

11241

42

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA, PSICOLOGÍA Y SALUD MENTAL

**ASOCIACIÓN DE LA DEPRESIÓN CON FACTORES
SOCIODEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS EN NIÑOS VÍCTIMAS DE
ABUSO SEXUAL**

TESIS

Que para obtener el Título de Especialista en Psiquiatría
Presenta:

Dra. María Eugenia Torres Castillo

Colaboradores:

Dra. Ana Luisa Martínez Ortiz

Jefe del servicio de la clínica de PAINAVAS

CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA
DEPTO. DE PSICOLOGÍA MÉDICA,
PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

Co. Dr.
Alejandro Díaz Martínez
DR. ALEJANDRO DÍAZ MARTÍNEZ

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Asesor Teórico:
Dr. Jesús del Bosque Garza

Asesor Metodológico:
Dr. Francisco Franco López Salazar

2002

Febrero 2001, México, D.F.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

INDICE

	Páginas
1.- Introducción.....	1
2.- Marco Teórico.....	2
3.- Justificación.....	9
4.- Objetivos.....	9
5.- Hipótesis.....	10
6.- Material y Método.....	10
7.- Resultados.....	13
8.- Discusión.....	20
9.- Conclusión.....	23
10.-Bibliografía.....	25

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcionado

NOMBRE: Dra María Eugenia Torres Castillo

FECHA: 28 / Septiembre / 02

FIRMA: 

INTRODUCCION

La Paidopsiquiatría hasta fines del siglo XIX no contaba con una psicopatología que propusiera teorías adecuadas para explicar los síntomas de trastorno mental en los niños y aún estaba muy lejos de poder establecer una hipótesis acerca del desarrollo del niño . A partir del cuarto Congreso de la Unión Europea de Paidopsiquiatras, celebrado en 1970, quedó consignado ya como entidad nosológica el trastorno depresivo . Múltiples análisis sugieren que la depresión se presenta como consecuencia directa de abuso sexual en niños Desde este punto de vista es conveniente tomar en cuenta que tanto los niños como los adolescentes podrían estar en riesgo de desarrollar episodios depresivos. (1,2)

Los reportes sobre la incidencia de abuso sexual se han incrementado en las últimas décadas, así como la severidad de la comorbilidad asociada con el mismo. Se ha observado que los niños con historia de abuso sexual tienden a desarrollar con mayor frecuencia trastornos depresivos, trastorno de estrés postraumático, agresión, sexualidad inapropiada, ansiedad y disturbios en los procesos cognitivos. Es conveniente considerar que estos niños pueden presentar depresión en forma enmascarada y pasar inadvertida por maestros, padres, incluso en terapeutas, quienes en algún momento pueden estar ante un caso de depresión infantil. Morrow y Sorell, referidos por Brand en su artículo publicado en 1996, observaron que las niñas entre 8 y 12 años que experimentaron incesto presentaron síntomas depresivos, conductas negativas e intentos suicidas. Bayatpoult y cols. en el mismo artículo, demuestran que las niñas y adolescentes embarazadas como consecuencia de abuso sexual presentan depresión mayor y un alto riesgo de suicidio.(4)

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Durante las décadas pasadas, el estudio de depresión en niños y adolescentes, se convirtió en el campo de acción de numerosos investigadores (psiquiatras, psicólogos y trabajadores de la salud mental). La presencia de depresión en niños y adolescentes continúa siendo un tema de debate.(5)

MARCO TEORICO

Blumberg, Azuyo y cols. han observado que el trastorno depresivo es común en niños con historia de abuso sexual, quienes en la mayoría de los casos presentan depresión enmascarada la cual se manifiesta con problemas conductuales. Ante la dificultad infantil para expresar sus preocupaciones pueden aparecer enuresis, fobias, pesadillas y ansiedad, aunque también pueden observarse cambios en los patrones de alimentación y sueño. Muchas veces los intentos suicidas se confunden con accidentes o descuidos propios de los niños y tan solo se interpreta como una llamada de atención o una petición de ayuda (3,5,8).

Los estudios en niños diagnosticados con depresión, los síntomas considerados como depresión enmascarada incluyeron: agresividad notable, comportamiento incontrolable o indeseable en la comunidad, la casa o escuela, problemas de atención y conductuales. La depresión en estos niños es relativa para desarrollar un incremento de emociones negativas, hostilidad y agresión, así como alteraciones cognitivas, en lugar de presentar inhibición como lo presentan los adultos (4-7).

Los niños deprimidos víctimas de abuso sexual, experimentan sentimientos de inferioridad, infelicidad o baja autoestima en relación a los niños de la población que no presentan abuso sexual, es frecuente que manifiesten ansiedad.



Durante las décadas pasadas, el estudio de depresión en niños y adolescentes, se convirtió en el campo de acción de numerosos investigadores (psiquiatras, psicólogos y trabajadores de la salud mental). La presencia de depresión en niños y adolescentes continúa siendo un tema de debate.(5)

MARCO TEORICO

Blumberg, Azuyo y cols. han observado que el trastorno depresivo es común en niños con historia de abuso sexual, quienes en la mayoría de los casos presentan depresión enmascarada la cual se manifiesta con problemas conductuales. Ante la dificultad infantil para expresar sus preocupaciones pueden aparecer enuresis, fobias, pesadillas y ansiedad, aunque también pueden observarse cambios en los patrones de alimentación y sueño. Muchas veces los intentos suicidas se confunden con accidentes o descuidos propios de los niños y tan solo se interpreta como una llamada de atención o una petición de ayuda (3,5,8).

Los estudios en niños diagnosticados con depresión, los síntomas considerados como depresión enmascarada incluyeron: agresividad notable, comportamiento incontrolable o indeseable en la comunidad, la casa o escuela, problemas de atención y conductuales. La depresión en estos niños es relativa para desarrollar un incremento de emociones negativas, hostilidad y agresión, así como alteraciones cognitivas, en lugar de presentar inhibición como lo presentan los adultos (4-7).

Los niños deprimidos víctimas de abuso sexual, experimentan sentimientos de inferioridad, infelicidad o baja autoestima en relación a los niños de la población que no presentan abuso sexual, es frecuente que manifiesten ansiedad.



tensión crónica, problemas sexuales y tendencia a ser revictimizados (4,10).

En cuanto a la influencia del medio ambiente familiar, Contreras observó que Billings y cols. en 1983, hicieron comparaciones entre los hijos de padres con antecedentes de abuso sexual y depresión, con un grupo de padres sin trastorno afectivo. En general la presencia de padres con trastorno afectivo y abuso sexual representaban un factor de riesgo que incrementaba la vulnerabilidad de los niños para presentar algún tipo de psicopatología (4).

La depresión en etapas tempranas de la vida aparece de modo frecuente sin predominio ligado al sexo; los riesgos importantes son el suicidio y las conductas antisociales, y sus síntomas corresponden a la depresión enmascarada (4)

La historia de abuso sexual se considera como factor de riesgo para desarrollar problemas emocionales e incluso suicidio, ansiedad, abuso de sustancias y conducta antisocial (9).

Estudios realizados han demostrado que las familias disfuncionales en las cuales hay antecedentes de "incesto", existe cierta evidencia de que no solo se puede dar una relación abusiva que continúe por muchos años, sino que además pueda ser transmitida en el proceso de socialización de una generación a otra dentro de la misma familia. Una experiencia es tan incestuosa como victimizante cuando el perpetrador es mucho mayor que la víctima. (9,10,11).

Los factores de riesgo para abuso sexual en niños son, sociodemográficos como el medio ambiente en el cual se desarrolla el niño, tipo de familia, principalmente familias disfuncionales, desintegradas, reconstruidas, en las que existen abuso de sustancias y violencia intrafamiliar, así como roles no bien definidos dentro del ambiente familiar (14,20).

Investigaciones sobre agresores sexuales han demostrado que las personas

que abusan sexualmente de los niños son con frecuencia amigos y miembros de la familia. Es común que el abuso sexual se presente para un niño, a temprana edad y que continúen ocurriendo ya sea con frecuencia o a intervalos dentro de un período de tiempo de 5 a 10 años sin que sean descubiertos estos (19,20).

Los niños que sufren abuso sexual son en su mayoría pequeños y dóciles, por lo mismo se pueden obtener los mismos resultados sin el uso de la violencia, basta la autoridad y el poder de persuasión que un adulto sostiene para que por lo general se establezca el contacto sexual. El acto sexual que ocurre en estos niños generalmente no es un coito, si no mas bien tocamiento de genitales, masturbación y exhibicionismo (12,14,16,18).

Las víctimas de abuso sexual son tanto hombres como mujeres a pesar de que los investigadores han encontrado mayor prevalencia en niñas que en niños, hoy se sabe que la incidencia se está igualando en ambos sexos aún cuando los datos no son fidedignos porque la mayoría de los casos de abuso sexual infantil no son revelados, debido a los sentimientos de culpa de la víctima, su vergüenza, ignorancia y tolerancia unidas a la resistencia de algunos médicos a reconocer y comunicar el abuso sexual, esto conduce a que el niño presente problemas de tipo afectivo los cuales pasan inadvertidos. En el 80% de los casos de abuso sexual infantil, el agresor es alguien conocido del niño. El padrastro y los familiares resultan responsables de más del 50% de los casos de abuso sexual conocidos (13,14).

En la ciudad de México, hay un promedio mensual de 300 delitos denunciados, 50% de los cuales se cometen en menores de edad. El delito mas común es el abuso sexual, seguido de la violación, la tentativa de violación y el estupro. (32)

La falta de uniformidad entre los investigadores en la definición de abuso

sexual ha permitido ampliar discrepancias en la prevalencia. Kaplan menciona que Becker y Duncan en 1985, entrevistaron una muestra de 2000 hombres y mujeres, encontrando que el 12% de mujeres y el 8% de hombres reportaron haber tenido abuso sexual antes de los 16 años de edad, principalmente por un miembro de la familia. Russell en 1984, examinó una muestra mayor a 900 mujeres, encontró que el 28% había tenido abuso sexual antes de los 13 años de edad y el 38% antes de los 17 años de edad, solo el 2% presentaron incesto y el 6% fueron agresores extrafamiliares. La forma más común de incesto fué padre-hija, aunque hay aumento del reconocimiento del abuso sexual de niños y de abuso sexual por mujeres (25).

Los niños con abuso sexual presentan comorbilidad secundaria al abuso, en niños es frecuente encontrar problemas de externalización, a diferencia de las niñas quienes presentan problemas de internalización, por lo tanto se ha encontrado que las niñas presentan mayor probabilidad de desarrollar problemas afectivos (8).

Nadia Gardnefski y Cols. en 1997, determinan la comorbilidad asociado a abuso sexual infantil encontrando que el 54% se asocia a depresión mayor y el 21% a distimia. También encontró que los problemas emocionales fueron más frecuentes en niñas, seguido de ideación e intento suicida, a diferencia de los niños quienes presentan problemas de conducta y abuso de sustancias (5,8).

Las características demográficas asociados a abuso sexual infantil son: más frecuentes en el sexo femenino que en el masculino, en la raza caucásica que en la afro-americana, la mayoría fueron víctimas de familiares del sexo masculino, fue más frecuente en niños que vivían únicamente con la madre biológica, la mayoría presentó múltiples formas de abuso sexual (vaginal, anal, orogenital, etc.), estos niños presentaron un episodio de abuso sexual el cual correspondió a

un 47%, seguido de 2 a 5 episodios de abuso que correspondió al 33%, la identidad del perpetrador correspondió al padre biológico en un 9%, otros familiares 40% y múltiples 16%.(7).

En 1996 se demostró a través de varios estudios que el abuso sexual infantil está relacionado con depresión mayor en un 53.8% seguido del trastorno de estrés postraumático (9,17).

Las conductas de los niños que se sabe han sufrido abuso sexual pueden incluir: interés excesivo o evitación de todo lo que se refiere al sexo, problemas del sueño, depresión, irritabilidad, aislamiento de amigos y familiares, actitud seductoras, comentarios de que sus cuerpos están sucios o dañados, o miedo de que haya algo equivocado dentro de ellos o en el área genital, rehusarse a ir a la escuela, tendencia a tener secretos, datos de ofensas sexuales en dibujos, juegos y fantasías, conducta suicida, y otros cambios conductuales graves. (33)

Existen diversos criterios diagnósticos para el trastorno depresivo mayor. El primero corresponde a los criterios diagnósticos de Feighner, quien los agrupa en áreas, que hablan sobre las variaciones en el estado de ánimo, ya sea disfórico, deprimido, desanimado, pesimista e irritable, siendo indispensable presentar esta condición para hablar de depresión. Condición que se encuentra de la misma manera en la primera área de los criterios de Spitzer, y en el DSM-III-R el cual, además señala lo correspondiente a la pérdida de interés o de capacidad de placer e indica el período de las dos semanas. Es interesante recalcar que tanto Feighner, Spitzer como el DSM-III-R marcan un mínimo de 5 criterios a presentar, dentro de un conjunto de síntomas que son 8 para los primeros y 9 para el tercero (2,15).

Blumberg y Azuyo, consideran que algunos trastornos de conducta pueden ser equivalentes a depresión enmascarada. Ante la dificultad infantil para

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

expresar sus preocupaciones pueden aparecer enuresis, fobias, pesadillas y ansiedad, aunque también suele observarse cambios en los patrones de alimentación y sueño (3).

En el DSM-III-R Pichot, al enlistar los síntomas de la alteración depresiva mayor distingue entre un estado deprimido para los adultos y un estado de ánimo irritable para niños o adolescentes. Se menciona que aunque en esencia los síntomas de la depresión son similares entre niños, adolescentes y adultos, hay diferencias en cuanto a los síntomas asociados. En los niños de edad prepuberal son frecuentes las quejas somáticas, agitación psicomotora y las alucinaciones auditivas, congruentes con el estado de ánimo. En los niños son comunes los trastornos por ansiedad, angustia de separación, ansiedad generalizada y las fobias. En los adolescentes deprimidos puede encontrarse conducta antisocial, propensión al consumo de alcohol o drogas, deseo de marcharse de casa, sentimientos de no ser comprendidos o aprobados, inquietud, mal humor, agresividad, resentimiento y poca cooperación en actividades familiares y escolares (21,22,25).

Kashani en 1989 observa que los niños deprimidos pueden manifestar cansancio, no prestar importancia a las amenazas de daño físico, agitación o hiperactividad al estar triste, irritabilidad, desagrado por salir a jugar, carecer de energía, sentirse muy aburrido y tener pensamientos confusos o poco claros con respecto al futuro, otros niños presentan desesperanza, baja autoestima e ideas suicidas (4,26).

Criterios diagnósticos del DSM-IV para Depresión Mayor

- A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.
- 1.Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
 - 2.Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día.
 - 3.Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.
 - 4.Insomnia o hipersomnia casi cada día.
 - 5.Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día.
 - 6.Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
 - 7.Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados casi cada día.
 - 8.Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día.
 - 9.Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.
- B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
- C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica.
- E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo, los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.(24).

JUSTIFICACION

El Trastorno Depresivo es común en niños con historia de abuso sexual, quienes en la mayoría de los casos presentan depresión enmascarada, la cual se manifiesta con problemas conductuales (8,9).

Consideramos importante conocer la frecuencia de depresión, así como los factores sociodemográficos que pudieran estar relacionados con la misma en niños víctimas de abuso sexual.

Existen instrumentos que han demostrado ser útiles para captar los aspectos más relevantes de alteraciones afectivas relacionadas con la depresión, como es la aplicación de la entrevista semiestructurada de K-SADS-PL. (29,30)

OBJETIVOS

Objetivo General

- Describir la asociación entre factores demográficos y clínicos para que los niños víctimas de abuso sexual desarrollen depresión.

Objetivos Específicos

- 1.- Describir la asociación de factores sociodemográficos en la presencia de depresión en niños víctimas de abuso sexual.
- 2.- Describir la asociación de factores clínicos en la presencia de depresión en niños víctimas de abuso sexual.

JUSTIFICACION

El Trastorno Depresivo es común en niños con historia de abuso sexual, quienes en la mayoría de los casos presentan depresión enmascarada, la cual se manifiesta con problemas conductuales (8,9).

Consideramos importante conocer la frecuencia de depresión, así como los factores sociodemográficos que pudieran estar relacionados con la misma en niños víctimas de abuso sexual.

Existen instrumentos que han demostrado ser útiles para captar los aspectos más relevantes de alteraciones afectivas relacionadas con la depresión, como es la aplicación de la entrevista semiestructurada de K-SADS-PL. (29,30)

OBJETIVOS

Objetivo General

- Describir la asociación entre factores demográficos y clínicos para que los niños víctimas de abuso sexual desarrollen depresión.

Objetivos Específicos

- 1.- Describir la asociación de factores sociodemográficos en la presencia de depresión en niños víctimas de abuso sexual.
- 2.- Describir la asociación de factores clínicos en la presencia de depresión en niños víctimas de abuso sexual.

HIPOTESIS

Existen factores sociodemográficos y clínicos que influyen en la presencia de depresión en niños víctimas de abuso sexual.

MATERIAL Y METODOS

A) Diseño

Se realizó un estudio de escrutinio transversal, retrolectivo.

B) Sujetos

Se entrevistarán a niños entre 4 y 12 años de edad, con el diagnóstico de abuso sexual, tratados en la clínica de PAINAVAS (Programa de Atención Integral a Niños y Adolescentes Víctimas de Abuso Sexual) del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" de la SSA en México, D.F. .

C) Criterios de Inclusión

Se incluyeron a niños de 4 a 12 años de edad, ambos sexos, con el diagnóstico de abuso sexual que acudieran a consulta en la clínica de PAINAVAS y participación voluntaria bajo el consentimiento de los padres

HIPOTESIS

Existen factores sociodemográficos y clínicos que influyen en la presencia de depresión en niños víctimas de abuso sexual.

MATERIAL Y METODOS

A) Diseño

Se realizó un estudio de escrutinio transversal, retrolectivo.

B) Sujetos

Se entrevistarán a niños entre 4 y 12 años de edad, con el diagnóstico de abuso sexual, tratados en la clínica de PAINAVAS (Programa de Atención Integral a Niños y Adolescentes Víctimas de Abuso Sexual) del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" de la SSA en México, D.F. .

C) Criterios de Inclusión

Se incluyeron a niños de 4 a 12 años de edad, ambos sexos, con el diagnóstico de abuso sexual que acudieran a consulta en la clínica de PAINAVAS y participación voluntaria bajo el consentimiento de los padres

Material

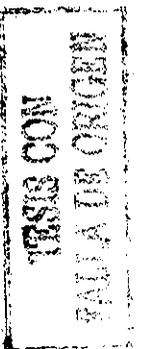
Se aplicó un índice clinimétrico: El K-SADS-PL versión México para Trastornos Afectivos, la cual es una entrevista semiestructurada que tiene confiabilidad y validez en el diagnóstico psiquiátrico en niños.

El K-SADS PL es un inventario de intervención integral entre el familiar y el niño. El diagnóstico se realiza por una síntesis de datos obtenidos por reportes observables del familiar y reportes de experiencias subjetivas del niño, obteniendo de esta manera información por ambos informantes incluyendo al niño en la colección de datos para detectar psicopatología del mismo (27).

Los resultados iniciales de las características psicométricas del K-SADS PL son bastante prometedoras. La confiabilidad del estudio de Joan Kaufman y cols. 1997, fue excelente y comparable con los reportes hechos por otros investigadores, quienes usaron entrevistas estructuradas y semiestructuradas para el diagnóstico infantil (Herjanic, Reich ,1982; Shaffer y cols.,1993). De acuerdo con los resultados de la entrevista diagnóstica inicial se determinará la necesidad de utilizar el suplemento para llegar al diagnóstico más preciso (28).

Es una entrevista introductoria no estructurada la cual consta de una parte inicial y cinco suplementos diagnósticos, se realiza con el padre y el niño o adolescente, aplicándola el mismo entrevistador, con ambos informantes. Los datos obtenidos se sintetizan para derivar el diagnóstico mejor estimado. Cuando se realiza la entrevista a niños, esta se realiza primero al padre y luego al niño; en el caso del adolescente, primero se realiza al adolescente y luego al padre. Primero se realizan ambos tamizajes, padre-niño, adolescente-padre luego los suplementos (1,2).

En la codificación de trastornos actuales, los síntomas deben de ser



evaluados en el período en el que se presentaron una mayor severidad en el episodio. En el caso de que el síntoma se haya resuelto, se registra en los márgenes el momento en que esto ocurrió; se señala al final de cada síntoma la duración del mismo. En la codificación de trastornos que hayan sido tratados de forma efectiva con medicamentos, se utilizan las puntuaciones para describir la mayor intensidad de los síntomas experimentados antes del inicio del tratamiento farmacológico o durante el período en el que no se tomó medicamento alguno, se anota en los márgenes los síntomas que hayan sido tratados con efectividad por medio de tratamiento farmacológico (29).

Para que un episodio pueda ser considerado como “resuelto o pasado”, el niño debió haber cursado un mínimo de dos meses sin la presencia de síntomas asociados con el trastorno. En algunos padecimientos la presencia de síntomas en el episodio actual cubre los últimos 6 meses. Los episodios codificados en la sección de trastornos pasados debe representar el episodio pasado mas severo experimentado de este trastorno.

Cuando el síntoma se manifieste “en continuo”, cuando refieran, “siempre, toda la vida muy irritable, sin cambios”, codifica uno igual en episodio actual y en pasado.

Para los niños con antecedentes de trastornos recurrentes o episódicos, se recomienda que se realice una línea de tiempo para registrar el curso del trastorno y poder facilitar la calificación de los síntomas asociados con cada episodio del trastorno. Fácil si se relaciona con el ciclo escolar.

Esta escala contiene datos demográficos, historia de salud, problemas actuales, tratamiento psiquiátrico previo y funcionamiento familiar, escolar y social.

Los propósitos de la entrevista introductoria no estructurada son



establecimiento de rapport con el padre y el niño, obtener información para evaluar el deterioro funcional, proveer un contexto para la obtención de síntomas (por ejemplo depresión) . Esta entrevista no debe ser completamente omitida aún cuando se aplique el instrumento a sujetos controles (29,30, 31).

Procedimiento

Antes de llevar a cabo la presente investigación se pidió autorización al Jefe de servicio de la clínica de PAINAVAS, así como al comité de investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N Navarro, posteriormente se habló con los padres de los niños para solicitar su autorización y participación. Se procedió llevar a cabo la entrevista con una duración de 2-3 horas en un consultorio del hospital, tanto al paciente y a los padres siguiendo los parámetros establecidos por la entrevista semiestructurada K-SADS-PL.

Análisis Estadístico

Se realizó con estadística descriptiva y Chi².

RESULTADOS

Se entrevistaron 32 niños entre 4 y 12 años de edad con un promedio de 8 años, con el diagnóstico de abuso sexual tratados en la clínica de PAINAVAS a quienes se les aplicó la entrevista semiestructurada de K-SADS-PL para trastornos afectivos.

De los 32 niños evaluados, 46.8% fueron niñas y 53.1% niños. El 78.1% del

establecimiento de rapport con el padre y el niño, obtener información para evaluar el deterioro funcional, proveer un contexto para la obtención de síntomas (por ejemplo depresión) . Esta entrevista no debe ser completamente omitida aún cuando se aplique el instrumento a sujetos controles (29,30, 31).

Procedimiento

Antes de llevar a cabo la presente investigación se pidió autorización al Jefe de servicio de la clínica de PAINAVAS, así como al comité de investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N Navarro, posteriormente se habló con los padres de los niños para solicitar su autorización y participación. Se procedió llevar a cabo la entrevista con una duración de 2-3 horas en un consultorio del hospital, tanto al paciente y a los padres siguiendo los parámetros establecidos por la entrevista semiestructurada K-SADS-PL.

Análisis Estadístico

Se realizó con estadística descriptiva y Chi2.

RESULTADOS

Se entrevistaron 32 niños entre 4 y 12 años de edad con un promedio de 8 años, con el diagnóstico de abuso sexual tratados en la clínica de PAINAVAS a quienes se les aplicó la entrevista semiestructurada de K-SADS-PL para trastornos afectivos.

De los 32 niños evaluados, 46.8% fueron niñas y 53.1% niños. El 78.1% del

total presentaron síntomas depresivos que corroboraron el diagnóstico de depresión asociado a abuso sexual [$\chi^2 (1) = 6.96, p = 0.008$] y el 21.8% restantes no presentaron criterios de depresión. De los 25 niños con depresión previa 37.5% fueron niñas y 40.6% niños (Tabla 1).

Se encontró que la edad en la cual ocurre la mayor incidencia de abuso sexual fue entre 4 y 5 años de edad correspondiendo a un 50% y disminuyendo a los 10 años a un 3.1% (Tabla 2).

Los que más cometen abuso son los primos (31.2%) y otras personas conocidas por el niños (18.7%), el padre (12.5%) y el tío (12.5%) (Tabla 3).

De acuerdo al ambiente familiar, los 25 niños con depresión previa vivía con la madre, 59.3% con los hermanos, 31.2% con el padre, 31.2% con los abuelos y 6.2% con el padrastro (Tabla 4).

El 15.6% de los 25 niños presentaron alguna enfermedad médica los cuales están en tratamiento, normalmente los 25 niños deprimidos recibían atención médica en: SSA (40.6%), IMSS (25.0%), ISSSTE (21.8%) y solo el (12.5%) recibían atención en medio particular. El 9.3% de los niños que no tenían esquema de vacunación completa se deprimieron (Tabla 5). El 40.6% tuvo complicaciones prenatales, en un caso (3.1%) la madre consumió drogas en el embarazo y 9.3% tuvieron alteraciones en el desarrollo (Tabla 6).

Los 32 niños tenían antecedentes de abuso sexual, de los cuales 90.6% fueron identificados antes de la evaluación y 3 durante la evaluación. Uno (3.1%) presentó abuso físico y descuido. El 31.2% levantaron acta fundamentada, de los cuales 28.1% cursaban con depresión. El 25.0% continuaron teniendo contacto con el perpetrador, de los cuales 15.6% tenían riesgo de abuso ya que continuaban viviendo con el perpetrador y los restantes solo tenían contacto en forma esporádica. El 6.2% presentaron problemas de



conducta antes del abuso. El 40.6% tenían antecedentes heredofamiliares de importancia como incesto y disfunción familiar (Tabla 7).

La depresión previa se asoció al abuso sexual. Encontramos que 9.3% de las niñas tuvieron pensamientos e intentos suicidas, 40.6% niños y 9.3% niñas solo presentaron ideas suicidas (Tabla 8).

De los 25 niños con diagnóstico de depresión asociada con el momento del abuso solo 14 continuaban deprimidos correspondiendo al 43.7%, de estos el 15.6% eran niñas y 28.1% niños (Tabla 1).

El 43.7% de los niños viven con la madre, 18.7% con el padre, 37.5% con los hermanos, 15.6% con los abuelos, 18.7% con otros parientes y solo 3.1% con el padrastro (Tabla 4).

El 18.7% de niños continúan recibiendo atención médica en SSA, 12.5% en el IMSS, y 12.5% en ISSSTE.

Los niños con enfermedad médica continuaron deprimidos [$\text{Chi}^2(1)=7.61, p=0.006$] (Tabla 5). También los que tenían problemas prenatales [$\text{Chi}^2(1) = 8.1, p = 0.004$], alteraciones en el desarrollo (Tabla 6). El niño que presentaba abuso físico y descuido así como el que tenía problemas de conducta continúa deprimido.

El 18.7% continúan teniendo contacto con el perpetrador, y 12.5% tienen riesgo de ser revictimizados por la cercanía y convivencia que tienen con el agresor (Tabla 7).

De los 14 niños que están deprimidos actualmente, 18.7% fueron victimizados por el primo, 9.3% por el padre, 9.3% por personas ajenas a la familia conocidos por el niño, 3.1% por el primo y 3.1% por el tío (Tabla 3).

De los niños deprimidos actualmente 6.2% continuaban con pensamientos e intento suicida y 28.1% solamente con ideas de muerte (Tabla 8).

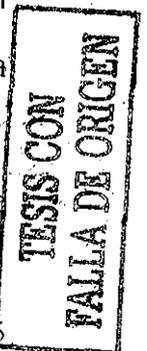


Tabla 1. Edad y Sexo de niños víctimas de abuso sexual con Depresión Previa (DP) asociada con el momento del abuso y Depresión Actual (DA).

	DP (N=25)* (N)	DP (%)	DA (N=14) (N)	DA (%)
EDAD				
4 años	0	0	0	0
5 años	1	3.1	1	3.1
6 años	2	6.2	1	3.1
7 años	3	9.3	3	9.3
8 años	5	15.6	2	6.2
9 años	3	9.3	1	3.1
10 años	3	9.3	1	3.1
11 años	2	6.2	2	6.2
12 años	6	18.7	3	9.3
Total*	25	78.1	14	43.7
SEXO				
Femenino	12	37.5	5	15.6
Masculino	13	40.6	9	28.1

*Chi2(1)=6.96, p=0.008

Tabla 2. Edad del niño en el tiempo de abuso con Depresión Previa (DP) y Depresión Actual (DA).

EDAD	DP(N=25) (N)	DP (%)	DA(N=14) (N)	DA (%)
3 años	2	6.2	1	3.1
4 años	6	18.7	3	9.3
5 años	6	18.7	4	12.5
6 años	5	15.6	2	6.2
7 años	3	9.3	2	6.2
8 años	2	6.2	1	3.1
10 años	1	3.1	1	3.1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 3. Relación del perpetrador con el niño víctima de abuso sexual con Depresión Previa (DP) y Depresión Actual (DA).

PERPETRADOR	DP(N=25) (N)	DP (%)	DA(N=14) (N)	DA (%)
Padre	4	12.5	3	9.3
Abuelo	1	3.1	0	0
Hermano	1	3.1	0	0
Padraastro	0	0	0	0
Tío	2	6.2	1	3.1
Tía	1	3.1	0	0
Primo	9	28.1	6	18.7
Prima	2	6.2	1	3.1
Sobrino	1	3.1	0	0
Otros	4	12.5	3	9.3

Tabla 4. Ambiente familiar de niños víctimas de abuso sexual con Depresión Previa (DP) y Depresión Actual (DA).

	DP(N=25) N	DP %	DA(N=14) N	DA %
Madre	25	78.1	14	43.7
Padre	10	31.2	6	18.7
Padraastro	2	6.2	1	3.1
Hermanos	19	59.3	12	37.5
Abuelos	10	31.2	5	15.6
Otros Parientes	9	28.1	6	18.7

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 5. Cuidados actuales de salud y de antecedentes de importancia en niños víctimas de abuso sexual con Depresión Previa (DP) y Depresión Actual (DA).

INSTITUCIÓN	DP(N=25) (N)	DP (%)	DA(N=14)* (N)	DA (%)
SSA	10	31.2	6	18.7
IMSS	6	18.7	4	12.5
ISSTE	6	18.7	4	12.5
Ninguna	3	9.3	0	0
ULTIMA CONSULTA				
1 semana previa	4	12.5	2	6.2
2 semanas previas	10	31.2	7	21.8
1 mes previo	11	34.3	5	15.6
APP*	5	15.6	5	15.6
AHF	13	40.6	8	25.0
INMUNIZACIÓN INCOMPLETA	3	9.3	1	3.1
TRASTORNO CONDUCTA	2	6.2	1	3.1

* Chi 2 (1)= 7.6, P= 0.006

Tabla 6. Historia del desarrollo de niños víctimas de abuso sexual con Depresión Previa (DP) y Depresión Actual (DA).

	DP(N=25) (N)	DP (%)	DA(N=14)* (N)	DA (%)
ALTERACIÓN EN EL EMBARAZO *	13	40.6	11	34.3
USO DE DROGAS EN EL EMBARAZO	1	3.1	1	3.1
RELACIONES SOCIALES IRREGULARES	6	18.7	3	9.3
ALTERACIONES EN EL DESARROLLO	3	9.3	1	3.1

Chi 2 (1) = 8.1, P = 0.004.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 7. Abuso o negligencia en niños víctimas de abuso sexual con Depresión Previa (DP)y Depresión Actual (DA).

ABUSO	DP(N=25) (N)	DP (%)	DA(N=14) (N)	DA (%)
FISICO	1	3.1	1	3.1
DESCUIDO	1	3.1	1	3.1
SEXUAL	25	78.1	14	43.7
IDENTIFICADO ANTES DE LA EVALUACION	22	68.7	12	37.5
IDENTIFICADO DURANTE LA EVALUACION	3	9.3	2	6.2
ACTA LEVANTADA Y FUNDAMENTADA	9	28.1	5	15.6
CONTACTO CON EL PERPETRADOR	8	25.0	6	18.7
RIESGO DE ABUSO	5	15.6	4	12.5

Tabla 8. Pensamiento e intento suicida en niños víctimas de abuso sexual con Depresión Previa (DP)y Depresión Actual (DA).

	DP(N=25) (N)	DP (%)	DA(N=14) (N)	DA (%)
Pensamiento e intento suicida	3	9.3	2	6.2
Solamente pensamiento suicida	13	40.6	9	28.1
Sin pensamiento suicida	9	28.1	3	9.3

DISCUSION

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En este estudio evaluamos la presencia de depresión en 32 niños con diagnóstico de abuso sexual, encontrando que 25 (78.1%) niños (12 mujeres y 13 hombres) presentaron depresión posterior a este, y más de la mitad 14 (43.7%) continuaban deprimidos, siendo significativo para la muestra evaluada. Concuera con lo referido por otros autores quienes encontraron que la comorbilidad más frecuentemente observada en niños víctimas de abuso sexual es la depresión en un 54%. En estudios retrospectivos de 5 años concluyen que estos niños se deprimen y continúan deprimidos hasta en un 48% (Gardnesfski 1997, Glod 1996, Tebbutt 1997).

La depresión en los niños evaluados se caracterizó por: irritabilidad, enojo, rebeldía, anhedonia, bajo rendimiento escolar, problemas de conducta en casa y en la escuela, enuresis, pesadillas, ocasionalmente los niños presentaron tristeza y aislamiento, en otros la depresión pasó inadvertida, siendo llevados a consulta por problemas de conducta y bajo rendimiento escolar, estos hallazgos concuerdan con lo reportado por autores como Contreras 1994, Pichot 1995 y Cohen 1997.

De los niños deprimidos 3 niñas presentaron pensamiento e intento suicida, a diferencia de 9 niños que solo presentaron pensamientos suicidas. Gardnesfski en 1997 mencionó que los problemas emocionales fueron más frecuentes en niñas; seguido de ideación e intento suicida, a diferencia de los niños quienes presentan problemas de conducta y abuso de sustancias. En nuestro estudio aún cuando 3 niñas tuvieron pensamientos de muerte e intento suicida, fueron más niños (40.1%) los que presentaron pensamientos suicidas, pero concuerda en el

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

sentido de que los niños con abuso sexual tienen mayor incidencia de considerar la posibilidad de suicidarse.

De acuerdo al género en niños con depresión postabuso no hubo diferencia estadística, sin embargo de los 14 niños actualmente deprimidos el 28.1 % son niños y el 15.6% niñas, lo cual demuestra que los niños son más susceptibles para continuar deprimidos que las niñas, en contraste con lo descrito por Levitan en 1998.

Los niños con antecedentes de enfermedades médicas se deprimieron y continúan deprimidos hasta el momento, así como aquellos niños cuyas madres cursaron con problemas durante el embarazo o tomaron drogas durante el mismo. Cabe mencionar que estas variables no han sido bien estudiadas por los investigadores y no se tienen datos en la actualidad que apoyen estos hallazgos.

Los antecedentes heredofamiliares como incesto, alcoholismo y violencia intrafamiliar se presentaron en el 40.5% correlacionando con lo observado por Stern en 1995 y lo reportado por Fenkelhor 1989.

En nuestro trabajo encontramos que la edad en la que ocurre el abuso sexual es entre los 4 y 5 años y hay un descenso a los 10 años de edad. Wyatt y cols. observaron que las niñas afroamericanas y caucásicas el abuso sexual ocurría con mayor frecuencia a los 9 años.

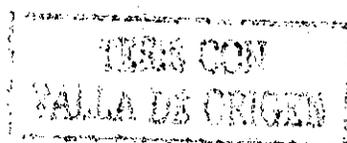
De los 25 niños deprimidos, 6 provenían de familias nucleares y cursaron con depresión después del abuso sexual, los 19 restantes provenían de familias desintegradas, disfuncionales y extensas. Lo cual difiere con lo referido por Jilliam Fleming y cols. 1997 quienes hacen énfasis en que los factores de riesgo para abuso sexual son: sociodemográficos, ambiente familiar, tipo de familia, (principalmente las disfuncionales, desintegradas y reconstruidas) y violencia intrafamiliar, que favorece el desarrollo de trastornos afectivos, lo cual

concuenda con los hallazgos de nuestro estudio, aún cuando no fue significativa.

El perpetrador fue en su mayoría un miembro de la familia correspondiendo a un 62.5% y otros no familiares en un 15.6%, siendo los hombres los que más cometieron el abuso, esto contrasta con lo observado por Cohen 1997, quien reportó que en el 70% de los casos, los abusadores no eran de la familia y en un 30% eran familiares. Tebbutt en 1997 reportó que un 53% los perpetradores no fueron familiares y en el 47% fueron familiares. Eley 1997 y Kovacs y cols. 1997 reportaron que el padrastro y los familiares resultaron responsables del 50% de los casos de abuso sexual.

Encontramos que 8 (25.0%) niños tienen contacto con el perpetrador y 5 (15.2%) tienen riesgo de ser revictimizados, y los 3 (9.3%) restantes solo tienen contacto en forma esporádica y bajo vigilancia de la madre (Tebbutt, 1997).

Diez de los 32 niños con abuso sexual levantaron acta fundamentada, la Procuraduría General de Justicia en la ciudad de México, solo recibió denuncia de 300 delitos sexuales, 50% de los cuales fueron cometidos en menores de edad; el delito más frecuente fue el abuso sexual, seguido de la violación, intento de violación y estupro. (23)



CONCLUSION

En el presente estudio se entrevistaron a 32 niños, entre 4 y 12 años de edad con el diagnóstico de abuso sexual, tratados en la clínica de PAINAVAS del Hospital Juan N. Navarro a quienes se les aplicó la entrevista semiestructurada de K-SADS-PL para trastornos afectivos. Demostrándose que de 32 niños evaluados, 25 cursaron con depresión asociada a abuso sexual, actualmente 14 de ellos continúan deprimidos, no encontramos asociación significativa en cuanto a género, ya que tanto niñas como niños se deprimieron en igual porcentaje después del abuso sexual, sin embargo existen más niños que continúan deprimidos que niñas; además observamos que es en los niños en donde más persisten las ideas de muerte y fueron las niñas aunque en una minoría las que tuvieron pensamiento e intento suicida.

Nuestros hallazgos sugieren que la depresión en niños víctimas de abuso sexual se asocia significativamente con los niños que tuvieron alguna enfermedad médica y con aquellos en los cuales las madres cursaron con problemas en el embarazo, hallazgo que no ha sido reportado en la literatura.

El ambiente familiar no influyó en el desarrollo de la depresión, igual se deprimieron los que tenían familias nucleares que los que tenían familias desintegradas. Aunque no hubo asociación significativa, cabe mencionar que la mayoría de los niños deprimidos tenían familias desintegradas, extensas y en un 40.6% antecedentes de incesto, así como un nivel socioeconómico bajo.

El perpetrador fue en su mayoría un miembro de la familia del sexo masculino, esto se debe probablemente a que las familias en México son familias extensas.

El abuso sexual fue identificado en la mayoría de los casos antes de acudir a la

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

evaluación y solo 3 casos se diagnosticaron durante la misma.

Solo 10 niños víctimas de abuso sexual presentaron una denuncia con acta fundamentada, el resto no lo hizo por: vergüenza, sentimiento de culpa, temor a la represalia o porque el perpetrador formaba parte de la familia. Todo lo anterior dificulta el conocer la verdadera incidencia del problema.

Aún cuando nuestra casuística fue pequeña y no hubo asociación significativa en la mayoría de nuestras variables, no difiere de lo reportado por otros autores.

De todo esto concluimos que es necesario dar educación sexual a la población en general, haciendo énfasis en niños y adolescentes por ser la población con mayor riesgo de sufrir abuso sexual. En el caso de niños victimizados necesitamos realizar un diagnóstico precoz para poder proporcionarles el tratamiento oportuno, para que de esta manera podamos evitar las complicaciones; es importante evitar la revictimización del niños alejándolo del perpetrador, además no debemos olvidar la rehabilitación del mismo, ya que en la mayoría de las veces lo dejamos al margen.

Para llevar a cabo un tratamiento integral es necesario denunciar los actos de abuso sexual para obtener información mas precisa y un mejor abordaje del problema.



BIBLIOGRAFIA

- 1.-Macías W y Cols: Antecedentes y Concepto Actual de la Psicopatología Infantil. PSQUIATRIA, vol. 4, No.1, pp 61-69, Enero-Abril 1988.
- 2.-De la Peña O: Trastorno Depresivo en los Niños (Un abordaje histórico, fenomenológico y de apoyos diagnósticos). PSQUIATRIA, vol 4, Num.2, pp 14-16, Abril-junio 1993.
- 3.-Blumberg ML: Depression in abused and neglected children. Am J Psychoter, 35:342-355, 1981.
- 4.-Contreras C y col: La depresión en etapas tempranas de la vida.Psiquis (México), vol 3, núm. 2, pp31-35, 1994.
- 5.-Brand E y cols: Depressed Adolescents with a History of Sexual Abuse: Diagnostic Comorbidity and Suicidality. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 35:1, pp 34-41, January 1996.
- 6.-Kashani J y cols: Characteristics of Anger Expression in Depressed Children. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 34:3, pp 322-326, March 1995.
- 7.-Cohen J y cols : A Treatment Study for Sexually Abused Preschool Children: Outcome During a One-Year Follow-up. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 36:9, pp 1228-1235, September 1997.
- 8.-Garnefski N y cols : Child Sexual Abuse and Emotional and Behavioral Problems in Adolescence: Gender Differences. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 36:3, pp 323-329, March 1997.
- 9.-Glod C y cols: Relationship between Early Abuse, Posttraumatic Stress Disorder, and Activity Levels in Prepubertal Children. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 34:10, pp1384-1393, October 1996.
- 10.-Hilton M y cols: Victims and Perpetrators of Child Sexual Abuse. British Journal of Psychiatry (1996), 169, 408-415.

- 11.-Tebbutt J y cols: Five Years After Child Sexual Abuse: Persisting Dysfunction and Problems of Prediction. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36:3, pp 330-339, March 1997.
- 12.-Finkelhor D: *Abuso Sexual al Menor*; Causas Consecuencias y Tratamiento Psicosexual: Editorial Pax México; pp 9-35, 1980.
- 13.-Eley T: Depressive Symptoms in Children and Adolescents: Etiological Links between Normality and Abnormality: A Research Note. *J Child Psychol. Psychiat*, Vol.38, No. 7, pp 861-865, 1997.
- 14.-Kovacs M y cols: First-Episode Major Depressive and Dysthymic Disorder in Childhood: Clinical and Sociodemographic Factors in Recovery. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36:6, pp 777-784, June 1997.
- 15.-Sydney J. y cols: Abuso Sexual Infantil y Depresión. *American Journal of Psychiatry*, 156:431-437, 1998.
- 16.-Stern AE y cols: Self Esteem, Depression, Behaviour and Family Functioning in Sexually Abused Children. *J. Child Psychol. Psychiat*, Vol. 36, No. 6, pp 1077-1089, 1995.
- 17.-Levitan R y cols: Major Depression in Individuals With a History of Childhood Physical or Sexual Abuse: Relationship to Neurovegetative Features, Mania, and Gender. *Am J Psychiatry*, 155:12, pp1746-1752, December 1998.
- 18.-Gold S y cols: Abuse Characteristics Among Childhood Sexual Abuse Survivors In Therapy: A Gender Comparison. *Child Abuse & Neglect*, Vol. 22, No. 10, pp. 1005-1012,1998.
- 19.-Wyatt G y cols: The Prevalence And Circunstances Of Child Sexual Abuse: Changes Across A Decade. *Child Abuse & Neglect*, Vol. 23, No. 1, pp. 45-60, 1999.

- 20.-Fleming J y cols: A Study Of Potential Risk Factors For Sexual Abuse In Childhood. *Child Abuse & Neglect*, Vol. 21, No. 1, pp 49-58, 1997.
- 21.-Pichot P: DSM-III-R American Psychiatric Association. España: Masson, 256-279, 1988
- 22.-Gladstone G. y cols: Characteristics of depressed patients who report childhood sexual abuse. *American Journal of Psychiatry*, 156 (3): 431-7, 1999 Mar.
- 23.-Rosen LN y cols: Childhood Maltreatment history as a risk factor for sexual harassment among U.S. Army soldiers. *Violence y Victims*, 13(3): 269-86, 1998.
- 24.-Pichot P: Criterios Diagnósticos de Depresión Mayor; DSM-IV American Psychiatric Association. España: Masson, 161-163, 1995.
- 25.-Kaplan H: Tratado de Psiquiatría, Psiquiatría Infantil: Abuso sexual infantil. Edit. Masson-Salvat, reimpresión 1992, pags. 1811-1818.
- 26.-Kashani JH y cols: Life Events and Major Depression in a Sample of Inpatient Children. *Comprehensive Psychiatry*, 31(3):266-274, 1990.
- 27.-Shaffer D y cols: The Diagnostic Interview Schedule for Children-Revised version (DISC-R), I: preparation, field testing, inter-rater reliability, and acceptability. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 32:643-650, 1996.
- 28.-Herjanic B y cols: Development of a structured psychiatric interview for children: assesment between child and parent on individual symptoms. *J Abnorm Child Psychol*, 10:307-324, 1982.
- 29.-De la Peña O: K-SADS PL versión México; Instituto Nacional de Psiquiatría “ Ramón de la Fuente”, 4to Congreso Regional de la Zona Norte APM, 1er Congreso Regional APNE, Monterrey, N.L. 2000. Noviembre 2000.

30.-Joan Kaufman y cols: Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): Initial Reliability and Validity Data. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 36:7,pp 980-988, July 1997.

31.-Apiquian A. Fresan H. y cols : Evaluación de la psicopatología. Escalas de Evaluación de la Psicopatología Infantil: Entrevista Semiestructurada de K-SADS-PL, Editorial Ciencia y Cultura Latinoamericana S.A. de C.V.; Primera Edición 2000. Pags 115-118.

32.-Procuraduría General de Justicia del D.F., Estadística de Enero a Julio de 1995. México, Agencias Especializadas en Delitos Sexuales.

33.-American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Child Sexual Abuse. Fact Fam 1992, 10:9.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN