



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA**



TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAESTRA EN SALUD PÚBLICA

Alteraciones psíquicas de los niños y adolescentes víctimas de delitos sexuales atendidos en el área de psicología y psiquiatría del Instituto de Medicina Legal sede Managua, Nicaragua del 1 de enero al 30 de junio del 2011

AUTORA:

Scarlett Cabrera Lezama MD

TUTOR:

MSc. Manuel Martínez Moreira
Docente Investigador del CIES

MANAGUA, JUNIO 2012

CONTENIDO

OPINION DEL TUTOR.....	3
AGRADECIMIENTO	4
DEDICATORIA.....	5
RESUMEN.....	6
INTRODUCCION.....	¡Error! Marcador no definido.
ANTECEDENTES	¡Error! Marcador no definido.
JUSTIFICACION	¡Error! Marcador no definido.7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	¡Error! Marcador no definido.8
OBJETIVOS	20
MARCO REFERENCIAL.....	21
DISEÑO METODOLOGICO	¡Error! Marcador no definido.
RESULTADOS.....	58
ANALISIS DE RESULTADOS	62
CONCLUSIONES.....	71
RECOMENDACIONES	72
BIBLIOGRAFIA.....	74
ANEXOS	76
ANEXO 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	77
ANEXO 2: TABLAS Y GRAFICOS DE RESULTADOS	82
ANEXO 3: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE LA INFORMACION	115

OPINION DEL TUTOR

AGRADECIMIENTO

Le doy gracias a Dios fuente de la sabiduría humana, por guiarme hasta el final de esta meta, por su guía en mi vida para la realización de este estudio tan importante en nuestra sociedad, donde vemos la creciente vertiente de este problema en el que debemos unirnos todos para erradicarlo.

Agradezco al Instituto de Medicina Legal sede Managua y en especial al doctor Edgar Salinas Jiménez Psiquiatra Forense, por haberme brindado todo el apoyo incondicional, para haber logrado cumplir con los objetivos y metas propuestas en el presente estudio realizado.

Agradezco a mi tutor Lic. Manuel Martínez Moreira Docente Investigador y demás docentes del CIES UNAN - MANAGUA, quienes con sus aportes contribuyeron a mejorar la calidad y objetividad del presente estudio.

Muy especial mi agradecimiento a mi familia, pilar esencial para la culminación de esta meta y las personas que me apoyaron en el proceso y finalización del estudio.

DEDICATORIA

“Los niños son el futuro de la humanidad”, hemos escuchado esta frase desde siempre, pero realmente somos conscientes de lo que significan esas palabras, ¿sabemos cuánto vale ese futuro?

Esta es la razón de realizar este estudio donde los protagonistas son los niños y niñas, por ello dedico esta tesis a cada uno de ellos(as) que son el futuro de nuestro país, pero para que sean un futuro bueno y socialmente productivo, debemos dedicarles nuestro presente y ese presente se dedica trabajando por ellos(as) y para ellos(as).

Para ayudar a que la niñez sea priorizada y estén siempre en el lugar más importante de la sociedad es que he realizado el presente trabajo.

Dentro de todos los niños(as), la dedico especialmente a mi hija Catherine Scarlett, por ser ella parte de mi presente y labrar desde el día que nació y cada día su futuro. Por esa niña que guía mi vida y me ha enseñado a ser mamá, por el tiempo que me ha dedicado para que yo pueda terminar mis estudios, por toda su sabiduría infantil que es más diáfana que cualquier intelectualidad y sobre todo por su infancia que quiero sea feliz para dedicársela a todos(as) aquellos(as) niños(as) a los(as) que le han sido robada la suya.

¡Gracias Señor por culminar esta nueva meta, gracias por tu guía y gracias por darme una nueva infancia a través de la de mi hija.....!

RESUMEN

En el Instituto de Medicina Legal, IML, sede Managua, los delitos sexuales son atendidos para valoración médica clínica y psiquiátrica psicológica, con el fin de determinar la presencia de lesiones físicas, emocionales y la credibilidad de la víctima. En este estudio se hace una descripción sobre las alteraciones psíquicas en los niños, niñas y adolescentes, víctimas de abuso sexual, que fueron valorados en el área de Psicología y Psiquiatría Forense del Instituto de Medicina Legal.

Se revisaron 80 expedientes medico legales, de los niños, niñas y adolescentes, víctimas de abuso sexual que llegaron a consulta a dicho Instituto. La mayoría de las víctimas son del sexo femenino, el abuso sexual se presenta en todas las edades, el tipo de agresor imputado más frecuentemente es el vecino y el padrastro del niño(a) abusado. Los tipos de agresiones más utilizadas por el agresor son la amenaza psicológica y la amenaza física. Sobre las alteraciones psíquicas en las víctimas de abuso se encontró que la sintomatología que predomina son Ansiedad (miedo, insomnio, pesadillas, renuncia a estar con el agresor y renuncia a hablar sobre los hechos); Síntomas de Depresión (Sentimiento de vacío, tristeza, desesperanza; Sentimientos de culpa, inutilidad e impotencia; están más callados, menos sociables); menos frecuentes son las alteraciones disociativas, alteraciones en el comportamiento sexual y alteraciones somáticas. Hay víctimas con tendencia al suicidio.

Las recomendaciones van dirigidas a las Instituciones del Estado, la sociedad civil y al Instituto de Medicina Legal, para adoptar medidas legislativas, sociales, administrativas y educativas para prevenir, atender y proteger el abuso sexual infantil de forma integral.

Palabras clave: Abuso sexual, víctimas, tipo de agresión, agresor, alteraciones psíquicas.

INTRODUCCION

Los delitos violentos son sucesos negativos, que pueden ser vividos de forma brusca, que generan terror e indefensión, poniendo en peligro la integridad física o psicológica de la persona y dejando a la víctima en tal situación emocional que es incapaz de afrontarla con sus recursos psicológicos habituales.

El padecimiento de un delito violento supone un ataque directo al sentimiento de seguridad de quien lo sufre, del que deriva una afectación en sus estructuras psíquicas. La agresión sexual es una forma especial de delito violento altamente estresante, que es vivenciado por la víctima con un miedo intenso a sufrir un grave daño físico o incluso la muerte, al que se añaden sensaciones de impotencia y desesperanza en cuanto a su incapacidad para escapar o evitarlo. ¹

El abuso sexual infantil no es un problema reciente. En mayor o menor medida, los malos tratos a la infancia son una constante histórica, que se produce en todas las culturas, sociedades y en cualquier estrato social. ²

Los abusos sexuales pueden ser definidos como cualquier actividad con un(a) niño(a) antes de la edad del consentimiento legal o más allá de la comprensión del niño(a) que está para la satisfacción sexual de un adulto. Estas actividades incluyen el contacto oral-genital, genital-genital, objeto-genital, genital-rectal, objeto-rectal, mano-genital, mano-rectal, o de mano-pecho; exposición de la anatomía sexual y visión forzada de la anatomía sexual; demostración de pornografía a un(a) niño(a) y usar a un(a) niño(a) en la producción de pornografía. El niño(a) puede ser una víctima del acto o realizar el acto con el adulto, viendo o tocando los órganos genitales, las nalgas, o el pecho de los(as) niños(as), en quienes no ha habido fuerza o coerción, a esto se llama juego sexual. ³

El abuso sexual infantil es considerado un problema de salud pública, en el que un(a) menor es utilizado como un objeto sexual, en la cual se mantiene una relación de desigualdad, bien sea por la edad, la madurez o el poder que ejerce el adulto o persona mayor que el niño o la niña.

En sí mismo el abuso sexual ya resulta un acto negativo y despreciable en toda su magnitud, pero además debemos pensar en las secuelas que esto deja tanto en la víctima como en su familia y la sociedad en general.

Como ejemplo de algunos comportamientos de los(as) niños(as) como consecuencia de abusos sexuales, tenemos: ansiedad, problemas del comportamiento, depresión, disociación, problemas emocionales, infección de VIH, desesperación, hostilidad, disfunción neuroendocrina, comportamiento obsesivo, ideación paranoica, bajo funcionamiento académico, embarazo en la adolescencia, comportamiento psicopático, desorden de tensión post traumático, comportamiento sexualizado, problemas somáticos, abuso de sustancia, suicidio o tentativas de suicidio.

Es así, como las repercusiones del abuso sexual alteran el comportamiento del desarrollo del niño(a), afectando su mente, su cuerpo, el entorno familiar, social, escolar, etc., teniendo consecuencias posteriores en la edad adulta aunque se desconoce exactamente cómo se va a comportar.⁴

En los meses de enero y febrero del año 2010, más de 30 casos de abuso sexual se registraron en el área de Psicología y Psiquiatría Forense del Instituto de Medicina Legal, donde la mayor atención a víctimas de esto son niños, niñas y adolescentes mujeres.

El presente estudio está dirigido a determinar las alteraciones psíquicas que presentan los(as) niños(as) y adolescentes, atendidos por abuso sexual en el área de Psicología y Psiquiatría del Instituto de Medicina Legal de Managua, Nicaragua, en el período de enero a junio del 2011.

ANTECEDENTES

A partir de 1970 comienzan los estudios sistemáticos sobre los(as) niños(as) víctimas de delitos sexuales. Merece nombrarse las investigaciones pioneras de R. Kempe y J.Kempe sobre el tema.

Los estudios e investigaciones a niños(as) han advertido el número creciente en las últimas décadas de niños(as) víctimas. Las investigaciones demostraban anteriormente que los(as) niños(as) víctimas eran atacados por extraños (delincuentes). Posteriores estudios demuestran que ha crecido el número de niños(as) agredidos por personajes conocidos, (es decir, existe una relación familiar entre la víctima y el agresor, o bien una relación social en la escuela, amigos de la familia, etc.).

La edad de las víctimas revela la patología psíquica del autor, pero también la absoluta vulnerabilidad de éstos(as). Las edades más frecuentes son niños(as) con 3, 5, 6, 8 y 10 años, en promedio 7– 9 años de edad, según algunos investigadores. “Las consecuencias del abuso sexual, son en todos los casos, de extrema gravedad: daño físico, psicológico y socio cultural”.

Según la doctora Hilda Marchiori, autora del artículo “Víctimas vulnerables: Niños(as) víctimas de abuso sexual” considera que “una de cada 4 niñas y uno de cada 10 niños han sido víctimas de algún tipo de abuso o intento de abuso sexual”.

El tipo de abuso sexual más frecuente es el contacto sexual con adultos, o bien otros(as) niños(as) que son obligados a presenciar actos sexuales de adultos o participar en filmaciones pornográficas.

Las consecuencias primero abarcaran sus actividades escolares, sus relaciones familiares, sus relaciones con otros(as) niños(as) y adultos; posteriormente incidirán en sus relaciones sexuales como adultos y en el futuro en su vida de relaciones en general. ⁵

En el estudio de la OMS (Organización Mundial de la Salud), sobre la salud de la mujer y la violencia doméstica contra la mujer (*WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women*) realizado en 10 países, en su mayoría en desarrollo, se observó que: “en las mujeres de 15 a 49 años, entre un 15% en Japón, un 70% en Etiopía y Perú referían haber sufrido violencia física o sexual perpetrada por su pareja; entre un 0.3% y un 11.5% referían haber sufrido violencia sexual perpetrada por alguien que no era su pareja; muchas mujeres refirieron que su primera experiencia sexual había sido forzada (24% en el Perú rural, 28% en Tanzania, 30% en el Bangladesh rural, 40% en Sudáfrica).”

Estudios internacionales revelan que aproximadamente un 20% de las mujeres y un 5 a 10% de los hombres refieren haber sido víctimas de violencia sexual en la infancia. ⁶

Resultados de estudios de Prevalencia de Abuso Sexual en adolescentes y adultos nos indican:

- ❖ En el año 1983, en San Francisco, California; una prevalencia de 54% en mujeres.
- ❖ En 1996, en Geneva, Switzerland, prevalencia de 20.4% en mujeres y 3.3% en hombres.
- ❖ En los Estados Unidos, en 1999, prevalencia de 15 a 32% en mujeres.

En el año 2001 fue publicado un estudio en Australia con datos estadísticos de prevalencia de 35.7 a 42.3%, también en mujeres. Luego en el 2002 en Europa fueron publicados datos de prevalencia 10 a 20% en mujeres y 3 a 10% en hombres; en Sudáfrica en el mismo año fue publicado un estudio con prevalencia del 33%.

En el año 2002, más de 88,000 niños fueron víctimas confirmadas de abuso sexual en los Estados Unidos. Dichos estudios han sugerido que cada año aproximadamente 1% de los niños sufren algún tipo de abuso sexual. La victimización sexual es del 12% al 25% en las niñas y del 8% al 10% en los niños, todos antes de los 18 años de edad.

En la siguiente lista se anotan estudios de **Incidencia de Abuso Sexual** realizado en diferentes países detallados con sus fechas de publicación: ⁷

Mujeres	hombres	Ubicación	Fecha de Publicación
07%	(tanto hombres como mujeres)	Denmark	1998
17%	04%	United States	2000
36%	1% a 15%	Europe	2002
8%	3%	Greenland	2002

El siguiente estudio indica que la primera experiencia sexual de los adolescentes a menudo es no deseada y forzada, se anota el país o zona, año y porcentaje de estos(as) adolescentes, según resultados encontrados: ⁸

Porcentaje de adolescentes que declararon haber tenido una iniciación sexual forzada, de 1993 – 1999.						
País o zona	Población estudiada	año	Muestra Grupo de edad (años)		Porcentaje que declaró haber tenido una iniciación sexual forzada	
					Mujeres	Hombres
Camerún	Bamenda	1995	646	12–25	37,3	29,9
Caribe	Nueve países	1997 -1998	15 695	10–18	47,6	31,9
Estados Unidos	Nacional	1995	2 042	15–24	9,1	—
Ghana	Tres zonas urbanas	1996	750	12–24	21,0	5,0
Mozambique	Maputo	1999	1 659	13–18	18,8	6,7
Nueva Zelandia	Dunedin	1993–1994	935	Cohorte de nacimiento	7,0	0,2
Perú	Lima	1995	611	16–17	40,0	11,0
República Unidad Tanzania	Mwanza	1996	892	12–19	29,1	6,9
Sudáfrica	Transkei	1994–1995	1 975	15–18	28,4	6,4

“En San José, Costa Rica; fue realizado un estudio con casos de Delitos Sexuales, atendidos en el Consejo Médico Forense en el período 1997-1998, se registraron un total de treinta y nueve casos, un 74% correspondió a víctimas femeninas, en el 69.22% de los casos el rango de edad para ambos sexos fue entre 6 y 14 años. Los delitos sexuales que se apelaron en un 87.15% correspondieron a violación y abusos deshonestos, que incluiría "el incesto". En el 24.13% fue el padrastro el imputado, 14% un tío, 10.34% el padre. La duración del abuso denunciado fue clasificado como "crónico" en el 66.08% de los ofendidos. La sintomatología que predomina es la emocional y la conductual, presente en el 69% de los casos, la física en un 28% de los casos. El 42% de las apelaciones se dirigieron a cuestionar la credibilidad de la víctima”.

“Con relación a las estadísticas sobre delitos sexuales en general e incesto, Florence Rush en su libro: ***“El secreto mejor guardado, el abuso sexual de los niños”***, anota que el incesto y otras formas de abuso sexual contra los niños está rodeado de mitos, contradicciones y confusiones, sin embargo, hay consenso con respecto a las siguientes características que presentan; el que lo lleva a cabo es un varón (de 80 a 90%); que el 80% de las veces es un miembro o amigo de la víctima y de su familia; que estos incidentes no se reportan en la mayoría de los casos y que puede pertenecer a cualquier clase social, económica o grupo racial. De acuerdo a esa autora, el que abusa de los niños no es producto de una familia disfuncional o patológica, puede ser tan normal o anormal como el resto de la población masculina”.

“Una de las razones por la cual busca al niño(a) a diferencia de una mujer, es que los niños(as) tienen menos experiencia, menos fuerza física y es más confiado y dependiente de los adultos y por lo tanto se puede coaccionar, seducir, convencer o forzar con más facilidad”.

“Como es común en estos casos el hecho de que el abusador sea amigo o miembro de la familia dificulta el que se denuncien estos casos”.

“En Costa Rica se publicaron algunos trabajos iniciados desde 1988, tanto a nivel de consulta de niños en la Caja del Seguro Social, como a nivel Forense y Psiquiátrico privado, evidenciándose en este tipo de delito principalmente contra víctimas de sexo femenino, alertando sobre el parentesco de los ofensores, la corta edad de las víctimas, el contexto en que se comete la agresión y las graves secuelas emocionales que causan”.

“En un estudio de 12 casos atendidos en Trabajo Social del Hospital de Niños por agresión de índole sexual (1988-1989), el 76% de las víctimas fueron niñas, cuyas edades oscilaban entre los 6 - 8 años y entre los 10 - 12 años, las restantes contaban con 15 años, procedían de los diferentes lugares del país, en la mayoría de los casos el agresor tenía relación estrecha con la víctima (compañero de la madre, familiares cercanos)”.

En un estudio realizado en el Departamento de Medicina Legal en 1988 sobre incesto (84 casos), el 94% correspondió a víctimas femeninas y 6% víctimas masculinas, con edades más frecuentes entre los 6 a 11 años y de 12 a 14 años, tanto en uno como en otro sexo, el padre y el padrastro fueron los imputados (32,56% y 31,40 % respectivamente), en tercer lugar el tío (17,44%), la agresión ocurrió en la casa de la víctima en un 66,67%.

En 1992, en un reporte de una investigación iniciada en 1988 con cinco víctimas femeninas de incesto, con edades entre los 13 a 21 años, la menor edad de abuso reportada fue de cuatro años y la mayor edad fue de 18 años, el período promedio de silencio hasta que lo comentaron a sus madres fue de siete años, todas ellas denunciaron el incesto a sus madres en su adolescencia, pertenecen a todas las clases sociales. “Se menciona que en la documentación histórica de Costa Rica (Archivos Nacionales) se reportan casos de incesto desde antes de 1817, por ejemplo, el caso del Teniente Matías H. quien fue acusado de sospechas de incesto con María Gertrudis, su hija de diez años. En este proceso el padre advierte que fue provocado por su hija quien "tiene inclinación de ser mala", el abogado acusa a la víctima de haber atentado contra la tranquilidad conyugal y familiar, finalmente el juez lo absuelve de toda culpa.”

“En el libro *Del Ultraje a la Esperanza: Tratamiento de las Secuelas de Incesto*, define Incesto como toda agresión de índole sexual, indirecta o directa entre una niña o niño y un adulto o adulta, que mantenga con la niña o el niño lazos caracterizados por la amistad, confianza, afecto, parentesco o autoridad. Si estos lazos tienen que ver con el cuidado, protección y guía del niño(a) los considera de características similares a los consanguíneos.”

“Esto incluye profesionales, amigas(os) de la familia, personas relacionadas con la educación, orientación de niñas(os) y con sus cuidados físicos o afectivos, que por su rango representan para la niña(o) una autoridad, considera que por ser el incesto un delito definido legalmente sólo para relaciones entre miembros unidos por consanguinidad, el número reportado es mucho menor que si se hubiese tomado otra definición más amplia.”³

“En el año 1998 se reportó que casi una de cada diez mujeres había sufrido algún tipo de abuso, el 4.0% antes de los 12 años. El perpetrador del abuso infantil fue un miembro de la familia- 53.0% - un conocido - 27.0%.” (ENDESA 1998).

En 2006/7, la encuesta encontró que casi la mitad de las mujeres entrevistadas que reportó abuso sexual, su primera experiencia ocurrió a una edad menor de los 15 años. Similar que en 1998, las personas abusadoras era alguien conocido de la víctima.” (ENDESA 2006/7).

El Consejo Nacional de Atención y Protección Integral a la Niñez y la Adolescencia (CONAPINA) y la Federación Coordinadora Nicaragüense de Organismos no Gubernamentales que trabajan con la Niñez y la Adolescencia (CODENI), realizaron en 2005 un estudio sobre Violencia contra la Niñez en Nicaragua, con la finalidad de visibilizar el estado de la violencia que viven niñas, niños y adolescentes, sensibilizar sobre la magnitud y naturaleza de la violencia en contra de la niñez y la adolescencia.

Este estudio evidenció la dificultad para identificar datos que muestren la incidencia de la violencia que viven niñas, niños, adolescentes en sus casas y familias, ya que los presentados en las estadísticas policiales tienen una clasificación de rangos de edades que inicia con menores de 13 años -sin especificar edad-, el siguiente es de 13 a 14 años y finalizan de 15 a 17 años de edad.

“El Anuario Estadístico de la Policía Nacional reporta que las víctimas menores, de delitos y faltas en el 2007 se incrementaron en 37.9 por ciento con relación al año 2006. Según las características de las víctimas mujeres en el nivel nacional en el año 2007, un 18.9 por ciento ubicadas en el rango de menores de 13 años, fueron objeto de violación y un 30.5 por ciento de abusos deshonestos.”

“Se reporta en el mismo período que el 44.6 por ciento de niños menores de 13 años, fueron víctimas de violación y un 70.5 por ciento de abusos deshonestos. Se considera que hay sub registro en los delitos sexuales contra los menores, habiendo pocas denuncias de violencia contra los varones, debido a que son objeto de burlas y escarnio en comunidades y barrios, cuando denuncian este tipo de delitos.”

“En muchos casos, las familias que denuncian este tipo de delitos, retiran del sistema escolar a niños y niñas víctimas, algunas hasta cambian de lugar de residencia. Con frecuencia los medios de comunicación dan a conocer las denuncias de violencia, ubicando el lugar de ocurrencia, para proteger sus identidades únicamente se refieren a las víctimas con sus iniciales, sin embargo, éstas casi siempre son identificadas en sus lugares de origen”.⁹

En el año 2005, en la ciudad de León, Nicaragua, el Centro de Investigaciones y Demografía en Salud (CIDS UNAN-León), realiza un Informe sobre Abuso Sexual contra niños, niñas y adolescentes, cuyo objetivo general es “...Realizar una actualización de la situación del abuso sexual de la niñez en Nicaragua, a partir de la información existente de fuentes oficiales y no oficiales validadas, someterla a discusión e interpretación con actores nacionales expertos en el tema, para elaborar un reporte nacional.....”

Este informe del CIDS es “un análisis situacional del abuso sexual de niñas, niños y adolescentes en Nicaragua, una aproximación de su magnitud y características, el impacto en las(os) agredidos y los significados que ellas(os) le adscriben. Está basado en las estadísticas 2002-2004 de las Comisarías de la Mujer y la Niñez de la Policía Nacional y datos provenientes de registros del Ministerio de la Familia. Incluye también resultados de una sistematización de investigaciones realizadas en el país.”

El reporte fue realizado en los meses de diciembre del 2004, enero, febrero y marzo del 2005. Los hallazgos encontrados, fueron basados en denuncia de abusos infantiles, éste ocurre en el entorno más cercano a la niñez agredida (68% ocurre en los hogares).Afectando más al grupo etéreo entre 11 y 15 años de edad; el 96% de las víctimas son del sexo femenino, con nivel bajo de escolaridad, en su mayoría estudiantes. Los victimarios son en su mayoría hombres, el 68% de ellos entre los 18 y 30 años de edad, edad mayor que la de las víctimas.

El novio, el padrastro, el vecino, tíos, primos, padres y hermanos son los más frecuentes perpetradores del abuso. Sólo en el 10% de los casos denunciados el victimario era desconocido. Un estudio anónimo de base comunitaria conducido por la UNAN León reportó que aproximadamente el 27% de las mujeres y el 19% de los hombres incluidos tenían antecedente de abuso sexual infantil.

En el informe del CIDS UNAN, León, las limitaciones más relevantes detectadas para una adecuada atención y protección a la niñez expuesta al abuso sexual son: “falta de estandarización en los registros de casos o inexistencia de éstos, insuficiente asignación de presupuesto para llevar a cabo todas las estrategias políticas planteadas, carencia de mecanismos eficaces de coordinación y seguimiento de la ejecución de los programas planteados por parte de las instituciones del Estado que no termina de tomar por completo su rol rector, falta de unificación y estandarización de experiencias, instrumentos de detección, modelos de atención y prevención por parte de los organismos de la sociedad civil.”¹⁰

En Nicaragua, la violencia sexual registrada por el Instituto de Medicina Legal en el 2010, según los grupos de edad de 0 a 10 años son reportados 1,384 casos y en los grupos de edad de 11 a 17 años 2,643 casos.

JUSTIFICACION

Los delitos sexuales son uno de los delitos considerados como más graves por la población en general.

De esto se deduce que en nuestra sociedad los crímenes en contra de la sexualidad poseen una alta connotación pública y reciben un fuerte repudio social, más aún si se trata de crímenes donde se ven involucrados niños(as) y/o adolescentes.

En el Instituto de Medicina Legal, los delitos sexuales, son atendidos para valoración médica clínica, psiquiátrica y psicológica, con la finalidad de determinar la presencia de lesiones físicas, emocionales y la credibilidad de la víctima, para la realización de un dictamen médico legal. En éste Instituto no existen registrados datos estadísticos de los(as) niños(as) y adolescentes que presentan alteraciones psíquicas como consecuencia de cualquier tipo de abuso sexual.

El propósito del presente estudio es dar a conocer a las Instituciones involucradas con el tema como Mifamilia, CENIDH, Ministerio de Salud, Instituto de Medicina Legal, Comisaría de la mujer y la niñez, las alteraciones psíquicas que presentan los(as) niños(as) y adolescentes, víctimas de delitos sexuales atendidos en el área de Psicología y Psiquiatría Forense del Instituto de Medicina Legal, sede Managua, dando una pauta para el seguimiento de estos pacientes y su recuperación de forma integral.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El tema de los efectos del abuso sexual en los(as) niños(as) ha sido parte de discusiones, por lo que se estimó establecer parámetros de evaluación. El impacto del abuso sexual infantil, la sintomatología y patologías que puede producir son variados y muchos de ellos no se presentan de inmediato. Los efectos dependen de las características iniciales de los(as) niños(as) antes del abuso incluyendo sus recursos emocionales, sociales, lo que implica factores de riesgo y factores protectores.

A partir de este análisis podemos abrir interrogantes interesantes para la realización de este estudio:

- ❖ ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los(as) niños (as) y adolescentes atendidos como víctimas de abuso sexual?
- ❖ ¿Cuáles son los tipos de agresión sufrida y el tipo de agresor?
- ❖ ¿Cuáles síntomas de ansiedad y/o depresión están presentes en estos(as) niños (as)?
- ❖ ¿Qué reacciones disociativas podemos señalar?
- ❖ ¿Cuáles alteraciones del comportamiento sexual presentan?
- ❖ ¿Hay quejas somáticas presentes?

De tal forma que en el presente estudio nos planteamos la siguiente interrogante que guiará la investigación:

¿Cuáles son las alteraciones psíquicas en los(as) niños(as) y adolescentes víctimas de delitos sexuales, atendidos en el área de Psicología y Psiquiatría del Instituto de Medicina Legal sede Managua, Nicaragua; en el período de enero a junio del 2011?

OBJETIVOS

Objetivo General

Identificar las alteraciones psíquicas que presentan los(as) niños(as) y adolescentes víctimas de delitos sexuales, atendidos en el área de Psicología y Psiquiatría del Instituto de Medicina Legal sede Managua, Nicaragua, en el período de enero a junio del 2011.

Objetivos específicos

1. Describir las características sociodemográficas de los(as) niños(as) y adolescentes atendidos por abuso sexual.
2. Señalar tipo de agresión sufrida y tipo de agresor.
3. Citar las alteraciones psíquicas y quejas somáticas presentes en las víctimas de abuso.

MARCO REFERENCIAL

Vivimos en una sociedad donde la norma es la violencia. Se encuentra en todas partes: desde la familia, la comunidad, el entretenimiento, la publicidad, hasta las instituciones del estado. Se reconoce que la violencia no tiene fronteras, ideologías, edad, sexo, clases sociales ni grupos étnicos, sino constituye una problemática con características similares en los distintos países.

La violencia es un fenómeno complejo y de etiología multicausal. Es un acto esencialmente protagonizado por el individuo como miembro de una sociedad concreta, es un fenómeno condicionado por factores interrelacionados en el entorno de la familia.

Históricamente han variado las consideraciones referidas a este fenómeno y han sido muchas las confrontaciones acerca de los factores psicológicos y sociales que inciden en el nivel de conocimiento y conciencia de la humanidad sobre la violencia y en sus formas de manifestación.

El abuso sexual infantil ha sido una de las tipologías de maltrato más tardíamente estudiada. La investigación sobre maltrato infantil se inició focalizándose, casi exclusivamente, en el análisis de los malos tratos de tipo físico. No obstante, cuando se abusa sexualmente de un menor no sólo hay un daño físico, sino que generalmente existe también una secuela psicológica. Debido a la ausencia, en numerosas ocasiones, de un daño físico visible, así como a la no existencia de un conjunto de síntomas psicológicos que permitan su detección y diagnóstico unívoco, el abuso sexual infantil ha sido una tipología difícil de estudiar. Por otro lado, se añaden las dificultades relacionadas con el tabú del sexo y en especial al relacionar éste con la infancia, así como el escándalo social que implica su reconocimiento.

La coerción se refiere al contacto sexual mantenido con un menor mediante el uso de la fuerza física, la amenaza, la presión, la autoridad o el engaño, y ha de ser considerada criterio suficiente para etiquetar una conducta de abuso sexual, independientemente de la edad del agresor.

Por su parte, la asimetría de edad impide la verdadera libertad de decisión del niño/a e imposibilita una actividad sexual compartida, ya que los participantes tienen experiencias, grado de madurez biológica y expectativas muy diferentes. En este sentido, siempre que exista coerción, o asimetría de edad, o se den ambas condiciones entre una persona menor de edad y otro individuo, las conductas sexuales resultantes deberán ser consideradas abusivas.^{1, 2}

Otra definición de abuso sexual es "la implicación de niños(as) y adolescentes dependientes e inmaduros en cuanto a su desarrollo, en actividades sexuales que no comprenden plenamente y para las cuales son incapaces de dar su consentimiento informado; o que violan los tabúes sociales o los papeles familiares".

El *National Center and Neglect* de los E.U.A., lo define como "contactos o interacciones entre un niño y un adulto, cuando el primero se utiliza para estimulación sexual del segundo o de otra persona".

"El abuso sexual en cualquiera de sus formas, es el tipo de maltrato infantil más escondido que muy poco se da a conocer en el ambiente médico, social y legal, a pesar de que la frecuencia de casos se va multiplicando en los últimos años."⁴

En los países desarrollados se tiene perfectamente identificadas las características del agresor, víctimas, cuadros clínicos, así como los factores ambientales que favorecen el problema y las formas de tratamiento.

Las repercusiones médicas y psicosociales de las agresiones sexuales, sobre todo cuando ocurre un embarazo, son de tales dimensiones que comprometen el futuro del menor (mayor morbilidad y mortalidad) ya que implica mayor riesgo reproductivo, por lo cual es necesario que tanto el pediatra como otros médicos involucrados en la atención de niños(as), las considere en su práctica clínica y asuma un papel activo en su estudio y tratamiento.

En la mayor parte de los casos el abuso sexual infantil suele ser cometido por familiares (padres, hermanos mayores, etc.) -es el incesto propiamente dicho- o por personas relacionadas con la víctima (profesores, entrenadores, monitores, etc.). En uno y otro caso, que abarcan del 65% al 85% del total y que son las situaciones más duraderas, no suelen darse conductas violentas asociadas. Los abusadores sexuales, que frecuentemente muestran un problema de insatisfacción sexual, se ven tentados a buscar esporádicas satisfacciones sexuales en los menores que tienen más a mano y que menos se pueden resistir. En estos casos los agresores pueden mostrar distorsiones cognitivas para justificarse ante ellos mismos por su conducta: "mi niña está entera", "la falta de resistencia supone un deseo del contacto", "en realidad, es una forma de cariño", "para que sea otro, mejor yo", etc.

La situación habitual incestuosa suele ser la siguiente: un comienzo con caricias; un paso posterior a la masturbación o al contacto buco genital y sólo en algunos casos una evolución al coito vaginal, que puede ser más tardío (cuando la niña alcanza la pubertad).

En otros casos los agresores son desconocidos. Este tipo de abuso se limita a ocasiones aisladas, pero, sin embargo, puede estar ligado a conductas violentas o a amenazas de ellas. No obstante, la violencia es menos frecuente que en el caso de las relaciones no consentidas entre adultos porque los(as) niños(as) no ofrecen resistencia habitualmente.

Por otra parte, los(as) niños(as) con mayor riesgo de victimización son aquellos(as) con una capacidad reducida para resistirse o revelarlo, como son los(as) que todavía no hablan y los(as) que muestran retrasos del desarrollo y discapacidades físicas y psíquicas. Asimismo son también sujetos de alto riesgo los(as) niños(as) que se encuentran carentes de afecto en la familia, que pueden inicialmente sentirse halagados(as) por la atención de la que son objeto, al margen de que este placer con el tiempo acabe produciendo en ellos(as) un profundo sentimiento de culpa.

Los síntomas y cambios de comportamiento que en algún momento se producen en víctimas de abuso sexual, en los(as) niños(as) tenemos:

- I. **Síntomas de ansiedad**, como miedos, fobias, insomnio, pesadillas que representan directamente los abusos, quejas somáticas, trastorno de estrés postraumático.
- II. **Reacciones disociativa y síntomas histéricos**, como períodos de amnesia, soñar despierto, como los estados de trance, convulsiones histéricas, y múltiples trastorno de la personalidad.
- III. **Depresión**, que se manifiesta por una baja autoestima, con tendencias suicidas.
- IV. **Alteraciones en el comportamiento sexual**, incluida la manifiesta por la masturbación frecuente o abierta, el exceso de curiosidad sexual, el coito imitar, insertar objetos en la vagina o ano, la promiscuidad sexual y conducta sexual agresiva hacia los demás inapropiadas para la edad del conocimiento sexual.
- V. **Quejas somáticas**, como la enuresis, encopresis, prurito anal y vaginal, anorexia, obesidad, dolor de cabeza y dolor de estómago.

Las principales manifestaciones psicopatológicas pueden aparecer inmediatamente al acontecimiento estresor, o bien, como veremos, de manera más o menos diferida en el tiempo.

Las reacciones inmediatas al trauma que se presentan, fundamentalmente son:

- ❖ En la esfera emocional la víctima tiene sensación de irrealidad, de que el hecho “no puede haber ocurrido”, a la que se asocia un miedo intenso que se acompaña de llanto y rabia, en ocasiones vergüenza y culpa que traducen un sentimiento de pérdida de control de la situación que se intenta compensar de este modo.
- ❖ A la afectación emocional se añaden síntomas psíquicos, como confusión, desorientación y disminución de la concentración.
- ❖ Pueden aparecer alteraciones a nivel cognitivo con déficit en el procesamiento de la información, que incluye lo referente al mismo trauma desencadenante, dificultad en la toma de decisiones y percepción de profunda indefensión.

Esta sintomatología puede ceder en las primeras semanas tras la agresión sexual, aproximadamente 80 % de las víctimas presentan alteraciones transcurrido un año.

Por otra parte, la aparición de sintomatología diferida, en forma de verdaderos cuadros psicopatológicos, debe ser evaluada y convenientemente tratada por sus riesgos de consolidación en la estructura psíquica de la víctima. Así, pueden aparecer:

- 1. Trastornos adaptativos ansiosos o depresivos:** acompañados de toda su semiología, que se presentan cuando el estresor supera la capacidad de respuesta psicológica de la víctima, cursando con síntomas emocionales y alteraciones comportamentales que producen deterioro y malestar significativos.
- 2. Trastornos con ansiedad:** caracterizados por una expectación aprensiva sobre la agresión sufrida, con dificultad para controlar este estado de constante preocupación, al que se asocian fatigabilidad, dificultades de concentración, irritabilidad y alteraciones del sueño.
- 3. Trastornos con ánimo depresivo:** caracterizados por una pérdida de la autoestima, desesperanza, ausencia de expectativas de futuro, disminución de las actividades placenteras, cambios en el patrón de sueño y apetito, en ocasiones riesgo de suicidio. ^{11, 12,13}

Trastornos por Estrés en sus distintas formas

Trastorno por Estrés Postraumático: Se trata de la entidad nosológica que con mayor frecuencia aparece tras una agresión sexual, hasta el extremo de que se desarrolla en el 50 % de las mujeres víctimas, en el 65 % de los hombres y **alcanza el 90 % en el caso de los niños.**

Desde una perspectiva histórica, Burgess y Holstrom en 1974 describieron situaciones de violencia sexual y doméstica, tras las que aparecían pesadillas y flash-backs similares a los descritos en soldados expuestos al combate. Fue la progresiva concienciación y sensibilización respecto a la violencia de género uno de los factores que contribuyó a la inclusión del Trastorno por Estrés Postraumático como categoría diagnóstica en el DSM-III en 1,980, de tal modo que el DSM-IV-TR hace referencia expresa a este tipo de violencia *“Entre los acontecimientos traumáticos que pueden originar un trastorno por estrés postraumático se incluyen... ataques personales violentos (agresión sexual y física, atracos, robo de propiedades)...”*

Se caracteriza por una re experimentación del acontecimiento traumático, síntomas debidos al aumento de la activación y comportamientos de evitación de los estímulos relacionados con la agresión. Entre los primeros pueden aparecer pensamientos, recuerdos o pesadillas centrados en el momento de extremo temor o desesperanza vividos durante la violación.

Los síntomas debidos a la activación se traducen en trastornos del sueño, irritabilidad, hiperalerta y dificultades de concentración. Las conductas de evitación se manifiestan por el esfuerzo en evitar pensamientos, sentimientos o actividades que pudieran estar asociadas en el tiempo o en el espacio con el trauma, con una disminución del interés por las actividades en general.

Estos síntomas, denominados primarios por Peterson, Prout y Schwarz en 1991, se acompañan con frecuencia de otros a los que clasificaron como secundarios: agresividad y rabia hacia sí mismos y hacia los demás, sentimientos de culpa y vergüenza, problemas de relación con embotamiento emocional que les incapacita para sentir cercanía hacia otras personas.

Trastornos por Estrés Agudo: Sus manifestaciones sintomatológicas son superponibles a las del TEPT, del que se diferencia, además de en el número de criterios de cada grupo que son necesarios para establecer el diagnóstico, en la duración de la alteración; que para el Trastorno por Estrés Agudo será de dos días a cuatro semanas, es la relación temporal entre el acontecimiento traumático y el desarrollo del cuadro, que para este diagnóstico tendrá lugar dentro de las cuatro primeras semanas tras la agresión sexual.

Trastorno por Estrés Postraumático Complejo o Complejo (PTSD): Descrito en 1997 por Judith Hermanse caracteriza por desarrollarse ante estresores prolongados que conllevan un particular control o sometimiento de la víctima, considerando como factores desencadenantes el sometimiento a situaciones de violencia sexual, como pueden ser el abuso infantil o la explotación sexual organizada. Presenta particularidades con respecto al TEPT, apareciendo en su sintomatología alteraciones en distintas esferas del psiquismo, como son:

- ❖ Alteraciones en la regulación del afecto: disforia persistente, sexualidad compulsiva o extremadamente inhibida, preocupación suicida crónica, autolesiones.
- ❖ Alteraciones en la conciencia: amnesia o hipermnesia de los acontecimientos traumáticos, re experimentación de las agresiones sufridas, episodios disociativos.
- ❖ Alteraciones en la auto percepción: que incluyen sentido de culpa y/o vergüenza, estigmatización y sentimiento de diferenciación especial.

- ❖ Alteraciones en la percepción del perpetrador: con atribución irreal de poder absoluto al victimario, idealización paradójica, sentido de relación especial.
- ❖ Alteraciones en la percepción del resto de las personas: Aislamiento, disrupción de las relaciones íntimas, anulación de medidas de autoprotección.
- ❖ Alteración de las expectativas de futuro: desesperación, pérdida de confianza y ausencia de planificación.

Disociación: Por disociación se entiende una forma especial de conciencia en la cual eventos que normalmente estarían conectados, se encuentran separados unos de otros. Es un mecanismo por el que la víctima permanece apartada del trauma sufrido, bajo la forma de una despersonalización o de un embotamiento físico y/o emocional que impide la experimentación de dolor, se traduce por una disrupción en la unidad de la conciencia y de la identidad, con funciones mentales separadas que operan de forma autónoma con grupos de memorias, sentimientos y percepciones independizadas en compartimentos.

Transformación permanente de la personalidad: El sufrimiento de una experiencia de estrés catastrófica, como es una agresión sexual extremadamente violenta y prolongada, puede determinar cambios permanentes en la estructura de la personalidad, que se traducen en el desarrollo de rasgos rígidos y desadaptativos con consecuente deterioro en las relaciones personales, en la actividad social y laboral de la víctima. Estos cambios en la personalidad se manifiestan como una actitud hostil, de desconfianza hacia el mundo, retraimiento social, sentimiento de vacío o desesperanza, sentimiento de estar al límite como si estuviera constantemente amenazada y vivencia de extrañeza. La CIE-10 ¹³ especifica que para un correcto diagnóstico los cambios deben estar presentes al menos dos años, sin que puedan ser atribuidos a trastornos de la personalidad previos o a la acentuación de rasgos preexistentes, si bien pueden ir precedidos en su aparición de un Trastorno por Estrés Post-traumático.

Inicio de hábitos de mala salud: Entre los que destacan el hábito tabáquico, abuso de alcohol y de sustancias tóxicas, inicio de conductas sexuales de riesgo, etc.

En cuanto a los menores muy pequeños pueden no ser conscientes del alcance del abuso sexual en las primeras fases, lo que puede explicar la compatibilidad de estas conductas con el cariño mostrado al adulto por el menor. Así, por ejemplo, hay niños que verbalizan el abuso sexual de la siguiente forma: "mi papá hace un pipí blanco", "yo no me enteraba porque estaba dormido", "me dice que no se lo diga a nadie", etc.¹¹

I.- 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 del niño 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.

Respecto a la edad, los niños muy pequeños (en la etapa de preescolar), al contar con un repertorio limitado de recursos psicológicos, pueden mostrar estrategias de negación de lo ocurrido.

En los niños un poco mayores (en la etapa escolar) son más frecuentes los sentimientos de culpa y vergüenza ante el suceso. 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.

II.- 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).

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, etc.

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, etc.).

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.
- ❖ Las consecuencias asociadas al descubrimiento del abuso.

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). De este modo, cuanto más crónico e intenso es el abuso, mayor es el desarrollo de un sentimiento de indefensión o 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 relación emocional existente. 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.

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.

La reacción del entorno desempeña un papel fundamental. El apoyo parental -dar crédito al testimonio del menor y protegerlo, especialmente de la madre, es un elemento clave para que las víctimas mantengan o recuperen su nivel de adaptación general después de la revelación. Probablemente la sensación de ser creídos es uno de los mejores mecanismos para predecir la evolución a la normalidad de los niños víctimas de abuso sexual.

En ocasiones, la respuesta de los padres ante la revelación del abuso puede ser más intensa que la del propio niño(a), sobre todo en los casos en que la madre se percató del abuso sexual a su hijo(a) protagonizado por su propia pareja. Los sentimientos de vergüenza y culpa, cólera y pena, miedo y ansiedad, pueden afectar a los padres de tal manera que se muestran incapaces de proteger al niño(a) adecuadamente, en los casos más graves, pueden llegar incluso a culparlo delo sucedido.

No deja de ser significativa la influencia de situaciones de estrés adicionales, como consecuencia de la revelación del abuso, sobre la estabilidad emocional de la víctima. En concreto, la posible ruptura (legal o de hecho) de la pareja, el encarcelamiento del padre o padrastro, la salida de la víctima del hogar (única vía a veces para garantizar su seguridad, pero que supone un costo emocional y de adaptación importante) o la implicación en un proceso judicial (con las posibles consecuencias penales para el abusador) son algunas de estas situaciones. Respecto al último punto señalado, los juicios largos, las testificaciones reiteradas, los testimonios puestos en entredicho suponen una victimización secundaria y ofrecen un peor pronóstico.^{12, 13}

LA VICTIMIZACIÓN SECUNDARIA:

La victimización primaria en casos de agresión sexual se corresponde con el impacto que sobre la estructura psíquica de la víctima, produce el propio hecho violento.

Pero además, la víctima puede sufrir nuevos daños secundarios a los sucesivos impactos que recibe tras entrar en contacto con el sistema a consecuencia de esa agresión y que se generan en la interacción que debe establecer con los diferentes actores sociales: ésta es la denominada victimización secundaria.

La necesidad por parte de jueces, fiscales y policías de obtener de la víctima una declaración, la también necesaria obtención de pruebas biológicas por parte de los médicos forenses, los necesarios reconocimientos médico-ginecológicos a los que debe ser sometida, incluso el cuestionamiento de su testimonio basado en la constitucional presunción de inocencia del victimario, conllevan nuevos impactos en su psiquismo que contribuyen al reforzamiento del estresor, con el agravante de que en ocasiones éste reaparece al cabo de varios años, cuando la víctima debe re experimentar nuevamente el acontecimiento traumático al enfrentarse a un juicio oral que se ha visto diferido en el tiempo.

Por ello, debe entenderse que la correcta y sensible atención multidisciplinar a la víctima desde las diferentes instituciones que resultan implicadas en estos casos de agresión sexual, contribuye de manera decisiva a minimizar la intensidad de estos nuevos impactos y en consecuencia a un mejor pronóstico del posible daño psíquico consecuente.

Los efectos psicológicos del Abuso Sexual Infantil a corto, mediano y largo plazo dependen de las variables que condicionan el impacto sufrido por la víctima.

Dichas variables son las siguientes:

a) Tiempo que dura la agresión

El impacto aumenta a medida que lo hace el tiempo en que se prolonga la situación de abuso. Resultan significativamente dañinas aquellas que superan los tres años.

b) Ubicación física del abusador

Cuando abusador y víctima no conviven, sino que los abusos sólo se presentan en determinadas circunstancias, la agresión tienen un impacto sensiblemente menor.

En este caso, la menor vivencia de períodos de tranquilidad en los que la situación está bajo control. La ansiedad solo aparece cuando se aproxima el

momento de contacto con su abusador, durante el tiempo que dura el mismo y un breve periodo posterior.

Cuando el abusador convive con el menor, éste sufre un estado de ansiedad continuo y una ausencia total de control de la situación, pues el abuso puede presentarse en cualquier momento.

c) **Relación con el abusador**

El nivel de afectación sobre la víctima se incrementa a medida que la relación entre abusador y víctima es más estrecha.

d) **Tipo de práctica abusiva**

Los tocamientos resultan menos traumatizantes que cualquier tipo de penetración.

e) **Carácter del/la menor**

No todos los(as) niños(as) tienen la misma capacidad de resistencia a la adversidad.

Algunos pueden soportar prolongadas experiencias dolorosas sin resultar psíquicamente dañados por ellas, mientras que otros pueden sufrir un fuerte impacto por agresiones menores.

f) **Tiempo transcurrido desde la agresión hasta la intervención psicológica**

Sin que sea una variable de la Agresión Sexual Infantil propiamente dicha, hemos de considerarla aquí, por su alto grado de importancia. De ello dependen el tipo de secuelas, la gravedad de las mismas, y su superación.

Estrategia utilizada para conseguir el silencio.

La estrategia utilizada por el agresor para conseguir el silencio del menor, suele ser de tres tipos:

I. Agresiva: Está asociada a la violencia física o verbal, produce ansiedad y reacciones de temor en el menor.

II. Atención Privilegiada: El agresor hace sentir al menor que éste es el ser más especial para él. Genera profundos sentimientos de culpa.

III. Hipercontrol: El agresor "controla" cualquier movimiento y comentario del menor, lo cual dificulta el proceso de socialización.

Parámetros para la evaluación forense de los niños(as) y adolescentes que pueden haber sido víctimas de abuso sexual.

Los niños(as) maltratados(as) manifiestan síntomas diversos, una variedad de emociones, de comportamiento y reacciones somáticas. Estos síntomas no son específicos ni patognomónicos, ya que los mismos pueden ocurrir sin antecedentes de abuso. Los síntomas manifestados por los(as) niños(as) abusados pueden ser organizados en patrones clínicos. Aunque puede ser útil observar si un caso en particular se enmarca en uno de estos patrones, que no es en sí el diagnóstico de abuso infantil.

Los siguientes estudios son a menudo citados como ejemplos de patrones clínicos asociados con el abuso.

Dado que se trata de una evolución y desarrollo de la zona, estos estudios no son definitivos. En general, la investigación sobre el maltrato infantil ha sido limitada debido a la gran variación en las definiciones del abuso y la causa de la ausencia de grupos de control adecuados.

Schmitt (1987), describió las características de los(as) niños(as) maltratados(as) físicamente y de sus padres: los padres han retrasado la búsqueda de ayuda por las lesiones, la historia dada por los padres es inverosímil o incompatible con los hallazgos físicos, hay sospechas por evidencia de lesiones repetidas, los padres culpan a un hermano o la afirmación del niño(a) herido a sí mismo, y los padres tiene expectativas poco realistas de los(as) niños(as).

De Angelis (1992), describe una serie de comportamientos asociados con el abuso que debe despertar las sospechas de los profesionales de la salud. Por ejemplo: el niño(a) es inusualmente miedoso(a) o dócil, desconfiado(a), vigilado(a) y no muestra ninguna expectativa de ser consolado(a), cuidadoso(a) del contacto físico, continuamente sobre alerta de peligro hasta del medio ambiente, intentos de satisfacer necesidades de los padres por el cambio de roles, relaciones superficiales con los adultos y tiene miedo de ir a casa.

Cicchetti y Toth (1995), revisó la literatura sobre los efectos psicológicos del abuso físico y el abandono. Han tomado nota de una amplia gama de efectos: la desregulación afectiva, los comportamientos perturbadores y agresivos, los patrones de apego inseguro, alteración de relaciones con los compañeros que implique ya sea aumento de la agresión o el aislamiento social, bajo rendimiento académico y psicopatología, incluyendo depresión, trastorno de conducta, de atención, trastorno de oposición y el trastorno de estrés postraumático.

Sgroi (1982, 1988), describe un patrón que es típico de abuso sexual intrafamiliar y del abuso sexual que se produce durante un período de tiempo. El proceso se desarrolla a través de cinco fases: 1) la fase de contratación, cuando el autor induce al niño(a) a una relación especial, 2) la fase de interacción sexual, hay el progreso de comportamientos sexuales de menos a más formas íntimas de abuso, 3) la fase de secreto, 4) la fase de divulgación, cuando el abuso es descubierto 5) la fase de eliminación, cuando las presiones de la familia hacen que el niño(a) se retracte de sus declaraciones.

Cumbre (1983), describió en la víctima del abuso sexual el síndrome de alojamiento. Él caracteriza el abuso sexual de niñas por parte de los hombres con cinco características: secreto, desamparo, atrapamiento y alojamiento, en conflicto, la divulgación poco convincente y retracción. El proceso de adaptación se produce porque el/la niño(a) aprende que "deben ser disponibles sin queja a las exigencias sexuales de los padres."

"El/la niño(a) puede encontrar diversas formas de acomodar - al mantener el secreto, a fin de mantener la familia unida, recurriendo a compañeros imaginarios y mediante el empleo de los estados alterados de conciencia. Otros pueden ser agresivos y exigentes e hiperactivos. Este "síndrome" está destinado a ayudar a los médicos a comprender la dinámica de abuso, no para el diagnóstico de abuso. No hay tal cosa como un "Niño(a): Síndrome de abuso sexual ", es decir, un conjunto específico de síntomas que son de diagnóstico de la violencia sexual o abuso."

Browne y Finkelhor (1986), han revisado y resumido casi 30 estudios empíricos que describieron los efectos emocionales y conductuales de abuso sexual infantil. Llegaron a la conclusión de que algunos(as) niños(as) abusados(as) sexualmente muestran las primeras reacciones de miedo, ansiedad, depresión, ira, hostilidad y comportamiento sexual inapropiado. El comportamiento sexual inapropiado incluye: masturbación abierta, curiosidad sexual excesiva y la exposición frecuente de los genitales.

Friedrich et al. (1987) y Friedrich y Grambsch (1992), encontró que los(as) niños(as) que han sido víctimas de abusos sexuales tienen más probabilidades que los(as) niños(as) normales de manifestar comportamiento sexual inapropiado, tales como tratar de desnudar a otras personas, hablar en exceso sobre los actos sexuales, masturbarse con un objeto imitando el coito, la inserción de objetos en la vagina o el ano y frotando su cuerpo contra otras personas. Es posible que un(a) niño(a) normal que nunca ha sido objeto de abusos pueda exhibir estas conductas. A fin que estos comportamientos sugieran el abuso sexual, tendrían que ser numerosos y persistentes.

Beitchman et al. (1991), examinó los efectos a corto plazo del abuso sexual infantil. Ellos encontraron que las víctimas de abuso sexual de niños(as) tienen más probabilidades que las no víctimas de desarrollar algún tipo de comportamiento sexual inapropiado. En los(as) niños(as) esta preocupación con la sexualidad se manifiesta por juegos sexuales, masturbación, comportamiento seductor agresivo o sexual y el conocimiento sexual inapropiado para su edad. En los(as) adolescentes, no había pruebas de la actuación sexual, tales como la promiscuidad y posiblemente una mayor tasa de contacto homosexual.

También encontraron que los siguientes factores se asociaron con síntomas más severos en las víctimas de abuso sexual: mayor frecuencia y duración del abuso sexual de que se trate o la fuerza de penetración, el abuso sexual perpetrada por el padre del niño(a) o padrastro. Beitchman et al. (1992) también examinó efectos a largo plazo del abuso sexual infantil.

Green (1993), examinó los efectos inmediatos y a largo plazo de abuso sexual infantil. Él encontró que los principales problemas psicológicos en los(as) niños(as) víctimas de abusos sexuales fueron los siguientes: trastornos de ansiedad, como el miedo, pesadillas, fobias, quejas somáticas, trastorno de estrés postraumático, reacciones disociativas, síntomas histéricos, como los períodos de amnesia, estados de trance y el trastorno de personalidad múltiple, depresión, baja autoestima, conducta suicida, perturbación de la conducta sexual, incluida la sobreexcitación sexual, los comportamientos agresivos, así como evitar los estímulos sexuales a través de las fobias y las inhibiciones.

Kendall-TACKET et al. (1993), revisó 45 estudios sobre el impacto del abuso sexual en niños(as) pequeños(as). Encontraron que los(as) niños(as) víctimas de abusos sexuales tienen más síntomas que los(as) niños(as) pequeños(as) no maltratados. Los síntomas incluyen temores, el trastorno de estrés postraumático, problemas de conducta, conductas sexualizadas y baja autoestima. No hay síntomas caracterizados a la mayoría de niños (as) abusados(as) sexualmente. Aproximadamente un tercio de las víctimas no tuvieron ningún síntoma.

Terr (1990, 1991), describe las secuelas psicológicas de los(as) niños(as) que han experimentado trauma agudo y crónico. Su trabajo puede ser importante en algunos casos de violencia física y el abuso sexual. Terr enumeró cuatro características que se producen después de ambos tipos de trauma: 1) visualiza en repetidas ocasiones recuerdos percibidos del evento, 2) las conductas repetitivas, 3) el temor específicamente relacionados con el trauma, 4) un cambio de actitud ante la gente, la vida y el futuro.

Los(as) niños(as) que han sostenido un único trauma agudo se manifiesta plenamente las memorias detalladas del evento, un sentido de "presagios", tales como la búsqueda de razones por las que se produjo el suceso y las percepciones erróneas, incluyendo alucinaciones visuales y distorsiones del tiempo peculiar. Por otro lado, muchos(as) niños(as) que han experimentado graves traumatismo crónico, como el abuso sexual repetido, manifiestan la negación masiva y entumecimiento psíquico, la auto-hipnosis la disociación y la rabia.

La Evaluación Forense.

Es importante ser conscientes de la violencia sexual y las normativas del comportamiento de los(as) niños(as) por dos razones. En primer lugar, las actividades normales de un juego sexual entre los(as) niños(as) no debe ser tomado como el abuso sexual. Al evaluar esta cuestión, el evaluador debe considerar la diferencia de edad entre los(as) niños(as), el nivel de desarrollo de los(as) niños(as), si un(a) niño(a) quiere coaccionar a otro(a) y si el acto en sí fue poco intrusivo, fuerte o peligroso.

La segunda razón para estar al tanto de la normativa de las conductas sexuales de los(as) niños(as) es que en los abusos sexuales manifiestan comportamientos sexuales más de lo normal, por lo que es importante saber la línea de base. Rosenfeld et al. (1986) estudiaron una población no clínica y encontró que no es raro para los(as) niños(as), con edades entre 2-10 años tocar los genitales de sus padres.

Friedrich et al. (1991), estudiaron el comportamiento sexual normativo de los(as) niños(as) preguntando a los padres los comportamientos específicos ocurridos en los últimos seis meses. Se informó que al menos el 15% de las niñas en la muestra de 2 a 6 años manifiestan los siguientes comportamientos: conversaciones con coquetería, se masturba con la mano, muestra piezas de sexo para adultos, toca piezas de sexo en público y en casa.

Jenkins y Howell (1994), propone orientaciones para los exámenes de abuso sexual infantil, señaló que "la posición del examinador no debe ser la de un terapeuta o un defensor de los(as) niños(as), para llegar a conclusiones objetivas sobre la base de datos imparciales". Gardner (1995), Ney (1995), Sgroi et al. (1982), Terr (1989), Walker (1988, 1990), Weissman (1991), Wideman (1989, 1990), han contribuido a la literatura sobre este tema.

En general, el profesional que realiza una evaluación forense de los(as) niños(as) que pueden haber sido objeto de abusos se enfrenta a varias tareas importantes: averiguar lo que sucedió; la evaluación infantil para los trastornos emocionales, teniendo en cuenta otras posibles explicaciones para estos trastornos, siendo conscientes de los problemas del desarrollo, evitando la personalización de los resultados con los propios prejuicios; la consecución de estos objetivos de una manera sensible, teniendo cuidado que no retraumatice al niño(a); siendo de apoyo a los miembros de la familia y mantener un registro exacto que serán de utilidad en el futuro para los procedimientos judiciales.

El evaluador puede querer ver al niño(a) solo(a) y también en una reunión conjunta con uno o ambos padres. Esto permite al evaluador realizar un adecuado examen del estado mental para la edad, también evaluar el estilo de los padres, la relación entre el padre y el (la) niño(a).

En algunas circunstancias puede ser útil para entrevistar al niño(a) y el presunto autor juntos. Este es un procedimiento controvertido, debe hacerse sólo después de una cuidadosa consideración.

Convención Internacional sobre los Derechos del Niño

Para proteger los derechos de todos los niños, niñas y adolescentes, las Naciones Unidas redactaron un acuerdo internacional llamado “Convención sobre los Derechos del Niño”.

La Convención de los Derechos de la Infancia es una norma jurídica a la que se han acogido 191 países desde su aprobación en la asamblea de la Organización de las Naciones Unidas el 20 de Noviembre de 1989.

Reconoce por primera vez una ley internacional para la niña o el niño como sujetos de derecho, como una persona capaz de aportar a la sociedad y defender sus derechos y no sólo como objeto de protección.

La Convención de los Derechos de la Infancia parte de la consideración del niño(a) como cualquier persona menor de 18 años y se fundamenta sobre conceptos clave como son el interés superior del niño o la niña, la no discriminación, la supervivencia, el desarrollo y la participación infantil. Existe una serie de derechos civiles y políticos que son inherentes a todas las personas como el derecho a una identidad, nacionalidad, conocer la identidad de sus padres, etc.

La Convención recoge otro grupo de derechos, no menos importantes que los anteriores, que pueden calificarse de sociales, económicos y culturales como son: el derecho a una educación gratuita para ciertos niveles, sanidad pública, vivienda y alimentación apropiado. Deja claro que la responsabilidad del bienestar infantil ha de ser compartida por el Estado y la familia, atribuyendo a ésta un protagonismo especial en el cumplimiento de algunos de los Derechos Universales de la infancia.

Cabe señalar dos aspectos especialmente importantes en la concepción de esta declaración:

- ❖ Los derechos humanos corresponden a todos los sujetos por igual. La Convención, que en sí es una declaración de derechos humanos **igual a todos los niños y niñas del mundo** en unos parámetros mínimos de bienestar.
- ❖ Esta Convención, en base a su intención universalista ha sido elaborada por **expertos de todas las culturas, etnias y religiones del mundo** con la colaboración no solo de los gobiernos sino de importantes organizaciones no gubernamentales.

Puede considerarse que la Convención de los Derechos de la Infancia es junto a la Declaración Universal de los Derechos Humanos la “referencia clave que ha de iluminar el desarrollo de la humanidad.”¹⁶

¿Qué esta pasando en nuestro país?

Según la Comisaría de la Mujer y la Niñez, “en 1998 se incrementaron en un 18% las agresiones en contra de las mujeres, adolescentes, niñas y niños, delitos cometidos en gran cantidad de casos al interior del seno familiar. Este dato contrasta con el que indica que las denuncias de incesto, abuso sexual y acoso sexual disminuyeron, lo que puede deberse al miedo de las mujeres a no ser creídas, al miedo a exhibirse públicamente al denunciar, o al miedo a las represalias de los varones abusadores”.

“Este miedo es fundamental, sobre todo en lo que tiene que ver con el incesto, que también debe ser sumada la confusión psicológica y emocional que genera que el abuso sexual se dé no sólo en el seno de la familia sino sea protagonizado por el padre, el abuelo, el hermano o el padrastro. El temor al poder que puede ejercer sobre la víctima quien con ella tiene un vínculo sanguíneo o de parentesco y autoridad agrava especialmente la situación en estos casos, haciendo más compleja y problemática cualquier denuncia”.

Derechos humanos de la niñez y la adolescencia

El año 1998 se puede definir como un año de victimización de los niños, niñas y adolescentes, en tanto fueron los más afectados en todas las esferas.

Como resultados de estas estadísticas, tenemos: La mayor concentración de niños, niñas y adolescentes (54%) se encuentra en áreas urbanas y el 46% en el ámbito rural. El 45% de la población de Nicaragua no ha cumplido aún los 16 años. Los nicaragüenses menores de 18 años son 2 millones 287 mil. El promedio de miembros por familia se estima en 5.7 y el ritmo de crecimiento de la población en 3.27% anual, estimándose una tasa global de fecundidad de 4.7 hijos por mujer. En el 28% de los hogares nicaragüenses no existe la figura paterna, lo que generalmente representa más pobreza e incide negativamente en el desarrollo físico, mental, social y espiritual de niños y niñas.

Fue también en este año que se aprueba el Código de la Niñez y la Adolescencia, que entró en vigencia el 24 de noviembre. Sin embargo, las garantías y medidas de protección contenidas en el nuevo Código corren el peligro de convertirse en un listado de buenas intenciones en tanto no se creen las instancias, infraestructuras y mecanismos necesarios para su aplicación.

Niñez y casos de violación a los Derechos Humanos atendidos por el CENIDH.

En el presente año se atendieron un total de 175 casos donde de manera directa o indirecta, las víctimas eran niñas, niños y adolescentes. De estos casos 163 eran denuncias directas en contra de los Derechos Humanos (DDHH) de la niñez y la adolescencia. Constatándose violación de DDHH en 130 denuncias.

Entre las autoridades violadoras figuran la Policía Nacional, el Poder Judicial, instituciones gubernamentales y en menor cifra familiares de los niños y niñas.

Los derechos violados fueron: 38 a la integridad física, 31 a la integridad psíquica, 18 a la libertad individual, 7 a la integridad sexual, 5 al acceso a la justicia, 7 al derecho a alimentos, 3 al principio de inimputabilidad, 1 a la seguridad personal, 2 al derecho a la salud, 1 al derecho a la educación, 3 a no ser separado de sus padres, 2 al derecho a un nombre, 6 a la igualdad ante la ley, 2 presunción de inocencia, 5 al derecho a la vivienda.

Según el Cenidh, la violencia sexual busca someter el cuerpo y la voluntad de las personas agredidas, la que se manifiesta de diferentes maneras, entre las que están: acoso u hostigamiento en la calle, en el trabajo, en la casa, en el colegio o centros de estudios, la violación, el incesto, la explotación sexual, turismo sexual, abuso sexual de niñas y niños, prostitución, pornografía, trata de personas. El grado de agresividad y crueldad que coexiste en cada caso de violencia sexual, mayoritariamente en mujeres y niñez, deja secuelas irreparables en la mayoría de los casos y en otros casos la muerte, esto último ha aumentado paulatinamente en los últimos años.

Generalmente quienes cometen estos actos lo hacen conociendo los daños que están causando a sus víctimas, las agresiones están orientadas al claro objeto del deseo y posesión, sin embargo, la motivación es satisfacer sus deseos e instintos de una manera atroz y sin ningún remordimiento.

Para esta institución los factores de riesgo de la violencia sexual más comúnmente mencionados son: las actitudes, las creencias y conductas que están arraigadas en el entorno social, incluyendo la esfera de los iguales, la familia, la iglesia, la comunidad y la sociedad.

Prevención de la violencia intrafamiliar y sexual

En Nicaragua se han realizado diversos esfuerzos para prevenir la violencia intrafamiliar y sexual ejercida contra la mujer, la niñez y la adolescencia, en el marco de los criterios de derechos humanos, económicos y sociales, según las prioridades establecidas por las instancias que trabajan el tema.

Existen muchas definiciones y abordajes acerca de la prevención de la violencia, entre la que se destaca el enfoque sobre el control de la violencia, formulado por el Programa de Salud y Desarrollo Humano (1993) orientado a la reducción de la violencia. Este enfoque se centra en las causas subyacentes de la violencia para prevenirla en los diferentes ámbitos donde se desarrolla el individuo, hogar, escuela, comunidad y sociedad en general, desde un planteamiento interdisciplinario.

“Nicaragua elaboró un Plan Nacional para la Prevención de la Violencia Intrafamiliar y Sexual para el período 2001-2006, con la participación de instituciones estatales y de la sociedad civil, contando con el apoyo de organismos de cooperación internacional. El Plan se constituyó en una política pública, con el fin de abordar de forma integral el fenómeno de la Violencia Intrafamiliar y Sexual”.

“Los objetivos del Plan Nacional se centraron en acciones dirigidas a la búsqueda y consolidación del respeto a la dignidad y derechos humanos de todas las personas, con énfasis en la mujer, niñez y adolescencia, y al fomento de una cultura de paz al interior de las estructuras familiares y la sociedad en su conjunto”.

“Para la formulación, implementación y seguimiento del Plan Nacional, se constituyó en 1998 la Comisión Nacional de Lucha contra la Violencia hacia la Mujer, Niñez y Adolescencia”.

Se ha identificado esfuerzos de prevención sobre la violencia intrafamiliar y sexual, alineados en las siguientes acciones:

I.- Consejo Nacional de Atención y Protección Integral a la Niñez y la Adolescencia (CONAPINA): Constituido como el órgano rector al más alto nivel, encargado de coordinar la ejecución de la Política Nacional de Atención Integral a la Niñez y la Adolescencia y la formación e implementación de los Planes de Acción para la Niñez y la Adolescencia, dejó de funcionar a partir del año 2007.

II.- Ministerio de Educación (MINED): Desarrolla acciones dirigidas a impulsar una cultura de paz, con el objetivo de promover actitudes positivas en el estudiantado y docentes. Cuenta con una red de consejeros docentes, con directrices hacia el nivel nacional, mediante los que se ha desarrollado un proceso de capacitación.

El Ministerio de Educación en la actualidad cuenta con redes en tema de prevención de la trata de personas, abuso sexual; capacita a docentes y consejeros sobre los procedimientos a seguir cuando estos casos son detectados.

III.- Instituto de la Juventud: Cuenta con una Política Macro para el desarrollo integral de la juventud, que contiene ejes de educación, salud, empleo, participación, prevención y atención a la violencia.

Con fondos de la ventana de género para el cumplimiento de los Objetivos del Milenio, coordina los esfuerzos inter-institucionales del programa De la Retórica a la Realidad para el Abordaje de la Violencia de Género.

IV.- Ministerio de la Familia: No cuenta con un programa especial sobre violencia intrafamiliar y sexual, su prioridad es la familia como núcleo fundamental de la sociedad, su fin es la restitución de valores y el fortalecimiento del liderazgo comunitario en búsqueda de la solución de sus problemas. Los jóvenes, son sujetos de programas dirigidos a la prevención del uso de drogas y factores de riesgo. Sus acciones están encaminadas a sustituir la mentalidad asistencialista por una de desarrollo.

V.- Ministerio de Salud (MINSA): Se está implementando el Modelo de Atención Integral con un enfoque hacia la familia y la comunidad. Se espera que por medio de la revisión médica en las familias, se identifiquen las personas con factores de riesgos y se detecte la violencia en el proceso de dispensarización. En caso de que en el perfil de salud prevalezca la violencia, se diseñan estrategias para su abordaje en coordinación con las instituciones y la comunidad.

VI.- Ministerio de Gobernación: Policía Nacional; Principalmente la Dirección de la Comisaría de la Mujer y la Niñez.¹⁷

DISEÑO METODOLOGICO

- a) **Tipo de Estudio:** Descriptivo, de corte transversal, según su orientación en el tiempo. Se revisaron los expedientes médicos legales de los niños(as) y adolescentes valorados por cualquier tipo de abuso sexual en el área de Psicología y Psiquiatría Forense del Instituto de Medicina Legal, sede Managua, del 1 de enero al 30 de junio del 2011.
- b) **Área de Estudio:** Fue realizado en Managua, en el Instituto de Medicina Legal, Área de Psicología y Psiquiatría Forense de éste Instituto.
- c) **Universo:** Se constituyó por 80 casos, de los(as) niños(as) y adolescentes víctimas de abuso sexual registrados en el Instituto de Medicina Legal, del 1 de Enero al 30 de junio del 2011.
- d) **Muestra:** Por conveniencia del estudio, el universo fue igual que la muestra, la cual fue de 80 casos de abuso sexual de los niños(as) y adolescentes, registrados en el Instituto de Medicina Legal del 1 de Enero al 30 de Junio del 2011.
- e) **Unidad de Análisis:** Fueron los expedientes médicos legales del Departamento de Archivo y Estadísticas del Instituto de Medicina Legal.
- f) **Criterios de Selección:**
- **Criterios de Inclusión:** Son todos los expedientes de niños(as) y adolescentes víctimas de abuso sexual, que han sido valorados en el Instituto de medicina Legal de Managua, Nicaragua; área de Psicología y Psiquiatría, en el período que comprende el estudio.
 - **Criterios de Exclusión:** Los casos que no sean expedientes de niños(as) y adolescentes víctimas de abuso sexual.

g) Variables de Estudio

Describir las características socio demográficas de los(as) niños(as) y adolescentes atendidos por abuso sexual.

- Edad
- Sexo
- Procedencia
- Escolaridad

Señalar tipo de agresión sufrida y tipo de agresor.

- Tipo de agresión sufrida:
 - Amenaza Psicológica
 - Amenaza Física
 - Tocar el cuerpo o genitales de la víctima
 - Obligar que la víctima toque al agresor
 - Violación
- Tipo de agresor:
 - Padrastro
 - Tío
 - Abuelo
 - Padre
 - Primo
 - Amigo de la familia
 - Maestro
 - Vecino
 - Extraño
 - Hermano
 - Novio
 - Amigo
 - Cuñado

Citar las alteraciones psíquicas y quejas somáticas presentes en las víctimas de abuso, descritas en los dictámenes médicos legales:

- Síntomas de Ansiedad:
 - Miedo
 - Fobia
 - Insomnio
 - Pesadillas
 - Pensamientos persistentes sobre los hechos
 - Renuncia a estar con el agresor
 - Repetición del evento a través del juego
 - Renuncia a hablar sobre los hechos
 - Onicofagia
 - Mal comportamiento en la escuela
 - Retracción cerca del ofensor

- Síntomas de Depresión:
 - Sentimientos de tristeza, vacío, desesperanza
 - Sentimientos de haber sido traicionado(a), utilizado(a)
 - Sentimientos de culpa, inutilidad e impotencia
 - Tendencia suicida
 - Menor rendimiento escolar
 - Más callado(a), menos sociable
- Alteraciones disociativas:
 - Amnesia
 - Extrañamiento/ despersonalización
 - Fallas para recordar (fechas, nombres, rostros, hechos, etc.)
 - Personalidad disociada
- Alteraciones en el comportamiento sexual:
 - Masturbación
 - Exceso de curiosidad sexual
 - Promiscuidad sexual
 - Conducta sexual agresiva
- Síntomas Somáticos:
 - Náuseas, Vómitos
 - Encopresis
 - Enuresis
 - Dolor de estómago
 - Dolor en áreas tocadas
 - Inapetencia
 - Dificultad en el lenguaje
 - Otros

h) Fuente de Información: La fuente de información fue secundaria, ya que se recolectó a través de los expedientes médicos legales del Departamento de Archivo y Estadísticas del Instituto de Medicina Legal.

i) Técnica de Recolección de Información: La técnica utilizada consistió en la revisión de los expedientes médicos legales, registrados en el Instituto de Medicina Legal de Managua del 1 de enero al 30 de Junio del 2011, esta actividad fue realizada por la investigadora.

j) Instrumento de Recolección de Información: El Instrumento de recolección de la información lo constituye una ficha, previamente elaborada, en la que se reflejen los datos de interés del estudio y que aparecen en cada documento médico-legal relacionados a la víctima y al agresor. (Ver Anexos 5)

k) Procesamiento de la Información: Para el procesamiento de datos se utilizó el programa SPSS versión 15.0, para presentar una distribución de frecuencia expresada en cifras absolutas y porcentajes.

Los resultados y las tablas de salida para las diferentes variables, así como el cruce necesario de las mismas fueron analizados para proceder a la elaboración del informe final.

l) Consideraciones Éticas Se obtuvo autorización para la realización de este estudio por partes de las autoridades correspondientes del Instituto de Medicina Legal, sede Managua y en particular del área de Psicología y Psiquiatría Forense. La información fue manejada confidencialmente y exclusivamente para efecto del estudio.

m) Trabajo de Campo: Para realizar el presente estudio, se solicitó permiso al Coordinador del departamento de Psicología y Psiquiatría del Instituto de Medicina Legal de la sede Managua, para lo cual se autorizó la revisión de los expedientes médicos legales, obteniendo la información a través de fuente secundaria.

RESULTADOS

I.- CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

Se revisaron 80 expedientes de niños(as) y adolescentes con edades comprendidas de 0 a 19 años, de las cuales el 82.5% (66) pertenecen al sexo femenino y 17.5% (14) al sexo masculino. (Ver cuadro No. 1)

Al observar su distribución por sexo notamos que predomina el sexo femenino.

En su distribución por edad observamos que el grupo etáreo que sobresale es el de 8 a 11 años, con el 30% (24 niños/as), sigue en orden de frecuencia la edad de 12 a 15 años, con el 28.8% (23 niños/as). Luego la edad comprendida entre los 4 a 7 años de edad, con 22.5% (18 niños/as). En la edad de 0 a 3 años encontramos un 3.8% (3 niños/as). (Ver cuadro No.2)

En la procedencia, podemos notar que la mitad de los niños(as) pertenecen al área urbana (50%) y la otra mitad al área rural (50%). (Ver cuadro No.3)

Revisando la escolaridad de los niños(as), la mayoría se encuentran cursando primaria 41.3% (33 niños/as), sigue en orden de frecuencia secundaria con el 35.0% (28 niños/as), 18.8% en pre escolar (15 niños/as) y 1.3% en la Universidad (1 adolescente), esto va acorde a la edad de los(as) mismos(as). (Ver cuadro No.4)

II. 1.- TIPO DE AGRESION SUFRIDA

En cuanto a los tipos de agresiones sufridas por los(as) niños(as) y adolescentes, se encuentra que la mayoría de ellos(as) han sufrido algún tipo de agresión:

76.3% han sufrido amenaza psicológica (51 niñas y 10 varones); 51.3% niños han sufrido amenaza física (32 mujeres y 9 varones); fueron víctimas de violación el 48.8% (29 niñas y 10 niños); le han tocado alguna parte del cuerpo al 56.3% (38 niñas y 7 niños). Obligaron al niño/a a tocar al agresor 30% (21 niñas y 3 niños). (Ver cuadro No.5)

II.2.- TIPO DE AGRESOR

El tipo de agresor que más frecuentemente fue identificado es el vecino del niño(a) agredido (23.8%); en segundo lugar el padrastro (20.0%); siguiendo en orden de frecuencia el tío y un extraño con el mismo porcentaje (8.8%); padre, primo y novio (7.5%); en menor porcentaje se sitúa el abuelo, maestro, amigo, hermano y cuñado. (Ver cuadro No.8)

Agresor y tipo de agresión utilizada.

Lo que más utilizaron los agresores fue la amenaza psicológica, un 76.3%, en segundo lugar tocarle el cuerpo a la víctima (56.3%); seguido por la amenaza física (51.3%).

Las otras formas de agresión en orden de mayor a menor son: Violación, obligar a la víctima a tocar al agresor y otras agresiones.

III.-ALTERACIONES PSIQUICAS ENCONTRADAS EN LOS(AS) NIÑOS(AS) QUE HAN PRESENTADO ALGUN TIPO DE ABUSO SEXUAL.

III.1.- ANSIEDAD.

La mayoría de los(as) niños(as) presentan alteraciones psíquicas luego de ser víctimas de algún tipo de abuso sexual, entre los resultados encontrados tenemos:

Perciben miedo el 87.5% (57 mujeres y 10 varones). Sólo el 6.3% presentan fobia (4 niñas y 1 niño); 77.5 % de los(as) niños(as) presentan insomnio (51 niñas y 11 varones); Tienen pesadillas un 63.8% (44 mujeres y 7 varones); Pensamientos persistentes sobre los hechos en el 77.5% (49 niñas y 13 niños); el 57.5% renuncian a estar con el agresor (38 mujeres y 8 varones); Renuncian a hablar sobre los hechos 52.5% (33 mujeres y 9 varones). El 40.0% presenta mal comportamiento en la escuela (25 niñas y 7 niños); El 28.8% repite el evento a través del juego (11 niñas y 4 niños). Ningún niño(a) presenta onicofagia. El 13.8% se retracta cerca del ofensor (9 niñas y 2 varones). Otros síntomas lo presentan el 30% (20 niñas y 4 niños) (Ver cuadro No. 10)

III.2.- DEPRESION

70% de los(as) niños(as) y adolescentes presentan sentimientos de tristeza, vacío y desesperanza. El 38.8% tienen sentimientos de haber sido traicionados(as) y utilizados(as); 61.3% sentimientos de culpa, inutilidad e impotencia; 13.8% tienen tendencia al suicidio. Hay menor rendimiento escolar en el 28.8%; 73.8% niños(as) y adolescentes están más callados(as) y menos sociables. (Ver cuadro No. 10)

III.3.- SINTOMAS DISOCIATIVOS

El 2.5% tienen amnesia. Se encuentra despersonalización en el 26.3%. Falla para recordar fechas, nombres, rostros, hechos, etc., en el 18.8% de los niños(as) y adolescentes. Sólo 3 niños(as) (3.8%) presentan personalidad disociada. (Ver cuadro No. 10)

III.4.- ALTERACIONES EN EL COMPORTAMIENTO SEXUAL

El mayor porcentaje lo encontramos con el 15% presentando conducta sexual agresiva. Exceso de curiosidad sexual en el 3.8%. 1.3% presenta promiscuidad sexual y masturbación; (Ver cuadro No.10)

III.5.- ALTERACIONES SOMÁTICAS

Náuseas y vómitos son encontrados en el 11.3% de los(as) niños(as) y adolescentes; 3.8% presenta encopresis y un 10% enuresis; 31.3% tienen síntomas de dolor estomacal; 35% aqueja dolor en áreas tocadas; 6.3% presenta inapetencia. Dificultad en el lenguaje en el 10% de las víctimas. Otros síntomas son registrados en el 31.3%. (Ver Cuadro No. 10)

ANÁLISIS DE RESULTADOS

La Convención de los Derechos del Niño y la Niña, en su artículo 19, deja establecido el derecho de los(as) niños(as) y adolescentes a la protección contra cualquier forma de maltrato.

A través de dicho artículo los Estados parte se comprometen a adoptar las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas para proteger al niño(a) de toda clase de violencia, como el abuso y la explotación sexual.

También se comprometen al establecimiento de medidas de prevención que deben comprender los procedimientos necesarios para el establecimiento de programas sociales que proporcionen a los(as) niños(as) la asistencia que requieren.

La Convención sobre los derechos del niño(a), Programa de Promoción y Derechos de la Infancia en su artículo 34 refiere:

“PROTECCIÓN CONTRA EL ABUSO Y LA EXPLOTACIÓN SEXUAL. Los niños y niñas tienen derecho a estar protegidos contra todas las formas de explotación y abusos sexuales.”¹⁵

Todos los autores sobre el tema de Violencia Sexual están de acuerdo que *“cualquier trauma (un delito violento, lo es), supone un quiebre en el sentimiento de seguridad de cualquier persona y de rebote en el entorno familiar cercano.”* De esto parte el interés en el conocimiento de las reacciones y secuelas emocionales que arrastran muchas personas – más frecuente mujeres y niños(as) – a lo largo de toda su vida. ¹¹

Todos los años, 275 millones de niños y niñas de todo el mundo sufren a causa de la violencia doméstica y padecen las consecuencias de una turbulenta vida familiar. La violencia contra niños y niñas conlleva abuso físico y psicológico, abandono o negligencia, explotación y abuso sexual.²⁰

I.- CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LOS NIÑOS(AS) Y ADOLESCENTES

Se revisaron 80 expedientes de niños(as) y adolescentes en las edades comprendidas entre 0 a 19 años, de las cuales 82.5% pertenecen al sexo femenino y 17.5% al sexo masculino. La mayoría de las víctimas pertenecen al sexo femenino, hay una relación 1:5 entre varones y mujeres.

Como ha sido reportado en otras estadísticas tanto nacionales como extranjeras, en las que la mayoría de las víctimas en este tipo de delito son niñas; constituye este delito en una forma más de agresión contra las mujeres por razón de su género. La violencia estructural y privada es la cara visible del sistema patriarcal de desigualdad donde las mujeres, niños y niñas, son víctimas de marginación, humillación, maltrato y discriminación.

Al relacionar sexo y tipo de agresión encontramos que son las niñas las más afectadas:

De las 61 víctimas de abuso sexual que sufren amenaza psicológica 51 víctimas son mujeres y 10 varones.

De las 41 víctimas de amenaza física, 32 son niñas y 9 varones.

De las 24 víctimas que son obligadas a tocar al agresor, 21 son niñas y 3 varones.

De las 39 víctimas de Violación, 29 son mujeres y 10 varones.

De las 17 víctimas de Otras Agresiones, 15 son niñas y 2 varones.

El abuso sexual ocurre en todas las edades, muestra un porcentaje más alto en víctimas con edades entre los 8 a 11 años (30.0%) y en la edad de 12 a 15 años (28.8%).

El 89.7% de las denuncias de violencia sexual en las Comisarías de la Policía Nacional en el año 2002, el 60.7% en el año 2003 y el 67.3% en el año 2004, tenían como víctima una niña, niño o adolescente. Durante los tres años revisados, el grupo etéreo con mayor frecuencia de denuncias, de acuerdo a los registros nacionales, es entre los 11 y 15 años de edad. ¹⁰

Este dato basado en registro de denuncias es compatible con lo encontrado por Dos Generaciones en su estudio de incidencia de 2001 que reporta que el grupo etéreo más afectado entre los casos atendidos fue el de 12 a 15 años con un 45% de incidencia de casos (Castillo S and Amador A, 2001). ²⁰

Esto va acorde a los resultados antes expuestos, encontrando los dos grupos etéreos más afectados entre 8 a 11 y 12 a 15 años. Como una explicación para esta situación, sobre todo en el caso de las niñas, es que a esta edad inician cambios físicos propios ya de la pubertad pero aún siguen siendo niñas en su manera de comportarse, jugar, etc., lo que las hace más vulnerables a ser agredidas sexualmente que las/los mayores que ellos, o las/los más pequeños.

El 95.7% de víctimas de abuso sexual registradas en la Policía Nacional y en el Ministerio de la Familia son niñas y adolescentes mujeres. Los pocos varones que denunciaron eran menores de 15 años. Este mismo hallazgo es encontrado a través de datos de prevalencia, que señalan que solamente el 3.3% de los niños se reportan como abusados (Fundación Sobrevivientes y Save the Children Noruega. 2003).¹⁰

Las niñas y las mujeres son víctimas frecuentes de actos de violencia física y sexual dentro y fuera del hogar. Aunque gran parte de tales asaltos no se denuncian debido al estigma que representa este tipo de crimen, un reciente estudio multinacional realizado por la Organización Mundial de la Salud reveló que entre el 15% y el 71% de las mujeres habían sufrido asaltos físicos o sexuales de un compañero íntimo.

Estudios recientes muestran niveles elevados de violencia sexual en la infancia –hasta de un 21% según un estudio multinacional de la Organización Mundial de la Salud– y las niñas tienen muchas más posibilidades de ser víctimas de abusos que los varones.

Está en relación con los resultados de este estudio donde el sexo predominante de haber sido víctima de abuso es el femenino.

La violencia sexual y por motivos de género abunda también en escuelas y universidades, en su mayor parte está dirigida contra las niñas.

Los varones expuestos a la violencia doméstica de sus padres tienen el doble de probabilidades de convertirse en hombres abusadores que los hijos de padres no violentos. Además, las niñas que presencian abusos cometidos contra sus madres tienen más probabilidades de aceptar la violencia en el matrimonio que las niñas que provienen de hogares no violentos.

Estudios realizados en los países en desarrollo más grandes del mundo, como China, Colombia, Egipto, Filipinas, India, México, y Sudáfrica, indica que existe correlación entre violencia contra las mujeres y violencia contra la infancia.

Esta es una de las razones por la que ***El Estado Mundial de la Infancia 2007*** informa sobre las vidas de las mujeres de todo el mundo por una razón muy simple: “la igualdad entre los géneros y el bienestar de la infancia van de la mano. Cuando se promueve la autonomía de las mujeres para que lleven vidas plenas y productivas, los niños y las niñas prosperan. La experiencia de UNICEF muestra también lo contrario: cuando se deniega a las mujeres la igualdad de oportunidades dentro de una sociedad, los niños y las niñas sufren.”

“La igualdad entre los géneros es fundamental para la realización de la Agenda del Milenio, que corre el riesgo de fracasar si no cuenta con la participación plena de todos los miembros de la sociedad. En la Declaración del Milenio y en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, así como en la base misma de las Naciones Unidas, se encuentra el reconocimiento de que las personas vulnerables, **sobre todo los niños y niñas, necesitan que se les brinde un cuidado y atención especiales.**”

La Declaración del Milenio pide concretamente la plena puesta en vigor de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer y

la Convención sobre los Derechos del Niño; estos dos tratados se consideran normas de derechos humanos que resultan fundamentales para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).²⁰

Revisando la escolaridad de los niños encuestados, vemos que la mayoría se encuentran cursando primaria, sigue en orden de frecuencia secundaria y pre escolar.

En el estudio realizado por el CIDS UNAN, León, de acuerdo a las estadísticas de las Comisarías, las víctimas de abuso sexual durante los años 2002, 2003 y 2004 tenían niveles de escolaridad primaria o analfabeta en el 64% de los casos. Lo que es en parte esperado si tomamos en cuenta su edad.

En el presente estudio la escolaridad también va acorde a lo esperado si tomamos en cuenta la edad de los(as) niños(as) y adolescentes.

En cuanto a la procedencia, la mitad de los niños pertenecen al área urbana y la otra mitad al área rural.

II.1.- TIPOS DE AGRESIONES SUFRIDAS POR LOS(AS) NIÑO(AS)

En cuanto a los tipos de agresiones sufridas por estos(as) niños(as) y adolescentes la mayoría han sufrido algún tipo de agresión: El 76.3% han sufrido amenaza psicológica; el 51.3% amenaza física. Le han tocado alguna parte del cuerpo al 56.3%. Fueron violados el 48.8% de las víctimas, (29 niñas y 10 niños). Lo que más utilizaron los agresores fue la amenaza psicológica, seguida de la amenaza física.

II.2.- PARENTESCO DEL AGRESOR

El tipo de agresor que más frecuentemente fue identificado es el vecino del niño agredido, en segundo lugar el padrastro; siguiendo en orden de frecuencia el tío y un extraño.

Según el autor Gonzalo Olivan Gonzalvo, Especialista en Pediatría, del Servicio de Pediatría y Adolescencia del Instituto Aragonés de los Servicios Sociales los aspectos claves para sospecha de abuso sexual son: “Es habitualmente un hombre [el padre (31%); otro familiar varón, incluido el padrastro (28%); el compañero sentimental de la madre (5%); otro varón extra familiar habitualmente conocido por el niño (19%)]. Más raramente es la madre (4%), cuidadora (7%) u otra mujer conocida por el niño (2%).”¹⁹

Esto tiene cierta similitud con los resultados encontrados en nuestro estudio, como se ha expuesto anteriormente.

En otros estudios, se reporta al padre, seguido por el padrastro y el tío en un tercer lugar (Roldán, 1990; Batres. 1997). El 100% de las personas imputadas como ofensores/as sexuales eran de sexo masculino.³

III.- ALTERACIONES PSIQUICAS ENCONTRADAS EN LOS NIÑOS(AS) Y ADOLESCENTES QUE HAN PRESENTADO ALGUN TIPO DE ABUSO SEXUAL.

La mayoría de los niños(as) y adolescentes presentan alteraciones psíquicas luego de ser víctimas de algún tipo de abuso sexual.

Toda la literatura revisada refiere que los niños y niñas que sobreviven al abuso suelen sufrir daños físicos y psicológicos a largo plazo que afectan su capacidad de aprender, de relacionarse socialmente, tener un buen rendimiento escolar, llegar a desarrollar amistades íntimas y positivas, eventualmente formar una familia propia y llevar una vida estable basada en la confianza, seguridad personal, dentro de los parámetros brindados por nuestra sociedad actual.

Las alteraciones psíquicas que presentan los niños, niñas y adolescentes se correlacionan con estudios como los del centro de Asistencia a Víctimas de Agresión Sexual y el estudio de William Bernet MD; William Ayres MD; John E Dunne MD. “Parámetros de la práctica de la evaluación forense en niños, niñas y adolescentes que pueden haber sido abusados física o sexualmente” By the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 1997, hacen referencia a los síntomas de ansiedad cuando se tiene un abuso sexual en un preescolar, escolar y en la pubertad. En el abuso crónico y por familiar cercano se presenta sintomatología depresiva acompañado de estrés postraumático. En el estudio se encuentra la sintomatología de fobia, insomnio, pesadilla, pensamientos persistentes sobre los hechos, renuncia a estar con el agresor. En relación a la sintomatología depresiva se encuentra sentimientos de tristeza, vacío, desesperanza, menor rendimiento escolar, más callado, menos sociable.

En relación al comportamiento sexual tenemos: masturbación, exceso de curiosidad sexual y conducta sexual agresiva. En cuanto a las alteraciones somáticas tenemos: vómitos, náuseas, enuresis, dolor estomacal, dolor en áreas tocada.

Friedrich et al. (1987) Y Friedrich y Grambsch (1992) encontró que los(as) niños(as) que han sido víctimas de abusos sexuales tienen más probabilidades que los(as) niños(as) normales de manifiesto sexual inapropiado, comportamientos tales como tratar de desnudar a otras personas, hablar en exceso sobre los actos sexuales, masturbarse con un objeto imitando el coito, la inserción de objetos en la vagina o el ano y frotando su cuerpo contra otras personas.

Beitchman et al. (1991) examinó los efectos a corto plazo del abuso sexual infantil. Ellos encontraron que las víctimas de abuso sexual de niños(as) tienen más probabilidades que las no víctimas de desarrollar algún tipo de comportamiento sexual inapropiado. En los(as) niños(as) esta preocupación con la sexualidad se manifiesta por juegos sexuales, masturbación, comportamiento seductor o sexualmente agresivo y la edad inapropiada de la víctima para el conocimiento sexual.

En el presente estudio, los resultados mostraron pocos niños(as) con alteraciones en el comportamiento sexual, el porcentaje más elevado fue del 15% que presentan una conducta sexual agresiva. Un niño con masturbación y exceso de curiosidad sexual en el 3.8%.

Green (1993) examinó los efectos inmediatos ya largo plazo de abuso sexual infantil. Él encontró que los principales problemas psicológicos en los(as) niños(as) víctimas de abusos sexuales fueron los siguientes: trastornos de ansiedad, como el miedo, pesadillas, fobias; quejas somáticas; trastorno de estrés postraumático; reacciones disociativas y síntomas histéricos, como los períodos de amnesia, estados de trance, trastorno de personalidad múltiple, depresión, baja autoestima.

Kendall-TACKET et al. (1993) revisó 45 estudios sobre el impacto del abuso sexual en niños(as) pequeños(as). Los síntomas incluyen temores, el trastorno de estrés postraumático, problemas de conducta, conducta sexualizadas y baja autoestima. No hay un síntoma caracterizado a la mayoría de niños(as) abusado(as) sexualmente. Aproximadamente un tercio de las víctimas no tuvieron ningún síntoma.

Esto lo podemos comparar con los resultados obtenidos, ya que los principales síntomas encontrados están dentro de la clasificación de ansiedad y depresión, como los sentimientos de miedo, insomnio, pesadillas; renuncian a hablar sobre los hechos; mal comportamiento en la escuela; sentimientos de tristeza, vacío y desesperanza; sentimientos de culpa, inutilidad e impotencia; son niños(as) más callados(as), menos sociables, y tenemos un impactante 13.8% de víctimas con tendencia al suicidio.

Los niños, niñas y adolescentes que crecen en un hogar donde reina la violencia tienen más riesgo a ser víctimas de esta violencia comparándolos con niños, niñas y adolescentes que viven en un hogar apacible.

Las consecuencias psicológicas y de conducta de los(as) niños(as) que crecen en un hogar violento pueden ser igualmente devastadoras para los niños y niñas que directamente no son víctimas de abusos. Los niños y niñas que están expuestos a la violencia suelen presentar síntomas de estrés postraumático, como incontinencia nocturna o pesadillas, tienen un mayor margen de riesgo que sus semejantes de padecer de alergias, asma, problemas gastrointestinales, depresión y ansiedad.

Los niños y niñas en edad escolar primaria que están expuestos a la violencia doméstica (de cualquier tipo), pueden tener más dificultades con las tareas escolares y muestran deficiencias en la atención y la concentración. Los resultados de nuestro estudio muestran que el 28.8% tienen menor rendimiento escolar y el 40.0% presentan mal comportamiento en la escuela.

También tienen mayores probabilidades de intentar cometer suicidio, consumir drogas y bebidas alcohólicas. Es bien conocida la incidencia de violencia sexual en ambientes domésticos. En nuestros resultados encontramos síntomas de depresión hasta del 70% de las víctimas y un 13.8% con tendencia al suicidio, el que nos resulta realmente impactante al tratarse de niñas, niños y adolescentes.

Los principios fundamentales del Informe del Experto Independiente para el Estudio de las Naciones Unidas sobre la Violencia contra los(as) Niños(as) y adolescentes.

- No hay ningún tipo de violencia contra los(as) niños(as) que pueda justificarse. Los(as) niños(as) nunca deben recibir menos protección que los adultos;
- Toda la violencia contra los(as) niños(as) se puede prevenir. Los Estados deben invertir en políticas y programas basados en pruebas para abordar los factores causales de la violencia contra ellos(as);
- Los Estados tienen la responsabilidad primordial de hacer que se respeten los derechos de los(as) niños(as) a la protección y al acceso a los servicios, prestar apoyo a la capacidad de las familias para proporcionarles cuidados en un entorno seguro;

- Los Estados tienen la obligación de garantizar que los que cometan actos de violencia rindan cuentas;
- La vulnerabilidad de los(as) niños(as) a la violencia está relacionada con su edad y capacidad evolutiva. Algunos(as) niños(as), debido a su género, raza, origen étnico, discapacidad o condición social, son especialmente vulnerables;
- Los(as) niños(as) tienen derecho a expresar sus opiniones y a que éstas se tengan en cuenta en la aplicación de políticas y programas.²⁰

Para hacer un análisis objetivo de la violencia sexual, debe mencionarse que la conducta violenta o la agresión hacia los(as) niños(as), está estrictamente relacionada con el abuso del poder del adulto sobre las personas menores de edad, el cual tiene como principal objetivo el sometimiento y es en parte, una consecuencia de la percepción que el adulto tiene de los(as) niños(as) y adolescentes: "...seres inferiores, incapaces, dependientes."

En nuestro país la violencia contra la niñez está asociada con factores económicos, sociales, culturales, históricos, educativos, que cruzan y se expanden a lo largo de la vida cotidiana.

CONCLUSIONES

1. La mayoría de las víctimas pertenecen al sexo femenino, hay una relación 1:5 entre varones y mujeres.
2. El abuso sexual ocurre en todas las edades, muestra un porcentaje más alto en víctimas con edades entre los 8 - 11 años y en la edad de 12 - 15 años.
3. En todos los casos los ofensores fueron de sexo masculino. El tipo de agresor que más frecuentemente fue identificado es el vecino del niño agredido y en segundo lugar el padrastro.
4. Los tipos de agresión más frecuente utilizados son la amenaza psicológica y la amenaza física.
5. La violación estuvo presente en casi la mitad de las víctimas.
6. Dentro de los síntomas de Ansiedad la mayoría de las víctimas sienten miedo, insomnio, renuncian a estar con el agresor, pensamientos persistentes sobre los hechos y pesadillas.
7. Entre los síntomas de Depresión, los más frecuentes son los sentimientos de tristeza, vacío, desesperanza; estar más callados, menos sociables y los sentimientos de culpa, inutilidad e impotencia.
8. Hay víctimas con tendencia al suicidio.
9. Menos frecuentes encontramos síntomas disociativos, alteraciones en el comportamiento sexual y alteraciones somáticas.

RECOMENDACIONES

I.- A las Instituciones del Estado:

- 1.- El Estado debe adoptar las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas para protección del niño(a) y adolescente del abuso sexual.
- 2.- Garantizar medidas de prevención, atención y protección integral para el establecimiento de programas sociales que proporcionen a los niños(as) la asistencia que requieren.
- 3.- Dar a conocer las leyes para la atención del problema, permitiendo a la población hacer uso de las instancias existentes en forma oportuna.
- 4.- Mejorar el registro de casos y denuncia de estos delitos contra la niñez, capacitando a todo el personal que labora en las diferentes organizaciones involucradas como las Comisarías de la Mujer y la niñez, Mifamilia, CENIDH, etc.
- 5.- El Ministerio de Salud debe enfrentar el tema de Violencia Sexual, es urgente que en todos los SILAIS, hospitales, centros de salud, puestos de salud, vayan incorporando el tema; ya que la violencia y el abuso infantil, en cualquiera de sus formas es un problema de salud pública.

II. A la sociedad civil:

- 1.- Fortalecer las relaciones entre los organismos de la sociedad civil, para estandarizar los modelos de detección, atención y prevención del Abuso Sexual infantil.
- 2.- Realizar acciones de monitoreo y evaluación del impacto en las diferentes acciones y programas, organizando investigaciones para la evaluación de la magnitud real del fenómeno en la población.

3.- Profundizar en el análisis de los factores culturales y su incidencia en el fenómeno del Abuso Sexual Infantil para avanzar de manera efectiva e implementar una política integral para la erradicación de este problema que deja huellas tan profundas en las víctimas, familias y sociedad en general.

III. Al Instituto de Medicina Legal:

- 1.- Divulgar el nuevo modelo de atención integral a las víctimas de delitos sexuales.
- 2.- Relacionar el nuevo modelo de atención integral con la nueva ley de violencia hacia la mujer, Ley 779.
- 3.- Fortalecer el área de estadística y promover investigación sobre delitos sexuales en la niñez y adolescencia.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA.

1. - Kilpatrick DG, Saunders BE, Amick-McMullan A, Best CL, Veronen LJ, Jesnick HS. Victim and crime factors associated with the development of crime related PTSD. BehaviorTherapy 1989; 20: 199-214.
- 2.- Pereda Noemí, Polo Pilar, Grau Núria, Navales Núria y Martínez Mireia. Víctimas de abuso sexual en la infancia. Estudio Descriptivo. Revista de estudio de la violencia. Núm. 1. Gener- Marzo 2007. www.icev.cat.
- 3.- Castillo Ramírez, Sisy. Delitos sexuales valorados en el Consejo Médico Forense y su seguimiento en el proceso judicial.Med. Legal. Costa Rica [online]. 2001, vol.18, n.2, pp.57 – 67. ISSN 1409-0015.
- 4.-Raúl D. Onostre Guerra. Abuso sexual en niños y niñas. Consideraciones Clínicas (Bolivia). Revista Chilena de Pediatría. Rev. Chil. Pediatr. V.71 n.4 Santiago jul. 2000.
- 5.- Prof. Dra. Hilda Marchiori. Víctimas vulnerables: Niños víctimas de abuso sexual.ILANUD 27. Argentina.
- 6.- Estudio multipaís de laOMS sobre salud de lamujer y violencia domésticacontra la mujer. Primeros resultados sobre prevalencia,eventos relativos a la salud y respuestade las mujeres a dicha violencia. Organización Mundial de la Salud 2005
7. – Charles Felzen Johnson. Sexual Abuse in children. Pediatrics in Review. 2006; 27; 17-27.
- 8.-Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe Mundial sobre la violencia y la salud. 2009.
- 9.- Nicaragua, Policía Nacional Dirección Comisaría de la Mujer y la Niñez. Diagnóstico de la violencia intrafamiliar y sexual en Nicaragua / Policía nacional Dirección Comisaría de la Mujer y la Niñez. -- 1a ed. -- Managua: Policía Nacional; PNUD, 2009. 112 p. ISBN: 978-99924-0-829-2.1. VIOLENCIA INTRAFAMILIAR 2. EVALUACIONDE LA VIOLENCIA 3. NICARAGUA-PROBLEMAS SOCIALES.
- 10.- Informe sobre violencia sexual a niños, niñas y adolescentes. CIDS, UNAN, León. Elliette Valladares, Rodolfo Peña, investigadores de CIDS UNAN-León. Informe sobre abuso sexual de niños, niñas y adolescentes: Nicaragua 2005/ SavetheChildren Noruega/ CIDS UNAN-León. Agosto 2006.

11.- Echeburúa E. El estrés postraumático en las víctimas. Factores predictivos del trastorno por estrés postraumático en víctimas de agresiones sexuales. 2003. [citado 27 Nov. 2006] Disponible en URL:

http://www.webzinemaker.com/admi/m2/page.php3?num_web=11235&rubr=4&id=72033

12.- Echeburúa y P. de Corral. Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. Cuad. Med. Forense, 12(43 – 44), Enero-Abril 2006.

13.-Echeburúa E, Corral P, Amor Pedro J. Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. Psicopatología Clínica, Legal y Forense, vol.4, 2004; pp. 227-244.

14.- Jorge González Fernández, Encar Pardo Fernández. El daño psíquico en las víctimas de Agresión sexual. Principios éticos en la práctica pericial psiquiátrica. Artículo publicado en el VIII Congreso Virtual de Psiquiatría (Interpsiquis 2007).

http://www.psiquiatria.com/articulos/psiquiatria_legal/29258/

15. - William Bernet, MD, William Ayres, MD, John E Dunne, MD. Parámetros de la práctica de la evaluación forense en niños, niñas, y adolescentes que pueden haber sido abusados física o sexualmente. By the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 1997.

16. –Convención sobre los Derechos del niño.Programa de Promoción y Defensa de los Derechos de la Infancia. Primera Edición: Agosto 2009. Versiones adaptadas de la Convención de los derechos de los niños, “Mis derechos”, Save the Children, 1999.

17.- cenidh.tripod.com/RightFrame3.html. 25 de enero del 2012.

18.- Código de la niñez y adolescencia. Ley No. 287. Managua, doce de mayo de mil novecientos noventa y ocho.

19.- Gonzalo Olivan Gonzalvo. Servicio de Pediatría y Adolescencia del Instituto Aragonés de los Servicios Sociales. Aspectos clave. Sospecha de Maltrato Infantil. Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales. Aragón, España. 2002.

20.- Estado Mundial de la Infancia 2007. La mujer y la infancia. El doble dividendo de la igualdad de género. Fondo de las Naciones Unidas para la infancia. (UNICEF), 2006.

ANEXOS

ANEXO 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

OBJETIVO 1: Describir las características socio demográficas de los(as) niños(as) y adolescentes atendidos por abuso sexual.

TABLA 1:

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR	VALOR	ESCALA
EDAD	Clasificación de acuerdo al rango de edad en años cumplidos según datos del dictamen médico-legal	Según datos del expediente médico-legal	Años	0-3 años 4-7 años 8-11 años 12-15 años 15-19 años
SEXO	Características fenotípicas que distinguen al macho de la hembra.	Según datos del expediente médico-legal	Femenino Masculino	
PROCEDENCIA	El sitio de origen de la víctima según datos del dictamen médico-legal	Según datos del expediente médico-legal	Rural Urbano	
ESCOLARIDAD	Grado o año aprobado según datos del dictamen médico-legal	Según datos del expediente médico-legal	Pre escolar Primaria Secundaria Universitaria Ninguna	

OBJETIVO 2: Señalar tipo de agresión sufrida y tipo de agresor

TABLA 2:

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR	VALOR	ESCALA
AMENAZA PSICOLÓGICA	Conjunto heterogéneo de comportamientos, en todos los cuales se produce una forma de agresión psicológica, es una conducta que causa un perjuicio a la víctima. Implica coerción, coacción, y/o manipulación.	Según datos del expediente médico-legal		
AMENAZA FÍSICA	Peligro de castigo usando la fuerza física con la intención de causar dolor o incomodidad, por leve que sea.	Según datos del expediente médico-legal		
VIOLACIÓN	Se define desde el punto de vista de la sexualidad, como todo aquel contacto sexual con cualquier persona que por alguna razón no puede (menor de edad) o no quiere dar su consentimiento.	Según datos del expediente médico-legal		
AGRESIÓN	Cualquier acto contrario al derecho de otro. Ataque, acometimiento.	Según datos del expediente médico-legal		

OBJETIVO 3: Citar las alteraciones psíquicas y quejas somáticas presentes en las víctimas de abuso, descritas en los dictámenes médicos legales:

TABLA 3:

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR	VALOR	ESCALA
ANSIEDAD	Estado de inquietud o agitación del ánimo. Puede acompañar a algunas enfermedades como la neurosis.	Según datos del expediente médico-legal	Miedo Fobia Insomnio Pesadillas	
DEPRESION	Enfermedad grave, que interfiere con la vida diaria y el desempeño normal. Afecta a la persona que la padece como a la familia.	Según datos del expediente médico-legal	Sentimientos de tristeza, vacío, desesperanza o pesimismo Sentimientos de culpa, inutilidad e impotencia Tendencia suicida Irritabilidad, inquietud Menor rendimiento escolar Más callado, menos sociable	
REACCIONES DISOCIATIVAS	Consiste en la separación de uno o más componentes del sistema de la personalidad.	Según datos del expediente médico-legal	Amnesia Extrañamiento/Despersonalización Personalidad disociada Sonambulismo	
ALTERACIONES EN EL COMPORTAMIENT SEXUAL	Cambio en el comportamiento según la edad y elementos sociológicos e históricos que determinan diversas actitudes ante el sexo.	Según datos del expediente médico-legal	Masturbación. Exceso de curiosidad sexual. Coito imitar. Promiscuidad sexual. Conducta sexual agresiva.	
QUEJAS SOMATICAS	Alteración que produce una dolencia corporal debida al	Según datos del expediente médico legal	Enuresis. Encopresis. Prurito anal y vaginal. Anorexia. Obesidad.	

	desplazamiento de un sufrimiento psíquico. No puede ser explicado por trastornos orgánicos demostrables.		Dolor de cabeza, estómago, vómitos, etc.	
--	--	--	--	--

ANEXO 2 TABLAS Y GRAFICOS

TABLA 1: Sexo encontrado en alteraciones psíquicas de los niños(as) y adolescentes víctimas de delitos sexuales atendidos en el área de psicología y psiquiatría del Instituto de Medicina Legal sede Managua, Nicaragua del 1 de enero al 30 de junio del 2011

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	% ACUMULADO
FEMENINO	66	82.5	82.5
MASCULINO	14	17.5	100
TOTALES	80	100	

Fuente: Base de datos Cabrera Lezama 2012

TABLA 2: Edad encontrada en alteraciones psíquicas de los niños(as) y adolescentes víctimas de delitos sexuales atendidos en el área de psicología y psiquiatría del Instituto de Medicina Legal sede Managua, Nicaragua del 1 de enero al 30 de junio del 2011

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE	% ACUMULADO
0-3 AÑOS	3	3.8	3.8
4-7 AÑOS	18	22.4	26.3
8-11 AÑOS	24	30	56.3
12-15 AÑOS	23	28.8	85
16-19 AÑOS	12	15	100
TOTALES	80	100	

Fuente: Base de datos Cabrera Lezama 2012

TABLA 3: Procedencia de los casos en alteraciones psíquicas de los niños(as) y adolescentes víctimas de delitos sexuales atendidos en el área de psicología y psiquiatría del Instituto de Medicina Legal sede Managua, Nicaragua del 1 de enero al 30 de junio del 2011

PROCEDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	% ACUMULADO
URBANO	40	50	50
RURAL	40	50	100
TOTALES	80	100	

Fuente: Base de datos Cabrera Lezama 2012

TABLA 4: Escolaridad de las víctimas en alteraciones psíquicas de los niños(as) y adolescentes víctimas de delitos sexuales atendidos en el área de psicología y psiquiatría del Instituto de Medicina Legal sede Managua, Nicaragua del 1 de enero al 30 de junio del 2011

PROCEDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	% ACUMULADO
PREESCOLAR	15	18.8	18.8
PRIMARIA	33	41.2	60
SECUNDARIA	28	35	95
UNNIVERSITARIA	1	1.2	96.3
NINGUNA	3	3.8	100
TOTALES	80	100	

Fuente: Base de datos Cabrera Lezama 2012

TABLA 5: Tipo de agresión registrado en las víctimas en alteraciones psíquicas de los niños y adolescentes víctimas de delitos sexuales atendidos en el área de psicología y psiquiatría del Instituto de Medicina Legal sede Managua, Nicaragua del 1 de enero al 30 de junio del 2011

TIPO DE AGRESION	SI	%	NO	%
PSICOLOGICA	61	76.3	19	23.7
FISICA	41	51.3	39	48.7
CONTACTO	45	56.3	35	43.7
SEDUCCION	24	30	56	70
VIOLACION	39	48.8	41	51.2
OTRAS	17	21.3	63	78.7

Fuente: Base de datos Cabrera Lezama 2012

TABLA 6: Tipo de agresor registrado en las víctimas en alteraciones psíquicas de los niños(as) y adolescentes víctimas de delitos sexuales atendidos en el área de psicología y psiquiatría del Instituto de Medicina Legal sede Managua, Nicaragua del 1 de enero al 30 de junio del 2011

TIPO DE AGRESOR	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
PADRASTRO	16	20	20
TIO	7	8.8	28.8
ABUELO	4	5	33.8
PADRE	6	7.5	41.3
PRIMO	6	7.5	48.8
AMIGO DE LA FAMILIA	2	2.5	51.3
MAESTRO	3	3.8	55
VECINO	19	23.8	78.8
EXTRAÑO	7	8.8	87.5
HERMANO	1	1.3	88.8
NOVIO	6	7.5	96.3
AMIGO	2	2.5	98.8
CUÑADO	1	1.3	100
TOTAL	80	100	

Fuente: Base de datos Cabrera Lezama 2012

TABLA 7: Síntomas psíquicos registradas en las víctimas en alteraciones psíquicas de los niños y adolescentes víctimas de delitos sexuales atendidos en el área de psicología y psiquiatría del Instituto de Medicina Legal sede Managua, Nicaragua del 1 de enero al 30 de junio del 2011

ANSIEDAD	SI	%	NO	%
MIEDO	70	87.5	10	12.5
FOBIA	5	6.2	75	93.8
INSOMNIO	62	77.5	18	22.5
PESADILLAS	51	63.8	29	36.2
PENSAMIENTOS	62	77.5	29	36.2
RENUNCIA	46	57.5	34	42.5
REPETICION	15	18.8	65	81.2

DEPRESION	SI	%	NO	%
TRISTEZA	56	70	24	30
TRAICION	31	38.8	49	61.2
CULPA,INUTILIDAD	49	61.2	31	38.8
TENDENCIA SUICIDA	11	13.8	69	86.2
MENOR RENDIMIENTO	23	28.8	57	71.2
MENOS SOCIABLE	59	73.8	21	26.2

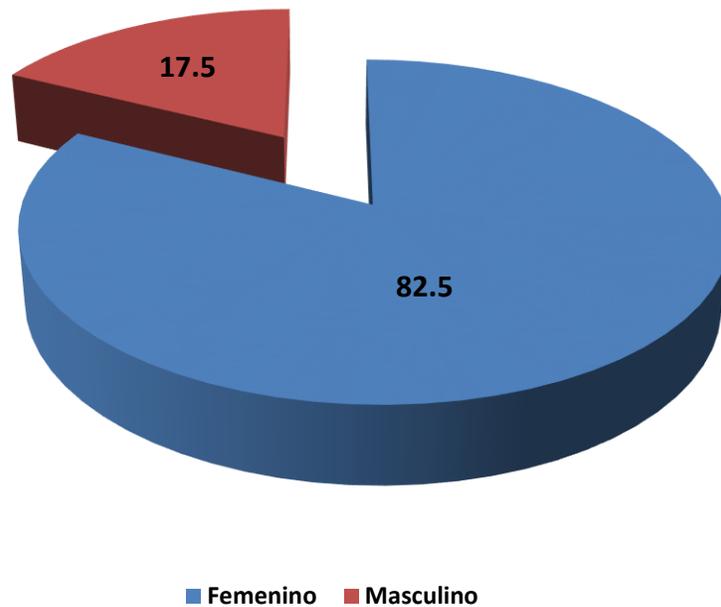
COMPORTAMIENTO SEXUAL	SI	%	NO	%
MASTURBACION	1	1.2	79	98.8
CURIOSIDAD SEXUAL	3	3.8	77	96.2
PROMISCUIDAD	1	1.2	79	98.8
AGRESIVIDAD SEXUAL	12	15	68	85

ALTERACIONES SOMATICAS	SI	%	NO	%
NAUSEAS,VOMITOS	9	11.2	71	88.8
ENCOPRESIS	3	3.8	3	3.8
ENURESIS	8	10	72	90
DOLOR DE ESTOMAGO	25	31.2	55	68.8
DOLOR EN AREAS TOCADAS	28	35	52	65
INAPETENCIA	5	6.2	75	93.8
DIFICULTAD EN EL LENGUAJE	8	10	72	90
OTROS	25	31.2	55	68.8

Fuente: Base de datos Cabrera Lezama 2012

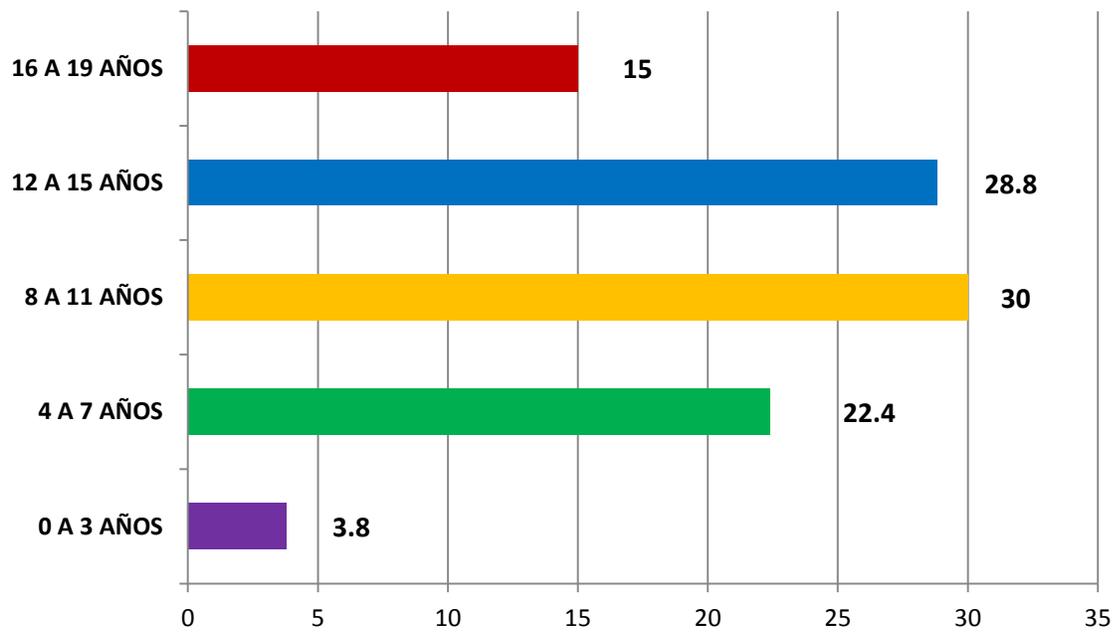
ANEXO 3: GRAFICO DE RESULTADOS

GRAFICO 1: Sexo en Alteraciones psíquicas de los niños(as) y adolescentes víctimas de delitos sexuales atendidos en el área de Psicología y Psiquiatría del Instituto de Medicina Legal sede Managua, Nicaragua del 1 de enero al 30 de junio del 2011



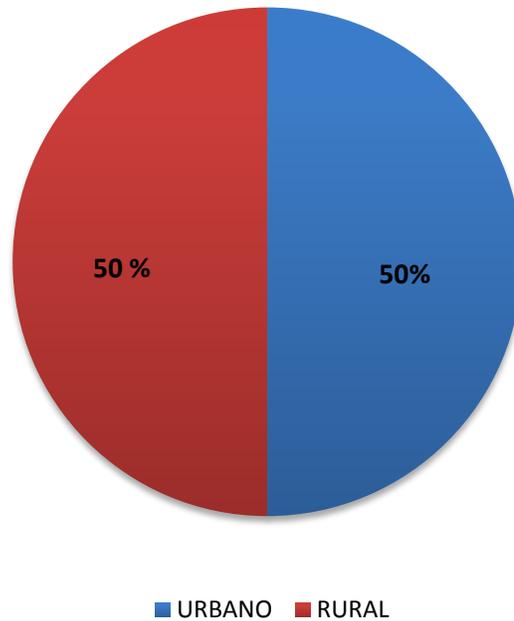
Fuente: Base de datos Cabrera Lezama 2012

GRAFICO 2: Edad encontrada en Alteraciones psíquicas de los niños(as) y adolescentes víctimas de delitos sexuales atendidos en el área de Psicología y Psiquiatría del Instituto de Medicina Legal sede Managua, Nicaragua del 1 de enero al 30 de junio del 2011



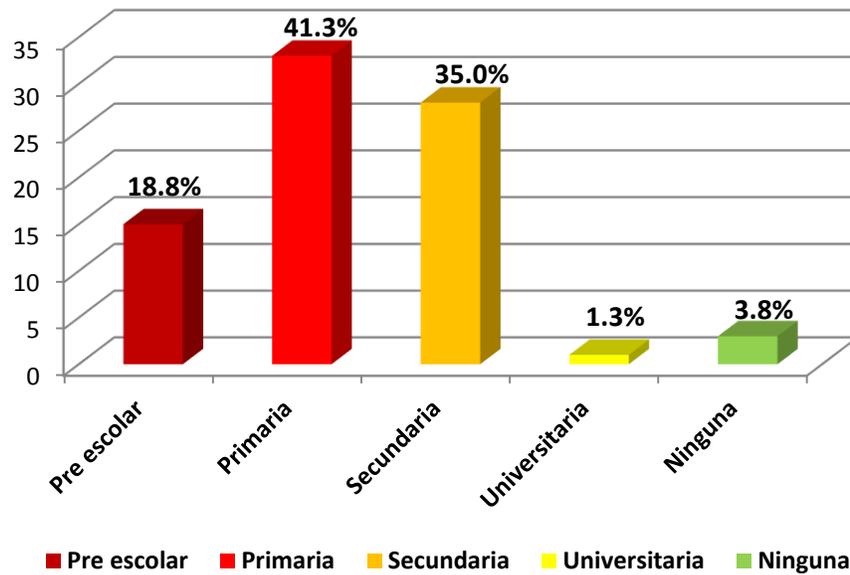
Fuente: Base de datos Cabrera Lezama 2012

GRAFICO 3: Procedencia encontrada en Alteraciones psíquicas de los niños(as) y adolescentes víctimas de delitos sexuales atendidos en el área de Psicología y Psiquiatría del Instituto de Medicina Legal sede Managua, Nicaragua del 1 de enero al 30 de junio del 2011



Fuente: Base de datos Cabrera Lezama 2012

GRAFICO 4: Escolaridad encontrada en Alteraciones psíquicas de los niños(as) y adolescentes víctimas de delitos sexuales atendidos en el área de Psicología y Psiquiatría del Instituto de Medicina Legal sede Managua, Nicaragua del 1 de enero al 30 de junio del 2011



Fuente: Base de datos Cabrera Lezama 2012

GRAFICO 5: Tipo de agresiones encontrada en Alteraciones psíquicas de los niños(as) y adolescentes víctimas de delitos sexuales atendidos en el área de Psicología y Psiquiatría del Instituto de Medicina Legal sede Managua, Nicaragua del 1 de enero al 30 de junio del 2011

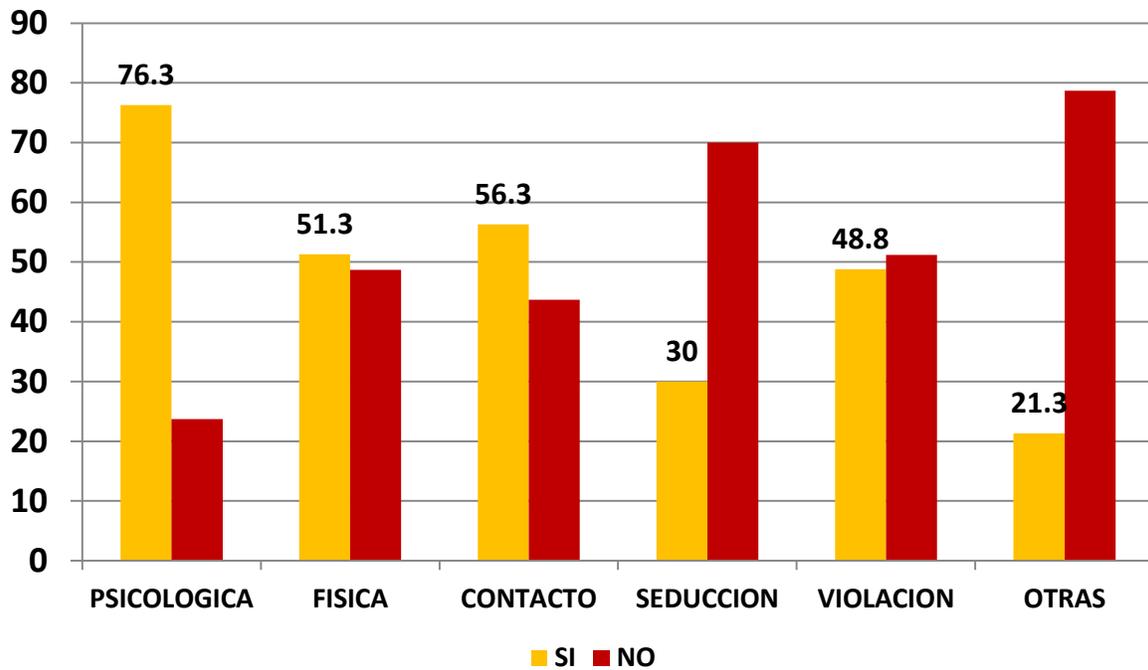


GRAFICO N°6

Niños(as) y adolescentes atendidos en el área de Psicología y Psiquiatría del Instituto de Medicina Legal sede Managua, Nicaragua por abuso sexual, en el periodo del 1° de enero al 30 de junio del 2011, según tipo de agresión.

Amenaza Psicológica

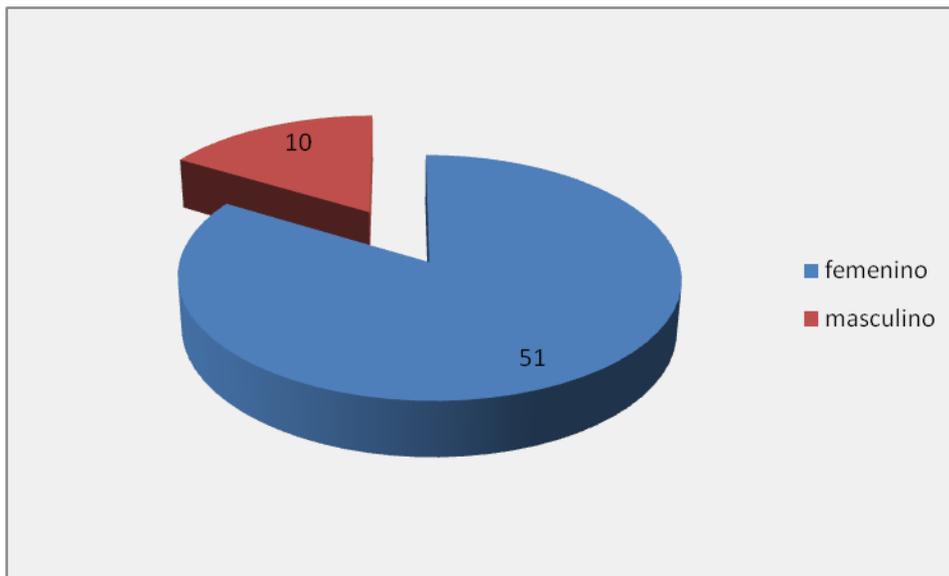
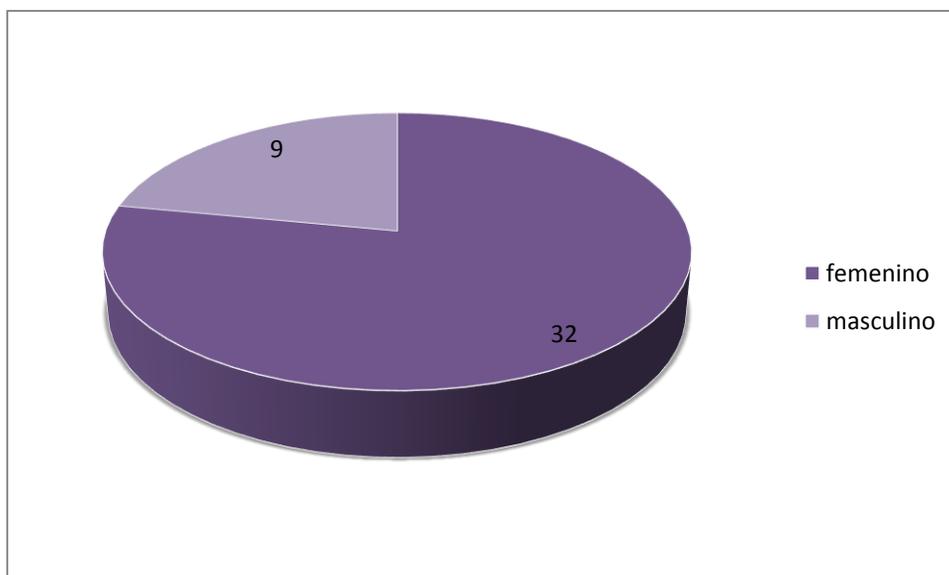


GRAFICO N°6-1 Amenaza Física



84

GRAFICO N°6-2 Tocar cuerpo de la víctima

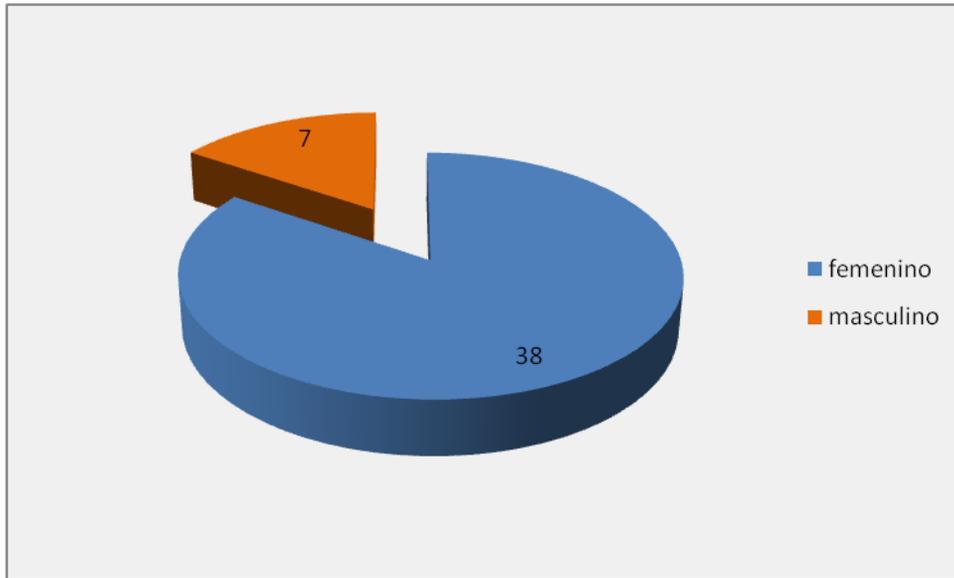


GRAFICO N°6-3 Obligar que la víctima toque al agresor

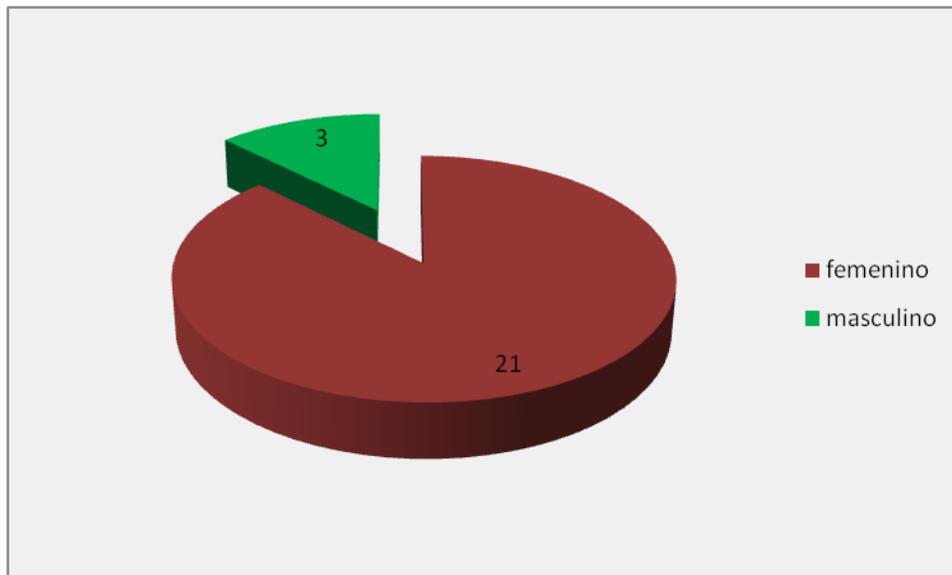


GRAFICO N°6-4 VIOLACION

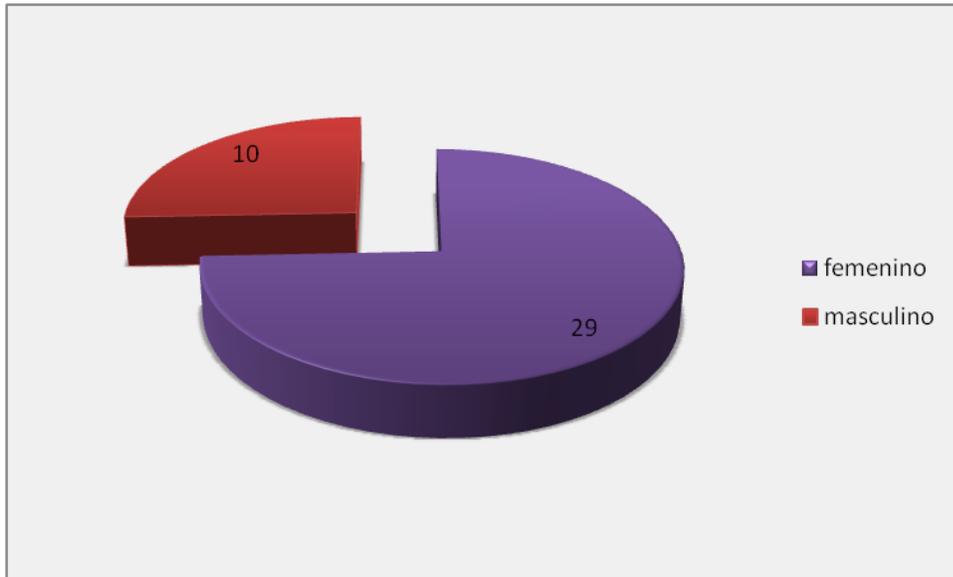
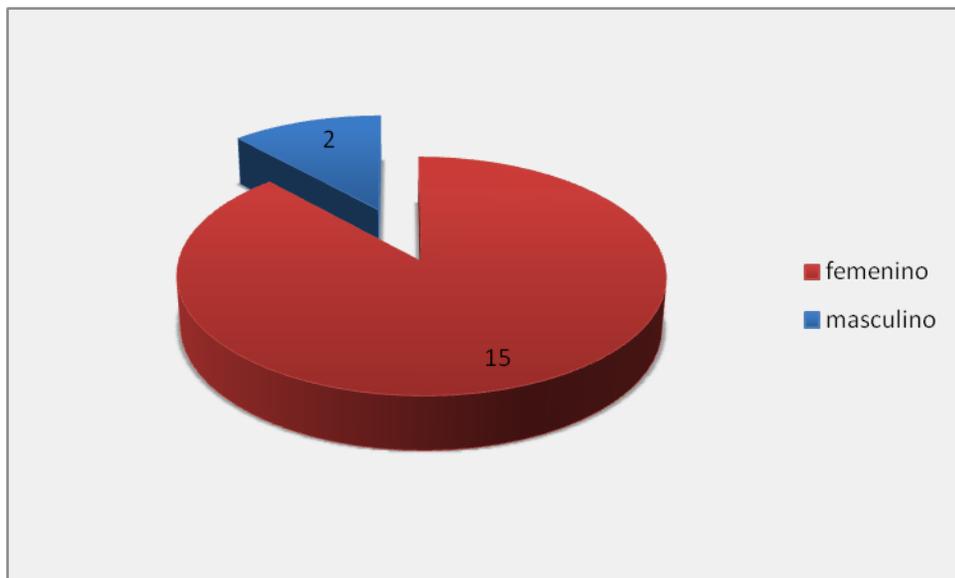
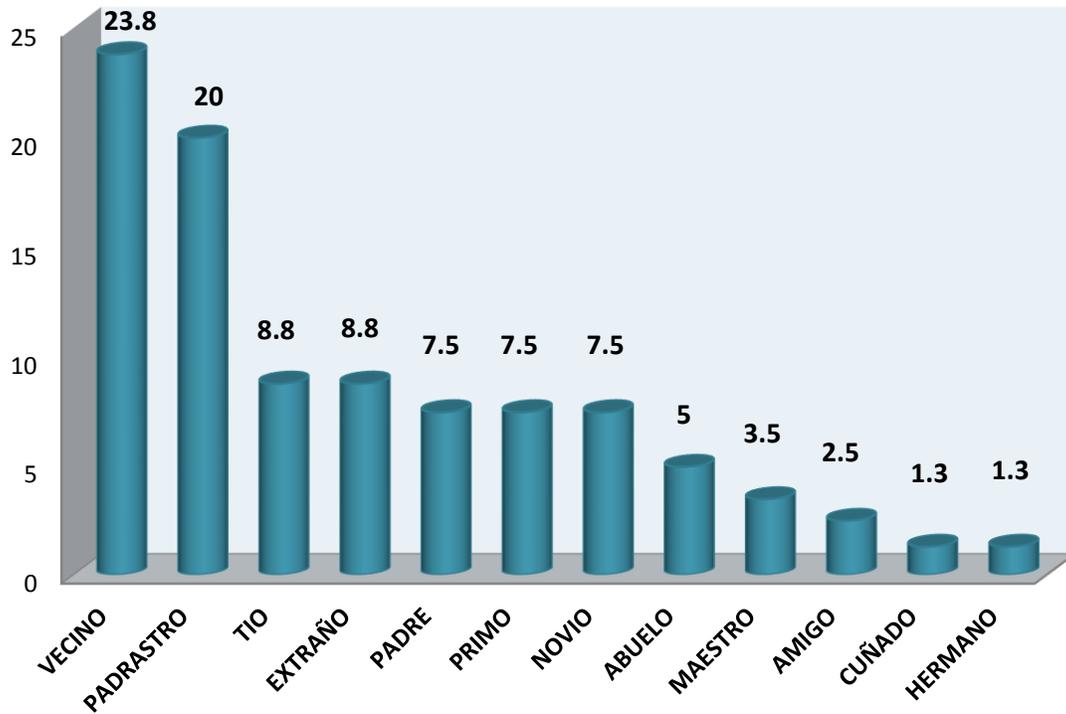


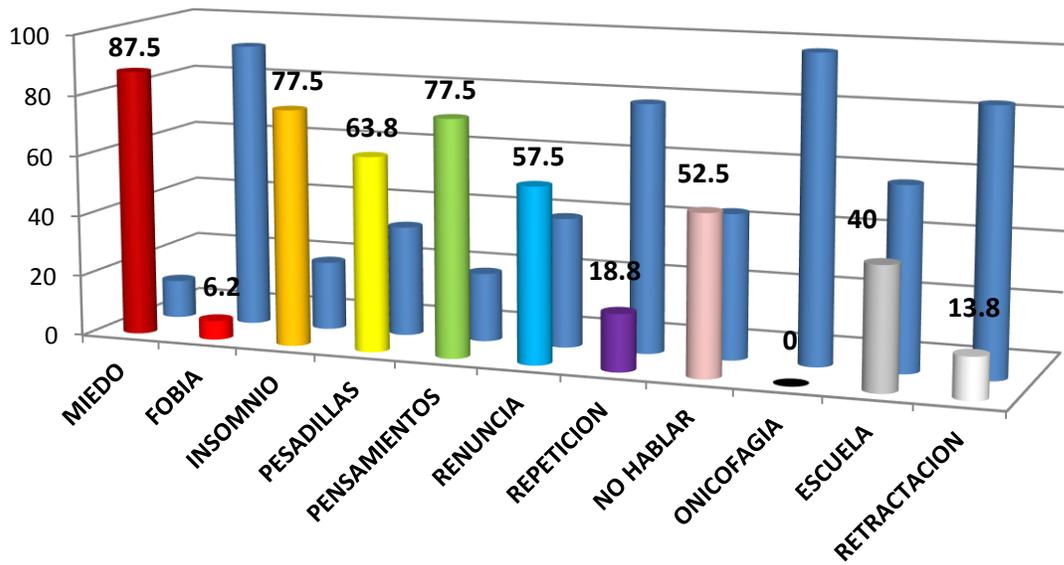
GRAFICO N°6-5 Otras agresiones



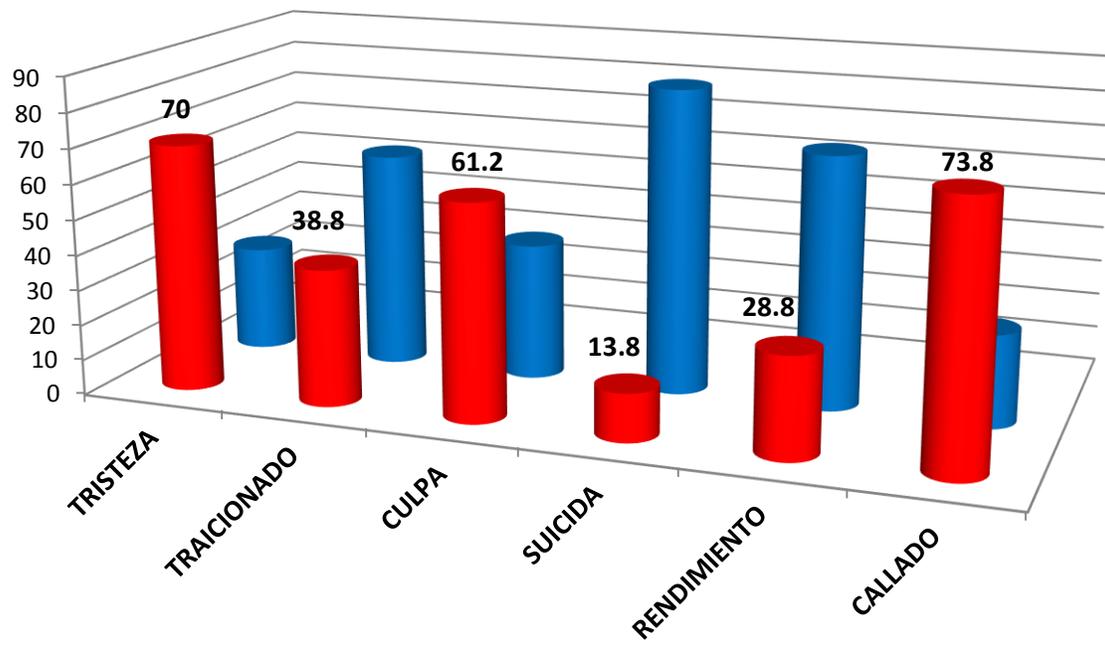
Fuente:
ficha de Recolección de datos

GRAFICO 5: Tipo de agresor encontrado en Alteraciones psíquicas de los niños(as) y adolescentes víctimas de delitos sexuales atendidos en el área de Psicología y Psiquiatría del Instituto de Medicina Legal sede Managua, Nicaragua del 1 de enero al 30 de junio del 2011

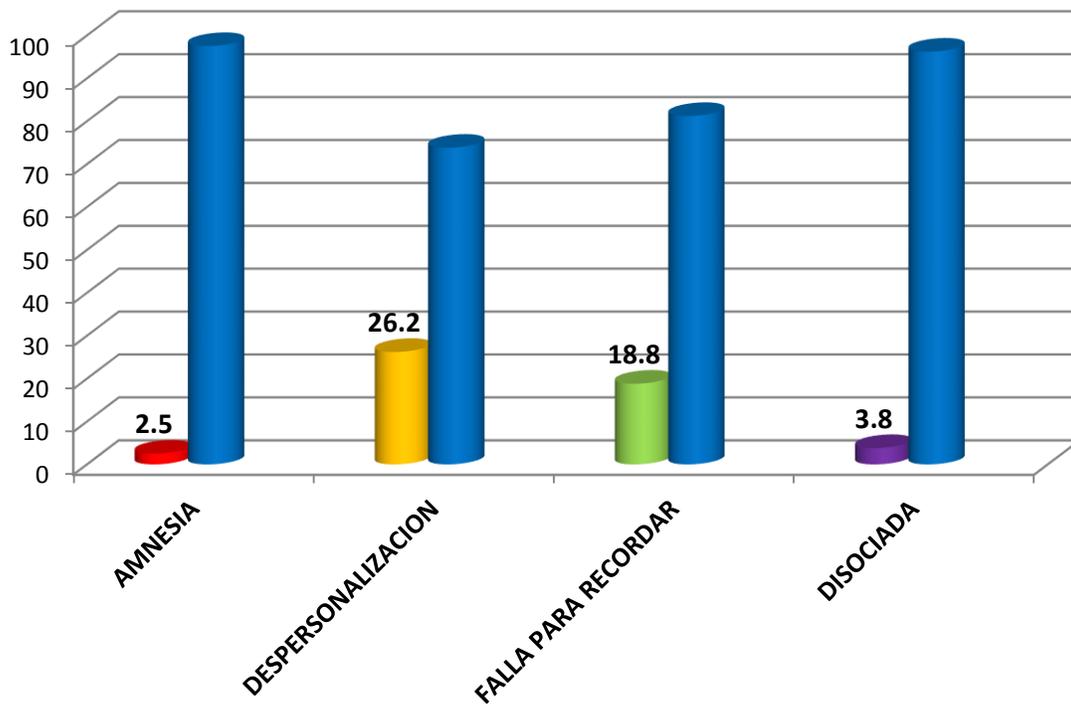


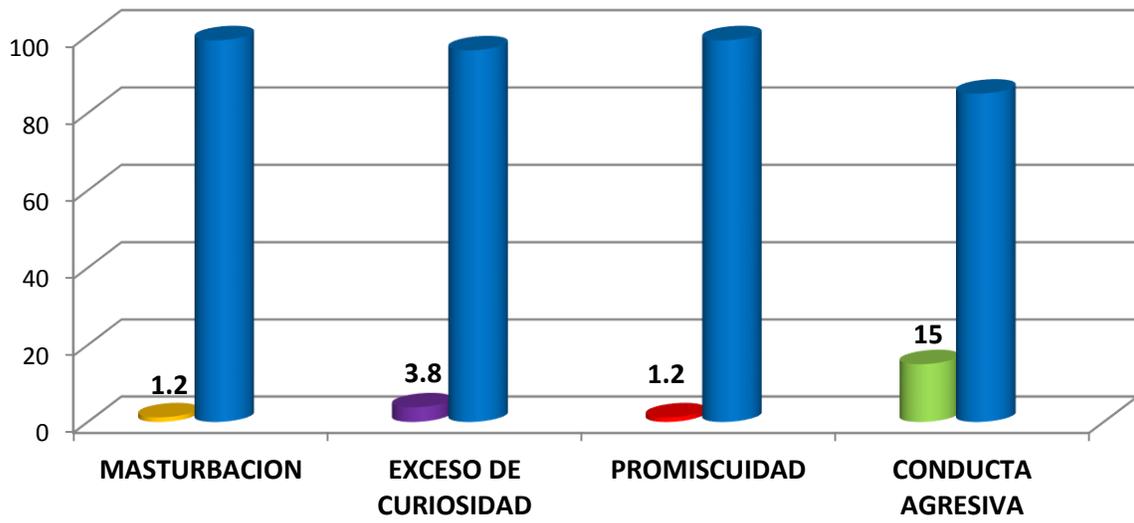


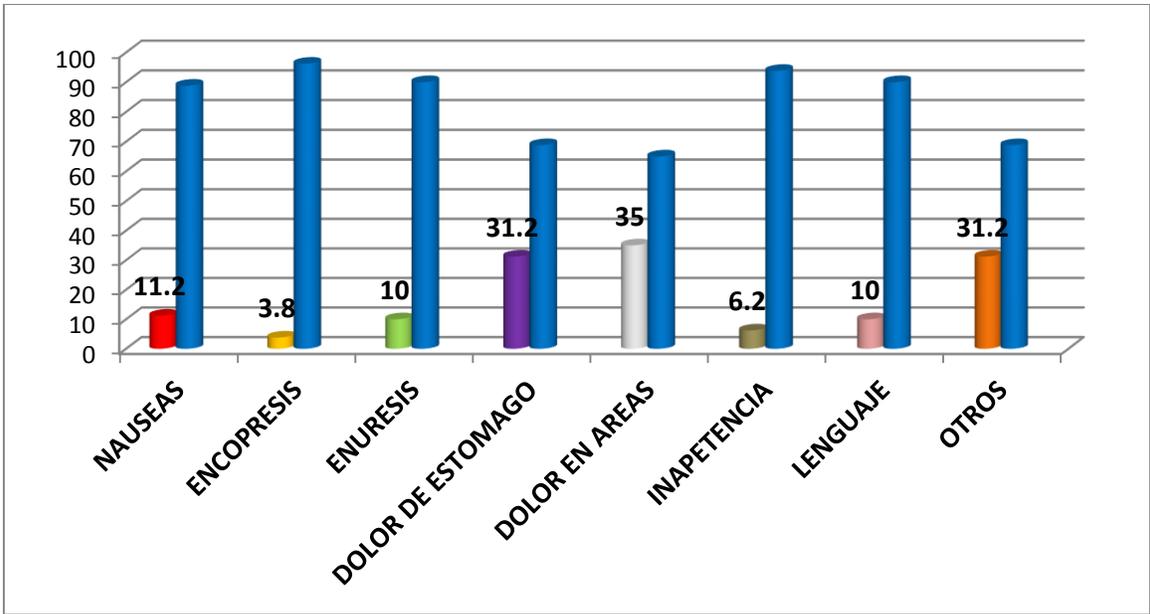
ANSIEDAD



DEPRESION







ANEXO 3 FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Maestría en Salud Pública 2010 – 2012

Ficha de Recolección de Datos

ENCUESTA SOBRE ALTERACIONES PSIQUICAS DE LOS NIÑOS(AS) Y ADOLESCENTES ATENDIDOS EN EL AREA DE PSICOLOGIA Y PSIQUIATRIA DEL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL DE NICARAGUA POR ABUSO SEXUAL, EN EL PERIODO DE ENERO A JUNIO 2011.

No. de caso: _____

I.- CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

1.- Sexo: Femenino (1) _____

Masculino (2) _____

2.- Edad: 0 a 3 años (1) _____

4 a 7 años (2) _____

8 a 11 años (3) _____

12 a 15 años (4) _____

16 a 19 años (5) _____

3.-Procedencia: Rural (1) _____

Urbano (2) _____

4.- Escolaridad: Pre escolar (1) _____

Primaria (2) _____

Secundaria (3) _____

Universitaria (4) _____

Ninguna (5) _____

II. 1 TIPO DE AGRESION SUFRIDA:

Amenaza psicológica (1) _____

Amenaza física (2) _____

Tocar el cuerpo o genitales de la víctima (3) _____

Obligar que la víctima toque al agresor (4) _____

Violación (4) _____

Otros (5) _____

II. 2- TIPO DE AGRESOR:

Padrastro (1)

Tío (2)

Abuelo (3)

Padre (4)

Primo (5)

Amigo de la familia (6)

Maestro (7)

Vecino (8)

Extraño (9)

Hermano (10)

Novio (11)

Amigo (12)

Cuñado (13)

III.- Tipos de síntomas consignados según reporta la víctima o familiares en los dictámenes por delitos sexuales:

III.1.- Ansiedad: Miedo (1) _____

Fobia (2) _____

Insomnio (3) _____

Pesadillas (4) _____

Pensamientos persistentes sobre los hechos (5) _____

Renuncia a estar con el agresor (6) _____

Repetición del evento a través del juego (7) _____

Renuncia a hablar sobre los hechos (8) _____

Onicofagia (9) _____

Mal comportamiento en la escuela (10) _____

Retractación cerca del ofensor (11) _____

III.2.- Depresión: Sentimientos de tristeza, vacío, desesperanza (1) _____

Sentimientos de haber sido traicionado(a), utilizado(a) (2) _____

Sentimientos de culpa, inutilidad e impotencia (3) _____

Tendencia suicida (4) _____

Menor rendimiento escolar (5) _____

Más callado(a), menos sociable (6) _____

III.3.- Alteraciones disociativas: Amnesia (1). _____

Extrañamiento/Despersonalización (2) _____

Falla para recordar (fechas, nombres, rostros, hechos, etc.) (3) _____

Personalidad disociada (4) _____

III.4.- Alteraciones en el comportamiento sexual:

Masturbación (1) _____

Exceso de curiosidad sexual (2) _____

Promiscuidad sexual (3) _____

Conducta sexual agresiva (4) _____

III.5.- Somáticas:

Náuseas, Vómitos (1) _____

Encopresis (2) _____

Enuresis (3) _____

Dolor de estomago (4) _____

Dolor en áreas tocadas (5) _____

Inapetencia (6) _____

Dificultad en el lenguaje (7) _____

Otros (8) _____