

11264

1  
28j



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AVENIDA DE  
MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

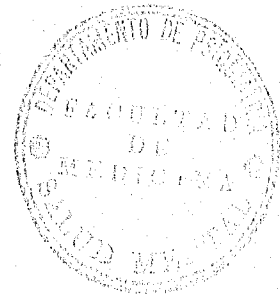
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

DISFUNCIONES SEXUALES ASOCIADAS AL  
ABUSO SEXUAL EN LA INFANCIA

TESIS

PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD DE  
PSIQUIATRIA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA

LILIA GLORIA PUCHI GARCIA



ASESORIA DE TESIS

DR. HECTOR ORTEGA SOTO : Asesor Metodológico

DR. OSCAR SANCHEZ GUERRERO : Asesor Teórico en Psiquiatría Infantil

DRA. SARA REVUELTAS : Asesora Teórica en Sexología.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

1996

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## AGRADECIMIENTOS

A mis maestros del curso de Psiquiatría Infantil quienes desinteresadamente nos dieron su experiencia y conocimientos, su tiempo y apoyo.

A los miembros del IMSS tanto de la empresa como del sindicato que apoyaron para que me otorgaran la beca para realizar el curso y la tesis.

Al director del Centro AVISE y al jefe de servicio de Salud Mental de la UMF 22 del IMSS quienes me brindaron todas las facilidades para realizar la investigación de esta tesis.

A mi hijos Gerardo y Janette por su paciencia en enseñarme el manejo de la computadora.

A mis asesores y a mi corrector de estilo Antonio Argüelles P.

A la Dra. Díaz Aguirre que al compartir conmigo las experiencias de su grupo de violencia, me hizo conciente de la gravedad de las secuelas del abuso sexual en la infancia y por haberme permitido aplicar los cuestionarios a sus pacientes.

A las Psicólogas Silvia y Celsa del Centro AVISE por haber aplicado los cuestionarios a pesar de las grandes cargas de trabajo que tienen.

A quienes me han brindado su aliento, comprensión y cariño todo el tiempo : Antonio, Gerardo, Bruno, Janette, Rosario, Rosa Martha, Luis Angel, Lilia, Laura, Alicia, Margarita, Fernando, Emilia, Julieta y a todos los que no alcanzo a nombrar en tan breve espacio.

A TODOS ELLOS MIL GRACIAS.

**INSTITUCIONES PARTICIPANTES**

**SERVICIO DE SALUD MENTAL DE LA UNIDAD  
MEDICO FAMILIAR NO. 22 DEL INSTITUTO MEXICANO  
DEL SEGURO SOCIAL.**

**CENTRO DE ATENCION A LA VIOLENCIA  
INTRAFAMILIAR Y SEXUAL AVISE.**

**Con la colaboración en la aplicación de los cuestionarios  
de las Psicólogas Celsa García Pozo y Silvia Morales Celis.**

## INDICE

I.- Instituciones Participantes.	3
II.- Marco Teórico.	5
1.1 Generalidades.	
1.2 Revisión Histórica.	6
1.3 Criterios Diagnósticos.	9
1.4 Prevalencia.	12
1.5 Abuso Sexual Infantil	13
1.6 Abuso Sexual Infantil en México.	15
1.7 Disfunciones Sexuales Asociadas al Abuso.	16
III.- Planteamiento del Problema.	20
IV.- Objetivos.	20
V.- Población en Estudio.	21
VI.- Material y Métodos.	21
6.1 Tipo de Investigación.	21
6.2 Criterios de Inclusión, de Exclusión y Selección de Controles.	21
6.3 Variables e Instrumentos.	22
6.4 Procedimiento.	24
VII.- Métodos de evaluación y Análisis estadísticos.	24
VIII.- Resultados.	25
IX.- Discusión y Conclusiones.	27
X.- Bibliografía.	30
XI.- Gráficas y anexos.	32

## 1. MARCO TEORICO.

### 1.1 GENERALIDADES .

El desarrollo psicosexual es determinante en la expresión de la sexualidad adulta. Para Rutter (17 ) las cuestiones psicosexuales ocupaban un lugar central en el desarrollo infantil, en razón de los intereses sexuales de la conducta social y emocional. Las teorías del desarrollo han considerado en gran medida el impulso sexual y su importancia como causa influyente en la formación de la personalidad.

Los eventos que durante la infancia y adolescencia alteren el curso del desarrollo psicosexual marcaran posteriormente (Beitman et al. )(2) y en ocasiones en forma inmediata al individuo en su conducta, su autoconcepto y su afecto. (Green )(5 ).

El abuso sexual como evento traumático impacta al individuo en cualquier etapa de su vida, pero si esto ocurre en la infancia o adolescencia, las secuelas pueden afectar uno o varios de los subsistemas de la sexualidad ( Propuestos por Rubio (16) : el desarrollo erótico, la identidad de género, la capacidad vinculatoria o la capacidad reproductiva), manifestándose en la vida adulta en la preferencia sexual, en el funcionamiento sexual y/ o en la capacidad vinculatoria (2, 4, 6, 7, 8, 19, 11, 12 ,13 y 14).

Yates (18) sostiene que el abuso sexual ocurre frecuentemente sin reportarse en forma alguna, generalmente, y a pesar de ello, los servicios que existen, están saturados por la abundancia de los casos atendidos, aún cuando están mal consolidados, y de la existencia de programas diseñados para detectar, contrarrestar y prevenir el abuso sexual (en EUA). El tratamiento ayuda a muchos de los niños victimados, pero no a todos.

Según Yates (18) la preocupación de la sociedad por el abuso sexual, se desprendió del daño emocional que presentaban los niños víctimas de maltrato, el abuso sexual como

problema, parecería estar más cerca de ser un problema social, más que Psiquiátrico, ya que se encuentra asociado a familias de ingresos bajos, con educación limitada y un alto grado de disfunción familiar y social, sin embargo, el abuso sexual a niños es un problema psiquiátrico porque puede llevar a tener secuelas emocionales inmediatas y a largo plazo.

Refiere que los niños pueden presentar problemas como ansiedad, depresión, somatizaciones o estrés postraumático. Pueden quedarse con un sentimiento de culpa o de maldad, y una percepción distorsionada del cuerpo y de su sexualidad. Cuando los niños experimentan placer del encuentro sexual, puede intensificarse el sentimiento de ser *malos*. Después de que se descubre el abuso intrafamiliar, los niños pueden ser rechazados por sus padres o separados de la familia. Por todo esto, los niños pueden volverse ansiosos, deprimidos o sentirse culpables, pueden sentirse preocupados por el agresor y estar enojados por el castigo, o pensar que son responsables de la ruptura familiar.

## **1.2 REVISION HISTORICA.**

El abuso sexual a menores fue tardíamente reconocido como un problema según Gonzalez y otros (10), una de las razones que lo explican, remite al aspecto frente al cual el hombre es más sensible y vulnerable, al descubrir su intimidad quién por lo mismo, siempre ha preferido ocultar, negar o desconocer, antes que confrontar. No se trata de un fenómeno reciente, siempre ha existido.

Según Jackson ( mencionado por Yates) (18) en los siglos XVI y XVII las familias no disfrutaban su privacidad tal y como hoy la concebimos. Usualmente dormían, comían y trabajaban en un solo cuarto, conviviendo la familia, los empleados y la servidumbre. No había un cuidado especial hacia los niños los cuales eran visualizados como adultos inferiores .

Afirma que se esperaba que ellos contribuyeran a la economía familiar y fueran legalmente responsables de sus actos. Las discusiones acerca del sexo no se ocultaban y la actividad sexual era libremente observada. Se toleraban tanto la masturbación como los juegos sexuales entre niños, y de los adultos hacia los niños. El desarrollo sexual de los niños no se veía como un problema, al igual que el abuso sexual, que indudablemente existía.

En otra investigación de Jackson mencionada por Yates (19), refiere que en los dos siguientes siglos hubo cambios profundos. Las familias comenzaron a vivir separadas de los centros de trabajo. Los sirvientes tenían ya sus propios espacios. Las relaciones sexuales se convirtieron en privadas y secretas ; y la sexualidad se identificó con el pecado.

Analiza que una determinante mayor del giro hacia la represión sexual en el siglo XVII y XVIII, fue el rígido código moral de John Calvin. La Teología Calvinista enfatizaba el pecado de la lujuria y la superioridad del celibato. El matrimonio era el medio prescrito para evitar pecados más serios de pasión indiscriminada. El cuerpo y la mente debían estar separados. Todo lo referente al cuerpo era vergonzoso y debía ser cubierto. Los niños buenos eran asexuales, y las mujeres buenas: pasivas, sometidas y sin necesidades sexuales.

Refiere que la actitud de los padres Victorianos hacia la sexualidad infantil a principios del siglo XIX era de preocupación hacia las fuerzas omnipresentes del demonio que fácilmente podrían envolver a los niños. Los padres se atormentaban porque sus niños se masturbaban. Se les decía que el exceso podría dañarlos y causarles locura, tuberculosis, sífilis, impotencia o esterilidad, hijos deformes, epilepsia y pérdida del cabello. Los padres empleaban medidas complejas para prevenirla : anillos con púas alrededor del pene, chalecos de metal o de piel que cubrían todo el torso, o en las noches los ataban de pies y manos a los postes de la cama.

Según Yates (19) posteriormente el Romanticismo literario empezó a influir a los padres bien educados, quienes empezaron a ver a los niños intrínsecamente inocentes y



asexuales. A medida de que se popularizó este concepto, la función de la familia fue redefinida para proteger al niño inocente de las influencias corruptas del mundo externo.

Analiza que en los primeros años de este siglo, al introducir Freud el concepto de sexualidad infantil y presentar la conducta sexual como un *continuum*, replanteó todas las ideas que se tenían sobre el tema. Debido a esto la sexualidad llegó a ser tópico de discusión abierta entre los adultos bien educados. Posteriormente de la década de 1930 a 1950, empezaron a disminuir las sanciones contra la masturbación y la exploración sexual de los niños.

Refiere que aún hasta los años 90 se sigue viendo como necesidad el proteger a los niños contra la sexualidad. Esto se refuerza con la preocupación real hacia hechos como el abuso y hostigamientos sexuales, el embarazo no deseado en la adolescencia, la homosexualidad y el SIDA, que necesitan enseñarse. Desafortunadamente, dice, existe una prohibición hacia una comunicación positiva de la sexualidad a los niños, lo cual no les permite formarse una opinión balanceada, puesto que al mismo tiempo que se les dice que el sexo es peligroso, se les expone a una producción televisiva y de prensa explícita y sofisticada a través de telenovelas y de otros programas que presentan escenas claramente eróticas.

### 1.3 CRITERIOS DIAGNOSTICOS.

#### ABUSO SEXUAL INFANTIL :

Se utilizó el criterio de Abuso Sexual del libro de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia de Lewis cuyo capítulo sobre el tema está escrito por Green (6) quién define : el abuso sexual infantil es el uso de un niño como objeto de gratificación para las necesidades o deseos sexuales de un adulto. El Incesto se refiere a la explotación sexual de un niño por otro miembro de la familia.

La Sociedad Internacional del Síndrome del niño Maltratado de Denver E.U. amplía la definición, mencionando, que es el involucramiento de niños y adolescentes ( dependientes e inmaduros) en actos sexuales los cuales no alcanzan a comprender plenamente, no siendo capaces de dar su consentimiento. Agrega que la diferencia de edades entre los involucrados deberá ser al menos de 5 años.

En el "Handbook of Clinical Intervention in Child Sexual Abuse" de Suzanne M. Sgroi, (mencionado en el libro de Gonzalez et al. (9), la autora propone el siguiente espectro de comportamiento sexual abusivo :

- 1.- El adulto se pasea "inocentemente" desnudo por la casa.
- 2.- El adulto se quita la ropa delante del menor, generalmente cuando están solos.
- 3.- El adulto expone sus genitales para que el menor los vea y llama su atención hacia ellos. Puede pedir que lo toquen.
- 4.- El adulto vigila al menor cuando se desviste defeca o se baña.
- 5.- El adulto muestra al menor material pornográfico.
- 6.- El adulto besa al menor en forma prolongada e íntima, propia de manifestaciones entre adultos.
- 7.- El adulto puede acariciar al menor en abdomen, muslos o zona genital, entre otras. Puede pedir al menor que lo acaricie.

8.- El adulto se masturba frente al menor, observa al menor masturbarse, masturba al menor, pide al menor que lo masturbe, o bien adulto y menor se observan masturbándose de manera simultánea, o adulto y menor se masturban mutuamente.

9.- El adulto hace que el menor tome sus genitales con la boca, o el adulto toma los del menor con la suya, o ambas cosas.

10.- El adulto practica sexo oral con el menor u obliga a éste a hacerlo.

11.-El adulto introduce dedo u objetos en el ano del menor.

12.- El adulto introduce su pene en el ano del menor.

13.- El adulto introduce dedo (s) en la vagina de la menor.

14.- El adulto introduce el pene en la vulva de la menor.

15.- El adulto tiene sexo seco con el menor (frotamiento de genitales contra el menor).

#### DISFUNCION SEXUAL :

Una Disfunción Sexual es la alteración en el proceso que caracteriza el ciclo de la respuesta sexual, o por dolor asociado al coito. Según definición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM IV, (1).

La respuesta del ciclo sexual puede ser dividida en las siguientes fases:

1) Deseo : Consiste en las fantasías acerca de la actividad sexual y en el deseo de tener actividad sexual.

2) Excitación : Es la sensación subjetiva de tener placer sexual que se acompaña de cambios fisiológicos. El mayor cambio en el hombre consiste en la tumescencia y erección del pene. El mayor cambio en la mujer consiste en la vasodilatación de la pelvis, la lubricación y expansión vaginal y aumento de los genitales externos.

3) Orgasmo : Es el logro de la cúspide del placer sexual, con liberación de la tensión sexual y contracciones rítmicas de los músculos perineales y órganos reproductivos. En el hombre

hay una sensación de inevitabilidad eyaculatoria, la cual es seguida por la expulsión de semen. En la mujer hay contracciones ( que no siempre se experimentan subjetivamente como tales) de la pared del tercio externo de la vagina. En ambos sexos hay contracciones rítmicas del esfínter anal.

4) Resolución : En esta fase se experimenta una sensación de relajación muscular y estado de bienestar. Durante esta fase el hombre se encuentra fisiológicamente refractario a tener otra erección u orgasmo por períodos variables de tiempo. En contraste con la mujer, quién es capaz de responder a estimulación adicional casi inmediatamente.

#### **TRASTORNOS DE LA FASE DEL DESEO SEXUAL :**

(302.71) Deseo Sexual Inhibido ( o Hipoactivo): Tipos Específicos : De toda la vida, o Adquirido. Generalizado o Situacional. Debido a Factores Psicológicos o Debido a factores combinados. Es causa de dificultades interpersonales o de malestar.

**NOTA :** Cada uno de los Trastornos lleva los mismos tipos específicos.

(302.79) Trastorno por Aversión al Sexo.

#### **TRASTORNOS DE LA EXCITACION SEXUAL :**

(302.72) Trastornos de la Excitación Sexual en el Hombre.

(302.72) Trastorno de la Excitación Sexual en la mujer.

#### **TRASTORNOS DEL ORGASMO :**

(302.73) Disfunción Orgásmica Femenina.

(302.74) Disfunción Orgásmica Masculina.

(302.75) Eyaculación Precoz.

#### **TRASTORNOS SEXUALES POR DOLOR :**

(302.76) Dispareunia .(306.51) Vaginismo(302.90) Trastornos sexuales no especificados.

#### 1.4 PREVALENCIA.

Las cifras estadísticas existentes en la actualidad sobre abuso sexual en niños y adolescentes, son mucho menor a las reales, ya que un gran número de víctimas no denuncian el hecho por miedo a las consecuencias que podrían acarrearles, dado que en muchos casos los agresores son familiares cercanos. Yates (18) menciona que Franklin en 1974, afirmaba que eran el 90 % de todos los casos existentes en los E.U.. De los casos existentes denunciados, solo un mínimo porcentaje son tratados profesionalmente, y de estos, solo un tercio son reportados, según cifras del National Center for Child Abuse and Neglect de 1981.

Green (6) refiere que las primeras publicaciones de investigaciones sobre las causas y secuelas del abuso sexual en menores, fueron hechas en Estados Unidos en la década de los setentas. Menciona un estudio acerca de la incidencia llevado a cabo entre 1979-80 por The National Center for Child Abuse and Neglect en donde se estimó que en E.U. ocurrieron 44,700 casos en un período de 12 meses. Hace referencia a Finkelhor y Hotaling quienes en 1984 publicaron que el número anual de nuevos casos era entre 150,000 y 200,000, si se incluían los casos de abuso sexual intrafamiliar y los no reportados. Afirma que esta cifra es consistente con la estimada por MacFarlane y Waterman en 1986, de 100,000 a 500,000 nuevos casos cada año. Menciona que la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó en su Boletín en Junio de 1993, que en los Estados Unidos alrededor del 20 % de las niñas y el 7 % de los niños, son víctimas de algún tipo de abuso sexual, generalmente en el seno familiar. En Canadá y en los países bajos en Europa, un tercio de las mujeres dicen haber sido víctimas de abuso sexual durante la niñez.

Asegura que la prevalencia del abuso sexual en la infancia es mayor en mujeres según estudios retrospectivos. Se apoya en Russell quién en 1983 reportó que el 38 % de una población comunitaria de mujeres que fueron entrevistadas al azar en San Francisco, habían

tenido contacto sexual con un adulto durante su infancia. Wyatt en 1985 descubrió que el 45 % de un ejemplo comunitario de mujeres Afro-Americanas en los Angeles, habían tenido contacto sexual no deseado durante su infancia.

### **1.5 ABUSO SEXUAL INFANTIL.**

Pierce R. (16) comparó 25 niños con 180 niñas todos víctimas de abuso sexual, encontrando que las familias y los tratamientos de los niños, diferían en muchos aspectos del acercamiento a las niñas. Por ejemplo los agresores homosexuales recibían castigos más severos, que los agresores de las niñas. Los primeros iban a prisión ; y frecuentemente se les juzgaba emocionalmente perturbados. "La sociedad- explica- considera culpable al agresor, si la víctima es niño, pero si se trata de una niña, ella es la culpable, al presumirse el haber seducido o alentado al agresor."

Encontró que la edad comparativa de los dos grupos fue de 7 años para los niños y de 14 para las niñas, este hecho se explica porque los niños a medida que crecen, comienzan a ser más grandes físicamente, pudiendo defenderse mejor. En las diferencias de la composición familiar, es frecuente, según él, que los niños vivan solo con la madre, por lo cual son más vulnerables al carecer de la figura paterna con la cual identificarse.

Kendall-Tackett (13) mencionan que hasta muy recientemente la literatura publicada consistía solo en estudios retrospectivos. Aluden a las conclusiones de una amplia revisión realizada por Browne y Finkelhor en 1986 la cual estuvo basada en solo 4 estudios de niños comparada con 23 estudios de adultos.

Sin embargo a partir de 1985, afirman que hubo un incremento notable en el número de estudios concentrados específicamente en niños víctimas de abuso sexual.

Los autores realizaron una revisión que comprendió 45 estudios, reportando que los niños víctimas de abuso sexual, tuvieron más síntomas, que los niños sin este antecedente. Los síntomas más frecuentes de una larga lista fueron : los miedos, el estrés postraumático, problemas conductuales y conductas sexualizadas. No se encontró un síntoma que fuera característico de los niños con abuso sexual.

Refieren que los investigadores encontraron que la intensidad de los síntomas dependía de la duración y frecuencia del abuso, si hubo penetración o uso de la fuerza, de la relación con el agresor y del apoyo materno. Algunos de ellos afirman que los signos de ansiedad ( problemas de sueño , o miedo hacia el agresor), tendían a desaparecer al paso del tiempo, mientras otros como la agresividad hacia los hermanos, persistían o empeoraban.

La revisión confirmó que el impacto del abuso sexual es serio y que puede manifestarse en una amplia variedad de conductas sintomáticas y patológicas.

## 1.6 ABUSO SEXUAL INFANTIL EN MEXICO.

De la Garza et al. (4), hicieron un estudio de casos sobre abuso sexual en menores. Ellos afirman que en México existen pocos estudios sobre este tema ya que es un fenómeno al que los investigadores dedican escasa atención. Citan cifras de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, en ellas se muestra que en el primer trimestre de 1993 se presentaron en el D.F. un promedio de 1.87 denuncias diarias por abuso sexual, es decir más de 700 casos anuales. El estudio que llevaron a cabo, describe a los menores de edad víctimas de abuso sexual que acudieron para ser atendidos psicológicamente en el Centro para la Atención a la Violencia Intrafamiliar y Sexual (A.V.I.S.E.), durante el período comprendido entre Enero de 1992 y Diciembre de 1993. Reportan que de los 4000 pacientes que acudieron en ese período, el 20 % correspondió a violencia sexual, y por abuso sexual en menores, fueron 36 casos, equivalente al 4.5%. A este grupo se le aplicó un cuestionario con preguntas cerradas y abiertas agrupadas en tres áreas: datos de la víctima, datos del agresor y datos de la situación o hecho. Los resultados obtenidos en relación a la víctima fueron: 75% fue del sexo femenino. La edad en que ocurrió el evento, entre los 3 y los 16 años. La mitad de los casos ocurrió entre los 7 y los 9 años (47.2%). La edad a la que acudieron al Centro para ser atendidos fue: el 44.4% entre los 14 y los 17 años, es decir una diferencia de más de 5 años. El 94.4% eran estudiantes. 70% cursaban primaria o secundaria. El 22.2% (7 casos) no vivían con sus padres, sino con familiares, vecinos o albergues del estado.

El 100% de los agresores eran del sexo masculino, con edad entre los 20 y 39 años (60%). 47% solteros, con nivel de escolaridad de secundaria y nivel medio superior en el 50% de los casos. El 97.2 % eran familiares y conocidos de la víctima. El padre fue el agresor en el 41.7% de los casos; el 27.7 eran primo, hermano o tío. Los vecinos fueron el



16.7%. Respecto a los síntomas : de las víctimas, 15 de ellos estaban aparentemente asintomáticos ; el 50 % de los 21 restantes presentaron problemas de conducta, 30 % baja en el rendimiento escolar, miedo y síntomas de depresión, así como problemas de sueño.

### **1.7 DISFUNCIONES SEXUALES ASOCIADAS AL ABUSO.**

La literatura sobre los efectos a largo plazo del abuso sexual en la infancia fue revisada por Beichman et al. ( 2 ) del Instituto Clark de Psiquiatría y el Centro de estudios del niño y la familia de Toronto revisaron 32 estudios y encontraron que las mujeres adultas con historia de abuso sexual en la infancia, mostraban gran evidencia de disfunción sexual, experiencias homosexuales en la adolescencia o adultez, depresión y más predisposición a ser nuevamente víctimas de abuso que las mujeres sin el antecedente. Los hombres víctimas de abuso sexual mostraban trastorno en el funcionamiento sexual. Cuando el abuso sexual había sido realizado con uso de la fuerza, a la sintomatología se agregaba ansiedad, miedo y conducta o ideas suicidas.

Para ellos era razonable asumir en forma intuitiva que el resultado de un abuso sexual en la infancia (ASI) tuviera como resultado alguna forma de disfunción sexual en la edad adulta ya que la conducta sexualizada es uno de los pocos efectos a corto plazo que está consistentemente asociado con el abuso sexual infantil.

Sin embargo , refieren que hay ambigüedad en relación a cuales de los síntomas presentados inmediatamente después del ASI puedan atribuirse directamente al AS, y cuales se relacionen a otros antecedentes o variables concomitantes. También mencionan que puede haber efectos “ latentes”, de los cuales ni el niño , ni otras personas se dan cuenta, pero que emergen con un impacto dramático en la edad adulta . Por ejemplo refieren un estudio realizado por Meiselman en 1978 en el que encontró que el 87% de 23 víctimas de ASI

reportaban frigidez, confusión acerca de su orientación sexual, o promiscuidad. Otros estudios que revisaron, usaban ejemplos mixtos de sujetos clínicos y no-clínicos, midiendo la insatisfacción sexual ( Finkelhor, 1979, Tsai, Feldman-Summers y Edgar, 1979).

Fromuth (5) quién realizó un estudio con el objeto de explorar la relación entre el ASI, y efectos psicológicos tardíos, así como ajuste sexual en 383 estudiantes no graduadas de Psicología, mostró una relación débil entre ASI y conducta sexual tardía.

Brunngraber en 1986 ( mencionado por Beitchman) (2) aún cuando no tuvo un grupo comparativo, notó que la mayoría de los sujetos estudiados, presentaban trastornos sexuales.

Erika Gold ( 8 ) estudió una muestra de 103 mujeres victimizadas sexualmente en la infancia o adolescencia, comparadas con 88 sin el antecedente de ASI. A Ambos grupos se les aplicó un cuestionario sobre su funcionamiento social, psicológico y sexual. Las que tenían el antecedente informaron sobre la experiencia de ASI. Los resultados del estudio sugirieron que el funcionamiento de las mujeres victimizadas, diferían significativamente de las controles en la medición de la autoestima, niveles de depresión, malestar psicológico y problemas sexuales. Las 103 mujeres victimizadas de niñas o adolescentes reportaron un total de 191 experiencias de abuso con diferentes agresores. El número de agresores por víctima, tuvo un rango de 1 a 5. La edad de las víctimas en el tiempo en que se perpetró el abuso fue de los 2-16 con edad promedio de 9.74. En el 51.3% el agresor fue conocido de la víctima, o de sus padres. En el 36 % fue un miembro de la familia y en el 12.2% un extraño.

Un estudio realizado por Feinauer y Leslie (4) en 57 mujeres víctimas de abuso sexual en la infancia que no mostraban síntomas, indicó que había una interacción significativa entre su

capacidad orgásmica, su estima sexual y el ajuste al abuso. Encontraron que 56% experimentaban molestias físicas durante el coito y que el 36 % necesitaba terapia sexual.

Jehu (12) realizó otro estudio en 51 mujeres víctimas de abuso sexual que acudieron a terapia por presentar disfunciones sexuales, encontró que las alteraciones del afecto, el estrés sexual y los problemas interpersonales presentados estaban asociados al trauma temprano de la experiencia de abuso sexual.

Greenwald et al. (7) exploraron la relación entre ASI, efectos psicológicos a largo plazo, y funcionamiento sexual en una muestra de mujeres de la comunidad (ni clínico, ni de estudiantes). Distribuyeron cuestionarios a 1500 enfermeras, quienes lo devolvieron en forma anónima. De ellas, 54 habían sido abusadas sexualmente a la edad de 15 años o menos. Fueron comparadas con 54 controles sin abuso. Encontraron que aunque no hubo diferencia en la medición de la autoestima, el grupo de abuso, reportó más síntomas de sufrimiento en el Índice Global de Severidad ( The Global Severity Index) y en 7 de las 9 subescalas del Derogatis Brief Symptom Inventory. También mostraron más trastornos en una escala que examinaba síntomas psicológicos que han sido comúnmente reportados en la literatura que están particularmente asociados al abuso sexual. Las diferencias en ambos grupos fueron evidentes aún después de valorar la percepción de las víctimas al apoyo emocional recibido. Sin embargo, los resultados en el ajuste psicológico, no difirieron con los controles en cuanto a satisfacción sexual o disfunciones sexuales.

Roesler y McKenzie (15) usaron medidas estandarizadas de síntomas, para determinar el efecto del abuso sexual en la infancia de 188 víctimas . Utilizaron escalas para medir depresión, autoestima, niveles generales de síntomas traumáticos, disfunciones sexuales, síntomas de estrés postraumático y disociación. Las experiencias traumáticas de la infancia ( peleas parentales, abuso físico por el padre o por la madre u otros traumas infantiles) de naturaleza no sexual estuvieron correlacionados con niveles incrementados de

síntomas e influyeron significativamente en el porcentaje de rango de varianza de 5.2 % (síntomas de trauma general) a 12.3 % (trastorno de estrés posttraumático). Aún después de controlar el trauma del abuso no sexual, el trauma sexual en la infancia continuó contribuyendo significativamente en los altos niveles de síntomas de los adultos. Los sujetos estudiados fueron 168 mujeres y 20 hombres. Las variables estudiadas incluían número de perpetradores, incesto, edad del primer abuso, si usaron la fuerza, y si hubo penetración. El abuso sexual como un todo, contribuyó significativamente a todas las medidas de los síntomas con el cambio más grande en la varianza que fue la disociación ( 20 % ). El género contribuyó a diferencias significativas solo para las disfunciones sexuales, en donde fue más grave en los hombres.

### **III.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

Existe la necesidad de un conocimiento más profundo sobre los efectos a largo plazo del abuso sexual en la Infancia o adolescencia. La alta frecuencia de pacientes con disfunciones sexuales que acuden a la consulta del servicio de Salud Mental de la UMF 22 del IMSS y al Centro de atención a la violencia intrafamiliar y sexual ( AVISE ), asociadas a otros síntomas psiquiátricos que ameritan intervenciones terapéuticas y que tienen como antecedente importante el haber sido víctimas de abuso sexual entre los 3 y los 17 años , permite hacer un estudio de las disfunciones sexuales asociadas al abuso sexual en la infancia o adolescencia que contribuya a normar los criterios sobre las secuelas del abuso sexual durante el desarrollo del individuo.

### **IV OBJETIVOS**

1) Determinar si el abuso sexual en la infancia o adolescencia se asocia con Disfunciones sexuales en la juventud o adultez.

2) Comparar la frecuencia y severidad de las Disfunciones Sexuales en un grupo de pacientes con abuso sexual en la infancia o adolescencia con otro sin el antecedente de abuso sexual .

## **V POBLACION EN ESTUDIO.**

Los pacientes fueron seleccionados del grupo de Violencia que acuden a recibir tratamiento en el servicio de Salud Mental de la UMF 22 del IMSS y de la Consulta Externa del Centro de atención a la violencia intrafamiliar y sexual ( AVISE). Se estudiaron a aquellos pacientes que cumplieron los criterios de inclusión.

Los Controles que sirvieron como grupo comparativo fueron pacientes que acudieron a recibir consulta de tipo general o acompañantes (del sexo femenino) de los pacientes que se encontraban en la Sala de Espera de la UMF 22 y que no presentaban en ese momento ninguna patología somática o psicológica.

## **VI MATERIAL Y METODOS.**

### **6.1 TIPO DE INVESTIGACION :**

Se realizó un estudio de Escrutinio, Comparativo, Retrospectivo y Transversal de Casos y Controles.

### **6.2 CRITERIOS DE INCLUSION DE CASOS.**

- a) Pacientes del sexo femenino que en la Historia Clínica tenían el antecedente de abuso sexual en la infancia o adolescencia.
- b) Edad : 18 a 50 años.
- c) Escolaridad mínima : 3o. de Primaria.

- d) Tratamiento en el Centro AVISE o en Salud Mental de la UFM 22.
- e) Aceptación a participar en el estudio.

#### **CRITERIOS DE EXCLUSION :**

- a) Pacientes sin el antecedente de Abuso Sexual en la Infancia o Adolescencia.
- b) Víctimas de Abuso Sexual en la edad adulta.
- c) Menores de 18 o mayores de 50 años.
- d) Pacientes con antecedente de abuso sexual en la infancia pero que rehusaran recibir tratamiento o contestar los cuestionarios.

#### **SELECCION DE CONTROLES.**

El grupo control fue seleccionado al entre las mujeres adultas que se encontraban en la sala de espera de la UMF 22, ya sea que estuvieran esperando consulta o acompañando a algún paciente, y que aceptaran contestar los cuestionarios autoaplicables que se les proporcionó.

### **6.3 VARIABLES E INSTRUMENTOS.**

Variables Dependientes : -

1.- Disfunción Sexual + o - .

2. - Antecedente de Abuso Sexual en la infancia o adolescencia + o - .

Variables Independientes :

Sexo ; edad ; Escolaridad ; Estrato Socioeconómico; ocupación, edad en la que ocurrió el abuso sexual, duración de los síntomas, relación con el agresor, duración del abuso, Depresión.

## INSTRUMENTOS DE MEDICION

Se utilizaron los cuestionarios autoaplicables : De la escala de valoración del funcionamiento sexual validada por Guzmán (10), el cuestionario utilizado en el Centro AVISE sobre datos del ASI y demográficos, el cual fue modificado para ser autoaplicable y abarcar el antecedente de Violación, y se elaboró historia clínica psiquiátrica del desarrollo psicosexual.

El cuestionario sobre funcionamiento sexual consta de 12 apartados cuyas respuestas son afirmativas o negativas, que exploran la existencia de trastornos en los cinco rubros que se encuentran en la clasificación del DSM IV (1). En una de las preguntas se explora el estado anímico de los últimos 6 meses, y las dos últimas preguntas investigan el antecedente de abuso sexual y de violación en la infancia (Anexo 1). El cuestionario que investiga el abuso sexual, abarca datos estadísticos que incluyen sexo, edad, edo. civil, ocupación, escolaridad tanto de la víctima como del agresor. Recaba los datos de las circunstancias en que ocurrió el suceso, esto en 20 preguntas cerradas y abiertas (Anexo 2). De los datos recabados en la historia del desarrollo psicosexual se exploró el desarrollo erótico, el desarrollo de la capacidad vinculatoria, el desarrollo de la identidad de género, y el desarrollo de la capacidad reproductiva en 20 preguntas que también permitieron corroborar la experiencia del ASI y obtener información de las alteraciones que se produjeron, si las hubo.



#### **6.4 PROCEDIMIENTO**

Se proporcionaron cuestionarios autoaplicables de funcionamiento sexual y de datos estadísticos sobre el abuso a todos los pacientes que tuvieron el antecedente en la infancia o adolescencia, que acuden a la consulta del Centro AVISE y de la UMF No. 22 del IMSS.

A los controles seleccionados también se les proporcionaron cuestionarios, tanto del funcionamiento sexual, como de datos demográficos, en formato que recolectara edad, escolaridad, ocupación y domicilio, quedando ambos grupos anónimos.

Los pacientes seleccionados para el estudio, fueron citados después individualmente, para recabar la historia del desarrollo psicosexual.

#### **VII METODOS DE EVALUACION Y ANALISIS ESTADISTICO.**

Para comparar la frecuencia de Disfunciones Sexuales entre los grupos, se usó la Prueba exacta de probabilidades de Fisher y se calculó  $\chi^2$  para comparar los grupos en lo referente a escolaridad y estado civil. Para obtener la media, varianza y desviación estandard, se utilizó la T de Student.

## VIII RESULTADOS

### a) DESCRIPCION DE VARIABLES DEMOGRAFICAS :

Se estudio un grupo de 22 pacientes con antecedente de abuso sexual en la infancia o adolescencia (ASI), el cual fue comparado con 22 controles sin abuso. Ambos grupos estuvieron formados por mujeres mayores de 18 años. La edad promedio para el grupo con ASI fue de 29.636 años con desviación estandar de 9.747 en un rango entre 18 -50 años. Se encontró que el 4.5 % había cursado la primaria incompleta (1 caso), el 13.6 % primaria completa (3 casos), 13.6 % secundaria (3), 27.2 % preparatoria o estudios técnicos (6), estudios profesionales incompletos 27.2% (6), estudios profesionales completos 13.6 % (3). El 59 % del grupo ASI eran solteras, 27.2 %, casadas, 9% divorciadas, y el 4.5 %, viven en unión libre.

El grupo control tuvo una edad promedio de 31.045 años con desviación estandar de 8.764 con rango de 20-49 años. La escolaridad que tuvieron : 22.7 % primaria completa, 27.2 % secundaria, 13.6 % preparatoria o estudios técnicos, 18 % estudios profesionales incompletos, y 18 % estudios profesionales completos. En cuanto al estado civil : el 13.6 % son solteras, 68 % casadas, 9% viven en unión libre, 4.5 % divorciadas y 4.5 % viudas.

No se encontraron diferencias en la escolaridad ( Chi 2= 4.0429 p=0.5453), en el estado civil (Chi 2 = 11.7738 p= 0.0194), ni en las edades ( varianza F= 1.237 P=0.622).

De los datos que se recabaron en relación al abuso, la edad promedio de la víctima al ocurrir el evento fue de 8.6 años con rango entre los 3-17. En el 72 % de los casos hubo tanto abuso como violación. Los casos en los que ocurrió solo una vez, fue el 27 %, comparado con el 72.8 % en que fueron múltiples ocasiones. Reportaron diferentes agresores el 18%.

Se obtuvieron algunos datos demográficos de 25 de los agresores. El 100% son del sexo masculino. En el 76 % de todos los casos el agresor fue un conocido. El 24 % fue el padre, 16 % el tío, 8 % hermano, 8 % amigo de la familia, 8% el cuñado, empleado del padre 4 %, 8 % primo y 24 % fue un desconocido.

El rango de edades estuvo entre 18 y 50 años, con promedio de 32 años. El 36 % eran casados, el 24 % solteros, el 4 % divorciados. Se ignoró el estado civil en el 36 % de los agresores. En relación a la escolaridad el 28% primaria, 24% secundaria, 20% preparatoria, 4% profesional, 8 % sabía solo leer y escribir. Se ignoraba la escolaridad del 16%.

## b) DESCRIPCION DE LAS VARIABLES DEPENDIENTES

Las disfunciones sexuales que presentaron las pacientes

	Con abuso	Sin abuso
1.- Alteraciones del deseo sexual	: 81.8 %	31.8 %
2.- Trastorno de evitación	: 77.2 %	4.5 %
3.- Trastornos de la excitación	: 63.6 %	18 %
4.- Trastorno por dolor	: 45 %	9 %
5.- Trastorno del orgasmo	: 36.3 %	9 %

Ver Gráfica 1.

De las mujeres del grupo control la mitad de los casos que presentaron dolor, este se encontraba asociado a infecciones de vías urinarias bajas con disuria

Se comparó la frecuencia de las disfunciones sexuales entre los grupos utilizando la prueba de Fisher la cual mostró diferencias significativas en cada uno de los trastornos agrupados. (Tabla 1).

## IX DISCUSION

Los resultados del presente estudio revelan una mayor frecuencia de disfunciones sexuales en las mujeres que tuvieron el antecedente de abuso sexual en la infancia, lo que coincide con la mayor parte de los estudios publicados en la literatura que exploraron la prevalencia de cada una de estas disfunciones. (2, 4, 8, 12 y 15).

El cuestionario aplicado exploró además, en una de las preguntas el afecto, encontrando mayor nivel de afecto depresivo (81.8%) en el grupo con ASI .

De las disfunciones sexuales, los diagnósticos más frecuentes en ambos grupos fueron los trastornos del deseo. Se exploró tanto el deseo hipoactivo, como el inhibido. Se encontró que el grupo con ASI mostraba la coexistencia de ambos trastornos comprobado por la ausencia de fantasías sexuales en el 66% de las 18 pacientes que presentaron esta alteración, en contraste con el 27% del grupo control que solo manifestó disminución del deseo sexual.

El diagnóstico que tuvo el segundo lugar en frecuencia del grupo con ASI, fue el trastorno de evitación (77% vs. 4.5% del grupo sin abuso). Coincide con el alto porcentaje de solteras 59%; ( en el grupo sin abuso fue de 13%), lo que pudiera estar correlacionado entre sí .

De los datos que se obtuvieron en la historia del desarrollo psicosexual, las consecuencias del abuso fueron más traumáticas en relación con las fases del desarrollo en las que ocurrió el evento; la relación con el agresor; el tiempo que duró ; la frecuencia, si hubo penetración o violencia.

Las alteraciones que se manifestaron en el desarrollo psicosexual fueron más evidentes en los casos de incesto, y mas graves cuando el agresor fue el padre. Las principales : del desarrollo del erotismo ( desde la negación de cualquier actividad autoerótica, por presentar sensaciones de extrañeza con respecto al cuerpo hasta conductas de hipersexualidad en la adolescencia) ; alteraciones de la capacidad vinculatoria ( aislamiento en el 50% de los casos) ; de la identidad sexual ( el 49 % tuvieron la fantasía de haber sido hombres ; conductas masculinas en juegos de violencia física 4.5%, en la forma de vestirse 9%, desviación de las preferencias sexuales 9% manifestadas en las fantasías masturbatorias).

Aún en los casos en que el abuso no fue perpetrado por familiar, ni duró mucho tiempo, ni fue frecuente, sin haberse usado la violencia y sin penetración, si no hubo apoyo materno ni familiar, se presentaron alteraciones de la capacidad vinculatoria, sensaciones de extrañeza, y baja autoestima en la adolescencia que más tarde se reflejaron en alteraciones de la capacidad orgásmica y afecto depresivo .

## X CONCLUSIONES

Las experiencias de abuso sexual en la infancia son frecuentes. Se debe pensar en ellas y explorarlas como rutina en los niños que presentan depresión, conductas de hipersexualidad y baja del rendimiento escolar súbito. En los casos detectados, es importante proteger al niño y trabajar con la familia. Es deseable hacer un seguimiento longitudinal de los casos ya que se necesitan realizar mas trabajos prospectivos en los niños con abuso sexual y compararlos con controles para determinar el curso de los efectos iniciales y a largo plazo.

ESTA TESIS NO DEBE  
DE LA BIBLIOTECA

## XI BIBLIOGRAFIA

- 1) American Psychiatric Association Washington D.C. (1994) . *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. DSM IV. 493-513. 682.
- 2) Beitchman, Zucker, Kenneth, Hood, Da Costa Granville. *A review of the long term effects of child sexual abuse*. *Child-Abuse & Neglect*; 1992, Vol 16(1) 101-118.
- 3) De La Garza A. Javier, Esteban J.Ramón, Diaz M.Enrique, Rivera A. Raquel, Morales S. Silvia. Abuso Sexual a Menores. Estudio de Casos atendidos por el Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar. (AVISE) . Trabajo presentado en el Congreso de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia. Puebla, México, 1994.
- 4) Feinauer, Leslie L.. *Sexual Dysfunction in women sexually abused as children*. *Contemp. fam. therap.An-Intern.-J.*; 1989 , Vol 11 (4) 299-309
- 5) Fromuth M. Ellen. *The relationship of Childhood Sexual Abuse with later Psychological and Sexual adjustment in a sample of College woman*. *Child Abuse & Neglect 1986 Vol. 10 p 5-15*.
- 6) Green Arthur. *Child and Abuse incest*. *Child and Adolescence Psychiatry* Mervin Lewis New Haven, Connecticut, EUA, Ed. 1991 . 1019-1029.
- 7) Greenwald, Leitenberg, Cado,Tarran. *Child sexual abuse : Long term effects on Psychological and sexual functioning in a non-clinical and non student sample of adult women*. *Child-abuse-Neglect*; 1990 Vol 14(4) 503-513.
- 8) Gold Erica. *Long Term effects of Sexual Victimization in Childhood : An Attributional approach*. *J. of Consult. and Clin. Psych.* 1986, Vol.54, No. 4.
- 9) Gonzalez Gerardo,Azaola Elena, Duarte Patricia, Lemus Juan Ramón. El maltrato y el abuso sexual a menores: una aproximación a estos fenómenos en México. México D.F. 1993. UAM, UNICEF, COVAC. 43-56.
- 10) Guzman José Luis. Diseño y Prueba de un Instrumento Autoplicable de Tamizaje para detectar Disfunciones Sexuales en la población. México D.F., 1993. Tesis de Psiquiatría. UNAM.
- 11) Herman J., Russel D., Trocki K.. *Long-Term effects of incestuous abuse in Childhood*. *Am. J. Psychiatry* 1986, 143 : 1293-1296.

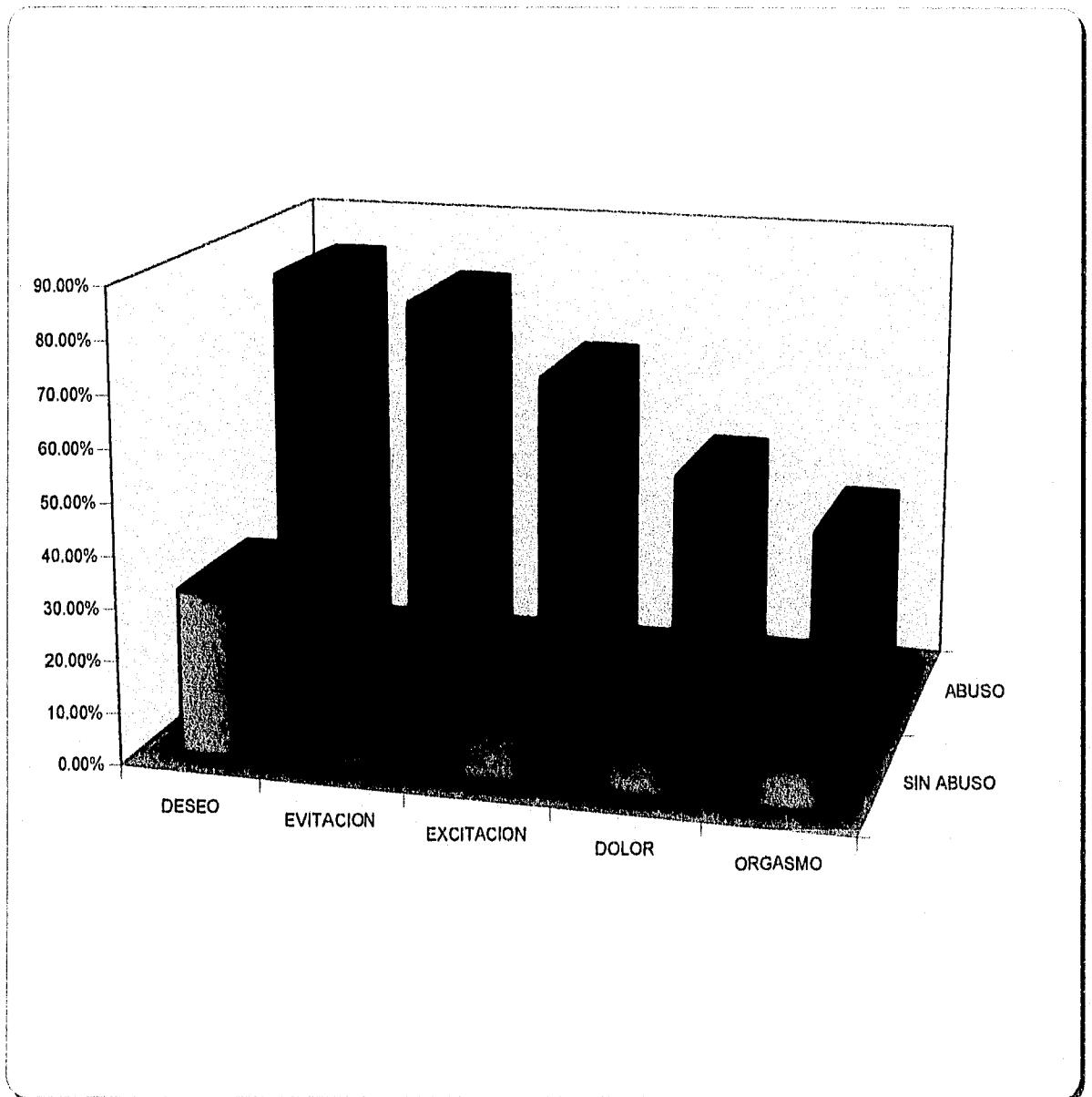
- 12) Jehu Derek; *Sexual dysfunction among woman clients who were sexually abused in childhood. Behav.-Psychoterapy*; 1989 Jan Vol 17(1) 53-70.
- 13) Kendall-Tackett, Meyer Williams, David Finkelhor. *Impact of -sexual abuse on - children: a review and synthesis of recent empirical studies. Psychol. Bull.* 1993. Vol 113.No.1. 164-180.
- 14) Pierce R.PhD. *The Sexually Abused Child : A Comparision of Male and Female Victims. Child Abuse and Neglect*,1985 Vol. 9. ,191-199.
- 15) Roesler Thomas, McKenzie R. *Effects of Childhood Trauma on Psychological Functioning in Adults Sexually Abused as Children. J. Nerv. Ment. Disease.* 1994, Vol. 182, No. 3 . 145-150.
- 16) Rubio Eusebio. *Antología de la Sexualidad Humana. Ed.. CONAPO, México, 1994. Vol. 1 , 27-38.*
- 17) Rutter Michael. *Fundamentos Científicos de Psiquiatría del Desarrollo. De. Salvat Barcelona, España, 1985 ; 347-352.*
- 18) Yates Alayne. *Child Sexual Abuse. Child and Adolescent Psychiatry.* Jerry M. Wiener Washington D.C. , EUA, 1991. 486-494
- 19) Yates Alayne. *Childhood Sexuality. Child and Adolescent Psychiatry.* Mervin Lewis New Haven, Connecticut , EUA, 1991.195-197.



**TABLA 1**  
**DISFUNCIONES SEXUALES**

	TRASTORNOS SEXUALES		PRUEBA EXACTA DE FISHER
	ABUSO	SIN ABUSO	
DESEO	18	7	0.0009
EVITACION	17	1	0.00001
EXCITACION	14	4	0.0023
DOLOR	10	2	0.0071
ORGASMO	8	2	0.0298

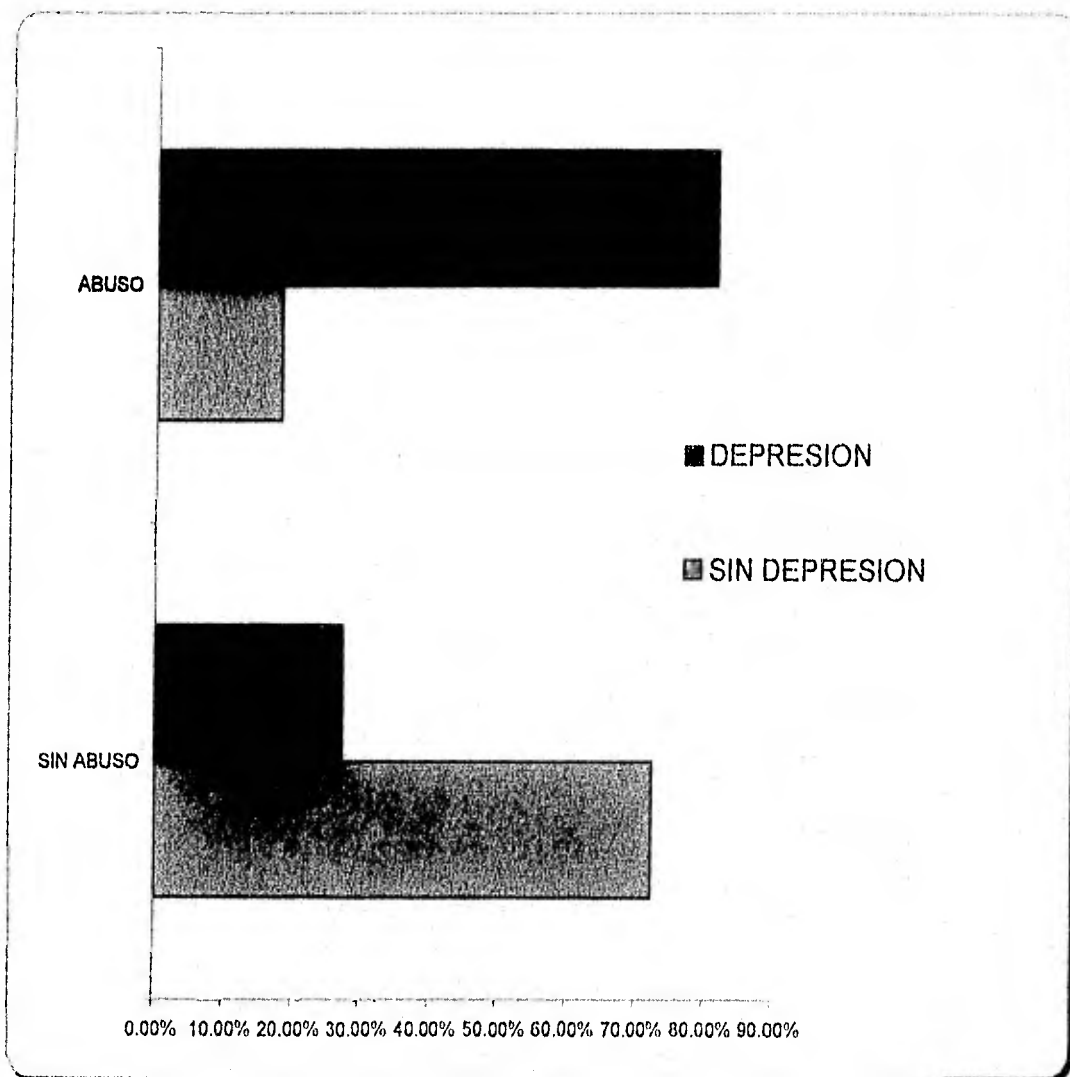
**GRAFICA 1**



**TABLA 2**  
**FRECUENCIA DE AFECTO DEPRESIVO**

	SIN ABUSO	ABUSO
SIN DEPRESION	72.73%	18.18%
DEPRESION	27.27%	81.82%

**GRAFICA 2**



## HOJA DE INFORMACION ESTADISTICA

INSTRUCCIONES: ESTA INFORMACION SOLO TIENE FINES ESTADISTICOS, POR LO QUE NO REQUIERE ESCRIBIR SU NOMBRE. ANOTAR UNA CRUZ EN LA RESPUESTA QUE CORRESPONDA Y CON LETRA CLARA, EN DONDE TENGA NECESIDAD DE ESPECIFICAR EL DATO QUE SE SOLICITA.

### I. DATOS DE LA VICTIMA.

SEXO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ OCUPACION \_\_\_\_\_

LUGAR DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_

DELEGACION: \_\_\_\_\_

VIVE CON:

PADRES            MADRE O PADRE            FAMILIARES

OTRO: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL:            SOLTERA            CASADA            DIVORCIADA            UNION LIBRE

VIUDA

ESCOLARIDAD:

LEE/ESCRIBE    PRIM.            SEC.            NIVEL MEDIO            NIVEL SUP.

\_ INGRESOS MENSUALES EN SALARIOS MINIMOS (EN CASO DE QUE TRABAJE).

MENOS DE 1 \_\_\_\_\_ DE 1 A 2 \_\_\_\_\_ DE 2 A 3 \_\_\_\_\_ MAS DE 3

DEPENDIENTE ECONOMICO: \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

### II. DATOS DEL ABUSADOR.

CONOCIDO            DESCONOCIDO            SEXO:    F. M.

EDAD APROX. \_\_\_\_\_ OCUPACION: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL:

SOLTERO (A)    CASADO (A)    DIVORCIADO (A)            U. LIBRE  
VIUDO (A)            LO IGNORA.

ESCOLARIDAD:

PRE. ESC.    PRIM.            SEC.            NIVEL MEDIO            NIVEL SUP.  
NINGUNA            SABE LEER    SABE ESCRIBIR-

RELACION VICTIMA/ABUSADOR

PADRE PADRASTRO MADRE HERMANO A) HIJO A)  
AMIGO (A) NOVIO (A) VECINO (A) TIO (A) PRIMO (A)  
COM. TRABAJO COMP. ESCUELA MAESTRO (A)

OTRO: \_\_\_\_\_ -

### III. DATOS DEL SUCESO.

OCURRIO A LA EDAD DE: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

FRECUENCIA:

I VEZ \_\_\_\_\_ 2 o MAS \_\_\_\_\_

LUGAR DE LOS HECHOS:

DOM. VICTIMA DOM. ABUSADOR VIA PUBLICA HOTEL  
PARQUE INMUEBLE DESHABITADO TRABAJO BALDIO  
ESCUELA LUGAR DE TRABAJO VICTIMA LUGAR DE TRABAJO ABUSADOR  
A BORDO VEHICULO

TIPO \_\_\_\_\_ ESPECIFIQUE \_\_\_\_\_ LO IGNORA \_\_\_\_\_

### IV. RELACION DE LOS HECHOS.

1. ¿BAJO QUE CIRCUNSTANCIAS SE DIO EL ABUSO?

AMENAZAS ENGAÑO MANIPULACION SOBORNO MALTRATO FISICO  
HOSTIGAMIENTO BAJO EFECTOS DE FARMACOS ESPECIFIQUE

2. ¿EL ADULTO PASEO DESNUDO FRENTE A USTED? SI NO

3- ¿EL ADULTO LE MOSTRO SUS GENITALES PARA QUE  
USTED LOS TOCARA? SI NO

4. ¿EL ADULTO LE TOCO EN FORMA PROLONGADA E INTIMA? SI NO

5. ¿EL ADULTO LE BESO ? SI NO

6. ¿EN QUE ZONAS LE ACARICIO EL ADULTO ?  
SENOS GENITALES OTRAS: \_\_\_\_\_

7- ¿SE MASTURBABA EL ADULTO FRENTE A USTED ? SI NO

8. ¿LE MASTURBO EL ADULTO ? SI NO
9. ¿LE PEDIA QUE LO MASTURBARA? SI NO
10. ¿LE COLOCABA SU BOCA Y LENGUA EN SUS GENITALES? SI NO
11. ¿LE INTRODUJO EL DEDO U OTRO OBJETO EN SU ANO? SI NO
12. ¿LE INTRODUJO EL PENE EN SU ANO? SI NO
13. ¿LE INTRODUJO EL DEDO U OTRO OBJETO EN SU VAGINA? SI NO
14. ¿LE INTRODUJO EL PENE EN SU VAGINA? SI NO
15. ¿QUE HIZO USTED DESPUES DE LO OCURRIDO?

---

---

---

---

16. ¿RECIBIO ATENCION MEDICA? SI NO
17. ¿HA RECIBIDO ANTERIORMENTE ATENCION PSICOLOGICA? SI NO
18. ¿DIERON PARTE A LAS AUTORIDADES? SI NO

19. EN CASO DE SER NEGATIVA LA RESPUESTA ANTERIOR, EXPLIQUE POR QUE:

---

---

---

---

---

20. ¿ CUAL FUE LA ACTITUD DE SUS PADRES AL ENTERARSE DEL HECHO?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---