

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL, PSICOLOGIA Y  
PSICOPATOLOGIA DEL NIÑO, ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.  
DIR. PROF. DR. HECTOR S. BASILE.**

**ALTERACIONES PSÍQUICAS EN LOS(AS) NIÑOS(AS) Y  
ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE DELITOS SEXUALES, ATENDIDOS  
EN EL ÁREA DE PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA DEL INSTITUTO DE  
MEDICINA LEGAL DE NICARAGUA, EN EL PERÍODO DE ENERO A  
JUNIO DEL 2011.**

**Autor: Edgard Salinas Jiménez**

**Medico psiquiatra**

**edgar\_antonio\_salinas@yahoo.com.mx**

**Teléfono: 86813774**

**Laboro en el Instituto de medicina legal de Nicaragua en el área de psicología y  
psiquiatría. Especialista en Psiquiatría y medicina forense. Postgrado en  
Psicotraumatología.**

## **Resumen**

El estudio de las alteraciones psíquicas que presentan los(as) niños(as) y adolescentes víctimas de delitos sexuales, atendidos en el área de Psicología y Psiquiatría del Instituto de Medicina Legal de Nicaragua, en el período de enero a junio del 2011. Siendo un estudio descriptivo, de corte transversal, la muestra son los 80 casos registrados. La mayoría de las víctimas pertenecen al sexo femenino, casi cinco veces más que los varones. El abuso sexual ocurre en todas las edades, muestra un porcentaje más alto en víctimas con edades entre los 8 y 11 años (30.0%), y entre la edad de 12 y 15 años (28.8%). En todos los casos los ofensores fueron de sexo masculino. El tipo de agresor que más frecuentemente fue identificado es el vecino del niño agredido y en segundo lugar el padrastro. Los tipos de agresión más frecuente utilizados son la amenaza psicológica y la amenaza física. La violación estuvo presente en el 48.8% de las víctimas (29 niñas y 10 niños). Son pocos o ninguno los signos físicos en los casos de abuso sexual, son las secuelas emocionales los principales indicadores de la presencia del abuso más que el indicio físico. Dentro de los síntomas de ansiedad, la mayoría sienten miedo, insomnio, renuncian a estar con el agresor, pensamientos persistentes sobre los hechos y pesadillas. Entre los síntomas de Depresión, los más frecuentes son los sentimientos de tristeza, vacío, desesperanza; estar más callados, menos sociables y los sentimientos de culpa, inutilidad e impotencia. El 13.8% de las víctimas tienen tendencia al suicidio. Menos frecuentes encontramos síntomas disociativos, alteraciones en el comportamiento sexual y alteraciones somáticas. El presente trabajo se relaciona con múltiples estudios de delitos sexuales, en niños, niñas y adolescentes. Las alteraciones psíquicas que se encontró el presente estudio son las de ansiedad y depresión.

Palabras Claves: sexual, psíquicas, adolescentes, niños, niñas.

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL, PSICOLOGIA Y  
PSICOPATOLOGIA DEL NIÑO, ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.  
DIR. PROF. DR. HECTOR S. BASILE.**

## Summary

The study of psychic disorders presented (as) child (ren) and adolescent victims of sexual offenses, served in the area of psychology and psychiatry at the Institute of Legal Medicine of Nicaragua in the period from January to June 2011. Being a descriptive, cross-sectional sample are 80 reported cases. Most victims were women, nearly five times more than men. Sexual abuse occurs in all ages, shows a higher percentage of victims aged between 8 and 11 (30.0%), and between the ages of 12 and 15 (28.8%). In all cases the offenders were male. The type of perpetrator was identified most frequently is the child's neighbor assaulted and second stepfather. The most common types of aggression used are the psychological threat and physical threat. The violation was present in 48.8% of victims (29 girls and 10 boys). Few or no physical signs in cases of sexual abuse, emotional scars are the main indicators of the presence of abuse rather than physical evidence. Among the symptoms of anxiety, most are afraid, insomnia, quit to be with the offender, persistent thoughts about the events and nightmares. Symptoms of Depression, the most common are feelings of sadness, emptiness, hopelessness, be quieter, less sociable and feelings of guilt, worthlessness and helplessness. 13.8% of the victims are suicidal. Less common are dissociative symptoms, changes in sexual behavior and somatic disorders. This paper studies related to multiple sexual offenses on children and adolescents. Psychic disorders found in this study are those of anxiety and depression.

Keywords: sexual, psychological, teens, children.

## I. INTRODUCCION

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

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL, PSICOLOGIA Y  
PSICOPATOLOGIA DEL NIÑO, ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.  
DIR. PROF. DR. HECTOR S. BASILE.**

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

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

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

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

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

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL, PSICOLOGIA Y  
PSICOPATOLOGIA DEL NIÑO, ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.  
DIR. PROF. DR. HECTOR S. BASILE.**

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

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

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

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

## **II. ANTECEDENTES**

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

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

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

“Se considera que una de cada 4 niñas y uno de cada 10 niños han sido víctimas de algún tipo de abuso o intento de abuso sexual.”

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL, PSICOLOGIA Y  
PSICOPATOLOGIA DEL NIÑO, ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.  
DIR. PROF. DR. HECTOR S. BASILE.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

| <b>Mujeres</b> | <b>hombres</b>               | <b>Ubicación</b> | <b>Fecha de Publicación</b> |
|----------------|------------------------------|------------------|-----------------------------|
| 07%            | (tanto hombres como mujeres) | Denmark          | 1998                        |
| 17%            | 04%                          | United States    | 2000                        |
| 36%            | 1% a 15%                     | Europe           | 2002                        |

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL, PSICOLOGIA Y  
PSICOPATOLOGIA DEL NIÑO, ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.  
DIR. PROF. DR. HECTOR S. BASILE.**

8%

3%

Greenland

2002

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

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

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL, PSICOLOGIA Y  
PSICOPATOLOGIA DEL NIÑO, ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.  
DIR. PROF. DR. HECTOR S. BASILE.**

|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|

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

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

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

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

“En Costa Rica se publicaron algunos trabajos iniciados desde 1988, tanto a nivel de consulta de niños en la Caja del Seguro Social, como a nivel Forense y Psiquiátrico privado, evidenciándose en este tipo de delito principalmente contra víctimas de sexo femenino, alertando sobre el parentesco de los ofensores, la corta edad de las víctimas, el contexto en que se comete la agresión y las graves secuelas emocionales que causan.” “En un estudio de 12 casos atendidos en Trabajo Social del Hospital de Niños por agresión de índole sexual (1988-1989) , el 76% de las víctimas fueron niñas, cuyas edades oscilaban entre los 6 - 8 años (7 menores) y entre los 10 - 12 años (4 menores), las restantes contaban con 15 años, procedían de los diferentes lugares del país, en la mayoría de los casos el agresor tenía relación estrecha con la víctima (compañero de la madre, familiares cercanos).”

En un estudio realizado en el Departamento de Medicina Legal en 1988 sobre incesto (84 casos), el 94% correspondió a víctimas femeninas y 6% víctimas masculinas, con edades más frecuentes entre los 6 a 11 años y de 12 a 14 años, tanto en uno como en otro sexo, el padre y el



**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL, PSICOLOGIA Y  
PSICOPATOLOGIA DEL NIÑO, ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.  
DIR. PROF. DR. HECTOR S. BASILE.**

padrastro fueron los imputados (32,56% y 31,40 % respectivamente), en tercer lugar el tío (17,44%), la agresión ocurrió en la casa de la víctima en un 66,67%.

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

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

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

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

”En 2006/7, la encuesta encontró que casi la mitad de las mujeres entrevistadas que reportó abuso sexual, su primera experiencia ocurrió a una edad menor de los 15 años. Similar que en

1998, las personas abusadoras era alguien conocido de la víctima.” (ENDESA 2006/7).

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

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL, PSICOLOGIA Y  
PSICOPATOLOGIA DEL NIÑO, ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.  
DIR. PROF. DR. HECTOR S. BASILE.**

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

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

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

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

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

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

El reporte fue realizado en los meses de diciembre de 2004, enero, febrero y marzo de 2005.

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

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL, PSICOLOGIA Y  
PSICOPATOLOGIA DEL NIÑO, ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.  
DIR. PROF. DR. HECTOR S. BASILE.**

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

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

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

### **III. JUSTIFICACION**

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

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

Muchos niños(as) agredidos sexualmente establecen su primer contacto en nuestros establecimientos de salud, ya sea atención primaria o secundaria (puestos de salud, centros de salud, hospitales, etc.) y los recursos humanos para el diagnóstico, tratamiento e informe oportuno aún no se encuentran suficientemente preparados para el adecuado abordaje de este problema de índole psicosocial.

En el Instituto de Medicina Legal, los delitos sexuales, son atendidos para valoración médica clínica, psiquiátrica y psicológica, con la finalidad de determinar la presencia de lesiones físicas, emocionales y la credibilidad de la víctima, para la realización de un dictamen médico legal.

En éste Instituto no existen registrados datos estadísticos de los(as) niños(as) y adolescentes que presentan alteraciones psíquicas como consecuencia de cualquier tipo de abuso sexual.

Alteraciones psíquicas en los(as) niños(as) y adolescentes víctimas de delitos sexuales  
Autor: Dr. Edgard Salinas Jiménez. Psiquiatra

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL, PSICOLOGIA Y  
PSICOPATOLOGIA DEL NIÑO, ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.  
DIR. PROF. DR. HECTOR S. BASILE.**

Es por todos los profesionales de la salud conocidos que en nuestro país la Violencia Sexual es un problema de Salud Pública frecuente y grave, que todos los años afecta a millones de personas en todo el mundo, que cuenta con factores desencadenantes diversos que dependen del contexto social, familiar, cultural y económico.

El propósito del presente estudio es dar a conocer las alteraciones psíquicas que presentan los(as) niños(as) y adolescentes , víctimas de delitos sexuales atendidos en dicha área del Instituto de Medicina Legal, dando una pauta para el seguimiento de estos pacientes y su recuperación de forma integral.

#### **IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Como hemos venido mencionando a lo largo de este trabajo de investigación la violencia como fenómeno puede ser reconocido en distintas épocas históricas, en distintas culturas y distintas sociedades. Su reconocimiento público como fenómeno social es un tema reciente. Se reconoce que la violencia no tiene fronteras, ideologías, edad, sexo, clases sociales ni grupos étnicos, sino constituye una problemática con características similares en los distintos países.

Se estima que en el mundo occidental 1 de cada 3 niñas y 1 de cada 7 niños sufren de abusos sexuales antes de cumplir los 18 años.

Los patrones culturales particulares de la violencia y la causa de los mismos pueden ser comprendidos y remediados dentro de contextos sociales y culturales específicos. Cada sociedad cuenta con mecanismos que niegan, legitiman, o reproducen la violencia.

En la violencia intrafamiliar esto es más complejo, ya que existe una relación afectiva y de desigualdad en las relaciones de poder que lleva a abusos por parte de los más fuertes, siendo generalmente las mujeres y los(as) niños(as) las víctimas. En el caso de los(as) niños(as) víctimas de maltrato se encuentran en una condición mayor de vulnerabilidad y de dependencia con los adultos. Muchas veces los adultos plantean los maltratos “como una forma de educación o como necesarios para el desarrollo sano de la sexualidad de las víctimas”.

El tema de los efectos del abuso sexual en los(as) niños(as) ha sido parte de discusiones, por lo que se estimó establecer parámetros de evaluación. El impacto del abuso sexual infantil, la

Alteraciones psíquicas en los(as) niños(as) y adolescentes víctimas de delitos sexuales  
Autor: Dr. Edgard Salinas Jiménez. Psiquiatra

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL, PSICOLOGIA Y  
PSICOPATOLOGIA DEL NIÑO, ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.  
DIR. PROF. DR. HECTOR S. BASILE.**

sintomatología y patologías que puede producir son variados y muchos de ellos no se presentan de inmediato. Los efectos dependen de las características iniciales de los(as) niños(as) antes del abuso incluyendo sus recursos emocionales, sociales, lo que implica factores de riesgo y factores protectores.

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

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

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

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

## **V. OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

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

### **Objetivos específicos**

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

## **VI. MARCO REFERENCIAL**

Vivimos en una sociedad donde la norma es la violencia. Se encuentra en todas partes: desde la familia, la comunidad, el entretenimiento, la publicidad, hasta las instituciones del estado.

Alteraciones psíquicas en los(as) niños(as) y adolescentes víctimas de delitos sexuales  
Autor: Dr. Edgard Salinas Jiménez. Psiquiatra

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL, PSICOLOGIA Y  
PSICOPATOLOGIA DEL NIÑO, ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.  
DIR. PROF. DR. HECTOR S. BASILE.**

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

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

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

La coerción se refiere al contacto sexual mantenido con un menor mediante el uso de la fuerza física, la amenaza, la presión, la autoridad o el engaño, y ha de ser considerada criterio suficiente para etiquetar una conducta de abuso sexual, independientemente de la edad del agresor. Por su parte, la asimetría de edad impide la verdadera libertad de decisión del niño/a e imposibilita una actividad sexual compartida, ya que los participantes tienen experiencias, grado de madurez biológica y expectativas muy diferentes. En este sentido, siempre que exista coerción, o asimetría de edad, o se den ambas condiciones entre una persona menor de edad y otro individuo, las conductas sexuales resultantes deberán ser consideradas abusivas.<sup>1,2</sup>

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

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

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

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

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL, PSICOLOGIA Y  
PSICOPATOLOGIA DEL NIÑO, ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.  
DIR. PROF. DR. HECTOR S. BASILE.**

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

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

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

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

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

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

**A.-Síntomas de ansiedad**, tales como miedo, fobias, insomnio, pesadillas que representan directamente los abusos, quejas somáticas, trastorno de estrés postraumático.

**B.-Reacciones disociativa y síntomas histéricos**, tales como períodos de amnesia, soñar despierto, como los estados de trance, convulsiones histéricas, y múltiples trastorno de la personalidad.

**C.-Depresión**, que se manifiesta por una baja autoestima, con tendencias suicidas.

**D.-Alteraciones en el comportamiento sexual**, incluida la manifiesta por la masturbación frecuente o abierta, el exceso de curiosidad sexual, el coito imitar, insertar objetos en la

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL, PSICOLOGIA Y  
PSICOPATOLOGIA DEL NIÑO, ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.  
DIR. PROF. DR. HECTOR S. BASILE.**

vagina o ano, la promiscuidad sexual y conducta sexual agresiva hacia los demás inapropiadas para la edad del conocimiento sexual.

**E.-Quejas somáticas**, tales como la enuresis, encopresis, prurito anal y vaginal, anorexia, obesidad, dolor de cabeza y dolor de estómago.

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

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

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

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

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

**Trastornos adaptativos ansiosos o depresivos:** acompañados de toda su semiología, que se presentan cuando el estresor supera la capacidad de respuesta psicológica de la víctima, cursando con síntomas emocionales y alteraciones comportamentales que producen deterioro y malestar significativos.

**Trastornos con ansiedad:** caracterizados por una expectación aprensiva sobre la agresión sufrida, con dificultad para controlar este estado de constante preocupación, al que se asocian fatigabilidad, dificultades de concentración, irritabilidad y alteraciones del sueño.

**Trastornos con ánimo depresivo:** caracterizados por una pérdida de la autoestima, desesperanza, ausencia de expectativas de futuro, disminución de las actividades placenteras, cambios en el patrón de sueño y apetito, y en ocasiones riesgo de suicidio.<sup>11, 12, 13</sup>

**Trastornos por Estrés en sus distintas formas:**

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



**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL, PSICOLOGIA Y  
PSICOPATOLOGIA DEL NIÑO, ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.  
DIR. PROF. DR. HECTOR S. BASILE.**

Desde una perspectiva histórica, Burgess y Holstrom en 1974 describieron situaciones de violencia sexual y doméstica, tras las que aparecían pesadillas y flash-backs similares a los descritos en soldados expuestos al combate. Fue la progresiva concienciación y sensibilización respecto a la violencia de género uno de los factores que contribuyó a la inclusión del Trastorno por Estrés Postraumático como categoría diagnóstica en el DSM-III en 1.980, de tal modo que el DSM-IV-TR hace referencia expresa a este tipo de violencia *“Entre los acontecimientos traumáticos que pueden originar un trastorno por estrés postraumático se incluyen... ataques personales violentos (agresión sexual y física, atracos, robo de propiedades)...”*

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

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

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

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

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

- ❖ Alteraciones en la regulación del afecto: disforia persistente, sexualidad compulsiva o extremadamente inhibida, preocupación suicida crónica, autolesiones.
- ❖ Alteraciones en la conciencia: amnesia o hipermemoria de los acontecimientos traumáticos, re experimentación de las agresiones sufridas, episodios disociativos.

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL, PSICOLOGIA Y PSICOPATOLOGIA DEL NIÑO, ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.  
DIR. PROF. DR. HECTOR S. BASILE.**

- ❖ Alteraciones en el auto percepción: que incluyen sentido de culpa y/o vergüenza, estigmatización y sentimiento de diferenciación especial.
- ❖ Alteraciones en la percepción del perpetrador: con atribución irreal de poder absoluto al victimario, idealización paradójica, sentido de relación especial.
- ❖ Alteraciones en la percepción del resto de las personas: Aislamiento, disrupción de las relaciones íntimas, anulación de medidas de autoprotección.
- ❖ Alteración de las expectativas de futuro: desesperación, pérdida de confianza y ausencia de planificación.

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

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

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

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

**I.- Consecuencias a corto plazo:**

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

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL, PSICOLOGIA Y  
PSICOPATOLOGIA DEL NIÑO, ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.  
DIR. PROF. DR. HECTOR S. BASILE.**

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

En los niños un poco mayores (en la etapa escolar) son más frecuentes los sentimientos de culpa y vergüenza ante el suceso. El abuso sexual presenta una especial gravedad en la adolescencia porque el padre puede intentar el coito, existe un riesgo real de embarazo y la adolescente toma conciencia del alcance de la relación incestuosa.

No son por ello infrecuentes en la víctima conductas como huidas de casa, consumo abusivo de alcohol y drogas, promiscuidad sexual e incluso intentos de suicidio.

## **II.- Consecuencias a largo plazo:**

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

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

En otros casos, sin embargo, el impacto psicológico a largo plazo del abuso sexual puede ser pequeño (a menos que se trate de un abuso sexual grave con penetración), si la víctima no cuenta con otras adversidades adicionales, como el abandono emocional, el maltrato físico, el divorcio de los padres, una patología familiar grave, etc.

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

No todas las personas reaccionan de la misma manera frente a la experiencia de victimización, ni todas las experiencias comparten las mismas características. El impacto emocional de una agresión sexual está modulado por cuatro variables:

- El perfil individual de la víctima (estabilidad psicológica, edad, sexo y contexto familiar).
- Las características del acto abusivo (frecuencia, severidad, existencia de violencia o de amenazas, cronicidad, etc.).
- La relación existente con el abusador.
- Las consecuencias asociadas al descubrimiento del abuso.

La gravedad de las secuelas está en función de la frecuencia y duración de la experiencia, así como del empleo de fuerza y de amenazas o de la existencia de una violación propiamente dicha (penetración vaginal, anal o bucal). De este modo, cuanto más crónico e intenso es el

Alteraciones psíquicas en los(as) niños(as) y adolescentes víctimas de delitos sexuales  
Autor: Dr. Edgard Salinas Jiménez. Psiquiatra

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL, PSICOLOGIA Y  
PSICOPATOLOGIA DEL NIÑO, ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.  
DIR. PROF. DR. HECTOR S. BASILE.**

abuso, mayor es el desarrollo de un sentimiento de indefensión y de vulnerabilidad y más probable resulta la aparición de síntomas.

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

En lo que se refiere a la edad del agresor, los abusos sexuales cometidos por adolescentes resultan, en general, menos traumatizantes para las víctimas que los efectuados por adultos.

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

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

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

### **LA VICTIMIZACIÓN SECUNDARIA:**

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

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

La necesidad por parte de jueces, fiscales y policías de obtener de la víctima una declaración, la también necesaria obtención de pruebas biológicas por parte de los médicos forenses, los necesarios reconocimientos médico-ginecológicos a los que debe ser sometida, incluso el

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL, PSICOLOGIA Y  
PSICOPATOLOGIA DEL NIÑO, ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.  
DIR. PROF. DR. HECTOR S. BASILE.**

cuestionamiento de su testimonio basado en la constitucional presunción de inocencia del victimario, conllevan nuevos impactos en su psiquismo que contribuyen al reforzamiento del estresor, con el agravante de que en ocasiones éste reaparece al cabo de varios años, cuando la víctima debe re experimentar nuevamente el acontecimiento traumático al enfrentarse a un juicio oral que se ha visto diferido en el tiempo.

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

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

Dichas variables son las siguientes:

**I. “Tiempo que dura la agresión”**

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

**II. “Ubicación física del abusador”**

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

En este caso, la menor vivencia de períodos de tranquilidad en los que la situación está bajo control. La ansiedad sólo aparece cuando se aproxima el momento de contacto con su abusador, durante el tiempo que dura el mismo y un breve periodo posterior.

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

**III. “Relación con el abusador”**

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

**IV. “Tipo de práctica abusiva”**

Los tocamientos resultan menos traumatizantes que cualquier tipo de penetración.

**V. “Carácter del/la menor”**

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

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL, PSICOLOGIA Y  
PSICOPATOLOGIA DEL NIÑO, ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.  
DIR. PROF. DR. HECTOR S. BASILE.**

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

## **VI. “Tiempo transcurrido desde la agresión hasta la intervención psicológica”**

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

### **Estrategia utilizada para conseguir el silencio.**

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

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

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

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

### **Actitudes adecuadas al enfrentarse a un Abuso Infantil:**

- ❖ “Crear al niño/a”
- ❖ “Hacerle sentir orgulloso/a por haberlo contado”
- ❖ “Decirle que no es culpable”
- ❖ “Asegurarle que no le ocurrirá nada malo”
- ❖ “Decirle que saldrá adelante”
- ❖ “Expresarle afecto con tipos de respuesta”
- ❖ “Mantener la calma”
- ❖ “Asegurarse de que el/la menor no ha sufrido heridas”
- ❖ “Proteger a la víctima”<sup>14</sup>

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

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

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

Alteraciones psíquicas en los(as) niños(as) y adolescentes víctimas de delitos sexuales  
Autor: Dr. Edgard Salinas Jiménez. Psiquiatra

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL, PSICOLOGIA Y  
PSICOPATOLOGIA DEL NIÑO, ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.  
DIR. PROF. DR. HECTOR S. BASILE.**

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

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

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

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

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

Cumbre (1983) describió en la víctima del abuso sexual el síndrome de alojamiento. Él caracteriza el abuso sexual de niñas por parte de los hombres con cinco características: el secreto, desamparo, atrapamiento y alojamiento, en conflicto, la divulgación poco convincente y retracción. El proceso de adaptación se produce porque el/la niño(a) aprende que "deben ser disponibles sin queja a las exigencias sexuales de los padres." "El/la niño(a) puede encontrar diversas formas de acomodar - al mantener el secreto, a fin de mantener la familia unida, recurriendo a compañeros imaginarios y mediante el empleo de los estados alterados de conciencia. Otros pueden ser agresivos y exigentes e hiperactivos. Este "síndrome" está destinado a ayudar a los médicos a comprender la dinámica de abuso, no para el diagnóstico de abuso. No hay tal cosa como un "Niño(a): Síndrome de abuso sexual", es decir, un conjunto específico de síntomas que son de diagnóstico de la violencia sexual o abuso."

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL, PSICOLOGIA Y  
PSICOPATOLOGIA DEL NIÑO, ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.  
DIR. PROF. DR. HECTOR S. BASILE.**

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

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

Beitchman et al. (1991) examinó los efectos a corto plazo del abuso sexual infantil. Ellos encontraron que las víctimas de abuso sexual de niños(as) tienen más probabilidades que las no víctimas de desarrollar algún tipo de comportamiento sexual inapropiado. En los(as) niños(as) esta preocupación con la sexualidad se manifiesta por juegos sexuales, masturbación, comportamiento seductor agresivo o sexual, y el conocimiento sexual inapropiado para su edad. En los(as) adolescentes, no había pruebas de la actuación sexual, tales como la promiscuidad y posiblemente una mayor tasa de contacto homosexual. También encontraron que los siguientes factores se asociaron con síntomas más severos en las víctimas de abuso sexual: mayor frecuencia y duración del abuso sexual de que se trate o la fuerza de penetración, el abuso sexual perpetrada por el padre del niño o padrastro. Beitchman et al. (1992) también examinó efectos a largo plazo del abuso sexual infantil.

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

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

Terr (1990, 1991) describe las secuelas psicológicas de los(as) niños(as) que han experimentado trauma agudo y crónico. Su trabajo puede ser importante en algunos casos de violencia física y el abuso sexual. Terr enumeró cuatro características que se producen después de ambos tipos de trauma: 1) visualiza en repetidas ocasiones recuerdos percibidos

Alteraciones psíquicas en los(as) niños(as) y adolescentes víctimas de delitos sexuales  
Autor: Dr. Edgard Salinas Jiménez. Psiquiatra



**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL, PSICOLOGIA Y  
PSICOPATOLOGIA DEL NIÑO, ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.  
DIR. PROF. DR. HECTOR S. BASILE.**

del evento, 2) las conductas repetitivas, 3) el temor específicamente relacionadas con el trauma, y 4) un cambio de actitud ante la gente, la vida y el futuro.

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

### **La Evaluación Forense.**

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

La segunda razón para estar al tanto de la normativa de las conductas sexuales de los(as) niños(as) es que en los abusos sexuales manifiestan comportamientos sexuales más de lo normal, por lo que es importante saber la línea de base. Rosenfeld et al. (1986) estudiaron una población no clínica y encontró que no es raro para los(as) niños(as), con edades entre 2-10 años, a veces, tocar los genitales de sus padres. Rosenfeld et al. (1987) también estudió las prácticas de baño para los(as) niños(as) de diferentes edades.

### **Convención Internacional sobre los Derechos del Niño.**

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

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

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

La Convención de los Derechos de la Infancia ha venido a sustituir la Declaración de los Derechos de la Infancia que a su vez estaba inspirada en la Declaración de los Derechos Humanos. La nueva redacción, además de aumentar el número de derechos referidos a casuísticas que anteriormente no se consideraban, ha incluido importantes matices en algunos de los ya existentes.

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL, PSICOLOGIA Y  
PSICOPATOLOGIA DEL NIÑO, ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.  
DIR. PROF. DR. HECTOR S. BASILE.**

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

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

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

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

### **¿Qué esta pasando en nuestro país?**

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

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

### **Derechos humanos de la niñez y de la adolescencia.**

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

Como resultados de estas estadísticas, tenemos: La mayor concentración de niños, niñas y adolescentes (54%) se encuentra en áreas urbanas y el 46% en el ámbito rural. El 45% de la población de Nicaragua no ha cumplido aún los 16 años. Los nicaragüenses menores de 18 años son 2 millones 287 mil. El promedio de miembros por familia se estima en 5.7 y el ritmo de crecimiento de la población en 3.27% anual, estimándose una tasa global de fecundidad de

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL, PSICOLOGIA Y  
PSICOPATOLOGIA DEL NIÑO, ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.  
DIR. PROF. DR. HECTOR S. BASILE.**

4.7 hijos por mujer. En el 28% de los hogares nicaragüenses no existe la figura paterna, lo que generalmente representa más pobreza e incide negativamente en el desarrollo físico, mental, social y espiritual de niños y niñas.

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

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

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

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

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

Según el Cenidh, la violencia sexual busca someter el cuerpo y la voluntad de las personas agredidas, la que se manifiesta de diferentes maneras, entre las que están: acoso u hostigamiento en la calle, en el trabajo, en la casa, en el colegio o centros de estudios, la violación, el incesto, la explotación sexual, turismo sexual, abuso sexual de niñas y niños, prostitución, pornografía, trata de personas. El grado de agresividad y crueldad que coexiste en cada caso de violencia sexual, mayoritariamente en mujeres y niñez, deja secuelas irreparables en la mayoría de los casos y en otros casos la muerte, esto último ha aumentado paulatinamente en los últimos años.<sup>17</sup>

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

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

### **Prevención de la violencia intrafamiliar y sexual**

En Nicaragua se han realizado diversos esfuerzos para prevenir la violencia intrafamiliar y sexual ejercida contra la mujer, la niñez y la adolescencia, en el marco de los criterios de

Alteraciones psíquicas en los(as) niños(as) y adolescentes víctimas de delitos sexuales  
Autor: Dr. Edgard Salinas Jiménez. Psiquiatra

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL, PSICOLOGIA Y  
PSICOPATOLOGIA DEL NIÑO, ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.  
DIR. PROF. DR. HECTOR S. BASILE.**

derechos humanos, económicos y sociales, según las prioridades establecidas por las instancias que trabajan el tema.

## **VII DISEÑO METODOLOGICO**

### **a) Tipo de Estudio**

Estudio descriptivo, de corte transversal.

### **b) Área de Estudio**

El estudio fue realizado en Managua, en el Instituto de Medicina Legal, Área de Psicología y Psiquiatría de éste Instituto.

El Instituto de Medicina Legal (IML), es creado el 2 de junio de 1999; goza de autonomía en el desempeño de sus funciones técnicas y profesionales.

La sede está ubicada en la ciudad de Managua y con delegaciones forenses en otras circunscripciones y distritos judiciales del país.

El Instituto de Medicina Legal integra el Sistema Nacional Forense y a todos los médicos forenses del país.

El Cuerpo de Médicos Forense funcionó hasta 1998 con médicos nombrados por la Corte Suprema de Justicia por oficio, con asignación directa a los diferentes juzgados y distritos policiales, con un coordinador nacional.

En 1999 por primera vez en la historia de Nicaragua se crea el Instituto de Medicina Legal gracias a la cooperación del PNUD, AECID a través del programa de asistencia y desarrollo del Gobierno de España.

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL, PSICOLOGIA Y  
PSICOPATOLOGIA DEL NIÑO, ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.  
DIR. PROF. DR. HECTOR S. BASILE.**

La sede esta ubicada en Managua y cuenta con 23 delegaciones en el resto del país. Esta sede es el Centro Nacional de Referencia de Medicina Legal y Ciencias Forenses (CNR – MLCF).

En Managua son estos los servicios brindados para apoyar a la justicia en la investigación de delitos:

- ❖ 25 delegaciones de Clínica Forense
- ❖ Psiquiatría Forense
- ❖ Psicología Forense
- ❖ Patología Forense

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL, PSICOLOGIA Y  
PSICOPATOLOGIA DEL NIÑO, ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.  
DIR. PROF. DR. HECTOR S. BASILE.**

- ❖ Antropología Forense
- ❖ Odontología Forense
- ❖ Toxicología Forense
- ❖ Genética Forense
- ❖ Serología Forense
- ❖ Radiología Forense

**Funciones de la clínica forense:**

- Evaluaciones a lesionados vivos
- Evaluaciones psiquiátricas y psicológicas
- Evaluación del maltrato infantil
- Evaluación de la violencia intrafamiliar
- Evaluación de los delitos sexuales
- Determinación de edad biológica
- Evaluación de los privados de libertad
- Evaluación del abuso de drogas y la conducta en vivos
- Valoración de patologías ocupacionales.

**c) Universo**

El universo del estudio esta constituido por todos los(as) niños(as) y adolescentes víctimas de abuso sexual registrados en el Instituto de Medicina Legal, en el período del 1ro de Enero al 30 de junio del 2011.

**d) Muestra**

La constituyeron todos los casos de abuso sexual registrados en el Instituto de Medicina Legal entre el período comprendido del 1ro de Enero al 30 de Junio del 2011. Son 80 casos.

**e) Unidad de Análisis**

Fueron los expedientes médicos legales, del Departamento de Archivo y Estadísticas del Instituto de Medicina Legal.

**Criterios de Selección**

➤ **Criterios de Inclusión**

Son todos los expedientes de niños(as) y adolescentes víctimas de abuso sexual, que han sido valorados en el Instituto de medicina Legal de Managua, Nicaragua; Área de Psicología y Psiquiatría, en el período que comprende el estudio.

➤ **Criterios de Exclusión**

Los casos que no sean expedientes de niños(as) y adolescentes víctimas de abuso sexual.

**f) Variables de Estudio**

1. Edad
2. Sexo
3. Procedencia
4. Escolaridad
5. Tipo de agresión sufrida
6. Parentesco del agresor
7. Síntomas descritos en los dictámenes médicos: Ansiedad, depresión, histeria, síntomas somáticos, alteración del comportamiento sexual.

**g) Fuente de Información**

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

**h) Técnica de Recolección de Información**

La técnica utilizada consistió en la revisión de los expedientes médicos legales, registrados en el Instituto de Medicina Legal de Managua en el período comprendido de enero a Junio 2011, esta actividad fue realizada por los mismos investigadores.

**i) Instrumento de recolección de Información**

Alteraciones psíquicas en los(as) niños(as) y adolescentes víctimas de delitos sexuales  
Autor: Dr. Edgard Salinas Jiménez. Psiquiatra

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL, PSICOLOGIA Y  
PSICOPATOLOGIA DEL NIÑO, ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.  
DIR. PROF. DR. HECTOR S. BASILE.**

El Instrumento de recolección de la información lo constituye una ficha (ver anexos), previamente elaborada, en la que se reflejen los datos de interés del estudio y que aparecen en cada documento médico-legal relacionados a la víctima, al agresor y la autopsia médico legal.

La ficha consta de los siguientes datos:

I.-Características socio demográficas.

II.1.-Tipo de agresión sufrida.

II.2.-Parentesco del agresor.

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

**j) Procesamiento de la Información**

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

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

**k) Consideraciones Éticas**

La información fue manejada confidencialmente y solo para efecto del estudio.

Se obtuvo autorización para la realización de este estudio por partes de las autoridades correspondientes del Instituto de Medicina Legal, sede Managua.

**l) Trabajo de Campo**

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



## **VII.- RESULTADOS**

### **I.- CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS**

Se realizaron 80 encuestas a niños(as) y adolescentes en las edades comprendidas de 0 a 19 años, de las cuales el 82.5% (66) pertenecen al sexo femenino y 17.5% (14) son del sexo masculino. Al observar su distribución por sexo se encuentra que predomina el sexo femenino. En su distribución por edades observamos que el grupo etáreo que sobresale es el de 8 a 11 años, con el 30% (24 niños) siguiendo en orden de frecuencia la edad de 12 a 15 años, con el 28.8%. Luego la edad comprendida entre los 4 a 7 años de edad, con 22.5%. El mayor porcentaje está distribuido en los grupos etáreos de los 4 a los 15 años de edad con el 81.3% del total de niños(as) y adolescentes. En la procedencia, podemos notar que la mitad de los niños pertenecen al área urbana (50%) y la otra mitad al área rural (50%). Revisando la escolaridad de los niños encuestados, vemos que la mayoría se encuentran cursando primaria (41.3%), sigue en orden de frecuencia secundaria (35.0%) y pre escolar (18.8%), esto va acorde a la edad de los(as) mismos(as).

#### **II. 1 TIPO DE AGRESION SUFRIDA**

En cuanto a los tipos de agresiones sufridas por los(as) niños(as) y adolescentes, se encuentra que la mayoría de ellos(as) han sufrido algún tipo de agresión: 76.3% han sufrido amenaza psicológica (61 niños/as). 51.3% niños han sufrido amenaza física (41 niños/as). Fueron víctimas de violación el 48.8%. Le han tocado alguna parte del cuerpo al 56.3% (45 niños/as). Obligaron al niño a tocar al agresor 30% (24 niños/as). Otras agresiones el 21.3%.

#### **II.2.- PARENTESCO DEL AGRESOR**

El tipo de agresor que más frecuentemente fue identificado es el vecino del niño(a) agredido (23.8%); en segundo lugar el padrastro (20.0%); siguiendo en orden de frecuencia el tío y un extraño con el mismo porcentaje (8.8%); padre, primo y novio (7.5%); en menor porcentaje se sitúa el abuelo, maestro, amigo, hermano y cuñado.

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

#### **III.1.- ANSIEDAD.**

La mayoría de los(as) niños(as) presentan alteraciones psíquicas luego de ser víctimas de algún tipo de abuso sexual, entre los resultados encontrados tenemos: Perciben miedo el 87.5%. 77.5 % de los(as) niños(as) presentan insomnio. Tienen pesadillas un 63.8%. Pensamientos persistentes sobre los hechos en el 77.5%. Renuncian a estar con el agresor 57.5%. Renuncian a hablar sobre los hechos 52.5%. El 40.0% presenta mal comportamiento en la escuela. Sólo el 6.3% presentan fobia. El 28.8% repite el evento a través del juego. Ningún niño(a) presenta onicofagia. El 13.8% se retracta cerca del ofensor.

### **III.2.- DEPRESION**

70% de los(as) niños(as) y adolescentes presentan sentimientos de tristeza, vacío y desesperanza. 38.8% tienen sentimientos de haber sido traicionados(as) y utilizados(as). 61.3% sentimientos de culpa, inutilidad e impotencia. 13.8% tienen tendencia al suicidio. Hay menor rendimiento escolar en el 28.8%. 73.8% niños(as) y adolescentes están más callados(as) y menos sociables.

### **III.3.- SINTOMAS DISOCIATIVOS**

EL 2.5% tienen amnesia. Se encuentra despersonalización en el 26.3%. Falla para recordar fechas, nombres, rostros, hechos, etc., en el 18.8% de los niños(as) y adolescentes. Sólo 3 niños(as) (3.8%) presentan personalidad disociada.

### **III.4.- ALTERACIONES EN EL COMPORTAMIENTO SEXUAL**

Un niño presenta masturbación (1.3%). Hay exceso de curiosidad sexual en el 3.8%. Un niño con promiscuidad sexual (1.3%). 15% presenta conducta sexual agresiva.

### **III.5.- ALTERACIONES SOMÁTICAS**

Náuseas y vómitos son encontrados en el 11.3% de los(as) niños(as) y adolescentes. 3.8% presenta encopresis y un 10% enuresis. 31.3% tienen síntomas de dolor estomacal. 35% aqueja dolor en áreas tocadas. 6.3% presenta inapetencia. Dificultad en el lenguaje en el 10% de las víctimas. Otros síntomas son registrados en el 31.3%.

## **CRUZAMIENTO DE VARIABLES**

### **I.- Variables sexo y tipo de agresión.**

De las 61 víctimas de Amenaza Psicológica 51 son niñas y 10 varones. De las 41 víctimas de Amenaza Física, 32 son niñas y 9 niños. De las 45 víctimas a las que les han tocado su cuerpo, 38 son del sexo femenino y 7 del sexo masculino. De las 24 víctimas que han sido obligados a tocar, 21 son niñas y sólo 3 son varones. De las 39 Víctimas de Violación, 29 son del sexo femenino y 10 del sexo masculino. De las 17 Víctimas de Otras Agresiones, 15 son niñas y sólo 2 niños.

### **II.- Variables edad y tipo de agresión.**

Las edades mayormente afectadas con amenaza psicológica son los grupos etáreos de 8 a 11; 4 a 7 y 12 a 15 años, respectivamente. Los niños entre las edades de 4 a 7 años de edad, son los mayormente afectados con amenaza física, luego sigue el grupo de edad de 15 a 19 y 8 a 11 años de edad. El grupo etáreo más afectado en tocarle el cuerpo es el de 8 – 11 años de edad, continúa el grupo de edad de 4 a 7 años. El total de niños que fueron obligados a tocar son 24, están repartidos entre los grupos etáreos de 4 - 7 años hasta 15 – 19 años de manera equitativa. Los grupos etáreos más afectados con violación son las edades entre los 8 – 11 años; le sigue el grupo de edad de 15 – 19 años y luego las edades entre los 4 - 7 y 12 – 15 años. En otras agresiones las edades más afectadas son entre los 12 – 15 años de edad.

### **III.- Variable agresor con tipo de agresión utilizada.**

Lo que más utilizaron los agresores fue la Amenaza Psicológica, con el 76.3%, en segundo lugar tocarle el cuerpo a la víctima; seguido por la Amenaza física. Las otras formas de agresión en orden de mayor a menor son: Violación, obligar a la víctima a tocar al agresor y otras agresiones. El vecino y el padrastro son los agresores que más utilizaron la amenaza psicológica, al igual que la amenaza física.

### **IV.- Variable sexo y consecuencias psíquicas posteriores a la agresión sexual.**

El 87.5% de las víctimas tienen miedo como consecuencia de la agresión; Insomnio y pensamientos persistentes sobre los hechos un 77.5%; pesadillas en un 63.8%. El 57.5% renuncia a estar con el agresor; 52.5% no habla sobre los hechos; mal comportamiento en la escuela lo encontramos en el 40.0% de las víctimas. La mayoría de las niñas (86.3%) sienten miedo luego de ser víctimas de algún tipo de abuso sexual. De los 5 niños que tienen fobia, 4 son del sexo femenino y sólo un niño es del sexo masculino. De los 62 niños con insomnio, 51 son mujeres y 11 varones. De los 51 niños víctimas de pesadillas, 44 son mujeres y 7 varones. De los 62 niños con pensamientos persistentes sobre los hechos, 49 son niñas y 13 niños. De los 46 niños que renuncian a estar con el agresor 38 son niñas y 8 varones. Del total de 15 niños que repiten los hechos 11 son mujeres y 4 varones. De las 42 víctimas que no hablan 33 son del sexo femenino y 9 del sexo masculino. De los 32 niños agredidos sexualmente presentan mal comportamiento en la escuela 25 mujeres y 7 varones. Se retractaron 9 niñas y 2 niños. Presentaron otras sintomatologías 20 mujeres y 4 varones.

## **IX. ANÁLISIS DE RESULTADOS**

La Convención de los Derechos del Niño y la Niña, en su artículo 19, deja establecido el derecho de los(as) niños(as) y adolescentes a la protección contra cualquier forma de maltrato. La Convención sobre los derechos del niño(a), Programa de Promoción y Derechos de la Infancia en su artículo 34 refiere: **“PROTECCIÓN CONTRA EL ABUSO Y LA EXPLOTACIÓN SEXUAL.** Los niños y niñas tienen derecho a estar protegidos contra todas las formas de explotación y abuso sexuales.”<sup>15</sup> Todos los autores sobre el tema de Violencia Sexual están de acuerdo que “cualquier trauma (un delito violento, lo es), supone un quiebre en el sentimiento de seguridad de cualquier persona y de rebote en el entorno familiar cercano.” De esto parte el interés en el conocimiento de las reacciones y secuelas emocionales que arrastran muchas personas – más frecuente mujeres y niños(as) – a lo largo de toda su vida.<sup>11</sup> Todos los años, 275 millones de niños y niñas de todo el mundo sufren a causa de la violencia doméstica y padecen las consecuencias de una turbulenta vida familiar. La violencia contra niños y niñas conlleva abuso físico y psicológico, abandono o negligencia, explotación y abuso sexual.<sup>20</sup>

## **I.- CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS NIÑOS(AS) Y ADOLESCENTES**

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL, PSICOLOGIA Y  
PSICOPATOLOGIA DEL NIÑO, ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.  
DIR. PROF. DR. HECTOR S. BASILE.**

Se realizaron 80 encuestas a niños(as) y adolescentes en las edades comprendidas entre 0 a 19 años, de las cuales 82.5% pertenecen al sexo femenino y 17.5% al sexo masculino. La mayoría de las víctimas pertenecen al sexo femenino, casi cinco veces más que los varones. Como ha sido reportado en otras estadísticas tanto nacionales como extranjeras, en las que la mayoría de las víctimas en este tipo de delito son niñas; constituye este delito en una forma más de agresión contra las mujeres por razón de su género. La violencia estructural y privada es la cara visible del sistema patriarcal de desigualdad donde las mujeres, niños y niñas, son víctimas de marginación, humillación, maltrato y discriminación. Al cruzar variables entre sexo y tipo de agresión encontramos también que son las niñas las más afectadas: De las 61 víctimas de abuso sexual que sufren amenaza psicológica 51 víctimas son mujeres y 10 varones. De las 41 víctimas de amenaza física, 32 son niñas y 9 varones. De las 24 víctimas que son obligadas a tocar al agresor, 21 son niñas y sólo 3 varones. De las 39 víctimas de Violación, 29 son mujeres y 10 varones. De las 17 víctimas de Otras Agresiones, 15 son niñas y sólo 2 varones. El abuso sexual ocurre en todas las edades, muestra un porcentaje más alto en víctimas con edades entre los 8 a 11 años (30.0%), y en la edad de 12 a 15 años (28.8%). Sigue en orden de frecuencia el grupo de los 4 a 7 años de edad (22.5%); y luego el grupo etéreo de 16 a 19 años.

El 89.7% de las denuncias de violencia sexual en las Comisarías de la Policía Nacional en el año 2002, el 60.7% en el año 2003 y el 67.3% en el año 2004, tenían como víctima una niña, niño o adolescente. Durante los tres años revisados, el grupo etéreo con mayor frecuencia de denuncias, de acuerdo a los registros nacionales, es entre los 11 y 15 años de edad.<sup>10</sup> Este dato basado en registro de denuncias es compatible con lo encontrado por Dos Generaciones en su estudio de incidencia de 2001 que reporta que el grupo etéreo más afectado entre los casos atendidos fue el de 12 a 15 años con un 45% de incidencia de casos (Castillo S and Amador A 2001).<sup>20</sup> Esto va acorde a los resultados antes expuestos, encontrando los dos grupos etéreos más afectados entre 8 a 11 y 12 a 15 años. Como una explicación para esto sobre todo en el caso de las niñas, es que a esta edad inician cambios físicos propios ya de la pubertad pero aún siguen siendo niñas en su manera de comportarse, jugar, etc., lo que les hace más vulnerables a ser agredidas sexualmente que las/los mayores que ellos, o las/los más pequeños. El 95.7% de víctimas de abuso sexual registradas en la Policía Nacional y en el Ministerio de la Familia son niñas y adolescentes mujeres. Los pocos varones que denunciaron eran menores de 15 años. Este mismo hallazgo es encontrado a través de datos de prevalencia, que señalan que solamente el 3.3% de los niños se reportan como abusados (Fundación Sobrevivientes y Save the Children Noruega. 2003).<sup>10</sup> Las niñas y las mujeres son víctimas frecuentes de actos de violencia física y sexual dentro y fuera del hogar. Aunque gran parte de tales asaltos no se denuncian debido al estigma que representa este tipo de crimen, un reciente estudio multinacional realizado por la Organización Mundial de la Salud reveló que entre el 15% y el 71% de las mujeres habían sufrido asaltos físicos o sexuales de un compañero íntimo. Estudios recientes muestran niveles elevados de violencia sexual en la infancia –hasta de un 21% según un estudio multinacional de la Organización Mundial de la Salud–, y las niñas tienen muchas más posibilidades de ser víctimas de abusos que los varones. Está en relación con los resultados de este estudio donde el sexo predominante de

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL, PSICOLOGIA Y  
PSICOPATOLOGIA DEL NIÑO, ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.  
DIR. PROF. DR. HECTOR S. BASILE.**

haber sido víctima de abuso es el femenino. La violencia sexual y por motivos de género abunda también en escuelas y universidades, y en su mayor parte se dirige contra las niñas. Los varones expuestos a la violencia doméstica de sus padres tienen el doble de probabilidades de convertirse en hombres abusadores que los hijos de padres no violentos. Además, las niñas que presencian abusos cometidos contra sus madres tienen más probabilidades de aceptar la violencia en el matrimonio que las niñas que provienen de hogares no violentos. Estudios realizados en los países en desarrollo más grandes del mundo, como China, Colombia, Egipto, Filipinas, India, México, y Sudáfrica, indica que existe correlación entre violencia contra las mujeres y violencia contra la infancia.

Esta es una de las razones por la que **El Estado Mundial de la Infancia 2007** informa sobre las vidas de las mujeres de todo el mundo por una razón muy simple: “la igualdad entre los géneros y el bienestar de la infancia van de la mano. Cuando se promueve la autonomía de las mujeres para que lleven vidas plenas y productivas, los niños y las niñas prosperan. La experiencia de UNICEF muestra también lo contrario: cuando se deniega a las mujeres la igualdad de oportunidades dentro de una sociedad, los niños y las niñas sufren.” “La igualdad entre los géneros es fundamental para la realización de la Agenda del Milenio, que corre el riesgo de fracasar si no cuenta con la participación plena de todos los miembros de la sociedad. En la Declaración del Milenio y en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, así como en la base misma de las Naciones Unidas, se encuentra el reconocimiento de que las personas vulnerables, **sobre todo los niños y niñas, necesitan que se les brinde un cuidado y atención especiales.**” La Declaración del Milenio pide concretamente la plena puesta en vigor de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer y la Convención sobre los Derechos del Niño; estos dos tratados se consideran normas de derechos humanos que resultan fundamentales para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).<sup>20</sup> Revisando la escolaridad de los niños encuestados, vemos que la mayoría se encuentran cursando primaria, sigue en orden de frecuencia secundaria y pre escolar. En cuanto a la procedencia, la mitad de los niños pertenecen al área urbana y la otra mitad al área rural. En el estudio realizado por el CIDS UNAN, León, de acuerdo a las estadísticas de las Comisarías, las víctimas de abuso sexual durante los años 2002, 2003 y 2004 tenían niveles de escolaridad primaria o analfabeta en el 64% de los casos. Lo que es en parte esperado si tomamos en cuenta su edad; igual que en el presente estudio donde la escolaridad va conforme la edad del niño(a) y adolescente.

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

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

### **II.2.- PARENTESCO DEL AGRESOR**

El tipo de agresor que más frecuentemente fue identificado es el vecino del niño agredido (23.8%), en segundo lugar el padrastro (20.0%); siguiendo en orden de frecuencia el tío y un

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL, PSICOLOGIA Y  
PSICOPATOLOGIA DEL NIÑO, ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.  
DIR. PROF. DR. HECTOR S. BASILE.**

extraño (8.8%). Lo que más utilizaron los agresores fue la Amenaza Psicológica, seguida de la Amenaza Física. Según el autor Gonzalo Oliván Gonzalvo, Especialista en Pediatría, del Servicio de Pediatría y Adolescencia del Instituto Aragonés de los Servicios Sociales los aspectos claves para sospecha de abuso sexual son: “Es habitualmente un hombre [el padre (31%); otro familiar varón, incluido el padrastro (28%); el compañero sentimental de la madre (5%); otro varón extra familiar habitualmente conocido por el niño (19%)]. Más raramente es la madre (4%), cuidadora (7%) u otra mujer conocida por el niño (2%).”<sup>19</sup> En otros estudios, se reporta al padre, seguido por el padrastro y el tío en un tercer lugar (Roldán, 1990; Batres. 1997). El 100% de las personas imputadas como ofensores/as sexuales eran de sexo masculino.<sup>3</sup>

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

La mayoría de los niños(as) y adolescentes presentan alteraciones psíquicas luego de ser víctimas de algún tipo de abuso sexual. Toda la literatura revisada refiere que los niños y niñas que sobreviven al abuso suelen sufrir daños físicos y psicológicos a largo plazo que afectan su capacidad de aprender, de relacionarse socialmente, tener un buen rendimiento escolar, llegar a desarrollar amistades íntimas y positivas, eventualmente formar una familia propia y llevar una vida estable basada en la confianza, seguridad personal, dentro de los parámetros brindados por nuestra sociedad actual. Las alteraciones psíquicas que presentan los niños, niñas y adolescentes se correlacionan con estudios como los del centro de Asistencia a Víctimas de Agresión Sexual y el estudio de William Bernet, MD, William Ayres, MD, John E Dunne, MD. Parámetros de la práctica de la evaluación forense en niños, niñas, y adolescentes que pueden haber sido abusados física o sexualmente. By the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 1997. Hacen referencia a los síntomas de ansiedad cuando se tiene un abuso sexual en un preescolar, escolar y en la pubertad. En el abuso crónico y por familiar cercano se presenta sintomatología depresiva acompañado de estrés postraumático. En el estudio se encuentra la sintomatología de fobia, insomnio, pesadilla, pensamiento persistentes sobre los hechos, renuncia a estar con el agresor. En relación a la sintomatología depresiva se encuentra sentimientos de tristeza, vacío, desesperanza, menor rendimiento escolar, más callado, menos sociable. En relación al comportamiento sexual tenemos: masturbación, exceso de curiosidad sexual y conducta sexual agresiva. En cuanto a las alteraciones somáticas tenemos: vómitos, náusea, enuresis, dolor estomacal, dolor en el aéreas tocada. Friedrich et al. (1987) Y Friedrich y Grambsch (1992) encontró que los niños que han sido víctimas de abusos sexuales tienen más probabilidades que los niños normales de manifiesto sexual inapropiado, comportamientos tales como tratar de desnudar a otras personas, hablar en exceso sobre los actos sexuales, masturbarse con un objeto imitando el coito, la inserción de objetos en la vagina o el ano, y frotando su cuerpo contra otras personas. Beitchman et al. (1991) examinó los efectos a corto plazo del abuso sexual infantil. Ellos encontraron que las víctimas de abuso sexual de niños tienen más probabilidades que las no víctimas de desarrollar algún tipo de comportamiento sexual inapropiado. En los niños esta preocupación con la sexualidad se manifiesta por juegos

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL, PSICOLOGIA Y  
PSICOPATOLOGIA DEL NIÑO, ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.  
DIR. PROF. DR. HECTOR S. BASILE.**

sexuales, masturbación, comportamiento seductor o sexualmente agresivo, y la edad inapropiada para el conocimiento sexual. En el presente estudio, los resultados mostraron pocos niños con alteraciones en el comportamiento sexual, el porcentaje más elevado fue del 15% que presentan una conducta sexual agresiva. Un niño con masturbación y exceso de curiosidad sexual en el 3.8%. Green (1993) examinó los efectos inmediatos y a largo plazo de abuso sexual infantil. Él encontró que los principales problemas psicológicos en los niños víctimas de abusos sexuales fueron los siguientes: trastornos de ansiedad, como el miedo, pesadillas, fobias; quejas somáticas; trastorno de estrés postraumático; reacciones disociativas y síntomas histéricos, como los períodos de amnesia, estados de trance, y el trastorno de personalidad múltiple, depresión, baja autoestima. Kendall-TACKET et al. (1993) revisó 45 estudios sobre el impacto del abuso sexual en niños(as) pequeños(as). Los síntomas incluyen temores, el trastorno de estrés postraumático, problemas de conducta, conductas sexualizadas y baja autoestima. No hay un síntoma caracterizado a la mayoría de niños (as) abusado(as) sexualmente. Aproximadamente un tercio de las víctimas no tuvieron ningún síntoma. Terr (1990, 1991) describe las secuelas psicológicas de los niños que han experimentado trauma agudo y crónico. Su trabajo puede ser importante en algunos casos de violencia física y el abuso sexual. Terr enumeró cuatro características que se producen después de ambos tipos de trauma: 1) visualiza recuerdos en repetidas ocasiones percibida del evento, 2) las conductas repetitivas, 3) el temor específicamente relacionadas con el trauma, y 4) un cambio de actitud hacia la gente, la vida y el futuro. Esto lo podemos comparar con los resultados obtenidos, ya que los principales síntomas encontrados están dentro de la clasificación de ansiedad y depresión, como los sentimientos de miedo, insomnio, pesadillas; renuncian a hablar sobre los hechos; mal comportamiento en la escuela; sentimientos de tristeza, vacío y desesperanza; sentimientos de culpa, inutilidad e impotencia; son niños(as) más callados(as) y menos sociables, y tenemos un impactante 13.8% de víctimas con tendencia al suicidio. Los niños, niñas y adolescentes que crecen en un hogar donde reina la violencia tienen más riesgo a ser víctimas de esta violencia comparándolos con niños, niñas y adolescentes que viven en un hogar apacible. Las consecuencias psicológicas y de conducta de los niños(as) que crecen en un hogar violento pueden ser igualmente devastadoras para los niños y niñas que directamente no son víctimas de abusos. Los niños y niñas que están expuestos a la violencia suelen presentar síntomas de estrés postraumático, como incontinencia nocturna o pesadillas, y tienen un mayor margen de riesgo que sus semejantes de padecer de alergias, asma, problemas gastrointestinales, depresión y ansiedad. Los niños y niñas en edad escolar primaria que están expuestos a la violencia doméstica (de cualquier tipo), pueden tener más dificultades con las tareas escolares y muestran deficiencias en la atención y la concentración. Los resultados de nuestro estudio muestran que el 28.8% tienen menor rendimiento escolar, y el 40.0% presentan mal comportamiento en la escuela. También tienen mayores probabilidades de intentar cometer suicidio y consumir drogas y bebidas alcohólicas. Es bien conocida la incidencia de violencia sexual en ambientes domésticos. En nuestros resultados encontramos síntomas de depresión hasta del 70% de las víctimas y un 13.8% con tendencia al suicidio. Romper el silencio que rodea a la violencia doméstica es fundamental para erradicar la conducta violenta en el hogar. El Informe sobre la Violencia contra los Niños, redactado para las Naciones Unidas por un Experto Independiente, representa un paso

Alteraciones psíquicas en los(as) niños(as) y adolescentes víctimas de delitos sexuales  
Autor: Dr. Edgard Salinas Jiménez. Psiquiatra

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL, PSICOLOGIA Y  
PSICOPATOLOGIA DEL NIÑO, ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.  
DIR. PROF. DR. HECTOR S. BASILE.**

decisivo hacia el desenmascaramiento del problema de la violencia contra niños y niñas, incluidos los abusos perpetrados en el hogar. Los seis principios fundamentales del informe – citados a continuación– son precisos, pero ninguno lo es tanto como el primero: *“no hay ningún tipo de violencia contra los niños que pueda justificarse.”* Sus recomendaciones son amplias, con preceptos generales y medidas específicas para combatir la violencia contra la infancia en el hogar y la familia, en las escuelas y otros entornos educativos, en los sistemas de acogida y de justicia, en el lugar de trabajo y en la comunidad. Estas medidas incluyen también asesoría a gobiernos para establecer un mediador o una comisión en pro de los derechos de la infancia en conformidad con los “Principios de París”. El informe aboga por el establecimiento de un Representante Especial del Secretario General de las Naciones Unidas sobre la Violencia contra los Niños para promover esta causa a nivel internacional en conjunción con UNICEF, la Organización Mundial de la Salud, La Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, y la creación de una agrupación interinstitucional de las Naciones Unidas sobre la violencia contra la infancia, con representación de ONG y de los propios niños y niñas. Para hacer un análisis objetivo de la violencia sexual, debe mencionarse que la conducta violenta o la agresión hacia los(as) niños(as), está estrictamente relacionada con el abuso del poder del adulto sobre las personas menores de edad, el cual tiene como principal objetivo el sometimiento y es en parte, una consecuencia de la percepción que el adulto tiene de los(as) niños(as) y adolescentes: “seres inferiores, incapaces, dependientes.” En nuestro país la violencia contra la niñez está asociada con factores económicos, sociales, culturales, históricos, y educativos, que cruzan y se expanden a lo largo de la vida cotidiana.



## **X. CONCLUSIONES**

- 1.- La mayoría de las víctimas pertenecen al sexo femenino, casi cinco veces más que los varones.
- 2.- El abuso sexual ocurre en todas las edades, muestra un porcentaje más alto en víctimas con edades entre los 8 y 11 años (30.0%), y entre la edad de 12 y 15 años (28.8%).
- 3.- En todos los casos los ofensores fueron de sexo masculino. El tipo de agresor que más frecuentemente fue identificado es el vecino del niño agredido y en segundo lugar el padrastro.
- 4.- Los tipos de agresión más frecuente utilizados son la amenaza psicológica y la amenaza física.
- 5.- La violación estuvo presente en el 48.8% de las víctimas (29 niñas y 10 niños).
- 6.- Son pocos o ninguno los signos físicos en los casos de abuso sexual, son las secuelas emocionales los principales indicadores de la presencia del abuso más que el indicio físico.
- 7.- Dentro de los síntomas de Ansiedad, la mayoría sienten miedo, insomnio, renuncian a estar con el agresor, pensamientos persistentes sobre los hechos y pesadillas.
- 8.- Entre los síntomas de Depresión, los más frecuentes son los sentimientos de tristeza, vacío, desesperanza; estar más callados, menos sociables y los sentimientos de culpa, inutilidad e impotencia.
- 9.- El 13.8% de las víctimas tienen tendencia al suicidio.
- 10.- Menos frecuentes encontramos síntomas disociativos, alteraciones en el comportamiento sexual y alteraciones somáticas.

## **XI. RECOMENDACIONES**

### **I.- A las Instituciones del Estado:**

El Estado debe adoptar las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas para protección del niño(a) del abuso sexual.

Asumir su rol como rector, coordinador y ejecutor de las políticas y estrategias para el abordaje integral del abuso sexual infantil.

El Ministerio de Salud debe enfrentar el tema de Violencia Sexual, es urgente que en todos los SILAIS, hospitales, centros de salud, puestos de salud, vayan incorporando el tema; ya que la violencia y el abuso infantil, en cualquiera de sus formas es un problema de salud pública.

### **II. A la sociedad civil:**

Fortalecer las relaciones entre los organismos de la sociedad civil, para estandarizar los modelos de detección, atención, y prevención del Abuso Sexual infantil.

Realizar acciones de monitoreo y evaluación del impacto en las diferentes acciones y programas.

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

### **III. Al Instituto de Medicina Legal.**

Divulgar el nuevo modelo de atención integral a las víctimas del delito sexual.

Relacionar el nuevo modelo de atención integral con la nueva ley de violencia hacia la mujer. Ley 779.

Fortalecer el área de estadística y promover investigación sobre delitos sexuales en la niñez y adolescencia.

## **XI. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA.**

1. - Kilpatrick DG, Saunders BE, Amick-McMullan A, Best CL, Veronen LJ, Jesnick HS. Victim and crime factors associated with the development of crime related PTSD. Behavior Therapy 1989; 20: 199-214.
- 2.- Pereda Noemí, Polo Pilar, Grau Núria, Navales Núria y Martínez Mireia. Víctimas de abuso sexual en la infancia. Estudio Descriptivo. Revista de estudio de la violencia. Núm. 1. Gener- Marzo 2007. www.icev.cat.
- 3.- Castillo Ramírez, Sisy. Delitos sexuales valorados en el Consejo Médico Forense y su seguimiento en el proceso judicial. Med. Legal. Costa Rica [online]. 2001, vol.18, n.2, pp.57 – 67. ISSN 1409-0015.
- 4.- Raúl D. Onostre Guerra. Abuso sexual en niños y niñas. Consideraciones Clínicas (Bolivia). Revista Chilena de Pediatría. Rev. Chil. Pediatr. V.71 n.4 Santiago jul. 2000.
- 5.- Prof. Dra. Hilda Marchiori. Víctimas vulnerables: Niños víctimas de abuso sexual. ILANUD 27. Argentina.
- 6.- Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer. Primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia. OMS 2005.
7. – Charles Felzen Johnson. Sexual Abuse in children. Pediatrics in Review. 2006; 27; 17-27.
- 8.- Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe Mundial sobre la violencia y la salud. 2009.
- 9.- Nicaragua, Policía Nacional Dirección Comisaría de la Mujer y la Niñez. Diagnóstico de la violencia intrafamiliar y sexual en Nicaragua / Policía nacional Dirección Comisaría de la Mujer y la Niñez. -- 1a ed. -- Managua: Policía Nacional; PNUD, 2009. 112 p. ISBN: 978-99924-0-829-2. 1. VIOLENCIA INTRAFAMILIAR 2. EVALUACION DE LA VIOLENCIA 3. NICARAGUA-PROBLEMAS SOCIALES.
- 10.- Informe sobre violencia sexual a niños, niñas y adolescentes. CIDS, UNAN, León. Elliette Valladares, Rodolfo Peña, investigadores de CIDS UNAN-León. Informe sobre abuso sexual de niños, niñas y adolescentes: Nicaragua 2005/ Save the Children Noruega/ CIDS UNAN-León. Agosto 2006.
- 11.- Echeburúa E. El estrés postraumático en las víctimas. Factores predictivos del trastorno por estrés postraumático en víctimas de agresiones sexuales. 2003. [citado 27 Nov. 2006] Disponible en URL:

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL, PSICOLOGIA Y  
PSICOPATOLOGIA DEL NIÑO, ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.  
DIR. PROF. DR. HECTOR S. BASILE.**

[http://www.webzinemaker.com/admi/m2/page.php3?num\\_web=11235&rubr=4&id=72033](http://www.webzinemaker.com/admi/m2/page.php3?num_web=11235&rubr=4&id=72033)

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

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

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

[http://www.psiquiatria.com/articulos/psiquiatria\\_legal/29258/](http://www.psiquiatria.com/articulos/psiquiatria_legal/29258/)

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

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

17.- [cenidh.tripod.com/RightFrame3.html](http://cenidh.tripod.com/RightFrame3.html). 25 de enero del 2012.

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

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

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

# **ANEXOS**

## **OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.**

| <b>Variable</b>    | <b>Definición Operacional</b>   | <b>Indicadores</b>                      | <b>Valor</b>  |
|--------------------|---|---|---|
| <b>Edad</b>        | Clasificación de acuerdo al rango de edad en años cumplidos según datos del dictamen médico-legal | Según datos del Expediente médico-legal | 0-3<br>4-7<br>8-11<br>12-15<br>>15-19                             |
| <b>Sexo</b>        | Características fenotípicas que distinguen al macho de la hembra.                                 | Según datos del Expediente médico-legal | Femenino<br>Masculino   |
| <b>Procedencia</b> | El sitio de origen de la víctima según datos del dictamen médico-legal                            | Según datos del Expediente médico-legal | Rural<br>Urbano   |
| <b>Escolaridad</b> | Grado o año aprobado según datos del dictamen médico-legal  | Según datos del Expediente médico-legal | Pre escolar<br>Primaria<br>Secundaria<br>Universitaria<br>Ninguna |
| <b>Adolescente</b> | Según la Organización Mundial de la Salud, edad entre los 10 y 19 años.                           | Según datos del Expediente Médico-legal |   |

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL, PSICOLOGIA Y  
PSICOPATOLOGIA DEL NIÑO, ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.  
DIR. PROF. DR. HECTOR S. BASILE.**

|                            |  |   |   |
|----------------------------|--|---|---|
| <b>Amenaza psicológica</b> | La amenaza psicológica es un conjunto heterogéneo de comportamientos, en todos los cuales se produce una forma de agresión psicológica, es una conducta que causa un perjuicio a la víctima. Implica coerción, coacción, y/o manipulación. | Según datos del Expediente Médico-Legal |   |
| <b>Amenaza física</b>      | Peligro de castigo usando la fuerza física con la intención de causar dolor o incomodidad, por leve que sea.   | Según datos del Expediente Médico-Legal |   |
| <b>Violación</b>           | Se define desde el punto de vista de la sexualidad, como todo aquel contacto sexual con cualquier persona que por alguna razón no puede (menor de edad) o no quiere dar su consentimiento.   | Según datos del Expediente Médico Legal |   |
| <b>Agresión</b>            | Cualquier acto contrario al derecho de otro. Ataque, acometimiento.  | Según datos del Expediente Médico-legal |   |
| <b>Ansiedad</b>            | Estado de inquietud o agitación del ánimo. Puede acompañar a algunas enfermedades como la neurosis.  | Según el Expediente Médico-legal.       | Miedo<br>Fobia<br>Insomnio<br>Pesadillas. |

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL, PSICOLOGIA Y  
PSICOPATOLOGIA DEL NIÑO, ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.  
DIR. PROF. DR. HECTOR S. BASILE.**

|  |   |                                   |  |
|--|---|-----------------------------------|--|
| <b>Depresión</b>                                 | Enfermedad común, grave, que interfiere con la vida diaria y el desempeño normal. Afecta a la persona que la padece como a la familia, y amerita tratamiento para superarla.  | Según el Expediente Médico-legal. | Sentimientos de tristeza, vacío, desesperanza o pesimismo.<br><br>Sentimientos de culpa, inutilidad e impotencia.<br><br>Tendencia suicida.<br><br>Irritabilidad, inquietud.<br><br>Dolores físicos, malestares persistentes que no mejoran con tratamiento. |
| <b>Reacciones disociativas</b>                   | Consisten en la separación de uno o más componentes del sistema de la personalidad. Dicha separación es un intento de aislar algo que ha provocado ansiedad en la persona, pero que termina por ser algo perjudicial porque hay una franca confusión con su medio circundante y con las personas que lo rodean. | Según el expediente Médico-legal  | Amnesia<br><br>Extrañamiento/Despersonalización<br><br>Personalidad disociada<br><br>Sonambulismo  |
| <b>Alteraciones en el comportamiento sexual.</b> | Formas de conducta que conforma la motivación sexual. Los diversos comportamientos según la edad y los elementos sociológicos e históricos que determinan las diversas actitudes ante el sexo.  | Según el expediente médico-legal  | Masturbación.<br><br>Exceso de curiosidad sexual.<br><br>Coito imitar.<br><br>Promiscuidad sexual.<br><br>Conducta sexual agresiva.  |



**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL, PSICOLOGIA Y  
PSICOPATOLOGIA DEL NIÑO, ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.  
DIR. PROF. DR. HECTOR S. BASILE.**

|                          |   |                                  |  |
|--------------------------|---|----------------------------------|--|
| <b>Quejas somáticas.</b> | Alteración que produce una dolencia corporal debida al desplazamiento de un sufrimiento psíquico. La principal característica de este trastorno es la sucesión de quejas que realiza el individuo afectado, que no puede ser explicado por trastornos orgánicos demostrables. | Según el expediente médico-legal | <p>Enuresis.</p> <p>Encopresis.</p> <p>Prurito anal y vaginal.</p> <p>Anorexia.</p> <p>Obesidad.</p> <p>Dolor de cabeza, estómago, vómitos, etc.</p> |
|--------------------------|---|----------------------------------|--|

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL, PSICOLOGIA Y  
PSICOPATOLOGIA DEL NIÑO, ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.  
DIR. PROF. DR. HECTOR S. BASILE.**

Cuadro

N° 1. Sexo

| Sexo      | Frecuencia | %     |
|-----------|------------|-------|
| Femenino  | 66         | 82.5  |
| Masculino | 14         | 17.5  |
| Total     | 80         | 100.0 |

Fuentes: expediente clínico del instituto de medicina legal.

Cuadro N° 2. Edad

| Edad         | Frecuencia | %     |
|--------------|------------|-------|
| 0 - 3 años   | 3          | 3.8   |
| 4 - 7 años   | 18         | 22.5  |
| 8 - 11 años  | 24         | 30.0  |
| 12 - 15 años | 23         | 28.8  |
| 16 - 19 años | 12         | 15.0  |
| Total        | 80         | 100.0 |

Fuentes: expediente clínico del instituto de medicina legal.

Cuadro N° 3. Procedencia

| Procedencia | Frecuencia | %     |
|-------------|------------|-------|
| Urbano      | 40         | 50.0  |
| Rural       | 40         | 50.0  |
| Total       | 80         | 100.0 |

Fuentes: expediente clínico del instituto de medicina legal.

Cuadro N° 4. Escolaridad

| <b>Escolaridad</b> | <b>Frecuencia</b> | <b>%</b> |
|--------------------|-------------------|----------|
| Pre escolar        | 15                | 18.8     |
| Primaria           | 33                | 41.3     |
| Secundaria         | 28                | 35.0     |
| Universitaria      | 1                 | 1.3      |
| Ninguna            | 3                 | 3.8      |
| Total              | 80                | 100.0    |

Fuentes: expediente clínico del instituto de medicina legal.

Cuadro N° 5. Amenazas

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL, PSICOLOGIA Y  
PSICOPATOLOGIA DEL NIÑO, ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.  
DIR. PROF. DR. HECTOR S. BASILE.**

**Amenaza psicológica**

|       | Frecuencia | Porcentaje |
|-------|------------|------------|
| Si    | 61         | 76.2       |
| No    | 19         | 23.8       |
| Total | 80         | 100.0      |

**Amenaza física**

|       | Frecuencia | Porcentaje |
|-------|------------|------------|
| Si    | 41         | 51.2       |
| No    | 39         | 48.8       |
| Total | 80         | 100.0      |

**Tocar cuerpo**

|       | Frecuencia | Porcentaje |
|-------|------------|------------|
| Si    | 45         | 56.2       |
| No    | 35         | 43.8       |
| Total | 80         | 100.0      |

**Obligo a víctima a tocar**

|       | Frecuencia | Porcentaje |
|-------|------------|------------|
| Si    | 24         | 30.0       |
| No    | 56         | 70.0       |
| Total | 80         | 100.0      |

**Violación**

|       | Frecuencia | Porcentaje |
|-------|------------|------------|
| Si    | 39         | 48.8       |
| No    | 41         | 51.3       |
| Total | 80         | 100.0      |

**Otras Agresiones**

|       | Frecuencia | Porcentaje |
|-------|------------|------------|
| Si    | 17         | 21.2       |
| No    | 63         | 78.8       |
| Total | 80         | 100.0      |

Fuentes: expediente clínico del instituto de medicina legal

### Cuadro N° 6. Agresor

|                  | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------|------------|------------|
| Padrastro        | 16         | 20.0       |
| Tío              | 7          | 8.8        |
| Abuelo           | 4          | 5.0        |
| Padre            | 6          | 7.5        |
| Primo            | 6          | 7.5        |
| Amigo de Familia | 2          | 2.5        |
| Maestro          | 3          | 3.8        |
| Vecino           | 19         | 23.8       |
| Extraño          | 7          | 8.8        |
| Hermano          | 1          | 1.3        |
| Novio            | 6          | 7.5        |
| Amigo            | 2          | 2.5        |
| Cuñado           | 1          | 1.3        |
| Total            | 80         | 100.0      |

Fuentes: expediente clínico del instituto de medicina legal

### Cuadro N° 7. Ansiedad

#### **Miedo**

|       | Frecuencia | Porcentaje |
|-------|------------|------------|
| Si    | 70         | 87.5       |
| No    | 10         | 12.5       |
| Total | 80         | 100.0      |

#### **Fobia**

|       | Frecuencia | Porcentaje |
|-------|------------|------------|
| SI    | 5          | 6.2        |
| No    | 75         | 93.8       |
| Total | 80         | 100.0      |

#### **Insomnio**

|       | Frecuencia | Porcentaje |
|-------|------------|------------|
| Si    | 62         | 77.5       |
| No    | 18         | 22.5       |
| Total | 80         | 100.0      |

#### **Pesadillas**

|       | Frecuencia | Porcentaje |
|-------|------------|------------|
| Si    | 51         | 63.8       |
| No    | 29         | 36.2       |
| Total | 80         | 100.0      |

#### **Pensamientos persistentes sobre los hechos**

|       | Frecuencia | Porcentaje |
|-------|------------|------------|
| Si    | 62         | 77.5       |
| No    | 18         | 22.5       |
| Total | 80         | 100.0      |

#### **Renuncia a estar con el agresor**

|       | Frecuencia | Porcentaje |
|-------|------------|------------|
| si    | 46         | 57.5       |
| No    | 34         | 42.5       |
| Total | 80         | 100.0      |

#### **Repetición del evento a través del juego**

|       | Frecuencia | Porcentaje |
|-------|------------|------------|
| Si    | 15         | 18.8       |
| No    | 65         | 81.2       |
| Total | 80         | 100.0      |

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL, PSICOLOGIA Y  
PSICOPATOLOGIA DEL NIÑO, ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.  
DIR. PROF. DR. HECTOR S. BASILE.**

**Renuncia a hablar sobre los hechos**

|       | Frecuencia | Porcentaje |
|-------|------------|------------|
| Si    | 42         | 52.5       |
| No    | 38         | 47.5       |
| Total | 80         | 100.0      |

**Onicofagia**

|    | Frecuencia | Porcentaje |
|----|------------|------------|
| No | 80         | 100.0      |

**Mal comportamiento en la escuela**

|       | Frecuencia | Porcentaje |
|-------|------------|------------|
| Si    | 32         | 40.0       |
| No    | 48         | 60.0       |
| Total | 80         | 100.0      |

**Retractación acerca del ofensor**

|       | Frecuencia | Porcentaje |
|-------|------------|------------|
| Si    | 11         | 13.8       |
| No    | 69         | 86.2       |
| Total | 80         | 100.0      |

Fuentes: expediente clínico del instituto de medicina legal

**Cuadro N° 8. Depresión**

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL, PSICOLOGIA Y  
PSICOPATOLOGIA DEL NIÑO, ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.  
DIR. PROF. DR. HECTOR S. BASILE.**

**Sentimientos de tristeza, vacío, desesperanza**

|       | Frecuencia | Porcentaje |
|-------|------------|------------|
| Si    | 56         | 70.0       |
| No    | 24         | 30.0       |
| Total | 80         | 100.0      |

**Sentimientos de haber traicionado, utilizado**

|       | Frecuencia | Porcentaje |
|-------|------------|------------|
| Si    | 31         | 38.8       |
| No    | 49         | 61.2       |
| Total | 80         | 100.0      |

**Sentimientos de culpa, inutilidad e impotencia**

|       | Frecuencia | Porcentaje |
|-------|------------|------------|
| Si    | 49         | 61.2       |
| No    | 31         | 38.8       |
| Total | 80         | 100.0      |

**Tendencia Suicida**

|       | Frecuencia | Porcentaje |
|-------|------------|------------|
| Si    | 11         | 13.8       |
| No    | 69         | 86.2       |
| Total | 80         | 100.0      |

**Menor rendimiento escolar**

|       | Frecuencia | Porcentaje |
|-------|------------|------------|
| Si    | 23         | 28.8       |
| No    | 57         | 71.2       |
| Total | 80         | 100.0      |

**Más callado, menos sociable**

|       | Frecuencia | Porcentaje |
|-------|------------|------------|
| Si    | 59         | 73.8       |
| No    | 21         | 26.2       |
| Total | 80         | 100.0      |

Fuentes: expediente clínico del instituto de medicina legal



### Cuadro N° 9. Alteraciones Disociativas

#### **Amnesia**

|       | Frecuencia | Porcentaje |
|-------|------------|------------|
| Si    | 2          | 2.5        |
| No    | 78         | 97.5       |
| Total | 80         | 100.0      |

#### **Despersonalización**

|       | Frecuencia | Porcentaje |
|-------|------------|------------|
| Si    | 21         | 26.2       |
| No    | 59         | 73.8       |
| Total | 80         | 100.0      |

#### **Falla para recordar (fechas, nombres, rostros, hechos, etc)**

|       | Frecuencia | Porcentaje |
|-------|------------|------------|
| Si    | 15         | 18.8       |
| No    | 65         | 81.2       |
| Total | 80         | 100.0      |

#### **Personalidad disociada**

|       | Frecuencia | Porcentaje |
|-------|------------|------------|
| Si    | 3          | 3.8        |
| No    | 77         | 96.2       |
| Total | 80         | 100.0      |

Fuentes: expediente clínico del instituto de medicina legal

### Cuadro N° 10. Alteraciones en el comportamiento sexual

#### **Masturbación**

|       | Frecuencia | Porcentaje |
|-------|------------|------------|
| Si    | 1          | 1.2        |
| No    | 79         | 98.8       |
| Total | 80         | 100.0      |

#### **Exceso de curiosidad sexual**

|       | Frecuencia | Porcentaje |
|-------|------------|------------|
| Si    | 3          | 3.8        |
| No    | 77         | 96.2       |
| Total | 80         | 100.0      |

#### **Promiscuidad sexual**

|       | Frecuencia | Porcentaje |
|-------|------------|------------|
| Si    | 1          | 1.2        |
| No    | 79         | 98.8       |
| Total | 80         | 100.0      |

#### **Conducta sexual agresiva**

|       | Frecuencia | Porcentaje |
|-------|------------|------------|
| Si    | 12         | 15.0       |
| No    | 68         | 85.0       |
| Total | 80         | 100.0      |

Fuentes: expediente clínico del instituto de medicina legal

### Cuadro N° 11. Alteraciones Somáticas

#### **Nauseas, vómitos**

|       | Frecuencia | Porcentaje |
|-------|------------|------------|
| Si    | 9          | 11.3       |
| No    | 71         | 88.8       |
| Total | 80         | 100.0      |

#### **Encopresis**

|       | Frecuencia | Porcentaje |
|-------|------------|------------|
| Si    | 3          | 3.8        |
| No    | 77         | 96.3       |
| Total | 80         | 100.0      |

#### **Enuresis**

|       | Frecuencia | Porcentaje |
|-------|------------|------------|
| Si    | 8          | 10.0       |
| No    | 72         | 90.0       |
| Total | 80         | 100.0      |

#### **Dolor estomacal**

|       | Frecuencia | Porcentaje |
|-------|------------|------------|
| Si    | 25         | 31.3       |
| No    | 55         | 68.8       |
| Total | 80         | 100.0      |

#### **Dolor en aéreas tocadas**

|       | Frecuencia | Porcentaje |
|-------|------------|------------|
| Si    | 28         | 35.0       |
| No    | 52         | 65.0       |
| Total | 80         | 100.0      |

#### **Inapetencia**

|       | Frecuencias | Porcentaje |
|-------|-------------|------------|
| SI    | 5           | 6.3        |
| No    | 75          | 93.8       |
| Total | 80          | 100.0      |

#### **Dificultad en el lenguaje**

|       | Frecuencia | Porcentaje |
|-------|------------|------------|
| SI    | 8          | 10.0       |
| No    | 72         | 90.0       |
| Total | 80         | 100.0      |

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL, PSICOLOGIA Y  
PSICOPATOLOGIA DEL NIÑO, ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.  
DIR. PROF. DR. HECTOR S. BASILE.**

**Otros**

|       | Frecuencia | Porcentaje |
|-------|------------|------------|
| SI    | 25         | 31.3       |
| No    | 55         | 68.8       |
| Total | 80         | 100.0      |

Fuentes: expediente clínico del instituto de medicina legal

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL, PSICOLOGIA Y  
PSICOPATOLOGIA DEL NIÑO, ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.  
DIR. PROF. DR. HECTOR S. BASILE.**

**Índice**

|                                |    |
|--------------------------------|----|
| 1. Resumen                     | 2  |
| 2. Introducción                | 4  |
| 3. Antecedentes                | 5  |
| 4. Justificación               | 11 |
| 5. Planteamiento del problema  | 12 |
| 6. Objetivos                   | 13 |
| 7. Marco Referencial           | 13 |
| 8. Diseño Metodológico         | 27 |
| 9. Resultados                  | 32 |
| 10. Análisis de los Resultados | 34 |
| 11. Conclusiones               | 39 |
| 12. Recomendaciones            | 40 |
| 13. Referencia Bibliografía    | 42 |
| 14. Anexos                     | 43 |