y en un 7%. se desconoce información del abusador. Ver figura 5.10.

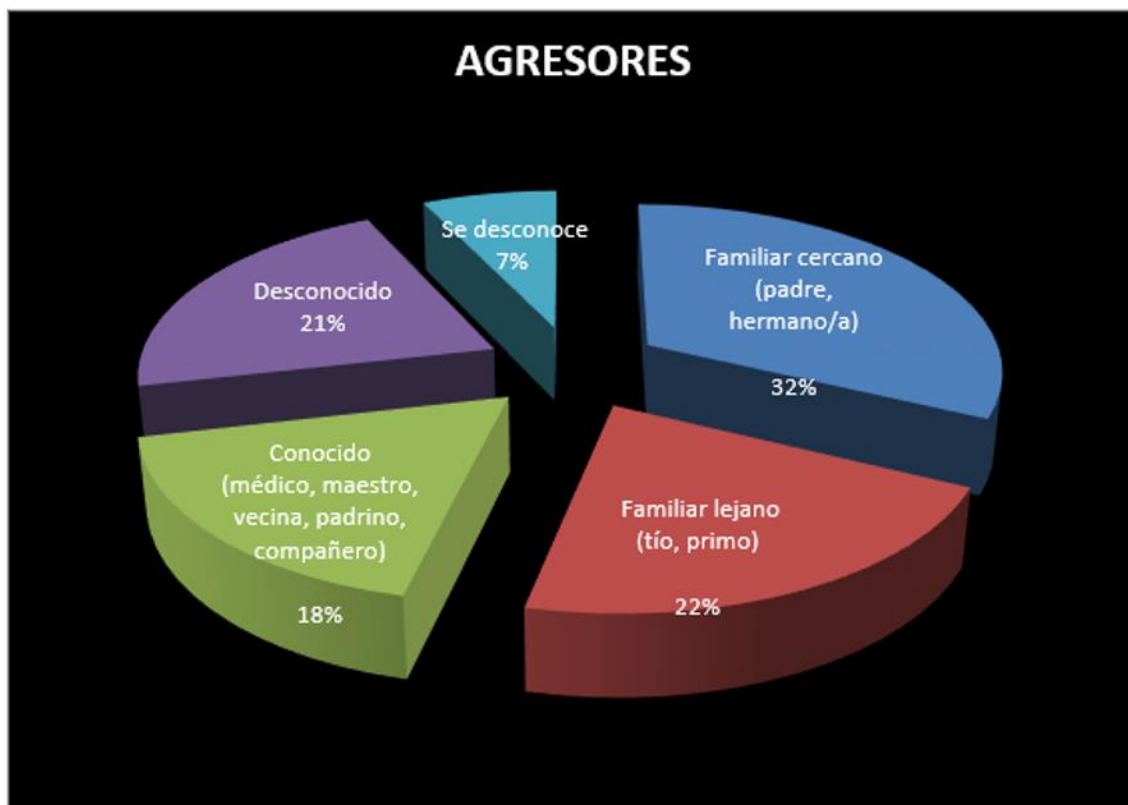


Figura 5.10. Distribución de la muestra: Agresores

## Tipo de abuso

De acuerdo a los datos obtenidos en relación al tipo de abuso se puede decir que el 36% sufrió penetración, el 27% tocamientos, en un 14% se desconoce la información, el 9% se le pidió masturbar a otra persona, en un 5% reportan haber sufrido sexo oral, otro 5% menciono que un desconocido se masturbó frente a él y el otro 4% fue besado en la boca. Ver figura 5.11.

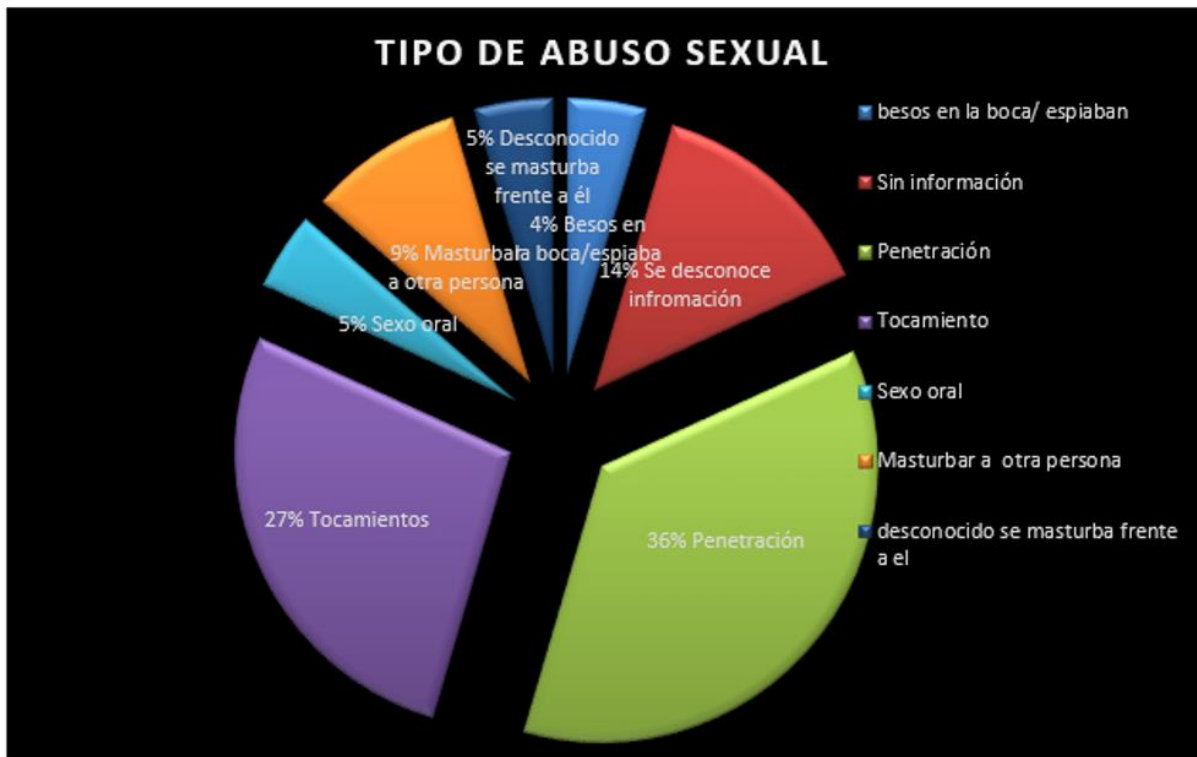


Figura 5.11. Distribución de la muestra: Tipo de Abuso Sexual

### Penetración respecto a la etapa del desarrollo

El 63% del abuso sexual las/los sobrevivientes lo vivieron en la infancia y el 37% se realizó durante la adolescencia. Ver figura 5.12.



Figura 5.12. Distribución de la muestra: Penetración en la etapa del desarrollo

### Edad del abuso

Para obtener los datos de la edad en la que se llevó a cabo el abuso se dividió el rango de edad de los 0 años a 18 años obteniéndose tres bloques con 6 años cada uno de ellos (0-6 años, 7-12 años y de 13 a 18 años).

En lo que se refiere a la edad del abuso se encontró que el 50% de los casos se encuentran comprendidos en el rango de edad de los 7 a 12 años, el 27% al rango de los 0 a los 6 años, el 14% al rango comprendido entre los 13 a 18 años, finalmente en el 9% se desconoce la edad del abuso. Ver figura 5.13.

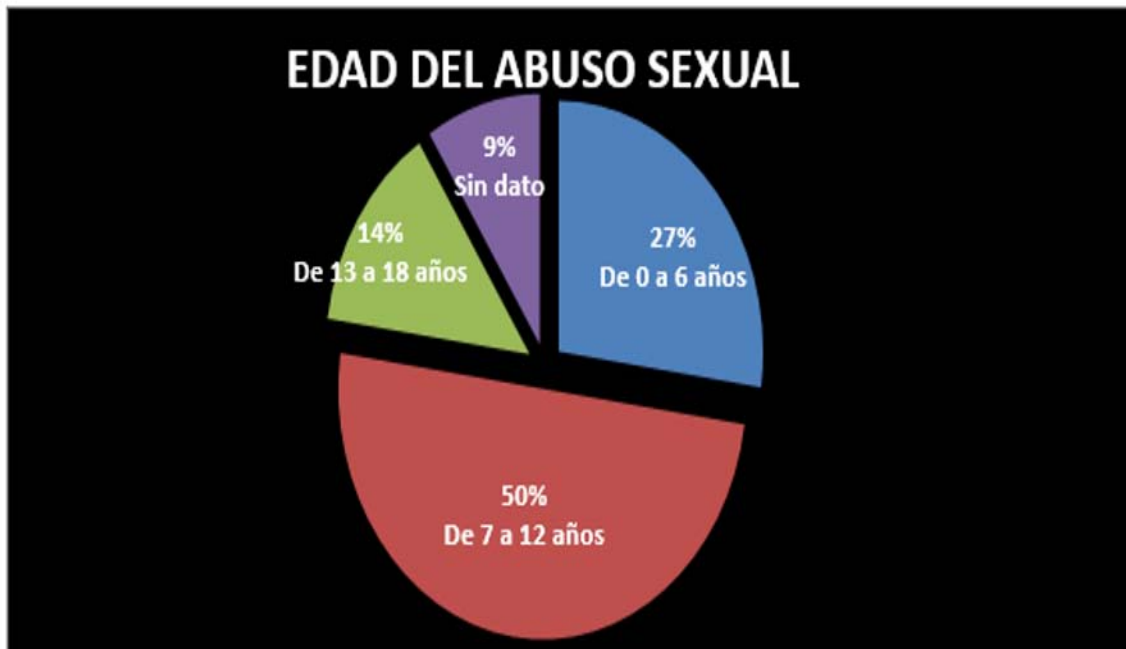


Figura 5.13. Distribución de la muestra: Edad del abuso sexual

### Número de agresores

El 68% de los pacientes reportó haber sufrido el abuso sexual por parte de un solo agresor, el 18% reportaron haber sido abusados por dos personas diferentes en momento distintos, y el 9% de los casos se desconoce información y en el restante 5% de los casos el sobreviviente reportó haber sufrido abuso por partes de 3 agresores en diferentes momentos de su vida. Ver figura 5.14.

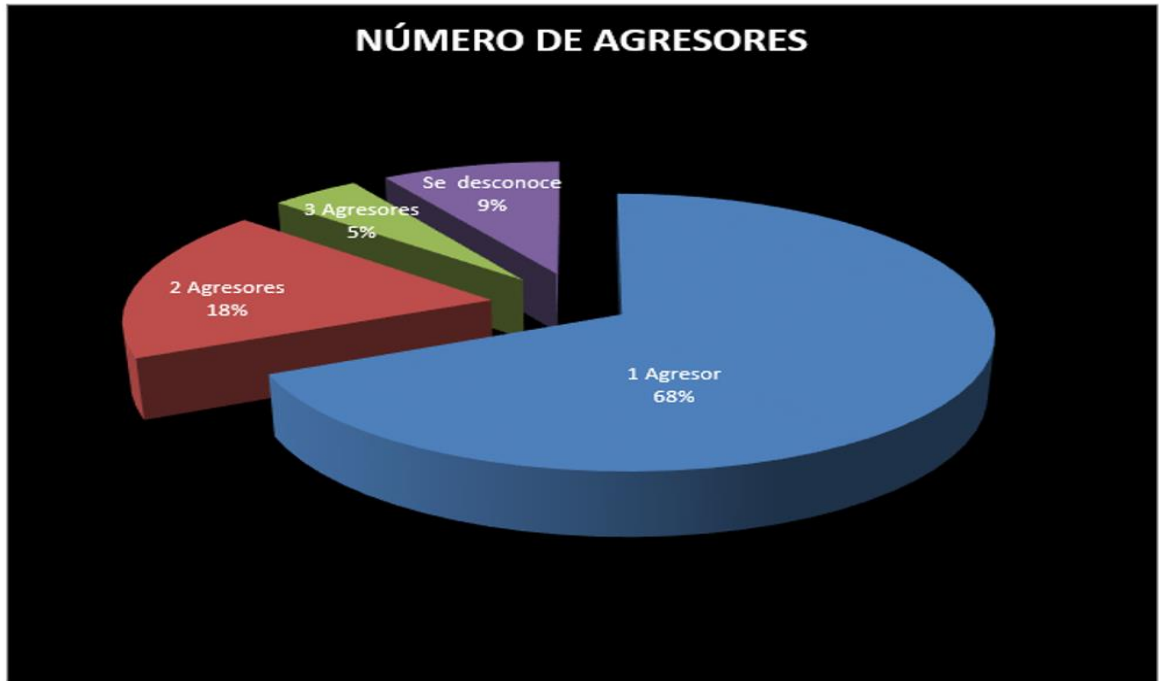


Figura 5.14. Distribución de la muestra: Número de Agresores

### Dificultad para relacionarse socialmente

Respecto a las consecuencias a largo plazo encontradas en las entrevistas de los 22 pacientes se observó que el 50 % de los casos reportó tener dificultades en las relaciones sociales, de los cuales el 64% fueron mujeres y el 36% hombres. Ver figura 5.15.



Figura 5.15. Distribución de la muestra: Relaciones sociales

De acuerdo a lo anterior, de los 11 casos que reportaron tener dificultades sociales, el 46% mencionó tener dificultades en sus relaciones sociales en general, el 27% dificultad en relaciones de pareja, el 9% presentó dificultad para vincularse con mujeres, el otro 9% reportó relaciones destructivas, y 9% dificultad para relacionarse con hombres. Ver figura 5.15.1



Figura 5.15.1 Distribución de la muestra: Relaciones sociales

### Dificultades académicas

En relación a las dificultades académicas se observa que el 68% de los casos no presentan dificultad alguna, sin embargo, el 32% reportó dificultad para concentrarse y presentar bajo rendimiento escolar. De éste 32% el 18% corresponde al sexo femenino y el 14% al masculino. Ver figura 5.16.

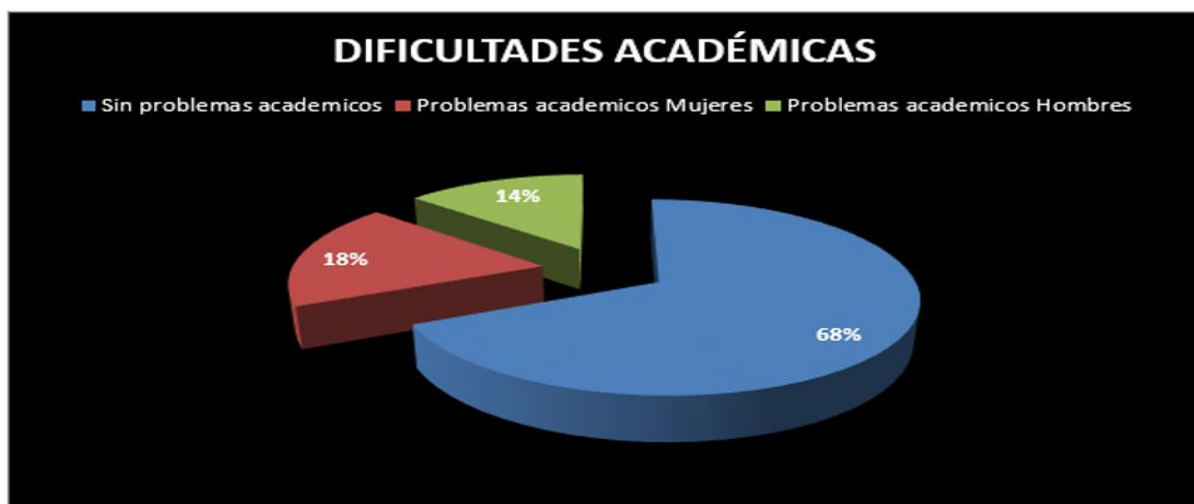


Figura 5.16. Distribución de la muestra: Dificultades académicas

## Problemas alimenticios

El 77% de la muestra no reporta problemas alimenticios, el 9% presenta aumento de peso, el 5% bulimia, 5% obesidad y el 4% alteraciones en el apetito. Ver figura 5.17.

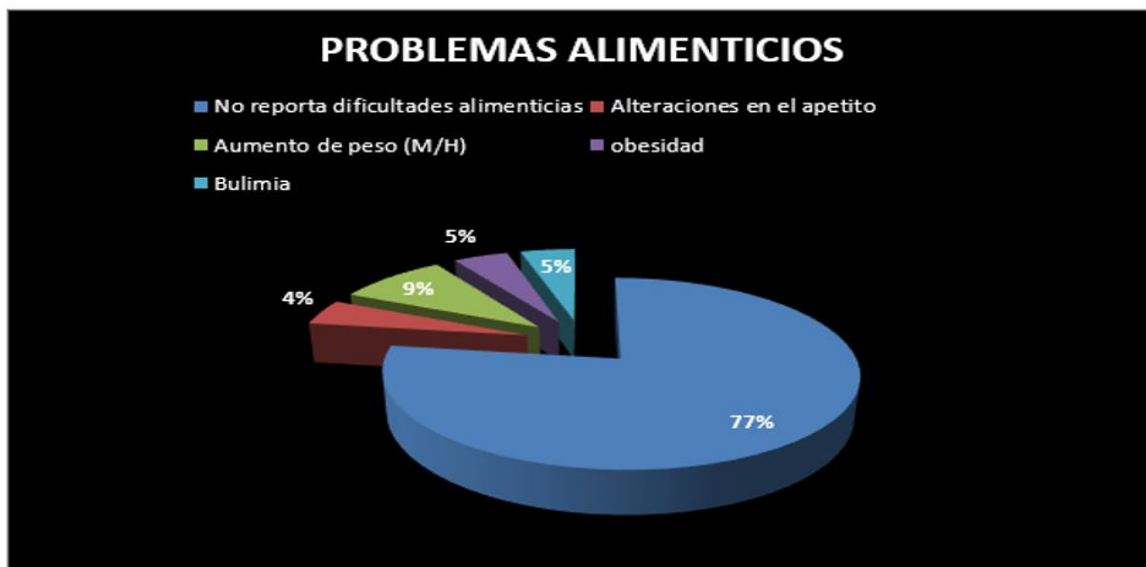


Figura 5.17. Distribución de la muestra: Problemas alimenticios

## Sintomatología sexual

El 36% de los casos no reporta conflictos sexuales, el 18% refieren haber cometido un acto de abuso sexual hacia un menor, el 14% mencionó tener una nula actividad sexual, el 9% expresa conflictos de identidad de género, el 9% (2 mujeres) no permite la penetración, el 5% tuvo un hijo de su abusador (padre), otro 5% masturbación compulsiva y el 4% reportó padecer eyaculación precoz. Ver figura 5.18.

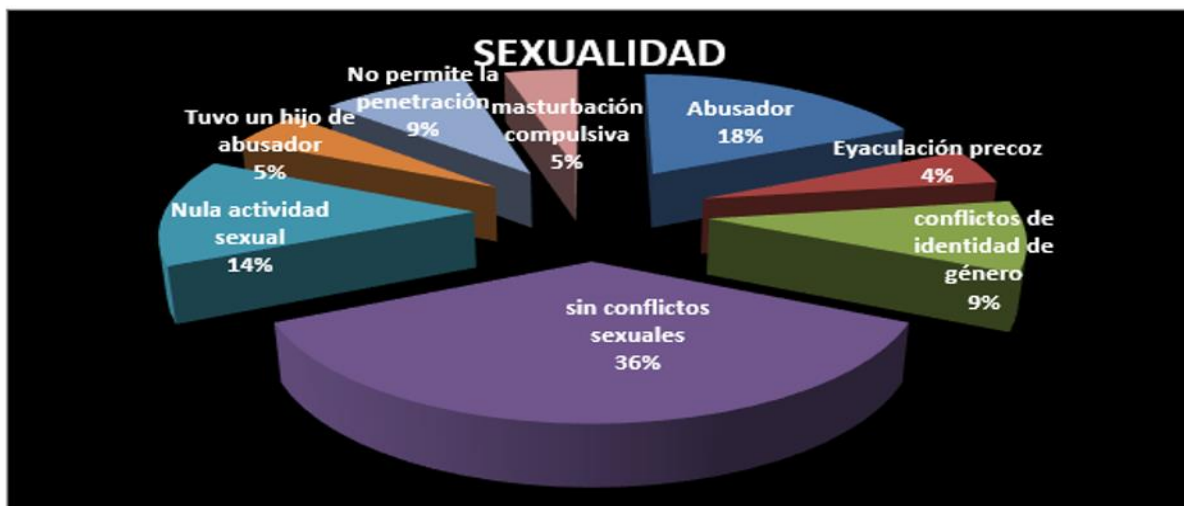


Figura 5.18. Distribución de la muestra: Sexualidad



### Sustancias adictivas

El 14% reportó el uso de tabaco, el 9% consumo de alcohol, el 5% uso de otras sustancias y 4% se considera adicto a la pornografía. Ver figura 5.19.

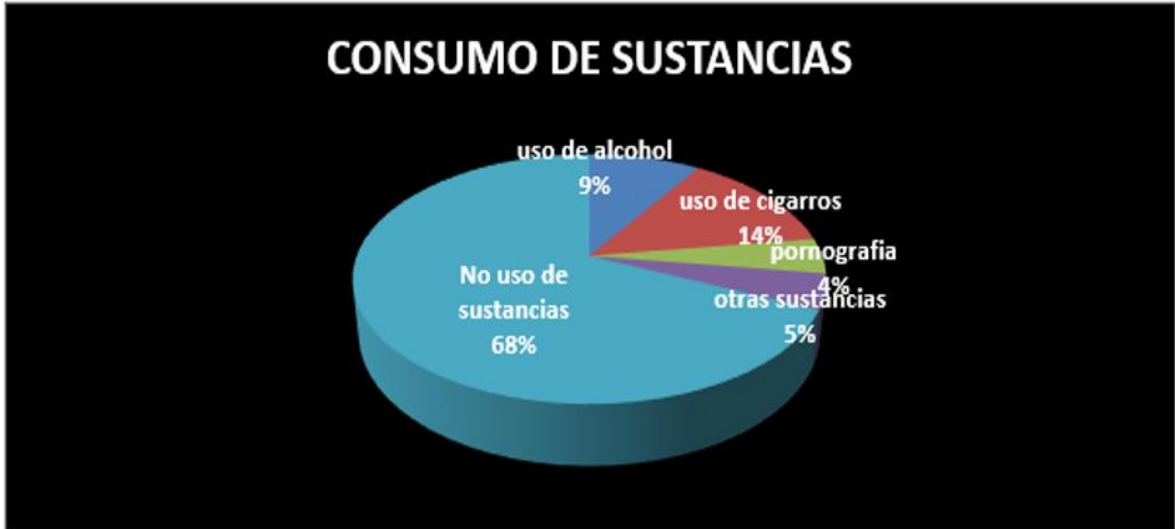


Figura 5.19. Distribución de la muestra: Consumo de sustancias

### Suicidio

Del 100% de la población el 14% menciona haber tenido ideas suicidas y el 9% reporta haber tenido intentos suicidas. Ver figura 5.20.

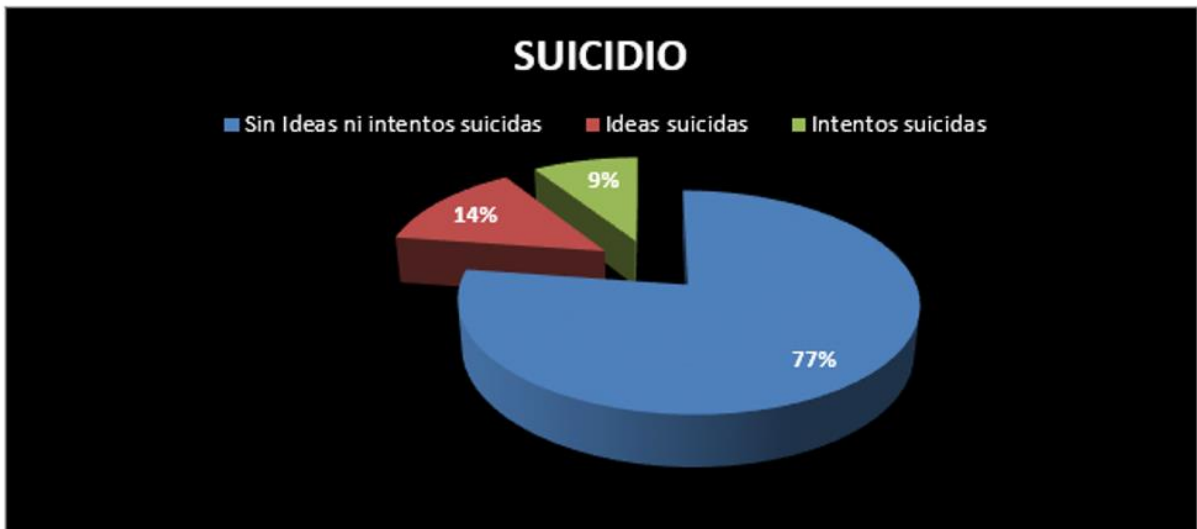


Figura 5.20. Distribución de la muestra: Suicidio

En relación a la Depresión los resultados obtenidos fueron los siguientes:

Del 100% de la muestra el 91% reportó presencia de Depresión en diferentes niveles (Leve, Moderada y Grave) y el 9% no presentó Depresión. Ver figura 5.21.

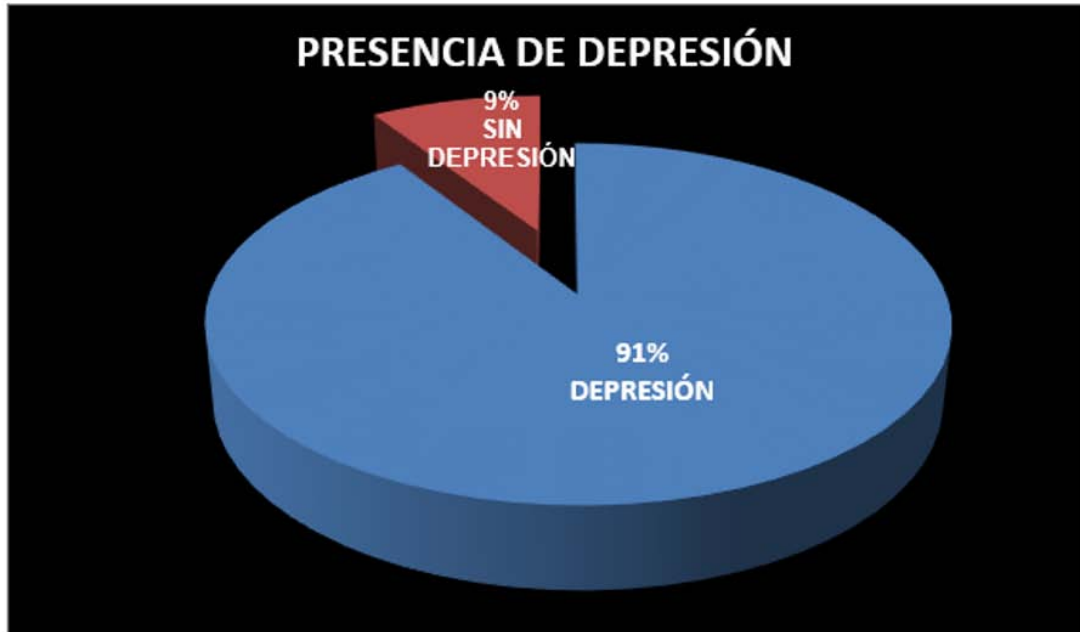


Figura 5.21. Distribución de la muestra: Presencia de Depresión

Del 100% de la muestra el 41% reportó Depresión grave, 32% Depresión moderada, 18% Depresión leve y 9% no reporta la presencia de Depresión. Ver figura 5.22.

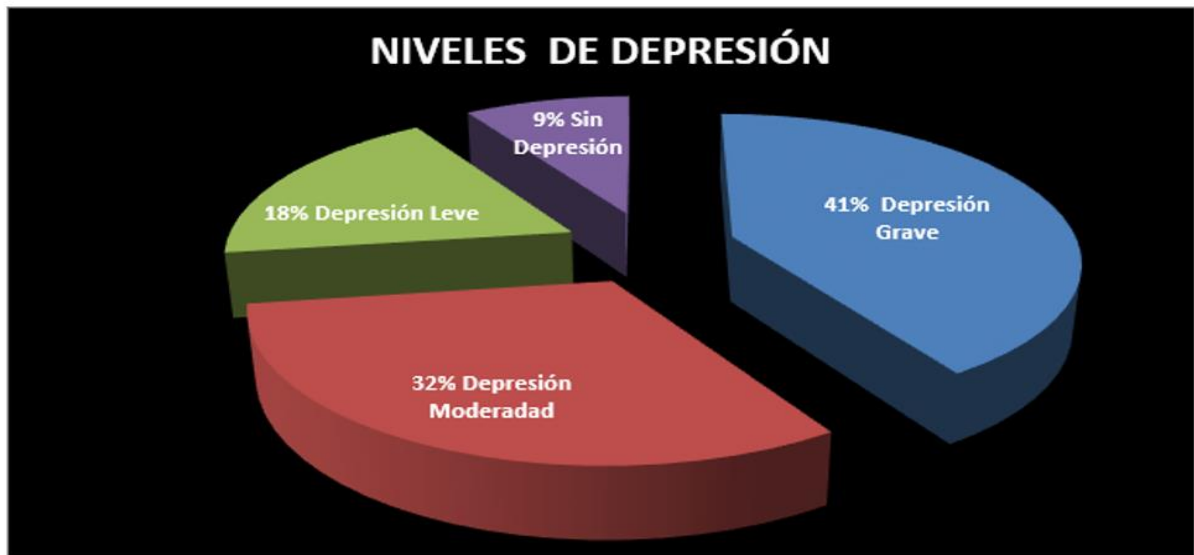


Figura 5.22. Distribución de la muestra: Niveles de Depresión

Respecto al sexo femenino se encontró que el 43% presentó Depresión grave, el 29% Depresión moderada, 14% Depresión leve y el 14% no reporta Depresión. Ver figura 5.23.

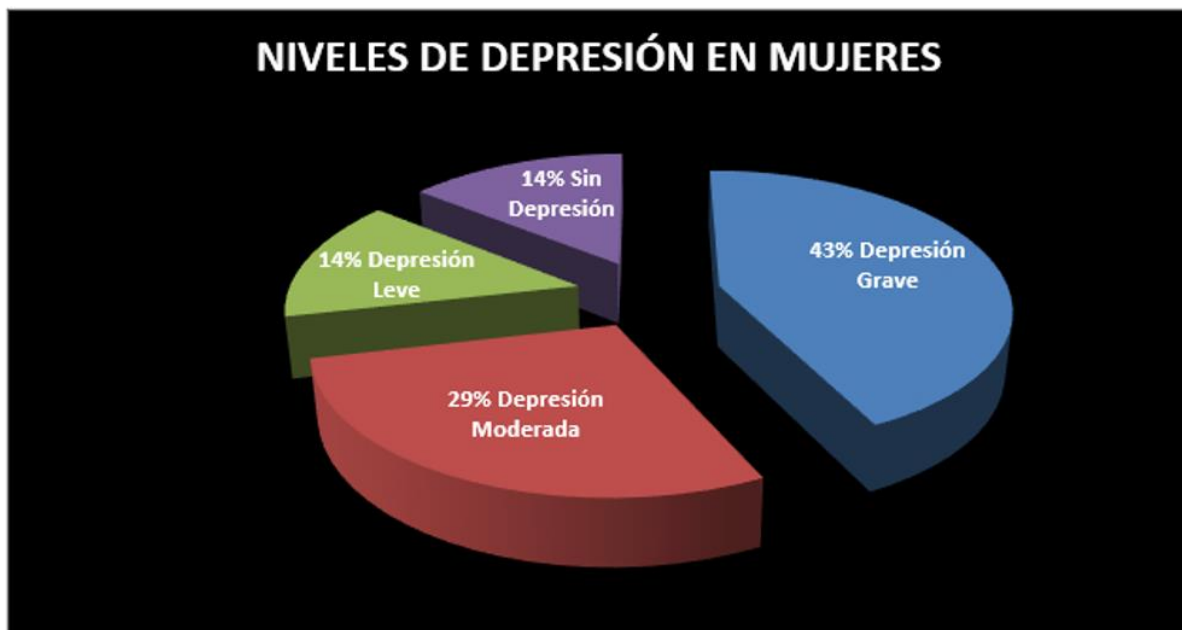


Figura 5.23. Distribución de la muestra: Nivel de Depresión en Mujeres

En cuanto a los varones se encontró que el 38% presentaron Depresión grave, el 37% Depresión moderada y el 25% Depresión leve. Ver figura 5.24.

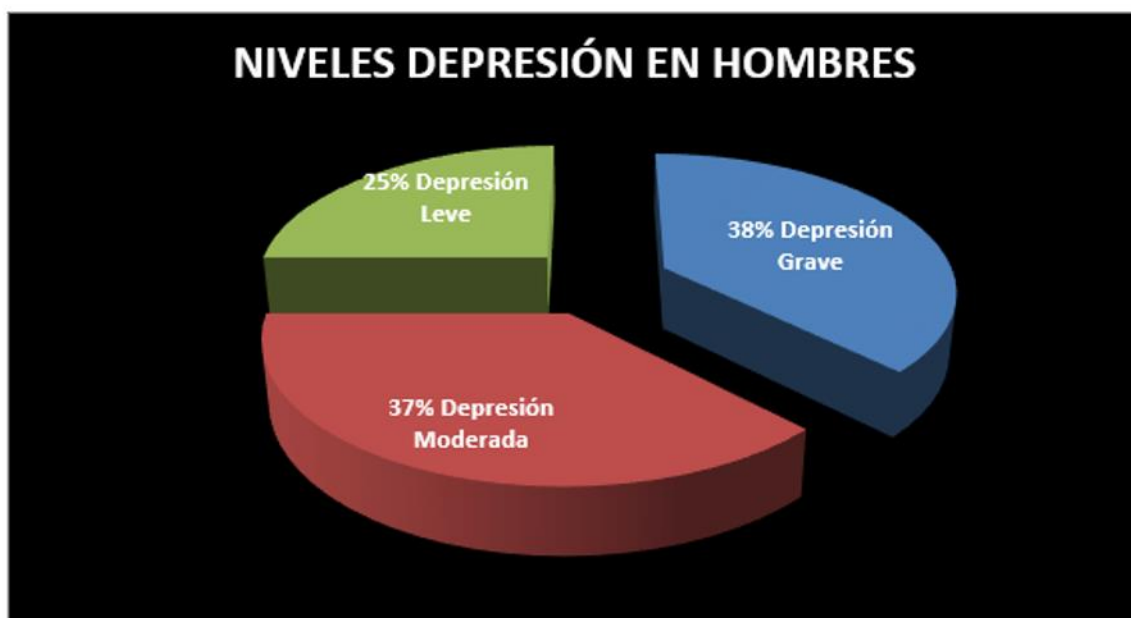


Figura5.24. Distribución de la muestra: Depresión en Hombres

Para finalizar se proporcionan los resultados de los niveles de Depresión con relación al tipo de abuso y así mismo con respecto al agresor/a tanto en hombres como en mujeres.

***Población femenina***

<b>NIVELES DE DEPRESIÓN CON RELACION AL TIPO DE ABUSO SEXUAL Y AGRESORES</b>				
<b>MUJERES</b>				
<b>TIPO DE ABUSO</b>	<b>DEPRESIÓN GRAVE</b>	<b>DEPRESIÓN MODERADA</b>	<b>DEPRESIÓN LEVE</b>	<b>SIN DEPRESIÓN</b>
✓ Penetración	2	1	2	
✓ Tocamientos	1	3		1
✓ Masturbar a otra persona				1
✓ Sexo Oral				
✓ Desconocido se masturba frente a él				
✓ Besos en la boca/espiaban	1			
✓ Se desconoce	2			
<b>TIPOS DE AGRESOR</b>				
✓ Familiar cercano (padre, hermano/a)	3 padre 1(padre y primo)	1 (Hermano, primo y tío)		1 padre
✓ Familiar lejano (tío, primo)		2		1 primo
✓ Conocido (médico, maestro, vecina, padrino, compañero)			2 (Médico y desconocido) 1 maestro	
✓ Desconocido	1	1		
✓ Se desconoce	1			

Figura 5.25 Distribución de la muestra: Niveles de Depresión con relación al tipo de abuso sexual y los agresores

Con respecto al 100% (N=14) de las mujeres se encontró que el 43% reportó Depresión grave siendo la penetración, los tocamientos y los besos en la boca el tipo de abuso cometido, sin embargo, en el 14%, se desconoce el tipo de abuso.

En el 29% de los casos el nivel de Depresión fue moderado encontrándose la penetración y los tocamientos como el tipo de abusocometido. En lo referente a la Depresión leve los resultados fueron de un 14% donde el tipo de abuso fue la penetración. Asimismo, el otro 14% no reportó Depresión siendo el tipo de abuso los tocamientos y masturbar a otra persona.

De acuerdo con los datos obtenidos respecto a los **agresores** y los niveles de Depresión se encontró que el 21% presentó Depresión grave siendo un familiar cercano (padre) el agresor y en un 7% (padre y primo) y otro 7% un desconocido, y con el mismo porcentaje se desconoce el dato.

En relación a la Depresión moderada el 8% mencionó ser agredido por un familiar cercano (hermano) así como, por familiares lejanos (primo y tío); el 14% por un familiar lejano (tío-primo respectivamente) y en un 7% el agresor fue un desconocido.

Por otra parte, la Depresión leve fue de un 14% siendo un conocido (maestro y médico) el agresor, así como un desconocido.

De igual manera con el mismo porcentaje (14%) se encontró la ausencia de Depresión siendo un familiar cercano (padre) y un familiar lejano (primo) los agresores. Ver figura 5.25

### ***Población masculina***

<b>NIVELES DE DEPRESIÓN CON RELACION AL TIPO DE ABUSO SEXUAL Y AGRESORES</b>				
<b>HOMBRES</b>				
<i>TIPO DE ABUSO</i>	<i>DEPRESIÓN GRAVE</i>	<i>DEPRESIÓN MODERADA</i>	<i>DEPRESIÓN LEVE</i>	<i>SIN DEPRESIÓN</i>
✓ Penetración	1	2		
✓ Tocamientos	1			
✓ Masturbar a otra persona	1			
✓ Sexo Oral			1	
✓ Desconocido se masturba frente a él			1	
✓ Besos en la boca/espían				
✓ Se desconoce		1		
<b>TIPOS DE AGRESOR</b>				
✓ Familiar cercano (padre, hermano/a)	1 hermana 1 hermano	1 padre		
✓ Familiar lejano (tío, primo)				
✓ Conocido (médico, maestro, padrino, compañero)		1 padrino	1 (desconocido y compañero)	
✓ Desconocido	1 (desconocido y su vecina)		1	
✓ Se desconoce		1		

Figura 5.26 Distribución de la muestra: Niveles de Depresión con relación al tipo de abuso sexual y los agresores

Con respecto a los hombres siendo el 100% (N=8), el 38% reportó Depresión grave siendo la penetración, los tocamientos y el masturbar a otra persona los tipos de abuso recibidos. En cuanto a la depresión moderada se encontró que en un 25% de los casos la penetración fue el tipo de abuso y en un 12% se desconoce la información del tipo de abuso. Para la Depresión leve los datos arrojaron un 25% en los cuales el sexo oral y la masturbación de un desconocido frente a él fueron los abusos reportados Ver figura 5.26

En lo referente al Nivel de Depresión y el *agresor* se observó que del 38% que reportaron Depresión grave los familiares cercanos (hermano, hermana) y un desconocido fueron quienes perpetraron el abuso. El 37% correspondiente a la Depresión moderada se encontró que los abusadores fueron tanto familiares cercanos (padre) como conocidos (padrino) y otro que se desconoce. Finalmente, la Depresión leve con un 25% donde los agresores fueron un conocido (compañero) y desconocidos.

## 5.2 ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

El abuso sexual infantil (ASI) es sin lugar a dudas, una grave problemática para México, y que va más allá de las fronteras de diferentes estados y culturas, es una situación que altera la dinámica de las sociedades y los vínculos de las familias a nivel mundial.

Datos de la Organización Mundial de la Salud (Moreno, 2013) arrojan que en el mundo 150 millones de niñas y 73 millones de niños menores de 18 años fueron forzados a tener relaciones sexuales o experimentaron otras formas de violencia. Así mismo, el Informe Mundial sobre la Violencia contra los Niños y las Niñas asegura que, toda violencia ejercida ya sea física o sexual implica daño psicológico y las consecuencias van a incluir el impacto personal inmediato, así como, el daño que éste trasmite en posteriores etapas que van desde la infancia, la adolescencia y la vida adulta (Pinheiro, 2006).

Como se ha podido observar a lo largo de este trabajo, las investigaciones realizadas, a nivel mundial muestran que la prevalencia del abuso sexual infantil tiene severas repercusiones a nivel físico y emocional, a corto y a largo plazo.

El límite temporal entre lo que se denomina efectos a corto plazo o iniciales se suele situar en los dos años siguientes al abuso. A partir de ese momento, se habla de efectos a largo plazo, que es en las secuelas en las que se enfoca el presente estudio (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2000; Milner & Crouch, 2004; citado en Guerricaecheverría s.f.).

La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los hogares (ENDIREH) 2011, identificó que el 62.7% de las mujeres de 15 años y más han sufrido al menos un tipo de violencia en el transcurso de su vida, encontrándose que el 27.3% sufrió violencia emocional,

física o sexual, así mismo, se pone de manifiesto en esta encuesta que el ejercicio de la violencia física y/o sexual en contra de las mujeres es más frecuente que en los hombres (Ídem). Datos que coinciden con los encontrados en el presente estudio, donde 64% de los abusos fueron cometidos contra mujeres y el 36% de abusos cometidos en hombres.

La violencia recibida durante la infancia genera una serie de aspectos negativos a decir de Cáceres, 2001 (citado en Noguerol, 2010) menciona que aquellas víctimas que presentan mayor patología y que han vivido abusos y maltratos en su infancia, tendrán más dificultad para establecer vínculos emocionales. Es posible que asocien las situaciones de intimidación afectivas a una sensación de indefensión y de vulnerabilidad, lo que les conducirá a potenciar el distanciamiento y evitar la intimidad.

Un aspecto importante relacionado con lo expuesto, son los datos de la investigación de Noemí Pereda (2010); la cual nos arroja que son diversos los efectos a largo plazo en víctimas del ASI entre ellos los problemas emocionales, dentro de los cuales se destaca la presencia de los trastornos depresivos y bipolares; los síntomas y trastornos de ansiedad, el trastorno límite de la personalidad; así como las conductas autodestructivas; las conductas autolesivas; las ideas suicidas e intentos de suicidio y la baja autoestima. La **Depresión** no exime a nadie se da tanto en hombres y mujeres habiendo una mayor incidencia en población femenina. Esto concuerda con los datos obtenidos en los expedientes revisados ya que los niveles de *Depresión grave en mujeres (66%)* fueron mayores que en los hombres (33%).

Dentro de la complejidad de los trastornos observados en los casos de ASI, diversas investigaciones expuestas en el presente trabajo, ponen de manifiesto, que tanto, la psiquiatría como la, psicología han demostrado la conexión que existe entre el abuso sexual infantil y los llamados trastornos emocionales graves en la edad adulta, tales como la ansiedad y la Depresión por mencionar algunos.

La Depresión es uno de los trastornos psicológicos más comunes, cuando se intenta mirar el trastorno depresivo desde una perspectiva interpersonal, surge la posibilidad de considerar tres procesos interconectados: en primer lugar los síntomas biológicos y psicosociales que pueden generar la Depresión; en segundo lugar las relaciones interpersonales, tales como la interacción en roles específicos con otras personas y las cuales se derivan de experiencias infantiles, refuerzos sociales y competencias personales; y por último los rasgos de personalidad que predisponen a las personas a padecer un trastorno depresivo, como por ejemplo, la incapacidad en la expresión de la ira o la rabia, así como un pobre concepto de sí mismo (Chinchilla, 2008).

Clínicamente la Depresión incide de forma distinta en las personas, es un problema mental serio que afecta diversas áreas de su vida, algunos manifiestan una incapacidad para concentrarse, falta de confianza en sí misma/o, el llanto y la tristeza son algo muy común en dicho padecimiento, se irritan con facilidad, tienden a aislarse de amigos y familiares. Presentan alteraciones del apetito y del sueño, también encontramos, problemas sexuales; así mismo los

invade la angustia y las ideas negativas; entre otras causas; es posible que un episodio depresivo, surja de la combinación de diferentes factores como: familiares, biológicos, psicológicos y sociales, los cuales pueden incidir a través del tiempo en la vida de las personas. Factores que deberán ser tomados en cuenta dentro del historial clínico de todo paciente.

Retomando lo planteado por los diferentes estudios y los cuales ponen de manifiesto el intento suicida, en los sobrevivientes del ASI; dichos estudios epidemiológicos han mostrado que pacientes diagnosticados con un trastorno depresivo grave o un trastorno bipolar protagoniza un intento suicida a lo largo de su vida (Chinchilla, 2008).

Con respecto a la problemática del riesgo del suicidio, la Organización Mundial de la Salud (OMS), establece que en promedio se registran 3 mil intentos de suicidios, y en México se registraron 6 337 suicidios, sin considerar a los consumados, colocándose como la décimo quinta causa de muerte a nivel nacional, siendo la tasa de mortalidad más elevada en los hombres de 8.5 que en mujeres 2.0 por cada 100 mil habitantes, así mismo, desde el año 2000 es la tasa más alta de muertes por lesiones autoinflingidas (INEGI, 2016). En contraste con estos datos en el presente estudio se encontró que dos pacientes (9%) llevaron a cabo un intento suicida.

No se pueden dejar de observar todos aquellos factores psicosociales, que intervienen en la Depresión, específicamente las relaciones intrafamiliares, las pérdidas prematuras, la falta de apoyo social, así como, las medidas disciplinarias para los agresores, la ruptura de relación afectiva con personas significativas, que pueden potenciar las conductas suicidas y/o la ingesta de sustancias que atentan contra la salud de las personas.

Para autores como Nezu, Nezu, y Lombardo (2006) la prevalencia de la Depresión entre hombres y mujeres es diferente, a decir de ellos, las mujeres son proclives a una mayor respuesta biológica al estrés; así mismo, prestan mayor atención a las necesidades de los demás, pero también tienen mayor tendencia a mostrar pensamientos obsesivos en comparación con los hombres.

Lo anterior también coincide con, las cifras que arrojan otros estudios realizados en la Ciudad de México donde se encontró que los trastornos afectivos, afectan de dos a tres veces más a las mujeres que a los hombres (Souza y Machorro & Lenin, 2010).

Con respecto a los problemas en las relaciones interpersonales, investigadores como Pereda (2010) en su estudio encontró que las mujeres presentaron mayores niveles de dificultad para relacionarse socialmente en comparación con los hombres. También resalta que se puede ver un desajuste en las relaciones de pareja, así como, las relaciones con parejas inestables, de la misma forma se observa mayor aislamiento y un reducido contacto de amigos y relaciones sociales (Ídem). Esto concuerda con los datos obtenidos de los expedientes revisados, donde la mitad de la muestra 50% reportó tener dificultades en las relaciones sociales de los cuales el 64% de las mujeres y el 36% de los hombres presentaron dificultades para relacionarse socialmente y dificultades para relacionarse en pareja.



Autores como, Echeburrúa y Corral (2006) mencionan que dentro de las consecuencias a largo plazo las más habituales son las del aspecto sexual, especialmente en el ingreso de la adolescencia donde se pueden observar en los hombres un control inadecuado de la ira, consumo de sustancias psicoactivas y en las mujeres depresión, conductas autodestructivas y embarazos no deseados.

Dentro de estas secuelas, encontramos en nuestra investigación que, respecto al tipo de abuso, el 36% de los casos sufrió penetración, el 27% dice haber recibido tocamientos y a un 9% se le pidió masturbar a otra persona; un 5% de la muestra reporta haber sufrido sexo oral, otro 5% un desconocido se masturbó frente a él y un 4% fue besado en la boca.

En lo que se refiere a la sintomatología sexual, encontramos que en el 36% de los casos revisados no reportan conflictos sexuales, sin embargo, el 18% de los varones refieren haber cometido un acto de abuso sexual hacia un menor, así mismo, el 14% menciona tener nula actividad sexual, 9% expresa conflictos de identidad de género, otro 9% no permite la penetración, el 5% expresa masturbarse compulsivamente, el 4% padece eyaculación precoz y el 5% tuvo un embarazo no deseado.

Por otra parte, dentro de las secuelas a largo plazo que puede observarse en sobrevivientes de ASI se encuentra el consumo de sustancias psicoactivas, sin embargo, en el presente estudio, se observó, que más de la mitad de la muestra (68%) no consumían ninguna sustancia ilegal; algunos sólo consumían cigarros (14%), alcohol (9%) y otras sustancias (5%). Sin embargo, en nuestro país como en muchos otros las adicciones ocasionales o crónicas como el alcohol y tabaco afectan principalmente a los jóvenes y son en muchas ocasiones el ingreso a otras drogas más dañinas como la marihuana o la cocaína sólo por mencionar algunas.

Continuando en la línea, otros estudios como los de Gallego y cols. (2007) encontraron en sus investigaciones, que la relación entre el ASI y el consumo de sustancias psicoactivas como: marihuana, cocaína, inhalables, éxtasis y hongos, así como el consumo de basuco; fue estadísticamente significativa, ya que estas sustancias pueden servir de escape para mitigar el dolor de la violencia ejercida contra ellos y ellas.

Por su parte, la UNICEF (2011) refiere que existe un “impacto en la arquitectura del cerebro en proceso de maduración”, bajo desempeño académico y laboral, así como comportamiento agresivo cuando se ha sido víctima de ASI. En relación con lo observado en las investigaciones, la escolaridad de los sujetos del presente estudio no se vio afectada, el 41 % de la muestra presentaban estudios universitarios, 18% contaba con secundaria, 14% licenciatura, 14% preparatoria, 9% maestría y el 4% primaria. Con respecto a lo laboral, la ocupación de la muestra fue en un 36% estudiantes, 14% se dedica al hogar, 9% reportó ser empleada doméstica y el otro 9% dedicarse a las ventas. El 5% mencionó realizar las siguientes actividades joyero, laboratorista y realizar una actividad de voluntariado, mientras que el 4% reportó hacer estuches y el otro 4% ser desempleado/a.

Las repercusiones psicológicas, sociales y médicas de las agresiones sexuales, alcanzan tales dimensiones que comprometen el futuro de las familias, de los niños y las niñas que, en la edad adulta, pueden presentar diferentes trastornos como los ya mencionados. Sin embargo, es importante mencionar que las diferentes investigaciones han explorado el por qué algunos niños/as sufriendo las mismas condiciones, llegan a experimentar consecuencias de ASI a largo plazo mientras que otros al parecer no tienen secuelas. Sin embargo, no se puede obviar el sentimiento de rabia y fracaso, tras un trauma vivido en la infancia, puede crear la necesidad de repetir el episodio traumático durante otras etapas evolutivas (Pereda, 2010).

En nuestra sociedad como en muchas otras predomina un modelo patriarcal, en el cual las relaciones al interior de la familia obedecen o se estructuran a partir de la dominancia de la figura masculina sobre la mujer y los hijos. Furniss, 1988 (citado en Echeburúa & Redondo, 2010) manifiesta que la raíz del incesto padre-hijo, aparece a partir de un arreglo disfuncional en el que los padres padecen problemas “emocionales-sexuales”.

No obstante, tal y como se ha venido planteando el ASI, aparece como una manifestación extrema de la dinámica intrafamiliar donde el padre abusa del poder otorgado por la misma sociedad, tanto dentro como fuera de la familia, sin embargo el abuso a un niño/a puede ser perpetrado por un padre, o una madre o por alguien que este al cuidado del niño/a el abusador, juega o acaricia los genitales del menor; o bien cuando hay penetración, incesto, violación, sodomía, exhibicionismo, o explotación por medio de la prostitución o la producción de materiales pornográficos (Chil Welfare Information Gateway, 2013).

El abuso sexual en la infancia tiene lugar habitualmente en el ámbito de la familia o del entorno cercano al niño habiéndose encontrado que en un 50% de los casos la edad del abuso fue entre los 7 y 12 años, el 27% en el rango de 0 a 6 años y el 14% restante comprendió entre los 13 y 18 años de edad; por otra parte, se encontró que en el 55% de los casos el padre presentaba problemas de alcoholismo y así mismo, se obtuvo el registro de un solo caso de un embarazo derivado del abuso paterno.

Por último, simplemente, no se pueden obviar que el abuso sexual infantil deja secuelas psíquicas a corto, mediano y largo plazo, y en ocasiones también físicas (desde heridas y laceraciones genitales hasta infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados).

Argumentos tales como “*Son niños no se dan cuenta*”, “*Los niños se adaptan a todo*”, “*El abuso sexual no deja secuelas en los niños*”, “*Es mejor que no lo hablen así se olvidan*” no son aceptables para ningún tipo de maltrato (UNICEF, URUGUAY, 2015).

Hacemos énfasis en la imperiosa necesidad de dirigir acciones, que permitan la prevención del ASI, promoviendo la atención y cuidado de los niños, niñas y coadyuvando formas de relaciones no violentas al interior de las familias, toda vez que éstas incidirán a lo largo de su vida.

#### Relato de una joven de 17 años

Cuando mi mamá se murió yo estaba tan sola... Ella no sabía nada de lo que mi papá me hacía, pero por lo menos cuando estaba en casa yo podía hablar con ella, hacer cosas con ella, aunque no supiera nada.

Después, cuando se murió, mi papá me dijo que quedábamos solo él y yo. No pude ir más a visitar a mis tías ni a mi abuela... Ellas tampoco venían, porque nunca se habían llevado bien con mi papá, entonces ahí fue donde de verdad me quedé sola.

Mi papá me dijo: "Ahora la mujer de la casa sos vos", y que por eso tenía que dormir en su cama, al lado suyo. A mí me daba miedo dormir sola, por eso me lo aguanté eso de dormir con él. Si total él, cuando quería hacerme eso, me lo hacía igual.

Tomado de: Abuso sexual infantil. Cuestiones relevantes para su tratamiento en la justicia. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Unicef, pág.74 Uruguay, 2015

#### Relato de una adolescente

¿Vos sabés lo que significa que una persona como él, que podía elegir a cualquier chiquilina como yo, me eligiera a mí? A mí en mi familia nadie me miraba, no existía, era un fantasma, pero, eso sí, me hacían lo que querían... Yo pensaba de verdad que él [se refiere a quien abusó de ella en un contexto institucional] me iba a rescatar. Cuando me dijo que lo toque ahí, yo pensé que no podía decirle que no, después de todo lo que había hecho por mí.

Tomado de: Abuso sexual infantil. Cuestiones relevantes para su tratamiento en la justicia. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Unicef pág. 41, Uruguay, 2015

## CONCLUSIÓN

Diversos estudios han encontrado que la experiencia de sufrir un abuso sexual en la infancia provoca resultados negativos en diferentes ámbitos de la vida de los sobrevivientes, tanto en lo físico, lo psicológico, como en lo social.

Como se ha visto a lo largo de nuestro trabajo, uno de los trastornos psicológicos más prevalente entre las mujeres y derivados del ASI, es la Depresión una patología que es considerada “*la primera causa de discapacidad entre las mujeres entre los 15 y 44 años de edad*” (Gaceta Biomédica, UNAM, 2007). Así mismo, se pudo observar que un trastorno depresivo coadyuva a otro problema, como son las relaciones interpersonales, ésta área es una de las más afectadas tanto en hombres como en mujeres; ya sea al inicio del abuso sexual en la infancia como a largo plazo.

Es evidente que la violencia sufrida en la niñez, conlleva la posibilidad de la revictimización en la edad adulta, el presente estudio nos permite identificar que el maltrato físico y sexual tiene enormes repercusiones tanto en hombres como en las mujeres en la edad adulta. Lo anterior concuerda con otras investigaciones (Echeburrúa & Corral, 2006) las cuales, nos refieren que el impacto psicológico puede ser mínimo a menos que se trate de un abuso sexual grave con penetración y que el agresor tenga un vínculo familiar con la víctima, pero además señalan que, más importante será si existe un alto nivel de intimidad del perpetrador con el niño/a o adolescente.

Si bien son muchas las consecuencias del ASI, consideramos devastador y alarmante que continúe dándose principalmente, en el seno de la familia y que la edad promedio de los sobrevivientes siga siendo una muy vulnerable, ya que nuestros datos arrojaron que es entre los 7 y 12 años de edad que se comete la victimización, y, por otra parte, la prevalencia en mujeres es más alta con respecto a los hombres.

Lo anterior concuerda con los datos de Cantón-Cortés, Cantón & Cortés (2011) donde mencionan investigaciones, en los cuales las víctimas de 6-12 años del estudio de Koverola et al., (1993) y de 8-13 años del de Sanders-Phillips, Moisan, Wadlington, Morgan & English (1995) presentaban unos niveles superiores de depresión cuando existía un alto nivel de conflictos entre sus padres. Fassler et al., (2005) encontraron que el ambiente familiar actuaba como mediador en las consecuencias a largo plazo del ASI.

Concretamente, un nivel más alto de conflictos familiares se asociaba con consecuencias más negativas en los adultos, mientras que una mayor expresividad y cohesión se relacionaban con una mejor adaptación adulta.

Como ya se señaló, para algunos autores los efectos iniciales del abuso sexual en la infancia pueden perdurar a lo largo de un ciclo evolutivo (Swanston, Tebbutt, O'Toole & Oates, 1997; Tebbutt, Swanston, Oates & O'Toole, 1997; citado en Pereda, 2009) otros coinciden en que los efectos se minimizan o desaparecen (Oates, O'Toole, Lynch, Stern & Cooney, 1994; et al., 2009), algunos de ellos pueden llegar a la vida adulta y desarrollarse especialmente en ciertos períodos de la vida de la víctima (Kendall-Tackett, 1993; et al., 2009).

Estos efectos concuerdan con los de Ruth González (citado en Boletín UNAM, 2003) quien define a los/las sobrevivientes de abuso sexual en la infancia, como “aquellos adultos que enfrentan una serie de trastornos emocionales derivados de la violencia que ejercieron contra ellos”. Generalmente, el ataque fue perpetrado por alguien, en quien confiaban cuando eran niños y ocurrió en su casa o en la de un pariente.

Ya que es al interior de las familias, donde a esos niños y niñas se les rechazará, estigmatizará y se les pedirá que nieguen, olviden o silencien el origen de su dolor. Los resultados de la presente investigación nos permiten manifestar la importancia de la familia para una adecuada adaptación de las víctimas de ASI; por lo cual, es de suma importancia llevar a cabo estrategias de prevención al interior de las familias, es decir, realizar intervenciones para que los integrantes puedan expresar sus sentimientos, apoyarse entre sí y la realización de actividades conjuntas.

Con base en lo anterior consideramos, que un hallazgo importante en nuestra revisión teórica es que, para algunos especialistas la capacidad de sobreponerse y manejarse después de una experiencia tan negativa como el ASI, se llama “resiliencia” la cual a decir de ellos no es algo inherente al niño/a, por el contrario es el resultado de la combinación de ciertos factores de riesgo y de protección los cuales permitirán que el menor tenga una reacción positiva o negativa ante las experiencias adversas incluyendo la Depresión en la edad adulta. Los factores protectores pueden ser dispuestos por la familia o por la comunidad y son aquellos vínculos afectivos positivos, la autoestima, la inteligencia, la regulación de las emociones, el humor y la independencia (SENAME, 2004 citado en Ysern De Arce & Becerra, 2006).

Sin embargo, nos gustaría mencionar las palabras de Boris Cyrulnik (2005) quien habla de la “resiliencia” del ser humano y menciona que “para curar el primer golpe, es preciso que mi cuerpo y mi memoria consigan realizar un lento trabajo de cicatrización”.

Al hacer la revisión de los expedientes, si bien, nos arrojan datos relevantes como los ya mencionados hay muchas otras incógnitas que por falta de información no nos es posible responder, pero inferimos que esa capacidad “resiliente” de recursos internos, de estos niños sobrevivientes, hizo posible que se moldeara el temperamento en algunos de ellos en la edad adulta.

Es decir, suponemos que quizá el medio ambiente familiar en el que se encontraron inmersos durante sus primeros años, incluso posiblemente antes de la aparición de sus primeras palabras y de sus primeros pasos, habían impregnado su memoria de cierta determinación, ya que en

nuestro estudio encontramos que las actividades académicas no decrecieron, por el contrario, tuvieron una utilidad y una significación para encaminar su desarrollo personal.

Por otra parte, también inferimos que, algunos de éstos sobrevivientes pudieron ser escuchados y atendidos, porque en contraste con algunos estudios revisados de las consecuencias a largo plazo del ASI, nuestra muestra arroja resultados favorables en cuanto a la no ingesta de sustancias adictivas ilegales.

Sin embargo, no podemos minimizar ninguna de las consecuencias a corto y largo plazo que se han expuesto en el presente trabajo derivadas de ASI, y es de suma importancia que todos aquellos servidores públicos y de la salud que intervengan en la escucha a los sobrevivientes, deberán implementar estrategias que permitan un adecuado auto cuidado de los mismos, a fin de no revictimizarlos.

Finalmente podemos concluir que los datos encontrados en nuestro estudio, son consistentes con lo reportado ya en la literatura; el antecedente de abuso sexual infantil se encuentra muy relacionado con la Depresión, encontrándose un claro predominio de afectación en el sexo femenino con respecto al trastorno depresivo, sin embargo, nos parece oportuno mencionar que puede existir un “sesgo” de género ya que tradicionalmente en nuestra sociedad las manifestaciones depresivas se observan y se permiten más en las mujeres, para lo cual es importante revisar los indicadores de malestar emocional en los hombres, a fin de coadyuvar una mejor expresión de sus emociones y por ende una mejora en su salud mental.

En concordancia con lo anterior, las autoras del presente trabajo, concluimos la relevancia de considerar el apoyo y cuidado de las figuras cercanas al niño/a que posibiliten un mejor desarrollo emocional, físico y social para los sobrevivientes de ASI.

**Una sonrisa rota**

**Una lágrima que brota sin saber por qué**

**Un rictus de tristeza**

**Una mirada perdida**

**Unas manos huérfanas**

**¡Cuánto dolor inocente víctima de un**

**Inmisericorde agresor y un Cobarde que calla!**

**Javier Urra (Defensor del menor. Madrid)**

**(Echeburúa & Guerricaecheverría, 2000 citado en UNICEF, 2013)**

## LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

### Limitaciones

Nuestro estudio se llevó a cabo con un número reducido de expedientes, por lo que nuestros datos son preliminares y no se puede extrapolar que la Depresión es un factor preponderante en sobrevivientes de abuso sexual infantil. Sin embargo, en el período en que se revisaron los expedientes y mediante la lectura de los datos obtenidos del Inventario de Depresión de Beck-II (incluido en los mismos) se encontró que algunos de ellos presentaban en el momento de la entrevista clínica desde una Depresión Grave hasta una Depresión leve, sólo una minoría de ellos no presentaban Depresión.

Como ya se mencionó anteriormente consideramos que nuestra investigación adolece de algunas limitaciones que deben tenerse en cuenta, en principio sólo se pudo tener acceso al empleo de informes retrospectivos, no se realizaron entrevistas actuales a fin de conocer el proceso afectivo de los pacientes. Por otra parte, se desconoce si las víctimas recibieron algún tipo de asistencia legal o terapéutica y de ser así en qué momento de su vida la recibieron.

En definitiva, y a pesar de las limitaciones aquí interpuestas concluimos en nuestro estudio, que el/la sobreviviente de un abuso sexual infantil supone una experiencia por demás riesgosa, que en función de la capacidad de cada persona puede afectar en mayor o menor medida a los niveles de Depresión en las víctimas en la edad adulta. Es por ello la importancia de identificar los casos particulares de Depresión en sobrevivientes de ASI; a fin de implementar estrategias que permitan una mejora en la salud mental de las personas.

### Sugerencias

Los apoyos sociales, así como, las relaciones cercanas o el apoyo de un ser querido protegen contra la Depresión (Prigerson, 1993 citado en Chinchilla, 2008). Esto hace necesario investigar y analizar sobre estas y otras variables de tipo personal que estuvieran afectando el estado emocional de los pacientes, tales como, las económicas, las redes de apoyo de amigos y familiares, los hábitos de estudio, las relaciones familiares cuando se presenta el ASI. Esto sugiere que es necesario investigar y analizar qué factores pueden incidir, en los estados emocionales de los sobrevivientes del ASI en la edad adulta.

Para las autoras del presente estudio, es importante proponer otras investigaciones, similares a esta, pero con una muestra mayor de pacientes, y poder de esta manera obtener resultados más concluyentes, a fin de diseñar e implementar acciones de prevención primaria dentro de las familias e instituciones, con el fin de identificar qué factores están inmersos en la alta prevalencia del abuso sexual infantil.

Por otra parte, en esta investigación se propone la importancia de realizar un trabajo terapéutico en los sobrevivientes de abuso sexual infantil, diagnosticados con Depresión, a fin de minimizar los estragos que a largo plazo puedan presentar.

### **Puntos a considerar para prevenir el ASI**

A continuación, se proponen algunas actividades y sugerencias desde la función del Psicólogo/a para el abordaje preventivo en diferentes esferas de la vida como son: área familiar, educativa, social, comunidad, así como los problemas en la adolescencia y adultez, de manera particular la Depresión.

Para lo cual se sugiere que se lleve a cabo El Modelo de Evaluación Integral (UNICEF, URUGUAY 2015, p. 152) ya que este modelo contempla un trabajo multidisciplinario, es decir, contempla el trabajo en equipo compuesto por médicos, psicólogos, trabajadores sociales, abogados, enfermeras y médicos psiquiatras. En el presente modelo la entrevista con el niño/a es muy importante pero no lo único, se pueden realizar varias de ellas; busca no solo establecer si hubo abuso o no, sino que además intenta evaluar las necesidades terapéuticas del niño o niña, del adulto no ofensor y del adulto ofensor, y si es o no necesario ubicar a la niña o niño en un lugar alternativo por encontrarse en riesgo en su propio hogar. Las autoras mencionan que el modelo aporta varias ventajas como la que a continuación se mencionan:

- ψ Permite recolectar información secundaria que puede contribuir a la comprensión global del caso y eventualmente a la validación del relato de ASI.
- ψ Es respetuoso del impacto que la situación de develamiento y crisis imprime en el niño/a víctima y en su familia.
- ψ Permite establecer eventuales factores de riesgo adicionales a los propios del ASI investigado.
- ψ Chequea la confiabilidad del adulto no ofensor como fuente de protección futura del niño.
- ψ Es respetuoso de las posibilidades de cada niño/a, y toma la formación de una sólida relación de confianza como un requisito ineludible y fundamental para llevar adelante las entrevistas con el niño, sin dejar de lado la importancia de la información a recolectar, así como, todo aquello que pueda aportar datos familiares, que permitan integrar la información de todo lo recabado de una manera más efectiva y menos contaminada posible.

También se considera importante que el psicólogo/a que atiende al niño/a o adolescente tenga a bien llevar a cabo la primera entrevista en un clima de empatía y respeto hacia ellos, pero evitando el contacto físico con los menores. Cabe mencionar, que durante mucho tiempo se consideró que los niños/as pequeños eran sujetos pasivos, imposibilitados para almacenar recuerdos de manera confiable, pero en la actualidad y a partir de las investigaciones revisadas, esta percepción ha cambiado de manera favorable, para lo cual, es de suma importancia que el



psicólogo/a tenga una vasta formación en sexualidad y desarrollo humano con perspectiva de género, así mismo, se sugiere el haber realizado un trabajo personal terapéutico de análisis con un tiempo mínimo de 5 años, ya que esto le permitirá recabar la información del menor de manera imparcial sin sesgos religiosos, políticos y de género.

Es fundamental poner mucha atención y cuidado en el contacto inicial, ya que este es el primer paso de la evaluación al niño/a, y sentará las bases y el tono en el que se podrán realizar las entrevistas subsiguientes. A continuación, se da una sugerencia de cómo llevar a cabo esa primera entrevista (UNICEF, URUGUAY, 2015 p.153).

El entrevistador pregunta al niño si sabe por qué está en ese lugar, le aclara que solamente se verán durante algunos encuentros y puede mostrarle el lugar donde estarán y las instalaciones aledañas.

- La conversación comienza con preguntas sobre su cotidianidad, que pueden incluir programas de tv que le gustan, juegos que le gusta jugar, información sobre amigos, su cumpleaños, etc.
- Se trata de comenzar a evaluar mínimamente las habilidades narrativas del niño y el tipo de lenguaje que suele utilizar.

Es importante que toda la comunicación con el niño deba hacerse siempre en un lenguaje acorde a su nivel evolutivo. Así mismo, también se explican los límites de la confidencialidad y se establecen las reglas de los encuentros:

1. Tú conoces mejor que yo lo que sucedió.
2. Siempre di la verdad.
3. No trates de adivinar. (Para practicar, aquí el entrevistador puede preguntar al niño “¿Cómo se llama mi perro?”; si el niño contesta cualquier nombre, se le recuerda que no debe adivinar; si responde que no sabe, se lo valora: “Muy bien, veo que entendiste bien”.)
4. Si no sabes la respuesta o no te acuerdas, solo dilo.
5. Si yo repito una pregunta no significa que tu respuesta esté mal. (Aquí el entrevistador puede hacer una pregunta del tipo “¿Cuántos años tenías cuando comenzaste a caminar?”, o cualquier otra que dé la posibilidad de que el niño conteste “No sé/No me acuerdo”.)
6. Si una pregunta te parece muy dura o difícil, podemos volver sobre ella más tarde.
7. Me puedes corregir si digo o entiendo algo mal. (El entrevistador puede decir “Si yo digo que tu nombre es María Clara y que tienes seis años, ¿dije algo mal?”, alentando a la niña a que corrija la información errónea que dio el entrevistador.)
8. Me puedes decir si no estás de acuerdo con algo que yo digo.

## Características del entrevistador

Es importante mencionar que hay cierto acuerdo en las características generales que se requieren del entrevistador para llevar a cabo exitosamente esta investigación:

- ✓ Es un profesional habilitado para realizar este tipo de evaluaciones, preferentemente un profesional de la salud mental.
- ✓ Tiene especialización y/o entrenamiento en el trabajo con niños y niñas de diferentes edades. – Está especializado con el diagnóstico y el tratamiento de niños, niñas y sus familias en casos de abuso sexual.
- ✓ Está entrenado en evaluar el desarrollo madurativo, cognitivo y relacional del niño.
- ✓ Se acerca a la evaluación con una mente abierta a diferentes hipótesis.
- ✓ Está familiarizado con el trabajo interdisciplinario.
- ✓ Tiene la habilidad de comunicarse con niños y niñas de diversas edades y características; es espontáneo, flexible, creativo, paciente y asertivo.
- ✓ Minimiza los aspectos formales o temerosos de la entrevista cuando son generadores de distancia y desconfianza en el niño, e interfieren en su capacidad de sentirse confiado para hablar de hechos penosos.
- ✓ Tiene la capacidad para controlar los propios sentimientos despertados por el ASI y/o por el relato infantil.
- ✓ Es hábil para reconocer y contener los estados emocionales del niño, a la vez que puede manejar los tiempos para avanzar en la investigación, sin ser intrusivo.
- ✓ Tiene la capacidad y la formación que le permitan contener y guiar al niño y la familia en el proceso legal; informa solo lo que sabe, orienta respecto de pasos a seguir y/o personas o instituciones que podrían responder mejor que él a las preguntas de la familia.
- ✓ Posee conocimientos acerca del trauma infantil, sus manifestaciones y cómo estas pueden interferir y/o evidenciarse en las entrevistas con el niño o niña, así como de sus secuelas, con el objetivo de hacer una correcta orientación hacia una psicoterapia. Dentro de esta área es fundamental que tenga un claro conocimiento acerca de las memorias traumáticas, es decir, de la manera en que el niño almacena la información en una situación traumática como el ASI.
- ✓ Evita cualquier sesgo. Un entrevistador sesgado es aquel que mantiene a priori determinadas creencias acerca de si han ocurrido o no ciertos sucesos, y moldea la entrevista para conseguir que la declaración sea acorde a esas creencias. El entrevistador debe mantener su mente abierta, recordando que, mientras que los niños tienen escasa o nula motivación para hacer un alegato falso, los adultos acusados de abusar de un niño tienen un interés mayor en que el profesional crea que el niño miente o está equivocado (Faller, 2007).

Una instancia neutral puede ser restrictiva si el profesional considera que parte de esta actitud es llegar a la entrevista sin saber absolutamente nada de la acusación. Por ello, el profesional que entrevista a un niño debe tener la capacidad de ponderar toda la información de manera global, explorando hipótesis alternativas y fundamentando sus conclusiones del modo más informado posible. La formación teórica, la ideología e incluso las propias convicciones religiosas del entrevistador también pueden sesgar la entrevista.

## **Institutos y Centros Hospitalarios que atienden problemas de Abuso Sexual, Violaciones y Salud Mental en la Ciudad de México**

Como ya se ha mencionado anteriormente, las consecuencias a corto y largo plazo en los sobrevivientes de ASI son diversas y algunas devastadoras, principalmente si son estigmatizadas y rechazada/os por parte de la familia y la comunidad, de ahí la importancia de que reciban asistencia médica y legal a fin de que se recuperen del daño físico y mental. Aparte de las lesiones recibidas muchas/os de ellos pueden contraer infecciones de transmisión sexual, así como, embarazos no deseados. A continuación, se da una lista de Instituciones Públicas en la Ciudad de México donde pueden acudir.

<b>Nombre de la Institución</b>	<b>Domicilio</b>	<b>Teléfonos y/o página web</b>	<b>Servicios</b>
Fiscalía Central de Investigaciones para Delitos Sexuales, de la Procuraduría General de Justicia Especializada	General Gabriel Hernández # 56, primer piso, ala sur. Col, Doctores C.P. 06720	<a href="http://www.pgjdf.gob.mx/images/top_fisdelsexuales.jpg">http://www.pgjdf.gob.mx/images/top_fisdelsexuales.jpg</a> Atención 24 horas.	Atención Médica y Psicológica Atención en crisis Orientación e información
Facultad de Psicología Universidad Nacional Autónoma de México	Avenida Universidad 3004, Coyoacán, Copilco Universidad, 04510 Ciudad de México, CDMX	Centro de servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" Horario de atención Lunes a viernes de 9:00- 19:00	Atención psicológica a la comunidad,
Facultad de Psicología Universidad Nacional Autónoma de México	Sótano del Edificio "C" de la Facultad de Psicología de la UNAM	Programa de Sexualidad Humana 5622-2289 Horario de atención Lunes a viernes de 10:00- 14:00	Atención psicológica para fortalecer la salud sexual integral de la población desde la equidad de género
Línea de Atención Psicológica Call Center UNAM	Avenida Universidad 3004, Coyoacán, Copilco Universidad, 04510 Ciudad de México, CDMX	56 22 22 88,  8:00 a 20:00 horas, de lunes a viernes.	Psicólogos en línea atienden llamadas para dar auxilio o apoyo directo en problemáticas emocionales, de tipo sexual o conductas adictivas, entre otras

SAPTEL. Sistema Nacional de Apoyo, Consejo Psicológico e Intervención en Crisis por Teléfono Ciudad de México y Área Metropolitana	Av. México #37, Hipódromo, Cuauhtémoc, Ciudad de México.	52 59 81 21 01 800 472 78 35 Lunes a domingo 9:00 a 21:00 horas. Email: <a href="mailto:saptel.crlyc@gmail.com">saptel.crlyc@gmail.com</a>	Servicios de orientación, referencia, apoyo psicológico, consejo psicoterapéutico e intervención en crisis emocional a través del teléfono en forma gratuita
Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”	Calle Buenaventura 86, Col. Belisario Domínguez.	Tel.: 55 73 48 44	Clínica del PAINAVAS (Programa de atención a Víctimas de Abuso Sexual de niños y adolescentes)
Hospital Pediátrico Iztapalapa	Ermita Iztapalapa #780 Col. Granjas San Antonio C.P.09070	5685-2156 5685-9416	Atención médica, pediátrica. Profilaxis en casos de abuso sexual
Clínicas de Especialidades Condesa	Benjamín Hill #24 Col. Condesa Cuauhtémoc C.P. 06140	5271-6439 Horario de atención de lunes a viernes 8:00- 13:00 15:00- 18:30	Atención especializada a personas que viven con VIH-SIDA. Profilaxis en caso de abuso sexual o violación
ADIVAC Asociación para el Desarrollo Integral de las Personas Violadas	Salvador Díaz Mirón #130 Santa María la Rivera entre Sabino y Naranja Cuauhtémoc	5682-7989 <a href="http://Adivac.org/sys/">Adivac.org/sys/</a>	Atención especializada a víctimas de violencia familiar y sexual
Asociación de Mujeres sobrevivientes de Abuso Sexual MUSAS A.C.	Dr. Duran #4-214, Col. Doctores Cuauhtémoc	5578-9197 1998-4568 Horario de atención de lunes a viernes 10:00 a 20:00	Atención psicológica a víctimas de delito sexual

Grupo Educativo Interdisciplinario en Sexualidad Humana y Atención a la Discapacidad A.C.	Norte 84 #6644 Col. San Pedro el Chico C.P. 97480 Gustavo A. Madero	<a href="http://www.geishad.org.mx">www.geishad.org.mx</a>	Atención sexológica a niñas, niños, adolescentes, adultos y personas con discapacidad víctimas de delito sexual
CTA. Centro de Terapia de Apoyo a víctimas de delitos sexuales, Procuraduría General de Justicia de la Ciudad de México.	Pestalozzi # 1115 Col. Del Valle, Benito Juárez CP. 06300	<a href="http://www.pgjdf.gob.mx/index.php/servicios/atencionvictimas/cta">www.pgjdf.gob.mx/index.php/servicios/atencionvictimas/cta</a> 5200-9636 5200-9633 5200-9632 Horario de atención 9:00 a 19:00	Atención Psicológica, médica, legal y social para niñas, niños, adolescentes y adultos
Hospital General de México	Niños Héroe y Dr. Balmis 148, Col. Doctores	Tel.: 55 88 01 00	Atención médica-quirúrgica, pacientes con trastornos mentales y de la personalidad.
Instituto Nacional de las Mujeres		<a href="http://www.inmujeres.gob.mx">www.inmujeres.gob.mx</a>	Atención legal y psicológica

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Acevedo, A. J. (2010). El castigo infantil en México. Las prácticas ocultas. México. Editorial. Plaza Valdés.

American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (4ª y 5ª Edición).

Amnistía Internacional (2008). Escuelas seguras el derecho de cada niña no más violencia contra las mujeres. Consultado el 14 de junio de 2015. Disponible en: [https://www.es.amnesty.org/uploads/media/Spanish-Escuelas\\_Seguras-El\\_Derecho\\_De\\_Cada\\_Nina.pdf](https://www.es.amnesty.org/uploads/media/Spanish-Escuelas_Seguras-El_Derecho_De_Cada_Nina.pdf)

Baita, S; Moreno, P. (2015). Abuso Sexual Infantil: Cuestiones relevantes para su tratamiento en la justicia. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF Uruguay. Primera Edición. Consultado el 20 de Julio de 2016. Disponible en: [http://www.unicef.org/uruguay/spanish/Abuso\\_sexual\\_infantil\\_digital.pdf](http://www.unicef.org/uruguay/spanish/Abuso_sexual_infantil_digital.pdf)

Becoña, E; Cortés, M. (2010). (Coordinadores). Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación. Gobierno de España. Consultado el 11 de Mayo de 2015. Disponible en: [www.socidrogalcohol.org](http://www.socidrogalcohol.org)

Beck, A.T.; Steer, R.A y Brown, G.K (2006). Beck depression Inventory-II. Argentina. Editorial. Paidós. Segunda edición.

Beck, S.J. (2007). Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización. Editorial. Gedisa

Belló, M; Puentes-Rosas, E; Medina-Mora, ME; Lozano, R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. Salud Publica México 2005;47 supl 1: S4-S11. Consultado el 12 de mayo de 2015. Disponible: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10609302>

Benjet, C; Borges, G; Medina-Mora, ME., Fleiz-Bautista, C., Zambrano-Ruiz, J. (2004). La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. Revista electrónica de Salud Pública México 2004; Vol. 46(5):417-424. Consultado el 23 de septiembre de 2015. Disponible en: <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=000099>

Benzión, W. (2005). Depresión: ¿enfermedad o crisis? Una perspectiva psicoanalítica. Buenos Aires. Editorial Paidós.

Berenzon S, Lara MA; Robles R; Medina-Mora, ME. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. Consultado el 20 de abril de 2015. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v55n1/v55n1a11.pdf>

Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU. (2010). X- Plain Depresión Sumario. Consultado el 20 de junio de 2016. Disponible en: [https://www.nlm.nih.gov/health/publications/espanol/depresi-n-2011/depression\\_sp\\_quad\\_508\\_ln\\_12\\_23\\_10\\_141885.pdf](https://www.nlm.nih.gov/health/publications/espanol/depresi-n-2011/depression_sp_quad_508_ln_12_23_10_141885.pdf)

Boletín UNAM. (2003). "La violación y el abuso sexual, relacionados con la educación de género". Consultado el 24 de enero de 2016. Disponible en:

[http://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2003/2003\\_580ttt.html](http://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2003/2003_580ttt.html)

Bringiotti, MI; Raffo, P. (2010). Prevalencia y características en estudiantes universitarios de la Ciudad de Buenos Aires. "Revista Derecho de Familia Nro. 46, Julio/Agosto 2010. Ed. Abeledo Perrot. ISSN 1851-1201, pág. 293/305, Bs. As. Agosto 2010".

Buesa, S. y Calvete, E. (2013). Violencia contra la mujer y síntomas de depresión y estrés postraumático: el papel del apoyo social International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 2013, 13, 1, 31-45 Universidad de Deusto, España. Consultado el 15 de diciembre del 2014. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4158977>

Bustos M, Oliva N, Fleiz C, Fregoso D, Moreno M, Mujica A, Villatoro J, Medina-Mora ME. (2013). Abuso sexual en hombres y mujeres. Tendencias que no reflejan diferencias: Resumen Ejecutivo. México DF.: INPRFM, IAPA, AFSEDF. Consultado el 25 de agosto de 2016. Disponible en: [http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/pagina\\_contenidos/investigaciones/estudiantes\\_df/Estudiantes%20DF\\_2012/Factsheet/Abuso%20sexual%20en%20hym.pdf](http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/pagina_contenidos/investigaciones/estudiantes_df/Estudiantes%20DF_2012/Factsheet/Abuso%20sexual%20en%20hym.pdf)

Cantón-Cortés, D; Cantón, J; y Cortés, M.R. (2011). Consecuencias a largo plazo del abuso sexual infantil: Papel de la naturaleza y continuidad del abuso y del ambiente familiar. Consultado el 22 de noviembre de 2016. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/233741008\\_Consecuencias\\_a\\_largo\\_plazo\\_del\\_abuso\\_sexual\\_infantil\\_Papel\\_de\\_la\\_naturaleza\\_y\\_continuidad\\_del\\_abuso\\_y\\_del\\_ambiente\\_familiar](https://www.researchgate.net/publication/233741008_Consecuencias_a_largo_plazo_del_abuso_sexual_infantil_Papel_de_la_naturaleza_y_continuidad_del_abuso_y_del_ambiente_familiar)

Cantón. D; Cantón, J; Justicia, F. y Cortés, M.R. (2007). Un modelo de los efectos del abuso sexual infantil sobre el estrés post-traumático: el rol mediador de las atribuciones de culpa y afrontamiento de evitación. Psicothema 2011. Vol. 23, nº 1, pp. 66-73. Consultado el 18 de diciembre de 2015. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/3851.pdf>

Cantón, D.J; Cortés, A.M. (2012). Malos tratos y Abuso sexual infantil. Causas consecuencia e intervención. España. Editorial Siglo XXI. 7ª. Edición.

Cantón-Cortés, D. y Cortés, M.R. (2015). Consecuencias del abuso sexual infantil: una revisión de las variables intervinientes. Consultado el 12 de junio de 2016. Disponible en: *anales de psicología*, 2015, vol. 31, nº 2 (mayo), 552-561 <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.2.180771>



Cantón, C. D; Justicia, J. F. (2008). Afrontamiento del abuso sexual infantil y ajuste psicológico a largo plazo. *Psicothema* 2008. Vol. 20, n° 4, pp. 509-515 Consultado en julio 12 de 2015. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/3515.pdf>

Caro, G. I. (2013). El estudio de la personalidad en el modelo cognitivo de Beck. Reflexiones críticas. *Boletín de Psicología*, No. 109, Noviembre 2013, 19-49 Consultado el 15 de mayo de 2014. Disponible en: <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N109-2.pdf>

Castañeda, M. (2007). *El machismo invisible*. Ciudad de México Editorial Taurus. Segunda Edición.

Castellón, F.N; Ortega, R.A; Zepeda, R.M. (2007). *Prevención de la violencia familiar*. México. Editorial Colección Mayor.

Castro, E; Chico, F; Portugal, A. (2005). Neurotransmisores del sistema límbico. Consultado el 30 de abril de 2014. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/582/58262804.pdf>

Cohen, I.S. (2010). *Infancia maltratada en la posmodernidad. Teoría, clínica y evaluación*. Argentina. Editorial. Paidós.

Contreras, J. M.; Bott, S.; Guedes, A.; Dartnall, E. (2010). *Violencia sexual en Latinoamérica y el Caribe: análisis de datos secundarios*. Iniciativa de Investigación sobre la Violencia Sexual. Consultado el 18 de marzo de 2016. Disponible en: [http://www.oas.org/dsp/documentos/Observatorio/violencia\\_sexual\\_la\\_y\\_caribe\\_2.pdf](http://www.oas.org/dsp/documentos/Observatorio/violencia_sexual_la_y_caribe_2.pdf)

Crempien, C; Martínez, V. (2010). El Sentimiento de Vergüenza en Mujeres Sobrevivientes de Abuso Sexual Infantil: Implicancias clínicas *Revista Clínica de Psicológica*, vol. XIX, núm. 3, noviembre, 2010, pp. 237-246 Fundación Aiglé Buenos Aires, Argentina. Consultado en enero 27 de 2016. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921798005>

Cyrułnik. B. (2005). *Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida*. Barcelona. Editorial. Gedisa. 5ª Edición.

Chávez- León, E., Benítez-Camacho, E., Ontiveros, U. M. (2014). La terapia cognitivo conductual en el tratamiento de la depresión del trastorno bipolar tipo I. *Revista de Salud Mental*, vol. 37, núm. 2, marzo-abril, 2014, pp. 111-117 Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz Ciudad de México. Consultado en marzo 3 de 2015. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58231307004>

Chávez A.R; Rivera, R.L; Ángeles, Ll. A; Díaz, C.E; Allen, L. B; Lazcano, P.E. (2009). Factores del abuso sexual en la niñez y la adolescencia en estudiantes de Morelos, México. *Revista de Salud Pública de México*. Vol. 43. N° 3. Mayo-Junio 2009. Consultado el 28 de Septiembre de 2016. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102009000300015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000300015)

Child Welfare Information Gateway (2013). *Cómo Prevenir el Abuso y la Negligencia de Menores Preventing Child Abuse and Neglect*. Consultado el 28 de mayo de 2016. Disponible en: [https://www.childwelfare.gov/pubpdfs/preventingcan\\_sp.pdf](https://www.childwelfare.gov/pubpdfs/preventingcan_sp.pdf)

Chinchilla, M. A. (2008). (Coordinador). *La depresión y sus máscaras: aspectos terapéuticos*. Buenos Aires: Madrid. Editorial Médica Panamericana.

Díaz, C.C; Faivovich, K.A; Latorre, L.S; Brieba, M.C, Cabrera, P.L; Carrasco, F.M; Vivanco, Z.S. (2012). *Configuración y Supervivencia*.

*Representaciones sociales de niños y niñas y el relato de adultos sobrevivientes de abuso sexual en su niñez*. LOM Editores. Consultado el 25 de Julio de 2015. Disponible en: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:fc6FMJy1358J:https://www.bcn.cl/obtienearchivo%3Fid%3Ddocumentos/10221.1/56256/1/Abuso.pdf+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=mx&client=opera>

Echeburúa, O. E. (2007). *Superar un trauma. El tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*. España. Editorial Pirámide.

Echeburúa, E; De Corral, P. (2006). *Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia*. Cuadernos Médicos Forense 2006; 12(43-44):75-82 Consultado el 23 de febrero de 2016. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/cmfn43-44/06.pdf>

Echeburúa, E; Guerricaecheverria, C. (2005). *Abuso sexual en la infancia. Víctimas y agresores. Un enfoque clínico*. Barcelona. Editorial. Diana.

Echeburúa, E; Redondo, S. (2010). *¿Por qué víctima es femenino y agresor masculino? La violencia contra la pareja y las agresiones sexuales*. Madrid. Editorial. Pirámide.

*Enciclopedia de Salud.com (2016)*. Consultado el 21 de marzo de 2016. Disponible en: <http://www.encyclopediasalud.com/definiciones/prevalencia/>

Ensayo temático *La Infancia Cuenta en México (2010)*. La violencia contra niños, niñas y adolescentes en México. Miradas regionales. Consultado el 12 de enero de 2016. Disponible en: <http://www.derechosinfancia.org.mx/ensayoicm2010.pdf>

ENVIM (2006). *Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres*. Consultado el 18 de enero de 2016. Disponible en: [http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/ENVIM\\_2006.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/ENVIM_2006.pdf)

Estévez, C.C. (2008). *Taller de técnicas de control del estrés*. Documento en línea. Consultado el 22 de septiembre de 2015. Disponible en: <http://cpa.umh.es/files/2008/04/capitulo-2-taller-de-tecnicas-de-control-del-estres.pdf>

Estudio Nacional sobre las Fuentes, Orígenes y Factores que Producen y reproducen la Violencia contra las Mujeres (2012). Presentación y síntesis de resultados. Consultado el 24 de marzo de 2016. Disponible en: <http://www.conavim.gob.mx/work/models/CONAVIM/Resource/103/1/images/1PresentacionResultadosEstudioNacionalsobrelasFuentesOrigenes.pdf>

Gaceta biomédica, UNAM. (2007). “La depresión es la causa por la que pierden más años de vida”. Instituto de investigaciones biomédicas. Consultado el 14 de enero de 2015. Disponible en: <http://www.biomedicas.unam.mx/gaceta/2007/septiembre/index>

Gaja, J. R. (2010). Bienestar autoestima y felicidad. Plaza & Janés. Barcelona, España. Editores, S.A.

Gálvez, G. J. (2009). Revisión de evidencias científicas de terapia cognitivo-conductual. Vol.3 – N° 1:10-6. Consultado el 20 de mayo de 2016. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2867904.pdf>

Gallego, C.L; Medina, B. M; Montoya, V. L. (2007). Historia de abuso sexual y su relación con depresión, autoestima y consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de media vocacional del municipio de Caldas Antioquia, Colombia. Revista de Medicina, vol. 22, núm. 1, pp. 17-27 Universidad CES Medellín, Colombia. Consultado el 12 de febrero de 2016. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=261121009004>

Gómez-Martínez, S; Ballester, R; Gil, B; Abizanda, R. A. (2015). Ansiedad, depresión y malestar emocional en los profesionales sanitarios de las Unidades de Cuidados Intensivos. Anales de Psicología, vol. 31, núm. 2, mayo, 2015, pp. 743-750. Universidad de Murcia, España. Consultado el 30 de noviembre de 2015. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/167/16738685039.pdf>

González-Forteza, C; Romero, L; Jiménez, A. (2009). Lesiones autoinfligidas deliberadamente y sintomatología depresiva en adolescentes estudiantes. Revista. Medica. Instituto Mexicano del Seguro Social 2009; 47 (Supl 1): S41-S46. Consultado el 12 de diciembre de 2015. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2009/ims091h.pdf>

González-Forteza, C; Ramos, L. L; Vignau, B. LE; Ramírez, V. C. (2001). El abuso sexual y el intento suicida asociados con el malestar depresivo y la ideación suicida de los adolescentes. Consultado el 3 de marzo de 2016. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58262403>

González Serratos, R. (1995). *Informe preliminar sobre algunos aspectos de la investigación en sobrevivientes de abuso sexual en la infancia*. México: Colegio México. Consultado el 20 de mayo de 2016. Disponible en: <http://es.slideshare.net/demysex/01-28-informe-preliminar-sobre-algunos>

Guadarrama, L; Escobar, A; Zhang, L. (2006). Monografía Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. Consultado el 22 de mayo de 2016. Disponible en: <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no49-2/RFM49208.pdf>

Güido, W.L (2007). Abuso sexual infantil, trastorno por estrés postraumático y abordaje terapéutico. Revista Género y Salud en Cifras Vol.5 No.3 Septiembre - Diciembre 2007. Consultado el 24 de septiembre de 2016. Disponible en: <http://cneqsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/EquidadGenero/SepDic07.pdf>

Heinze, M. G. y Camacho, S. P. (2010). Guía Clínica para el manejo de la Depresión. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Consultado el 28 de noviembre de 2015. Disponible en: [http://www.inprf-cd.gob.mx/guiasclinicas/manejo\\_depresion.pdf](http://www.inprf-cd.gob.mx/guiasclinicas/manejo_depresion.pdf)

Hernández, Z. E; Romero, P. E. (2010). Estrés en Personas Mayores y Estudiantes Universitarios: Un Estudio Comparativo. Psicología Iberoamericana [en línea] 2010, 18 (Enero-Junio). Consultado el: 16 de agosto de 2016 Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133915936007>

Hervé, F. (1999). Sufrimiento psíquico y toxicomanías. Adicciones revista en línea. Consultado en 28 de noviembre de 2015. Disponible en: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/595>

IESM-OMS (2011). Informe de la evaluación del sistema de salud mental en México utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud. Consultado el 15 de junio de 2015. Disponible en: [http://www.who.int/mental\\_health/who\\_aims\\_country\\_reports/who\\_aims\\_report\\_mexico\\_es.pdf](http://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_mexico_es.pdf)

INEGI (2016). “Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio (10 de septiembre)” datos nacionales. Consultado el 20 de octubre de 2016. Disponible en: [http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/suicidio2016\\_0.pdf](http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/suicidio2016_0.pdf)

Instituto Nacional de las mujeres (2006). *INMUJERES*. Panorama de la salud mental en las mujeres y los hombres mexicanos. Consultado el 24 de marzo de 2015. Disponible en: [http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/100779.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100779.pdf)

James, S.& Freud, A. (1916). Sigmund Freud. Obras Completas: Contribución a la historia del movimiento psicanalítico. Trabajo sobre la metapsicología y otras obras: 1914-1916. 2ª ed. 14ª reimpresión. Buenos aires: Amorrortu, 2010.

Jiménez, M. (2005). Caras de la violencia familiar. México. Editorial UACM. Primera edición.

Klein, M. (1935). Obras completas. Amor, Culpa y Reparación. (1994). España. Editorial. Paidós.

Korman, G. P. (2013). El legado psicoanalítico en la terapia cognitiva de Aarón Beck. Consultado el 11 de abril de 2015. Disponible en: [www.redalyc.org/pdf/2290/229029496011.pdf](http://www.redalyc.org/pdf/2290/229029496011.pdf)

Lameiras, F.M (Coord.). (2002). Abusos Sexuales en la Infancia. Abordaje Psicológico y Jurídico. Madrid. Editorial Biblioteca Nueva.

Lameiras F.M; Carrera, F.M; Faílde, G.J (2008). Abusos sexuales a menores: estado de la cuestión a nivel nacional e internacional. Revista de Estudios de la Violencia.No.6, julio-noviembre 2008. Consultado el 18 de enero de 2016. Disponible en file:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrador/Mis%20documentos/articulo%20(1)

Lara-Muñoz, M. C; Robles-García, R; Orozco, R; Real, T; Chisholm, D; Medina-Mora, ME. (2010). Estudio de costo-efectividad del tratamiento de la depresión en México. Revista de Salud Mental, vol. 33, núm. 4, julio-agosto, 2010, pp. 301-308 Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Ciudad de México. Consultado el 20 de Julio de 2015. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58216022001>

Lazarevich, I; Delgadillo-Gutiérrez, J.H; Mora-Carrasco, F; Martínez-González, A.B. (2013). Depresión, autoestima y características de personalidad asociadas al género en estudiantes rurales de México. Alternativas en Psicología. Revista Semestral. Tercera Época. Año XVII. Número 29. Agosto 2013 – Enero 2014. Consultado el 13 enero de 2015. Disponible en: [www.pepsic.bvsalud.org/pdf/alpsi/v17n29/n29a04.pdf](http://www.pepsic.bvsalud.org/pdf/alpsi/v17n29/n29a04.pdf)

Lega, L; Caballo, V; & Ellis, A. (2009). Teoría y práctica de la terapia racional emotiva-conductual., Madrid. Editorial. Siglo XXI. Segunda edición.

Linares, J.L; Campos, C. (2000). Tras la honorable fachada. Los trastornos depresivos desde una perspectiva relacional. España. Editorial Paidós.

Losada, A. V. (2012). Epidemiología del abuso sexual infantil. Revista de Psicología GEPU, Vol.3, núm. 1, Junio 2012, pp.01-284. Consultado el 22 de mayo de 2016. Disponible en file:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrador/Mis%20documentos/Dialnet-EpidemiologiaDelAbusoSexualInfantil-3982399.pdf

Mebarak, M. R; Martínez, ML; Sánchez, H. A; Lozano, JE; (2010). Una revisión acerca de la sintomatología del abuso sexual infantil. Consultado el 2 de mayo de 2016. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/n25/n25a07.pdf>

Medina-Mora, ME; Borges, G; Fleiz, C; Lara, C; Zambrano-Ruiz, J; Ramos, L. (2005). Prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés postraumático en la población mexicana. Salud Pública de México / vol.47, no.1, enero-febrero de 2005 Consultado el 12 de enero de 2015. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v47n1/a04v47n1.pdf>

Mendoza, G, B. (2009). Taller para la Detección de Casos de Abuso Sexual Infantil en Niños de Educación Básica Psicología Iberoamericana, vol. 17, núm. 1, enero-junio, 2009, pp. 24-37 Universidad Iberoamericana, Ciudad de México. Consultado el 23 enero de 2016. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133912613004>

Merriam Webster (2013). Mental health online. Consultado el 25 de octubre 2014. Disponible en: [www.merriam-webster.com/medical/mental%20health](http://www.merriam-webster.com/medical/mental%20health)

Minsal (2013). Serie de Guías Clínicas. Depresión en personas de 15 y más. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Consultado el 22 de noviembre de 2015. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/GUIA-CLINICA-TRASTORNO-BIPOLAR.pdf>

Montañés, E. (2014). Diario ABC, de Madrid en línea. Columna del 2 de febrero del 2014. Consultado el 16 de enero de 2016. Disponible en: <http://www.abc.es/autor/erika-montanes-1323/pagina-2.html>

Moreno, M. J. (2002). Maltrato Infantil. Teoría e Investigación. España. Editorial.EOS.

Moreno, J; Campos, MG.; Lara, C; López, G; Pavón, L; Hernández, ME; Senties, H; González Olvera, J; Torruco, M; Arango, I; Heinze, G; Torner, C. (2006). Tryptophan and serotonin in blood and platelets of depressed patients. Effect of an antidepressant treatment. Revista de Salud Mental, vol. 29, núm. 4, julio-agosto, 2006, pp. 1-8 Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Consultado el 13 de marzo de 2015. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58242901>

Moreno, P. S. (2013). Algunas consideraciones sobre el maltrato infantil en México. Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública de la Cámara de Diputados, LX Legislatura. (CESOP). Documento de trabajo núm. 146 en línea. Consultado el 23 de enero de 2016. Disponible en: [cesop@congreso.gob.mx](mailto:cesop@congreso.gob.mx)

Muriana, E. (Coordinador). (2007). Las caras de la Depresión. España. Editorial Herder.

Murray, L.B. (2000). El sistema nervioso humano: un punto de vista anatómico. México. Editorial. McGraw. Hill Interamericana.

Nezu, A; Nezu, C; Lombardo, E. (2006). Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivos conductuales. Un enfoque basado en problemas. México. Editorial. Manual Moderno.

NIMH (2008). Por sus siglas en inglés. Instituto de Salud Mental. Trastorno de Ansiedad. Publicación del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos Núm. SQF 10-4679 Modificado en el 2008. Consultado el 12 de febrero de 2015. Disponible en: <https://infocenter.nimh.nih.gov/pubstatic/SQF%2010-4679/SQF%2010-4679.pdf>

NIMH (2009). Por sus siglas en inglés. Instituto de Salud Mental. ¿Qué es la Depresión? Publicación del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos Núm. SP 09 3561 Modificado en enero del 2009. Consultado el 12 de febrero de 2015. Disponible en: [https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion/depresion\\_38791.pdf](https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion/depresion_38791.pdf)

Noguerol, V. (2014). Agresiones sexuales. España. Editorial Sistes. 7ª Edición.

OMS (2014). Prevención del suicidio. Un imperativo global. Consultado el 15 de octubre de 2016. Disponible en: [http://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/world\\_report\\_2014/es/juliod2016](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/es/juliod2016)

OMS (2016). Organización Mundial de la Salud. La depresión. Nota descriptiva N°369 Abril de 2016. Centro de prensa. Consultado el 20 de abril de 2016. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>

OMS (2016). Organización Mundial de la Salud. Maltrato Infantil. Nota descriptiva. Septiembre de 2016. Centro de Prensa. Consultado el 3 de octubre de 2016. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/>

Orjuela, L.; Rodríguez B.V (2012). Violencia sexual contra los niños y las niñas. Abuso y explotación sexual infantil. Guía de material básico para la formación de profesionales. SAVE THE CHILDREN ESPAÑA. Consultado el 26 de agosto de 2016. Disponible en: [https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/violencia\\_sexualcontra\\_losninosylasninas.pdf](https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/violencia_sexualcontra_losninosylasninas.pdf)

Pavón, R. L. (S/F). La depresión mayor, un padecimiento más allá de la tristeza. Red de Universidades Anáhuac. Boletín de Divulgación Científica K'ah ólolal División Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina Coordinación de Investigación. Consultado el 12 de octubre de 2015. Disponible en: [www.anahuacmayab.mx/cominst/Boletin%20Kahoolal%20%233.pdf](http://www.anahuacmayab.mx/cominst/Boletin%20Kahoolal%20%233.pdf)

Pereda, B.N (2006). Malestar psicológico en estudiantes universitarios víctimas de abuso sexual infantil y otros estresores. Consultado el 18 de mayo de 2016. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=3833>.

Pereda, B. N. (2009). Consecuencias psicológicas iniciales del abuso sexual infantil. Papeles del Psicólogo, 2009. Vol. 30(2), pp. 135-144. Consultado el 02 de febrero de 2016. Disponible en: <http://www.cop.es/papeles>

Pereda, B. N. (2010). Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil. Papeles del Psicólogo, 2010. Vol. 31(2), pp. 191-201 Consultado el 24 de marzo de 2016. Disponible en: <http://www.cop.es/papele>

Pérez, D.F y Mestre, G.M (2013). Abuso sexual en la infancia y la drogodependencia en la edad adulta. Papeles de Psicólogo, 2013. Vol.34, pp 144-149. Consultado el 28 de Julio de 2016. Disponible en: <http://www.cop.es/papele>

Perrone, R; Nannini, M. (2010). Violencia y abusos sexuales en la familia. Una visión sistémica de las conductas sociales violentas. Buenos Aires. Editorial Paidós. Segunda edición.

Pinheiro, P. S. (2006). Experto Independiente para el Estudio del Secretario General de las Naciones Unidas sobre la Violencia contra los Niños. Informe mundial sobre la violencia contra

los niños y niñas. Consultado el 15 de octubre de 2015. Disponible en: [http://www.unicef.org/lac/Informe\\_Mundial\\_Sobre\\_Violencia\\_1\(1\).pdf](http://www.unicef.org/lac/Informe_Mundial_Sobre_Violencia_1(1).pdf)

Pinto, C. C. & Silva, C. G. (2013). "Prevalencia y características psicosociales del abuso sexual en Chile: un estudio retrospectivo en el norte del país" Consultado el 22 de mayo de 2016. Disponible en: [http://www.sename.cl/wsename/senales\\_11/prevalencia\\_s11.pdf](http://www.sename.cl/wsename/senales_11/prevalencia_s11.pdf)

Rincón, G. P; Covas. F; Bustos T.P; Aedo S. J; Valdivia P. M. (2010). Estrés Postraumático en Niños y Adolescentes Abusados Sexualmente. *Revista chilena de pediatría*, 81(3), 234-. Consultado el 05 de enero de 2015. Disponible en: 240. <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062010000300006>

Rivera-Rivera, L. M; Allen, B; Chávez-Ayala, R; Ávila-Burgos, L. (2006). Abuso físico y sexual durante la niñez y revictimización de las mujeres mexicanas durante la edad adulta. *Salud Pública de México / vol.48, suplemento 2 de 2006*. Consultado el 21 de abril de 2015. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v48s2/31383.pdf>

Rodes, Ll. F; Monera, O. C; Pastor, B. M. (2010). Vulnerabilidad infantil. Un enfoque multidisciplinar. Argentina. Editorial. Díaz de Santos.

Rojtenberg, S. (2006). Depresiones: bases clínicas, dinámicas, neurocientíficas y terapéuticas. Buenos Aires Editorial. Polemos.

Rosas, U. y López, R. (2011). La Depresión nuevas herramientas psicoterapéuticas. México. Editorial. Trillas.

Rosique, S. MT; Sanz, A. T. (2013). Tratamiento cognitivo-conductual en depresión mayor, distimia e ideación autolítica persistente. Consultado el 25 de noviembre de 2015. Disponible en: [www.uhu.es/publicaciones/ojs/index.php/amc/article/download/2540/2406](http://www.uhu.es/publicaciones/ojs/index.php/amc/article/download/2540/2406)

Rull, J., Pereda, N. (2011). Revisión sistemática de los programas de tratamiento psicológico aplicados a víctimas adultas de abuso sexual en la infancia. Universidad de Barcelona. Anuario de Psicología 2011, vol. 41, nº 1-3, 81-105, Facultad de Psicología Consultado el 15 de enero de 2016. Disponible en: [www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/download/249932/334446](http://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/download/249932/334446)

Sanmartín E, J. (2008). Violencia contra niños. España. Editorial Ariel. 4ª edición.

Sanmartín, E. J; Iborra, M. I; Rodríguez, M. A; Serrano, S. A; Martínez, S. P; García, E. Y. (2011). Informe sobre la situación del menor (víctima e infractor) en la Comunidad Valenciana. Consultado el 20 de abril de 2016. Disponible en: [http://www.justicia.gva.es/documents/19317797/21299499/Informe\\_menores\\_CV.pdf/ba17bc1b-eed3-43f4-99fa-60fd32bd92f4](http://www.justicia.gva.es/documents/19317797/21299499/Informe_menores_CV.pdf/ba17bc1b-eed3-43f4-99fa-60fd32bd92f4)

Sarasua, B; Zubizarreta, I; De Corral, P; Echeburúa, E. (2013). Tratamiento psicológico de mujeres adultas víctimas de abuso sexual en la infancia: resultados a largo plazo. Consultado el 12 de enero de 2016. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/167/16725574004.pdf>



Secretaría de Seguridad Pública, (2010). Maltrato y abuso sexual en México. Consultado el 22 de diciembre de 2015. Disponible en: [www.ssp.gob.mx/portalWebApp/ShowBinary?nodeId=/BEA%20Repository/](http://www.ssp.gob.mx/portalWebApp/ShowBinary?nodeId=/BEA%20Repository/)

Secretaria de Salud (2010). Panorama actual del Abuso Sexual Infantil. Consultado el 20 de Diciembre de 2015. Disponible en: <http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/boletin/2010/sem20.pdf>

Secretaría de Salud, (2016). Prevención y tratamiento a jóvenes para evitar el suicidio. Consultado el 15 de mayo de 2016. Disponible en: <http://www.gob.mx/salud/prensa/prevencion-y-tratamiento-a-jovenes-para-evitar-el-suicidio>

SERSAME (2002). Programa específico de depresión. Consultado el 20 de diciembre de 2015. Disponible en: [www.sersame.salud.gob.mx/depresion.cap.2.htm](http://www.sersame.salud.gob.mx/depresion.cap.2.htm)

Servicio Andaluz de Salud (2013). ¿En qué consiste la depresión? Guías de autoayuda. Consultado el 18 de diciembre de 2015. Disponible en: <http://www.juntaandalucia.es/servicioandaluz/saludmental>

Silva, M.J; Corona, V.A (2010). Violencia en las escuelas del Distrito Federal: la experiencia de la Unidad para la Atención al Maltrato y Abuso Sexual Infantil, 2001–2007. REVISTA MEXICANA DE INVESTIGACIÓN EDUCATIVA. vol.15, N° 46 México. Julio-Septiembre de 2010. Consultado en 28 de agosto de 2016. Disponible en [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-66662010000300004](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-66662010000300004)

Sirera, R; Sánchez, P. y Camps, C. (2006). INMUNOLOGÍA, ESTRÉS, DEPRESIÓN Y CÁNCER. Revista de psicooncología. Vol. 3, Núm. 1, 2006, pp. 35-48. Consultado el 22 de enero de 2016. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/PSIC0606130035A/15910>

Sistema de Salud Mental en México (IESM-OMS, 2011). Informe de la evaluación del sistema de salud mental en México utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud. Consultado el 12 de mayo de 2016. Disponible en: [http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/iesm\\_oms.pdf](http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/iesm_oms.pdf)

Souza y Machorro, M; Lenin, CM.D. (2010). Salud mental y atención psiquiátrica en México. Vol. 53, N° 6. Noviembre-diciembre. Consultado el 15 de junio de 2016. Disponible en: <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no53-6/RFMO53000604.pdf>

UNICEF (2011). Guía Clínica de Atención de Niños, Niñas y Adolescentes Menores de 15 Años, Víctimas de ABUSO SEXUAL. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Consultado el 10 de enero de 2016. Disponible en: [http://www.unicef.cl/web/wp-content/uploads/doc\\_wp/Guia%20Victimas%20de%20Abuso%20Sexual.pdf](http://www.unicef.cl/web/wp-content/uploads/doc_wp/Guia%20Victimas%20de%20Abuso%20Sexual.pdf)

UNICEF URUGUAY (2015). Abuso sexual infantil Cuestiones relevantes para su tratamiento en la justicia. Consultado el 12 de junio de 2016. Disponible en: [http://www.unicef.org/uruguay/spanish/Abuso\\_sexual\\_infantil\\_digital.pdf](http://www.unicef.org/uruguay/spanish/Abuso_sexual_infantil_digital.pdf)

Valencia, C. M (2007). Trastornos mentales y problemas de salud mental. Día Mundial de la Salud Mental 2007. Revista Salud Mental, vol.30, núm. 2, marzo-abril 2007, pp. 75-80. Instituto Nacional de psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM). México. Consultado el 28 de agosto del 2016. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58230211>

Vázquez, S. (2006). Violencias cotidianas, violencias de género. Escuchar, comprender y ayudar. Argentina. Editorial Paidós

Villatoro, J.; Quiroz, N.; Gutiérrez ML., Díaz, M. y Amador, N. (2006). ¿Cómo educamos a nuestros/as hijos/as? Encuesta de Maltrato Infantil y Factores Asociados 2006. Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES). Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM). México, D. Consultado el 12 de julio de 2016. Disponible en: [http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/100769.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100769.pdf)

Ysern De Arce, J.L; Becerra Aguayo, P. (2006). Abuso sexual: prevalencia y características en jóvenes de 3º medio de liceos municipalizados de Chillán, Chile Theoria, vol. 15, núm. 1, 2006, pp. 79-85 Universidad del Bío Bío Chillán, Chile. Consultado el 22 de diciembre de 2015. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29915108>

Wagner, A. F.; González, F. C.; Sánchez, G.S.; García, P.C y Gallo J, J. (2012). Enfocando la depresión como problema de salud en México. Revista Salud Mental. Vol.35. pp. 3-11.

WFMH (2012). World Federation for Mental Health. Depresión una crisis global. Día mundial de la salud 2012. Consultado el 10 de junio de 2015. Disponible en: [http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/wfmh\\_paper\\_depression\\_wmhd\\_2012.pdf](http://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf)

## ANEXOS

### INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Nombre:	
Fecha:	Edad:
Sexo:	Edo. Civil:
Escolaridad:	Ocupación:

En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones. Por favor lea cada una cuidadosamente. Posteriormente escoja una oración de cada grupo que mejor describa la manera que usted se **SINTIO LA SEMANA PASADA, INCLUSIVE EL DÍA DE HOY.** Encierre en un círculo el número que se encuentra al lado de la oración que usted escogió. Si varias oraciones de un grupo se aplican a su caso circule cada una. Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.

- 0 Yo no me siento triste
  - 1 Me siento triste
  - 2 Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo
  - 3 Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo
- 
- 0 Yo no me siento como un fracasado
  - 1 Siento que he fracasado más que las persona en general
  - 2 Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos
  - 3 Siento que soy un completo fracaso como persona
- 
- 0 Yo no me siento desilusionado de mí mismo
  - 1 Estoy desilusionado de mí mismo
  - 2 Estoy disgustado conmigo mismo
  - 3 Me odio
- 
- 0 Yo no me siento que esté siendo castigado
  - 1 Siento que podría ser castigado
  - 2 Espero ser castigado
  - 3 Siento que he sido castigado

- 0 En general no me siento descorazonado por el futuro
- 1 Me siento descorazonado por mi futuro
- 2 Siento que no tengo nada que esperar del futuro
- 3 Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar

- 0 Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo
- 1 Yo no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo
- 2 Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada
- 3 Estoy insatisfecho o aburrido con todo

- 0 En realidad, yo no me siento culpable
- 1 Me siento culpable una gran parte del tiempo
- 2 Me siento culpable la mayor parte del tiempo
- 3 Me siento culpable todo el tiempo

- 0 Yo no tengo pensamientos suicidas
- 1 Tengo pensamientos suicidas, pero no los llevaría a cabo
- 2 Me gustaría suicidarme
- 3 Me suicidaría si tuviera la oportunidad

- 0 Yo no me siento que sea peor que otras personas
- 1 Me critico a mí mismo por mis debilidades o errores
- 2 Me culpo todo el tiempo por mis fallas
- 3 Me culpo por todo lo malo que sucede

- 0 Yo no estoy más irritable de lo que solía estar
- 1 Me enojo o irrito más fácilmente que antes
- 2 Me siento irritado todo el tiempo
- 3 Ya no me irrito de las cosas por las que solía hacerlo

- 0 Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho
- 1 Pospongo tomar decisiones más que antes
- 2 Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes
- 3 Ya no puedo tomar decisiones

- 0 Puedo trabajar tan bien como antes
- 1 Requiero de más esfuerzo para iniciar algo
- 2 Tengo que obligarme para hacer algo
- 3 Yo no puedo hacer ningún trabajo

- 0 Yo no me canso más de lo habitual
- 1 Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo
- 2 Con cualquier cosa que hago me canso
- 3 Estoy muy cansado para hacer cualquier cosa

- 0 Yo no he perdido mucho peso últimamente
  - 1 He perdido más de dos kilogramos
  - 2 He perdido más de cinco kilogramos
  - 3 He perdido más de ocho kilogramos
- A propósito, estoy tratando de perder peso comiendo menos SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

- 0 Yo no he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que estaba
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora
- 3 He perdido completamente el interés por el sexo

- 0 Yo no lloro más de lo usual
- 1 Lloró más ahora de lo que solía hacerlo
- 2 Actualmente lloro todo el tiempo
- 3 Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo deseo

- 0 Yo no he perdido el interés en la gente  
1 Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estar  
2 He perdido en gran medida el interés en la gente  
3 He perdido todo el interés en la gente
- 0 Yo no siento que me vea peor de cómo me veía  
1 Estoy preocupado de verme viejo(a) o poco atractivo(a)  
2 Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo(a)  
3 Creo que me veo feo(a)
- 0 Puedo dormir tan bien como antes  
1 Ya no duermo tan bien como solía hacerlo  
2 Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir  
3 Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no me puedo volver a dormir
- 0 Mi apetito no es peor de lo habitual  
1 Mi apetito no es tan bueno como solía serlo  
2 Mi apetito está muy mal ahora  
3 No tengo apetito para nada
- 0 Yo no estoy más preocupado de mi salud que antes  
1 Estoy preocupado acerca de problemas físicos tales como dolores, malestar estomacal o constipación  
2 Estoy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en algo más  
3 Estoy preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en otra cosa