



11241

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA DEPTO. DE PSICOLOGÍA
MEDICA, PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE PSIQUIATRÍA "MORELOS"**

**ANTECEDENTE DE ABUSO SEXUAL EN MUJERES
ADULTAS CON DEPRESIÓN**

T E S I S

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:

PSIQUIATRÍA

P R E S E N T A:

DRA. LAURA LEÓN MEJÍA

ASESORES:

DR. JAIME JONATHAN CEVALLOS RIVERA
ASESOR METODOLÓGICO

DR. WAZCAR VERDUZCO FRAGOSO
ASESOR TEÓRICO



México D.F.

**CURSO DE ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA
DEPTO. DE PSICOLOGIA MEDICA
PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.**

Febrero 2005

5

m347448

Vo. Bo.
Alejandro Díaz Martínez
DR. ALEJANDRO DIAZ MARTINEZ



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.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA DEPTO. DE PSICOLOGÍA
MEDICA, PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE PSIQUIATRÍA "MORELOS"**

**ANTECEDENTE DE ABUSO SEXUAL EN MUJERES
ADULTAS CON DEPRESIÓN.**

T E S I S
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
P S I Q U I A T R Í A

**PRESENTA:
DRA. LAURA LEÓN MEJÍA.**

ASESORES:

Jaime Jonathan Cevallos Rivera
DR. JAIME JONATHAN CEVALLOS RIVERA
ASESOR METODOLÓGICO

Wazcar Verduzco Fragoso
DR. WAZCAR VERDUZCO FRAGOSO
ASESOR TEÓRICO

MEXICO, D.F.

FEBRERO 2005

5

[Handwritten signatures and stamps]
SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIONES
DIVISIÓN DE PSICOPATOLOGÍA
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

AGRADECIMIENTOS.

A Dios por dar luz a mi camino.

*A mis abuelos con todo mi amor, por paternar en mi con ternura,
responsabilidad y amor.*

A mis padres por su constancia y cariño, gracias.

*A mis hermanos y sobrinos por el apoyo que me brindaron en esta etapa
recorrida.*

A mis amigos por los momentos compartidos.

A LOS DOCTORES:

*Gustavo Pérez M., Fco. Ángel Mendoza G., Fernando Ruiz P. y
Carlos López E., por su comprensión y apoyo.*

A MIS ASESORES:

*Dra. Patricia Ayala, Dr. Jonathan Cevallos y Dr Wazcar Verduzco I. ,
por su profesionalismo, entusiasmo y tiempo otorgado en la realización de
este trabajo.*

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

NOMBRE: León Mejía Jara

FECHA: 25/08/05

FIRMA: [Firma manuscrita]

ÍNDICE

	Pág.
ANTECEDENTES	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
OBJETIVO	11
HIPÓTESIS	11
IDENTIFICACIÓN DE LAS VARIABLES.....	11
DISEÑO DE ESTUDIO	13
CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y NO INCLUSIÓN.....	14
MÉTODO	15
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	15
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	16
RESULTADOS	18
DISCUSIÓN	26
CONCLUSIÓN	27
BIBLIOGRAFÍA	29
ANEXOS.	

MARCO TEÓRICO.

ANTECEDENTES.

El abuso sexual a niñas(os) inicialmente fue documentado por Tradieu en 1860, sin embargo es hasta los trabajos de Kempe en 1978 cuando llegó a ser ampliamente reconocido por los profesionales médicos. Durante varios años, el disgusto público estuvo enfocado sobre casos de niños maltratados y torturados, dicho malestar se ha orientado hacia una preocupación por el abuso sexual.¹

Es difícil pensar claramente sobre el abuso sexual a niñas(os) por que implica reconsiderar la naturaleza de los seres humanos, pues es necesario enfrentarse a muchos desafíos y suposiciones fundamentales sobre la sexualidad, sobre la paternidad, sobre la maternidad, sobre las(los) niñas(os) y sus relaciones con los adultos, sobre el parentesco y la familia.²

Existe una importante diferencia entre un problema social, y un asunto de interés público. Muchos problemas sociales que han sido primordiales en ciertos grupos específicos nunca alcanzaron el status de asunto de interés público. Sin embargo el abuso sexual bajo un enfoque diferente alcanzó a ser un asunto de bastante interés público bajo el movimiento feminista.³

En todas las sociedades existen ideas sobre la sexualidad que son incuestionablemente aceptadas y firmemente creídas; por lo que han continuado siendo extremadamente difícil para la gente discutir abiertamente muchos temas sobre la sexualidad, la mayoría de los observadores le echarían la culpa a nuestra herencia victoriana.⁴

La literatura que abarca este problema también ha jugado su papel. Fueron las teorías de Sigmund Freud sobre la sexualidad infantil, las que sacaron este tema de la total oscuridad. Freud sugirió la idea de que el trauma sexual de la niñez era la raíz de los problemas psicológicos adultos.

Así, apuntaba Kinsey, "es difícil comprender por que una niña(o), excepto por su condicionamiento cultural, podría sentirse perturbada de que le tocaran sus genitales o perturbada de ver los genitales de otras personas". Sin embargo, los antropólogos no han encontrado ninguna sociedad en la cual el abuso sexual infantil sea "normal".⁴

1

2

3

4

4

La violencia sexual expresada como fenómeno multifacético, es sin duda un grave problema de salud pública. Se tiene noticia de que tanto en la unión americana como en muchos otros países del mundo, la mitad de las víctimas de agresión y homicidio se relacionan estrechamente con su agresor y de modo semejante el 66% de las víctimas de abuso sexual. De entre ellas, afirman los datos de investigación epidemiológica reciente, los niños y los adolescentes están en mayor riesgo de ser victimados con lujo de violencia.

Desafortunadamente, es probable, que los sobrevivientes que han sido víctimas de abuso sexual, se sientan responsables de su victimización por creer que lo han provocado o por pensar que se lo merecían. La auto-culpa es una parte significativa de la experiencia de ser un sobreviviente de abuso sexual. El perpetrador es quien mantiene esta situación, al decirle a su víctima: que lo que hace es de algún modo por ella. La víctima siente vergüenza al igual que responsabilidad. Así la culpa es una alternativa a la impotencia, la vergüenza también es una alternativa para no percibir su realidad amenazante.^{5,6}

Las mujeres y hombres que hayan experimentado abuso sexual en la infancia pueden desarrollar adicciones, desordenes de la alimentación, fobias, comportamientos obsesivos-compulsivos, desorden de personalidad múltiple, disfunciones sexuales, ansiedad crónica o depresión; probablemente, también sean personas que son golpeadas por su pareja o prostitutas(os). Priere y Runtz en 1990 encontraron que las mujeres abusadas sexualmente en su infancia, en la vida adulta presentan una disfunción psicosexual relacionada con conducta sexual inadaptada, por ejemplo el considerar que tienen que usar ropa sexy para llamar la atención de otros, el pensar que ellas deben tener una vida sexual más activa que otras, etc. , o viceversa usan ropa holgada intentando no mostrar la figura de su cuerpo, usan anteojos oscuros, incluso usan prendas sobre otros vestidos con el propósito de pasar desapercibidas.^{5,6,7,8,9}

De manera que estos problemas dejan notar "que la conducta de agresión sexual tiene un efecto devastador sobre la víctima (y a menudo en el perpetrador) el cual resulta en depresión, y enfermedades físicas y psicológicas, terror, fobias obsesivas, incluyendo el suicidio. Las personas quienes han sobrevivido al abuso sexual, que han vivido en medio de tal terror, son llamadas sobrevivientes de abuso sexual y/o violación".^{8,9,10}

Las víctimas del abuso sexual proceden de todos los grupos socioeconómicos y de todas las razas. Se ha calculado que la tasa de abuso sexual es de 2.1 a 6.3 por 1 000 habitantes en los Estados Unidos. Otros estudios mencionan que entre 17 y 38% de las mujeres y entre 1 y 30% de los varones reportan haber sufrido alguna

5,6

5,6,7,8,9

8,9,10

forma de abuso sexual en la infancia. En su gran mayoría este abuso es perpetrado por sus familiares y, en general, las niñas corren alrededor del doble riesgo que los niños de que abusen sexualmente de ellas en la infancia, y a menor edad.¹¹

Las estadísticas disponibles en México son escasas y no necesariamente reflejan la realidad. Esto se debe al deficiente sistema de registro, y a que muchos actos de abuso sexual no son denunciados ni por la víctima ni por los testigos por desconocimiento, culpa, vergüenza o por estigmas sociales, morales o religiosos. Peor aún, parecen temer que los impartidores de servicios asistenciales o de justicia también abusen de ellas. Al respecto, Soto señala que en México sólo se denuncia entre 5 y el 50 % de los delitos sexuales; se calcula que en la ciudad de México el promedio por día es de 8 delitos sexuales, puede estimarse que se comenten entre 16 y 160 diariamente.¹¹

Por su Parte Santana- Tavira, Sánchez- Ahedo y Herrera – Basto, refieren que en 1993 la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal reportó que el abuso sexual ocupaba el segundo lugar de los delitos notificados. Su incidencia era del 24.1 % y casi en su totalidad eran agresiones sexuales a menores de 13 años. Ramos Saldivar, Medina, Rojas y Villatoro encontraron una prevalencia nacional de abuso sexual en población adolescente estudiantil de secundaria y preparatoria de 4.3 %.¹¹

El abuso sexual no es necesariamente penetración o cópula; no necesariamente involucra tocar a la víctima. Hay muchas otras maneras en las cuales el espacio o los sentidos de la niña(o) pueden ser trastocados sexualmente. El abuso sexual puede ocurrir a través de palabras, sonidos o aún en la exposición de una(un) niña(o) a actos con contenido sexual que no la involucran.⁵

El abuso sexual puede variar desde el simple voyerismo, la exposición de la niña(o) al adulto o viceversa, las caricias genitales y la penetración peniana, hasta la utilización de un niño en la pornografía o en la prostitución (De Jong, A. 1989). El abuso sexual se refiere a la conducta sexual entre un niño y un adulto, entre dos niños cuando uno de ellos es significativamente de mayor edad o de mayor poder. El perpetrador y la víctima pueden ser del mismo sexo o de sexos opuestos. Las conductas sexuales incluyen tocamiento de senos, glúteos y genitales, pudiendo estar la víctima vestida o desvestida; exhibicionismo; felatio; sexo oral y penetración de la vagina o ano con los órganos sexuales o con objetos.¹¹

El abuso sexual es un crimen que atenta a la integridad individual, los ofensores son casi todos hombres, las víctimas experimentan una especie de trauma mediante el cual se ven privados de la decisión sobre su persona y cuerpo. Las personas que abusan sexualmente de las niñas son con mayor frecuencia

11

11

11

5

11

miembros de la familia y amigos, consiste frecuentemente de incidentes repetidos, donde un pariente o amigo se aprovecha de la niña o en diversas ocasiones, la violencia y la fuerza física generalmente es poca, el acto sexual que ocurre en el abuso sexual de niñas(os) generalmente no es un coito sino más bien el tocar los genitales, la masturbación y la exhibición (Finkelhornm, D., 1980).

Son muchos los factores que influyen en el abuso sexual infantil: la amenaza, los roles de género, la violencia, la dependencia económica, la capacidad de la víctima en el momento en que es abordada, su capacidad para entender lo que esta sucediendo, la autoridad del perpetrador, el miedo a otros cuidadores, su nivel de auto-culpa, el conflicto experimentado por el amor hacia el perpetrador, su impotencia, etc.^{5,11}

Muchos de los profesionales que trabajan en agresión sexual dicen que en el momento en que el abuso sexual ocurre se detiene el desarrollo emocional, y cognitivo de las víctimas. De manera que, cuando una(un) niña(o) es victimizada a temprana edad se detiene su crecimiento emocional y su maduración.^{13,14,15}

El tiempo no cura los efectos del abuso sexual. A medida que las experiencias se quedan en la memoria como recuerdos, las consecuencias del abuso emergen. A veces son precipitadoras de otros problemas. Algunas de las que fueron molestadas borran sus angustias y sobreviven al abuso relativamente sin problemas, otras intentan olvidar, y viven buscando relaciones interpersonales satisfactorias. Otras, buscan dañar y repetir el abuso al permanecer entre la confusión del amor, el cuidado y la violencia que infesta a su familia que esta afectando.^{5,14}

El autoconcepto de una(un) sobreviviente de agresión sexual, está afectado por la agresión, no por su conducta actual (Fromuth, M. E., 1986). La pequeña víctima se siente sucia, se siente contaminada por lo sucio de la agresión que "permitió" o igualmente en que " participó". El sobreviviente crece con el abuso sexual como parte de su desarrollo, y esto llega a ser parte del punto de vista de sí mismo. Crece sintiéndose como si algo dentro es pútrido, displacentero. Sentirse sucio llega a ser una parte de su carácter. Su autoestima está basada en lo que pueda hacer a favor de los demás, no por sí misma, ni por lo que es como ser humano.⁵

Muchas (os) sobrevivientes de abuso sexual asimilan la tendencia al auto-maltrato así como a no comprender sus propios sentimientos a su dolor. Hay

5,11

13,14,15

5,14

5

evidencia de que la persona abusada en su infancia posteriormente sea vulnerable a ser víctima de una violación u otras experiencias no consensuales.^{5,16,17}

La experiencia del abuso sexual y/o violación le enseña a la niña(o) a no ser segura. Es decir, aprender a hacer elecciones sin razón, y no las evalúa, siente impotencia. No puede desarrollar una sensación de dominio, crece creyendo que no tiene poder, se ve así misma como una víctima, experimenta al mundo como un lugar sin orden, y caótico.⁵ Además, Herman y Hirschman sugieren que las personas abusadas sexualmente en la infancia posteriormente mantienen relaciones en las cuales ellas son maltratadas o abusadas, incluso violadas, como un tipo de compulsión a la repetición.¹⁸

Las(os) sobrevivientes de abuso sexual se asustan o enfurecen cuando alguien los toca por sorpresa, o las abraza sin decírselo. Puede ser extremadamente protectora de sus límites, establecer una pared invisible para guardar distancias; pueden ser totalmente inasertivas, o inaccesibles emocionalmente.⁵

El pánico es una sobrecarga de adrenalina y la fobia es un miedo abrumador, irracional a algo, que generalmente están asociados a la situación del abuso sexual y son simbólicos.^{5,14}

En ocasiones la (él) sobreviviente "olvida" la victimización de que fue objeto y para encontrarse a salvo del mundo llegan a ser trabajadores sociales, maestros, psicólogos, educadores, etc., buscando arreglar la vida de los demás; así como la vida del niño que fueron y al que no pudieron ayudar en su momento; a esto se le denomina escape. De manera que encapsulan y eliminan recuerdos no deseados; pueden bloquear algún período de sus primeros años; "pierden" años de su infancia, frecuentemente del año a los doce años de edad.^{1,5,6}

Las(os) sobrevivientes se entregan o se aíslan totalmente en sus relaciones, o son pasivas o activas, tratan de ser perfectamente buenas, responsables y extremadamente perfectas, o todo lo contrario, perfectamente malas, irresponsables y extremadamente imperfectas; a esto se le denomina: polaridad.

Las (os) sobrevivientes de abuso sexual tienden a expresar o proyectar más las características negativas de sí mismas, se perciben menos aceptables y con menor grado de confiabilidad, son menos felices.^{5,14}

5,16,17

5

18

5

5,14

1,5,6

5,14

Algunas sobrevivientes son socialmente agradables únicamente en su propia casa, se sienten en control en ese espacio. Algunas otras no se permiten conocer a más gente. Por esto, alguna penetración hacia su territorio es una invasión, la única seguridad que conocen esta en su casa. Pero cuando el daño a sido severo se sienten atrapadas de por vida, por la voluntad de todos los que le rodean.⁵

Muchas(os) sobrevivientes pueden inclinarse hacia conductas de alto riesgo: sentirse fuera de control, enfadadas (os); sentir ira, que puede estar dirigida contra sí mismas (os), no tienen estabilidad, ni consistencia, tienen dificultad con sus planes de trabajo, pueden ser destructivas, con sentimientos de que les ha sido robado algo. Esta ira, incluso la pueden dirigir hacia el género de la figura parental que fue vista como "no protectora".^{5,19}

Muchas de las personas cargan con la experiencia toda su vida, sin poder revelarla, lo cual deja huella permanente. Al no sentirse apoyadas por otras personas respecto a su experiencia, al no poder saber lo que otros piensan, sienten que son diferentes, que están marcadas(os) y no pueden quitarse eso de encima.¹⁶

Los estados emocionales de las (os) sobrevivientes de agresión sexual a menudo están centrados en su miedo a "estar fuera de control". Sienten que son "objeto". Hay otros efectos posteriores. Los "síntomas histéricos" como: entumecimientos, o dolores en miembros u órganos del cuerpo. Estos desordenes no son de origen físico sino psicológico, y representan un trauma no recordado o sentimientos no reconocidos. Sus cuerpos los recuerdan pero sus mentes no. Con frecuencia, los recuerdos no son revelados hasta que las sobrevivientes han encontrado algún apoyo. Algunas (os) realmente "enloquecen", otras(os) intentan suicidarse. Muchas sobrevivientes están en riesgo de suicidio; desarrollan una relación continua con el suicidio, pueden ser activamente destructivas.^{1,5,14,20}

Las(os) sobrevivientes no han perdido su sentido de realidad pero si se les ha manipulado activamente su realidad. Muchas(os) parecen ser esquizofrénicas, y en riesgo de un mal diagnóstico; frecuentemente imaginan oír que se les llama por sus nombres; que son tocadas, cuando no hay nadie. No es locura, aunque con frecuencia se siente y se ve así. Para protegerse, la(él) sobreviviente de una agresión sexual, recurre a un proceso cognitivo creativo, llamado: personalidad múltiple, con el cual su personalidad la divide, para separar aspectos de la vida personal o emocional.^{5,14}

La violación tiene serias repercusiones en la salud física y psicológica tanto a nivel individual como colectivo. La víctima de abuso sexual sufre un atentado a su

5

5,19

16

1,5,14,20

5,14

integridad como ser humano, que le abruma y le paraliza. El hecho rompe el balance de su yo interno y el medio ambiente, alterando la forma en que se percibe a sí misma y al mundo. Ello interfiere en sus relaciones interpersonales.²¹

El abuso sexual esta sustentado por dos rasgos concretos que son el dominio y la agresión para la satisfacción sexual del depredador no para la víctima. Las víctimas de violación y/o abuso sexual experimentan algún grado de desequilibrio a su estilo de vida, es decir, pasan por un proceso a largo plazo de desorganización.^{22,23}

Durante las últimas décadas ha habido un enorme interés por estudiar la salud de las mujeres, incluyendo su salud mental, por considerárseles como un grupo particular de riesgo. Diversos estudios epidemiológicos y antropológicos se refieren a la prevalencia de tensión psicológica en su contexto social, con frecuencia originada por las marcadas inequidades de género características de la mayoría de los países en desarrollo, así como por las desventajas derivadas de la pobreza lo que afecta adversamente su salud.²⁴

A nivel mundial se ha reconocido que la depresión ocupa el cuarto lugar en cuanto al paso de enfermedad medida en DALYs (años de vida perdidos, ajustados por discapacidad), y es responsable de uno de cada diez años de vida perdidos. En el caso de las mujeres, es la causa primordial de peso por enfermedad. Para el año 2020, la depresión ocupará el segundo lugar, después de los problemas cardíacos.²⁴

Cada vez más se reconoce que la depresión es un importante problema de salud en todo el mundo. La situación es especialmente aguda entre las mujeres adultas, quienes en la mayoría de los países sufren de depresión en una proporción dos veces mayor que la observada en los hombres. Algunos investigadores han sugerido que, en su mayor parte, la diferencia entre la incidencia de depresión en las mujeres y en los hombres puede que no se deba a la biología, sino más bien a la pobreza, la discriminación y la violencia basada en el género. Las mujeres que sufren el abuso infligido por la pareja sufren más depresión, ansiedad y fobias que las que no lo han sufrido, según estudios de Australia, Nicaragua, Pakistán y los Estados Unidos.^{12,24}

La depresión, entendida como estado de ánimo, presencia de síntomas y trastorno clínico, ha sido reconocida en países con diversas culturas como la más prevalente entre las mujeres. Los datos epidemiológicos nacionales e internacionales coinciden en señalar que la prevalencia de la depresión es de dos mujeres por cada hombre. En nuestro país, la Encuesta Nacional de Salud Mental

21

22,23

24

24

12,24

(1988) indica que la prevalencia de los trastornos depresivos más severos es de 3.9% en las mujeres y de 2.2% en los varones, y en la ciudad de México es de 4.1% en las mujeres en comparación con 1.6% en los varones. Por otro lado, los síntomas depresivos severos se reportan en 17% de las mujeres, en comparación con 8.5% de los varones.²⁴

La depresión es un fenómeno que afecta de manera creciente a una gran cantidad de personas en nuestros días. En el ámbito mundial, se señala en informes de la OMS que la prevalencia del síndrome depresivo alcanza valores de 3 a 4 % en la población general y que un 10% de la población mayor de 15 años llega a presentar estados depresivos en alguna época de su vida, dichos datos están referidos sobre todo a los países desarrollados.²⁵

El término depresión tiene muchos significados: puede manifestarse como un síntoma, un síndrome o una entidad nosológica. Robert y Lamontagne consideran que es “un estado de tristeza patológica, acompañada de una marcada disminución del sentimiento de valor personal y de una dolorosa consecuencia de disminución de la actividad mental, psicomotriz y orgánica”. Conducen en que los síntomas son diversos y entre los principales se incluyen: llanto, cara de tristeza, pérdida de la estima de uno mismo, auto-acusación, auto-castigo, hipocondría, disminución del campo de la conciencia, dificultades de la concentración, pérdida de interés, escasez de conversación, pérdida de apetito y dolores diversos.²⁵

La depresión es como estar “muriendo en vida, tanto física como emocionalmente”, la (él) sobreviviente depresiva (o) se protege, así de su dolor, el cual se caracteriza por apatía, no le importa nada, desaliento, disgusto, desesperanza; esta decepcionada (o) por que fue ultrajada (o) y sus expectativas de vida se han perdido con este evento. Este síntoma puede durar desde unas cuantas semanas hasta varios años, afectándose sus relaciones interpersonales, de trabajo, de familia, etc., así mismo puede desarrollar alguna dependencia ya sea al alcohol o a las drogas. Estas circunstancias se combinan con la vergüenza que es intrínseca al abuso sexual, que se manifiesta al experimentarse sexualmente, sintiendo que el cuerpo, así como tener relaciones sexuales es sucio, hasta el grado de no llegar a desearlas. Esto las hace sentirse vacías, huecas, es como ser invisible, ser nada, no ser, tener el sentimiento de futilidad. Los recuerdos momentáneos o fugaces (Flashbacks) son recuerdos de traumas pasados. En las (os) sobrevivientes pueden tomar la forma de imágenes, sonidos, olores, sensaciones corporales, o sentimientos, generalmente asociados a la experiencia de la agresión sexual.^{1,5,14} Independientemente de que las primeras formulaciones acerca de la depresión surgieron de aproximaciones intrapsíquicas y psicodinámicas, los avances en la

24

25

25

1,5,14

investigación y evaluación de este fenómeno han permitido el desarrollo de esquemas conceptuales para explicar su génesis y mantenimiento.²⁵

Estudios clínicos han sugerido que el abuso sexual esta asociado con una variedad de problemas a largo plazo tales como la baja autoestima y principalmente la depresión. dicha problemática es bastante nueva; Sin embargo, estos fenómenos han ido convirtiéndose en objeto de preocupación posiblemente porque su “aparición” en fechas relativamente recientes ha demostrado el ocultamiento que por mucho tiempo persistió en ambos. Aún cuando no hay una gran cantidad de bibliografía sobre la asociación entre estos problemas, hay pruebas de que el abuso sexual puede estar relacionado con la depresión al destruir el amor propio de la mujer y poniéndola en mayor riesgo de problemas diversos de salud mental.^{25,26,27}

El abuso sexual que tiene lugar antes de los 7 u 8 años, llevado a cabo por más de un agresor, que es más frecuente o continuo y por un largo tiempo está asociado con una gran cantidad de problemas de salud mental en la adolescencia y edad adulta. Si se considera la diferencia entre los dos sexos, destaca que en las mujeres se han reportado como efectos a largo plazo de abuso sexual infantil problemas tales como el trastorno por estrés postraumático, depresión, ideación e intento suicida, insensibilidad emocional, dolores de cabeza, trastornos gastrointestinales, disfunciones sexuales, dependencia de alcohol o de otras drogas, victimización sexual posterior y maltrato por parte de la pareja, entre otros.^{26,27,28}

25

25,26,27

26,27,28

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La violencia sexual expresada como fenómeno multifacético es sin duda un problema de salud pública. Las estadísticas disponibles en México son escasas y no siempre revelan la realidad, esto se debe al deficiente sistema de registro y a que muchos abusos no son denunciados ni por las víctimas ni por los testigos, por desencadenar culpa, vergüenza o por estigmas sociales, morales o religiosos, como consecuencia estas personas no reciben atención de los servicios asistenciales para un tratamiento integral, por lo cual mujeres y hombres que han presentado abuso sexual en la infancia pueden desarrollar diferentes trastornos psiquiátricos entre ellos: depresión.

La Depresión es también un problema de salud mental en el mundo. La situación es especialmente aguda entre las mujeres, quienes sufren de depresión en una proporción mayor que la observada en los hombres. Ante estos problemas de abuso sexual y depresión observados en mujeres que reciben atención en el Hospital Psiquiátrico Unidad Morelos, es pertinente que se realice un estudio para conocer la frecuencia de mujeres que presentan esta situación y que no ha sido detectada en la primera entrevista con la paciente hasta tiempo después, por lo que en un futuro se podrían implementar programas de prevención y tratamiento para la finalidad de disminuir factores de riesgo que a corto y largo plazo pudieran desarrollar otros problemas de salud mental.

Muchas de las personas cargan con la experiencia toda su vida, sin poder revelarla lo cual deja huella permanente. Al no sentirse apoyadas por otras personas respecto a su experiencia, al no saber lo que otros piensan, sienten que son diferentes, que están marcadas y no pueden quitarse eso de encima.

Aún cuando no hay gran cantidad de bibliografía sobre la asociación entre estos problemas, hay pruebas de que el abuso sexual puede estar relacionado con la depresión al destruir el amor propio de la mujer y poniéndola en mayor riesgo de problemas diversos de salud mental.

Las interrogantes que se pretenden contestar en este estudio son:

1. -¿El antecedente de abuso sexual en mujeres se asocia con depresión en la vida adulta?
2. -¿Las mujeres adultas con antecedente de abuso sexual en la infancia presentan depresión?

OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL.

Identificar la presencia de antecedente de abuso sexual en la infancia en mujeres adultas con depresión.

HIPÓTESIS.

Las mujeres adultas con antecedente de abuso sexual en la infancia presentan depresión.

IDENTIFICACIÓN DE LAS VARIABLES.

Variable Independiente: Depresión.

Definición conceptual: Tristeza persistente, pérdida de interés o placer por las actividades ordinarias, incluyendo sexo, disminución de la energía, fatiga, alteraciones del sueño, alteraciones del apetito dificultad para concentrarse, sentimiento de culpa y de infelicidad, irritabilidad y llanto excesivo.

Definición Operacional:
Criterios del DSM-IV

- 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 deprimido o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.
1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto o la observación realizada por otros.
 2. Disminución acusada de 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 la mayor parte del día o aumento de peso (5% en un mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día.
 4. Insomnio o hipersomnias 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 o un plan específico para suicidarse.

A*. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

- B. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- C. Los síntomas no son debidos a efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica.
- D. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de duelo, persisten por más de dos meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Puntaje obtenido de la escala de depresión de Beck, que conforma 20 reactivos.²⁹

Puntaje Global = 60

Puntaje mayor o igual a 14 indica depresión

Variable Dependiente: Antecedente de abuso sexual.

Definición Conceptual: Para el presente trabajo con base a las definiciones anteriores se define al abuso sexual como imposición de actos con contenido sexual, por adultos o adolescentes para obtener "gratificación" sexual de una(un) niña(o). El perpetrador y la víctima pueden ser del mismo sexo o de sexos opuestos. El abuso puede ocurrir a través del tocamiento de senos, glúteos y genitales, pudiendo estar la víctima vestida o desvestida; exhibicionismo; felatio; sexo oral y penetración de la vagina o ano con el órgano sexual o con objetos.

Definición Operacional: Por medio de una entrevista no estructurada se interrogará sobre abuso sexual y al final se dirá si estuvo o no presente.

CUESTIONARIO.

En la infancia:

1. ¿Alguna vez alguien la tocó o acarició alguna parte de su cuerpo que no quería que le tocara o acariciara?
2. ¿Alguna vez alguien la obligó a que lo tocara sexualmente?
3. ¿Alguna vez alguien la obligó a observar como se manipulaba alguna parte de su cuerpo?
4. ¿Alguna vez tuvo relaciones sexuales con una persona, cuando usted no quería hacerlo?
5. ¿Cuántas veces ocurrió?
6. ¿Es esta relación sexual hubo penetración?
7. ¿La penetración fue con su órgano sexual o con un objeto?
8. ¿La obligó a quitarse la ropa interior?
9. ¿Tenía más edad que usted?
10. ¿Cuántos años más?
11. ¿La persona que abuso de usted era del mismo sexo?
12. ¿Era un conocido?

Con abuso sexual: cuando la paciente responde que sí y el agresor era por lo menos cinco años mayor que ella.

Sin abuso sexual: cuando la paciente responde que no.

DISEÑO DEL ESTUDIO.

Prospectivo, observacional, transversal y descriptivo: encuesta descriptiva.

UNIVERSO DE TRABAJO.

Mujeres adultas , derechohabientes del IMSS, que acuden al Hospital Regional de Psiquiatría "Morelos".

SELECCIÓN DE LA MUESTRA.

Determinístico.

Por casos consecutivos.

Mujeres que acudan a los servicios de Consulta externa del Hospital Regional de Psiquiatría "Morelos", durante los meses de junio y julio de 2002.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Mujeres mayores de 18 años de edad.

Mujeres que sepan leer y escribir.

Que acepten participar en el estudio.

Que acudan a los servicios de consulta externa del Hospital Regional de Psiquiatría "Morelos".

CRITERIOS DE NO INCLUSION.

Mujeres menores de 18 años.

Que no acepten participar en el estudio.

Que presenten alteraciones cognitivas.

Que presenten sintomatología psicótica.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

Pacientes que retiren su autorización.

Pacientes que no concluyan la contestación de los instrumentos.

MÉTODO.

Serán captadas las pacientes que acudan a la consulta externa del Hospital Regional de Psiquiatría "Morelos", que cumplan con los criterios de selección dentro de un intervalo de tiempo que abarcara del 1ro. de junio al 31 de julio de 2003, llevando a cabo los siguientes puntos:

1. - Se les informará de manera verbal sobre el desarrollo de la investigación.
2. - Después de dar su consentimiento por escrito para participar en el estudio, se aplicará la escala de depresión de Beck en alguno de los consultorios que este disponible en ese momento, para evaluar la sintomatología depresiva.
3. - Así mismo se investigará el antecedente de abuso sexual a través de un cuestionario que será diseñado en formato autoaplicable o en su defecto la escala correspondiente.
4. -Al término se determinará el resultado.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Chi cuadrada.

Análisis descriptivo.

INSTRUMENTOS.

Escala de depresión de Beck. El instrumento consta de 21 reactivos que evalúan categorías sintomático-conductuales observadas en los pacientes con depresión. Cada apartado contiene cuatro aseveraciones que describen el espectro de severidad de la categoría evaluada. En todos los casos, el primer enunciado tiene valor de cero, que indica la ausencia del síntoma, el segundo de un punto, el tercero de dos puntos y el cuarto de tres puntos que constituye la severidad máxima del síntoma. El punto de corte mayor o igual a catorce se considera como depresión.

Criterios del DSM-IV para depresión.

Entrevista no estructurada: se interrogará sobre abuso sexual a través de un cuestionario de 12 preguntas y al final se dirá si estuvo o no presente dicho antecedente.

RECURSOS.

Humanos. Un Médico residente de 4to año de Psiquiatría y dos Médicos Psiquiatras.

Físicos. Área física de los servicios de consulta externa y hospitalización del Hospital Regional de Psiquiatría "Morelos" I.M.S.S.

Técnicos. Formatos impresos de las escalas, hojas de concentración de datos, lápices y gomas.

FACTIBILIDAD.

Esta investigación se considera factible ya que cuenta con los recursos humanos, físicos y técnicos. El Hospital Regional de Psiquiatría "Morelos" del I.M.S.S. es un centro de tercer nivel de atención de salud y se puede obtener el número adecuado de pacientes para el estudio.

CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Se apegará a las consideraciones bioéticas que existen a nivel internacional, nacional e institucional para los estudios de investigación en seres humanos.

Aceptación voluntaria de la paciente: Se deberá explicar con un lenguaje claro a la paciente acerca de los objetivos del estudio.

Elaborar carta de consentimiento informado para participar en el proyecto de investigación.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

Teóricas: constituyen la búsqueda bibliográfica para la elaboración de los antecedentes, planteamiento del problema y objetivos.

Metodológicas: son aquellas que permitirán delimitar el ámbito de estudio, definición de la población, definición de criterios de inclusión, no inclusión y exclusión. La definición del tipo de estudio y la variable de estudio.

Instrumentación: se refiere a la búsqueda de un instrumento válido y confiable.

Estadísticas: consiste en una secuencia de procedimiento para el manejo de datos que tiene como propósito la comprobación a través de la recolección (medición), recuento (computo), presentación, descripción y análisis.

Reporte: se refiere al contenido esencial del resumen, introducción, material y método.

RESULTADOS.

Como resultado en este estudio se encontró que de 131 casos consecutivos de mujeres que asistieron a la consulta externa en el Hospital Psiquiátrico Unidad Morelos en el período comprendido del 1° de Junio al 31 de Julio del presente año, el 12.98% (17 pacientes) correspondió a mujeres deprimidas, el 12.98% (17 pacientes) a mujeres deprimidas con antecedente de abuso sexual, el 0.76% (una paciente) a un caso con antecedente de abuso sexual sin depresión y el 73.28% (96 pacientes) a mujeres sin depresión y sin antecedente de abuso sexual.

Respecto a la edad cronológica de nuestras pacientes al momento de la recolección de los datos, las edades oscilaban desde los 19 hasta los 62 años de edad, el mayor porcentaje correspondió al intervalo comprendido entre los 18 y 27 años de edad, seguido de los intervalos entre 28-37 años de edad, 38-47 años de edad, 48-57 años de edad, el menor porcentaje correspondió al intervalo entre los 58-67 años de edad, como se muestra en una de las gráficas.

Resultados importantes concernientes a las mujeres con antecedente de abuso sexual 13.74% (18 pacientes), se encontró que en la mayoría de los casos la víctima conocía a su victimario con un porcentaje de 88.88% respecto al total de pacientes abusadas sexualmente; sólo dos no lo conocían (11.11%).

El abuso sexual perpetrado en varias ocasiones tuvo un alto porcentaje, 77.77% (14 casos), el 22.22% (4 casos) ocurrió en una sola ocasión; cuando se perpetró de 2-5 veces el número de casos fue de 9 (50%), seguido por 6-10 abusos en 3 casos (16.66%) y en más de 10 veces que se perpetró el abuso sexual fue sólo en 2 casos (11.11%). En 7 de los casos el abuso sexual culminó en violación (38.88%), en tanto fueron 11 casos los que no culminaron en violación (61.11%).

De las pacientes víctimas de escaqueo, 13 de ellas fueron tocadas o acariciadas y 6 fueron obligadas a tocar o acariciar; a 5 las obligaron a observar y a 8 a tener relaciones sexuales cuando no querían hacerlo, en la mayoría de los casos fue quitada su ropa interior.

Referente a los victimarios en un sólo caso correspondió al sexo femenino (5.5%), el resto 17 casos correspondió al sexo masculino (94.44%). En todos los casos fueron 5 años mayores que sus víctimas.

Para comparar los valores de dos o más características de una población las cuales se miden con variables categóricas en escala nominal ordinal, se utilizó la prueba de χ^2 para estimar si la diferencia entre valores se deben a cambios aleatorios de los números o algún otro factor.

Variable operacional: El antecedente de abuso sexual produce depresión.

Ho: El antecedente de abuso sexual no produce depresión.

Valores observados.

Hileras	Con antecedente de abuso sexual.	Sin antecedente de abuso sexual.	Total de hileras.
Con depresión	17	17	34
Sin depresión	1	96	97
Total de columnas	18	113	131

Valores esperados.

Hileras	Con antecedente de abuso sexual.	Sin antecedente de abuso sexual	Total de hileras
Con depresión	4.671	29.328	34
Sin depresión	13.328	83.671	97
Total de columnas	18	113	131

Para rechazar o aceptar la hipótesis de nulidad se utilizó la siguiente fórmula

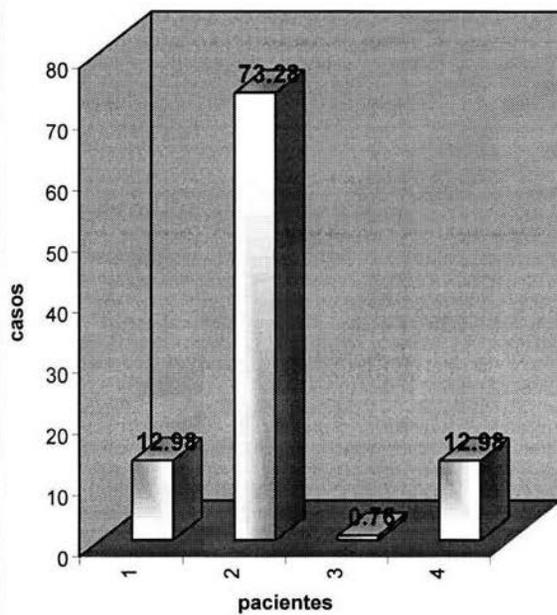
$$D = (O-E)^2$$

Donde D representa la discrepancia, W es el signo de sumatoria, O representa los valores observados y E los valores esperados.

Obteniendo una $D = 50.943$ con un grado de libertad.

Este valor D se comparó con el valor de X^2 ; el valor encontrado utilizando una probabilidad de 0.05 fue de 3.84 y con un valor de significancia de 0.001 fue de 10.83. Por lo tanto, el valor $D = 50.943$ es mucho mayor que el valor de X^2 con una probabilidad de 0.1%; con base a estos datos se rechaza la hipótesis de nulidad.

DISTRIBUCION DE PACIENTES EN ESTUDIO.



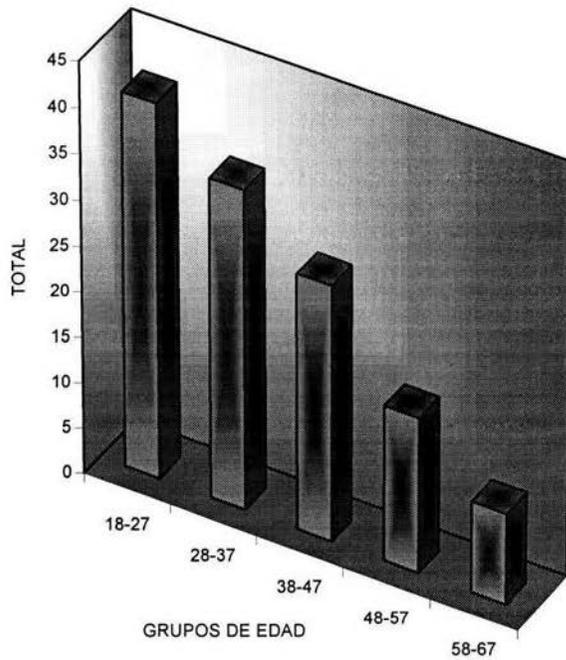
1. Mujeres con depresión.

2. Mujeres sin depresión y sin antec. de abuso sexual.

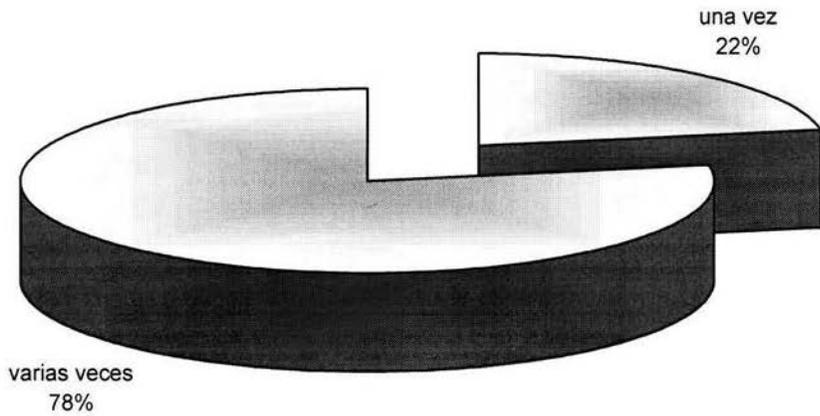
3. Mujeres con antec. de abuso sexual.

4. Mujeres con depresión y con antec. de abuso sexual.

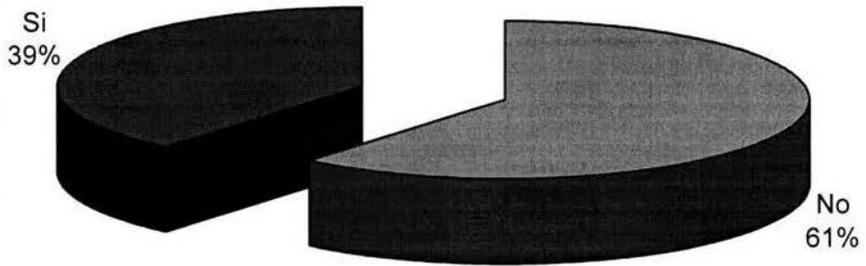
FRECUENCIA POR EDAD



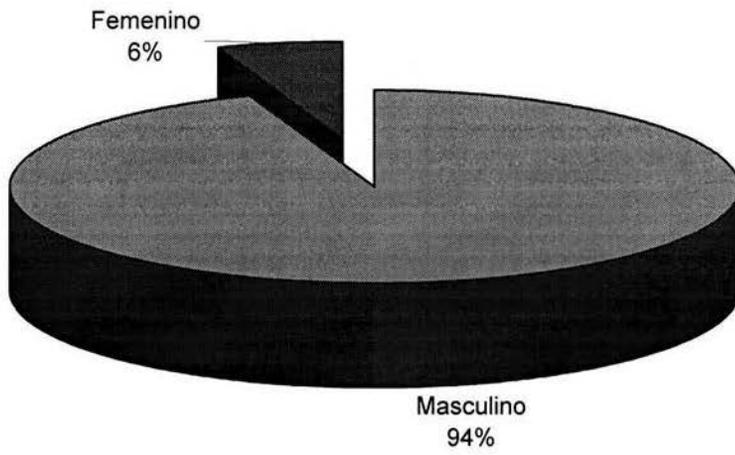
NUMERO DE ABUSOS.



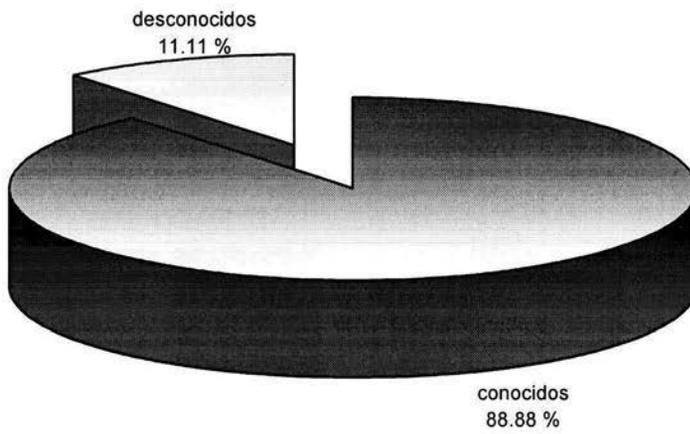
CULMINO EN VIOLACION O NO



DISTRIBUCION DE VICTIMARIOS POR SEXO.



PORCENTAJE DE VICTIMARIOS.



DISCUSIÓN.

En este estudio aparece una importante frecuencia de mujeres con depresión, que tuvieron la experiencia de abuso sexual a edades tempranas. Concordando con lo descrito es estudios anteriores tanto extranjeros como nacionales.

Los estudios realizados por Gonzáles y Ramos señalan que 2 de cada 10 pacientes que estudiaron con antecedente de abuso sexual presentaron depresión.

En estudios realizados por Wise y Zierler señalan que el 44% de las mujeres incluidas en su estudio presentaban antecedente de abuso sexual y depresión.

Como hemos señalado, la frecuencia de antecedente de abuso en mujeres con depresión fue significativa con una $P > 0.05$. Este hecho, acorde con el material publicado disponible, señala la necesidad de reconocer la importancia de una historia de abuso sexual a edades tempranas en el desarrollo de alteraciones emocionales, en este caso de depresión.

Cabe señalar que en este estudio no se tomaron en cuenta otros factores psicosociales que pudieran estar asociados a la sintomatología depresiva. En este sentido sería necesario realizar estudios comparando esta serie de factores que pudieran estar jugando un papel desencadenante en la depresión.

CONCLUSIONES.

En el campo de la Salud Mental sólo en la última década se ha hecho formalmente una reflexión de género, lo que ha significado un mejor entendimiento de las condiciones y circunstancias que afectan la Salud Mental de las mujeres.

En este estudio hemos pretendido explorar en forma descriptiva los problemas que se han ido reconociendo como importantes para la población femenina y que deben ser profundizados. Nuestros resultados evidenciaron la frecuencia de mujeres deprimidas con antecedente de abuso sexual, esto pudo deberse a uno de dos factores: a que en realidad hay una mayor cantidad de casos no reportados como lo reporta la bibliografía o a que la forma en la que se aplicaron los instrumentos facilitó las respuestas de las pacientes, pero permitió el incremento de falsos positivos. Por lo tanto, sería conveniente verificar esta situación en muestras más grandes, planteándose la necesidad de seguir investigando.

Si bien los resultados de este estudio son limitados, muestran la necesidad urgente de evitar que continúe este incidente, ya sea a nivel primario con programas de educación o a nivel secundario, con estrategias de detección y atención oportunas.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Tong L, Oates K, Mc Dowell M. Personality development following sexual abuse. *Child Abuse and Neglect* 1982;(11):371-83.
2. Mc Combie Sh. *The rape crisis intervention handbook*. New York: Plenum press 1980.
3. Finkelhorn D. *Abuso sexual al menor*. México: Pax-Mex 1980.
4. La Fontaine J. *Child abuse*. Great Britain: Polity press 1990.
5. Blume E S. *Secret survivors uncovering incest and its after affects in women*. New York: Wiley 1990.
6. Freshwater K, Leach C, Aldridge J. Personal constructs, childhood sexual abuse and revictimization. *British Journal of Medical Psychology* 2001; 74:379-97.
7. Briere J, Runtz M. Differential adult symptomatology associated with three types of child abuse histories. *Child Abuse and Neglect* 1990;3(14):357-64.
8. Mac Millan Harriet L, Fleming Jan E, Streiner David L, et al. Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *The American journal of psychiatry* 2001 November; 158(11):1878-83.
9. Levitan, Robert D, Parikh Sagar V, Lesage Alain D, et al. Major Depression in individuals with history of childhood physical or sexual abuse: Relationship to neurovegetative features, mania, and gender. *The American journal of psychiatry* 1998 December; 155(12):1746-52.
10. Raphael D. The effects of child sexual abuse and incest on the individual and the society. *The Human Lactation Center Westport* 1989:1-6.
11. González Forteza C, Ramos Lira L, Vignau Brambila L E, et al. El abuso sexual y el intento suicida asociados con el malestar depresivo y la ideación suicida de los adolescentes. *Salud Mental* 2001 Diciembre; 6(24): 16-25.
12. Kendler, Kenneth S, Gardner Charles O, Prescott Carol A. Toward a comprehensive developmental model for major depression in women. *The America journal of psychiatry* 2002 July;159(7):1133-45.
13. Burgess A, Holstrom L. Coping behavior of the rape victim. *American Journal of Psychiatry and Law* 1976; (133):413-18.
14. Euan B. *Adults molested as children: A survivor' s manual for women and men*. U.S.A: Safer Society Press 1989.
15. Cazoria G. *Alto a la agresión sexual*. México: Diana 1992.
16. Finkelhorn D, Korbin J. Child abuse as an international issue. *Child Abuse and Neglect* 1988; (12):323.
17. Fromuth M. The relationship of childhood sexual abuse with later psychological and sexual adjustment in a sample of college women. *Child Abuse and Neglect* 1986; (10):5-15.
18. Herman J, Hirschman L. Father-daughter incest signs. *Journal of women in culture and society* 1977;2:735-56.
19. Hill Jonathan, Pickles Andrew, Burnside Elizabeth, et al. Child sexual abuse, poor parental care and adult depression: evidence for different mechanisms. *The british journal of psychiatry* 2001 August; 179():104-09.

20. Wozencraft T. Depression and suicidal ideation in sexually abused children. *Child Abuse and Neglect* 1991;4(15):511.
21. Olvera M. La violación: Una expresión de poder con consecuencias biopsicosociales 1997. Tesina Fac. Psicología UNAM.
22. Bixler R. The multiple meanings of incest. *Journal Sex Res* 1983;(19):27.
23. Becker J. Level of post assault sexual functioning in rape and incest victims. *Arch Sex Behav* 1986;(15):37-49.
24. Lara Asunción. Estereotipos sexuales, trabajo extradoméstico y depresión en la mujer. *Salud Mental* 1999; número especial: 121-27.
25. Salinas Rodríguez J L. La aplicación de técnicas cognitivas y conductuales para el tratamiento de la depresión: Un caso. *Revista electrónica de Psicología Iztacala* 1998 Agosto; 1(1): 1-18
26. Ayres W, Dunne J. Practice parameters for the forensic evaluation of children and adolescents who may have been physically or sexually abused. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1997 October;10 S(36): 37-56.
27. Wise L, Zierler S, Harlow B, et al. Adult onset of major depressive disorder in relation to early life violent victimization : a case-control study. *The Lancet* 2001 September; (358):881-87.
28. Harkness, Kate L, Monroe Scott M. Childhood adversity and the endogenous versus nonendogenous distinction in women with major depression. *The american journal of psychiatry* 2002 march; 159(3):387-93.
29. Beck Aaron T, Weisman Arlene. The measurement of pessimism: The hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1974; 42 (6): 861-5.
30. Villegas Enedina Ma, Méndez Lourdes, Rodríguez Fabiola, et al. La estandarización del inventario de depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental* 1998 junio; 3(21): 26-31.

I.M.S.S.

DELEGACIÓN DOS NORESTE.
HOSPITAL REGIONAL DE PSIQUIATRÍA UNIDAD MORELOS.

Carta de consentimiento informado para el procedimiento de investigación.

A quien corresponda:

Yo _____
Declaro que por voluntad propia autorizo se recabe toda la información necesaria para llevar a cabo la investigación denominada :antecedente de abuso sexual en mujeres adultas con depresión, una vez que se me ha proporcionado información suficiente y clara para dicho procedimiento.

México, D. F. a ___ de _____ de _____.

Paciente: _____
Nombre y firma.

Testigo 1: _____
Nombre y firma.

Testigo 2: _____
Nombre y firma.

NOMBRE DEL PACIENTE _____ EDAD _____

Inventario de Beck

DESCRIBA COMO SE HA SENTIDO YA SEA LA SEMANA PASADA, INCLUSO HOY. LEA TODAS LAS FRASES EN CADA GRUPO ANTES DE HACER SU ELECCION Y MARQUE UNA.

- A. 0 No me siento triste.
 1 Me siento triste.
 2 Estoy triste todo el tiempo y no me puedo reponer.
 3 Estoy tan triste o infeliz que no lo puedo soportar.
- B. 0 No estoy particularmente desilusionado (a) del futuro.
 1 Estoy desilusionado (a) del futuro.
 2 Siento que no tengo perspectiva del futuro.
 3 Siento que el futuro es desesperanzador y que nada cambiará.
- C. 0 No siento que fallé.
 1 Siento que fallo más que una persona normal.
 2 Siento que existen muchas fallas en mi pasado.
 3 Siento una falla completa como persona.
- D. 0 Tengo tanta satisfacción de las cosas como siempre.
 1 No disfruto de las cosas como antes.
 2 No encuentro ya satisfacción real de nada.
 3 Estoy insatisfecho (a) o aburrido (a) de todo.
- E. 0 No me siento particularmente culpable.
 1 Me siento culpable buena parte del tiempo.
 2 Me siento muy culpable la mayor parte del tiempo.
 3 Me siento culpable todo el tiempo.
- F. 0 No siento que he sido castigado (a).
 1 Siento que podría ser castigado.
 2 Espero ser castigado.
 3 Siento que he sido castigado.
- G. 0 No me siento desilusionado (a) de mí.
 1 Estoy desilusionado (a) de mí.
 2 Estoy disgustado (a) conmigo.
 3 Me odio.
- H. 0 No me siento peor que nadie.
 1 Me critico por mi debilidad o por mis errores.
 2 Me culpo todo el tiempo por mis faltas.
 3 Me culpo por todo lo malo que sucede.
- I. 0 No tengo pensamientos de suicidarme.
 1 Tengo pensamientos de muerte pero no los realizaría.
 2 Me gustaría matarme.
 3 Me mataría si pudiera.
- J. 0 No lloro más de lo usual.
 1 Lloro más que antes.
 2 Lloro ahora todo el tiempo.
 3 Podía llorar antes pero ahora, aunque quiera, no puedo.
- K. 0 No soy más irritable de lo que era antes.
 1 Me siento molesto (a) o irritado (a) más fácil que antes.
 2 Me siento irritado (a) todo el tiempo.
 3 No me irrito ahora por las cosas que antes sí.
- L. 0 No he perdido el interés en otra gente.
 1 Estoy menos interesado (a) en otra gente que antes.
 2 He perdido mi interés en otra gente.
 3 He perdido todo mi interés en otra gente.
- M. 0 Tomo decisiones igual que siempre.
 1 Evito tomar más decisiones que antes.
 2 Tengo mayores dificultades para tomar decisiones ahora.
 3 No puedo tomar decisiones por completo.
- N. 0 No siento que me vea peor que antes.
 1 Me preocupa verme viejo (a) o poco atractivo (a).
 2 Siento que existen cambios permanentes en mí que me hacen lucir feo (a).
 3 Creo que me veo feo (a).

Paroxetina

Clave Cuadro Básico IMSS: 5481

- O. 0 Puedo trabajar tan bien como antes.
 1 Me cuesta un esfuerzo extra empezar a hacer algo.
 2 Tengo que impulsarme muy fuerte para hacer algo.
 3 No puedo hacer nada.
- P. 0 Puedo dormir tan bien como siempre.
 1 No puedo dormir tan bien como antes.
 2 Me despierto 1 ó 2 horas más temprano que lo usual y me cuesta trabajo volver a dormir.
 3 Me despierto varias horas más temprano de lo usual y no puedo volver a dormir.
- Q. 0 No me canso más de lo usual.
 1 Me canso más fácil que antes.
 2 Me canso de hacer casi cualquier cosa.
 3 Me siento muy cansado (a) de hacer cualquier cosa.
- R. 0 Mi apetito es igual que lo usual.
 1 Mi apetito no es tan bueno como antes.
 2 Mi apetito es mucho peor ahora.
 3 No tengo nada de apetito.
- S. 0 No he perdido peso.
 1 He perdido más de 2.5 kg.
 2 He perdido más de 5 kg.
 3 He perdido más de 7.5 kg.
 He intentado perder peso comiendo menos Sí _____ No _____
- T. 0 No estoy más preocupado (a) por mi salud que antes.
 1 Estoy preocupado (a) por problemas físicos como dolores y molestias.
 2 Estoy muy preocupado (a) por problemas físicos y es difícil pensar en otras cosas.
 3 Estoy tan preocupado (a) con mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más.
- U. 0 No he notado cambios en mi interés por el sexo.
 1 Estoy menos interesado (a) en el sexo que antes.
 2 Estoy mucho menos interesado (a) en el sexo ahora.
 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Resultados			
INCISOS	PUNTOS	INCISOS	PUNTOS
A		L	
B		M	
C		N	
D		O	
E		P	
F		Q	
G		R	
H		S	
I		T	
J		U	
K		TOTAL	

DIAGNOSTICO
OBSERVACIONES