

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS EN PACIENTES
MENORES DE 14 AÑOS POR ABUSO SEXUAL**

DORLY YULIANA FUENTES MOLINA

**Tesis
Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia
Para obtener el grado de
Maestra en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia**

Marzo 2018



Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

PME.OI.018.2018

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El (la) Doctor(a): Dorly Yuliana Fuentes Molina

Registro Académico No.: 200530546

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro(a) en Ciencias Médicas con Especialidad en **Ginecología y Obstetricia**, el trabajo de TESIS **CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS EN PACIENTES MENORES DE 14 AÑOS POR ABUSO SEXUAL**

Que fue asesorado: Dr. Jesen Avishají Hernández Sí MSc.

Y revisado por: Dr. Julio César Fuentes Mérida MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para **marzo 2018**

Guatemala, 25 de enero de 2018



Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.

Director

Escuela de Estudios de Postgrado

Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.

Coordinador General

Programa de Maestrías y Especialidades



/mdvs

2ª. Avenida 12-40, Zona 1, Guatemala, Guatemala

Tels. 2251-5400 / 2251-5409

Correo Electrónico: especialidadesfacmed@gmail.com

Quetzaltenango, 02 de octubre de 2017

**Doctor
Julio Cesar Fuentes Mérida
Coordinador Específico
Escuela Estudios de Postgrado
Hospital Regional de Occidente
Presente**

Respetable Dr. Fuentes:

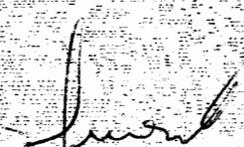
Por este medio le informo que he asesorado a fondo el informe final de Graduación que presenta la Doctora **DORLY YULIANA FUENTES MOLINA** Carne 200530546 de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia, el cual se titula: **"CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS EN PACIENTES MENORES DE 14 AÑOS POR ABUSO SEXUAL."**

Luego de la asesoría, hago constar que la Dra. Fuentes Molina, ha incluido sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la facultad de Ciencias Médicas

Agradeciendo la atención a la presente me suscribo de usted, atentamente.

EN BUSCA DE LA EXCELENCIA ACADEMICA

"Id y Enseñad a Todos"


**Dr. Jesen Avishai Hernández SÍ MSc.
Asesor de Tesis
Escuela de Estudios de Post Grado
Hospital Regional de Occidente**

Quetzaltenango, 02 de octubre de 2017

Doctor
Jesen Avishai Hernández Si
Docente Responsable
Maestría En Ginecología y Obstetricia
Hospital Regional de Occidente
Presente

Respetable Dr. Hernández:

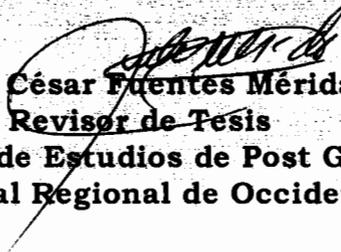
Por este medio le informo que he revisado a fondo el informe final de Graduación que presenta la Doctora **DORLY YULIANA FUENTES MOLINA** Carne 200530546 de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia, el cual se titula: **“CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS EN PACIENTES MENORES DE 14 AÑOS POR ABUSO SEXUAL.”**

Luego de la revisión, hago constar que la Dra. Fuentes Molina, ha incluido sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la facultad de Ciencias Médicas

Agradeciendo la atención a la presente me suscribo de usted, atentamente.

EN BUSCA DE LA EXCELENCIA ACADEMICA

“Id y Enseñad a Todos”


Dr. Julio César Fuentes Mérida MSc.
Revisor de Tesis
Escuela de Estudios de Post Grado
Hospital Regional de Occidente





A: Dr. Jesen Avishai Hernandez Si, MSc.
Docente responsable
Escuela de Estudios de Postgrado

De: Dr. Mynor Ivan Gudiel Morales
Unidad de Tesis Escuela de Estudios de Post-grado

Fecha de recepción del trabajo para revisión: 3 de Octubre 2017

Fecha de dictamen: 4 de Octubre de 2017

Asunto: Revisión de Informe final de:

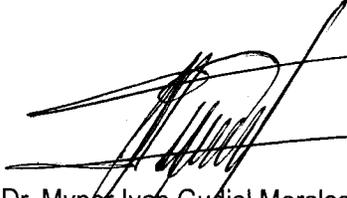
DORLY YULIANA FUENTES MOLINA

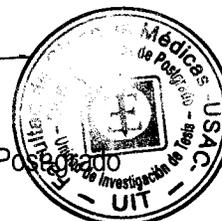
Título:

CONSECUENCIAS PSICOLOGICAS EN PACIENTES MENORES DE 14 AÑOS POR ABUSO
SEXUAL

Sugerencias de la revisión:

- Agregar recomendaciones.
- Autorizar examen privado, no es necesario presentar nuevamente el informe al realizar las sugerencias.


Dr. Mynor Ivan Gudiel Morales
Unidad de Tesis Escuela de Estudios de Postgrado



INDICE

DESCRIPCIÓN	PÁGINA
RESUMEN	III
ABSTRACT	IV
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES	3
2.1 ABUSO SEXUAL	3
2.1.1 Definición	3
2.1.2 Factores Mediadores	4
2.1.3 Consecuencias a Corto plazo	4
2.1.4 Consecuencias a Largo plazo	8
2.2 ABORDAJE CLINICO	11
2.2.1 Consecuencias Físicas	11
2.3 PRINCIPIOS GENERALES	12
2.3.1 Objetivos principales	13
2.4 PRINCIPIOS SINTETIZADOS	13
2.4.1 Protección y Bienestar del Adolescente	13
2.4.2 Principios y Derechos del Adolescente	13
2.4.3 Derecho a ser oído	14
2.4.4 Eficiencia y pruebas validas	16
2.4.5 Coordinación y protocolarización de Procedimientos	17
2.4.6 Capacitación y revisión de intervenciones y procedimientos	18
2.4.7 Recuperación física y psicológica	18
III. OBJETIVOS	20
3.1 General	20
3.2 Específicos	20
IV. MATERIAL Y METODOS	21
4.1 Tipo de Estudio	21
4.2 Universo	21
4.3 Unidades de estudio	21

4.4 Selección de unidad de estudio	21
4.5 Tamaño de la muestra	21
4.6 Criterios de inclusión	21
4.7 Criterios de exclusión	22
4.8 Instrumentos y Técnicas de recolección	22
4.9 Variables	22
4.9.1 Variable independiente	22
4.9.2 Variable Dependiente	22
4.10 Operacionalización de Variables	23
4.11 Procesamiento y Analisis de Resultados	26
V. RESULTADOS	27
VI. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS	32
6.1 Conclusiones	35
6.2 Recomendaciones	36
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37
VIII. ANEXOS	39

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
MAESTRIA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

RESUMEN

CONSECUENCIAS PSICOLOGICAS EN MENORES DE 14 AÑOS POR ABUSO SEXUAL

AUTOR: DORLY YULIANA FUENTES MOLINA

Palabras Clave: Abuso sexual, corto plazo, largo plazo, consecuencias psicológicas.

ANTECEDENTES: La OMS define el abuso sexual como: El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daño psicológico, trastornos del desarrollo o privaciones.

OBJETIVO: Describir las consecuencias psicológicas que afectan a las pacientes menores de 14 años, víctimas de Abuso sexual que recibieron atención en el Hospital Regional de Occidente.

MÉTODOS: Estudio Descriptivo-Prospectivo que tomó como muestra a las pacientes que presentaron abuso sexual durante los meses de enero a diciembre del 2015 en el Hospital Regional de Occidente.

RESULTADOS: Las pacientes que presentaron abuso sexual en el Hospital Regional de Occidente se encontró una afluencia considerable para dicho estudio sin embargo solo se tomaron en cuenta las pacientes menores de 14 años, luego de esto se estableció que la media de las pacientes en edad fue de 12.5 años y que las consecuencias psicológicas a corto plazo son las que se presentaron en un alto porcentaje.

CONCLUSION: Se determinó que las consecuencias psicológicas influyen directamente en la vida de cada paciente que tuvo algún tipo de abuso sexual, tomando en cuenta las consecuencias a corto plazo: emocionales (depresión, ansiedad, rechazo al cuerpo entre otros) sociales (déficit de habilidades, retraimiento y conductas antisociales) y sexuales (excesiva ansiedad sexual, conductas exhibicionistas, problemas de identidad sexual, conocimiento sexual precoz) siendo las más frecuentes y las consecuencias a largo plazo son sexuales y emocionales, comprobándose y analizándose con Statistical Package for de Social Sciences (SPSS).

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
MAESTRIA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

ABSTRACT

PSYCHOLOGICAL CONSEQUENCES IN CHILDREN UNDER 14 YEARS OF SEXUAL
ABUSE

AUTHOR: DORLY YULIANA FUENTES MOLINA

Keywords: Sexual violence, short term, long term, psychological consequences.

BACKGROUND: The SMO defines abuse as: The deliberate use of physical force or power, whether threatening or effective, against oneself, another person or a group or community that causes or has many Probabilities of causing injury, death, psychological damage, developmental disorders or deprivation.

OBJECTIVE: To describe psychological consequences affecting patients under the age of 14 who are victims of sexual violence receiving care at the Regional Hospital of the West.

METHODS: Descriptive-Prospective study that took as a sample the patients who presented sexual abuse during the months of January to December of 2015 in the Regional Hospital of the West.

RESULTS: When assessing the patients who presented sexual abuse in the Regional Hospital of the West during the year 2015 were a considerable influx for this study nevertheless only were taken into account the patients under 14 years, after this it was established that the average of the patients at age was 12.5 years and that the short-term psychological consequences are those that were presented in a high percentage.

CONCLUSION: It was determined that the psychological consequences directly influence the life of each patient who had some type of sexual abuse, taking into account the short-term consequences: emotional (depression, anxiety, rejection to the body among others) social (skills deficit, withdrawal and antisocial behaviors) and sexual (excessive sexual anxiety, expository behaviors, sexual identity problems, early sexual knowledge) being the most frequent and the long term consequences are sexual (phobia, sexual dissatisfaction and sexual disorders) and emotional, analyzing with Statistical Package for Social Sciences (SPSS).

I. INTRODUCCIÓN

El abuso sexual de menores se refiere a cualquier conducta sexual mantenida entre un adulto y una menor. Más que la diferencia de edad -factor, sin duda, fundamental que distorsiona toda posibilidad de relación libremente consentida, lo que define el abuso es la asimetría entre los implicados en la relación y la presencia de coacción explícita o implícita.

No deja, por ello, de ser significativo que el 20% del abuso sexual está provocado por otros menores. Las conductas abusivas, que no suelen limitarse a actos aislados, pueden incluir un contacto físico (genital, anal o bucal) o suponer una utilización de la menor como objeto de estimulación sexual del agresor (exhibicionismo o proyección de películas pornográficas)⁽¹⁾. No es fácil determinar la incidencia real de este problema en la población porque ocurre habitualmente en un entorno privado la familia y los menores pueden sentirse impotentes para revelar el abuso ^[2].

Según la primera encuesta nacional de Estados Unidos, llevada a cabo en adultos, sobre la historia de abuso sexual, un 27% de las mujeres y un 16% de los hombres reconocían retrospectivamente haber sido víctimas de abusos sexuales en la infancia ^[3]. La tasa de prevalencia de abusos sexuales graves propiamente dichos, con implicaciones clínicas para los menores afectados, es considerablemente menor (en torno al 4%-8% de la población), si bien con una mayor proximidad a la pubertad.

Por lo tanto la función del médico y psicólogo juega un papel muy sumamente importante siendo para el medico el objetivo primordial el factor humano en su comportamiento funcional, le corresponde a la medicina un lugar importante dentro de las ciencias médicas que se encuentran en las pacientes dichas secuelas.

Esta evidencia que a continuación se presentara ha despertado el interés de este estudio por conocer de manera objetiva el índice de ocurrencia, la prevalencia, las consecuencias tanto a corto como largo plazo tomando en cuenta que en un 92% las pacientes presentan secuelas psicológicas a corto plazo y sin dejar de mencionar las secuelas a largo plazo que juegan un papel importante para el bienestar de estas pacientes tanto conductuales, sociales, físicas, sexuales y emocionales, cada una de las pacientes que entraron al estudio presentan consecuencias tanto a corto como largo plazo ⁽⁵⁾.

Para realizar el estudio se pasó una encuesta a las pacientes que presentaron abuso sexual y que fueron sometidas a dicha investigación y se excluyeron a las pacientes con antecedentes de tener violencia sexual y pacientes mayores de 14 años, el cual se realizó en el Hospital regional de Occidente durante el año 2015, previo al consentimiento informado para la participación en dicho estudio.

Considerando como objetivo principal del estudio determinar las consecuencias psicológicas tanto a corto como largo plazo en pacientes menores de 14 años en el Hospital Regional de Occidente. Al evaluar a las pacientes que presentaron abuso sexual durante el año 2015 se encontró que hubo una población abundante de casos de los cuales únicamente 25 pacientes cumplieron dichos criterio de inclusión , luego de esto se estableció que la mayoría de las pacientes están en un rango de edad de 12.5 años y que presentan mas secuelas psicológicas a corto plazo lo cual se pudo comprobar mediante la prueba de datos que fueron resumidos a través de tablas de frecuencias absolutas y relativas , graficas de barras, las variables cuantitativas se resumirán con media y desviación estándar.

Por lo tanto se recomienda que a todas las adolescentes y/o padres de estas menores darles el seguimiento adecuado para una buen crecimiento Psicosocial de las menores.

II. ANTECEDENTES

2.1 ABUSO SEXUAL

2.1.1 DEFINICION

La organización Mundial de la Salud define el abuso sexual como: El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daño psicológico, trastornos del desarrollo o privaciones”⁽¹⁵⁾

En nuestra sociedad a diario se observan situaciones de violencia en todas sus manifestaciones, en el ámbito individual, familiar, social y político, que afectan tanto a hombres como a mujeres de todos los grupos étnicos. Los tipos de violencia mas reconocidos son:

Física: es la agresión por golpes, cortaduras, heridas y otras.

Sexual: cuando la persona es obligada a tener relaciones sexuales.

Psicológica: cuando la persona es agredida emocionalmente (verbal, gestos, actitudes u otros).

Patrimonial: cuando la persona es despojada de sus bienes materiales y económicos.

Abuso sexual: Se define como: todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo ⁽⁹⁾.

La coacción puede abarcar una amplia gama de grados de uso de la fuerza. Además de la fuerza física, puede entrañar la intimidación psíquica, la extorsión u otras amenazas, como la de daño físico, la de despedir a la víctima del trabajo o de impedirle obtener el trabajo que busca. También puede ocurrir cuando la persona agredida no está en condiciones de dar su consentimiento, por ejemplo, porque está ebria, bajo los efectos de un estupefaciente o dormida o es mentalmente incapaz de comprender la situación.⁽¹⁰⁾

La violencia sexual incluye la *violación*, definida como la penetración forzada físicamente o empleando otros medios de coacción, por más leves que sean, de la vulva usando un pene. El intento de realizar algunas de las acciones mencionadas se conoce como *intento de violación*. La violación de una persona llevada a cabo por dos o más agresores se denomina *violación múltiple*.

Otro tipo de penetración como la anal u oral se califica como Abusos deshonestos

Violencia sexual contra menores: Participación en una actividad sexual que no comprende totalmente, es incapaz de dar su consentimiento o que no está preparado por la edad, o viola las leyes o los tabúes sociales. Es evidenciada por la actividad entre un/a niño/a y un adulto u otro niño que por edad o desarrollo está en relación de responsabilidad, poder o la actividad tiene como objetivo satisfacer las necesidades del otro. Esto incluye prostitución y pornografía infantil. Realizada en Persona de su mismo o de diferente sexo, actos sexuales distintos al acceso carnal.⁽²⁾

2.1.2. FACTORES MEDIADORES DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL:

No todas las personas reaccionan de la misma manera frente a la experiencia de victimización, ni todas las experiencias comparten las mismas características. El impacto emocional de una agresión sexual está modulado por cuatro variables: el perfil individual de la víctima (estabilidad psicológica, edad, sexo y contexto familiar); las características del acto abusivo (frecuencia, severidad, existencia de violencia o de amenazas, cronicidad, etc.); la relación existente con el abusador; y, por último, las consecuencias asociadas al descubrimiento del abuso⁽⁴⁾.

En general, la gravedad de las secuelas está en función de la frecuencia y duración de la experiencia, así como del empleo de fuerza y de amenazas o de la existencia de una violación propiamente dicha (penetración vaginal, anal o bucal)⁽⁶⁾. De este modo, cuanto más crónico e intenso es el abuso, mayor es el desarrollo de un sentimiento de indefensión y de vulnerabilidad y más probable resulta la aparición de síntomas. Respecto a la relación de la víctima con el agresor, lo que importa no es tanto el grado de parentesco entre ambos, sino el nivel de intimidad emocional existente. De esta forma, a

mayor grado de intimidad, mayor será el impacto psicológico, que se puede agravar si la víctima no recibe apoyo de la familia o se ve obligada a abandonar el hogar. Por otro lado, en lo que se refiere a la edad del agresor, los abusos sexuales cometidos por adolescentes resultan, en general, menos traumatizantes para las víctimas que los efectuados por adultos.⁽¹²⁾

Por último, no se puede soslayar la importancia de las consecuencias derivadas de la revelación del abuso en el tipo e intensidad de los síntomas experimentados.

2.1.3 Consecuencias a corto plazo:

Al menos un 80% de las víctimas sufren consecuencias psicológicas negativas. El alcance del impacto psicológico va a depender del grado de culpabilización de la paciente por parte de los padres, así como de las estrategias de afrontamiento de que disponga la víctima. En general, las niñas tienden a presentar reacciones ansioso-depresivas; los niños, fracaso escolar y dificultades inespecíficas de socialización, así como comportamientos sexuales agresivos ⁽¹⁹⁾

Respecto a la edad, las pacientes muy pequeñas (en la etapa de preescolar), al contar con un repertorio limitado de recursos psicológicos, pueden mostrar estrategias de negación de lo ocurrido. En las pacientes un poco mayores (en la etapa escolar) son más frecuentes los sentimientos de culpa y de vergüenza ante el suceso⁽²¹⁾. El abuso sexual presenta una especial gravedad en la adolescencia porque el padre puede intentar el coito, existe un riesgo real de embarazo y la adolescente toma conciencia del alcance de la relación incestuosa. No son por ello infrecuentes en la víctima conductas como huidas de casa, consumo abusivo de alcohol y drogas, promiscuidad sexual e incluso intentos de suicidio.⁽²⁵⁾

TABLA I: Indicadores físicos, comportamentales y de tipo sexual en los menores víctimas de abuso [19].

<i>a. Indicadores físicos</i>	<i>b. Indicadores comportamentales</i>	<i>c. Indicadores en la esfera sexual</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Dolor, golpes, quemaduras o heridas en la zona genital o anal. - Cérvix o vulva hinchadas o rojas. - Semen en la boca, en los genitales o en la ropa. - Ropa interior rasgada, manchada y ensangrentada. - Enfermedades de transmisión sexual en genitales, ano, boca u ojos. - Dificultad para andar y sentarse. - Enuresis o encopresis. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pérdida de apetito. - Llantos frecuentes, sobre todo en referencia a situaciones afectivas o eróticas. - Miedo a estar sola, a los hombres o a un determinado miembro de la familia. - Rechazo al padre o a la madre de forma repentina. - Cambios bruscos de conducta. - Resistencia a desnudarse y bañarse. - Aislamiento y rechazo de las relaciones sociales. - Problemas escolares o rechazo a la escuela. - Fantasías o conductas regresivas (chuparse el dedo, orinarse en la cama). - Tendencia al secretismo. - Agresividad, fugas o acciones delictivas. - Autolesiones o intentos de suicidio. 	<ul style="list-style-type: none"> - Rechazo de las caricias, de los besos y del contacto físico. - Conductas seductoras, especialmente en niñas - Conductas precoces o conocimientos sexuales inadecuados para su edad. - Interés exagerado por los comportamientos sexuales de los adultos. - Agresión sexual de un menor hacia otros menores. - Confusión sobre la orientación sexual.

Son probablemente los indicadores sexuales los que más están relacionados con la experiencia traumática. En todo caso, los indicadores deben valorarse de forma global y conjunta, ya que no se puede establecer una relación directa entre un solo síntoma y el abuso. De hecho, lo más útil puede ser estar pendientes de los cambios bruscos que tienen lugar en la vida del niño. ⁽⁵⁾

TABLA II: Características del abusador y de la familia en que se produce el abuso sexual [8].

<u>a. Características del abusador</u>	<u>b. Características de la familia</u>
<ul style="list-style-type: none"> - Extremadamente protector o celoso del niño. - Víctima de abuso sexual en la infancia. - Dificultades en la relación de pareja. - Aislado socialmente. - Abuso de drogas o alcohol. - Frecuentemente ausente del hogar. - Con baja autoestima o con problemas psicopatológicos 	<ul style="list-style-type: none"> - Familias monoparentales o reconstituidas. - Familias caóticas y desestructuradas. - Madre frecuentemente enferma o ausente. - Madre emocionalmente poco accesible. - Madre con un historial de abuso sexual infantil. - Problemas de hacinamiento. - Hijas mayores que asumen las responsabilidades de la familia.

La experiencia de abusos sexuales en la infancia puede determinar la capacidad para reconocer y expresar las propias emociones en la vida adulta. Así lo ha demostrado un estudio publicado en el último número de la revista *Psychotherapy and Psychosomatics*.

Esta dificultad para tomar conciencia de las propias expresiones fisiológicas o para entender el significado emocional de las mismas se conoce como alexitimia. El constructo de alexitimia fue definido hace relativamente poco tiempo, y engloba cuatro características fundamentales: a) dificultad para distinguir entre los sentimientos y las sensaciones corporales propias de la activación emocional; b) dificultad para identificar y describir los sentimientos; c) limitación de los procesos imaginativos, lo que implica ausencia de fantasías y ensueños; y d) estilo cognitivo orientado hacia lo externo y concreto.

En el estudio anteriormente mencionado, participaron 76 mujeres que habían sufrido abusos sexuales durante su infancia. Se evaluó su capacidad para expresar emociones mediante un cuestionario de alexitimia (*Bermond Vorst Alexithymia Questionnaire*, BVAQ), que permite obtener, por separado, puntuaciones en la dimensión cognitiva del constructo de alexitimia (donde se incluyen las escalas de verbalización, identificación y análisis de emociones) y en su dimensión afectiva (capacidad para fantasear y emocionarse).

Al comparar las respuestas del grupo de mujeres que habían sufrido abusos con respecto a un grupo control, se observaron diferencias significativas en las puntuaciones totales de alexitimia, de tal manera que las mujeres con una historia previa de abusos sexuales en la

infancia mostraron una baja capacidad para reconocer y expresar sus propias emociones. Además, se observó un patrón específico de respuestas en este grupo de mujeres, caracterizado por puntuaciones normales en la dimensión afectiva del constructo junto con puntuaciones altas en la dimensión cognitiva, es decir, que parece que este colectivo presenta una buena capacidad de imaginación y de expresión emocional pero serias dificultades para verbalizar, identificar y analizar sus emociones.

Si bien se necesitan más estudios para profundizar en esta cuestión, los resultados de esta investigación apoyan la idea de que los abusos sexuales en la infancia son determinantes para el desarrollo posterior de alexitimia. Así mismo, subrayan la importancia de identificar los diferentes subtipos de alexitimia en futuras investigaciones.

2.1.4 Consecuencias a largo plazo:

Los efectos a largo plazo son menos frecuentes y más difusos que las secuelas iniciales, pero pueden afectar, al menos, al 30% de las víctimas.

Los problemas más habituales son las alteraciones en la esfera sexual -disfunciones sexuales y menor capacidad de disfrute, especialmente-, la depresión y el trastorno de estrés postraumático, así como un control inadecuado de la ira (en el caso de los varones, volcada al exterior en forma de violencia; en el de las mujeres, canalizada en forma de conductas autodestructivas)⁽²¹⁾.

En otros casos, sin embargo, el impacto psicológico a largo plazo del abuso sexual puede ser pequeño (a menos que se trate de un abuso sexual grave con penetración) si la víctima no cuenta con otras adversidades adicionales, como el abandono emocional, el maltrato físico, el divorcio de los padres, una patología familiar grave. Desde el punto de vista del trauma en sí mismo, lo que predice una peor evolución a largo plazo es la presencia de sucesos traumáticos diversos en la víctima, la frecuencia y la duración de los abusos, la posible existencia de una violación y la vinculación familiar con el agresor, así como las consecuencias negativas derivadas de la revelación del abuso (por ejemplo, romperse la familia, poner en duda el testimonio del menor).⁽¹⁷⁾.

Problemas emocionales

Dentro de este apartado destacan, por su presencia en gran parte de las víctimas de abuso sexual, los trastornos depresivos y bipolares; los síntomas y trastornos de

ansiedad, destacando por su elevada frecuencia el trastorno por estrés postraumático; el trastorno límite de la personalidad; así como las conductas autodestructivas (negligencia en las obligaciones, conductas de riesgo, ausencia de autoprotección, entre otras); las conductas autolesivas; las ideas suicidas e intentos de suicidio; y la baja autoestima.

Problemas de relación

El área de las relaciones interpersonales es una de las que suele quedar más afectada, tanto inicialmente como a largo plazo, en víctimas de abuso sexual . Destaca la presencia de un mayor aislamiento y ansiedad social, menor cantidad de amigos y de interacciones sociales, así como bajos niveles de participación en actividades comunitarias. Se observa también un desajuste en las relaciones de pareja, con relaciones de pareja inestables y una evaluación negativa de las mismas, entre otras. También aparecen dificultades en la crianza de los hijos, con estilos parentales más permisivos en víctimas de abuso sexual al ser comparados con grupos control, así como un más frecuente uso del castigo físico ante conflictos con los hijos y una depreciación general del rol maternal.

Problemas de conducta y adaptación social.

Se observan mayores niveles de hostilidad en víctimas de abuso sexual que en grupos control, así como una mayor presencia de conductas antisociales y trastornos de conducta (véase Tabla 3). Kaufman y Widom (1999), por su parte, constataron, mediante un estudio longitudinal (1989-1995), el mayor riesgo de huida del hogar que presentaban las víctimas de maltrato, entre ellas, de abuso sexual , en comparación con un grupo control. A su vez, la conducta de huida del hogar, así como el haber sufrido abuso sexual , incrementaban el riesgo de delinquir y de ser arrestado por delitos diversos.

Problemas funcionales

Uno de los problemas que afecta a las funciones físicas de estas víctimas de forma más frecuente son los dolores físicos sin razón médica que los justifique. También se observan algunas cefaleas, fibromialgias y trastornos gastrointestinales, lo que implica un importante gasto para los sistemas de salud, especialmente si no se diagnostican ni tratan de forma adecuada (Walker, Unutzer, Rutter, Gelfand, Saunders, VonKorff et al., 2011). Son diversos los estudios que demuestran la frecuente presencia de trastornos de la

conducta alimentaria en víctimas de abuso sexual infantil, especialmente de bulimia nerviosa.

También se detectan trastornos de conversión, que incluyen la afectación de alguna de las funciones motoras o sensoriales de la víctima (APA, 2012); las denominadas crisis convulsivas no epilépticas, que cambian brevemente el comportamiento de una persona y parecen crisis epilépticas, si bien no son causadas por cambios eléctricos anormales en el cerebro si no por la vivencia de acontecimientos fuertemente estresantes; y el trastorno de somatización, definido como la presencia de síntomas somáticos que requieren tratamiento médico y que no pueden explicarse totalmente por la presencia de una enfermedad conocida, ni por los efectos directos de una sustancia (APA, 2012). Se ha observado, a su vez, la frecuente presencia de síntomas y trastornos disociativos en víctimas de abuso sexual, referidos a aquellas situaciones en las que existe una alteración de las funciones integradoras de la conciencia, la identidad, la memoria y la percepción del entorno (APA, 2012).

Destacan, por otro lado, los estudios sobre desórdenes ginecológicos, particularmente dolores pélvicos crónicos, así como también un inicio significativamente temprano de la menopausia en mujeres víctimas de abuso sexual. Los trastornos relacionados con el abuso de sustancias también aparecen frecuentemente en estudios sobre consecuencias del abuso sexual.

Otros trabajos han mostrado la relación existente entre la experiencia de abuso sexual y un peor estado de salud física general, tanto mediante síntomas físicos reales como según la percepción de salud subjetiva de las víctimas.⁽¹²⁾

Problemas sexuales

Browning y Lauman defienden que la sexualidad desadaptativa es la consecuencia más extendida del abuso sexual infantil, no obstante, destacan la no existencia de una relación causal entre la experiencia de abuso sexual infantil y el desarrollo de este problema, si bien el abuso sexual infantil actuaría como un importante factor de riesgo a tener en cuenta. Otros estudios también han confirmado la frecuente presencia de problemas de tipo sexual en víctimas de abuso sexual, como una sexualidad insatisfactoria y disfuncional, conductas de riesgo sexual (como el mantenimiento de relaciones sexuales

sin protección, un mayor número de parejas y una mayor presencia de enfermedades de transmisión sexual y de riesgo de VIH).(12)

Derivados de estos problemas de tipo sexual y, particularmente de las conductas sexuales promiscuas y del precoz inicio a la sexualidad que presentan estas víctimas, destaca también la prostitución y la maternidad temprana.

Revictimización:

La revictimización es una de las consecuencias del abuso sexual relacionadas con el área de la sexualidad que supone una mayor gravedad. Por revictimización se entiende la experiencia posterior de violencia física y/o sexual en víctimas de abuso sexual por agresores distintos al causante del abuso en la infancia (Maker, Kemmelmeier y Peterson, 2001). Son diversos los estudios que han mostrado el riesgo de revictimización que presentan las víctimas de abuso sexual. Las revisiones realizadas, por otro lado, destacan las enormes diferencias existentes entre los porcentajes de revictimización obtenidos por los diversos estudios, oscilando entre un 16% y un 72%, según las definiciones y las muestras utilizadas (Breitenbecher, 2012; Messman-Moore y Long, 2003; Roodmany Clum, 2012).(12)

2.2 ABORDAJE CLINICO

2.2.1. Consecuencias Físicas

Las personas que han sido objeto de asalto sexual, pueden sufrir una gama de lesiones físicas incluyendo las genitales y en casos extremos la muerte, que puede resultar del acto de violencia mismo o de actos de retribución (asesinato por razones de honor o como castigo por haber denunciado el delito) o por suicidio. Además de estar expuestas a graves riesgos, estas personas pueden sufrir:

- Embarazos no deseados
- Aborto en condiciones de riesgo
- Enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el SIDA
- Disfunciones sexuales
- Infertilidad

- Dolor pélvico y enfermedades pélvicas inflamatorias
- Infecciones del tracto urinario

Las lesiones genitales en mujeres se observan con más probabilidad en el periné posterior, los labios menores, el himen, la vagina y/o útero.⁽¹⁵⁾

2.3 Principios generales para el abordaje de adolescentes víctimas y testigos de abuso sexual

Durante mucho tiempo las víctimas de delitos fueron concebidas únicamente como objeto de prueba dentro del proceso penal. En las últimas décadas comenzó a tomarse conciencia, a nivel internacional, sobre esta situación y sobre la necesidad de incorporar una perspectiva que incluya el respeto a la dignidad de la víctima y de garantizar sus derechos dentro del proceso.

Estos elementos son especialmente relevantes en los casos de delitos contra la integridad sexual y, en particular, cuando estos han sido infligidos contra personas menores de edad. En estos casos, además de haber sufrido un daño irreparable a su integridad física, psíquica y moral por el abuso mismo, la víctima se ve expuesta a la posibilidad de padecer una victimización secundaria derivada de la relación posterior que el aparato jurídicopenal establece con ella.

En este sentido, los delitos de abuso sexual contra Adolescentes son considerados a nivel mundial delitos complejos en cuanto a su corroboración, por lo que se requiere que los estados y los sistemas judiciales contengan estructuras, procedimientos y mecanismos adecuados que faciliten la exteriorización de denuncias, optimicen las oportunidades existentes para la recolección de las pruebas y aseguren un abordaje que proteja a la víctima.⁽¹⁸⁾ .

En consonancia, durante los últimos años se registraron importantes avances normativos en materia de protección de derechos de Adolescentes víctimas y testigos de delitos contra la integridad sexual que se proponen tener en cuenta sus necesidades y las alternativas posibles para mejorar la recolección de pruebas.

2.3.1 A grandes rasgos tres objetivos principales:

1. Reducir tanto como sea posible el estrés que atraviesan los Adolescentes a lo largo del proceso, desde que realizan la primera exteriorización hasta la finalización del juicio.
2. Optimizar las oportunidades para obtener pruebas válidas, confiables y de calidad adecuada durante la investigación.
3. Mejorar la articulación y coordinación entre organismos para optimizar las prácticas de abordaje que recibe una Adolescente víctima y testigo. Así, existen ciertos principios generales que deben ser respetados y garantizados en todo sistema relacionado con la investigación de estos delitos y el abordaje y la protección de Adolescentes víctimas o testigos sobre los que existe un amplio y notable consenso a nivel internacional. ⁽²⁰⁾

2.4 Estos principios pueden ser sintetizados de la siguiente manera:

2.4.1 Protección y bienestar de la Adolescente

La protección y el bienestar de la Adolescente deben ser asumidos como el valor primordial a alcanzar a lo largo de todo el proceso. En consonancia, el trabajo y la capacitación de todos los funcionarios y operadores dentro del sistema de protección y el Poder Judicial con injerencia en la problemática deben estar orientados a minimizar el estrés experimentado por la Adolescente, a la vez que se maximizan las oportunidades de obtener pruebas válidas, confiables y de alta calidad.

2.4.2 Este principio general supone el respeto y garantía de otros principios y derechos que deben ser tenidos en cuenta durante todo el abordaje de la Adolescente:

- a. Interés superior de la adolescente: en todo momento debe tenerse primordialmente en cuenta los intereses de la Adolescente. También debe atenderse a sus opiniones y visiones dentro del proceso respetándose su dignidad, igualdad y libertad.
- b. Derecho a un trato digno: la Adolescente debe ser siempre tratada con cuidado y sensibilidad, teniendo en cuenta para cualquier tipo de intervención su situación personal, sus necesidades, su edad, grado de madurez⁽²²⁾.

c. Protección de la salud: en todos los casos se debe priorizar el cuidado, respeto y protección de la Adolescente garantizando el más alto nivel posible de salud física y psíquica y el acceso a servicios de tratamiento integral.

Evitar la revictimización: la Adolescente debe ser tratada con dignidad y respeto. Debe limitarse al mínimo toda injerencia en su vida privada y cantidad de intervenciones a la que sea expuesta, así asegurar que no se realicen intervenciones innecesarias. Para ello, es fundamental que, por un lado, se realice la video-grabación de la entrevista por una profesional específicamente capacitada asegurando que dicho video-grabación sea utilizado en las distintas instancias y etapas del proceso judicial y, por el otro, que se realice un único examen pericial físico exclusivamente en aquellos casos en que sea estrictamente necesario⁽¹⁵⁾.

Asimismo, esto supone que no se someta a la Adolescente a la atención de diversos y variados profesionales de las mismas especialidades o afines y/o se superpongan evaluaciones similares.

e. Derecho a la seguridad: se deben adoptar todas las medidas de protección necesarias para garantizar la integridad física y psíquica de la Adolescente durante y después del proceso judicial, lo que supone que se tomen medidas que tiendan a proteger a la adolescente de la revictimización, venganza, intimidación o amenazas, así como también de todo perjuicio que pueda causarle el proceso de justicia.

f. Derecho a la privacidad: toda información relativa a la participación de la Adolescente dentro del proceso debe ser protegida, asegurándose la confidencialidad y restringiendo la divulgación de cualquier información que permita su identificación o utilización para fines inapropiados.

2.4.3. Derecho a ser oído.

Es fundamental que en todo momento se garantice el derecho de la Adolescente a ser oída; su relato y sus opiniones deben ser debidamente tenidos en cuenta en todas las etapas del proceso. Este derecho además supone que se deben crear los medios adecuados para que la Adolescente pueda ser eficazmente escuchada.

a. Importancia del relato de la Adolescente víctima: las características que generalmente presentan los delitos contra la integridad sexual, de ser consumados en un ámbito privado

y sin testigos presenciales y, en muchos casos, la ausencia de evidencias o signos físicos en el cuerpo de la víctima, hacen que el relato de la Adolescente claro, preciso y basado en un recuerdo no contaminado sea, en muchas ocasiones, uno de los elementos más importantes de la investigación.⁽¹³⁾.

Esto supone la necesidad de que todos los operadores involucrados actúen con el mayor de los cuidados y acorde a protocolos estandarizados. Para ello, es fundamental que los distintos actores intervinientes desde el momento de la denuncia o develación del hecho no interroguen a la Adolescente sobre los hechos objeto de denuncia durante las distintas etapas del proceso. Se recomienda que la Adolescente relate lo sucedido por única vez durante la entrevista de declaración testimonial. Por ello, es fundamental que una profesional específicamente capacitada la lleve a cabo lo antes posible. De esta manera, evitará que la Adolescente reitere en distintas oportunidades y a diversos actores los detalles sobre los hechos denunciados durante las distintas instancias y etapas del proceso judicial, incluso el juicio oral.

De esta forma se tiende a evitar la revictimización que supondría un nuevo llamado a prestar declaración, sumado a los riesgos de deterioro del recuerdo, la posibilidad de influencias o intimidaciones externas –tanto para que se calle como para que se retracte– y a la afectación de su predisposición a volver a relatar los hechos.

Sin embargo, en caso que la Adolescente relate espontáneamente lo sucedido en cualquiera de las instancias o etapas del proceso, es indispensable que se tome registro textual de su relato, consignándose de manera entrecomillada.

b. Condiciones adecuadas: el derecho a ser oída supone la necesidad de que se garanticen las condiciones adecuadas para que la Adolescente pueda expresarse libremente, en un entorno conforme a sus necesidades, características y particularidades. En este sentido los procedimientos que se utilicen deben ser accesibles y apropiados a su edad, grado de madurez y desarrollo, adaptándolos en aquellos casos en que se trate de una Adolescente con algún tipo de condición especial, como puede ser discapacidad mental, desarrollo insuficiente del lenguaje o que requiera de un intérprete cuando no domine el español adecuadamente. La entrevista de declaración testimonial a la Adolescente debe efectuarse lo más rápido posible, preferentemente durante la primera semana posterior al suceso. Debe ser realizada por una profesional específicamente

capacitada en el trabajo con Adolescente de diversos grupos etarios, en la realización de entrevistas investigativas forenses, en los psicodinamismos del abuso sexual infantil y en cuestiones legales.

El género de la profesional a cargo es un elemento que debe ser tenido en cuenta. En caso de que la Adolescente se niegue a ser entrevistada por un profesional varón debe existir la alternativa disponible de que sea una mujer quien realice la entrevista. También debe considerarse esta posibilidad con Adolescente particularmente inhibidas. La habilidad y capacidad de empatía de la entrevistadora forense son de la mayor relevancia porque favorecen la comunicación de la Adolescente

La entrevista debe realizarse en un ambiente diseñado especialmente para este fin, procurando que la Adolescente se sienta lo más cómoda y relajada posible, sin interrupciones y en un entorno que le provea privacidad. La profesional debe procurar un trato calmo, acogedor, amable, que contemple los tiempos de la Adolescente y sus necesidades y favorezca la generación de un vínculo de confianza. Estos factores influyen de manera sustancial en la predisposición de la Adolescente a brindar testimonio.

Es fundamental que la entrevista sea grabada en video y reproducida en simultáneo mediante un equipo de circuito cerrado de televisión (CCTV) con las características adecuadas para asegurar la obtención de un registro de calidad apropiado en términos de imagen y sonido para que pueda ser luego utilizado durante las distintas etapas del proceso y así evitar la revictimización.

Es primordial que el material sea debidamente guardado para garantizar su seguridad y confidencialidad, acorde a protocolos estandarizados.

2.4.4. Asegurar la eficiencia del proceso y la obtención de pruebas válidas.

Como se mencionó anteriormente, este sistema tiene como objetivos la protección de la Adolescentes y sus derechos, garantizar su acceso a la justicia y la optimización de las oportunidades de obtención de pruebas válidas dentro del proceso. Esto supone que se respeten distintos principios:

a. Compatibilización de las garantías del imputado y los derechos de la víctima: es necesario respetar y propender a una compatibilización armónica entre las garantías constitucionales de los derechos constitucionales de la víctima dentro del proceso.

En este sentido, es imprescindible que se tomen todos los recaudos procesales y técnicos necesarios al momento de la entrevista de declaración testimonial, no solo para asegurar la protección integral de la Adolescente evitando su revictimización y el deterioro de las pruebas, sino también para garantizar el derecho de defensa del imputado.

b. Protección contra todo perjuicio que pueda causar el proceso de justicia: la Adolescente debe ser protegida contra todo perjuicio que pueda causarle el proceso de justicia. Para ello, es necesario que se tomen todas las medidas mencionadas para evitar su trato inadecuado y la revictimización de la Adolescente. Además, es preciso garantizar juicios ágiles, procurar que los actos en los que la Adolescentes deba participar se celebren sin retrasos, otorgándole preferencia o prioridad a ellos y que sean realizados puntualmente y, en la medida de lo posible, en horarios que no se interpongan con las actividades cotidianas de la Adolescentes.

Asimismo, es imprescindible que la Adolescente cuente con profesionales (abogados, especialistas en salud mental, trabajadoras sociales de servicios de asistencia a las víctimas, etc.) que soliciten las medidas necesarias para resguardar su seguridad física, le presten apoyo, asistencia legal, contención emocional y la acompañen desde el inicio del proceso de justicia, brindándole a ella y a su familia la información necesaria acerca del desarrollo del proceso.

c. Medios de ayuda para facilitar el testimonio de la Adolescente: se deben adoptar todas las medidas necesarias para garantizar que la Adolescente sean entrevistadas con flexibilidad, tacto y sensibilidad, evitando formalismos innecesarios y facilitando la comprensión de los objetivos de la entrevista, con un lenguaje sencillo adaptado a su edad y grado de madurez.

2.4.5 Coordinación entre actores y protocolarización de procedimientos.

Todos los actores involucrados y los organismos del sistema de protección infantil y el Poder Judicial deben funcionar como equipo, articulando acciones, intercambiando

información y participando en la planificación. Es necesario que exista un acuerdo entre la autoridad a cargo de la investigación (juez o fiscal) y el resto de los funcionarios u operadores actuantes (entrevistadora forense, trabajadora social, médica, etc.) en cuanto a la estrategia de investigación a llevarse a cabo. Además, es preciso que todos los procedimientos se encuentren debidamente protocolizados y estén sujetos a revisión constante.

Para garantizar la aplicación de estos procedimientos especiales de protección es indispensable un trabajo coordinado e interdisciplinario entre los múltiples organismos estatales y privados involucrados que además de trabajar en la investigación deben asegurar la protección y el bienestar de la Adolescente y su familia durante todo el proceso y aun finalizado este.

2.4.6 Capacitación de profesionales intervinientes y revisión constante de las intervenciones y procedimientos.

Es fundamental que todos los actores que intervengan en el abordaje de la Adolescente estén capacitados especialmente para la atención de Adolescentes víctimas y testigos.

Esto incluye, entre otros, a la policía, a los profesionales que realicen la asistencia inmediata, a médicos de hospital y a las entrevistadoras y forenses.

a. Monitoreo y supervisión: el procedimiento de investigación y los mecanismos de protección deben ser regularmente supervisados y revisados por el equipo a cargo con el objeto de identificar oportunidades de ajustes y mejoras. Esto es especialmente necesario en el caso de las entrevistas de declaración testimonial. Para esto, se deben utilizar entrevistas videograbadas para su análisis y discusión en conjunto.

b. Evaluación interna: Por otro lado, resulta recomendable que se efectúen encuentros periódicos interdisciplinarios en los que participen todos los actores involucrados a fin de intercambiar ideas y perspectivas que contribuyan a mejorar los procedimientos.

2.4.7 Recuperación física y psicológica

Es fundamental que se adopten todas las medidas necesarias para asegurar la recuperación física y psíquica de la Adolescente y su reinserción social, garantizando el acceso a servicios sociales y de salud, a la escolaridad así como también a servicios de asistencia y apoyo económico, jurídico y de asesoramiento. Es fundamental que los

funcionarios que trabajan en el caso involucren y coordinen con los múltiples organismos del Estado para brindar el resguardo y la asistencia psicológica, social y económica a la Adolescente y su familia acorde a las particularidades del caso.

III. OBJETIVOS

3.1 Objetivos Generales.

3.1.1 Describir las consecuencias psicológicas que afectan a las pacientes menores de 14 años, víctimas de abuso sexual que recibieron atención en el Hospital Regional de Occidente en el año 2015.

3.2 Objetivos Específicos

3.2.1 Describir las características demográficas de víctimas del abuso sexual menores de 14 años que asistieron al Hospital Regional de Occidente.

3.2.2 Determinar las consecuencias del abuso sexual tanto emocionales, sociales, conductuales, físicas y sexuales a corto plazo en pacientes menores de 14 años que asisten al Hospital Regional de Occidente.

3.2.3 Determinar las consecuencias del abuso sexual a largo plazo como emocionales, sociales, conductuales, físicas y sexuales en pacientes menores de 14 años que asisten al Hospital Regional de Occidente.

IV. MATERIAL Y METODOS

4.1 Tipo de Estudio

De acuerdo al problema y objetivos, se realizó un estudio descriptivo, transversal, prospectivo.

4.2 Universo

Pacientes menores de 14 años que hayan sido víctimas de abuso sexual y recibieron atención en el Hospital Regional de Occidente.

Muestra: Pacientes menores de 14 años que hayan sido víctimas de abuso sexual y recibieron atención en el Hospital Regional de Occidente durante enero a diciembre de 2015.

4.3 Unidades de estudio:

Pacientes con abuso sexual.

4.4 Selección de las unidades de estudio:

Por conveniencia, siendo todas las personas que estén disponibles en el tiempo que se realizó el estudio.

4.5 Tamaño de la muestra:

No se hizo un cálculo de muestra, se trabajó con una muestra de casos consecutivos (todos los casos detectados de enero a diciembre de 2015).

4.6 Criterios de inclusión:

Pacientes mujeres menores de 14 años que hayan sufrido abuso sexual

4.7 Criterios de exclusión:

Pacientes con evidencia de trastornos psicológicos y psicosociales anteriores al episodio de abuso sexual.

Pacientes con evidencia de haber sido víctimas de abuso sexual, anterior al presente evento.

4.8 Instrumentos y técnicas de recolección de datos

La técnica de recolección de datos fue el cuestionario, donde se le pide llenar una boleta de datos con la información requerida.

Para el diseño de la boleta, se tomaron en cuenta las normas y procedimientos de atención de las pacientes del Ministerio de la Salud Pública, se realizaron preguntas cerradas, y el puntaje de cada respuesta fue evaluado según el tipo de trastornos que estas pacientes presentaron.

4.9 Variables

4.9.1 Variable independiente:

4.9.1.1 Abuso sexual (sin embargo, solo se trabajó con un grupo de pacientes con abuso sexual).

4.9.2 Variable dependiente:

4.9.2.1 Secuelas psicológicas a corto plazo

4.9.2.2 Secuelas psicológicas a largo plazo

4.10 Operacionalización de variables

Nombre	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo y escala de medición
CONCECUENCIAS PSICOLOGICAS	Estabilización del daño psíquico, una discapacidad permanente que no remite con el paso del tiempo ni con un tratamiento adecuado	Si/ No	Cualitativa nominal
ABUSO SEXUAL	Acto de coacción hacia una persona con el objeto de que lleve a cabo una determinada conducta sexual	Si/ No	Cualitativa nominal
ABUSO SEXUAL A CORTO PLAZO	Efectos que son proclives a presentarse después de cualquier trauma	Si/No	Cualitativa nominal
ABUSO SEXUAL A LARGO PLAZO	Efectos que son comparativamente menos frecuentes que a corto plazo	Si/No	Cualitativa nominal
Físicas	Pesadillas y problemas de sueño, desde dormir mucho a no poder dormir.	Sí / No	Cualitativa, nominal
	Cambio de hábitos de comida, comer mucho y con ansiedad, hasta dejar de comer.	Sí / No	
	Pérdida de control de esfínteres, generalmente en niños o niñas menores de 7 años, debido a un debilitamiento del yo y sus capacidades.	Sí / No	
	Consumo de drogas y alcohol,	Sí / No	

	como un intento de olvidar el daño.		
	Fugas, ante el miedo o vergüenza.	Sí / No	
	Conductas autolesivas o suicidas, por sentirse sucias, inservibles.	Sí / No	
	Hiperactividad.	Sí / No	
	Bajada del rendimiento académico, ya que su energía está siendo utilizada para tratar de entender lo acontecido.	Sí / No	
	Miedo generalizado.	Sí / No	
	Agresividad.	Sí / No	
	Culpa y vergüenza.	Sí / No	
	Aislamiento.	Sí / No	
	Ansiedad.	Sí / No	
	Depresión, baja autoestima y sentimientos de estigmatización.	Sí / No	
	Rechazo al propio cuerpo	Sí / No	
	Conocimiento sexual precoz o inapropiado de la edad.	Sí / No	
	Masturbación compulsiva.	Sí / No	
	Exhibicionismo.	Sí / No	
	Problemas de identidad sexual.	Sí / No	
Conductuales	Podemos encontrar también déficit en habilidades sociales, retraimiento social y conductas	Sí / No	Cualitativa, nominal

	antisociales.		
Emocionales	Intento de suicidio	Sí / No	Cualitativa, nominal
	Consumo de drogas y alcohol.	Sí / No	
	Trastorno disociativo de identidad	Sí / No	
	Depresión.	Sí / No	
	Ansiedad.	Sí / No	
	Baja autoestima.	Sí / No	
	Síndrome de estrés postraumático.	Sí / No	
	Dificultad para expresar sentimientos.	Sí / No	
Sexuales	Fobias sexuales.	Sí / No	Cualitativa, nominal
	Disfunciones sexuales.	Sí / No	
	Falta de satisfacción sexual o incapacidad para el orgasmo.	Sí / No	
	Alteraciones de la motivación sexual.	Sí / No	
	Dificultad para establecer relaciones sexuales, autovalorándose como objeto sexual.	Sí / No	
Sociales	Problemas de relación interpersonal.	Sí / No	Cualitativa, nominal
	Aislamiento.	Sí / No	
	Dificultades de vinculación afectiva con los hijos.	Sí / No	
	Mayor probabilidad de sufrir revictimización, como víctima de violencia por parte de la pareja.	Sí / No	

4.11 Procesamiento y análisis de resultados

Los datos se ingresaron a una base de datos de Excel y analizados en SPSS 23.0

Los datos fueron resumidos a través de tablas de frecuencias absolutas y relativas, y gráficos de barras. Las variables cuantitativas se resumirán con media y desviación estándar.

Media: Se obtiene sumando todos los valores de una población y dividiendo el total entre el número de valores que se sumaron.

$$\text{Media} = \frac{x_1 + x_2 + \dots + x_N}{N} = \mu$$

Desviación estándar: La varianza es una medida de dispersión que describe la separación de los valores en relación con la media. La varianza poblacional se obtiene mediante la fórmula:

$$s^2 = \frac{\sum_{i=1}^N (x_i - \bar{x})^2}{n-1}$$

Cuya raíz cuadrada es la desviación estándar, expresada en las mismas unidades en las que está expresada la media

V. RESULTADOS

A continuación, se presenta el resumen de resultados de la evaluación de pacientes menores de 14 años, víctimas de abuso sexual que consultaron durante el año 2015 al Hospital Regional de Occidente.

Tabla 1.
Características de las pacientes (n = 25)

Variable	Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Edad	Media (desviación estándar)	12.5	(0.5)
Procedencia	La Esperanza	9	36.0%
	Cabricán	6	24.0%
	San Francisco el Alto	5	20.0%
	San Francisco la Unión	2	8.0%
	Quetzaltenango	2	8.0%
	Totonicapán	1	4.0%
Nivel educativo	Analfabeta	11	44.0%
	Primaria	8	32.0%
	Básicos	6	24.0%
Etnia	Indígena	17	68.0%
	Ladino	8	32.0%

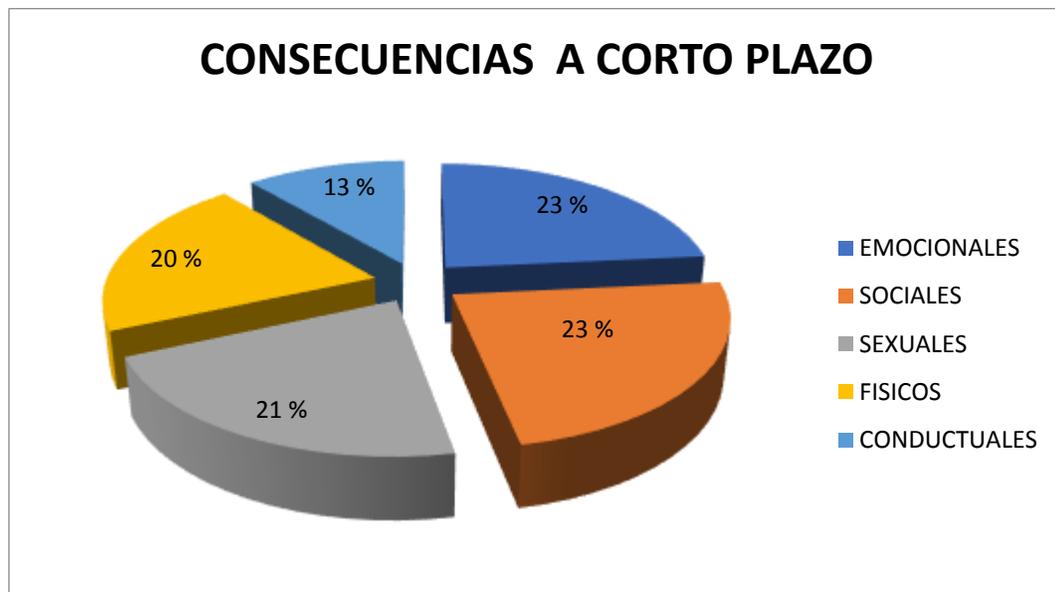
FUENTE: Boleta recolección de datos

Tabla 2.
Consecuencias a corto y largo plazo (n = 25)

Tipo de secuelas	A corto plazo		A largo plazo	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Físicos	20	80.0%	3	12.0%
Conductuales	11	44.0%	2	8.0%
Emocionales	23	92.0%	13	52.0%
Sexuales	21	84.0%	20	80.0%
Sociales	23	92.0%	2	8.0%
Total	98		40	

FUENTE: Boleta recolección de datos

Gráfica 1.



Fuente: Boleta d recolección de datos

Gráfica 2.



Fuente: Boleta de recolección de datos

Gráfica 3



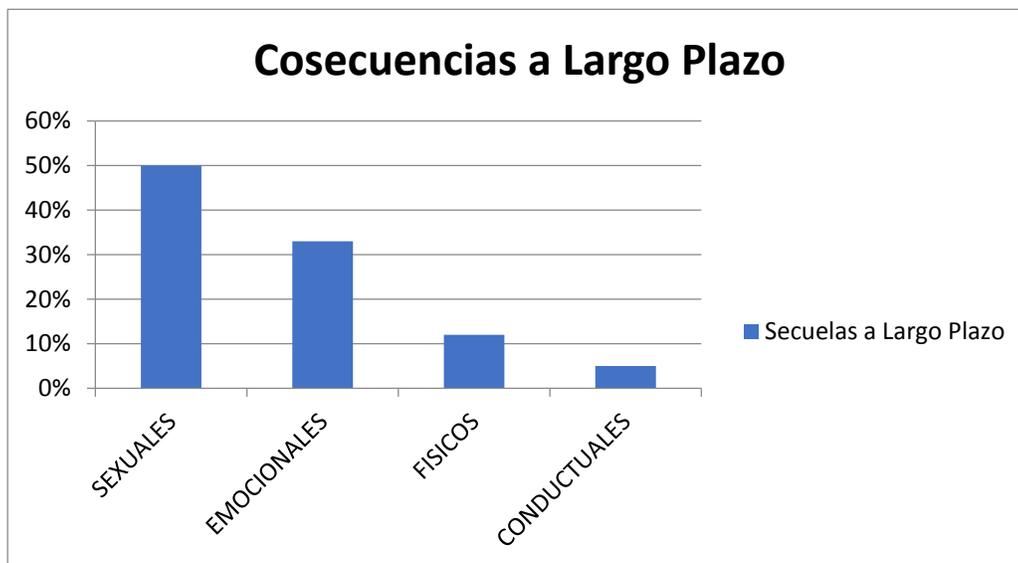
Fuente: Boleta de recolección de datos

Gráfica 4.



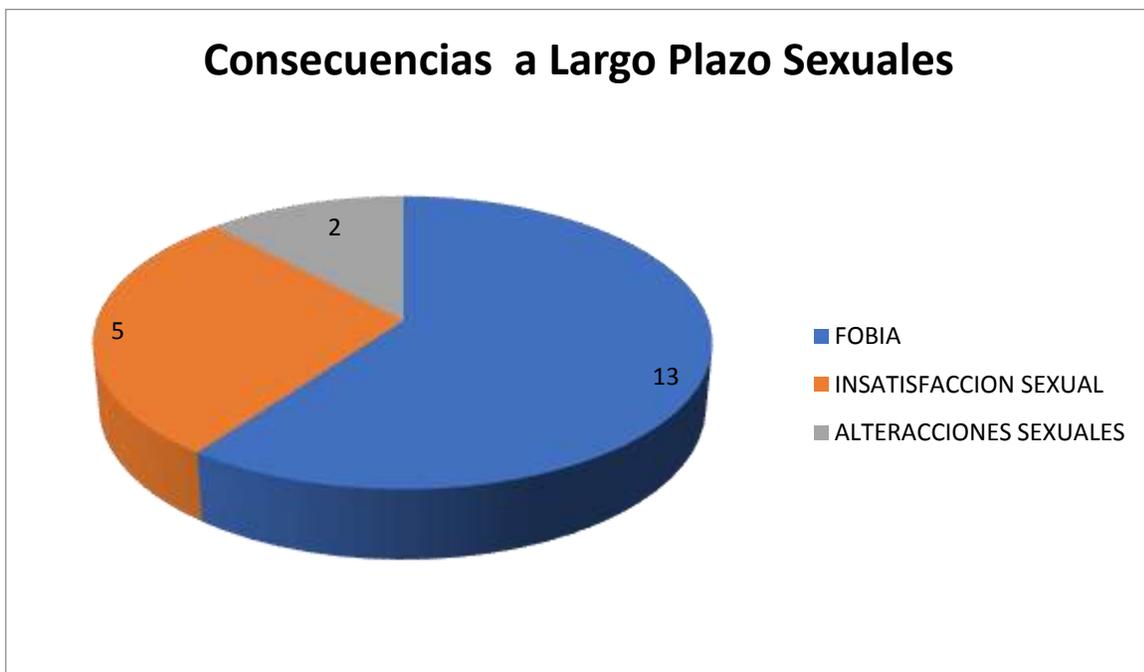
Fuente: Boleta de recolección de datos

Gráfica 5



Fuente: Boleta de recolección de datos

Gráfica 6



Fuente: Boleta de recolección de datos

VI. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

Tomando en cuenta que el objetivo principal de este estudio es describir las consecuencias psicológicas que afectan a las pacientes menores de 14 años, víctimas de abuso sexual que recibieron atención en el Hospital Regional de Occidente las cuales fueron 25, a quienes les realizaron varias interrogantes, dejando fuera de la investigación pacientes con evidencia de consecuencias psicológicas y psicosociales anteriores al episodio de abuso sexual y pacientes con evidencia de haber sido víctimas de abuso sexual, anterior al presente evento cabe añadir un problema intrínseco al estudio de este tema y es la posible inclusión de víctimas de abuso sexual no detectadas en los grupos control y que pueden provocar la minimización de las diferencias entre los grupos y, por tanto, de las consecuencias iniciales del abuso sexual. (Briere, 2002; Kinard, 2010).

Por otro lado, la frecuente inclusión de víctimas que han experimentado múltiples tipos de maltrato además del abuso sexual o la utilización de grupos de menores maltratados en los diferentes estudios, sin especificar el tipo de maltrato acontecido, son importantes sesgos en la obtención de resultados, ya que agravan las consecuencias psicológicas del abuso sexual y no permiten establecer una sintomatología diferenciada y específica para estas víctimas (Briere, 1992). Este fenómeno, denominado recientemente polivictimización (Finkelhor, Ormrod y Turner, 2007), está siendo analizado por sus importantes repercusiones en el tratamiento adecuado de las víctimas.

En un estudio llevado a cabo por Eisenberg y colegas en estudiantes de 6°, 9° y 12° grado en Estados Unidos, observaron una prevalencia de abuso sexual con consecuencias psicológicas del 4% en hombres y de 9,7% en mujeres mientras que otro estudio también realizado en dicho país mostró cifras de 2,5% y 13,5% respectivamente. En China por ejemplo, Luo y colegas reportaron una prevalencia de 4,2% antes de los 14 años de edad, por lo que se considera que dichas consecuencias psicológicas se presentan en esta edad.

En el presente estudio se establecieron las características demográficas de las pacientes que acudieron por consecuencias psicológicas con media de 12.5 años, como se puede observar y confirmar en la gráfica No. 1.

Sin embargo en el Centro de Menores del Municipio de Artemisa (Cuba). Se realizó una confirmación de dichas pacientes en una muestra de 20 pacientes abusadas sexualmente pertenecientes al municipio, para lo cual se utilizó el análisis del expediente de estas víctimas. Los resultados confirman la gravedad de los problemas que pueden presentar estas víctimas y su influencia en otras etapas del desarrollo, siendo necesario que los profesionales sean capaces de detectar esta problemática para posibilitar su intervención, tomando en cuenta que las menores son provenientes de áreas rurales.

El lugar de donde se reportaron más casos fue La Esperanza área rural de dicho departamento, el nivel educativo era con mayor frecuencia analfabeta, seguido de primaria y básicos, lo cual indica que hay una tendencia, que a medida que aumenta el nivel académico disminuyen los casos de abuso sexual. Dos terceras partes de las pacientes eran indígenas.

En la tabla 2 se compara la frecuencia con que se detectaron consecuencias a corto y largo plazo. Resultando una mayor cantidad de consecuencias a corto plazo, y una posible disminución a largo plazo. A corto plazo todas las consecuencias, excepto las emocionales y sociales se presentaron en el 92% o más de los pacientes; a largo plazo, las consecuencias sexuales eran las que predominaban, seguido de las emocionales.

En un estudio de Consecuencias Psicológicas vol. 30 del 2012, del Consejo General de colegios Oficiales de Psicólogos, Madrid España, son también relevantes los problemas de conducta, especialmente la sexualización del comportamiento del menor, pudiendo ser de gran utilidad como indicadores de una situación de abuso sexual, si bien siempre deben investigarse en profundidad otros posibles motivos que hayan podido llevar a la paciente exhibir estos comportamientos. A lo largo del ciclo vital se produce un tránsito de la sintomatología hacia formas de manifestación típicas de cada etapa evolutiva (Lameiras, 2002). De este modo, durante la infancia los principales efectos parecen ser los problemas somáticos (enuresis, encopresis, dolores de cabeza y dolores estomacales), retrasos en el desarrollo, problemas internalizantes (especialmente ansiedad y retraimiento), y especialmente, trastorno de estrés post-traumático y conducta sexualizada (por ejemplo, masturbación excesiva o en público) (Mellon, Whiteside y Friedrich, 2012). Todos los autores de revisiones (p.e., Pereda, 2009) coinciden en que el

síntoma más característico en las víctimas de este grupo de edad es la expresión de algún tipo de conducta sexualizada. Sin embargo en este estudio las consecuencias psicológicas que presentaron o manifestaron las pacientes menores de 14 en dicha investigación fueron consecuencias emocionales y sociales, tomando en cuenta que las consecuencias que se presentaron fueron las de largo plazo: sexuales y emocionales.

En otros estudios también han confirmado la frecuente presencia de problemas de tipo sexual en víctimas de abuso sexual, como una sexualidad insatisfactoria y disfuncional, conductas de riesgo sexual (como el mantenimiento de relaciones sexuales sin protección, un mayor número de parejas y una mayor presencia de enfermedades de transmisión sexual y de riesgo de VIH).

En este estudio se evidenció que las Consecuencias a Largo Plazo sexuales más presentadas son las fobias con un 65 % según se muestra en la gráfica No. 6.

Derivados de estos problemas de tipo sexual y, particularmente de las conductas sexuales promiscuas y del precoz inicio a la sexualidad que presentan estas víctimas, destaca también la prostitución y la maternidad temprana.

Este comportamiento sexual inapropiado de los preescolares objeto de abuso sexual se ha encontrado utilizando toda una variedad de instrumentos de evaluación que van desde las valoraciones realizadas por los padres, la observación de juego libre con muñecos anatómicos y la evaluación de los dibujos de figuras humanas (Cortés y Cantón, 2013).

En base a todo lo anterior podemos decir que las consecuencias psicológicas tanto a corto como largo plazo son emocionales, sociales y sexuales en las pacientes menores de 14 años que tuvieron un abuso sexual, por tal motivo se debe educar a todas las adolescentes sobre las terapias y/o tratamientos que existen hoy en día para una mejor vida de cada una de ellas.

6.1 CONCLUSIONES

6.1 Se caracterizaron los factores epidemiológicos de las pacientes que presentaron consecuencias psicológicas en el Hospital Regional de Occidente encontrando lo siguiente: el grado de escolaridad de las pacientes la mayoría eran analfabetas seguidas de educación primaria y un porcentaje bajo del nivel básico, la procedencia más frecuente fue del área Rural de La Esperanza y la etnia en la que se presentaron más consecuencias psicológicas fue la indígena con un porcentaje representativo. La edad promedio fue de 12.5 años.

6.2 Se determinó que las Consecuencias a Corto Plazo fueron de tipo emocionales siendo estas: depresión, ansiedad, rechazo al cuerpo, Sociales: déficit de habilidades, retraimiento y conductas antisociales, Sexuales: Excesiva ansiedad sexual, conductas exhibicionistas, problemas de identidad sexual y conocimiento sexual precoz.

6.3 En las consecuencias a largo plazo se determinaron las más frecuentes siendo estas: sexuales, emocionales, físicas y conductuales. Dentro de las consecuencias físicas dolores crónicos generales, problemas gastrointestinales, desórdenes alimenticios.

6.2 RECOMENDACIONES

- Realizar un protocolo de seguimiento con un enfoque psicológico logrando la participación activa de todo el personal médico y paramédico del Hospital Regional de Occidente teniendo como resultado el apoyo de las personas que en ella intervengan.
- Realizar talleres sobre el enfoque clínico de las Consecuencias Psicológicas en menores de 14 años por abuso sexual en el Hospital Regional de Occidente.

VII.BIBLIOGRAFIA

- 1 American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.2015
2. Asociación Afecto (1998) “Maltrato infantil, prevención y atención. Campaña por el buen trato” Colombia.
3. Barómetro del mes de Marzo de 2001 del Centro de Investigaciones Sociales (CIS)
4. BICE y Save the Children Canadá (2000) “Manual de capacitación para la prevención e intervención en crisis. Violencia sexual infantil”, Uruguay.
5. BOYNTON, R.W. Y OTROS (1997) “Manual de Pediatría Ambulatoria, asistencia al niño sano” 3ª Ed. , Masson.
6. BURBANO, Mª DEL MAR Y PONCE, J.A. (2001) “Aspectos Médicos Forenses en los Abusos Sexuales a Menores,” Fundación Márgenes y Vínculos.
7. Catedrático de Psicología Clínica. Facultad de Psicología de la Universidad del País Vasco.
- 8..Pereda Beltran, Noemí CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS INICIALES DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL Papeles del Psicólogo, vol. 30, núm. 2, mayo-agosto, 2009, pp. 135-144 Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos Madrid, España
- 9.. Abuso Sexual Intrafamiliar - Imaginarios Sociales del Abuso Develado.
10. Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. (2012). Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores. Barcelona. Ariel.
11. Elf-disclosure. Psychological impact. High-risk factors. Protective factors.
12. En J. Casado, J.A. Díaz y C. Martínez (Eds.) (2013). Niños maltratados. Madrid. Díaz de Santos, pp. 177-182.
13. Finkelhor, D. (2011). Victimología infantil. En J. Sanmartín (Ed.).
14. Giberti, Eva (dirección), (2015), Incesto paterno filial. Una visión multidisciplinaria.
15. Intebi, Irene (2014) Abuso sexual infantil. En las mejores familias.
16. Las secuelas de los abusos sexuales a menores de las clínicas de Barcelona.
17. López Sánchez, F. (2013)
18. Prevención de abusos sexuales a menores y educación sexual.
19. Pereda Beltran, Noemí CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS A LARGO PLAZO DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL Papeles del Psicólogo, vol. 31, núm. 2, mayo-agosto, 2010, pp. 191-201 Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos Madrid, España
20. Noguero, V. (2015). Aspectos psicológicos del abuso sexual infantil.

21. Abuso Sexual en Niños. La Opinión de los Especialistas.
22. Perrone, R. y Nannini, M. (2014),
23. Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud
24. Podestá, M. y Rovea, D. (2012) . Abuso sexual infantil intrafamiliar. Un abordaje desde el Trabajo Social.
25. Profesora Titular de Psicología Clínica. Facultad de Psicología de la Universidad del País
26. Protocolo Realiza por el departamento del Hospital Regional de Occidente.
27. Protocolo según la OMS.
28. Rochel Cabo, Sandra (2015)
29. Revictimización y Justicia - Victimización Secundaria en el abordaje de casos de Abuso Sexual Infantil en el Ambito Judicial Argentino.
30. Sanz, María Eva (2013)
31. Perfil de Abusadores Sexuales Procesados y Condenados.

32. Vázquez Mezquita, B. (2015). Agresión sexual. Evaluación y tratamiento en menores. Madrid. Siglo XXI.
33. Velázquez, S. (2013)
34. Violencia cotidianas, violencias de género.
35. Violencia contra niños. Barcelona. Ariel, pp. 149-218.
36. Volnovich, J. (comp.), (2012)Abuso sexual en la infancia.
37. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.2015

VIII. ANEXOS

Universidad San Carlos de Guatemala
Facultad de Medicina
Hospital Regional de Occidente “San Juan de Dios”
Departamento de Ginecología y Obstetricia

No. De Registro _____
Correlativo _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la Investigación:

Estudio descriptivo prospectivo sobre secuelas psicológicas de abuso sexual en pacientes menores de 14 años de enero-diciembre de 2015 en Hospital Regional de Occidente,

Objetivo de la Investigación

Conocer los trastornos psicológicos y secuelas que afectan a las pacientes por abuso sexual.

¿Que se propone en este estudio?

Analizar las consecuencias del abuso sexual a corto plazo así como identificar los factores de riesgo que afectan a las pacientes que se diagnostican por abuso sexual y orientar al personal de los servicios de salud para la atención integral física, psicológica, emocional, legal y social a Víctimas de violencia Sexual que acuden al Hospital Regional de Occidente.

Tiempo Requerido

Tiempo estimado para toma de información mediante boleta recolectora de datos: 5 minutos

Confidencialidad:

El Proceso será estrictamente confidencial. Su nombre no será utilizado en ningún informe cuando los resultados de la investigación sean publicados.

Participación Voluntaria:

La Participación es estrictamente voluntaria. La participante tendrá el derecho de retirarse de la investigación en cualquier momento, no habrá ningún tipo de sanción o represalias.

AUTORIZACION

He leído el procedimiento descrito arriba. El investigador me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el estudio de Dorly Fuentes Molina sobre: Estudio descriptivo prospectivo sobre secuelas psicológicas de abuso sexual en pacientes menores de 14 años de enero-diciembre de 2015 en Hospital Regional de Occidente. Además he recibido copia de este documento.

Firma de Paciente

Nombre: _____

Cédula o DPI: (encargado) _____

Número de Registro Clínico: _____

Fecha: _____

Teléfono: _____

Dirección de contacto: _____



**UNIVERSIDAD SAN CARLOS DE GUATEMALA
POS GRADO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
QUETZALTENANGO**

Estudio sobre pacientes menores de 14 años, víctimas de abuso sexual en el

Hospital Regional de Occidente

ENCUESTA

INICIALES _____ No. De reg. _____ Edad: _____

ORP _____ Escolaridad: _____ ETNIA _____

TIPO DE EFECTOS	SINTOMAS	SI	NO
	Principales Secuelas a Corto Plazo		
FISICOS	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas del sueño (pesadillas) • Cambios en los hábitos de comida • Pérdida de control de esfínteres 		
CONDUCTUALES	<ul style="list-style-type: none"> • Consumo de drogas o alcohol • Huidas del hogar • Conductas autolesivas o suicidas • Hiperactividad • Bajo rendimiento académico 		
EMOCIONALES	<ul style="list-style-type: none"> • Miedo generalizado • Hostilidad y agresividad • Culpa y vergüenza • Depresión • Ansiedad • Baja autoestima y sentimientos de estigmatización • Rechazo el propio cuerpo • Desconfianza y rencor hacia los adultos • Trastorno de estrés postraumático 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento sexual precoz o inapropiado para su edad 		

SEXUALES	<ul style="list-style-type: none"> • Masturbación compulsiva • Excesiva curiosidad sexual • Conductas exhibicionistas • Problemas de identidad sexual 		
SOCIALES	<ul style="list-style-type: none"> • Déficit en habilidades sociales • Retraimiento social • Conductas antisociales 		
	Principales secuelas a largo plazo		
FISICAS	<ul style="list-style-type: none"> • Dolores crónicos generales • Problemas gastrointestinales • Desordenes alimenticios (bulimia) 		
CONDUCTUALES	<ul style="list-style-type: none"> • Intentos de suicidio • Consumo de drogas • Trastorno disociativo de identidad(personalidad múltiple) 		
EMOCIONALES	<ul style="list-style-type: none"> • Depresión • Ansiedad • Baja autoestima • Desconfianza y miedo de los hombres • Dificultad para expresar o recibir sentimientos de ternura y de intimidad 		
SEXUALES	<ul style="list-style-type: none"> • Fobias o aversiones sexuales • Falta de satisfacción sexual • Alteraciones en la motivación sexual y del órgano • Creencia de ser valorado por los demás únicamente por sexo 		
SOCIALES	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas en las relaciones interpersonales • Aislamiento • Dificultades en la educación de los hijos 		

PERMISO DE AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada: **“CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS EN PACIENTES MENORES DE 14 AÑOS POR ABUSO SEXUAL”** para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.