

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDIVAR
FACULTAD DE HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA



SECUELAS PERSONALES, FAMILIARES Y SOCIALES EN UNA JOVEN DE
VEINTE AÑOS SOBREVIVIENTE DE ABUSO SEXUAL POR SU PADRASTRO
EN LA ADOLESCENCIA

AURA MARINA RAMAZZINI ALVAREZ

Guatemala, Mayo de 2007

AUTORIDADES UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

- Rectora Licda. Guillermina Herrera
- Vicerrector General Ing. Jaime Carrera
- Vicerrector Académico Lic. Rolando Alvarado, SJ
- Vicerrector Administrativo Lic. José Alejandro Arévalo
- Secretario General Dr. Larry Andrade-Abularach

AUTORIDADES FACULTAD DE HUMANIDADES

- Decano Dr. Ricardo Lima
- Vicedecana Dra. Ruth Piedrasanta
- Secretaria Licda. Myriam Renée Cuestas
- Director Depto. Psicología Dr. Vinicio Toledo
- Director Depto. Educación Dr. Bienvenido Argueta
- Directora Depto. Ciencias de la Comunicación Licda. Nancy Avendaño
- Director Depto. Letras y Filosofía Lic. Ernesto Loukota
- Representantes de Catedráticos Ante Consejo de Facultad Licda. Lilly Soto Vásquez
Licda. Aura Mejía Rosal
- Representante de Estudiantes Ante Consejo de Facultad Isabel Montes

ASESOR DE TESIS

- **Asesora de tesis** Licda. Karina Ortiz



Universidad
Rafael Landívar

Tradición Jesuita en Guatemala

Facultad de Humanidades

FHS/am-CI-163-07

Guatemala,
03 de Mayo de 2007

Señorita
Aura Marina Ramazzini Álvarez
Presente.

Estimada Señorita Álvarez:

De acuerdo al dictamen rendido por la Terna Examinadora de la Tesis titulada: "**Secuelas personales, familiares y sociales en una joven de veinte años sobreviviente de abuso sexual por su padrastro en la adolescencia.**", presentada por el (la) estudiante **Aura Marina Ramazzini Álvarez**, carné No. **12610-01**, la Secretaria del Consejo de la Facultad de Humanidades AUTORIZA LA IMPRESIÓN DE LA TESIS al (la) estudiante, previo a optar al título de Licenciado(a) en Psicología con énfasis en área Clínica.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente,


Licda. Myriam Renée Cuestas de Cahuec
SECRETARIA DE FACULTAD


Universidad
Rafael Landívar
Facultad de Humanidades
Secretaria de Facultad

*am
c.c.file

Facultad de Humanidades
Universidad Rafael Landívar, Vista Hermosa III, zona 16. Ciudad de Guatemala
Tels. 279 7979 - 369 2151 Ext. 2305, Fax. Ext. 2343
e - mail: fac_hum@url.edu.gt

Í N D I C E

I. Introducción	01
1. Etapas del desarrollo sexual normal del ser humano	15
1.1 Etapa oral	15
1.2 Etapa anal	17
1.3 Etapa fálica	18
1.4 Periodo de latencia	19
1.5 Etapa genital	19
2. Desarrollo del interés por el sexo	20
3. Impulso e instinto sexual	23
4. Comportamiento sexual normal y patológico en el ser humano	24
5. Definición de abuso sexual	26
6. Clases de abuso sexual	26
6.1 Abuso infantil	26
6.2 Abandono	27
6.3 Abuso físico	27
6.4 Abuso emocional	28
6.5 Abuso sexual	28
6.6 Abuso sexual por otros niños	29
7. Mito	29
7.1 Tabú	30
7.2 Prejuicio	31
7.3 Mitos y realidades del abuso sexual	31
8. Diferentes formas de cómo ocurre el abuso sexual	34
9. Secuelas del abuso sexual	35
10. Reacción de familiares ante un abuso sexual	38
11. Sobrevivientes de abuso sexual	40
12. Trastorno de estrés post traumático	41
12.1 Características del trastorno de estrés post traumático	44
12.2 Consecuencias del trastorno de estrés post traumático	47

12.3	¿Cómo prevenir el trastorno de estrés post traumático?	47
13.	Síndrome de acomodo al abuso sexual	48
II.	Planteamiento del problema	51
2.1	Objetivo general	52
2.2	Objetivos específicos	52
2.3	Variables de estudio	53
2.4	Definición conceptual	53
2.5	Definición operacional	53
2.6	Alcances y límites	54
2.7	Aportes	55
III.	Método	56
3.1	Sujetos	56
3.2	Resumen del informe final	56
3.3	Instrumentos	59
3.4	Procedimiento	60
3.5	Tipo de investigación	60
IV.	Discusión de resultados	62
V.	Conclusiones	65
VI.	Recomendaciones	66
VII.	Referencias bibliográficas	67
	Anexos	

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue establecer las secuelas personales, familiares y sociales en una joven de veintiún años, sobreviviente de abuso sexual por su padrastro en la adolescencia.

Para este estudio se utilizó un muestreo por conveniencia o intencional, con el método de investigación cualitativa, cuyo proceso explora de manera sistemática los conocimientos y valores que comparten los individuos en un determinado contexto espacial y temporal, que proporciona una descripción verbal o explicativa del fenómeno estudiado, su esencia, naturaleza y comportamiento. Esto implica que no aborda la situación empírica con hipótesis deducidas conceptualmente, sino que de manera inductiva pasa del dato observado a identificar los parámetros normativos de comportamiento, que son aceptados por los individuos en contextos específicos históricamente determinados.

Como instrumentos se aplicaron el Cuestionario de Depresión de Beck y una entrevista semiestructurada que fue validada por tres profesionales, quienes poseen expertise en investigación, tema y experiencia.

Los resultados obtenidos permitieron identificar que los menores, sobrevivientes de abuso sexual presentan dificultades en el aprendizaje, asociadas a la concentración y atención, bajo rendimiento escolar y trastornos en el sueño. Se confirmó la baja estima por sí mismos, y la tendencia autodestructiva como característica significativa en el niño o niña víctima de abuso sexual. Así mismo, su tendencia a la rebeldía y a crear un ambiente hostil con la familia o parientes cercanos. Las personas sobrevivientes de abuso sexual suelen tener temor de ser perseguidas, mucha culpa y vergüenza con relación al abuso, situación que las empuja a la soledad y a tener poco contacto social. Se concluye que aunque los resultados del presente estudio no pueden ser generalizados, a toda la población sobreviviente de abuso sexual, fueron en definitiva particularizables y tratados a profundidad con la sujeto de estudio.

I. INTRODUCCIÓN

En todos los grupos sociales y niveles económicos, los niños y niñas están amenazados por el peligro de ser agredidos física y moralmente. El Estado y la sociedad deben encargarse de proteger a todos los menores a través de programas de prevención, que incluyan la orientación sexual a los padres, tutores, adoptantes o responsables de los menores, a la familia y la comunidad. La Psicología ha dado especial atención al estudio del abuso sexual, entendiéndolo como una vivencia que puede marcar al sobreviviente en el curso de su vida, y dar como resultado conductas desadaptativas, por lo que amerita de tratamiento psicológico.

Algunas estadísticas que pudieran clarificar la situación que el país está atravesando en torno a esta problemática se presentarán a continuación.

Según la AID Internacional en Guatemala, los índices del abuso sexual en el área rural son mayores que en el área urbana, con un 39% contra un 13% respectivamente. Asimismo, 22 niñas de cada 100 son víctimas de tocamientos en partes del cuerpo que les hace sentirse incómodas.

Actualmente no existe en Guatemala suficiente divulgación sobre el tema del abuso sexual, información sobre cómo prevenirlo ni sobre el tratamiento psicológico adecuado cuando el abuso ha sido perpetrado, ya sea para el abusado como para la familia, a fin de lograr una mejor adaptación emocional.

En experiencias de encuentros académicos también se discute el tema. De acuerdo al V Simposium de Maltrato Infantil del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (2002), en Guatemala del 1 de enero al 31 de diciembre del 2001 se recibieron un total de 7,835 denuncias de las cuales 748 fueron de abuso sexual en niños y niñas, provocados en gran parte por los mismos padres. El registro refleja que el maltrato constituye la violación más frecuente de los derechos de la niñez, ya que este tipo de maltrato puede repetirse de generación en generación. El abuso sexual ocurre

cuando niños, niñas o jóvenes dependientes sin la madurez física y emocional del adulto, son implicados en actividades sexuales que no comprenden plenamente y para los cuales son incapaces de dar su consentimiento.

Dado que hay una situación de riesgo de abuso con la mujer en Guatemala, se hace necesario profundizar en el tema de las secuelas personales, familiares y sociales como consecuencia del abuso sexual, lo que originó como resultado la inquietud de realizar la presente investigación. Cada día es mayor el número de niños y niñas que son abusados sexualmente, y a este acto no se le ha dado la importancia que amerita, así como al estudio de sus efectos negativos resultantes de este hecho en el niño, niña o joven abusado.

Como sostén y fundamento del presente trabajo se integran a continuación una serie de posturas construidas a base de experiencias en el campo, que harán un cuerpo teórico para la mejor comprensión y abordaje del tema.

Entre los estudios realizados en el extranjero, se puede mencionar a Mannarino y Cohen (1996a, 1996b), quienes realizaron un estudio con 77 niñas entre siete y doce años de edad víctimas de abusos sexuales. Los investigadores informaron que, en las tres evaluaciones realizadas (en el momento de la revelación, seis y doce meses después), era más probable que las niñas abusadas se sintieran diferentes de sus iguales, que se percibieran con una escasa credibilidad para los demás y que tuvieran poca confianza en los otros; en atribución personal de los sucesos negativos (autoinculpación) sólo se encontraron diferencias en la primera evaluación. En la evaluación inicial, los resultados del análisis de regresión demostraron que la puntuación global en las *Children's Attributions and Perceptions Scale* (sentimiento de ser distinto de sus iguales, atribución personal de sucesos negativos, credibilidad percibida y confianza interpersonal), reflejaba un 28 a un 36% de la varianza en síntomas depresivos y problemas de autoestima, mientras que la subescala de atribuciones personales de sucesos negativos explicaba un 25 a un 35% de la varianza de la ansiedad estado y ansiedad rasgo, respectivamente.

La relación entre atribuciones personales de los sucesos negativos y el estrés interno puede estar reflejando la percepción de las víctimas de que podrían haber hecho algo más por detener el abuso, que deberían haberlo revelado antes o ambas cosas. Sin embargo, en las dos evaluaciones de seguimiento no fue la autoinculpación, sino la credibilidad percibida el factor que presentaba una relación más fuerte con los síntomas autoinformados (Mannarino y Cohen, 1996b). Esto quiere decir que la percepción de que otras personas no creen lo que la víctima está diciendo parece ser un factor crítico para que, con el tiempo, dichas víctimas de abuso sexual infantil desarrollen dificultades emocionales.

En las dos evaluaciones de seguimiento, el locus de control resultó ser una variable mediadora significativa. A los seis meses, cuando el locus de control se hizo más externo se produjo un incremento significativo de los síntomas depresivos; a los doce meses, el locus de control se relacionaba significativa y fuertemente con todas las medidas de síntomas autoinformados. Estos resultados demuestran que la sensación de tener un escaso impacto sobre el ambiente que las rodeaba se relacionaba con la formación de síntomas un año después de producirse la revelación. Menciona el autor que no es de extrañar, como suelen reconocer los propios clínicos, que la falta de control sobre hechos como dejar el hogar por mandato judicial, la ruptura de la familia o verse involucrado en un proceso legal se correlaciona positivamente con el sentimiento de frustración, desesperanza e inseguridad que muchos niños abusados sexualmente experimentan.

Mian, Marton y LeBaron (1996), realizaron un estudio en el Hospital Sick Children de Toronto, Canadá, con 96 niñas de entre tres y cinco años de edad. Las madres respondieron un cuestionario sobre los abusos sexuales sufridos, la identidad del agresor y la revelación del abuso. Con la información recabada concluyeron que en el grupo de abusos intrafamiliares el perpetrador había sido una figura paterna en el 55% de los casos; este porcentaje se distribuía entre el 74% correspondiente al padre biológico, un 7% de casos en los que el autor fue el padrastro y un 19% atribuible a un compañero sentimental de la madre. En el grupo extrafamiliar,

alrededor del 36% de los agresores fueron parientes cercanos, el 12% un novio de la madre, el 23% un conocido, el 4% un pariente lejano, el 7% un extraño y el 18% no clasificable en ninguna de las anteriores categorías. Asimismo, agrega que independientemente del tipo de muestra investigada, la inmensa mayoría de los agresores son varones, los porcentajes oscilan entre un 80-92% según sus investigaciones.

Chafin, Wherry y Dykman (1997), investigaron las estrategias de afrontamiento utilizadas por 84 niños (el 75% eran niñas) de entre siete y doce años de edad que habían sido objeto de abusos sexuales, así como su relación con la sintomatología. Las estrategias de afrontamiento se midieron mediante una versión del Kidcope, un cuestionario compuesto por quince ítems, diseñado para evaluar las estrategias de afrontamiento utilizadas en respuesta a un suceso estresante. Del análisis factorial de los datos surgieron cuatro estrategias fundamentales de afrontamiento: evitación distracción, reestructuración cognitiva; interiorización (retraimiento social, autocrítica y resignación), expresión de la cólera (inculpación a los demás, regulación emocional y activo/social, solución de problemas, apoyo social).

En lo que respecta a la sintomatología relacionada con el abuso sexual, el afrontamiento por evitación se relacionaba positivamente con actitudes más negativas y mayor ansiedad sexual, la persistencia de esta secuela y su resistencia al tratamiento podrían estar relacionadas con el uso de esta estrategia; mientras que el afrontamiento por interiorización se asociaba a la hiperactividad y a sentimientos de culpabilidad. Las víctimas que observaron una reacción más negativa de los demás, fueron las que utilizaron en mayor medida el afrontamiento por interiorización.

El afrontamiento por evitación se relaciona negativa y significativamente con los problemas de conducta de las víctimas según los padres, de manera que los niños que lo utilizaban más, tenían menos conductas delictivas y agresivas, menos problemas internos y una puntuación total más baja en problemas de conducta. A

pesar de que a veces ha sido considerado como una forma saludable de afrontamiento, el culpar a los demás y la descarga catártica de la cólera fue la estrategia que se relacionaba positiva y significativamente con un mayor número de síntomas de conducta según los profesores: ansiedad, depresión, problemas sociales, problemas psicóticos, agresión, problemas externos y puntuación total. Finalmente, el afrontamiento activo/social, normalmente considerado por los profesionales como una estrategia positiva, no parecía guardar relación con la sintomatología de las víctimas.

Feiring, Taska y Lewis (1998a), investigaron cómo los dos componentes básicos de la estigmatización (sentimientos de vergüenza y estilo atribucional autoinculpatorio), pueden mediatizar la relación entre la experiencia de abuso sexual y el estrés psicológico de las víctimas. Los sujetos fueron 82 niños de entre ocho y once años de edad (59 niñas y 23 niños), y 60 adolescentes de doce a quince años de edad (49 niñas y 11 niños), víctimas de abusos sexuales. Todos los participantes fueron evaluados durante las ocho semanas siguientes a la revelación y antes de que recibieran algún tipo de tratamiento. La edad y el número de incidentes abusivos permitían predecir los síntomas depresivos y la autoestima, de manera que ser adolescente y haber experimentado un mayor número de incidentes se relacionaba con una mayor depresión y menor autoestima. Sin embargo, cuando se añadieron el estilo atribucional y la vergüenza, éstas variables explicaban una parte adicional de la varianza, mediatizando la relación entre el número de incidentes abusivos y los síntomas depresivos y de autoestima.

Por otro lado, Ferguson y Stegge, (1995), investigaron en torno a los síntomas del desorden de estrés postraumático y los sentimientos de vergüenza, que les permitían predecir los pensamientos intrusivos, la evitación, la ansiedad sexual y la hiperactivación, después de controlar los efectos de la edad y del género. Finalmente, ser varón y haber sufrido un mayor número de incidentes abusivos predecía un mayor comportamiento sexualizado, aunque la relación entre incidentes abusivos y conducta sexualizada también se encontraba mediatizada por los

sentimientos de vergüenza y por el estilo autoinculpatorio. Concluyen manifestando que los sentimientos de vergüenza parecen desempeñar un papel importante en la presencia o no de altos niveles de estrés en las víctimas de abuso sexual infantil. La vergüenza por los abusos se relaciona con una mayor depresión, con los síntomas de desorden de estrés postraumático, con una menor autoestima y con un comportamiento sexualizado. No obstante, los sentimientos de vergüenza pueden tener su origen en determinados procesos familiares como los estilos de disciplina, las atribuciones de culpabilidad realizadas por los padres y un ambiente familiar en el que sean frecuentes las expresiones de cólera y disgusto.

Entre los estudios e investigaciones realizadas en el país, se puede mencionar a Cordón y González (1992), cuyo objetivo de su investigación fue establecer las actitudes conductuales y rasgos de personalidad que presentan los menores entre ocho y dieciséis años de edad, que han sido víctimas de abuso sexual. Para realizar este estudio se utilizó un diseño descriptivo de conjunto, el cual se aplicó a 25 sujetos, se utilizaron dos instrumentos elaborados por las autoras de la investigación. Dichos instrumentos son una encuesta que permitió definir las actitudes conductuales y rasgos de personalidad; y un cuaderno para marcar con dibujos. Los resultados demuestran que los menores víctimas de abuso sexual presentan dificultades en el aprendizaje, asociadas con la concentración y atención, bajo rendimiento escolar y trastornos del sueño. Se confirma autoestima baja y la tendencia autodestructiva significativa en el niño abusado sexualmente. Recomiendan utilizar diverso material educativo que informe a los menores sobre cómo autodefenderse, instruir a los padres y apoyar proyectos de prevención.

Domínguez, L. (2001), en su tesis titulada "Importancia de la Participación del Trabajador Social en Equipos Interdisciplinarios para el Tratamiento Social de Niños Maltratados y su Familia", indica que el abuso sexual es la participación del niño en actividades sexuales que no puede comprender, para las que no está preparado en su desarrollo y a las que no puede otorgar su consentimiento. Entre sus objetivos está determinar la clase de tratamiento que se proporciona al menor que ha

enfrentado problemas de maltrato en cualquiera de sus formas y a su grupo familiar, además, establecer los resultados de tratamiento social brindado a los menores víctimas de maltrato infantil. Este estudio se realizó con el método científico y se llevó cabo en Juzgados de Primera Instancia de menores de la ciudad capital, tomándose una muestra del 10% de menores atendidos por maltrato durante julio de 1999 a mayo del 2000 y el 50% de profesionales que atienden menores que presentan ese problema. En dicha investigación se concluyó que el tipo de maltrato infantil que presenta la mayor incidencia en los casos investigados, corresponde a negligencia o descuido por parte de los padres o encargados; la mayoría se resuelve mediante intervención judicial y no recibe tratamiento integral que incluya atención psicológica y social.

Dentro de las recomendaciones el autor planteó promover la integración de equipos multidisciplinarios que atiendan el problema de maltrato a niñas y niños en los juzgados respectivos, con el fin de propiciar la aplicación del tratamiento jurídico, psicológico y social eficiente, acorde a las necesidades de la población infantil. Este mismo estudio hace referencia a la participación del trabajador social, como miembro del equipo multidisciplinario conformado para tratar el problema de maltrato infantil en sus diferentes formas, entre ellas el abuso sexual. Concluye que el tratamiento a nivel de juzgados de primera instancia de menores carece de atención integral y propone una integración adecuada de equipos multidisciplinarios para el efecto.

Pop, J. (2002), en su trabajo de tesis titulado el Maltrato de Menores en la Etnia Maya Q'eqchí y su Atención Médico Social, refiere que el abuso sexual es cualquier contacto sexual entre un niño o niña y un adulto o un niño mayor; en ambos casos que el propósito haya sido la gratificación sexual del atacante, incluye también contactos de tipo físico. Planteó dentro de sus objetivos la necesidad de conocer la situación de la familia del menor maltratado y la atención médico social que se recibe en el hospital del estudio en referencia, ubicado en Cobán, Alta Verapaz. Dentro de las conclusiones plantea que el problema de maltrato infantil y la existencia de personas que lo causan, no puede dejar de ubicarse dentro de una sociedad como la

guatemalteca, en la que se privilegia y se institucionaliza el uso de la violencia, la cual se expresa dentro del seno familiar y de la escuela. Asimismo, que el maltrato constituye tan sólo uno de los aspectos de la problemática general de la niñez, la exclusión de la educación para amplios sectores y la falta de lugares de recreación, que ponen de manifiesto las condiciones de desprotección en la que se encuentra, sin ser la excepción la del grupo étnico Q'eqchí. En cuanto a las recomendaciones, planteó realizar campañas que tiendan a crear conciencia ciudadana y humana para que al tener conocimiento de casos de maltrato a menores informen a las autoridades o instituciones que deben actuar en la solución de esta problemática. Por otro lado, crear los medios propicios a través de los cuales los menores que se encuentren en riesgo reciban protección al hacerse públicas las denuncias del maltrato de que son víctimas.

Lara (2004), con el objetivo de establecer la incidencia de riesgo de suicidio en víctimas abusadas sexualmente realizó, en el departamento de Suchitepéquez, un estudio del riesgo de suicidio en víctimas de abuso sexual con 448 casos en la oficina de atención a la víctima del Ministerio Público de ese departamento. Estos constituyeron el universo total de la población y se tomó como muestra ciento doce de ellos, que constituían el 25% del total de la población. Dentro de ellos se encontraban niños, niñas, adolescentes y mujeres de diversas edades. Para medir el riesgo de suicidio, se aplicó la prueba psicométrica RS-83. Los resultados del estudio indicaron que el 50% de la población estudiada sufre riesgo de suicidio. Se concluyó que el alto riesgo de suicidio en víctimas de abuso sexual en Suchitepéquez, se debe a poca información o desinterés de los individuos acerca de los métodos de prevención y tratamiento de abuso sexual e incesto. Se recomendó profundizar en el tema a través de estudios científicos, a fin de ampliar fuentes de datos que actualmente son escasas.

Por otro lado, Quezada (2005), realizó un estudio dirigido a niños y niñas que han sido víctimas de abuso sexual, en el que se abordó la problemática social de la niñez y familia víctima, así el tratamiento social intrahospitalario en estos casos, con el

objetivo de identificar la problemática social de la niñez víctima de abuso sexual y la intervención del profesional de trabajo social en la detención, tratamiento y prevención del problema desde el ámbito hospitalario. Dicho estudio está constituido por 60 personas, corresponde a una muestra de 100% distribuida de la manera siguiente: 9 niños y 41 niñas. Se utilizó como instrumento dos boletas de opinión, una para padres y otra para profesionales en trabajo social que laboran en la institución. El investigador concluye que entre las personas entrevistadas, la mayoría de los familiares de niños y niñas víctimas de abuso sexual, mantienen una relación marital de unión de hecho, aunque las relaciones en algunos casos son inestables, por falta de comunicación, pérdida de valores e irresponsabilidad.

Según Fay (1980), abuso sexual significa el contacto sexual entre dos personas contra la voluntad de una de ellas a la fuerza. En el caso del niño, el contacto sexual puede incluir que un niño o niña mayor o un adulto le pida al menor que le manipule sexualmente o, al contrario, el agresor lleva a cabo la manipulación de los órganos genitales del niño. A veces, el contacto sexual es oral. El contacto sexual incluye un intento de penetración de la vagina o del ano y, en casos contados, la verdadera penetración. Al niño se le puede obligar a mirar los genitales de un niño mayor o de un adulto o se le puede decir que se quite la ropa y que se ponga de alguna manera.

Según Coulbor Farrel (1993), la mayoría de los casos de maltrato por abuso sexual son incestuosas, por ser realizados por personas cercanas a la víctima, pudiendo ser familiares, personas con autoridad o encargados de su formación, quienes ejercen cierto control sobre ella por medio de amenazas, recompensas o persuasión. La autora menciona que el abuso sexual incluye las categorías siguientes:

- **Abuso sexual sin contacto físico:** comentarios del agresor a la víctima, exposición de órganos sexuales, voyeurismo, mostrarle material pornográfico, inducirle a desvestirse o masturbarse.

- **Contacto sexual:** toque de las áreas genitales, inducción a que se toquen los genitales del agresor, como frotamiento de genitales contra el cuerpo vestido o desnudo.
- **Penetración digital o de objetos:** penetración del dedo u objetos del agresor en la vagina o ano de la víctima o viceversa.
- **Sexo oral:** lamidas, mordidas o succión de los senos u órganos genitales.
- **Penetración con pene:** vaginal o anal.

Recomienda la autora que es importante determinar las circunstancias en las que se perpetuó el abuso sexual, por ejemplo: relaciones de dos personas, de grupo, anillos de sexo, explotación sexual de niñas y niños, rituales de abuso, entre otras, ya que de acuerdo a éstas podrán agravarse las consecuencias del abuso.

Batres, G. (1997), indica que existen varias descripciones en relación a las diferentes formas en que se da el abuso sexual, pero a su criterio es fundamental profundizar en el secreto, la traición y el daño psicológico, más que en el contacto físico o la penetración. Independientemente de ello, se hace referencia en cuanto a algunas situaciones que intervienen en el proceso de lo que se tipifica como abuso a niñas y niños, como las siguientes:

- **Abusos deshonestos:** se refiere a todas aquellas situaciones distintas al acceso sexual que se dan entre un menor y otra persona que abusa de él, pueden ser caricias, coqueteos, exposición de material pornográfico, prácticas de sexo oral; lo anterior con el fin de involucrar al menor en masturbación, exhibición de partes corporales sensuales o actividades de índole sexual.
- **Violación:** es aquella que consiste en la penetración del pene, dedo u otro artefacto en la vagina de la niña o en el ano del niño; regularmente la misma es

ocasionada por un individuo extraño. Consiste en forzar al niño o niña a una colaboración sexual, el violador suele hacer uso de la fuerza o violencia física para lograr su objetivo.

- **Incesto:** es toda agresión de índole sexual directa o indirecta entre una niña o niño y un adulto o adulta, que mantengan lazos caracterizados por la amistad, confianza, afecto, parentesco o autoridad. Si estos lazos tienen que ver con el cuidado, protección y guía de la niña o niño, se consideran de características similares a los consanguíneos. Este tipo de relación facilita la oportunidad y proporciona el poder derivado de la autoridad que el perpetrado necesita.

Esta posición permite al ofensor la modificación de los valores y percepciones del niño o niña para introducir los propios en el momento de la manipulación; el ofensor le dice al niño o niña cosas tales como: “que le hace esto porque la ama”, “ella es especial”, “la adora”, “es un juego”, “lo hacen todos los padres”, “lo hace porque está en la Biblia”.

Una cantidad innumerable de argumentos manipulativos de los valores de la víctima, de tal manera que la violencia física no es muchas veces requerida. Ofrece apoyo económico a los niños y niñas en situaciones difíciles.

Garavito, M. (1998), afirma que el abuso sexual está definido como todo acto en que una persona en una relación de poder involucra a un o una menor de edad, en una actividad de contenido sexual que propicia su victimización. Su elemento básico es la gratificación.

Pinto, V. (1998), hace énfasis en que es importante comprender que el abuso infantil es un problema multicausal, resultado de un conjunto de factores de riesgo individuales, familiares y sociales relacionados entre sí, que es difícil la distinción entre unos y otros. Asimismo, los efectos producidos por este problema tienen su repercusión en dichos factores, ya que recae en la persona humana del niño o niña,

afectando su desarrollo individual, familiar y social. Por lo que la mayoría de causas de abuso sexual son los mismos efectos producidos en situaciones anteriores, que constituyen un círculo de causa-efecto, entre las que se pueden identificar mencionan las siguientes:

- Trastornos emocionales
- Conductas antisociales
- Trastornos fisiológicos
- Desintegración familiar
- Falta de valores morales y espirituales
- Patrones de crianza inadecuados
- Hijos no deseados
- Enfermedades infectocontagiosas
- Personas con antecedentes de abuso sexual
- Bajo Rendimiento en el aprendizaje
- Institucionalización de algunos niños o niñas
- Falta de responsabilidad de algunas personas adultas
- Conductas adictivas

En el periódico Prensa Libre, Morales, S. (2000), sección de Opinión, hace referencia a que durante miles de años la humanidad ha vivido en un sistema de dominación e imposición masculina, en el cual las niñas y niños son dominados. Normas de conducta basadas en las disposiciones romanas, relacionadas al derecho de propiedad, entendiéndose como tal a todo lo que se encuentre dentro del territorio propio, incluyendo personas y cosas que son propiedad del jefe del hogar. Los miembros de la familia fueron considerados como una pertenencia y fueron tratados como tales, en el caso de niñas y niños fueron cambiados por dotes, el abuso sexual en ellos y ellas estuvo a la orden de día.

Treguear, T. (2001), en su folleto "Abuso Infantil", hace referencia respecto al abuso sexual como la imposición a un niño o niña con base en una relación de

poder, de una actividad sexualizada, la que propicia su victimización y en la que el ofensor obtiene una gratificación. Esta imposición puede ejercerse por medio de la fuerza física, el chantaje, la amenaza, la intimidación, el engaño, la utilización de confianza y cualquier otra forma de presión.

La violencia se perpetúa como una forma de control para mantener la autoridad en todo sentido, especialmente sobre la niñez, establece relaciones entre una persona que ejerce el poder y otra indefensa e impotente que obedece; creando condiciones para que la niña o niño desconozca la ternura, el afecto y el respeto, puesto que impera hacia ellos el ejercicio de patrones de crianza violentos que únicamente les permiten conocer el sufrimiento, la angustia y la preocupación.

Quesada, A. y Gómez, I. (2001), en su folleto "Atención Integral del Niño y Niña Víctimas de Abuso desde la Perspectiva del Sector Salud", afirman que en Latinoamérica el maltrato y abuso infantil, no pueden ser vistos como un problema de individuos, como el problema de la relación entre un adulto que abusa y un menor que es abusado. El maltrato y abuso no sólo es la agresión física, el castigo, la falta de atención, o el abuso sexual de un adulto sobre un niño; es la idea que se maneja normalmente en los países desarrollados, pero en el contexto latinoamericano ésta es limitada e insuficiente debido a que puede ocultar profundas injusticias sociales.

Se hace énfasis en que el maltrato y el abuso no es un problema de un grupo social en particular, sino que afecta a los distintos sectores sociales; consiste en la relación maltratante de parte de un adulto o persona mayor sobre un niño o niña; en los países pobres incluye hasta los niveles de injusticia social más pequeños, es decir, el abuso como acción que lesiona la integridad y derechos de la niñez sin importar el lugar donde se lleve a cabo, ya que puede ser en el seno familiar, de la sociedad y el Estado.

Grillo, M. (2001), en su folleto "La Intervención del Abuso Sexual Infantil desde el Sistema Penal", destaca que niños y niñas entre la primera infancia y la

adolescencia, y que provienen de todos los grupos étnicos y culturales, clases económicas y sociales, áreas urbanas y rurales, con capacidades físicas muy variadas son víctimas de abuso sexual en distintas maneras. Desde un hecho de abuso aislado deshonesto hasta el sufrimiento de ser sometidos a relaciones de abuso y explotación sexual intra o extra familiar. Según el autor, los niños y niñas se consideran como tales desde que nacen hasta que principia su adolescencia, algunos son víctimas de abuso sexual independientemente de su edad, situación económica y grupo social a que pertenezcan. Se consideran víctimas en tal sentido, al verse involucrados en cualquier actividad que implique algún acto deshonesto, violación y explotación dentro y fuera del seno familiar.

Rodas B. (2001), en su Guía Metodológica, Unidad No.2, Maltrato y Abuso Sexual Infantil, hace referencia a que el abuso sexual es todo acto ejecutado por un adulto o adolescente sobre un niño o niña para estimularse o gratificarse sexualmente. Esta conducta puede realizarse con o sin su consentimiento, pues son actos para los que en la infancia se carece de madurez y conocimiento necesario para evaluar su contenido y consecuencias. Los efectos del abuso sexual pueden ser permanentes si no reciben la atención adecuada para superar lo sucedido, pueden haber lesiones físicas, miedo a las relaciones sexuales, sentimiento de culpa, depresión, tristeza, abatimiento, aislamiento, indiferencia, incapacidad de confiar en las personas, represión y coraje hacia el victimario, la familia o la sociedad.

Ya que todo lo revisado en el presente estudio acontece en el periodo de la infancia en particular, es preciso focalizar y presentar un escenario sobre el ser humano y sus distintas dimensiones en ese momento. A continuación se presenta información de las diferentes etapas por las que atraviesa el ser humano en su desarrollo sexual.

1. Etapas del desarrollo sexual normal del ser humano

Según las obras completas de Freud (1908), el niño crece en su yo y se va diferenciando a través de las etapas de desarrollo, cuyas características son el resultante de tendencias y necesidades de orden instintivo. Estas tendencias, llamadas libidinales, se organizan bajo el predominio de una zona erógena determinada y un modo específico de relación de objeto. Las zonas erógenas son las regiones del cuerpo cuya estimulación produce la excitación libidinal, y la relación objeto es la relación del sujeto con su mundo, en especial la del niño con su madre y, posteriormente, con el ambiente familiar. En su conjunto, la teoría psicoanalítica del desarrollo comprende cinco etapas: la oral, que va desde el nacimiento hasta los doce meses; la anal, de uno a tres años; la fálica, de tres a cinco y, por último, el comienzo de la etapa genital y la adolescencia.

Conviene tener presente que esta forma de dividir las etapas puede variar en su edad de aparición y en algunas oportunidades se superponen o se esbozan características de una etapa a la otra.

1.1 Etapa oral

Desde el nacimiento hasta los doce meses tanto las necesidades como su satisfacción, se concentran en los labios, en la lengua y, un poco más tarde, en los dientes. Su impulso básico es simplemente tomar los alimentos, calmar las tensiones del hambre y de la sed. Durante la alimentación, el niño también es acariciado, mimado, mecido y consentido. Al principio, el niño asocia el placer y la reducción de la tensión con el proceso de alimentación y contacto físico de la madre. La boca es la primer área del cuerpo que el infante puede controlar; la mayor parte de la energía libidinal de la que dispone es dirigida y enfocada a esta única área.

Prueba de ello es la clara tendencia del niño a colocar en su boca cualquier objeto que cae en sus manos, a chupar sus dedos, e incluso a calmarse cuando el chupeteo es independiente de la alimentación. Por otra parte, al mismo tiempo que

el niño lleva a cabo estas actividades integra primitivamente conocimientos acerca de su propio cuerpo.

Este período ha sido dividido en dos subestadios: desde los primeros días de nacimiento hasta la aparición de los dientes, se denomina período oral de succión y oral sádico al siguiente. Dicho en otros términos, Oral dependiente y Oral agresivo. La implicación agresiva que tiene el morder se debe no sólo al comienzo de la dentición y al destete, también al malestar, llanto e ira que provoca el crecimiento de los dientes.

A medida que el niño madura, se desarrollan otras áreas del cuerpo, convirtiéndose éstas en importantes zonas de placer.

En los adultos existen muchos hábitos orales bien desarrollados y un permanente interés por conservarlos. Comer, chupar, mascar, fumar, morder y lamer o chasquear los labios son expresiones físicas de estos intereses. Los que constantemente mordisquean algo, los fumadores o aquellos que suelen comer en exceso son personas en las que ha quedado fijada parcialmente la etapa oral, individuos cuya madurez psicológica puede estar incompleta. El sarcasmo, la burla y el chismorreos en los adultos se consideran hábitos que se relacionan con esta etapa del desarrollo.

Es normal retener cierto interés por los placeres orales, esto se puede calificar de patológico cuando se trata de una forma dominante de satisfacción; es decir, si una persona depende en exceso de sus necesidades orales para calmar la ansiedad.

1.2 Etapa anal

A medida que el niño crece, se van despertando nuevas áreas de tensión y satisfacción. De los dos a los tres años de edad, los niños aprenden generalmente a

controlar la expulsión de la orina y heces fecales. Aquí el niño presta especial atención a la micción y a la defecación. El desarrollo de control fisiológico se une al conocimiento que ese control constituye una nueva fuente de placer.

En general, durante esta fase comienza la educación para conseguir que el niño controle la función expulsiva y la retentiva, esta zona se convierte en el centro de experiencias gratificadoras y frustrantes. Hay otras adquisiciones de gran importancia alrededor de estas edades, como la realización de la marcha y el progresivo dominio motor que llevan al niño a una cierta independencia o autonomía. Se inicia también la socialización, los hábitos de limpieza que dan paso a la maduración del aparato psíquico. Aparecen también sentimientos de vergüenza y repugnancia ante situaciones en las que se ensucia, refiriéndose a la continencia de materias fecales.

También es cierto que los niños aprenden rápidamente que al tener un mayor nivel de control, atraen más la atención y elogios de sus padres; además, aprenden que lo contrario atrae la preocupación de los padres por dicho aprendizaje, lo que permite al niño exigir atención tanto por el control que haya logrado como por los errores que cometa en estas actividades. Las características adultas que tienen relación con la fijación parcial en esta etapa son: meticulosidad, parsimonia, obstinación, obsesión y compulsión.

1.3 Etapa fálica

De tres a cinco años, el niño entra a la etapa fálica, la cual se concentra en las áreas genitales del cuerpo. Freud, sostenía que esta etapa se caracteriza como fálica, puesto que es el período en que el niño se da cuenta que tiene pene o carece de él. Esta es la primera etapa en la cual el niño adquiere conciencia de las diferencias sexuales. Además, aparece la experimentación y la curiosidad sexual acompañada de sensaciones que, por lo general, son placenteras; en el varón se manifiestan con

maniobras masturbatorias aparentes, mientras que en las niñas pasan con más frecuencia inadvertidas y con menor grado de conciencia, puesto que pueden darse juntando fuertemente o frotando ambas piernas. Según la teoría psicoanalítica, la importancia dada al pene por el varón, le crea temores con respecto al daño posible e incluso su pérdida, simboliza para él un castigo a sus deseos sexuales. A esto se le denomina complejo de castración.

Asimismo, Freud (1906), observó que el descubrimiento de que la niña está castrada es un punto definitivo en su crecimiento. De ahí nacen las posibles líneas de desarrollo: la primera lleva a la inhibición sexual y a la neurosis; la segunda, a la modificación del carácter en el sentido complejo de masculinidad; y la tercera, a la femineidad normal. Por lo que los niños reaccionan ante sus padres como si fueran amenazas potenciales para la satisfacción de sus necesidades. El niño que desea estar cerca de su madre, ve al padre como un rival: al mismo tiempo, desea su cariño y afecto, pero considera a la madre también como un rival. Se encuentra en la posición de desear y tener a ambos padres. En el caso de los niños, Freud, denominó a esta situación Complejo de Edipo, porque creía que cada niño desea poseer a su madre y desarrolla fantasías de matar a su padre; también, teme e imagina que puede ser castrado por él, reduciéndolo a la condición de ser asexual e inofensivo.

El problema es similar para las niñas. Desean poseer al padre y consideran a la madre como rival principal. La necesidad que las mujeres tienen de reprimir sus deseos es menos severa que la de los varones.

Los niños de estas edades, cuyo interés está concentrado en los temas sexuales, alimentan su curiosidad acompañándola de deseos de proximidad física, de voyeurismo y de exhibicionismo. Los juegos entre ellos, a menudo, implican la unión de la pareja y el deseo de tener hijos. Es ésta la edad preescolar, en la cual el menor se separa de los padres e inicia la socialización, el control de la agresión y las

primeras pruebas en relación con la rivalidad y la competencia. Es ciertamente un período complejo para el niño, quien comienza a dar muestras de su futuro carácter.

1.4 Período de latencia

En esta etapa, el desarrollo sexual pasa por un período de detención o represión. La mayor parte de los niños, al tomar la resolución de la lucha, parece modificar el apego a sus padres en algún momento después de los cinco años de edad y orientan sus relaciones hacia otros niños, hacia las actividades escolares, hacia los deportes y otras habilidades. Esta época, desde los cinco o seis años hasta el inicio de la pubertad, se conoce como período de latencia, en la cual los deseos sexuales irresolubles de la etapa Fálica no son atendidos, sino más bien reprimidos. Durante este período la sexualidad normalmente no progresa; por el contrario, los apetitos sexuales pierden fuerza y gran parte de lo que el niño practicó o sabía anteriormente deja de existir y se olvida. Surgen actitudes tales como la vergüenza, la aversión y la moralidad, destinadas a hacer frente a las últimas tormentas de la pubertad y a dirigir el camino que deben tomar los deseos sexuales que acaban de despertar. Freud (1926).

1.5 Etapa genital

Tiene lugar en el inicio de la libertad y el regreso de la energía libidinal a los órganos sexuales. Es la etapa final del desarrollo biológico y psicológico, hombres y mujeres se dan cuenta en esta etapa de sus diferentes identidades sexuales y empiezan a buscar medios para satisfacer sus necesidades eróticas o interpersonales.

Éste es el tiempo de una marcada separación entre niños y niñas, y de la mutua rivalidad. Es también el inicio de la rebelión frente a la autoridad y a la formación de grupos con intereses particulares, que incluso pueden ser el inicio de la delincuencia.

2. Desarrollo del interés por el sexo

La curiosidad por el sexo en los niños pequeños es la manifestación de un interés que madura por el yo y el ambiente y, como tal, debe ser satisfecha de igual modo, que la curiosidad por otras cosas. El interés de cada niño varía según su edad, la clase de hogar y el medio cultural en el que vive, su relación con los padres, la inteligencia y tipo de personalidad que tenga.

En relación a este tema, Montagu (1974), describió el desarrollo psicosexual temprano de sus tres hijos; el interés que mostraron estos niños por el embarazo de su madre, por sus excrementos y por los órganos genitales de sus padres, lo supo de ellos en forma casual. Llegó a la conclusión de que sus hijos, por lo menos, el desarrollo psicosexual y la adquisición de conocimientos acerca del sexo, no siguió las líneas trazadas por la teoría psicoanalítica.

Por su parte, Bakwin citando a Conn (1974), encontró que durante el período preescolar, el niño cambia fácilmente de papel masculino a femenino; no hay preferencia definida por uno u otro sexo. Los niños cualquiera que sea su sexo, quieren casarse con figuras parentales de sexo contrario. Después de los cinco años, hay creciente interés por las personas extrañas al hogar, especialmente por los niños que se encuentran en la escuela o en el juego. La actitud del niño hacia los sexos es indiferente, y juega igualmente bien con niños de uno u otro sexo. De cinco a seis años, los niños prefieren los juegos y los juguetes de niñas. Las niñas alcanzan esta etapa de desarrollo más temprano. Posteriormente, el padre y la madre se convierten más definidamente en figuras masculinas y femeninas en la mente del niño y trata de imitarlos con sus actividades y actitudes, el niño actúa como el padre y la niña como la madre. Entre los siete y diez años, el vínculo inicial que unía al niño al hogar, se modifica y el interés por los compañeros de la misma edad y por los maestros adquiere mayor importancia. El afecto sólo desempeña una pequeña parte de este tiempo y se dirige aún hacia los padres. El niño se interesa más por los niños del mismo sexo, y se forman a menudo amistades íntimas.

Posteriormente, puede surgir una gran admiración por una persona mayor, generalmente del mismo sexo.

Las fantasías sexuales, extraordinarias en niños de menos de nueve años, se convierten después en más frecuentes y van acompañadas a menudo de sentimientos de culpabilidad y temor de que éstas tengan como resultado, malas consecuencias para su salud o sean castigados por un adulto. Después de la pubertad, el afecto que dirige a personas extrañas al lugar, se centra generalmente en personas del mismo sexo y gradualmente se transfiere a los del sexo opuesto. La admiración que siente el preadolescente por una persona mayor puede llegar a convertirse en enamoramiento. Raras veces este interés por personas del mismo sexo se fija y dura en la vida adulta.

En el adolescente se inicia una serie de cambios en el desarrollo físico, genéticamente controlados; estos se pueden dividir en dos clases: las relacionadas con el crecimiento corporal y las relacionadas con la madurez sexual. El cuerpo del adolescente sufre un crecimiento acelerado, caracterizado por aumento de estatura, peso y cambios en los tejidos y las proporciones del cuerpo. Aproximadamente al mismo tiempo, se llega a la madurez sexual, esta etapa es denominada pubertad, que se inicia con el crecimiento de ovarios y testículos. También se desarrolla el aparato reproductor y las características sexuales secundarias, como el vello púbico, el moldeamiento del busto y el cambio de voz. En las mujeres, el crecimiento comienza poco antes del desarrollo del busto y de la vellosoidad púbica escasa, que son las dos primeras señales del inicio de la madurez sexual.

Estas características sexuales secundarias pueden surgir una antes que la otra, pero siempre aparecen entre los diez y los once años. El busto crece más, toma forma cónica y el área pigmentada en torno al pezón comienza a aumentar y a oscurecerse; el crecimiento del vello púbico y axilar ocurre al mismo tiempo que el desarrollo del busto, adquiere su pigmentación a los once o doce años y madura plenamente unos dos años después. Conforme estos cambios ocurren, el aparato

reproductor, incluso la vagina, el clítoris y el útero también se desarrollan con rapidez.

Cuando la niña está suficiente madura, experimenta su primera menstruación llamada Menarquía, la cual puede ocurrir entre los diez y dieciséis años de edad (Faust, 1977). Sin considerar la edad, la menarquia casi siempre acaece después de culminar el torrente de crecimiento. Los primeros ciclos menstruales son irregulares, la ovulación es inestable y las niñas no son fértiles sino hasta el año o año y medio siguiente (Tañer, 1970).

En los varones se inicia la madurez sexual un año después de su crecimiento acelerado. Aproximadamente a los doce años los testículos y el escroto se agrandan. Al mismo tiempo aparece el vello púbico. Un año después, el pene comienza a crecer, proceso que dura los próximos dos años. Los órganos sexuales internos, como las vesículas seminales, comienzan también a desarrollarse. Cuando el joven tiene entre catorce y quince años, los órganos sexuales son capaces de producir eyaculaciones, pero la cantidad de espermatozoides no es suficiente para ser fértiles, sino hasta un año después o más. (Serafino y Armstrong, 1988; citando a Schonfeld, 1969). La secuencia de desarrollo es estable, aunque el inicio de cada acontecimiento varía de un muchacho a otro.

3. Impulso e instinto sexual

Central Catequística Salesiana (1977), define el impulso sexual como una tendencia profunda, continua e inconsciente del sexo. Afirman, además, que este impulso es considerado el segundo en importancia, después del instinto de conservación.

Esta organización continúa diciendo que los instintos son tendencias propias de los animales, que impelen a estos a obrar de determinadas formas para realizar algo que necesitan para su vida, para su desarrollo y para lograr los fines propios de los

individuos o de la especie. Los instintos no se aprenden; actúan en el momento dado, sin previo aprendizaje. No son obra de la inteligencia sino de la naturaleza.

Entre los instintos de los animales figura el instinto sexual, cuyo fin es conducirlos a reproducirse para asegurar la supervivencia de la especie. Los animales no aprenden a reproducirse; se reproducen sin más, cuando llega el momento en que el instinto sexual les empuja a ello, desencadenando los mecanismos interiores y exteriores que llevan a la reproducción.

El hombre posee instintos y entre ellos el sexual, éste actúa desde el momento en que nace el individuo y se manifiesta a lo largo de la vida y desarrollo del sujeto de diversas formas. El hombre no puede eliminar su instinto sexual, ni el desarrollo del mismo, pero puede estudiar cómo se desarrolla, cómo actúa a través de sus manifestaciones y en muchos casos encausarlo. Ésta es la diferencia respecto de los animales, que son pasivos totalmente ante sus instintos; no así el hombre, que goza de una dirección en ellos.

El instinto sexual unas veces está latente, otras, impele con mayor o menor vigor, las actividades impulsivas del instinto sexual se conocen con el nombre de Impulso Sexual o de "Pulsiones Sexuales".

Éste no es sólo un instinto individual, sino es un instinto que tiende a unirnos a otro ser humano. No sólo a otro sexo, sino a una persona total, con su sexo ciertamente pero también con su sensibilidad, su cuerpo, su psicología, sus ideas y su historia; sin embargo, si el instinto sexual se aísla de este conjunto, si el individuo se reduce a un impulso y busca egoístamente el placer solitario, si conduce al individuo al fin único de probar un placer personal y de satisfacer una necesidad de poseer, entonces no sirve ni al amor, ni a lo humano. Se convierte en un factor de desórdenes y conflictos.

El impulso sexual actúa por medio del placer sexual, el hombre instintivamente en todo su ser, se agita y vive en pos del placer y de su bienestar para buscar

satisfacción. Entre muchos placeres que el hombre puede gozar, el más intenso es el placer sexual o placer unido en primer lugar a los órganos genitales y a otras zonas erógenas del cuerpo.

Su fuerza en influencia es tal, que orienta toda la vida del hombre en la medida en que está dominada por la búsqueda del placer; es decir que cuanto más trata de satisfacer su deseo de placer, en general, más influencia tiene en él el placer sexual. El instinto sexual no se limita a buscar y preparar el acoplamiento sexual del hombre-mujer, sino que orienta toda nuestra vida, nuestra conducta y nuestros sentimientos.

4. Comportamiento sexual normal y patológico en el ser humano

Una adaptación sexual sana comprende la capacidad de comprometerse en experiencias sexuales sin miedo o culpa y, en un momento adecuado, enamorarse y casarse con la pareja elegida y mantener el sentimiento de amor y atracción sexual hacia el cónyuge. La pareja no debe tener un trastorno preexistente o predecible grave, ni tampoco dificultades conocidas que la pareja tenga que mantener un estado de euforia y éxtasis constante, sino debe existir la capacidad de permanecer en buen contacto emocional entre sí, tenerse respeto y orgullo mutuo, un sentido de identidad de interés y respeto por la integridad individual y vida privada, mantener las expectativas de uno respecto al otro de forma realista y estar libres de luchas.

Desde el punto de vista sexual, se espera que el varón sea potente y orgásmico, con la frecuencia de coito determinado por el estado de ánimo y el acuerdo mutuo. En las mujeres también se espera que sean correspondientes y orgásmicas y se sientan tan libres de iniciar las actividades sexuales como el varón. La sexualidad debería gozarse de manera entusiasta y cada uno debería ser capaz de tener discusiones sinceras sobre temas sexuales. Ambos cónyuges deberían desear niños y tener la capacidad psicológica para colmar estos deseos.

Cuando los niños pasan a formar parte de un grupo familiar, marido y mujer deberían ser capaces de relacionarse con amor, comprensión e imparcialidad con los hijos de cada sexo; los padres deberían ser capaces de responder a las diferencias individuales y exigencias de cada niño.

Es de vital importancia conocer el desenvolvimiento normal del desarrollo sexual del niño y del adolescente, ya que sin éste no podría diferenciarse qué conducta se está saliendo de los límites de lo normal para entrar a lo patológico. La actitud de los padres debe dirigirse hacia una educación sin prejuicios. Es necesario también hacer notar todas las etapas del desarrollo sexual del ser humano, no se van a presentar en el orden cronológico ya establecido por algunos autores, porque cada persona es diferente y puede variar la edad de aparición de una etapa a la otra.

Freud (1906), afirma que cuando un infante se convierte en niño, el niño en adolescente y el adolescente en adulto, se efectúan grandes cambios y diferentes formas de satisfacer los deseos sexuales. Las distintas formas de placer y las áreas físicas de satisfacción constituyen los elementos fundamentales en las descripciones que Freud hace en las etapas de desarrollo del menor. Freud utiliza el término fijación para describir lo que ocurre cuando una persona no progresa normalmente de una etapa a la otra y permanece demasiado pegado a una etapa determinada. Una persona fijada en una etapa determinada preferirá satisfacer sus necesidades en forma simple e infantil y no en una forma adulta, que resultaría de un desarrollo normal.

5. Definición de abuso sexual

El abuso sexual, fue definido por Berliner y Elliot (1996), como cualquier actividad sexual con un niño o un adulto en la que se emplee la fuerza o amenaza de utilizarla, con independencia de la edad de los participantes, y cualquier contacto sexual entre

un adulto y un niño, con independencia de que haya engaño o de que el niño comprenda la naturaleza sexual de la actividad.

Es toda acción ejecutada por un sujeto que se vale de otro para estimularse o gratificarse sexualmente, sin el consentimiento o voluntad de éste último (Lammoglia, 1999).

6. Clases de abuso sexual

6.1 Abuso infantil

El Departamento de Salud y Servicios Humanos del Centro Nacional Contra el Abuso y Abandono Infantil de Washington, D.C., en su guía "Cómo proteger a sus hijos del abuso infantil", manifiesta que un niño que ha sufrido abuso o abandono es un niño herido, o amenazado con daño físico o mental, por los actos o falta de acción de la persona responsable de su cuidado. Asimismo, clasifica el abuso en cuatro categorías: abuso físico, abuso emocional y abuso sexual, incluyendo entre éstas el abandono infantil, que es una forma de abuso que ocurre cuando la persona responsable del cuidado de un niño, aún siendo capaz, falla en proveerle la alimentación necesaria, ropa, refugio, o cuidados.

El abuso y el abandono infantil son problemas serios de nuestra sociedad, ya que cada día el número de casos reportados se incrementa. A continuación se presentan descripciones breves de cada forma de abuso:

6.2 Abandono

Un niño sufre abandono si las personas de las que depende no le proveen alimentos, ropa, refugio, cuidados médicos, educación y supervisión. Cuando estas

necesidades básicas no son proporcionadas deliberadamente, y no debido a que los padres o personas a su cuidado sean pobres, se considera abandono. A menudo los padres o personas que cuidan de niños que sufren abandono están tan agobiados por sus propias necesidades que no pueden reconocer las necesidades de sus hijos.

6.3 Abuso físico

El abuso físico es el daño deliberado a un niño por la persona responsable de su cuidado. El abuso físico a menudo se da por el castigo irracional, o un castigo demasiado severo. Algunas veces es el resultado de la reacción al estrés de la persona que lo cuida. El abuso de la bebida o las drogas por parte de los responsables de su cuidado, se ha vuelto el factor más común que contribuye a los casos de abuso físico.

Las lesiones ocasionadas por el abuso físico pueden incluir moretones, huesos rotos, quemaduras y laceraciones. Los niños experimentan lesiones leves como parte normal de la infancia, usualmente en lugares predecibles como las espinillas, rodillas y codos. Cuando las heridas aparecen en áreas de tejido suave del abdomen o la espalda, o no parecen ser lesiones típicas infantiles, el abuso físico se convierte en una posibilidad.

6.4 Abuso emocional

El abuso emocional es más difícil de reconocer, pero es tan dañino para el niño como las otras formas de abuso. El abuso emocional daña la autoestima del niño y en casos extremos, puede llevar a problemas de desarrollo y desórdenes del habla. Un niño sufre abuso emocional cuando es constantemente ridiculizado, rechazado,

culpado, o comparado desfavorablemente con sus hermanos, hermanas u otros niños.

Esperar demasiado académicamente, atléticamente o en otras áreas, es una causa común del abuso emocional de los padres u otros adultos. Cuando un niño no puede alcanzar estas expectativas, siente que él o ella jamás será lo bastante bueno.

6.5 Abuso sexual

Se da cuando un adulto o un niño mayor utiliza su autoridad sobre un niño para involucrarlo en actividades sexuales; dicha persona es un abusador de menores. El abusador puede usar trucos, sobornos, amenazas, o su fuerza para persuadir al niño de participar en actividades sexuales. El abuso sexual incluye cualquier actividad realizada para la satisfacción sexual de abusador, incluyendo actos que van desde exponer sus órganos sexuales (exhibicionismo), observar los órganos sexuales o la actividad sexual de otros (voyeurismo), hasta el manoseo y violación.

6.6 Abuso sexual por otros niños

Aproximadamente un tercio de los abusos sexuales ocurren a manos de otros niños, éste puede darse bajo presión o por la fuerza de otros niños. Los niños que abusan de otros niños necesitan ayuda profesional. Ellos tienen muchas más probabilidades de responder al tratamiento cuando son jóvenes que aquellos adultos que siendo niños fueron abusadores, no recibieron tratamiento y como adultos continúan abusando de los niños.

Los padres y otros adultos que trabajan con niños necesitan distinguir entre la conducta sexual que es parte normal del desarrollo y la conducta sexual abusiva.

Todos los niños a temprana edad pasan por etapas donde la curiosidad sexual los consume, esto es parte normal del desarrollo humano. Esta conducta, sin embargo, no se considera adecuada cuando es forzada, cuando la persona que provoca la actividad tiene más poder o simplemente cuando lo hace sin tener el consentimiento de la otra persona. Es muy importante que los padres se den cuenta de la conducta sexual de sus hijos, de esta manera ellos pueden comentarles sus preocupaciones y dudas y discutir con ellos la conducta problemática.

El tema del abuso sexual, ha sido por mucho tiempo para la sociedad guatemalteca algo muy controversial. Es manejado con una serie de creencias que traen diversidad de consecuencias como la agresión física y emocional, abandono a menores, abuso sexual a menores y violaciones; por lo que para comprender mejor dichas creencias, identificadas como mitos, tabúes y prejuicios, se definen estos términos a continuación:

7. Mito

Es una creencia que se ha transmitido con carácter de verdad y que no tiene una base científica demostrada. Dado que la sexualidad se forma de nuestras experiencias y contextos de desarrollo familiar, religioso, moral, etc. Son muchos los mitos que se crearon con la finalidad de reprimir, controlar o moralizar.

Generalmente detrás de un mito hay una relación de poder. En Guatemala existe un sin número de mitos entre los que se pueden mencionar: que los adolescentes deben tener su primera relación sexual para que favorezca en su desarrollo; la masturbación es un pecado; a las adolescentes las hostigan con recomendaciones que hacen de la menstruación una carga y algo sucio.

Además, se les hacen ver que la virginidad es lo más importante, y que si la pierden al tener una relación sexual, también pierden su valor como mujeres; que la mujer no

tiene orgasmo nocturno; que la desfloración es innecesariamente dolorosa; que el aspecto físico de una joven permite saber si tiene o no la regla, que la mujer mientras tiene su menstruación no debe hacer ejercicio, tocar las flores, ver la mayonesa porque la puede cortar, ni mucho menos bañarse; que la potencia sexual del hombre depende de las dimensiones del pene; la satisfacción sexual de la mujer aumenta paralelamente al tamaño del pene; las emisiones espontáneas de semen son consecuencia de la continencia sexual y que la circuncisión aumenta el placer sexual.

7.1 Tabú

Esta palabra significa “prohibido”, la Enciclopedia Herdez, señala que es una prohibición religiosa de tocar o comer algún objeto. Esto ha estado muy presente en todo el proceso de socialización de los y las guatemaltecas, ya que lo sexual ha estado influenciado por todas las mediaciones de la cultura, la religión y las ideologías. Ejemplo de ello es la prohibición que se ejerce en los/las adolescentes guatemaltecas para las relaciones sexuales prematrimoniales, y hablar de sexualidad con libertad en la familia, la escuela y la iglesia. El propio desarrollo de la sociedad, la modernización y ante todo el acceso a la educación y la tecnología, han ido dando paso al conocimiento y a la liberalización de algunas prohibiciones.

7.2 Prejuicio

Este término no es más que el juicio u opinión sobre algo antes de tener verdadero conocimiento de ello. Y es lo que ocurre cuando padres, maestros y otras personas de la sociedad, emiten opiniones y juicios sin contar con fundamentos ni conocimientos científicos en relación a la sexualidad, causando confusión e información errónea. Como ejemplo de prejuicios se puede mencionar la utilización de los anticonceptivos en la adolescencia, la opinión que emiten las personas en

relación a que la educación sexual despierta el deseo de tener relaciones sexuales en los adolescentes.

7.3 Mitos y realidades sobre el abuso sexual

Los mitos sobre el abuso sexual sólo han contribuido a oscurecer el conocimiento, desproteger a las víctimas y brindarle impunidad a los ofensores. Estos mitos deben ser erradicados, ya que han contribuido a que las víctimas sigan sintiéndose culpables, haciéndolas más vulnerables ante los ofensores y provocando que sus defensores sigan utilizando racionalizaciones para minimizar su responsabilidad, y así la terapia no sea eficaz. Los mitos más frecuentes acerca del abuso sexual, según Batres (2002), son los siguientes:

- Las víctimas mantienen o inventan sobre el abuso.
- El abuso sexual sólo ocurre entre gente pobre o enfermos mentales.
- La madre es cómplice o culpable de abuso sexual.
- Algunos tipos de abuso no causan gran daño.
- Las víctimas son usualmente adolescentes.
- Las víctimas provocan el abuso.

Batres (1986), en contraposición a estos mitos, en un estudio sobre sobrevivientes de abuso, menciona que se encuentran las realidades siguientes:

- La víctima no miente sobre el abuso sexual, miente para decir que no ocurrió cuando se siente intimidada.
- El abuso sexual es más común entre las niñas tal como lo reportan los estudios en Norteamérica (Russell, 1988) y en Costa Rica (Batres, 1986).

- La mayoría de abusadores no tienen antecedentes criminales ni son enfermos mentales. El abuso sexual ocurre en todos los estratos sociales.
- La responsabilidad total del abuso sexual la tiene la persona que abusa sexualmente de la víctima, dado que es una persona con poder, de quien la víctima depende económica y emocionalmente.
- La evidencia demuestra que todo tipo de abuso sexual es destructivo. La severidad de las secuelas tienen que ver con otros factores asociales (no se integra o vincula a la sociedad).
- Estudios demuestran que las víctimas de abuso sexual son agredidas desde temprana edad.
- Toda responsabilidad del abuso debería recaer en el agresor, no importa qué edad tiene la víctima cuando el abuso ocurrió. Esto es claro por la diferencia de poder entre un adulto y una niña o niño.

Batres (2002), menciona algunos datos obtenidos en Latinoamérica sobre el abuso sexual intrafamiliar relacionado con los mitos existentes:

- Según estudios regionales, ninguna de las víctimas atendidas mintió acerca del abuso sexual ni lo inventó, fueron personas que los indujeron en casos de denuncias falsas.
- El número de personas que solicitan ayuda como víctimas de agresión sexual ha ido en aumento constantemente.
- La gran mayoría de los agresores son personas que pueden ser catalogadas como sanas, es decir, no presentan ninguna patología psiquiátrica.

- Todos los actos de agresión sexual reportados causaron graves daños en la víctima.
- Las madres de las víctimas de agresión sexual sufrieron por esta situación y reportan sentirse traicionadas por el agresor, dolidas, culpables de no haberse dado cuenta y muy confundidas.
- La edad que podría iniciar incesto va desde menos de cinco años, hasta 19 años o más.
- La agresión sexual puede ser sistemática, lo cual implica que es continua durante algún tiempo.
- La mayoría de víctimas son mujeres y niñas.
- La mayoría de agresores son hombres.
- Los agresores han sido padres, padrastros, tíos, hermanos, primos, abuelos, amigos, vecinos, maestros, etc.

8. Diferentes formas de cómo ocurre el abuso sexual

En el abuso sexual, por definición, los ofensores son familiares tan cercanos como el padre, el abuelo, hermano o tío (Russell, 1986; Cover, 1995; Batres, 1995). En el abuso sexual o violación, desde la definición de Batres (2002), los ofensores son, como lo confirman la mayoría de autores, amigos, vecinos, entrenadores, sacerdotes, maestros u otras figuras con autoridad y acceso a las víctimas.

El acercamiento sexual no es siempre la violación, sino que ésta se da a lo largo de un proceso lento, con el inicio del frote de genitales. Posteriormente, el ofensor pide

a su víctima satisfacer sus deseos sexuales. En pocas situaciones el primer contacto es acompañado de la penetración y de la violencia física, como el uso de armas. Estos son los que a veces se denuncian ante los tribunales o salen a la luz pública. El secreto constituye una fase dentro de esta dinámica. Se manifiesta cuando la manipulación, el uso de poder, de la autoridad, del engaño, de la amenaza o de la violencia, se utilizan para que la víctima no revele lo que está sucediendo.

El tipo de relación que sostiene el agresor con la víctima, proporciona el poder derivado de la autoridad que el perpetrador necesita. Esta posición permite al ofensor la modificación de los valores y percepciones de la víctima para inducir los propios. En el momento de la manipulación, el agresor le dice a la víctima "hago esto porque te amo", "eres especial", "te adoro", "todos los padres lo hacen", "lo hago porque está en la Biblia", y así enumeran cantidad de argumentos que manipulan los valores de la víctima (Russell, 1986; Cover, 1995; Batres, 1995).

Según Lammoglia (1999), el comportamiento del agresor sexual suele suceder de la forma más común y lo plantea como el siguiente patrón de conducta:

- El agresor se pasea, inocentemente, desnudo por la casa.
- El agresor se quita la ropa delante de la víctima, generalmente cuando están solos.
- El agresor expone sus genitales para que la víctima los vea y llame su atención hacia ellos. Puede pedir al menos que los toque.
- El agresor vigila a la víctima cuando ésta se desviste, se baña, orina o defeca.
- El agresor besa a la víctima en forma prolongada e íntima, acaricia los senos, el abdomen, la zona genital, el interior de los muslos y puede pedirle que lo acaricie a él.

- El agresor se masturba frente a la víctima, masturba a la víctima o hace que se masturbe, o bien se masturban entre sí.
- El agresor introduce el dedo u objeto en la vagina o en el ano de la víctima.
- El agresor introduce su pene en la vagina o en el ano de la víctima.
- El agresor tiene a la víctima hábilmente amenazada para que no diga nada.

9. Secuelas del abuso sexual

A continuación se presenta un cuadro de Gioconda Batres (2002), con relación a las dinámicas traumáticas del incesto y abuso sexual, en donde se puede apreciar el daño psicológico causado por el abuso sexual y cómo se manifiesta este daño en la conducta del sobreviviente abusado.

	Sexualización Traumática	Estigmatización	Impotencia	Traición
Daño psicológico que produce	<ul style="list-style-type: none"> • Negatividad, rechazo a la actividad sexual. • Confusión en las normas y el amor. • Gran atención a aspectos sexuales 	<ul style="list-style-type: none"> • Culpa • Vergüenza • Pobre concepto de sí misma. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad y tensión. • Sensación de ineficacia • Miedo constante. • Identificación con el agresor. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor y depresión. • Dependencia extrema. • Daño en la confianza. • Enojo.
¿Cómo se manifiesta en la conducta?	<ul style="list-style-type: none"> • Prostitución • Recuerdos negativos • Dificultad para orgasmo (adulterio). • Conducta compulsiva, precoz, agresiva, promiscua. 	<ul style="list-style-type: none"> • Automutilación • Suicidio • Aislamiento • Abuso de alcohol y drogas. • Conducta antisocial. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conductas fóbicas. • Trastornos del sueño. • Enfermedades somáticas. • Desorden alimenticio. • Problemas escolares. • Posibilidad de abusar, agresividad y conducta ilícita 	<ul style="list-style-type: none"> • Involucramiento en relaciones en donde se les arremete. • Miedo a relaciones íntimas que crean problemas de pareja a futuro.

Fuente: Batres, 1995

Asimismo, Briere (1998), citado por Batres (1997), señala los siguientes síntomas como los más presentes en el abuso sexual:

- Insomnio temprano
- Sueño liviano
- Pesadillas
- Insomnio terminal
- Pérdida de peso
- Sentirse aislada de otros
- Soledad
- Poco deseo sexual
- Tristeza
- Memorias y recuerdos
- Desconectarse
- Dolores de cabeza
- Problemas gástricos
- Llanto incontrolable
- Ataque de ansiedad
- Problema con el control de temperamento
- Problema de intimidad con otras personas
- Mareos
- Desmayos
- Deseo de hacerse daño físico
- Deseo de hacerle daño físico a otras personas
- Problemas sexuales
- Sobreactividad sexual
- Miedo a los hombres
- Miedo a las mujeres
- Lavarse en forma innecesaria o inadecuada
- Sentimientos de inferioridad

- Sentimientos de culpa
- Sentimientos de que las cosas son irreales
- Problemas de la memoria
- Sentimientos de no estar siempre en el cuerpo
- Sentimiento de tensión todo el tiempo
- Problemas para respirar

Los problemas de sueño comprenden:

- No sentirse descansada en la mañana
- Levantarse en medio de la noche

Los sexuales:

- No sentirse satisfecha con su vida sexual
- Tener sexo sin disfrutarlo
- Tener sentimientos y pensamientos negativos durante el sexo
- Confusión acerca de los sentimientos sexuales
- Sentimientos sexuales cuando no debería tenerlos

10. Reacción de familiares ante un abuso sexual

Durante la revelación, cuando las víctimas denuncian o es descubierto el secreto sea por sospechas, daños físicos observables, infecciones o embarazos, la víctima corre el mayor de los peligros (Herman, 1992). Esto se debe a que el ofensor cambia su papel de seductor aliado al de violador cruel, para convertirse en el peor enemigo de la víctima.

Con relación a las madres de las víctimas, existe la creencia de que reaccionan protegiendo al ofensor. Batres (1997), al respecto, menciona que es cierto que algunas de ellas responden con mecanismo de negación y con conductas caóticas, sin embargo, con base en su experiencia, Batres, afirma que un grupo significativo

de madres protegen y les creen a sus hijos. Menciona también, que la culpabilidad dirigida a las madres minimiza las responsabilidades que deben recaer sobre los perpetradores, en su mayoría, hombres.

De acuerdo con Batres (2002), las madres sobrevivientes de incesto han sido ignoradas y culpabilizadas por los actos abusivos de los esposos, sobre todo en los casos de incesto. Muchas teorías proponen la culpa de la madre. Una es que se identifica con la hija y en forma fantasiosa satisface su deseo infantil incestuoso por su padre, otra es que la madre coloca a la hija en sustitución de ella. Por lo tanto, en el tratamiento del incesto, las madres suelen ser culpabilizadas y sus necesidades obviadas en forma explícita. Muchas madres fueron ellas mismas víctimas de abuso sexual de niñas, por lo tanto son sobrevivientes.

Según Byerly, citado por Batres (2002), las reacciones más frecuentes de las madres después de la revelación del abuso sexual e incesto son las siguientes:

- **Estupor:** inhabilidad para sentir emoción alguna, tanto emocional como físicamente (estado de shock)
- **Alejamiento:** sensación de sentirse separada de la gente y los eventos.
- **Incredulidad:** cuestionarse a sí misma y a otras personas si es real ¿cómo es posible que sucediera?
- **Negación:** resistencia a la información y a la evidencia para protegerse del dolor.
- **Culpa:** se culpa por no saber del abuso.
- **Dolor y traición:** sentimientos de haber sido herida y traicionada. El secreto y las mentiras que rodean al abuso son especialmente difíciles de enfrentar.

- **Sentimientos de inadecuación sexual:** sentir que esto ocurrió por no ser atractiva.
- **Celos:** de acuerdo al Diccionario Enciclopédico Ilustrado (1954), los celos son una reacción íntima que promueve la rivalidad o envidia.
- **Minimizar:** decirse que no es tan serio, que puede superarlo, que su hija no está dañada y que puede olvidar.
- **Venganza:** es una reacción típica, hay maneras productivas de usar este sentimiento (denuncia).
- **Angustia financiera:** pueden aparecer severos temores en el plano financiero (dependencia económica).
- **Deseo de protegerlo:** esto se agudiza cuando el agresor manifiesta arrepentimiento.
- **Odio:** reacción típica, prolonga el enojo.
- **Repulsión:** experimentar reacciones físicas a esta emoción, tal como náuseas.
- **Confusión y duda:** ¿qué es lo que se tiene que hacer?, ¿a quién voy a contar?, ¿cómo lo enfrento?
- **Ira:** puede ser generalizada o con alguien en especial.

11. Sobrevivientes de abuso sexual

En el Manual para Sobrevivientes de Incesto, Batres (2002), incluyó algunos conceptos del daño causado por el abuso e incesto en el desarrollo personal. Según esta autora, el abuso e incesto afecta los principios básicos del desarrollo humano y se dañan las necesidades humanas siguientes:

- **El amor:** las víctimas, al ser objeto de abuso, son dañadas en esta necesidad. Con frecuencia, la persecución del amor se convierte en una búsqueda frenética durante toda la vida.
- **Validación:** se refiere al apoyo y reforzamiento dado a los sentimientos de las víctimas, a sus percepciones, sus ideas, su propio ser, su derecho a ser quienes son. Al negarles esta validación del abuso, la víctima aprende que sus necesidades son de muy poca importancia, se sienten desvalorizados e incluso sienten que podrían morir.
- **Dominio:** en su crecimiento normal, las víctimas desarrollan un sentido de dominio y control cuando actúan sobre el exterior y en éste algo cambia. Esto ocurre cuando solicitan que algo no continúe y la situación se detiene. Las víctimas aprenden que no tienen poder; no importa lo que hagan, no se les escucha, el abuso sigue. Ellas exteriorizan una ausencia de control sobre sus vidas.
- **Aceptación:** los seres humanos deben ser amados sólo por ser, por existir, esperan ser queridos aunque no sean perfectos. Las víctimas introyectan que no son amadas por sí mismas sino porque sirven a otras personas.
- **Amor no posesivo:** las víctimas merecen ser queridas libremente, no como una propiedad. En el abuso sexual e incesto, las víctimas son una posesión, internalizan que amor y deudas son sinónimos.

- **Ego e integridad corporal:** las víctimas en su desarrollo normal deben conocer dónde terminan ellas física y psicológicamente y dónde empiezan otras personas. Son enseñadas a establecer límites. El abuso sexual e incesto destruye este aprendizaje. Las víctimas no existen como entes separados pues son consideradas como propiedades sujetas a toda clase de violencia.

12. Trastorno de estrés post traumático

Según el DSM-IV-TR (2001), y el CIE-10 (1992), se define estrés post traumático como un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, donde el individuo se ve envuelto en hechos que representa un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física. El individuo es testigo de un acontecimiento donde se producen muertes, heridos o existe una amenaza para la vida de otra persona; o bien el individuo conoce a través de un familiar o cualquier otra persona cercana, acontecimientos que implican muertes inesperadas o violentas, daño serio o peligro de muerte.

Este trastorno consta de tres fases:

- -El organismo se activa fisiológicamente, es decir, su homeostasis se altera, lo que produce una gran descarga de adrenalina a través del sistema.
- -De resistencia, el organismo lucha por recuperar su equilibrio a través del eje hipotálamo-suprarrenal.
- -De agotamiento, se da cuando fracasan los esfuerzos para restablecer el equilibrio corporal y es cuando aparecen las secuelas como el infarto, hipertensión arterial, úlcera, asma, etc.

La respuesta del sujeto a estos acontecimientos que puedan desarrollar trastorno de estrés post traumático (TEPT), son las siguientes: la guerra, la agresión sexual, agresión física, atracos, robo de propiedades, secuestro, ser tomado como rehén, torturas, desastres naturales o provocados por el hombre, accidentes automovilísticos graves o diagnóstico de enfermedades potencialmente mortales; también se incluyen los acontecimientos traumáticos experimentados por los demás, y que al ser transmitidos al individuo pueden producir en él un trastorno de estrés post traumático (TEPT).

Según el DSM-IV, (APA 1994), el trastorno de estrés post traumático (TETP), puede presentarse a cualquier edad. Es más prevalente en adultos jóvenes, debido a la naturaleza de las situaciones precipitantes. Los niños también pueden presentar trastorno de estrés post traumático (TEPT). El trastorno tiende a ocurrir en sujetos solteros, divorciados, viudos, con minusvalía económica o abandonada socialmente.

No todas las personas experimentan trastorno de estrés post traumático (TETP), después del evento traumático. Aunque el estresor es necesario para hacer diagnóstico, no es suficiente para producir el trastorno. El terapeuta, debe tener en cuenta los factores biológicos y psicosociales preexistentes y los eventos ocurridos después del trauma.

DSM-III (American Psychiatric Association, 1980), distinguió dos subtipos de trastorno de estrés post traumático (TETP): agudo, los síntomas comienzan en el transcurso de los seis meses posteriores al trauma, con una duración que no excede de los seis meses y, crónico o de inicio demorado, los síntomas se manifiestan con posterioridad a los seis meses de ocurrido el hecho, y pueden perdurar seis meses o más.

Por otro lado, el DSM-IV (APA 1994) y el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2001), modificaron esta clasificación presentando tres subtipos:

- Agudo: si la duración de los síntomas es menor de tres meses.
- Crónico: si la duración de los síntomas tiene tres meses o más.
- De inicio demorado: si el inicio de los síntomas se manifiesta con posteridad a los seis meses de ocurrido el hecho.

12.1 Características del trastorno estrés post traumático

Las características principales del trastorno de estrés post traumático (TEPT), son la reexperiencia dolorosa del evento, un patrón de evitación, embotamiento emocional, y una constante hipervigilancia. El trastorno de estrés post traumático (TPET), puede desarrollarse hasta meses o años después del evento. El examen mental revela sentimientos de culpa, rechazo y humillación. El paciente también puede presentar estados disociativos y ataques de pánico. Puede haber ilusiones y alucinaciones. El examen cognitivo puede mostrar compromisos de la memoria y de la atención, según el DSM-IV, (APA1994).

Según el DSM-IV-TR (2002), los síntomas que caracterizan el trastorno por estrés post traumático son los siguientes:

- Dificultades para conciliar o mantener el sueño
- Irritabilidad o ataques de ira
- Dificultades para concentrarse
- Hipervigilancia
- Respuestas exageradas de sobresalto

Otras características del trastorno de estrés post traumático (TPET):

- Reexperimentación persistente del hecho traumático en forma de pesadillas o *flashbacks*.

- Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y malestar intenso si no pueden evitarlos.
- Embotamiento de la reactividad general: amnesia, deterioro cognitivo y desapego.
- Aumento de síntomas físicos relacionados con la ansiedad
- Transformación persistente de la personalidad caracterizada por:
 - a) Actitud permanente de desconfianza u hostilidad hacia el mundo.
 - b) Aislamiento social
 - c) Sentimientos de vacío y desesperanza
 - d) Sentimientos permanentes de “estar al límite”, como si se estuviera permanentemente amenazado
 - e) Vivencia de extrañeza de sí mismo

Herman (1992), plantea un esquema que incluye en forma sustantiva lo planteado en el DSM-IV y agrega con mayor claridad el vínculo traumático que la víctima establece con el ofensor y lo describe de la manera siguiente:

- Antecedentes de haber estado sometidas a un control totalitario por un periodo prolongado (de meses a años). Incluye rehenes, prisioneros de guerra, sobrevivientes de campos de concentración, sobrevivientes de algunos cultos religiosos. Personas sujetas a sistemas totalitarios en la vida sexual y familiar, tales como sobrevivientes de violencia doméstica, del abuso infantil físico y la explotación sexual organizada.
- Alteraciones en la regulación del afecto
 - Disforia persistente
 - Preocupaciones suicidas crónicas

- Autodenigración (causarse daño físico a sí misma)
- Enojo explosivo o extremadamente inhibido
- Sexualidad compulsiva o extremadamente inhibida

- Alteraciones de la conciencia
 - Amnesia o hipernesia para los eventos traumáticos
 - Episodios disociativos transitorios
 - Despersonalización/irrealización
 - Experiencias revividas, ya sea en la forma intrusiva del estrés post traumático o en la forma de preocupaciones constantes.

- Alteraciones en la autopercepción
 - Sentimientos de invalidez o parálisis de la iniciativa
 - Vergüenza, culpa y reproches
 - Sentido de deshonra o estigmatización
 - Sentimiento de ser completamente diferente a los otros (puede incluir sentido de especialidad, total soledad, creer que nadie puede entender lo que le sucede o identidad no humana).

- Alteraciones en la percepción que tiene del ofensor
 - Preocupaciones de la relación con el ofensor (vergüenza)
 - Atribuciones no realistas del poder del ofensor
 - Idealización o gratitud paradójica
 - Sentido de relación especial o sobrenatural
 - Aceptación del sistema de valores o de racionalizaciones del ofensor

- Alteraciones en las relaciones con otros
 - Aislamiento y retiro
 - Interrupción de relaciones íntimas
 - Búsqueda repetitiva de un liberador/salvador (puede alternar con aislamiento/retiro)
 - Falta de confianza persistente en otras

-Fracasos repetitivos en la autoprotección

- Alteraciones en el sentido pertenencia

-Pérdida de la fe

-Sentido de desesperanza y desesperación

12.2 Consecuencias del trastorno de estrés post traumático

Según APA (1995), el individuo que sufre trastorno por estrés post traumático, pierde significativamente el interés por participar en actividades que antes le parecían gratas, se aleja de los demás, pierde la capacidad de expresar sus sentimientos y experimenta desesperanza respecto al futuro. Finalmente, se puede sintetizar que las mujeres maltratadas física y sexualmente tienen dificultad para salir de la problemática de agresión y abuso, ya que las consecuencias perjudican su integridad y personalidad, convirtiéndose en un estresor, y éste se convierte en trastorno de estrés post traumático, el cual altera el comportamiento de la persona abusada.

Por lo que los antecedentes, como la teoría anteriormente expuesta, demuestran la importancia de realizar un estudio sobre las manifestaciones de estrés post traumático en mujeres víctimas de maltrato físico y abuso sexual.

12.3 ¿Cómo prevenir el trastorno de estrés post traumático?

Mascareñas (2006), en su artículo "Trastornos psicológicos en niños abusados sexualmente" concluye: que las personas que están cerca de un niño víctima de un abuso sexual deben de atenderlo médicamente. Para evitar el trastorno de estrés postraumático es necesario:

a) Prevenir la violencia, no puede ser parte del ejemplo que los padres le den a sus hijos, la violencia no puede entrar a los hogares y, por lo tanto, se debe vigilar para que al menor asomo de la misma, ésta sea rechazada y afrontada en forma directa para que no tenga repercusiones.

b) Estrechar los vínculos y la comunicación entre padres e hijos, porque tristemente muchas veces es ésta situación de soledad que viven los niños o esta falta de acercamiento entre los padres y los hijos, la que lleva a terceros a abusar sexualmente de ellos, sin que los padres noten o tengan la menor idea de lo que está sucediendo.

c) Se recomienda la comunicación, la vinculación estrecha entre los padres y los hijos, porque los padres son los mejores protectores de los hijos, de otra forma, si no existe este acercamiento, se está exponiendo la vida de ellos a familiares, a personas cercanas a la familia, y que utilizan la agresión, la violación o el abuso sexual con los niños.

d) Las personas que están cerca de una persona que ha sido víctima de un abuso sexual, debe buscar ayuda profesional médica, porque hoy en día se sabe que los nuevos tratamientos que existen sobre la evolución de la enfermedad son bastante alentadores.

e) Es importante acudir a los médicos que tienen conocimiento de este tipo de trastornos, buscar consejeros familiares que son sensibles a esta problemática y acercarse a los profesionales que los puedan ayudar. Desgraciadamente las vidas de muchas personas quedaron completa o parcialmente desechas porque no se atendió a tiempo esta problemática.

13. Síndrome de acomodo al abuso sexual infantil

Las sobrevivientes de abuso sexual reaccionan de formas a veces impredecibles, vistas desde afuera, este síndrome es de gran ayuda para explicar conductas no solamente a los familiares y terapeutas sino a los juzgados. Suelen no tener la información psicológica que les permita entender las reacciones de las sobrevivientes, analizadas a veces únicamente desde la lógica propia de la administración de la justicia. Muchos autores han descrito sobre conductas y respuestas que las sobrevivientes desarrollan frente al abuso sexual e incesto. Pueden resaltarse las siguientes cinco categorías:

- El Secreto
 - La impotencia
 - Atramiento y acomodo
 - Divulgación retrasada conflictiva y no convincente
 - Retratación
-
- **El secreto:** es impuesto por la manipulación, amenaza, violencia o “en nombre del amor” que es la coerción más dañina que acompaña la violencia.
 - **La impotencia:** se refiere a sentimientos de indefensión, vulnerabilidad y soledad aprendidos por la víctima en una fase en la cual amor es igual a coerción y explotación.
 - **El atrapamiento y acomodo:** se refiere a ese aprendizaje doloroso de la víctima de ser atrapada, traicionada y no ser escuchada. La víctima para soportar esta situación amenazante suele disociarse, e invierte el proceso, elige ser la mala y se comporta como tal, sobre todo, en la adolescencia se acomoda o elige otra forma, se convierte en niña madura y “normal”.
 - **Divulgación retrasada, conflictiva y no convincente:** se refiere a una serie de formas de revelar el abuso. Algunas sobrevivientes, divulgan el secreto cuando

de niñas después de una charla sobre prevención en la escuela, se proyectan al relatar la historia de una amiga que a su vez, lo cuenta a su madre o maestra. En la adolescencia la revelación es hecha con más claridad desde el enojo y la connotación sexual de la victimización.

- **Retractación:** si la familia no apoya o la justicia le agrade de distintas formas, hay una buena probabilidad de que la víctima se retracte. Las sobrevivientes de abuso sexual pueden mentir, pero no para decir que el abuso sexual nunca pasó, difícilmente mentirán para decir lo contrario. “Por ello la necesidad de la justicia, es adecuar los procedimientos de entrevista a los sobrevivientes, sacar al abusador de la sala de juicio y acortar los procesos, además de preparar psicológicamente a las/los sobrevivientes y a su familia”. Batres (1997).

En conclusión, se puede señalar que el abuso sexual consiste en la acción que lleva a cabo un adulto para su propia finalidad y satisfacción, tomando al niño/a como objeto, incluyendo en todos los casos el uso de la coacción de un modo implícito o explícito. El abuso sexual en la infancia intrafamiliar, no es un hecho particular que corresponde a un determinado grupo familiar, sino que se trata de un hecho que tiene correspondencia con el contexto ideológico cultural que engloba las dinámicas familiares. Resultando tan común en determinados grupos sociales que para muchas niñas/niños es parte “normal” de su crecimiento. Sin embargo, en otros contextos culturales el abuso sexual es conceptualizado como un crimen que comete un adulto con un infante, el cual provocará determinantes y profundas huellas en la vida del menor que de una u otra forma las presentará como secuelas en lo personal, familiar y social.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Considerando que la niñez es importante, puesto que es en ella en quien depositamos expectativas con respecto a cambios significativos en nuestra sociedad, paradójicamente este es un grupo que resulta encontrarse en alto riesgo por ser vulnerable ante todo tipo de abuso y maltrato. Lo anterior, se verifica en reportes como el del V Simposium de Maltrato Infantil del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (2002), que indica que en Guatemala del 1 de enero al 31 de diciembre del 2001 se recibieron un total de 7,835 denuncias de las cuales 748 fueron de abuso sexual en niños y niñas, provocados en gran parte por los mismos padres. El registro refleja que el maltrato constituye la violación más frecuente de los derechos de la niñez, ya que este tipo de maltrato puede repetirse de generación en generación. El abuso sexual ocurre cuando niños, niñas o jóvenes dependientes sin la madurez física y emocional del adulto, son implicados en actividades sexuales que no comprenden plenamente y para los cuales son incapaces de dar su consentimiento.

El Estado, en primer lugar, es responsable de velar porque esa situación no se dé, protegiendo a todos los menores a través de programas de prevención, que incluyan la orientación sexual a los padres, tutores, adoptantes, educandos o responsables de los menores, a los propios niños y niñas, a la familia y a la comunidad, garantizando su desarrollo integral – artículos 1º. y 2do. de la Constitución Política de la República de Guatemala – y a la sociedad le corresponde educarse, educar a sus semejantes, cumplir y velar por que se cumplan las leyes y normas contra el abuso sexual a los menores de edad. Sin embargo, el Estado no ha logrado cumplir con su responsabilidad al tratarse de una situación o problemática multifactorial.

Las secuelas del daño del abuso sexual, pueden estar presentes en cada etapa de la vida de la persona abusada, causándole daños severos en el desarrollo de su personalidad y, por lo tanto, afectando a la sociedad en su conjunto.

Actualmente en Guatemala, no existe suficiente información y formas de divulgación para las familias sobre el tema del abuso sexual, que les instruya cómo prevenirlo y cómo buscar ayuda adecuada cuando ya el abuso ha sido perpetrado.

La inquietud para realizar la presente investigación, es que cada día el número es mayor de niños y niñas abusados sexualmente y que a este hecho (delito), no se les aplica a los responsables las sanciones penales que corresponde, y a los efectos de las secuelas emocionales resultantes en el niño, niña o joven abusado, no se les atiende como se amerita.

Por lo anterior, al hacer un análisis de la información obtenida sobre el tema del abuso sexual y de las secuelas que manifiesta una persona adulta sobreviviente de abuso sexual, se plantea la pregunta de investigación siguiente: ¿Cuáles son las secuelas personales, familiares y sociales en una joven de veinte años sobreviviente de abuso sexual por su padrastro en la adolescencia?

2.1 Objetivo general

Estudiar las secuelas personales, familiares y sociales que manifiesta una mujer sobreviviente de abuso sexual por su padrastro en la adolescencia.

2.2 Objetivos específicos

- Estudiar las secuelas personales que deja el abuso sexual por parte del padrastro en la vida de una joven de veinte años.
- Estudiar las secuelas familiares que deja el abuso sexual por parte del padrastro en la vida de una joven de veinte años.

- Estudiar las secuelas sociales que deja el abuso sexual por parte del padrastro en la vida de una joven de veinte años.

2.3 Variables de estudio

Abuso sexual

Secuelas

2.4 Definición conceptual

- **Abuso sexual**

Según Berliner y Elliott (1996), el abuso sexual infantil es cualquier actividad sexual con un niño en la que se emplee la fuerza o la amenaza de utilizarla, con independencia de la edad de los participantes, en cualquier contacto sexual entre un adulto y un niño, con independencia de que haya engaño o de que el niño comprenda la naturaleza sexual de la actividad.

- **Secuelas**

La secuela, en un concepto teórico (daño estable, definitivo e irreversible) determina o puede determinar, por una parte, un trastorno intrínseco, exteriorizado o no, y; por otra parte, tomar un alcance funcional: dolor, déficit funcional genérico -gestos de la vida ordinaria- o limitaciones más concretas, de alcance profesional; por lo tanto, la realidad lesional en sus efectos residuales en modo alguno ha de quedar cercenada. (Rodríguez, 2002).

2.5 Definición operacional

- **Abuso sexual**

Inicialmente la sujeto de estudio fue referida por el abuso sexual experimentado, el cual se determinó de acuerdo al contenido de sus respuestas proporcionadas en la entrevista semiestructurada y el Cuestionario de Depresión de Beck.

- **Secuelas**

Las secuelas en la paciente originadas por el abuso sexual, se identificaron de acuerdo a las respuestas proporcionadas por la sobreviviente a través de una entrevista semiestructurada que contiene factores que da la institución *King County Rape Relief*, como características para identificar en Estados Unidos a una persona que ha sido víctima de abuso sexual y que en la matriz descriptiva se clasificaron en secuelas conductuales, familiares y sociales.

2.6 Alcances y límites

- **Alcances**

La presente investigación estuvo orientada a identificar y analizar en la sujeto de estudio, aquellas secuelas personales, familiares y sociales, que la estén afectando como consecuencia del abuso sexual, para brindarle una tratamiento psicológico adecuado, y brindar claridad en cuanto a los aspectos en los cuales se deberá trabajar a nivel clínico.

- **Límites**

Por ser un caso único en estudio, los resultados de este trabajo no pueden ser generalizados a toda la población sobreviviente o víctimas de abuso sexual, así como realizar un análisis comparativo con otro adulto que haya sufrido abuso sexual en la adolescencia, pero que sí fueron tratados a profundidad con la sujeto de estudio.

2.7 Aportes

A través de este trabajo, se obtuvo una visión más clara de las necesidades personales, emocionales y sociales de la sujeto en estudio, sobreviviente de abuso sexual, permitiendo a los psiquiatras, psicólogos, maestros y estudiantes de psicología, interesados en conocer el sentir y las secuelas presentes en ella, de las posibles actitudes conductuales y rasgos de personalidad, para planificar tratamientos que beneficien a pacientes en situaciones similares.

Asimismo, hacer conciencia a los guatemaltecos y a instituciones involucradas con el bienestar infantil, de los efectos y consecuencias que conllevan el abuso sexual, para crear programas adecuados y apoyar a las sobrevivientes, invirtiendo esfuerzos y recursos, para que se prevenga a los menores en peligro de ser víctimas de abuso sexual, así como enfatizar la necesidad e importancia de abordar el tema del abuso sexual a nivel familiar y social, para ofrecer al menor un tratamiento inmediato y efectivo dándole de esta forma prevención a conflictos emocionales más fuertes.

III. MÉTODO

3.1 Sujetos

El tipo de muestreo dentro de la investigación cualitativa, fue un muestreo por conveniencia o intencional (Patton,1990), ya que para la realización de la presente investigación, se solicitó la referencia de un caso específicamente que contara con las características de ser sobreviviente de abuso sexual en la adolescencia.

3.2 Resumen del informe final

Datos generales:

Edad: 20 años

Nacionalidad: guatemalteca

Estado civil: soltera

Escolaridad: tercero básico

Religión: católica

Nivel socioeconómico: bajo

Residencia: ciudad capital

Historia del problema actual:

Fecha de inicio y duración del problema: se refiere que el problema dio inicio en la infancia, a partir de los nueve años de edad.

Factores precipitantes: mala relación con la madre, sus hermanos, abuso por parte del padrastro.

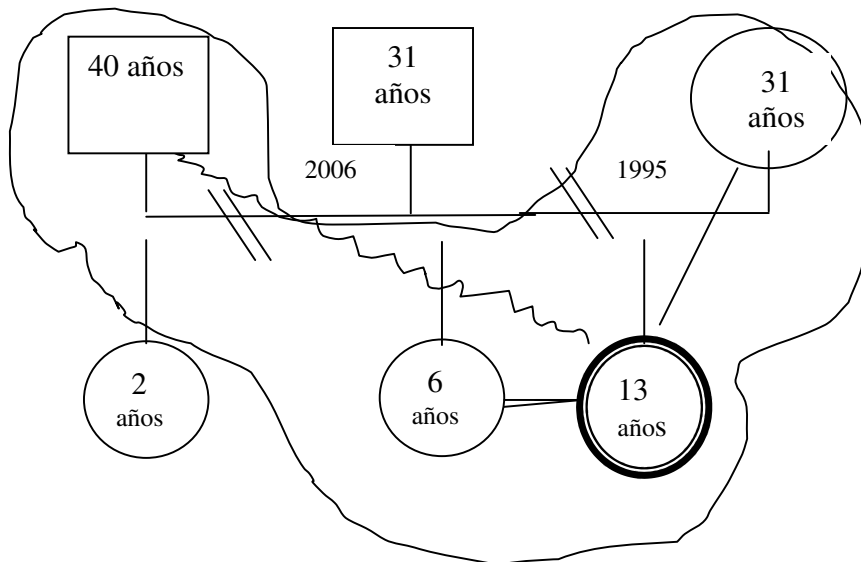
Impacto del trastorno: sentimientos de agresividad, rebeldía y cólera.

Historia clínica:

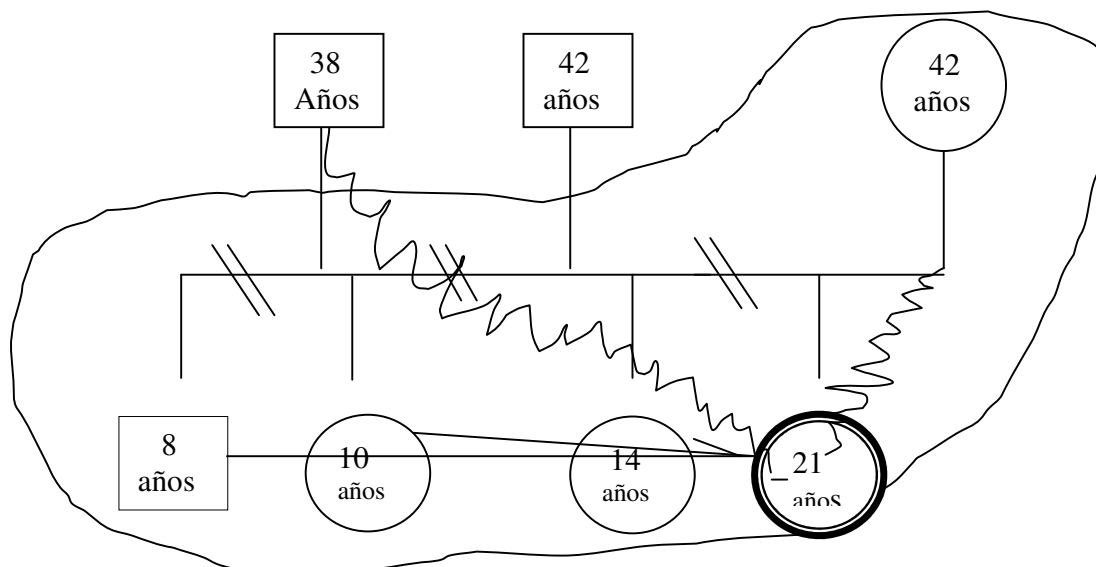
- La sujeto de estudio, es la mayor de cuatro hijos, ella y su hermana son hijas de padre y madre, los dos menores un niño y una niña son hermanos sólo de madre. La madre se divorció de su primer esposo, y se llevó a vivir con ella a sus dos hijas, desde su separación , no han mantenido ninguna relación a la fecha. La madre ha realizado trabajos temporales por estar al cuidado de sus hijos. Luego de su separación, conoció al padre de sus dos hijos menores, con quien se unió de hecho, al principio tenían una buena relación familiar. Sin embargo, después de algún tiempo, él tomaba y fumaba en exceso y se tornaba agresivo, algunas veces llegó a golpearla, por lo que posteriormente lo abandonó. La madre trabajaba los fines de semana con su hermano en una disco rodante y tenía que viajar al interior del país, por lo que dejaba a sus hijos bajo la tutela del esposo, fue cuando éste abusó de la sujeto en estudio, quien le habló a la madre del abuso después de siete años.
- La sujeto de estudio no pudo continuar con sus estudios por falta de recursos económicos, llegando a cursar el segundo grado básico,
- En cuanto a su salud, no ha sufrido de ninguna enfermedad crónica.
- De acuerdo al examen mental, la paciente está ubicada en tiempo y espacio, habla adecuadamente y se puede concluir que no cuenta con antecedentes de desórdenes mentales, ni dificultades en el aprendizaje, mantiene un estado de alerta en actividades que realiza en su entorno, no existe incapacidad física, el cuidado personal es adecuado, así como su vestimenta y lenguaje.

A continuación se presentan el genograma en la adolescencia, y el genograma actual de la sujeto de estudio.

Genograma en su adolescencia:



Genograma en la actualidad:



3.3 Instrumentos

Para la investigación se utilizaron como fuente de información los instrumentos siguientes:

- **Cuestionario de depresión de Beck**

El cuestionario de depresión de Beck, actualmente se utiliza en la investigación clínica de la depresión, para medir el nivel verdadero de la misma en el día que es aplicado. Proporciona una medición clínica de síntomas depresivos, suministrando el diagnóstico de depresión siguiente: ausente o mínimo, leve, moderada y grave. Consta de 21 items de elección múltiple. Las escalas o factores que evalúa son: Tristeza, pesimismo, sentimiento de fracaso, insatisfacción, culpabilidad, expectativa de daño, aversión hacia uno mismo, auto acusación, ideas de suicidio, episodios de llanto, irritabilidad, aislamiento social, indecisión, cambios en la imagen corporal, enlentecimiento psicomotor, insomnio, fatiga, pérdida de apetito, pérdida de peso, preocupación somática y pérdida de la libido. Su aplicación es individual.

- **Entrevista individual**

En este caso, se realizó una entrevista individual que fue revisada y validada por la Licda. Karina Ortiz; Licda. Mirna Ordóñez y el Lic. Guillermo Téllez, contemplando el expertise en investigación, tema y experiencia. Dicho instrumento está conformado por treinta y cinco preguntas, seleccionadas a fin de recaudar información de la paciente, con el objeto de saber qué áreas fueron afectadas en su vida, e identificar las secuelas que existen a la fecha de esa experiencia. Para su elaboración se tomaron en cuenta los indicadores siguientes:

- **Conductuales:** Item 4,7,8,9,10,18,19,21,29,31,32
- **Familiares:** Item 1,2,3,13, 20,22,23,24,25,26,27,28,34
- **Sociales:** Item 5,6,11,12,14,15,16,17,30,33,35

3.4 Procedimiento

1. Se eligió el tema y sujeto de estudio.
2. Se establecieron los elementos del tema que se querían relacionar.
3. Se realizó un acopio de información a través de conocer y recopilar estudios e investigaciones sobre el tema y marcos teóricos que permitieran sustentar ideas y aclarar términos.
4. Se planteó el problema con sus elementos de estudio, así como los objetivos que se pretenden alcanzar con el mismo.
5. Se determinó la metodología de investigación a utilizar en el estudio.
6. Se solicitó consentimiento de la paciente para participar en la investigación.
7. Se aplicaron la prueba y la entrevista semiestructurada.
8. Se procedió a la interpretación de la prueba y al análisis de las respuestas dadas en la entrevista semiestructurada, para obtener datos de las secuelas de abuso sexual en la vida de la sujeto.
9. Se prosiguió a realizar el informe de investigación.
10. La discusión fue realizada en base a los resultados arrojados en la prueba y entrevista semiestructurada.
11. Se elaboraron las conclusiones que contienen las principales ideas alcanzadas en este estudio y las recomendaciones con algunos consejos para quienes están interesados en el tema investigado.

3.5 Tipo de investigación

Dada la naturaleza y complejidad del tema de estudio, se seleccionó la historia de vida dentro de la modalidad de investigación cualitativa. La historia-de-vida es aquella que el sujeto de la misma narra a otra persona, presente física y actualmente como interlocutor, con el objeto de describir y cualificar, desde una realidad percibida e integrada en la personalidad, mundo y vida de la sujeto motivo de estudio. Esto, para fines de investigación, exige que la narración sea grabada y

luego transcrita, procesos que presentan sus propios problemas y comportan sus propias técnicas.

Por investigación cualitativa, se entiende los estudios que proporcionan una descripción verbal o explicación del fenómeno estudiado, su esencia, naturaleza, comportamiento, en contraste con la exposición ofrecida en la investigación cuantitativa, que es reflejada por medio de cifras. Asumir una perspectiva de tipo cualitativo comporta un esfuerzo de comprensión, entendido éste como la captación a través de la interpretación y el diálogo, del sentido de lo que el otro o los otros quieren decir con sus palabras o sus silencios, con sus acciones o con su inmovilidad.

IV. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El objetivo de esta investigación fue el de describir las secuelas personales, familiares y sociales en una joven de veinte años, que fue abusada sexualmente por su padrastro a la edad de diez años, terminando a los trece. Para lo cual, se realizó una entrevista semiestructurada individual y, se aplicó el cuestionario de depresión de Beck .

La sujeto de estudio en esta investigación fue víctima de abuso sexual por un miembro de la familia. Las probabilidades de que un niño o niña sea abusado sexualmente por un pariente cercano, se confirma con las investigaciones de Quezada (2005), quien refiere que los familiares de niños y niñas víctimas de abuso sexual en su mayoría, mantienen una relación de unión de hecho, aunque las relaciones en algunos casos son inestables por falta de comunicación, pérdida de valores e irresponsabilidad. Asimismo, Mian, Marton y LeBaron (1996), concluyeron que con la información recabada en su estudio de un grupo de abusos intrafamiliares, el perpetrador había sido una figura paterna en el 55% de los casos; este porcentaje se distribuía entre el 74% correspondiente al padre biológico, un 7% de casos en los que el autor fue el padrastro y un 19% atribuibles a un compañero sentimental de la madre.

La joven sobreviviente de abuso sexual presentó durante el periodo de abuso, síntomas significativos como miedo, inhibición, baja autoestima, ansiedad, inseguridad y trastornos del sueño, estos hallazgos coinciden con estudios realizados por Cordón y González (1992). De igual manera, Chafin, Wherry y Dykman (1997), concluyeron que las sobrevivientes de abuso sexual presentan baja estima por sí mismos, tendencia autodestructiva, ansiedad, depresión, problemas sociales, problemas psicóticos y agresión. Lara (2004), confirma con los resultados de su investigación que las personas abusadas sexualmente, sufren de riesgo de suicidio.

Las consecuencias que la sujeto de estudio presentó a causa del abuso sexual, fueron significativamente evidentes y afectaron el desarrollo esperado en una niña de trece años, tornándola en una persona desconfiada, con pocas relaciones interpersonales y sin atracción por el sexo opuesto. Lo anterior, concuerda con Slabens, citado por Howard (1998), que manifiesta que los niños o niñas que han sufrido abuso sexual pueden evitar el contacto físico con otro; se muestran temerosos de sus padres o de otro adulto. Indica que los niños abusados sexualmente, presentan daños emocionales debido a que pueden destruirse a sí mismos, ser apáticos y depresivos, apartados, mostrar atraso académico inexplicable, ser ansiosos etc.

Asimismo, se confirma lo expuesto por Binder (1981), quien asevera que las sobrevivientes de abuso sexual suelen temer ser perseguidas y que poseen mucha culpa y vergüenza con relación a la violación, por lo que esto podría apoyar el hecho de que se mantengan solitarias y con poco contacto social.

La sujeto de investigación sufrió una experiencia traumática que le causó daños psicológicos que afectaron su nivel académico, autoestima y relaciones sociales, por lo que la madre la sometió a terapia psicológica como requisito de la institución que llevó el caso en lo legal para demandar al abusador. Esta información concuerda con Arroyo (1998), que dice que tanto en niñas como en niños, la experiencia traumática del incesto o del abuso sexual, deja serias consecuencia psicológicas que pueden aparecer en el futuro. Las sobrevivientes de abuso sexual al alcanzar la edad adulta y aún anteriormente, presentan una serie de síntomas y signos desadaptativos e incapacitantes que son indicadores de la necesidad de una terapia psicológica.

El abuso sexual es un problema social que surge como una forma de maltrato a la niñez, tal como lo describe Grillo, M. (2001), quien refiere que algunos niños y niñas son víctimas de abuso sexual, cuyas edades oscilan entre la primera infancia y el

inicio de la adolescencia y que provienen de todos los grupos étnicos y culturales, clases económicas y sociales, áreas urbanas y rurales, con capacidades físicas muy variadas; siendo víctimas en distintas maneras, desde un hecho aislado de abuso deshonesto, hasta el hecho de ser sometidos a relaciones de abuso y explotación sexual intra o extrafamiliar.

Es importante mencionar que cualquier grupo social y nivel económico está en peligro de agresión; en contraposición a lo expuesto por Ajuriaguerra (1993), el grado de culpabilidad que sufre la víctima es independiente de la educación y del medio familiar al que pertenece; la diferencia la hace la facilidad para ocultar la agresión y el temor al contarla. Esto está presente en los menores de clase media y grupo familiar integrado; mientras que las personas de condición económica baja, donde la mayoría de los casos presenta desintegración familiar, se tornan abiertos a buscar ayuda con personas adultas de su confianza.

Cohen (1996a, 1996b), afirma, como resultado de un estudio con niñas entre siete y doce años de edad, víctimas de abusos sexuales, informaron que después de seis y doce meses después del abuso, era más probable que las niñas abusadas se sintieran diferentes de sus iguales, se percibieran con una escasa credibilidad para los demás, tuvieran poca confianza en los otros, se mostraran más depresivos y con problemas de autoestima. Por otro lado, la ruptura de la familia o verse involucrado en un proceso legal correlaciona positivamente con el sentimiento de frustración, desesperanza e inseguridad.

V. CONCLUSIONES

- Se verificó que en los menores abusados sexualmente, es típica la baja autoestima, el sentimiento de soledad y la falta de motivación para vivir las situaciones que corresponden a su edad; y los trastornos del sueño están presentes asociados a despertar, sobresaltos a media noche, pesadillas, sueño ligero y preocupaciones que no los dejan dormir.
- La tendencia autodestructiva es característica significativa en el niño abusado sexualmente, incluso piensan en el suicidio.
- El rendimiento escolar y el aprendizaje, se ven afectados por la dificultad de concentrarse para realizar actividades que requieren atención.
- Las víctimas de abuso sexual son personas que no se defienden físicamente cuando son atacadas y vuelcan esa agresividad emocional que les provoca el abuso hacia sí mismos, tornándose rebeldes y creando un ambiente hostil en la familia o con parientes cercanos.
- La negligencia o descuido por parte de los padres o encargados, en algunos casos, se resuelve mediante intervención judicial y los sobrevivientes al abuso sexual, no reciben tratamiento integral que incluya atención psicológica y social.
- Pueden haber sentimientos de culpa, depresión, tristeza, abatimiento, aislamiento, indiferencia, incapacidad de confiar en las personas, represión y coraje hacia el victimario, la familia o la sociedad.

VI. RECOMENDACIONES

- Se aconseja que las personas cercanas a cualquier menor, maestros y profesionales de la conducta, que deben estar constantemente en alerta, cuando éste presente cambios en las conductas habituales, como la autoestima, relaciones interpersonales, aprendizaje, manejo de agresión, tendencias autodestructivas, trastornos en el sueño, depresión y temor a situaciones especiales.
- Hacer énfasis al encargado del niño o niña, que después del abuso sexual, si se recurre a la psicoterapia, se puede superar esta crisis y volver a una vida sexual normal y satisfactoria; por lo que es importante hacer conciencia a la familia que rodea al menor, abusado sexual, que no debe desconfiar o tener prejuicios hacia los profesionales dispuestos a brindarles su ayuda
- Es indispensable incluir en el programa oficial de educación, la información y formación de la conducta sexual y capacitar continuamente a educadores y padres de familia, sobre la forma adecuada para tratar el problema del abuso sexual en los niños y niñas.
- Se recomienda proteger a los niños no sólo de extraños, sino también de los padres, abuelos, tíos y amigos muy cercanos a la familia, ya que existen casos en que los menores reciben mucho afecto de parte de estas personas y luego abusan de ellos.
- Es recomendable que los padres le inspiren confianza al niño para que pueda acudir a ellos para sus dudas acerca del sexo, con la seguridad de que lo atenderán y le darán explicaciones y respuestas veraces.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acuña, G. (1989). Maltrato o abuso de niños. Tesis inédita. Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala.

Ajuriaguerra, J. de (1983). Manual de Psiquiatría infantil. México: Ed. Masson.

Arroyo, V. (1998). Evaluación diagnóstica de mujeres sobrevivientes de incesto. Tesis inédita. Universidad Rafael Landívar. Guatemala.

Bakwin, H., Bakwin R. (1974). Desarrollo psicológico del niño. México: Editorial Interamericana.

Batres, G. (1986). Las mujeres y la salud mental. Revista Opinión Médica.

Batres, G. (1995). Ponencia, "Abordaje y tratamiento del incesto". Congreso Regional Norte de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría. Guatemala.

Batres, G. (1997). Del ultraje a la esperanza. San José, Costa Rica. 1ª. ed. Ed. ILANUD

Batres, G. (2002). Violencia de género, Derechos Humanos e Intervención Policial. Guatemala. Costa Rica. ILANUD.

Berliner, L. y Elliott, D.M. (1996). Sexual abuse of children. London: Sage Publications.

Besharov, D. (1990) Recognizing child abuse: A guide for the concerned. New York: Free Press

Binder, R. (1981). Why women don't report assault. Journal of Clinical Psychiatry. Vol 42 (11) 437-438

Briere, J. (1988) Long-term clinical correlates of childhood sexual victimization. Annals of the New York Academy of Sciences. 5288: 327-334.

Cantón, J. y Cortés, M. (2000). Guía para la evaluación del abuso sexual infantil. Editorial Pirámide, Madrid.

Caulborn Farrel, K (1993) Child sexual abuse: intervention and treatment issues Estados Unidos: US Department of Health and Human Services

Central Catequista Salesiana (1988). Educación sexual México: Editorial Salesiana

Cordón, S. y González, L. (1992). Actitudes conductuales y rasgos de personalidad que presentan los menores que han sido víctimas de abuso sexual, Tesis inédita. Universidad Rafael Landívar. Guatemala.

Cover, J. (1995). Healing the incest wound Washington: Norton and Company.

Cuellar, R. Y Samayoa, J. (1998) Sociedad Española para la Integración de la Psicoterapia (En Red). Disponible en <http://www.arrakis.es/dmusti/seip/psicoter.htm>.

Chaffin, M., Wherry, J.N. y Dykman, R. (1997). School age children's coping with sexual abuse: Abuse stresses and symptoms associated with four coping strategies. Child Abuse and Neglect, 21, 227-240.

Domínguez, L. (2001). Importancia de la participación del trabajador social en equipos interdisciplinarios para el tratamiento social de niños maltratados y su familia. Tesis inédita. Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala.

Diccionario enciclopédico ilustrado de la lengua española (1954). Barcelona, España: Editorial Ramón Sopena, S.A.

DSM III American Psychiatric Association (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3a. Ed.) Washington, DC : APA

DSM-IV American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4a. Ed.) Washington, DC: APA

DSM-IV-TR American Psychiatric Association (2001). Diagnostic and statistical Manual of mental disorders (4a. Ed.) Rev Washington, DC: APA

Fay (1980) Terapia de abuso sexual, Barcelona: Gedisa. Autor: M. Durrant

Feiring, C., Taska, L.S. y Lewis, M. (1998a). The role of shame and attributional style in children's and adolescents. adaptation to sexual abuse. Child Maltreatment, 3, 129-142.

Ferguson, T.J. y Stegge, H. (1995). Emotional states and traits in children: The case of guilt and shame. En J.P. Tangney y K.D. Fisher (Eds.), Self-conscious emotions: Shame, guilt, embarrassment, and pride. New York: Guilford.

Garavito, M. (1998). Denuncia legal del maltrato infantil. Guatemala. 1ª edición. Editorial PAMI.

Grillo, M. (2001). La intervención del abuso sexual infantil desde el sistema penal. Costa Rica. Editorial Procal.

Gutiérrez, M. Y Cevallos, S. (1996). Detección de casos de maltrato a la niñez. Manual. Guatemala.

Herman, J. (1992). Ofensores sexuales: Una perspectiva femenina en manual de abuso sexual, teorías y tratamiento de ofensores New Cork: Plenum Press

Howard, C. (1998). Maltrato infantil atención inicial: guía para la detección y atención a niños, niñas y jóvenes víctimas de maltrato y/o abuso sexual. Guatemala Editorial PAMI.

King County Rape Relief (1979). Abuso sexual. Washington: Editorial Parenting Press.

Lammoglia, E. (1999). Abuso sexual en la infancia México DF: Editorial Grijalbo

Lara, A. (2004). Riesgo de suicidio en víctimas de abuso sexual. Tesis inédita. Universidad Rafael Landívar. Guatemala.

Mannarino, A.P. y Cohen, J.A. (1996a). Abuse-related attributions and perceptions, general attributions, and locus of control in sexually abused girls. Journal of Interpersonal Violence, 11, 162-180.

Mannarino, A.P. y Cohen, J.A. (1996b). A follow study of factors that mediate the development of psychological symptomatology in sexually abused girls. Child Maltreatment, 1, 3, 246-260.

Mascareñas, C. (2006). Disponible en : <http://www.wsperanzaparala familia.com>.

Mian, M., Marton, P. y LeBaron, D. (1996). The effects of sexual abuse on 3- to 5-year-old girls. Child Abuse and Neglect, 20, 731-745.

Moreno, A. (2006). Historias de vida e investigación. Disponible en: prof.usb.ve/miguelm/historiasdevida.html

Opciones (1998). Abuso sexual infantil. Colombia: Editorial. Amanecer

Patton, Michael Quinn (1990), Qualitative evaluations methods, Beverly Hills, California. Sage Publications.

Pinto, V. (1998). El manejo del síndrome de maltrato. Guatemala. PDH.

Pop, J. (2002). El maltrato del menor en la etnia maya q'qchi. Tesis inédita. Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala.

Quesada, A. Y Gómez, I. (2001). Atención integral del niño y niña víctimas de abuso, desde la perspectiva del sector salud. Folleto. Costa Rica Editorial Fundación Procal.

Quezada, E. (2005). Abuso sexual en la niñez y la intervención de trabajo social, Tesis inédita. Universidad Rafael Landívar. Guatemala.

Rodas, B. (2001). Maltrato y abuso sexual infantil. Guía Metodológica. Guatemala.

Russell, D. (1988). *The Incident and prevalence of intrafamiliar and extrafamiliar sexual abuse of females children*. Estados Unidos: L.E.A. Walker Ed.

Sarafino, E. Y armstrong, J. (1988) Desarrollo del niño y del adolescente México: Editorial Trillas

Tregar, T. (2001). Abuso Infantil. Folleto. Costa Rica. Editorial Fundación Procal.

Velásquez, L. (2003). Características psicosociales de familias que viven en pobreza extrema y han sufrido de abuso sexual infantil intrafamiliar y familias que no han tenido ningún caso de abuso sexual. Tesis inédita. Universidad Rafael Landívar. Guatemala.

V Simposium de Maltrato Infantil (IGSS) 2002.

A N E X O S

GUIA DE ENTREVISTA

Sujeto #1

A continuación se le presentan una serie de preguntas que no tienen ninguna dificultad. No existen respuestas buenas o malas, ni correctas o incorrectas. Conteste sinceramente lo que usted piensa, no lo que las demás personas piensan del tema. Debe por lo tanto contestar poniendo en ellas su buena voluntad. Conteste tan rápido como pueda.

1. ¿Sabe usted qué son los valores morales?

R/ Son principios que le enseñan a uno los padres desde pequeño para que uno de grande los haga.

2. ¿Qué piensa sobre los valores morales?

R/ Que uno debe de tenerlos para ser una persona de bien, responsable y educada.

3. ¿Qué valores piensa que deben implementarse en su hogar?

R/ Deben de implementarse la responsabilidad, la confianza, el respeto y la disciplina.

4. ¿Le gusta colaborar realizando alguna tarea en el hogar? ¿Qué tareas tiene a su cargo?

R/ Sí me gusta, y ayudo a mi mamá trabajando para sostener a mis hermanos y que salgan adelante. No sólo se trata de trabajar sino también de dar buenos ejemplos a mis hermanos. También ayudo a lavar mi ropa y arreglar mi cuarto.

5. ¿Suele quedarse sola en su casa?

R/ No porque trabajo de lunes a domingo, porque trabajo en una mueblería, entonces siempre estoy fuera de mi casa.

6. ¿Cuándo se quedó sola la última vez? ¿Porqué?

R/ Hace como un año creo que fue en Semana Santa, no fui a trabajar y me tuve que quedar sola porque mi mamá se fue con su primo a trabajar un evento, y sólo se llevó a mis hermanos y no me quiso llevar con ella.

7. ¿Usted cuida de su arreglo personal cuando está en casa o cuando sale?

R/ Siempre me ha gustado arreglarme, ya sea para salir o cuando me quedo en mi casa.

8. ¿Cómo han sido sus hábitos alimenticios a partir de los diez años?

R/ algunas veces como más que otras, pero depende porque cuando me siento de mal humor no como, porque me da náusea la comida, después como normal, yo siempre he comido bien.

9. ¿Ha deseado en alguna ocasión comer mucho?

R/ Algunas veces, cuando tengo algún problema y no sé qué hacer y estoy pensando y pensando qué voy hacer, entonces como más de lo normal, pero siento que me cae mal la comida .

10. ¿En el sueño, duerme usted bien o tiene algún tipo de pesadillas?

R/ A veces duermo bien, pero sí tengo pesadillas, sueño agua sucia con animales como pescados, gusanos, culebras. Una vez soñé que estaba en una piscina y el agua estaba sucia y habían pescados que al salirse del agua se volvían gusanos y me perseguían, esto me sucede como dos veces al mes, y no logro saber qué significan.

11. ¿Puede comentar alguna situación en donde haya disfrutado de la compañía de sus amigos?

R/ Lo más reciente que recuerdo es una plática que tuvimos con una muchacha con la que trabajo, ella me empezó a contar cosas que le han pasado y nos reímos hasta no poder más.

12. ¿En qué momento o situación ha desconfiado de un amigo o amiga?

R/ Tuve desconfianza de unos amigos que tiene mi prima, porque ellos nos iban a llevar a la casa, y después que nos subimos al carro yo veía que íbamos a otro lugar, a mí me dio desconfianza porque eran tres muchachos y se fueron a meter a otro lado, me dio miedo. Yo le decía a mi prima que nos bajáramos y ella me decía que no tuviera miedo que ella los conocía, pero como no me quise ir, les pedí que me dejaran en la próxima parada y me bajaron por la Universidad de San Carlos, gracias a Dios que yo llevaba dinero porque tuve que tomar tres buses.

13. ¿Cómo se siente cuando está en lugares públicos?

R/ Me siento bien, pero por otra parte no tanto, porque me dan temor algunas personas que están alrededor y se le acercan a uno, van bien vestidos pero son ladrones. Depende también del lugar a donde uno va, pero si son personas que uno conoce no tengo porqué sentirme de esa forma.

14. ¿Cómo se relaciona con personas del sexo opuesto?

R/ Me gusta platicar, tener amigos pero más que todo uno debe darse su lugar, uno debe saber hasta dónde uno puede llegar con las personas.

15. ¿Si en algún momento cree que la gente la observa y la critica, cómo se siente?

R/ Me enoja, porque si yo pienso que están hablando y murmuran de mí, me dan ganas de decirles que me lo digan en mi cara que no sean hipócritas.

16. ¿Qué hace cuando conoce gente nueva?

R/ Primero trato de platicar, no voy a estar enojada, debo de ser como soy con todas las personas, pero hay quienes no les gusta que uno sea así.

17. ¿Qué experimenta cuando alguna persona extraña se le acerca?

R/ Me da miedo, porque hay muchos peligros en la calle, y rápido uno piensa que cualquier persona que se le acerca es para hacerle daño.

18. ¿Qué hace cuando alguna persona le parece sospechosa y tiene un acercamiento con usted?

R/ Primero no demostrarle miedo y luego veo cómo me voy de allí, lejos de la persona.

19. ¿Le gustaría alejarse de alguna persona en especial que está cerca de usted? ¿Porqué?

R/ No hay ninguna persona en especial en este momento, ninguna persona.

20. ¿Cómo son sus relaciones con su familia?

R/ A veces son buenas y a veces son malas. Son buenas cuando llego a mi casa y mis hermanos están haciendo lo que tienen que hacer, sus tareas, a veces hasta bromeo y todos nos molestamos, pero cuando no es así me enoja, me molesto, porque llego cansada de trabajar y mi mamá empieza a regañar a todos y me termina regañando a mí porque dice que rápido me enoja de nada.

21. ¿Qué cree que sus familiares piensan de usted y con respecto a su estado de ánimo?
¿Está de acuerdo?

R/ Creo que piensan que siempre me mantengo contenta, me gusta molestarlos pero esto lo hago sólo con mis familiares. Ellos dicen que soy alegre y molestona; y es cierto.

22. ¿En algún momento ha deseado irse de su casa?

R/ No ahora, pero cuando vivía mi mamá con su pareja sí, porque él siempre hablaba mal de mí con mi mamá, después de que le dije que me recordaba de lo que me había hecho y él decía que no era cierto que me lo estaba inventando, desde ese momento nos llevamos mal y por todo él buscaba la forma de que mi mamá me regañara, y siempre me decía que era una prostituta.

23. ¿Se siente cómoda hablando con su familia sobre la privacidad de sus partes íntimas? ¿Porqué?

R/ Sólo con mi mamá sí siento confianza, porque mis hermanas están pequeñas y no entienden todavía si nos oyen hablar de esas cosas.

24. ¿Con qué frecuencia se mantiene cerca de usted la persona con quien tuvo la experiencia de abuso sexual?

R/ Ahora no se mantiene cerca de mí, porque está preso, cumple un año en febrero del próximo año, no se sabe cuándo sale, pero se va a tardar. Me da miedo pensar que algún día va a salir de prisión, porque él dijo que se va a vengar de todos nosotros.

25. ¿Con respecto a la persona que abusó de usted, cree que existe algún responsable de lo sucedido? ¿Porqué?

R/ No puedo echarle la culpa a nadie, el único culpable es la persona que abusó de mí.

26. ¿Se ha sentido usted responsable de lo sucedido?

R/ No, porque yo era una niña, el abuso empezó cuando tenía 9 ó 10 años y terminó cuando tenía 13, al principio no sabía lo que estaba pasando, pero después traté de alejarme de él, ya no me gustaba quedarme sola con él, siempre buscaba a mis hermanitos y él se enojaba y le ofrecía cosas para que estuviera con él, pero ella ya no quiso.

27. ¿Cuáles fueron sus sentimientos?

R/ Sentí enojo, porque no se lo podía decir a mi mamá porque yo creía que ella no me lo iba a creer, pero llegó un límite y fue cuando mi hermana a la que le llevo ocho años sí se lo dijo, entonces también yo se lo dije, hubo momentos en que me dije "pero porqué no se lo dije desde el principio, talvez esto no le hubiera pasado a mi hermana".

26. ¿Existen situaciones en que se siente muy afectada por lo sucedido? Comente.

R/ Sí, cuando veo que no tenemos ningún apoyo de padre, porque a raíz de eso mi mamá se separó de él, de su pareja, yo tenía como 17 años iba a cumplir 18, yo lo veía a él como un padre, y mi hermanito de 10 años y mi hermanita de 9 años no están con su papá, porque de

ellos él, si es su verdadero papa, de mi hermana segunda no, nosotros somos de la primera pareja de mi mamá.

27. ¿A veces se enoja, se retrae, desea desaparecer, se altera, o maneja muchas emociones?

R/ Antes era muy enojada, y todo me parecía mal, cualquier cosa me caía mal, y me iba de la casa sin avisarle a mi mamá y le contestaba mal a ella. Ahora que ese hombre ya no está con nosotros, y empecé a ir a la iglesia soy diferente. Ahora me enojo un poco cuando oigo hablar a mi mamá con mi hermana sobre lo que pasó, porque me recuerdo otra vez de todo, por ejemplo cuando tomaba terapia, también me enojaba estar hablando otra vez de lo mismo, me da cólera y me altero, porque hubiera deseado que nunca hubiera sucedido, pero no como antes, antes era peor.

28. ¿Considera que cuando una persona es abusada se enfrenta a los prejuicios de la sociedad?

R/ Sí, a veces la sociedad es muy dura para juzgar a los demás.

31. ¿Se ha llegado a sentir tan desesperada que ha pensado en acabar con su vida? Comente.

R/ Sí lo deseé, pero no matándome, sino me hubiera querido desaparecer, irme de este mundo.

32. ¿Qué piensa sobre el suicidio?

R/ Que uno no debe de pensar en suicidarse, que el único que le puede quitar la vida a uno es Dios.

33. ¿Qué salida le ve usted a su vida?

R/ Yo estoy bien ahora, quiero trabajar, para seguir ayudando a mi mamá con mis hermanos y quiero seguir estudiando, no estoy pensando en nada malo. Quiero tener salud para poder hacer lo que quiero hacer. Dios me ha cambiado en mi manera de ser porque era muy enojada, ahora soy diferente, y si El me cambió a mí, porqué no lo va hacer con las demás personas.

34. ¿Cómo cree que su familia puede manifestarle su apoyo?

R/ Colaborando cada uno con lo que nos toca hacer para que no hayan pleitos y vivir en paz.

35. ¿Cómo se ve usted de aquí en un futuro cercano?

R/ Trabajando, estudiando y ayudando a mi mamá y mis hermanos solamente.

INVENTARIO

Nombre: _____ Edad: 20 años Fecha: Nov. 18, 2006

Este cuestionario cuenta con 21 grupos de enunciados. Después de leer cuidadosamente los cuatro enunciados correspondientes a cada grupo, circule el número (0, 1, 2 ó 3), que se encuentre junto al enunciado de cada grupo que mejor describa la manera como usted se ha sentido durante LA ÚLTIMA SEMANA, INCLUYENDO EL DÍA DE HOY. Si considera que dentro de un mismo grupo de enunciados, varios pueden aplicársele de la misma manera, circule cada uno de ellos. **Asegúrese de leer todos los enunciados de cada grupo antes de elegir una respuesta.**

- 1 0. No me siento triste.
 ① Me siento triste.
 2. Me siento triste todo el tiempo.
 3. Me siento tan triste e infeliz que no puedo soportarlo.

- 2 ① No me encuentro particularmente desanimado con respecto a mi futuro.
 1. Me siento más desanimado con respecto a mi futuro que antes.
 2. No espero que las cosas me resulten bien.
 3. Siento que mi futuro no tiene esperanza y seguirá empeorando.

- 3 ① No me siento como un fracasado.
 1. Siento que he fracasado más de lo que debería.
 2. Cuando veo mi vida hacia atrás, lo único que puedo ver son muchos fracasos.
 3. Siento que como persona soy un fracaso total.

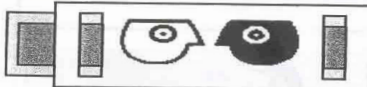
- 4 0. Obtengo tanto placer como siempre de las cosas que me gustan
 ① No disfruto tanto de las cosas como antes.
 ② Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
 ③ No puedo obtener ningún placer de las cosas que solía disfrutar.

- 5 ① No me siento particularmente culpable.
 1. Me siento culpable con respecto a muchas de las cosas que he hecho o debí de hacer.
 2. Me siento bastante culpable casi todo el tiempo.
 3. Me siento culpable todo el tiempo.

- 6 ① No siento que este siendo castigado.
 1. Siento que tal vez seré castigado.
 2. Espero ser castigado
 3. Siento que estoy siendo castigado.

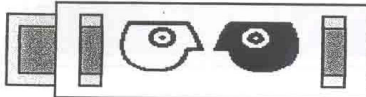
INVENTARIO

- 7 Me siento igual que siempre acerca de mí mismo.
1. He perdido confianza en mí.
2. Estoy desilusionado de mí.
3. No me agrado.
- 8 No me critico ni me culpo más de lo usual.
1. Soy más crítico de mí mismo de lo que solía ser.
2. Me critico por todas mis fallas y errores.
3. Me culpo por todo lo malo que sucede.
- 9 No tengo ningún pensamiento acerca de matarme.
1. Tengo pensamientos acerca de matarme, pero no los llevaría a cabo.
2. Me gustaría matarme.
3. Me mataría si tuviera la oportunidad.
- 10 No lloro más de lo usual.
1. Ahora lloro más que antes.
2. Ahora lloro por cualquier cosa.
 Siento ganas de llorar pero no puedo.
- 11 No me siento más inquieto o tenso que lo usual.
 Me siento más inquieto o tenso que lo usual.
2. Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta trabajo quedarme quieto.
3. Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar moviéndome o haciendo algo constantemente.
- 12 No he perdido interés en otras personas o actividades.
1. Ahora me encuentro menos interesado en otras personas o actividades que antes.
2. He perdido la mayor parte de mi interés en otras personas o actividades.
3. Me resulta difícil interesarme en cualquier cosa.
- 13 Puedo tomar decisiones casi tan bien como siempre.
1. Me resulta más difícil tomar decisiones ahora que antes.
2. Ahora tengo mucho mayor dificultad para tomar decisiones que antes.
3. Me cuesta trabajo tomar cualquier decisión.
- 14 No me siento devaluado.
1. No me siento tan valioso o útil como antes.
2. Me siento menos valioso comparado con otros.
3. Me siento francamente devaluado.



INVENTARIO

- 15 0 Tengo tanta energía como siempre.
1. Tengo menos energía de la que solía tener.
2. No tengo suficiente energía para hacer gran cosa.
3. No tengo suficiente energía para nada.
- 16 0 No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño.
- 1a. Duermo más de lo usual.
 1b. Duermo menos de lo usual.
- 2a. Duermo mucho más de lo usual.
2b. Duermo mucho menos de lo usual.
- 3a. Duermo la mayor parte del día.
3b. Me despierto 1 o 2 horas más temprano y no me puedo volver a dormir.
- 17 0 No estoy más irritable de lo usual.
1. Estoy más irritable de lo usual.
2. Estoy mucho más irritable de lo usual.
3. Estoy irritable todo el tiempo.
- 18 0 No he sentido ningún cambio en mi apetito.
- 1a. Mi apetito es menor de lo usual.
 1b. Mi apetito es mayor de lo usual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
2b. Mi apetito es mucho mayor que antes.
- 3a. No tengo nada de apetito.
3b. Tengo ganas de comer todo el tiempo.
- 19 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
 1. No puedo concentrarme tan bien como siempre.
2. Me resulta difícil concentrarme en algo durante mucho tiempo.
3. No puedo concentrarme en nada.



INVENTARIO

- 20 0. No estoy más cansado o fatigado que lo usual.
1. Me canso o fatigo más fácilmente que antes.
2. Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer las cosas que solía hacer.
3. Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayor parte de las cosas que solía hacer.
- 21 0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés en el sexo.
 1. Me encuentro menos interesado en el sexo que antes.
 2. Me encuentro mucho menos interesado en el sexo ahora.
 3. He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntuación Total: _____

