

**ESTE DOCUMENTO ESTÁ PROTEGIDO
POR DERECHOS DE AUTOR, SI NECESITA
ALGUNA INFORMACIÓN SOLICITAR
PERMISO CORRESPONDIENTE.**

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA.

UNAN-LEON.
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MADRID
UAM-ESPAÑA.
FACULTAD DE PSICOLOGIA.

TESIS MONOGRAFICA PARA OPTAR AL TITULO DE MASTER EN PSICOLOGIA
CLINICA Y DE LA SALUD.

TEMA:

Nivel de depresión en adolescentes de 11 a 19 años de edad, residentes del Municipio de León, que sufrieron abuso sexual, asistidos en la Comisaría de la mujer y de la niñez-León, de Julio a Diciembre del año 2008.

AUTORA:

Licenciada. Francis Yahaira Aráuz Rayo.

TUTORES:

MSC. Jorge López.
MSC. Bárbara Scandroglio.

León, Nicaragua 2010.

I. DEDICATORIA

Con mucho amor y orgullo quiero dedicar el presente trabajo monográfico a:

- Dios, por haberme dado la vida, la salud, sabiduría, inteligencia y perseverancia para elegir correctamente mi camino y llegar a ser persona de bien y próspera a nivel personal y profesional.

- Mis padres de los cuales me siento muy orgullosa porque han sido un ejemplo de vida, personas luchadoras, honestas y forjadoras de su propio destino pensando siempre en el bienestar de sus hijos. Gracias por haberme apoyado incondicionalmente en todos los ámbitos de mi vida para poder concluir mis estudios de postgrado con éxitos.

- A todos los miembros de mi familia que son personas muy importantes en mi vida.

II. AGRADECIMIENTO

- A Dios por darme la vida, la fuerza, sabiduría y perseverancia para llegar a realizar esta maestría.
- A mis padres, hermanos, abuelas y tíos por todo el apoyo incondicional que me brindaron a lo largo de este postgrado.
- A los maestros que con paciencia me condujeron por el camino de la enseñanza.
- Muy especialmente le agradezco a mis tutores de tesis Bárbara Scandriglio y Jorge López y a la persona que actuó como árbitro de este trabajo el Dr. Alberto Berríos que con mucha paciencia, tolerancia y sabiduría me supieron conducir exitosamente a finalizar mi trabajo de tesis. Gracias por esas palabras de aliento que me brindaron en los momentos de desánimo.
- A las autoridades universitarias que permitieron perfilar mi futuro en tan prestigiosa universidad, en donde sin duda han sido afianzados mis valores, principios y conocimientos.
- Agradezco al Centro de Investigación en Demografía y Salud, (CIDS) en especial al Dr. Andrés Herrera. Quien tuvo la amabilidad de facilitarme el instrumento con el cual pude recolectar la información para realizar este trabajo.
- A la comisaria de la mujer y de la niñez-León por brindarme datos muy importantes para la realización de este trabajo.
- A todas aquellas personas que estuvieron dispuestas a brindarme datos muy valiosos para el enriquecimiento de mis conocimientos en cuanto a éste trabajo y que a la vez permitieron la realización de este estudio.

III. PRESENTACIÓN

El Abuso Sexual Infantil (A.S.I.) es considerado desde hace algunos años como un problema que afecta a diferentes niveles sociales y a diferentes tipos de víctimas entre las cuales tienen mayor predominio los niños, niñas, adolescentes y mujeres. Por lo cual el abuso sexual es un tipo de maltrato caracterizado por contactos e interacciones entre un niño o un adolescente y un adulto.

A la vez, el abuso sexual en adolescentes deja en sus víctimas numerosas consecuencias tanto a nivel físico como psicológico o emocional, lo cual afecta el estado de ánimo, conducta, actividad y visión del individuo hacia el futuro.

Tomando en cuenta lo antes expuesto se presenta este trabajo con el principal objetivo de contribuir con la sociedad en general a través de los resultados obtenidos en este trabajo esperando aumentar y fomentar los conocimientos acerca de los niveles de depresión que genera el abuso sexual en adolescentes víctimas de este tipo de abuso así como los diferentes tipos de abuso que han sufrido los adolescentes en estudio.

IV. RESUMEN

El abuso sexual es un problema social que afecta tanto al adolescente abusado como a su familia, a la vez este deja serias secuelas físicas, psicológicas o emocionales y conductuales tales como: depresión, ansiedad, estrés postraumático y muchos otros trastornos que pueden presentarse a corto o a largo plazo.

Por tal razón me propuse estudiar el tema de: Nivel de depresión en adolescentes de 11 a 19 años de edad, residentes del Municipio de León, que sufrieron abuso sexual, asistidos en la Comisaría de la mujer y de la niñez-León, de Julio a Diciembre del año 2008.

Proponiendo como objetivos principales: Describir datos sociodemográficos y Determinar el nivel de depresión que presentan los adolescentes que han sufrido algún tipo de abuso. Así como describir los tipos de abuso sexual que han sufrido los adolescentes en estudio.

El método utilizado en este estudio es de corte transversal analítico, cuya muestra está compuesta por 37 adolescentes divididos en 9 hombres y 28 mujeres entre los 11 y 19 años de edad que sufrieron algún tipo de abuso sexual.

Entre los resultados mas relevantes se observa lo siguiente:

Hay un predominio de los adolescentes entre 11 y 14 años de edad con un 67.6%, al igual que en el sexo con predominio de las mujeres con un 73%. En cuanto al tipo de abuso sufrido, hay predominio de violación con un 54.1% y un 83% de los adolescentes estudiados son solteros.

Con respecto a la escolaridad un 56.8% tiene la primaria aprobada. Y con respecto a los niveles de depresión hay una prevalencia de un 81% de adolescentes que sufren de depresión independientemente de que esta sea media, moderada o severa. Así mismo se encontró que los adolescentes con menor grado de escolaridad presentan menores niveles de depresión.

Para concluir se puede decir que el nivel de depresión está relacionado con el tipo de abuso que haya sufrido el adolescente ya que dentro de los resultados encontrados se obtuvo que los adolescentes que sufrieron violación presentan niveles de depresión mas altos que los adolescentes que sufrieron de abusos deshonestos o estupro. Pues al parecer mientras más traumático fuè el abuso, más alto es el nivel de depresión que presentan los adolescentes en estudio.

V. INDICE:

VI. INTRODUCCION.....	1
VII. ANTECEDENTES.....	4
VIII. JUSTIFICACION.....	7
IX. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
X. OBJETIVOS.....	9
XI. MARCO TEÓRICO.....	10
XII. MATERIAL Y METODO.....	25
XIII. RESULTADOS.....	30
XIV. DISCUSION.....	36
XV. CONCLUSIÓN.....	40
XVI. RECOMENDACIONES.....	41
XVII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	43
XVIII. ANEXOS.....	49

VI. INTRODUCCION.

El abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes, es uno de los hechos cotidianos más frecuentes y dolorosos en la vida de muchas familias a nivel mundial y en toda Latinoamérica.

Por su dimensión, el abuso sexual infantil ha sido recién considerado un problema de salud pública en muchos países desarrollados como en países en desarrollo.

Diferentes estudios realizados a lo largo de muchos años y en distintas realidades socioeconómicas y culturales, han demostrado que el abuso sexual tiene un impacto importante en la salud física y psicológica de sus víctimas.

El abuso sexual en adolescentes, se considera una de las formas de violencia más comunes en todo el mundo. Es considerado un tipo de maltrato caracterizado por contactos e interacciones entre un niño o un adolescente y un adulto, cuando el adulto en su rol de agresor usa al niño o al adolescente para estimularse sexualmente. Incluye abuso por coerción (con fuerza física, presión o engaño) y la diferencia de edad entre la víctima y el agresor; lo cual impiden una verdadera libertad de decisión en el adolescente y hace imposible una actividad sexual común, debido a que entre los participantes existen marcadas diferencias en cuanto a experiencias y grados de madurez biológica. (Claramunt, 1998).

Algunas investigaciones existentes muestran que el abuso sexual comienza tan temprano como a los 5 años de edad en las niñas y aumenta significativamente en la adolescencia. (Finkelhor, 1985; Gil, 1992; Claramunt, 1998).

Y, a pesar de la escasez de investigaciones, (Claramunt, 2000). Afirma que en algunos estudios realizados en diferentes países del mundo concuerdan en que las víctimas de abuso sexual son predominantemente mujeres, niños y adolescentes donde los ofensores sexuales son predominantemente hombres.

A la vez, se considera que su impacto en la salud y el bienestar de las víctimas es realmente serio, aun cuando en algunos casos las víctimas se observen asintomáticas o muestren una evolución favorable (Kendall y Tackett 1993).

Más aún, el uso de coerción, presión engaño o fuerza física deben ser por sí mismos criterios suficientes para que se considere abuso sexual de la niña, niño o adolescente, independientemente de la edad del agresor. (López Sánchez and Del Campo Sánchez, 1997).

Algunos autores afirman al respecto que se define como abuso sexual infantil a las conductas sexuales impuestas a los niños, niñas y adolescentes por una persona adulta o mayor que busca sentir placer a costa de ellos/as. (Guerrero, 1998)

Otros autores señalan que el abuso sexual es toda acción sexual que una persona adulta, hombre o mujer, impone, sea con engaños, chantajes o fuerza a un niño que no tiene la madurez necesaria para saber de lo que se trata. (Galdós, 1999).

Con respecto a las denuncias interpuestas acerca de la violencia sexual en las Comisarías de la Policía Nacional se encontró que el 89.7% en el año 2002, el 60.7% en el año 2003 y el 67.3% en el año 2004, el grupo etáreo con mayor frecuencia de denuncias, de acuerdo a los registros Nacionales, es entre los 11 y 15 años de edad, lo cual es compatible con el estudio realizado por (Dos Generaciones, 2000), que reporta que el grupo etáreo mas afectado entre los casos atendidos fue el de 12 a 15 años con un 45% de incidencia de casos de abuso sexual. (Castillo S and Amador A. 2001).

Pero a pesar de que existen pocos datos de prevalencia a nivel Nacional que nos acerquen a la verdadera magnitud del abuso sexual infantil, este ha sido señalado por algunos autores como un problema que podría alcanzar ya niveles de epidemia. (Fundación Sobrevivientes y Save the Children Noruega, 2003).

Por otra parte, según un estudio realizado por el Ministerio de Educación. Cultura y Deporte. (MECD 2004). Reveló que de cada 100 niños, niñas o adolescentes incorporados al sistema educativo nicaragüense, al menos 25 de ellos han sido víctimas de algún tipo de abuso sexual, lo cual indica que en el país, actualmente más de 20.000 niñas, niños y adolescentes han sufrido algún tipo de abuso sexual.

Y a pesar de su alta frecuencia, el abuso sexual en niños y adolescentes aún está rodeado de tabúes y secretos, Lo que probablemente esto se deba a que la sociedad no le presta la atención que merece este problema, puesto que minimiza su ocurrencia y efectos, y de esta forma miles de niños, niñas y adolescentes crecen confundidos por el dolor y se sienten impotentes ante el abuso al que han sido sometidos y expuestos.

Otro estudio realizado en Nicaragua por (Castillo Sequeira M. 2004) encontró que los síntomas identificados con mayor frecuencia, están la ansiedad, depresión y trastornos del sueño y la intensidad de los síntomas explorados también es significativamente mayor (media y alta) para las víctimas que han sufrido un abuso sexual muy traumático o devastador, mientras que es baja para los que vivieron un abuso sexual un poco menos estresante o menos traumático.

Por otro lado según las Comisarías de la policía Nacional de Nicaragua, 2005. Se calculó que aproximadamente el 75% de las víctimas de abuso sexual presentan signos y síntomas depresivos mientras son entrevistados al poner la denuncia. Mientras que el 25 % restante suele presentar otros síntomas como ansiedad y/o estrés postraumático.

A la vez, el 95.5% de víctimas de abuso sexual registradas en la Policía Nacional y en el Ministerio de la Familia son niñas y adolescentes mujeres. Y los pocos varones que denunciaron eran menores de 15 años. Fundación Sobrevivientes y Save the Children Noruega (2003). Lo cual confirma que en nuestro país, la violencia social, política y económica, así como la violación a los derechos humanos, acaparan la atención de la prensa y del gobierno, y; a pesar que Nicaragua en el espacio Centroamericano ha demostrado ser el país con mayor beligerancia para enfrentar y detener el problema, la violencia sexual contra niños, niñas y adolescentes continúa ocurriendo y los crímenes cometidos contra ellos son los que pasan mas desapercibidos y son los menos castigados.

La comisaría de la mujer y de la niñez, se encuentra ubicada en el costado Noreste de la ciudad de León en las oficinas de la Policía Municipal de la ciudad de León. Y cuenta con una directora, una psicóloga forense, una trabajadora social y tres investigadoras que se encargan de darle seguimiento a los casos reportados en dicha institución.

VII. ANTECEDENTES.

El abuso sexual infantil, se considera una de las formas de violencia más comunes en todo el mundo.

El abuso sexual impacta la confianza del niño en si mismo y en los demás, además; destruye la autoestima de las victimas, su autonomía, su seguridad y su visión del futuro. (Filkelhor and Brown 1985).

Las estadísticas acerca de la ocurrencia del abuso sexual en niños, niñas y adolescentes son alarmantes, las cuales nos revelan que a nivel mundial más de diez millones de niños, niñas y adolescentes han sido victimas de abuso sexual. Por ejemplo España y EEUU reportan que alrededor del 20 al 25% de las niñas y del 10 al 15% de los niños sufren algún tipo de abuso sexual antes de los 17 años. Fondo Internacional de Emergencias de las Naciones Unidas para la infancia, (UNICEF, 1998).

En cuanto a la información recopilada de distintos países de América Latina y el Caribe muestra que entre el 70% y el 80% de las víctimas de abuso sexual son niñas, que en la mitad de los casos los agresores viven con las víctimas y en tres cuartas partes son familiares directos. (Fernández, 1999).

En cuanto a la prevalencia de abuso sexual infantil Con respecto a las denuncias interpuestas en las Comisarías de la Policía Nacional de Nicaragua, se encontró que el 89.7% en el año 2002, el 60.7% en el año 2003 y el 67.3% en el año 2004, el grupo etáreo con mayor frecuencia de denuncias, de acuerdo a los registros Nacionales, es entre los 11 y 15 años de edad, lo cual es compatible con el estudio realizado por Dos Generaciones (2000), que reporta que el grupo etáreo mas afectado entre los casos atendidos fue el de 12 a 15 años con un 45% de incidencia de casos de abuso sexual.

Pero a pesar de que existen pocos datos de prevalencia a nivel nacional que nos acerquen a la verdadera magnitud del abuso sexual infantil, este ha sido señalado por algunos autores como un problema que podría alcanzar ya niveles de epidemia. Fundación Sobrevivientes y Save he Children Noruega (2003).

Sin embargo, otro estudio nos revela que el 95.7% de las víctimas de abuso sexual registradas en la policía Nacional de Nicaragua y en el ministerio de la familia son niñas y adolescentes mujeres. Y los pocos que denunciaron su caso eran menores de 15 años. Fundación Sobrevivientes y Save the children Noruega (2003).

Castillo Marcia (2004). En un estudio realizado en Nicaragua acerca del abuso sexual infantil y su relación con la Salud mental de la población de Managua, revela que entre los síntomas identificados con mayor frecuencia se encuentran: ansiedad, depresión y trastornos del sueño. Y la intensidad de los síntomas explorados también es significativamente mayor (media y alta) para las víctimas que han sufrido un abuso sexual muy traumático o devastador, mientras que es baja para los que vivieron un abuso sexual un poco menos estresante o menos traumático.

Según la Comisaría de la policía Nacional de Nicaragua en el año 2005 se calculó que aproximadamente el 75% de las víctimas de abuso sexual presentan signos y síntomas depresivos mientras son entrevistados al poner la denuncia. Mientras que el otro 25 % restante suele presentar otros síntomas como ansiedad y/o estrés postraumático. Castillo M., and Amador A. (2001).

En el Departamento de León, se han realizado algunos estudios sobre la violencia intrafamiliar que vive la mujer, sin embargo; no hay investigaciones que profundicen en la situación de las niñas, niños y adolescentes víctimas de abuso sexual.

En consultas bibliográficas se encontró que en 1997, el centro “DOS GENERACIONES”, realizó un diagnóstico sobre abuso sexual contra menores en el Departamento de Managua, encontrando como resultado el incremento de las denuncias de los delitos sexuales hacia niñas, niños y adolescentes así como las graves consecuencias que este tipo de delito provoca en las víctimas.

En un estudio realizado en mujeres y hombres entre 25 y 44 años de edad, residentes en el sector urbano de la ciudad de León. Reveló que el 20% de los hombres y el 26% de las mujeres en estudio reportaron haber tenido alguna experiencia de abuso sexual antes de los 19 años de edad. Concluyendo de esta forma que el abuso sexual en niños y adolescentes es común en Nicaragua. A la vez, dicho estudio reveló que alrededor del 20% de chicos que sufrieron abuso sexual, refirieron que este provocó serio impacto en ellos, pues tres de cada cinco de ellos expresaron haber teniendo serias afectaciones por el abuso que sufrieron en su adolescencia, así mismo las mujeres estudiadas reconocieron que el abuso durante el periodo de la adolescencia es emocionalmente mas traumático que el abuso sufrido durante la niñez. (Ann Olsson "et. al". 2000).

Por otra parte, en la comisaría de la mujer y de la niñez del Municipio de León, es poca la información con la que se cuenta acerca del tema. Pero un reciente diagnóstico acerca de la tipificación de los delitos sexuales contra niños, niñas y adolescentes, reveló que del 94.65% de víctimas de delitos de orden sexual, un 44% son niñas y adolescentes entre 13 y 18 años, y un 27.92%, son niñas entre 2 y 12 años de edad, donde los casos de violación constituyen el 62.62%; abusos deshonestos 15.54%, y estupro 14%. En el 52.66% de los casos el acusado tiene un vínculo de relaciones familiares consanguíneas y/o de afinidad con la víctima, y el 28.74% tiene relaciones cercanas con la víctima. En el 72 % de los casos los hechos ocurren en la casa, y en el 22% en la vía pública. Corte Suprema de Justicia (CSJ, 2002).

VIII. JUSTIFICACION.

El abuso sexual infantil es un problema de salud pública, condición que afecta al ser humano en sus dimensiones físicas, psicológicas y sociales, razón por la cual debe ser de gran interés su estudio: pues parece ser que altera el proceso evolutivo entendible como normal de quienes lo viven.

Es menester mencionar que Nicaragua tiene pocos estudios acerca del tema, y; específicamente en la comisaria de la mujer y de la niñez del Municipio de León, es muy poca la información que se tiene acerca del abuso sexual y sus devastadoras consecuencias no solo físicas sino también emocionales como es el caso de la depresión. En tal sentido me propongo profundizar en dicha temática, con el objeto de aportar nuevas evidencias y de forma correspondiente seguir mejorando mis conocimientos y experiencia Profesional al abordar como tema de mi estudio: “Nivel de depresión en adolescentes de 11 a 19 años de edad que han sufrido abuso sexual atendidos en la comisaria de la mujer y de la niñez de julio a diciembre del año 2008 y que residen en el Municipio de León”. Proponiendo como objetivos principales de dicho estudio: Describir los diferentes tipos de abuso que han sufrido los adolescentes así como Determinar los niveles de depresión que presentan los adolescentes en estudio. Utilizando la Escala de Hamilton para la depresión.

Como profesional de la salud considero que es necesario conocer más acerca de este tema para poseer las herramientas, conocimientos y preparación necesaria y poder servir de manera optima a la población en riesgo de abuso sexual y a la población en general, esperando contribuir de manera importante a nuestra sociedad nicaragüense y específicamente a la comunidad leonesa con la aportación de los datos que se revelen en este estudio. Tomando en cuenta que Nicaragua tiene pocos estudios acerca del tema, considero que este estudio contribuirá a obtener datos Científicos relevantes en cuanto al abuso sexual en adolescentes y los niveles de depresión que se observa en estos.

IX. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Cuál es el nivel de depresión que presentan los adolescentes que sufrieron abuso sexual, asistidos en la comisaria de la mujer y de la niñez de julio a diciembre del año 2008 y que residen en el municipio de León?

X. OBJETIVOS.

1) GENERAL:

- Determinar el nivel de depresión en adolescentes de 11 a 19 años de edad que han sufrido abuso sexual, asistidos en la comisaria de la mujer y de la niñez-León de julio a diciembre del año 2008 y que residen en el Municipio de León.

2) ESPECIFICOS:

- Describir los datos sociodemográficos de los participantes.
- Describir los diferentes tipos de abuso sexual que han sufrido los adolescentes según la tipificación de la comisaría de la mujer y de la niñez.
- Determinar el nivel de depresión que manifiestan los adolescentes utilizando la escala de Hamilton para la depresión.

XI. MARCO TEÓRICO.

1. Maltrato infantil

En este estudio se tomará como referencia de abuso sexual a la categoría a la que nos remitimos para abordar la violencia dirigida hacia las niñas niños y adolescentes, definida por lo general como cualquier acción u omisión no accidental que provoque daño físico o psicológico a un niño, por parte de una persona adulta.

2. Abuso sexual:

Es una de las manifestaciones más comunes de violencia. Es una categoría que enmarca los actos que violentan la libertad e integridad sexual de las personas.

Es un acto que no sólo involucra las conductas físicamente violentas, sino a todas aquellas que impliquen una violación de los Derechos Humanos, de la integridad sexual y de la dignidad física. (Hotalin y Finkelhor 1991). Citado por Castañeda Chang A. (1997).

Violencia o abuso en sentido amplio, abarca además de la fuerza corporal o la intimidación, aquellas conductas que impliquen un aprovechamiento, manipulación o utilización sexual. Se considera que la conducta es violenta por la desigualdad de poder que tiene como resultado un menoscabo en el ejercicio de los Derechos Humanos en perjuicio de quien lo recibe. (López M, 1992).

2.1 Abuso sexual infantil.

Es una de las manifestaciones más comunes de violencia en niños, niñas y adolescentes. Es una forma de maltrato donde se irrespetan los derechos de niños y jóvenes, y se vulnera la posibilidad de que tengan un desarrollo armónico. (Gil, 1992). Citado por Velásquez Sequeira R. (2001).

El Abuso Sexual Infantil (A.S.I.) es considerado un tipo de maltrato infantil caracterizado por contactos e interacciones entre un niño y un adulto, cuando el adulto en su rol de agresor usa al niño para estimularse sexualmente él mismo, estimular al niño o a otra persona. Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia. (UNICEF, 1998).

Otro autor señala que es toda acción sexual que una persona adulta, hombre o mujer, impone, sea con engaños, chantajes o fuerza a un niño que no tiene la madurez para saber de lo que se trata. (Galdós, 1999)

La conducta de abuso sexual ocurre: sin consentimiento, en condición de desigualdad entre el abusador y la víctima, o como resultado de alguna clase de coerción que abarca términos como: conducta abusiva sexual, ofensa sexual, violación, sodomía y acoso sexual, entre otros. Galdós (1999).

Abuso sexual infantil, es cualquier contacto sexual con una niña, un niño o un adolescente por parte de un adulto con el objetivo de obtener gratificación. Se incluye desde la exhibición hasta el incesto. Implica que una persona más grande, con más fuerza, con más madurez mental y física y con más autoridad que un niño o una niña, lo persuade u obligue con engaños o por la fuerza a tener algún tipo de actividad sexual con él. (Abel, 1986). Citado por Velásquez, R. (2000).

Es cualquier contacto sexual entre un niño o una niña y una persona adulta, el contacto sexual puede ser directo como por ejemplo: la penetración, caricias, besos, sexo oral, etc. O indirecto sin mediar el contacto físico tal como ocurre en el exhibicionismo, voyerismo, las frases sexualizadas y la utilización del cuerpo del niño o la niña en fotografías o películas pornográficas. Gil (1992). Citado por Velásquez, R. (2000).

2.2 Características del abuso sexual en niños y adolescentes:

2.2.1. El abuso sexual conlleva planeamiento y preparación de la víctima, de su entorno familiar y de las circunstancias ligadas al espacio y al momento del abuso.

2.2.2. El abuso sexual es progresivo y su inicio es difícil de precisar por parte de la víctima (puede comenzar con miradas, o gestos obscenos, tocamientos “fortuitos” y avanzar hasta la penetración).

2.2.3. El abuso sexual no es un hecho aislado, puesto que es una experiencia sumamente frecuente.

2.2.4. El abuso sexual es un proceso continuo de seducción, manipulación y erotización y por lo general no conlleva violencia física.

2.2.5. El abuso sexual infantil tiene una duración prolongada. Por lo general dura varios años.

2.2.6. Ocurre en todos los sectores de la población, en zonas urbanas o rurales, en familias pobres o adineradas, entre personas sin educación formal y en hogares con fuerte formación universitaria.

2.2.7. El abuso sexual, constituye una experiencia traumática que deja profundas secuelas físicas, emocionales y conductuales. Finkelhor (1979).

2.3. Causas del abuso sexual en niños, niñas y adolescentes según: (Valenzuela J, Hernández L, Sánchez J. 1995).

2.3.1. A nivel social:

- Considerar el abuso sexual como un problema individual.
- Pensar que todo lo que atañe a la sexualidad es tabú.
- La socialización que promueve diferencias para varones y mujeres. Agresividad y dominio a la identidad masculina y pasividad y sumisión a la identidad femenina.
- La utilización comercial de la sexualidad.
- El nivel socioeconómico y educativo de las víctimas.
- La falta de información sobre la sexualidad en general y sobre el abuso sexual en particular.
- Los estilos autoritarios de crianza que generan una pobre autoestima en los niños.
- La desintegración familiar, que priva a los niños de vínculos afectivos necesarios. Privación que los lleva a aceptar o a buscar contactos que pueden desembocar en abuso sexual.

2.3.2. A nivel de los abusadores:

- Experiencias negativas relacionadas a la sexualidad.
- Experiencias familiares que impidieron en la infancia del niño el establecimiento de vínculos familiares sólidos.

- La falta de desarrollo de mecanismos de autocontrol de los impulsos.
- Las condiciones de vida que privan a las personas de apoyo afectivo y social.

2.3.3. *A nivel familiar:*

- Autoritarismo en las relaciones familiares.
- Falta de comunicación entre los miembros de la familia.
- Embarazos no deseados (excesivo número de hijos en desacuerdo las condiciones económicas).
- Desintegración familiar (ausencia de uno de los padres, especialmente de la madre).
- Padres incapaces de cumplir con las funciones de protección a los hijos, sea por enfermedad o por ausencia temporal o definitiva.
- Violencia intrafamiliar.
- Familias aisladas que no se relacionan con otras personas.
- Las prácticas patriarcales como el machismo o el autoritarismo del padre de familia.

2.3.4. *A nivel de la víctima:*

- Niños, niñas y adolescentes en desventaja con respecto a sus pares en la comunidad. Debido a las condiciones sociales, familiares y económicas difíciles que les obliga a salir a las calles a trabajar o a realizar actividades de sobrevivencia para ello y su familia.
- Carencia afectiva.
- Exposición y sometimiento a violencia intrafamiliar.
- Historia de abuso sexual en la familia.
- Niños que provienen de hogares desintegrados donde hay carencia de uno de los padres o ausencia de ambos.
- Niños que han sido abandonados y desprotegidos por sus familiares.
- Niños que provienen de hogares con madres y padres promiscuos.
- Niños con padres alcohólicos o drogadictos.
- Niños con madres que se dedican a la prostitución.
- Niños con falta de educación formal y sexual, entre otros.

2.4. Formas de abuso sexual infantil:

2.4.1. Tocamientos:

Incluye tocamientos o manoseos por parte del adulto hacia el niño en diferentes partes del cuerpo del niño, tales como: órganos sexuales, pecho, cara, muslos y glúteos.

2.4.2. Exhibicionismo:

Consiste en obligar al niño involuntaria o voluntariamente a través de engaño, intimidación o amenazas, a la exposición visual de sus órganos sexuales en lugares públicos o a una u otra persona determinada.

2.4.3. Abusos deshonestos:

Se da cuando una persona realiza actos lascivos o lúbricos, como tocamientos en un niño o niña sin su consentimiento, haciendo uso de la fuerza, la intimidación o cualquier otro medio que la prive de voluntad, de razón o de sentido, sin llegar con el/ella al acceso carnal o a la penetración.

2.4.4. La violación:

Consiste en tener acceso carnal con un niño, niña o adolescente, con propósito sexual, introduciendo cualquier órgano, instrumento u objeto en la vagina, boca o ano del niño a o de la niña, utilizando la fuerza, la intimidación, el engaño o cualquier otro medio que prive de voluntad, razón o sentido a una persona. Se presume la falta de consentimiento cuando la víctima es menor de 15 años, o padece de algún retraso mental o alguna otra enfermedad que la incapacite en tomar este tipo de decisiones.

2.4.5. El incesto:

Incluye los contactos sexuales realizados por familiares directos, u otro adulto que ejerce la función de padre o de tutor del niño o de la niña.

2.4.6. La explotación sexual comercial:

La explotación sexual comercial consiste en la utilización de personas menores de 18 años de edad, para actividades sexuales remuneradas, incluye la pornografía infantil o espectáculos sexuales, la prostitución, el turismo sexual infantil y el tráfico de niños y niñas con objetivos sexuales. (Trata de personas).

Donde existe un intercambio económico o pago de otra índole para la persona menor de edad o para un tercero, intermediario de la explotación sexual.

2.4.6.1. *La prostitución infantil:*

Es una forma de violencia, explotación y victimización de la persona menor de 18 años, en la que el uso de su cuerpo y sexualidad son utilizados como mercancías para su comercialización por parte de clientes prostituyentes que se constituyen abusadores. Incluye la posible participación de terceros, proxenetas o rufianes.

2.4.6.2. *La pornografía infantil y espectáculos sexuales:*

Es toda presentación visual o auditiva de un niño, niña o adolescente para el placer sexual del usuario con fines lucrativos o retributivos para el proveedor o intermediario; implicando la producción, distribución, tenencia y uso de este material. En particular, esta manifestación de explotación sexual comercial, constituye uno de los medios a través de los cuales se propicia la corrupción masiva de la niñez y la adolescencia. Por este medio se da lugar a la deshumanización de las relaciones, la distorsión de la conciencia frente al estímulo erótico que puede condicionar y propiciar respuestas violentas.

2.4.6.3. *El turismo sexual:*

Es un tipo de explotación sexual comercial de personas menores de 18 años por parte de personas nacionales o extranjeras que visitan o recorren el país en calidad de turistas con fines sexuales comerciales.

Incluye la promoción del país como destino accesible para el ejercicio impune de esta actividad, e involucra además de los propios explotadores, a intermediarios, agencias de viaje y todas aquellas personas y organizaciones comerciales o que de forma directa o indirecta facilitan, favorecen u organizan la actividad del turista sexual.

2.4.6.4. *Trafico de niños y niñas con objetivos sexuales. (Trata de personas):*

El tráfico sexual es una forma de venta y se entiende como la actividad lucrativa de trasladar niños, niñas y adolescentes, con fines sexuales comerciales que en su destino final serán utilizados para la prostitución o pornografía.

Tal actividad puede tener lugar entre países o en el interior de un país, de una ciudad a otra o de zonas rurales a zonas urbanas y en algunos casos, se realiza con el consentimiento de los padres o tutores. (Finkelhor, 1985).

2.4.6.5. *El estupro:*

Implica el que una persona mayor de edad o adulta tenga relaciones sexuales con una persona menor de edad aún con el consentimiento del menor. (Claramunt, 2000).

2. *Fases del abuso sexual:*

Según afirma Galdós (1999) es posible detectar 3 fases principales en el desarrollo del abuso sexual infantil, a saber:

3.1 Fase de Inicio o “enganche”: Cuando el abusador logra establecer con su víctima un nivel de acercamiento y se asegura que éste no contará a nadie el contacto establecido. En esta fase el niño, dependiendo de la edad que tenga, se encuentra confundido y por lo general no entiende lo que ocurre.

3.2 Fase de Continuidad: Una vez asegurado el silencio e la víctima, el abusador buscará sinnúmero de ocasiones para estar juntos, aumentando el abuso sexual, pudiendo llegar hasta la penetración. En esta fase dependiendo de la edad del niño es posible que trate de evitar la presencia del abusador, lo cual puede tomarse como un indicador del abuso.

3.3 Evidencia o Confirmación: Se produce de manera abrupta, y es cuando el abusador es sorprendido o porque la víctima cuenta lo que ha ocurrido. Es la fase de mayor tensión en la familia de la víctima, generalmente reaccionan de manera violenta contra el abusador, pero también es muy frecuente que interroguen de manera incisiva al niño/a, situación que lo/a confunde más acentuándose los sentimientos de culpa.

3. **¿Quiénes son los explotadores sexuales?**

Puede ser una persona o grupos de personas, mujer u hombre dedicados a satisfacer los intereses y deseos de otras personas o de si mismos a cambio de dinero u otro beneficio. Son personas comunes sin características identificables a simple vista (no tienen apariencia grotesca, deforme, furiosos ni locos, etc.).

Pues son personas comunes con algún poder económico o sin poder económico alguno, y a veces son personas conocidas en la comunidad. Hernann (1981). Citado por Velásquez, R. (2000)

4. ¿Por que se abusa a niños, niñas o adolescentes?

Porque implica la satisfacción del poder del adulto, quienes mediante el dinero, el uso de la fuerza física o del engaño, explotan el cuerpo y cosifican a la persona vulnerable por su condición de niño, niña o adolescente y lo someten a sus caprichos y deseos.

- 3) Los explotadores o abusadores establecen una relación de poder sobre el niño, niña o adolescente, en la que en algunos casos no media ningún sentimiento afectivo, moral, ni ningún compromiso posterior a daños provocados por su abuso. (Moreno A. 2001).

6. Indicadores generales del abuso sexual en niños, niñas y adolescentes según: (Castañeda A “et al” 2003).

- 6.1. Disminución del rendimiento académico.
- 6.2. Disminución o pérdida del apetito.
- 6.3. Regresión a un estado de desarrollo anterior.
- 6.4. Aseo de los genitales en forma exagerada o se niega a asearse.
- 6.5. Cambios repentinos de carácter, agresividad, tristeza, aislamiento, etc.
- 6.6. Miedo intenso a quedarse solo/a en casa o en compañía de una persona en especial.
- 6.7. Utilización de amenazas o términos que no corresponden a las costumbres de la casa.
- 6.8. Dificultad para dormir, pesadillas, etc.
- 6.9. Presenta manifestaciones sexuales abiertas.
- 6.10. Enrojecimiento o infección en sus los genitales.
- 6.11. Baja autoestima. (Si se describe a si mismo en términos negativos).
- 6.12. Desarrollo sexual precoz.
- 6.13. Depresión que puede estar encubierta por constante fatiga o malestar físico.
- 6.14. Retraimiento, sentimientos de culpabilidad.
- 6.15. Conductas autodestructivas.

7. Efectos emocionales y conductuales a corto plazo que provoca el abuso sexual en niños, niñas y adolescentes:

7.1. Escolar:

- Problemas en las relaciones interpersonales.
- Trastornos de la conducta.
- Cambios repentinos del humor.
- Trastornos del sueño.
- Trastornos de la alimentación.
- Somatizaciones.
- Trastorno por estrés postraumático.
- Conocimientos sexuales inapropiados para la edad.
- Trastorno de pánico.
- Ansiedad.
- Depresión.
- Aislamiento social.
- Retraimiento.
- Bajo rendimiento académico.
- Baja autoestima.
- Sentimientos de impotencia, etc.

7.2. Adolescentes:

- Trastornos de la conducta.
- Trastornos de la alimentación.
- Trastornos en las relaciones interpersonales.
- Ideas o intentos de suicidios.
- Consumo de drogas y/o alcohol.
- Trastornos en el estado de ánimo.
- Perdida de interés en los estudios.
- Bajo rendimiento escolar.
- Promiscuidad sexual y/o prostitución.
- Baja autoestima.
- Estrés postraumático, entre otros.
- Depresión.

8. Efectos emocionales y conductuales del abuso sexual en niños, niñas y adolescentes a mediano plazo según: (Heise, 1994)

- Depresión enmascarada o manifiesta
- Trastornos ansiosos.
- Trastornos de sueño: terrores nocturnos, insomnio.
- Trastornos alimenticios: anorexia, bulimia, obesidad.
- Distorsión de desarrollo sexual.
- Temor a expresión sexual.
- Intentos de suicidio o ideas suicidas.
- Repitencias escolares.
- Trastornos del aprendizaje.
- Fugas del Hogar.
- Deserción escolar.
- Ingestión de drogas y alcohol.
- Inserción en actividades delictuales.
- Interés excesivo por juegos sexuales.
- Masturbación compulsiva.
- Embarazo precoz.
- Enfermedades de Transmisión Sexual.

9. Efectos emocionales y conductuales del abuso sexual en niños, niñas y adolescentes a largo plazo, según: (Heise, 1994).

- Disfunciones sexuales.
- Baja autoestima y pobre autoconcepto.
- Estigmatización: sentirse diferente a los demás.
- Trastorno de depresión.
- Trastorno de ansiedad.
- Trastornos emocionales diversos.
- Fracaso escolar.
- Prostitución.
- Promiscuidad sexual.

- Alcoholismo.
- Drogadicción.
- Delincuencia.
- Inadaptación social.
- Relaciones familiares conflictivas
- Trastornos de somatización.

10. Efectos emocionales y conductuales que provoca el abuso sexual, según algunos estudios que se han realizado acerca del tema:

Según Castillo Marcia (2004) entre los síntomas identificados con mayor frecuencia se encuentran: ansiedad, depresión y trastornos del sueño.

Según la comisaria de la policía Nacional de Nicaragua en el año 2005 se calculó que aproximadamente el 75% de las víctimas de abuso sexual presentan signos y síntomas depresivos mientras son entrevistados al poner la denuncia. Por otro lado el 25 % restante suele presentar otros síntomas como ansiedad y/o estrés postraumático.

El abuso sexual impacta la confianza del niño en si mismo y en los demás, además; destruye la autoestima de las victimas, su autonomía, su seguridad y su visión del futuro. Brown y Filkelhor (1985).

Por otro lado, entre los síndromes considerados consecuencias del abuso sexual, se encuentran el trastorno de estrés postraumático así como los trastornos disociativos y los trastornos de personalidad múltiple. (Provus L. 1992).

La intensidad de los síntomas explorados también es significativamente mayor para las victimas que han sufrido un abuso sexual muy traumático o devastador, mientras que es baja para los que vivieron un abuso sexual un poco menos estresante o menos traumático. Castillo Marcia. (2004).

11. Trastornos del estado de ánimo:

Se trata de una serie de trastornos persistentes del estado de ánimo que suelen ser de intensidad fluctuante y suelen acarrear un considerable malestar y una serie de incapacidades. Los trastornos del estado de ánimo incluyen los trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor. Y están divididos en: trastornos depresivos, unipolares, bipolares, y trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias. CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. (Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 1987).

11.1. Trastorno depresivo mayor:

Se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores. Por ejemplo: al menos dos semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida del interés acompañados por al menos cuatro síntomas de depresión.

11.2. Trastorno distímico:

Se caracteriza por al menos dos años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo, que sin él, acompañado de cuatro síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

11.3. Trastorno depresivo no especificado:

Se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo, o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo (O síntomas depresivos sobre los que hay una información inadecuada o contradictoria).

11.4. Trastorno bipolar I:

Se caracteriza por uno o más episodios maníacos o mixtos, habitualmente acompañados por episodios depresivos mayores.

11.5. *Trastorno bipolar II:*

Se caracteriza por uno o mas episodios depresivos mayores acompañados por al menos un episodio hipomaníaco.

11.6. *Trastorno ciclotímico:*

Se caracteriza por al menos dos años de numerosos episodios de síntomas hipomaníacos que no cumplen los criterios para un episodio maníaco y numerosos periodos de síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

11.7. *Trastorno bipolar no especificado:*

Se incluye para codificar trastornos con características bipolares que no cumplen criterios para ninguno de los trastornos bipolares específicos definidos en esa sección.

11.8. *Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad medica:*

Se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una enfermedad medica.

11.9. *Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias:*

Se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una enfermedad medica.

11.10. *Trastorno del estado de ánimo no especificado:*

Se incluye para codificar los trastornos con síntomas afectivos que no cumplen los criterios para ningún rasorno del estado de ánimo y en los que es difícil escoger entre un trastorno depresivo no especificado y un rasorno bipolar no especificado.

12. Trastorno de ansiedad generalizada:

Se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente durante al menos 6 meses. (CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnostico. Organización Mundial de la Salud. (OMS) Ginebra, 1987).

13. Fobia específica:

Se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a la exposición a situaciones u objetos específicos temidos, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación. (CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud. (OMS) Ginebra, 1987).

14. Crisis de angustia:

Se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de opresión, miedo pavoroso o terror, acompañados habitualmente de sensación de muerte inminente, sensación de peligro y de una urgente necesidad de escapar. La característica principal es la aparición aislada y temporal de miedo o malestar de carácter intenso. (Nancy, A. “et, al” 1996). Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSMIV. Impreso en México.

15. Trastornos somatomorfos:

El rasgo principal de este trastorno, es la presentación reiterada de síntomas somáticos acompañados de demandas persistentes de exploraciones clínicas y de la presencia de síntomas físicos que sugieren una enfermedad médica. (Nancy, A. “et, al” 1996). Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSMIV. Impreso en México.

Pero en este trastorno no existen causas orgánicas (la persona ha ido al médico y los exámenes no han permitido identificar factores que puedan explicar los síntomas).

16. Trastornos disociativos:

La característica esencial de estos trastornos consiste en una alteración de las funciones integradoras de la conciencia, la identidad, la memoria y la percepción del entorno. Esta alteración puede ser repentina o gradual, transitoria o crónica. (Nancy, A. “et, al” 1996). Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSMIV. Impreso en México.

17. Trastornos de adaptación:

Se trata de estados de malestar subjetivo, acompañado de alteraciones emocionales o comportamentales que por lo general, interfieren con la actividad social, que aparecen en el periodo de adaptación a un cambio biográfico significativo, o a un acontecimiento vital Estresante. (CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud. (OMS) Ginebra, 1987).

18. Trastornos de la conducta alimentaria:

Los trastornos alimentarios, se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria y se clasifican en dos tipos:

18.1. Anorexia nerviosa: Se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales.

18.2. Bulimia nerviosa: Se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad, seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vomito provocado, el abuso de fármacos laxantes y diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo. (Nancy, A. “et, al” 1996). Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSMIV. Impreso en México.

19. Trastornos del sueño:

Los trastornos del sueño, están divididos en cuatro grandes apartados según su posible etiología. (Nancy, A. “et, al” 1996) Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSMIV. Autores varios. Impreso en México.

19.1. Trastornos primarios del sueño: son aquellos que no se deben a enfermedad mental, enfermedad médica, o a una sustancia. Estos trastornos del sueño, aparecen presumiblemente como consecuencias de alteraciones endógenas en los mecanismos del ciclo sueño-vigilia que a menudo se ven agravadas por factores de condicionamiento.

A su vez, estos trastornos se subdividen en: disomnias (caracterizadas por trastornos de la cantidad, calidad y horario del sueño). Y en parasomnias (caracterizadas por acontecimientos o conductas anormales asociadas al sueño, a sus fases específicas o a los momentos de transición sueño-vigilia).

XII. MATERIAL Y METODO

1) **Tipo de estudio:** Corte transversal analítico.

2) **Participantes:** 37 adolescentes entre las edades de 11 a 19 años que sufrieron algún tipo de abuso sexual, que residen en el Municipio de León y que asistieron a la comisaría de la mujer y de la niñez en el periodo de de julio a diciembre del año 2008..

3) **Recolección de la información:**

A) **participantes:**

✓ Muestra: 9 varones y 28 mujeres entre las edades de 11 a 19 años, que sufrieron algún tipo de abuso sexual, que residen en el Municipio de León y que fueron asistidos en la comisaría de la mujer y de la niñez en el periodo de julio a diciembre del año 2008.

B) **Criterios de inclusión:**

Adolescentes entre las edades de 11 a 19 años, que hayan sufrido algún tipo de abuso sexual y que hayan asistido a la comisaría de la mujer entre julio y diciembre del año 2008 y que residan en el Municipio de León.

C) **criterios de exclusión:**

Niños que no tengan entre 11 y 19 años de edad.

Niños que no hayan sufrido algún tipo de abuso sexual.

Niños que no hayan asistido a la comisaría de la mujer y de la niñez entre julio y diciembre del año 2008.

Niños que no residan en el Municipio de León.

D) Consideraciones éticas:

Para la realización de este estudio se tomaron en cuenta las normas éticas de Helsinki, las cuales entraron en vigencia en el año 1989 donde sus principios se centran en los siguientes aspectos:

1. Los trabajos deben ser conducidos por expertos en el tema.
2. La importancia del objetivo a alcanzar debe ser mayor a los riesgos de la investigación.
3. Evaluación de riesgos previsibles y los beneficios tanto para el Sujeto como para otras personas.
4. Respeto al derecho de salvaguardar la intimidad y la integridad personal de los Sujetos.
5. Respeto de la exactitud de los resultados.
6. Hacer manejo ético de los datos.
7. No debe existir coacción en la obtención del consentimiento de los participantes.
8. Nadie será sometido a torturas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.
9. Nadie será sometido sin su consentimiento a experimentos Médicos o Científicos.
10. La información obtenida sólo será utilizada con fines investigativos y se manejará con mucha confidencialidad y solamente por profesionales capacitados en la materia.
11. En el momento de recopilar la información sugerir tanto a los adolescentes afectados como a sus tutores:
 - a) Buscar ayuda profesional en el área de salud Mental con el objetivo de ayudar al adolescente a superar el trauma provocado por la agresión sexual sufrida.
 - b) Recurrir al apoyo Inter-institucional o psicológico que brindan los diferentes centros alternativos tales como: “Mery Barrera”. “IXCHEN”, “CISAS”, entre otros.
 - c) Integrarse a grupos de autoayuda o grupos de apoyo en los diferentes centros alternativos para que se les brinde atención integral tanto al adolescente que ha sido ultrajado sexualmente así como a su familia o tutores.

E) Procedimiento para recopilar la información:

Una vez realizada una lectura a profundidad sobre el tema, y valorando los requerimientos básicos para la obtención de la información, solicité el permiso en la Comisaria de la mujer y de la niñez para la realización del estudio y establecí contactos con los padres o tutores de los adolescentes considerados para el estudio, facilitando el consentimiento informado de las actividades a realizar con el objeto de contar con el apoyo de los adolescentes en este proceso.

F) Instrumentos

Expediente psicológico: Se revisaron los expedientes psicológicos de cada participante para obtener la información referente a datos sociodemográficos tales como la edad, el sexo, escolaridad, estado civil, así como la tipificación del delito sufrido por el adolescente.

Escala de Hamilton para la depresión: (Hamilton Depression Rating scale, HDRS). (Validada en Nicaragua). Consta de 22 ítems que evalúan el perfil sintomatológico y la gravedad del cuadro depresivo, debe de ser administrada por un clínico y el marco de referencia temporal es en base a los últimos seis meses.

Para cada ítem la escala proporciona criterios operativos de puntuación y es la escala mas utilizada en la actualidad.

Corrección e interpretación: Las afirmaciones en los ítems antes expuestos reflejan la severidad del malestar producidos por los síntomas depresivos y se califica de 0 (mínimo) a 4 (severo). La puntuación global se obtiene sumando las puntuaciones de los 22 reactivos siendo 0 la mínima puntuación y 69 la máxima a obtener.

Los puntos de corte de la escala se emplean para hacer una categorización de la severidad de la depresión por lo que una puntuación de 0 a 9 refleja la ausencia de síntomas depresivos; de 10 a 16 indica una depresión media; de 17 a 29 refleja una depresión moderada y puntuaciones de 30 a 69 indican una depresión severa.

Análisis de los datos: Procedimiento

Primeramente, se elaboró una base de datos en el programa estadístico SPSS Versión 15, en donde se digitaron cada una de los instrumentos aplicados a los adolescentes en estudio, se analizaron los resultados mediante medidas descriptivas como frecuencias y porcentajes, así mismo se realizaron cruces de variables para determinar asociaciones y se realizó un modelo de regresión logística multivariado para determinar la relación entre la variable dependiente y las independientes, se determino la asociación mediante OR ajustado, lo cual se interpreta, OR Mayor a 1 = a riesgo de padecer la enfermedad. OR Menor a 1= a factor de protección, es decir no desarrolla la enfermedad. Los resultados se presentan en Tablas de Frecuencias, porcentajes generales y Gráficos.

4) Definición operacional de las variables.

Variable	Definición conceptual.	Instrumento. (medición)	Dimensiones.
Edad	Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha actual.	Expediente psicológico.	11 a 19 años. Adolescentes.
Sexo	Diferencia física y constitutiva del hombre y la mujer.	Expediente psicológico y escala de Hamilton para la depresión.	Masculino. Femenino.
Escolaridad	Grado o nivel educativo aprobado.	Expediente psicológico y escala de Hamilton para la depresión.	Sin escolaridad. Primaria. Secundaria.
Estado civil:	Condición civil de las personas, en cuanto a relación de pareja.	Expediente psicológico y escala de Hamilton para la depresión.	Casado. Soltero. Acompañado.
Tipo de abuso sexual.	Tipificación del abuso sexual sufrido según la comisaria de la mujer.	Expediente psicológico	Violación. Abusos deshonestos. Estupro.
Niveles de depresión	Intensidad de signos y síntomas del padecimiento.	Escala de Hamilton para la depresión.	Ausencia de síntomas depresivos. Depresión media. Depresión moderada. Depresión severa.

XIII. RESULTADOS:

Tabla 1.

Datos sociodemográficos de los adolescentes.

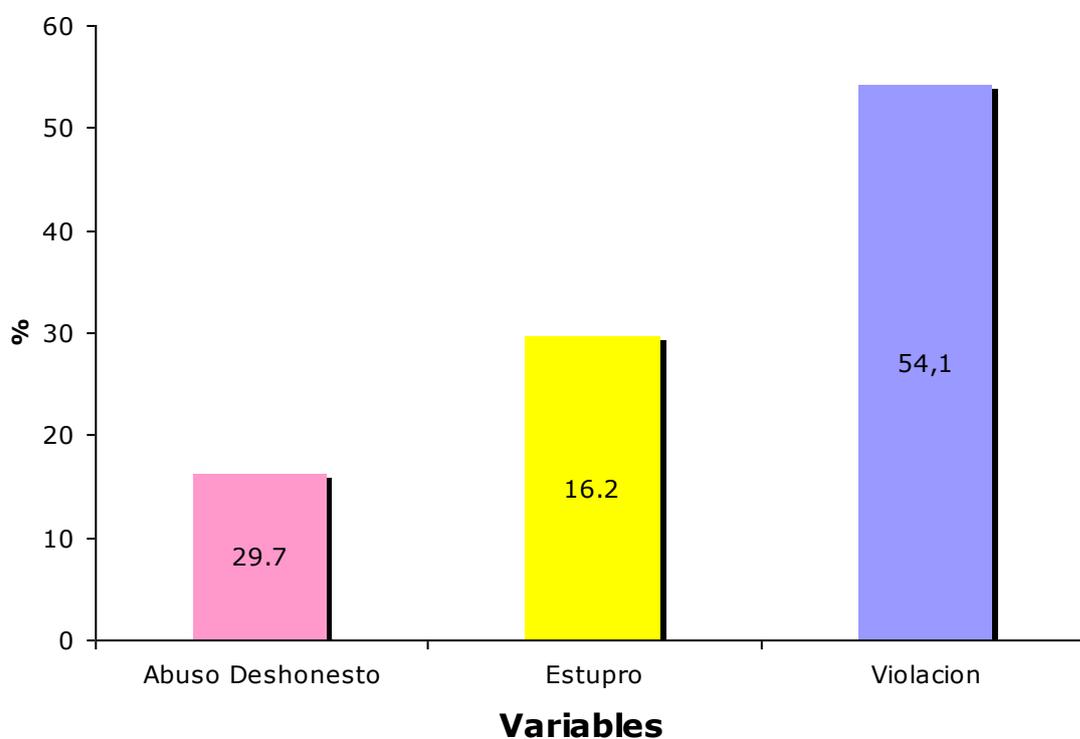
En esta tabla se puede observar que la mayoría de los adolescentes están entre los rangos de 11 a 14 años de edad, con predominio del sexo femenino en comparación con el masculino. Prevalciendo un estado civil soltero y una escolaridad primaria.

	Variable	N	%
Edad	11 a 14 años	25	67.6
	15 a 19 años	12	32.4
Sexo	Masculino	10	27
	Femenino	27	73
Estado Civil	Casado	1	2.7
	Acompañado	5	13.5
	Soltero	31	83.3
Escolaridad	Sin Escolaridad	2	5.4
	Primaria	21	56.8
	Secundaria	14	37.8
	Total	37	100

Gráfico 1.

Distribución porcentual del tipo de abuso que sufrieron los adolescentes.

Este gráfico refleja que un poco más de la mitad de los adolescentes en estudio sufrieron violación, más de la cuarta parte sufrieron abusos deshonestos mientras que aproximadamente una quinta parte sufrió de estupro.



VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y EL TIPO DE ABUSO SUFRIDO POR LOS ADOLESCENTES COMPARADO CON LOS NIVELES DE DEPRESIÓN.

En la siguiente tabla se puede observar que el 21.6% de los adolescentes entre las edades de 11 a 14 años presentan depresión media, en cambio el 16.12% entre las edades de 15 a 19 años presentan depresión moderada. A la vez esta tabla refleja que el 32.4% de adolescentes mujeres y el 10.8% de adolescentes varones presentan depresión moderada.

En cuanto al nivel de escolaridad, el 24.32% de los adolescentes con escolaridad secundaria y el 18.9% con escolaridad primaria presentan depresión moderada.

Con respecto al estado civil, el 37.8% de los adolescentes solteros presentan depresión moderada y el 8.1% de los adolescentes que tienen pareja o están acompañados presentan depresión media. Por otra parte un el 32.4% de los adolescentes que sufrieron violación y el 8.1% que sufrieron estupro presentan depresión moderada; mientras que el 13.5% de adolescentes que sufrieron abusos deshonestos presentan depresión media.

Tabla 2.

Variables		Niveles de depresión							
		Depresión Severa		Depresión Moderada		Depresión Media		Ausencias de Síntomas Depresivos	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Edad	11 a 14 años	2	5.4	10	27	8	21.6	5	13.5
	15 a 19 años	1	2.7	6	16.12	3	8.10	2	5.4
Sexo	Masculino	1	2.7	4	10.8	3	8.1	2	5.4
	Femenino	2	5.4	12	32.4	8	21.6	5	13.5
Escolaridad	Sin Escolaridad	1	2.7	0	0	0	0	1	2.7
	Primaria	0	0	7	18.9	7	18.9	5	13.5
	Secundaria	2	5.4	7	24.32	4	10.8	1	2.7
Estado Civil	Soltero	3	8.1	14	37.8	8	21.6	6	16.2
	Casado	0	0	1	2.7	0	0	0	0
	Acompañado	0	0	1	2.7	3	8.1	1	2.7
Tipo de Abuso	Abuso Deshonesto	0	0	1	2.7	5	13.5	5	13.5
	Estupro	0	0	3	8.1	1	2.7	2	5.4
	Violación	3	8.1	12	32.4	5	13.5	0	0

Modelo de regresión logística multivariado.

En el siguiente modelo de regresión logística con respecto a la edad, se observa que los adolescentes entre las edades de 11 a 14 años presentan un $OR=1.6$ lo que indica que tienen 1.6 veces más probabilidad de sufrir depresión en comparación con los adolescentes entre 15 y 19 años de edad.

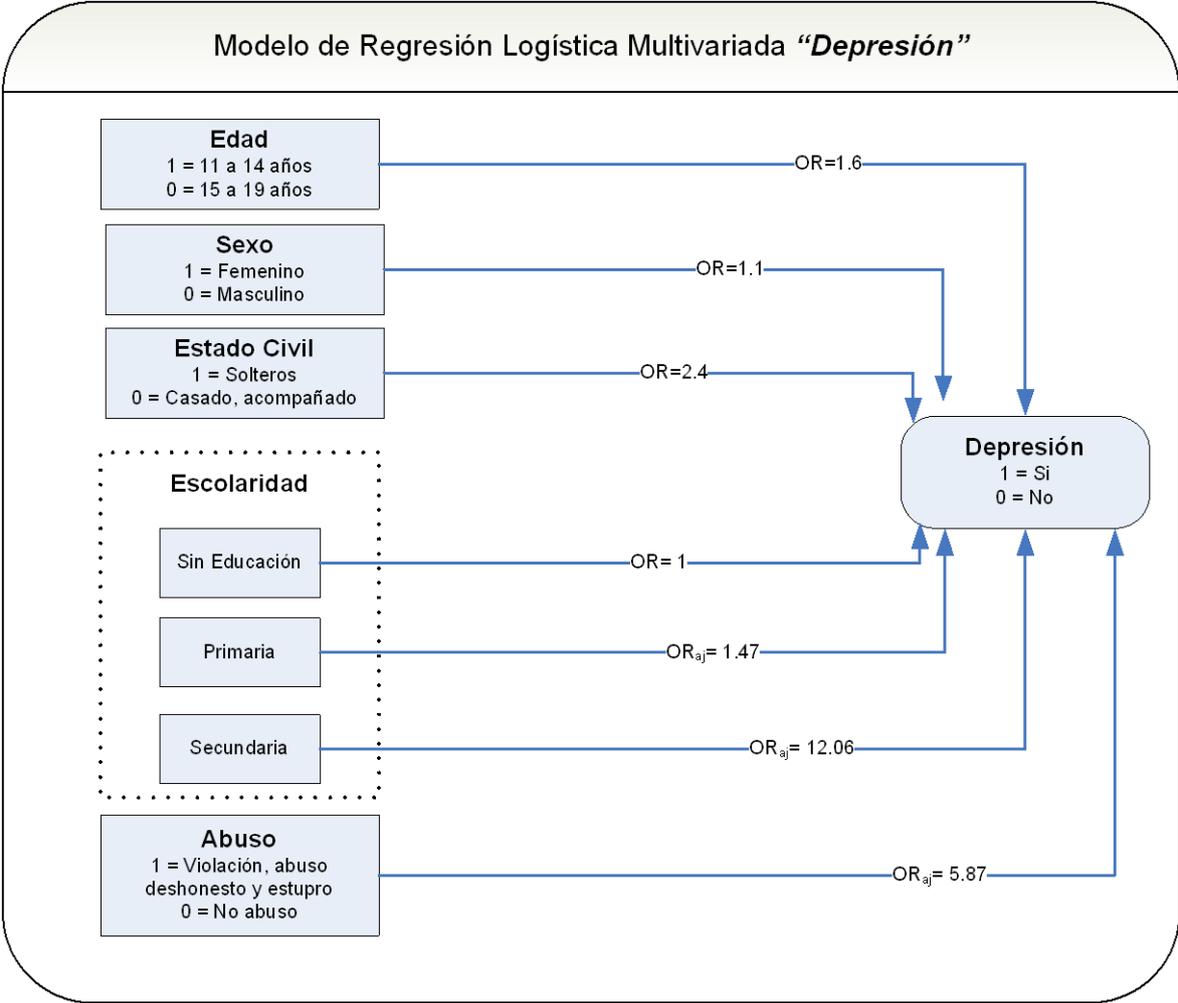
En relación al sexo de los adolescentes, el diagrama refleja que el sexo femenino tiene un $OR=1.1$ lo cual representa que las mujeres tienen 1.1 más de probabilidad que los varones de sufrir depresión.

En cuanto al estado civil de los adolescentes, los solteros obtuvieron un $OR=2.4$ lo que significa que tienen 2.4 veces más probabilidad de presentar depresión en comparación con los adolescentes que están casados o acompañados.

Los adolescentes con escolaridad de secundaria obtuvieron un $OR = 12.06$ lo que indica que estos adolescentes tienen 12 veces más probabilidades de sufrir de depresión, en comparación con aquellos adolescentes que tienen un nivel de educación de primaria o comparados con los adolescentes que no tienen ningún grado de educación.

Con respecto al tipo de abuso y el nivel de depresión sufrido por los adolescentes se puede observar que independientemente del tipo de abuso sufrido por estos, se obtuvo un $OR=5.87$, lo cual indica los adolescentes que sufrieron algún tipo de abuso como violación, abusos deshonestos o estupro tienen 5.87 veces más posibilidades de presentar depresión en comparación con los adolescentes que no han sufrido ningún tipo de abuso sexual.

Grafico 2.



XIV. DISCUSIÓN

Al analizar los datos obtenidos en este estudio se observó que hay predominio de los adolescentes entre las edades de 11-14 años que han sido abusados sexualmente lo que puede indicar que este grupo correspondiente a la adolescencia primaria es más vulnerable a sufrir algún tipo de abuso sexual, lo cual puede deberse a que la adolescencia primaria es un período muy difícil puesto que conlleva muchos cambios físicos y emocionales, además que se trata de una etapa en la que el adolescente presenta confusión de identidad lo que puede ser generado por muchos factores tanto sociales como culturales como lo es el machismo y los patrones de crianza, donde por cuestiones de costumbres se le ha enseñado al niño a vivir sometido y a deber obediencia a las personas mayores o adultas lo que puede estar provocando que los niños entre estas edades sean presas fáciles para los depredadores sexuales. Estos datos encontrados se confirman con el estudio realizado por (CIDS-UNAN-LEON. 2005) el cual refiere que el abuso sexual infantil afecta más al grupo etáreo entre 11 y 15 años de edad. Lo que también es compatible con los datos encontrados por Dos Generaciones en un estudio de incidencia de abuso sexual que reporta que el grupo etáreo más afectado entre los casos atendidos fue entre 12 y 15 años con un 45% de incidencia. (Castillo S and Amador A. 2001).

En cuanto al sexo, se observa que hay un predominio de las mujeres sobre los varones que han sufrido abuso sexual lo que puede tener su explicación en los patrones culturales o patrones de crianza que se heredan de generación a generación donde a las niñas sólo por el hecho de ser mujeres se les ha enseñado a ser sumisas ante la autoridad masculina o ante personas mayores. Estos datos encontrados donde las niñas o adolescentes mujeres son más vulnerables a sufrir abuso sexual que los varones se confirma con el estudio realizado por (Fundación Sobrevivientes y Save the Children Noruega. 2003). Donde se afirma que el 95.7% de víctimas de abuso sexual registradas en la Policía Nacional y el Ministerio de la familia son niñas y adolescentes mujeres.

Con respecto al tipo de abuso que sufrieron los adolescentes, se observó que más de la mitad de ellos sufrieron violación o penetración, mientras que menos de la mitad sufrieron abusos deshonestos y aproximadamente una quinta parte sufrió estupro. Esto puede deberse a que la mayoría de los victimarios son hombres mayores que sus víctimas, los cuales pueden tener alguna relación con esta entre los que pueden encontrarse: el padre, el novio, el padrastro, hermanos, tíos, primos, entre otros. Estos datos también se acercan a los datos encontrados en el estudio realizado por La (Corte Suprema de Justicia. 2002) el cual revela que los casos de violación constituyen el 62.62%; abusos deshonestos 15.54%, y estupro 14%.

Al analizar el estado civil de los adolescentes, se encontró que la mayoría de los adolescentes en estudio son solteros, al igual que más de la mitad de ellos tienen un nivel de escolaridad de primaria. Pienso que esto se debe a que prácticamente casi todos los adolescentes son menores de edad ya que sus edades oscilan entre 11 y 19 años, por lo que algunos pocos están casados o acompañados y en su mayoría aun están estudiando. Un Informe sobre abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes revela que el 96% de las víctimas de abusos sexuales son del sexo femenino y tienen un nivel de escolaridad bajo y en su mayoría son estudiantes. (CIDS-UNAN-LEON. 2005).

Según los niveles de depresión encontrados se puede observar que aproximadamente una cuarta parte de los adolescentes entre 11 y 14 años de edad presentan depresión moderada mientras que la otra tercera parte de dicho grupo presenta depresión severa o depresión media. En cambio aproximadamente otra cuarta parte de los adolescentes entre 15 y 19 años de edad presentan depresión severa presentando la otra tercera parte restante otros niveles de depresión. Esto significa que independientemente de la edad que tengan los adolescentes siempre se van a ver afectados emocionalmente por el abuso sexual que sufrieron aunque estos sean adolescentes tempranos o estén en la etapa de adolescencia tardía. En un estudio realizado en mujeres y hombres entre 25 y 44 años de edad, residentes en el sector urbano de la ciudad de León reveló que alrededor del 20% de chicos que sufrieron abuso sexual, refirieron que este provocó serio impacto en ellos, pues tres de cada cinco de ellos expresaron haber tenido serias afectaciones por el abuso que sufrieron en su adolescencia, así mismo las mujeres estudiadas reconocieron que el abuso durante el periodo de la adolescencia es emocionalmente más traumático que el abuso sufrido durante la niñez. (Ann Olsson "et. al". 2000).

Tomando en cuenta la relación entre los niveles de depresión y el sexo de los adolescentes se obtuvo que aproximadamente una cuarta parte de adolescentes mujeres presentan depresión moderada mientras que la otra tercera parte restante presentan otros niveles de depresión. En comparación con los varones que también solamente una cuarta parte presenta depresión moderada, presentando el resto niveles muy bajos de depresión. Estos resultados encontrados revelan que el abuso sexual afecta emocionalmente tanto a varones como a mujeres por igual.

Con respecto al nivel de escolaridad relacionado al nivel de depresión que presentan los adolescentes se encontró que una tercera parte de adolescentes con educación de secundaria y una cuarta parte de adolescentes con educación primaria presentan depresión moderada. En cambio los adolescentes que no tienen ningún nivel escolar presentan niveles bajos de depresión. Estos resultados llaman mucho la atención, pues parece que a menor grado de escolaridad, menor es el nivel de depresión, lo que indica que el nivel de escolaridad influye directamente en el nivel de depresión que presentan los adolescentes que puede deberse a que mientras mayor información tengan los adolescentes acerca de lo que implica y conlleva el abuso sexual así como las secuelas psicológicas que puede provocar, probablemente sea mayor la ansiedad que estos experimentan. Esto se contrapone con los hallazgos encontrados por (Ann Olsson "et. al". 2000). Que afirma que no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres abusados y no abusados con respecto a la educación, a la ocupación y a la situación socio-económica en general.

En cuanto al estado civil de los adolescentes y el nivel de depresión que presentan, se observa que la mayoría de los adolescentes que están solos o que tienen un estado civil soltero presentan depresión moderada a diferencia de los adolescentes que están acompañados o casados que presentan niveles bajos de depresión. Según estos datos al parecer el hecho de estar acompañados ayuda a los adolescentes a afrontar mejor los problemas emocionales que les puede provocar el abuso que sufrieron, pues parece ser que el tener una pareja o contar con alguien les ayuda a superar los problemas emocionales que puedan desarrollar.

Según los resultados obtenidos entre el nivel de depresión y el tipo de abuso que sufrieron los adolescentes, se encontró que casi la mitad de los adolescentes que fueron violados presentan un nivel de depresión moderado, en contraposición con los adolescentes que sufrieron abusos deshonestos o estupro los cuales presentan niveles de depresión más bajos. Estos resultados revelan que hay una relación muy estrecha entre el tipo de abuso sufrido y el nivel de depresión que presentan los adolescentes pues al parecer mientras más traumático sea el abuso así serán las secuelas provocadas por éste. Lo que también se confirma con el estudio realizado por Castillo Marcia (2004). El cual revela que la intensidad de los signos y síntomas explorados también es significativamente mayor para las víctimas que han sufrido un abuso sexual muy traumático o devastador, mientras que es baja para los que vivieron un abuso sexual un poco menos estresante o menos traumático.

Al realizar el modelo explicativo de regresión logística multivariado de depresión, se observó que los adolescentes tempranos presentan 1.6 veces más probabilidad de ser abusados sexualmente en comparación con los adolescentes tardíos. A la vez se comprueba lo que ya se dijo anteriormente: las mujeres tienen 1.1 más probabilidad de ser abusadas sexualmente en comparación con los varones.

Los adolescentes solteros presentan 2.4 veces más posibilidades de presentar depresión en relación a los adolescentes casados o que están acompañados.

En relación a la escolaridad se obtuvo que los adolescentes con escolaridad de secundaria presentan 12 veces más riesgo de sufrir depresión en cotejación con los adolescentes que tienen un nivel de escolaridad de primaria o que no tienen ningún nivel de escolaridad. Y, los adolescentes que sufrieron algún tipo de abuso sexual, presentan 5.87 más posibilidad de padecer depresión en relación con los adolescentes que no han sufrido ningún tipo de abuso.

XV. CONCLUSION

De acuerdo a los resultados obtenidos en este estudio se puede concluir afirmando que los adolescentes entre 11 y 14 años de edad son más vulnerables a sufrir de abuso sexual que los adolescentes que tienen entre 15-19 años.

Las mujeres son más vulnerables a sufrir abuso sexual que los varones.

Un poco más de la mitad de los adolescentes en estudio fueron violados.

La mayoría de los adolescentes en estudio son solteros y tienen un grado de educación primaria.

La mayor parte de los adolescentes presentan diferentes niveles de depresión independientemente de la edad, del sexo y del tipo de abuso que sufrieron.

Al parecer, el contar con el apoyo del cónyuge o de una pareja ayuda a desarrollar mejores formas de afrontamiento ante la situación de abuso sexual.

Según los resultados obtenidos, parece ser que el nivel académico influye en las respuestas de signos y síntomas depresivos debido a que se encontró que los adolescentes con un nivel educativo de secundaria presentan más riesgo de padecer depresión en comparación con los adolescentes con educación primaria o adolescentes sin educación alguna.

Todos los adolescentes estudiados presentan riesgo de sufrir depresión, independientemente del tipo de abuso que haya sufrido, aunque el nivel de depresión que presenta al parecer está en dependencia del tipo de abuso sufrido ya que se observó que los adolescentes que fueron violados presentan más probabilidades de presentar un nivel de depresión más alto que los adolescentes que sufrieron abusos deshonestos o estupro.

El abuso sexual deja graves secuelas psicológicas como lo es el caso de la depresión, no importando los niveles de esta. Si no, más bien tomando en cuenta su frecuencia y prevalencia en los casos de abuso sexual.

XVI. RECOMENDACIONES

A la Comisaria de la mujer, de la niñez y de la adolescencia y a los Centro Alternativos:

- 1) Que se trate de proteger la integridad y la sexualidad de los adolescentes a través de campañas de sensibilización acerca del tema.
- 2) Que se impartan talleres educativos acerca del tema dirigido a adolescentes y padres de familias, con el objetivo de sensibilizar a esta población vulnerable ante el abuso sexual.
- 3) Que se les brinde orientación y seguimiento psicológico y jurídico a todos aquellos adolescentes que han sido víctimas de abuso sexual y que no han podido superar el trauma que este les ha provocado.
- 4) Educar a la población en general y específicamente a los individuos en riesgo sobre este fenómeno.
- 5) Crear programas de intervención para el diagnóstico oportuno de factores de riesgo de abuso sexual.

A los trabajadores de la Salud Mental:

- 1) Que se trate de proteger y resguardar la integridad sexual de los niños, niñas y adolescentes.
- 2) Que se brinden charlas de concientización acerca de todo lo que implica el abuso sexual en niños niñas y adolescentes dirigidas a la población en general y a la población más vulnerable de sufrir abuso sexual.
- 3) Que se brinde orientación psicológica a todo niño, niña o adolescente y familiares cercanos a estos que requiera este tipo de ayuda luego de haber sufrido algún tipo de abuso sexual.

- 4) Que se brinde seguimiento a todos los casos detectados o remitidos por la Comisaria de la mujer, niñez y adolescencia o que hayan sido remitidos por algún Centro alternativo.

- 5) Que se proteja y resguarde la Identidad de todo niño, niña o adolescente que haya sufrido algún tipo de abuso sexual.

XVII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1) Miguel de Toro y Gisbert. (1970). Séptima edición. Montparnasse. Diccionario pequeño Larousse ilustrado. Paris.
- 2) Finkelhor, D. (1979). Abuso sexual al menor. Causas, consecuencias y tratamiento psicosexual. Editorial Pax México. D.F.
- 3) Finkelhor and Brown. (1985). "The Traumatic impacto of Child Health sexual abuse" and neglect.
- 4) Organización Mundial de la Salud. (1987). (OMS) Ginebra, CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnostico.
- 5) MC Cleidon, P. (1991) Incesto, abuso sexual de niños. Trabajo social Clínico de incesto.
- 6) López, M.,et al. (1992). Muertes por homicidio. Consecuencia fatal de la violencia. México.
- 7) Provus, L. (1992). "Early indicators of pathological dissociation in sexually abused Children". USA:
- 8) Kendall – Tackett, et al. (1993). Abuso sexual infantil.
- 9) Soria, M., Hernández , L. (1994). El agresor sexual y la víctima. Barcelona.
- 10) Heise, L. (1994). Violencia contra la mujer, Salud y Desarrollo. OPS Washington.
- 11) Ediciones Océano. (1994). Enciclopedia de la psicología Océano. Diccionario. Tomo 6. . Barcelona, España.

- 12) Rugama, D. and Velásquez, I. (1995). La policía frente al abuso sexual en la niñez y adolescencia. Managua. DOS GENERACIONES.
- 13) Valenzuela, J., Hernández, L., Sánchez, J. (1995). Quejas psicosomáticas y comportamiento sexual sufrido en la niñez.
- 14) Nancy , A. (1996). Manual Diagnostico y estadístico de los trastornos mentales. DSMIV. Impreso en México.
- 15) Kendall- Tackett, Sosa C. (1996). Información básica de abusos sexuales a menores.
- 16) Castañeda, A. (1997). Maltrato infantil. Experiencia de trabajo en el módulo de atención al maltrato infantil en Salud del Instituto de salud del niño. Lima- Perú.
- 17) López, F and Del Campo, A. (1997). Prevención de abusos sexuales a menores. Guía para los educadores. Ministerio de trabajo y asuntos sociales. Salamanca, España.
- 18) UNICEF. (1998) Estudio de violencia contra niños, niñas y adolescentes. Prevención del abuso infantil. Dominican-Republic.
- 19) Claramunt, M. (1998). Explotación sexual en Costa Rica. Análisis de la ruta crítica de niños, niñas y adolescentes hacia la prostitución.
- 20) Guerrero, L. (1998). Previniendo el abuso sexual infantil. Editorial Manuel Ramos. Lima-Perú.
- 21) Dra. Gioconda, B. (1998). Pasantía teórica practica sobre tratamiento de victimas de incesto y abuso sexual. Editorial nuevos horizontes. Managua-Nicaragua.
- 22) Fernández, M. (1999). Abusos sexuales a menores. El estudio de la realidad Portuguesa. Tesis Doctoral. Universidad de Salamanca.

- 23) Galdòs, S. (1999). Prevención del abuso sexual infantil.
- 24) Fernández, C. y Baptista, P. (1999). Metodología de la investigación. Segunda edición. Editorial esfuerzo S.A. de C.V. México, D.F
- 25) Dos Generaciones. (1999). La condición de la niña victima de abuso sexual. Proyecto de seguimiento de la conferencia internacional sobre la población y desarrollo en Nicaragua. Promoción de la juventud y la infancia. 1ra. Edición. Managua-Nicaragua
- 26) Moreno, A. (2001). La explotación sexual infantil en Paraguay. Diagnóstico y propuestas de intervención.
- 27) Olsson, A., Peña, R. et al. (2000). Sexual abuse During childhood and adolescence among nicaraguan men and women: A population based anonymous Surrey. Child abuse & neglect, Vol.24, No.12, pp.1579-1589,2000. Copyright 2000 Elsevier Science Ltd. Printed in The USA. All rights reserved 0145-2134-00-\$-see front matter.
- 28) Amador, A. (2000). DOS GENERACIONES. ¿Qué hacer y cómo hacerlo? Orientaciones prácticas para la denuncia de abuso sexual contra niñas, niños y adolescentes. Managua- Nicaragua.
- 29) Velásquez, R. (2000). Revictimización, acceso a la Justicia en la atención a niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente.
- 30) Claramunt, M. (2000). Serie, Género y Salud Pública. Abuso sexual en mujeres adolescentes. Organización Panamericana de la Salud. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. San José Costa Rica.
- 31) Velásquez, R. (2001). La condición de la niña victima de abuso sexual. Dos caras de la vida sexual contra la niñez y la adolescencia.

- 32) Castillo, M. and Amador, A. (2001). Abuso sexual infantil. Incidencia y características. Managua-Nicaragua.
- 33) Moreno, C. (2001). Caminos hacia la prevención y erradicación de la explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes en Centroamérica y República Dominicana. Primera edición. Editorial Máster Litho S.A. San José, Costa Rica.
- 34) Molina, F. Norori, L. Corte Suprema de Justicia. (2002). Diagnóstico sobre procedimiento probatorio en los casos de violencia intrafamiliar y sexual contra las mujeres, niñez y adolescencia en Managua- Nicaragua.
- 35) Castañeda, A. (2003). Niñas y adolescentes con historia de abuso sexual infantil.
- 36) Fundación Sobrevivientes, Save the Children. (2003). “Contámelo yo te creo”. Estudio de prevalencia de abuso sexual e incesto en el Distrito V de Managua y los sectores Urbanos de los Municipios de Estelí y Bluefields.
- 37) Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. (MECD; 2004). Convivencia y riesgo de violencia escolar en Managua.
- 38) Castillo, M. (2004) Abuso sexual infantil y su relación con la Salud Mental de la población de Managua, Nicaragua..Publicación Encuentro N0. 70, UCA, Universidad centroamericana, Managua- Nicaragua.
- 39) UNICEF. (2005). Convención sobre los Derechos del niño. Nueva York.
- 40) Centro de Investigación en Demografía y Salud, CIDS, UNAN-LEON, (2005). Informe sobre abuso sexual contra niñas, niños y adolescentes. Managua-Nicaragua.

- 41) Federación Coordinadora nicaragüense de ONG que trabajan con la niñez y la adolescencia. (2005). Violencia contra niños, niñas y adolescentes. Consejo Nacional de atención y protección integral a la niñez y la adolescencia.
- 42) Caballo, E. y Simón, M. (2005). Trastornos generales: Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Ediciones pirámide. Madrid.
- 43) Caballo, E. y Simón, M.(2005). Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Ediciones Pirámide, Madrid.
- 44) Herrera, M. y Morales, V. (2005). Guía para la prevención y detección de niños, niñas y adolescentes escolares en riesgo o víctimas de explotación sexual de Nicaragua. Primera edición. Impreso en Nicaragua por: OIT-PEC.
- 45) Aguirre, A. (2006). Plan Nacional contra la explotación sexual comercial de niñas, niños y adolescentes. Editorial Somarriba. Segunda adición.

INTERNET:

- 46) Abuso sexual en niños y adolescentes. Sexo y menores de edad. Niños maltratados, abusos sexuales, indicadores. <http://www.apunes.rincondelvago.com/abuso-sexual-en-niños-y-adolescentes.html>.
- 47) Castillo M. Abuso sexual infantil y su relación con la salud mental de la población de Managua UCA, Universidad centroamericana, Managua-Nicaragua.. <http://www.google.com.ni/search?hl=es&q=abuso+sexual+en+adolescentes-managua-nicaragua%2ctma>.
- 48) Incidencia de abuso sexual en niños y adolescentes. <http://www.monografias.com/rabaos15/incidencia-abuso-sexual.shtml>.

- 49) FNUAP. Indicadores de abuso sexual en niños, niñas y adolescentes. Caja costarricense de seguro social. Programa atención integral del adolescente
<http://www.binasss.sacr/poblacion/abusosexual.htm>.
- 50) Castañeda A. Niñas y adolescentes con historia de abuso sexual infantil.
<http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo-s.asp?texto=art45001>.
- 51) Organización Panamericana de la Salud. Oficina regional de la Organización Mundial de la Salud. Programa mujer, salud y desarrollo. Serie Género y Salud Pública.
<http://www.paho.org/spanish/hdp/hdw/gph9.pdf>.

ANEXOS



Instrumento

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA UNAN-LEÓN.
UNIDAD DE SALUD MENTAL
CENTRO DE INVESTIGACION EN DEMOGRAFIA Y SALUD. (CIDS)

Ficha No.

Hora de inicio: _____
Hora final: _____

-Escala de valoración Psiquiátrica de
Hamilton para la depresión.

Código:

--	--	--	--	--	--	--	--

Entrevistador/a No.

--	--

MAYO, 2004.

**ESCALA DE VALORACIONES PSIQUIATRICA
DE HAMILTON PARA LA DEPRESION**

Fecha ___/___/___

Edad _____ Sexo: 1. Masculino _____ 2. Femenino: _____

Estado Civil: _____ Escolaridad: _____

Completar todos los puntos. Rodear con un círculo el número que mejor caracteriza al entrevistado/a
¡Nota!: Todas las preguntas deben responderse o hacerse en base a los últimos seis meses.

1. Trabajo y Actividades

¿Ha tenido o tiene los siguientes Síntomas?

0. No hay dificultad.
1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad trabajo o aficiones.
 2. Perdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo-manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación (siente que debe esforzarse en su trabajo o actividades)
 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descanso de la Productividad. Clasificar en 3 si el entrevistado no dedica por lo menos tres horas al día a actividades relacionadas exclusivamente con las pequeñas tareas de trabajo o aficiones
 4. Dejo de trabajar por la presente enfermedad. Clasificar en 4 si el paciente no se compromete en otras actividades mas que a las pequeñas tareas, o si no puede realizar estas sin ayuda.

2. Humor deprimido

¿Ha tenido o tiene Animo Deprimido (Tristeza depresión, desamparo, inutilidad)?

0. Ausente
1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado.
 2. Estas sensaciones se relatan oral o espontáneamente.
 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente-es decir, por la expresión fácil, la postura, la voz y la tendencia al llanto
 4. El entrevistado manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea

3. Sensación de culpabilidad

¿Ud. ha tenido o tiene Sentimientos de culpa?

0. Ausente
1. Se culpa a si mismo, cree haber decepcionado a la gente
 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones.
 3. La enfermedad actual es un castigo. Idea delirantes de culpabilidad.
 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta Alucinaciones visuales amenazadoras.

4. Insomnio Precoz

(Insomnio Inicial)

¿Ha tenido o padece?

0. No tiene dificultad para dormirse.
1. Se queja de dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo más de media hora.
 2. Se queja de dificultades para dormirse cada noche.

5. Insomnio Medio

(Insomnio Intermedio)

0. No hay dificultad.
1. El entrevistado se queja de estar inquieto durante la noche.
 2. Esta despierto durante la noche – cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar).

- 6. Insomnio Tardío** 0. No hay dificultad.
 (Insomnio Terminal) 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero se vuelve a dormir.
 ¿Ud. tiene o ha tenido...? 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama.
- 7. Suicidio.** 0. Ausentes.
 ¿Usted ha tenido o tiene, ideas 1. Le parece que la vida no vale la pena de ser vivida.
 o ha intentado suicidarse? 2. Desearía estar muerto tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse.
 3. Ideas de suicidio o amenazas.
 4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se clasifica 4)
- 8. Inhibición**
 ¿Tiene usted? (Retardo) (Lentitud 0. Palabra y pensamiento normales.
 de pensamiento y de palabra, 1. Ligeramente retraso en el dialogo
 facultad de concentración 2. Evidente retraso en el dialogo.
 empeorada; actividad motora 3. Dialogo difícil
 disminuida) 4. Torpeza absoluta.
- 9. Agitación** 0. Ninguna.
 ¿Ud. se retuerce las manos etc..? 1. "Juega"
 2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios etc.
- 10. Ansiedad psíquica** 0. No hay dificultad
 ¿Ud. padece de lo siguiente? 1. Tensión subjetiva e irritabilidad
 2. Preocupación por pequeñas cosas.
 3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o no. habla
 4. Temores expresados sin preguntarle.
- 11. Ansiedad somática**
 Pregunte si el entrevistado ha 0. Ausentes
 padecido de: 1. Ligera
 Ver listado a la derecha 2. Moderada
 3. Severa
 4. Incapacidad
- Signos fisiológica concomitantes de la ansiedad tales como:
 Gastrointestinales-boca seca, flatulencia,
 Indigestión, diarrea retortijones, eructos,
 Cardiovasculares-palpitaciones, cefalalgias
 Respiratorios-hiper ventilación, suspiros.
 Frecuencia urinaria.
 Sudación.
- 12. Síntomas somáticas** 0. Ninguno
 (Ansiedad Somática) 1. Perdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen
 ¿Padece usted síntomas 2. Sensación de pesadez en el abdomen.
 Gastrointestinales como..? 2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal o para sus síntomas gastrointestinales.
- 13. Síntomas somáticos generales** 0. Ninguno
 ¿Ud. ha tenido o padece de sínto- 1. Pesadez en extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, como
 mas como..? 1. cefalalgia, algias musculares, pérdida de energía y fatigabilidad
 2. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2.
- 14. Síntomas genitales** 0. Ausente
 Síntomas como: Perdida de libido 1. Débil
 Trastornos Menstruales 2. Grave
 3. Incapacitante

15. Hipocondrías

(Hipocondrías)

Ud. ha tenido o tiene los siguientes síntomas?

- 0. No la hay
- 1. Preocupado de si mismo (corporalmente)
- 2. Preocupado por su salud.
- 3. Se lamenta constantemente. Solicita ayuda, etc.
- 4. Ideas delirantes hipocondríacas.

16. Pérdida de peso,

(Completar A o B)

A. Según manifestaciones del entrevistado (primera valoración)

- 0. No hay pérdida de peso.
- 1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual.
- 2. Pérdida de peso definida (según el enfermo)

B. Según pesaje hecho por el psiquiatra (valoraciones siguientes)

- 0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana
- 1. Pérdida de más de 500 g en una semana
- 2. Pérdida de mas de 1 Kg. En una semana

} por término medio

17. Insight

(Introspección)

(Conciencia de si mismo)

¿Se da cuenta que?

0. Se da cuenta de que esta deprimido y enfermo (a)

- 1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.

2. Niega que este enfermo (a)

18. Variación diurna

Indicar si los síntomas son mas severos

Por las mañana o por la noche.

T. (Rodear M o T)

AM:

- 0= Ausente.
- 1 = Moderada.
- 2 = Severa.

PM:

- 0 = Ausente.
- 1 = Moderada.
- 2 = severa.

19. Despersonalización y falta de realidad

¿Ha tenido o tiene usted...?

- 0. Ausente.
- 1. Ligera. Como: sensación de irrealidad.
- 2. Moderada. Ideas nihilistas
- 3. Grave
- 4. Incapacitante.

20. Síntomas paranoides

¿Ha tenido o tiene usted por ejemplo Ideas de persecución?

- 0.N ninguno
- 1. } Sospechoso
- 2. } Sospechoso
- 3. Ideas de referencia
- 4. Delirios de referencia y de persecución

21. Síntomas obsesivos y compulsivos

- 0. Ausentes.
- 1. Ligeros.
- 2. Grave

22. Otros síntomas (especificar)

- 0. Ausente.
- 1. Ligeros
- 2 Grave

Suma total

Puntualidad

Valoración de la escala: se ajustara de acuerdo a los criterios de Beck y Steer, 1993 y Hamilton

- ♦ Estas afirmaciones reflejan la severidad del malestar producido por los síntomas depresivos y se califican de 0 (mínimo) a 4 (severo).
- ♦ La puntuación total de la escala se obtiene sumando los 22 reactivos, siendo 0 la mínima puntuación y 69 la máxima a obtener.
- ♦ Los puntos de corte de la escala se emplean para hacer una categorización de la severidad de la depresión por lo que una puntuación de 0 a 9 refleja la ausencia de síntomas depresivos; de 10 a 16 indica una depresión media; de 17 a 29 refleja una depresión moderada y puntuaciones de 30 a 69 indican una depresión severa.

¡Muchas gracias por su apoyo y participación!

DESCRIPCIÓN

La Escala de Evaluación para la Depresión de Hamilton (Hamilton Depression Rating Scale, o HRSD) fue diseñada para ofrecer una medida de la intensidad o gravedad de la depresión. La versión inicial, con 24 ítems, data de 1960 y fue posteriormente revisada y modificada por el mismo autor, en 1967, reduciéndola a 21 ítems. De ellos, los cuatro últimos no son útiles a efectos de valorar la intensidad o gravedad de la depresión, por lo que en los ensayos clínicos de evaluación terapéutica se ha generalizado el uso de una versión reducida de 17 ítems, que corresponden a los 17 primeros de la versión publicada en 1967¹.

La versión de 21 ítems fue adaptada al castellano por Conde y cols en 1984, quien introdujo un ítem final para valoración de otros síntomas, por lo que consta de 22 ítems. Ramos-Brieva y Cordero (1986) adaptaron al castellano y validaron la versión reducida de 17 ítems.

En su versión original es una escala heteroaplicada y calificada por el observador y no un listado de comprobación de síntomas en el que cada ítem tiene una definición estricta. Debe ser cumplimentada por un terapeuta experimentado al final de una entrevista clínica que, al menos en la primera evaluación, debería ser poco dirigida; en ella puede recabarse información adicional de personas allegadas al paciente. Cada ítem se evalúa con un baremo de 3 (ausente, dudoso o trivial, presente) o 5 posibilidades (ausente, dudoso o trivial, leve, moderado, grave), en función de la intensidad de los síntomas que presenta el paciente²; los criterios de puntuación de los ítems están poco especificados, contando sólo con indicaciones someras, y debe ser el juicio clínico del entrevistador quien asigne el grado de severidad. El marco temporal de la evaluación se refiere al momento actual y/o los días o semana previa³.

De los 21 ítems de la versión original, cuatro no están relacionados con la intensidad de la alteración del estado de ánimo (variación diurna, despersonalización, pensamiento paranoide y síntomas obsesivo-compulsivos), pero pueden ser utilizables en circunstancias especiales⁴.

La adaptación al castellano de Conde y Franch⁵ mantiene estos cuatro ítems, y añade un quinto referido a “Otros síntomas”. Tiene, además, dos peculiaridades no explicadas: en el ítem 9 (Agitación) mantiene el rango de valoración de la versión inicial de la escala, que es de 0-2, rango que Hamilton modifica en la versión de 1967, ampliándolo a 0-4; y en el ítem 14 (Síntomas genitales) añade un tercer nivel de valoración (“Incapacitante”), con lo que este ítem pasa a tener un rango de 0-3, frente al rango 0-2 de las versiones originales de la escala.

La versión de 17 ítems⁶, o versión americana por haber sido recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos⁷, omite estos cuatro ítems y sistematiza los criterios de evaluación de cada ítem al modo de un listado de comprobación de síntomas, en un esfuerzo por mejorar su definición⁴.

Su contenido se centra fundamentalmente en los aspectos somáticos y comportamentales de la depresión, siendo los síntomas vegetativos, cognitivos y de ansiedad los que más peso tienen en el cómputo total de la escala. Se han identificado distintos factores o índices, de los que los más usados son⁸:

- *Índice de melancolía*, formado por los ítems 1 (estado de ánimo depresivo), 2 (sensación de culpabilidad), 7 (trabajo y actividades), 8 (inhibición), 10 (ansiedad psíquica) y 13 (síntomas somáticos generales).

- *Índice de ansiedad*, formado por los ítems 9 (agitación), 10 (ansiedad psíquica) y 11 (ansiedad somática).

- *Índice de alteraciones del sueño*, formado por los tres ítems referidos a insomnio (4, 5, 6).

INTERPRETACIÓN

Cada ítem se valora de 0 a 2 puntos en unos casos y de 0 a 4 en otros, eligiendo la puntuación que mejor se ajuste a la sintomatología que presenta el paciente. La puntuación total de la escala es la suma de las puntuaciones asignadas a cada uno de los ítems, con la salvedad de que en la versión de 21 ítems el criterio más extendido es tomar en consideración a efectos de score sólo los 17 primeros ítems². Por tanto, el rango de puntuación para ambas versiones es de 0-52 puntos.

En sentido estricto no tiene puntos de corte, ya que es una escala que no tiene finalidad diagnóstica y su utilidad se centra en “cuantificar” la sintomatología depresiva en pacientes ya diagnosticados de depresión. Como criterio de inclusión en ensayos clínicos se suele aceptar los puntos de corte $\geq 13^9$ o $\geq 18^{10,11}$, en dependencia de los objetivos del estudio. A efectos de categorizar la intensidad / severidad del trastorno depresivo existen distintas propuestas, de las que recogemos las siguientes:

Vázquez C. (1995)¹²

0-6	Sin Depresión
7-17	Depresión ligera
18-24	Depresión moderada
25-52	Depresión grave

Bech P. (1996)⁸

0-7	Sin Depresión
8-12	Depresión menor
13-17	Menos que Depresión mayor
18-29	Depresión mayor
30-52	Más que Depresión mayor

Dentro de la puntuación total, pueden desagregarse las puntuaciones parciales correspondientes a los factores en ella identificados. Entre ellos, el mejor establecido es el ya citado índice de melancolía, que cuantifica los ítems más directamente relacionados con la alteración del estado de ánimo, y para el que Bech P. propone los siguientes puntos de corte¹³:

0 – 3	No depresión
4 – 8	Depresión menor
≥ 9	Depresión mayor

Un segundo índice útil para evaluar los cambios en el perfil sintomático del cuadro depresivo es el índice “ansiedad / somatización” (formado por los ítems 10, 11, 12, 13, 15, y 17), que cuantifica los niveles de ansiedad, considerados altos a partir de una puntuación ≥ 7 ^{11,14}.

Para evaluar los cambios en la evolución del cuadro clínico se comparan los resultados pre-tratamiento con los obtenidos en visitas posteriores. En los ensayos clínicos el criterio más usualmente utilizado para definir la respuesta terapéutica es la reducción del 50 % en la puntuación post-tratamiento en relación a la puntuación basal o inicial¹⁵; la remisión se define por una puntuación post-tratamiento ≤ 7 / ≤ 8 ^{14,16}.

Se ha cuestionado su validez de contenido, por el escaso peso que en ella tienen los síntomas directamente relacionados con la alteración del estado de ánimo y por la presencia de ítems cuya relación con la depresión es cuestionable, (por ej, la falta de *insight*)¹⁷. El elevado peso que tienen en la puntuación final los síntomas somáticos puede prestarse a confusión en pacientes geriátricos o en pacientes con enfermedad física concomitante¹⁸, y algunos síntomas (insomnio, pérdida de peso, problemas gastrointestinales, disminución de la libido,...) pueden verse influenciados por los efectos secundarios de los fármacos antidepresivos u otra medicación concomitante^{18,19}. Su validez para distinguir entre depresión y ansiedad como dimensiones psicopatológicas independientes es escasa²⁰. También se ha señalado su menor sensibilidad para apreciar cambios en los pacientes graves, en los que podría ser más adecuada la escala de Montgomery-Asberg²¹.

Requiere una estandarización previa, ya que los criterios de evaluación de cada ítem no se especifican de forma detallada, y presenta también dificultades en diferenciar intensidad y frecuencia en algunos ítems. Esto ha dado origen a numerosas versiones o adaptaciones que han generado cierta confusión sobre su empleo.

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS

Fiabilidad:

En sus dos versiones, esta escala posee una buena consistencia interna (alfa de Cronbach entre 0,76 y 0,92, según estudios)²²⁻²⁴. El coeficiente de correlación intraclases es de 0,92 en un estudio llevado a cabo por Pott²⁵. La fiabilidad interobservador oscila, según autores, entre 0,65 y 0,9^{17,23,26}.

Validez:

Su correlación con otros instrumentos de valoración global de la depresión, como la Escala de Depresión de Montgomery-Asberg, el Inventario de Sintomatología Depresiva y la Escala de Melancolía de Bech, oscila entre 0,8 y 0,9^{11,23,27}.

Su validez no es la misma en todas las poblaciones, siendo menor en pacientes de edad avanzada por el elevado peso de los síntomas somáticos^{18,27}, aunque ha mostrado buenos índices psicométricos en subpoblaciones de especiales características, tales como pacientes alcohólicos y pacientes con demencia^{28,29}, y mantiene un buen rendimiento en población geriátrica^{30,31}.

Posee buena sensibilidad para detectar cambios en el estado clínico del paciente depresivo en relación al tratamiento³²⁻³⁴, aunque se ha sugerido que sería más sensible a los cambios acontecidos en los síntomas de ansiedad que en los de depresión³³. Similares resultados se han obtenido en el estudio de validación de la versión española³⁵.

El índice de melancolía, o subescala formada por los ítems arriba citados, ha mostrado una muy estrecha correlación con la versión completa de la escala, y una sensibilidad al cambio terapéutico similar a ésta y similar también a la escala de Montgomery-Asberg^{36,37}.