



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA

“RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ”

*SÍNTOMAS DISOCIATIVOS EN PACIENTES
MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLACIÓN SEXUAL.*

TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
PSIQUIATRÍA PRESENTA:

ALEJANDRA BUSH MARTÍNEZ

Asesora teórica: Dra. Lourdes García Fonseca.

Asesora metodológica: Dra. Danelia Mendieta Cabrera.

México, DF., Mayo de 2011



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.

Agradecimientos.

A mis padres Silvia y Carlos por el tiempo, el esfuerzo, la paciencia, la atención, el dinero y el empeño con el que me brindaron una educación de calidad, misma que en gran parte, es la que me hizo alcanzar esta nueva meta...

A mi hermano Carlos, que a pesar de la distancia, el tiempo y la ausencia no deja de ser un motivo más para cada día ser mejor en todo, principalmente en mi profesión...

A mis tíos y doblemente padrinos Estela y Humberto por la motivación, comprensión, ayuda y sobretodo cariño y amor que toda mi vida me han mostrado...

A la Universidad Nacional Autónoma de México porque me ha dado mucho más de lo que llegué a imaginar: una profesión, un lugar, pertenencia y muchas de las personas que más que llamarlas "amigos" han sido mi segunda "familia"...

A mis tutoras: Dra. Lourdes García Fonseca y Danelia Mendieta Cabrera y al personal del Centro de Terapia de Apoyo a las Víctimas de Delitos Sexuales (CTA) quienes me brindaron su orientación y apoyo para la realización de esta tesis ...

A mis hermanos (amigos) que iniciaron la aventura (o más bien locura) de estudiar una de las profesiones más satisfactorias que pueda conocer: Medicina; a ti Erik J. Solares (QEPD), Michelle Escobedo, Adrián Peralta, Daruny Vázquez, Saidaly Ibarra, Enrique Campos, Nallely Moreno (La Flaca) y a aquellos miembros de mi segunda familia que la han ido agrandando y enriqueciendo en cada etapa y en el día a día en especial a Minerva Rodríguez (QEPD), Federico Garma, Georgina Morales, Tere Cabrera, José Luis Zavala, Brisa Garza y Ricardo Arévalo...

A la "Family" de quienes aprendí lo que realmente vale estar en una Institución como la UNAM y que desde 1999 hasta el día de hoy no dejan de enseñarme lo que vale una amistad y que a pesar de las diferencias si se trabaja por algo bueno en conjunto, el resultado va a ser aun mejor, así que gracias a: Arturo Aguilar, Karla Pagaza, Marisela y Luis Alberto López, Marcela García, Emmanuel González, Alejandro Chávarri, Moises King, Miguel Ramos y a los miembros honorarios y anexos: Victoria Romero, Vittorio Bonetti y Alberto Celis...

A aquellos que aparte de ser grandes amigos me han dado bastísimas enseñanzas no sólo académicas si no de vida, gracias al Dr. Manuel A. Muñoz, Dr. Ismael Aguilar, Dr. Azahed Bonilla,

Dr. Luis Antonio Moreno, Dra. Josefina Prado, Dra. Silvia Uribe y sobre todo a mi gran gran “hermano” el Dr. Tizithl Almanza a quien tanto extraño y quien me hace tanta falta además de ser el culpable de enlistarme en las filas de esta especialidad...

A personas que igualmente considero parte importantísima de mi vida y que muchas veces tuvieron que soportar el escucharme hablar de mis actividades en la carrera y de situaciones no muy agradables y a quienes quiero con toda mi alma: José Alberto Abad, Diana Lizzhaid Pérez, Paco Rincón (el Byrot), María Fernanda Buendía, la diputada Gutiérrez (La Cucha), Jo Campos, Gerardo Pérez Carrillo y familia, Italia Uribe, Aline Parrilla, Daniela Saab, Paola Everardo (La Oso), Karla Acosta, Samuel Flores (El Cereal) y familia y Raúl Ordoñez (el Rulo)...

A mis compañeros de generación (2008 – 2012) del INPRF en especial a la Gorda adorada (Jeremy Cruz), Mauricio Palma, José Antonio Jasso, Edén Sánchez, Jesús Suárez, Iván Vargas, Pablo Mayer, Izabelén Garza, David Luna, Mayra Carlos y Lidia Márquez quienes me dieron la oportunidad de compartir muchísimo más que mi lugar de trabajo...

A mis Rs mayores: Hamid Vega, Zurema Murillo, Kitzia Ruíz, Rina Zelaya, Enrique Gaspar, Mariana Zendejas, Dení Álvarez Icaza, Griselda Flores, Arlette Yunes, Gabriela Armas, Alonso Gutiérrez, Christian González, Nadia Morales, Laura Pérez, Hiram Ortega, Leonardo de Benito, Marcos Gallegos y Pablo Chalita por los excelentes momentos dentro y fuera de la Institución y sobre todo a mi compañero de vida el Dr. Carlos A. Miguel Bueno...

Y finalmente a mis adoradas mascotas... mis gatos Atala, Frida, Mina y Tobías que hoy en día constituyen parte de mi familia y quienes me han acompañado en momentos difíciles de debilidad, soledad, histeria, tristeza, frustraciones, enojos e impotencias sin mayores cuestionamientos.

Mayo de 2011

Tabla de Contenidos

MARCO DE REFERENCIA	5
JUSTIFICACIÓN	14
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	15
OBJETIVOS	15
OBJETIVO GENERAL	15
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
MATERIAL Y MÉTODOS	17
TIPO DE ESTUDIO	17
POBLACIÓN EN ESTUDIO; SELECCIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	17
CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN	17
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN DE LOS CASOS:	17
CRITERIOS DE ELIMINACIÓN DE LOS CASOS:	18
PROCEDIMIENTO	21
IMPLICACIONES ÉTICAS	23
ORGANIZACIÓN	23
RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES.	23
EVALUACIÓN DE COSTOS.	
RESULTADOS	24
DISCUSIÓN	31
REFERENCIAS	34
ANEXOS	36
I. CONSENTIMIENTO INFORMADO	37

Marco de referencia

La característica esencial de los trastornos disociativos consiste en una alteración de las funciones integradoras de la conciencia, la identidad, la memoria y la percepción del entorno; esta alteración puede ser repentina o gradual, transitoria o crónica (DSM-IV- TR). Existen 5 tipos de trastornos disociativos:

Amnesia disociativa. Se caracteriza por una incapacidad para recordar información personal importante, generalmente de naturaleza traumática o estresante, que es demasiado amplia para ser explicada por el olvido ordinario.

Fuga disociativa. Se caracteriza por viajes repentinos e inesperados lejos del hogar o del puesto de trabajo, acompañados de incapacidad para recordar el propio pasado, de confusión acerca de la propia identidad y asunción de otra identidad nueva.

Trastorno de identidad disociativa. Se caracteriza por la presencia de uno o más estados de identidad o personalidad que controlan el comportamiento del individuo de modo recurrente junto a una incapacidad de recordar información personal importante, que es demasiado amplia para ser explicada por el olvido ordinario. Es un trastorno más caracterizado por fragmentación de la identidad que por una proliferación de personalidades separadas.

Trastorno de despersonalización. Se caracteriza por una sensación persistente y recurrente de distanciamiento de los procesos mentales y del propio cuerpo junto a la conservación del sentido de realidad.

Trastorno disociativo no especificado. Se refiere a aquellos trastornos en los que la característica predominante es un síntoma disociativo que no cumple los criterios para el diagnóstico de un trastorno disociativo específico.

En la **amnesia disociativa** se produce una alteración reversible de la memoria que impide al paciente recordar verbalmente experiencias previas o que en el caso de recordarlas temporalmente, no pueden retenerse por completo en la conciencia. Así

mismo se han descrito varios tipos de alteración de la memoria. En la **amnesia localizada** el individuo no puede recordar los acontecimientos que se han presentado durante un periodo de tiempo circunscrito, por lo general las primeras horas que siguen a un acontecimiento profundamente perturbador. En la **amnesia selectiva** el individuo puede recordar algunos (aunque no todos) acontecimientos que se han presentado durante un periodo de tiempo circunscrito. En la **amnesia generalizada** la imposibilidad de recordar abarca toda la vida del individuo, las personas con este extraño trastorno acuden generalmente a la policía, a los servicios de urgencias o al hospital general. La **amnesia continua** se define como la incapacidad para recordar acontecimientos que han tenido lugar desde un momento determinado hasta la actualidad. La **amnesia sistematizada** es una pérdida de memoria para ciertos tipos de información como los recuerdos asociados a la propia familia o con alguien en particular.

La *amnesia disociativa* se puede presentar a cualquier edad, desde la infancia hasta la edad adulta. La manifestación primordial en la mayoría de los individuos es la presencia de lagunas de memoria retrospectivas. La duración de los episodios de amnesia puede comprender desde minutos hasta años. El individuo puede explicar un solo episodio de amnesia, aunque frecuentemente suelen ser dos o más. Quienes han presentado un episodio de amnesia disociativa pueden presentar una mayor predisposición a sufrir más episodios después de vivir acontecimientos traumáticos. La amnesia de tipo agudo desaparece a veces espontáneamente si se aparta al individuo de la situación que ha originado el trastorno. Los individuos que padecen amnesia de tipo crónico recobran en ocasiones la memoria gradualmente. Otros desarrollan una forma crónica de amnesia.¹

Con respecto a la violencia, es conocido que desde el inicio de la humanidad ha formado parte de nuestra historia. Se considera un elemento integral de las estructuras de poder históricamente desiguales y constituye un obstáculo para proponer y establecer la equidad, el desarrollo y la paz. La violencia se expresa en múltiples manifestaciones, entre ellas, la violencia familiar, sexual y contra las mujeres (basada en la inequidad de género) y afecta a todos los grupos de la población independientemente de sus características sociales, económicas, religiosas, educativas o étnicas. En el ámbito de la salud, concretamente, se constituye como un factor de riesgo que ocasiona numerosos y serios problemas en la salud física, mental, sexual y reproductiva de los individuos y de las sociedades, tanto en el plano de lo inmediato como en el largo plazo. En las últimas

décadas se ha registrado un creciente reconocimiento del fenómeno de la violencia contra las mujeres y el tema se ha ubicado en un lugar destacado en la agenda internacional. Prácticamente todos los organismos multilaterales dedicados a la salud, a los derechos humanos y al desarrollo económico y social se han ocupado, cada uno desde los límites de sus propios mandatos y vocaciones, de este problema. Todos estos organismos coinciden en que la violencia y en especial la violencia contra la mujer es una de las variantes más perniciosas y expandidas de la violencia y subrayan que es consecuencia de la aplicación de estructuras sociales sexuadas de dominación. Desde 1993, año en que se aprobó la *Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer* (ONU) y en la que se reconoció que este tipo de violencia constituye uno de los mecanismos sociales fundamentales por los que se fuerza a la mujer a una situación de subordinación con respecto al hombre, se ha ido reforzando su abordaje. Como un tema vinculado con la dignidad del ser humano, en la *Cumbre Mundial sobre Derechos Humanos* en 1993 se especificó que los derechos humanos de mujeres y niñas son parte integrante, inalienable e indivisible de los derechos humanos universales. Todo tipo de violencia, motivada por el uso del poder contra personas más débiles, bien sea por subordinación, minusvalía o marginación, atenta contra los derechos humanos y es una ofensa a la dignidad humana. En este contexto, la violencia y todas las formas de acoso y explotación contra las mujeres son incompatibles con la dignidad de la persona y por tanto deben ser eliminadas. Así mismo, en la *IV Conferencia Mundial sobre la Mujer* en 1995, se reconoció, de manera expresa, que la violencia contra la mujer es una violación a los derechos humanos y un obstáculo para el pleno disfrute de los mismos. En el continente americano, la *Organización de los Estados Americanos* aprobó la *Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer*, conocida como *Convención Belém del Pará*, en la cual se reconoce que la violencia contra mujeres y niñas entorpece el ejercicio pleno de derechos fundamentales como son el derecho a la vida, a la salud, a la educación y a la integridad física.

Más recientemente, la violencia contra la mujer fue objeto de atención como problema de salud pública y fue reconocido como tal por la *Organización Mundial de la Salud* (OMS), el *Banco Mundial* y el *Fondo de Población de las Naciones Unidas* (FNUAP), entre otros. Desde esta perspectiva, la violencia contra la mujer se traduce en muertes, enfermedad y disminución en la calidad de vida. El análisis parte de que se trata de un evento predecible y por lo tanto prevenible para controlarlo y contribuir a su disminución. Lo

anterior implica la identificación de grupos con mayor vulnerabilidad y la elaboración de estrategias de prevención y atención².

La violencia también es definida como un fenómeno que se produce por las relaciones asimétricas de poder entre las personas, así como por las desigualdades sociales; es por esto que existen grupos vulnerables para sufrir algún tipo de violencia, como las mujeres, las niñas, los niños, las personas adultas mayores, etc. Estos grupos se encuentran en una situación de subordinación en el lugar que ocupan en la sociedad y por lo tanto están más expuestos a vivir en situaciones de violencia física, psicológica y sexual³³.

La violencia sexual abarca el sexo bajo coacción de cualquier tipo incluyendo el uso de fuerza física, las tentativas de obtener sexo bajo coacción, la agresión mediante órganos sexuales, el acoso sexual incluyendo la humillación sexual, el matrimonio o cohabitación forzados incluyendo el matrimonio de menores, la prostitución forzada y comercialización de mujeres, el aborto forzado, la denegación del derecho a hacer uso de la anticoncepción o a adoptar medidas de protección contra enfermedades, y los actos de violencia que afecten a la integridad sexual de las mujeres tales como la mutilación genital femenina. Puede existir violencia sexual entre miembros de una misma familia y personas de confianza, y entre conocidos y extraños. La violencia sexual puede tener lugar a lo largo de todo el ciclo vital, desde la infancia hasta la vejez, e incluye a mujeres y hombres, ambos como víctimas y agresores. Aunque afecta a ambos sexos, con más frecuencia es llevada a cabo por niños y hombres a niñas y mujeres³.

La NOM-046-SSA2-2005 *“Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención”*, define a la violencia sexual como *“todo acto sexual, la tentativa de consumir un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo”*.

La violencia sexual ocasiona graves consecuencias en la salud física y mental y además por su frecuencia constituye un problema de salud pública, sin embargo es poco abordado por quienes brindar atención médica. La violación sexual, es un tipo de violencia sexual, que ocasiona consecuencias inmediatas, mediatas y a largo plazo en la persona que sufre este tipo de violencia, así como en su entorno⁴.

La violación sexual es la penetración vaginal, anal u oral con el pene y/o cualquier otro tipo de órgano u objeto usando la fuerza o la coerción. Las relaciones sexuales forzadas son, casi siempre violentas. Sin embargo, no siempre la violación sexual ocasiona secuelas o lesiones físicas evidentes, ya que frecuentemente se realiza bajo coerción moral o psicológica, como en el caso de las niñas y niños, o cuando el agresor es una persona conocida de la víctima⁵.

El *Código Penal del Distrito Federal*, en su artículo 179 define a la Violación sexual como una agresión sexual que consiste en *“acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o introducción de miembros corporales u objetos por alguna de las dos primeras vías”*.

Para el *Código Penal Federal*, la violación sexual implica la realización de la cópula con una persona por medio de la violencia física o moral. *“Se entiende por cópula la introducción del miembro viril en el cuerpo de la víctima por vía vaginal, anal u oral, independientemente de su sexo”*.

Se considerará también como violación sexual, al que introduzca por vía vaginal o anal cualquier elemento o instrumento distinto al miembro viril, por medio de la violencia física o moral, sea cual fuere el sexo del ofendido.

Así mismo, el Código Penal Federal, define a la violación sexual equiparada como:

1. Al que sin violencia realice cópula con persona menor de doce años de edad.
2. Al que sin violencia realice cópula con persona que no tenga la capacidad de comprender el significado del hecho o por cualquier causa no pueda resistirlo.
3. Al que sin violencia y con fines lascivos, introduzca por vía anal o vaginal cualquier elemento o instrumento distinto del miembro viril en una persona menor de doce años de edad o persona que no tenga capacidad de comprender el significado del hecho, o por cualquier causa no pueda resistirlo, sea cual fuere el sexo de la víctima.

Este acto puede ser realizado por un solo agresor y sin ningún tipo de agravantes, y se conoce como violación simple; o con la participación de dos o más sujetos⁶.

Antecedentes

De acuerdo con la cuarta edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV)* las características esenciales de la disociación son la alteración en la integración normal de las funciones de conciencia, memoria, identidad y percepción del ambiente¹. Los recuerdos del trauma y los fragmentos no esperados de la disociación son activados por el estímulo y se traducen en síntomas psicológicos (amnesia, esquemas cognitivos de maldad e inutilidad, imágenes intrusivas y emociones alteradas) así como también en síntomas somatomorfos (dolor físico, parestesias, sensaciones intrusivas y respuesta autonómica espontánea)⁷.

La disociación es el proceso en el que normalmente las experiencias psicológicas relacionadas y los eventos se separan el uno del otro y resultan en una distorsión de la experiencia con sutiles y profundas alteraciones en la interpretación del significado de los eventos personales e interpersonales. La despersonalización se puede pensar como un mecanismo de control inconsciente y desesperado para disminuir los efectos abrumadores tales como terror, horror e impotencia⁸.

Los pacientes con trastornos disociativos reportan la frecuencia más alta de trauma infantil de entre todas las categorías psiquiátricas⁹ y poseen una extensa comorbilidad en el eje I y II del diagnóstico multiaxial¹⁰.

Un número importante de trastornos psiquiátricos, incluidos los trastornos de personalidad poseen comorbilidad con trastornos disociativos o contienen síntomas disociativos en sus criterios diagnósticos^{11,12,13,14,15,16}. El abuso sexual en la infancia y la disociación se asocian de manera independiente a otros indicadores de alteraciones en la salud mental incluidos la *suicidabilidad*, las autolesiones y la agresión sexual¹⁷. Un trastorno disociativo, por sí mismo, puede tomar la forma de una psicosis^{18,19}, aunque nunca se ha considerado parte de una clasificación oficial, la *psicosis disociativa* (previamente conocida como psicosis histérica) ha sido reconocida por los clínicos^{20,21}. La *psicosis disociativa* es una condición aguda que no dura más de algunas semanas; se ha reconocido también que algunas *psicosis disociativas* pueden simular una esquizofrenia aguda o un episodio maniaco o delirante y éste cede abruptamente y sin dejar secuela alguna²².

Ocasionalmente la amnesia puede prolongarse después de que el episodio de la psicosis aguda termina. La *psicosis disociativa* puede ocurrir también en pacientes con trastorno de identidad disociativa como resultado de una descompensación posterior a un evento estresante de vida²³.

Con respecto a los instrumentos de medición de los que se dispone para evaluar los trastornos disociativos, la mayoría de los autores emplean la *Escala de Experiencias Disociativas* (DES) y la *Entrevista Clínica Estructurada Revisada para los Trastornos Disociativos* del DSM-IV (SCID-D-R)^{24,25}. La *Escala de Experiencias Disociativas* (DES) se utiliza mejor como un método de tamizaje previo al uso de mediciones más acuciosas como el SCID-D-R, ya que las investigaciones actuales sugieren que el fenómeno de disociación no es unidimensional y más allá de ello, el estudio del fenómeno debe ser multidimensional.

La SCID-D-R se ha reconocido como el instrumento de medición más útil de las entrevistas estructuradas para los trastornos disociativos, debido a que es la única que provee diagnósticos exactos del DSM-IV y por su formato semiestructurado²⁵, además determina las cinco variantes de los trastornos disociativos: amnesia, despersonalización, desrealización, identidad disociativa y fuga disociativa. Este instrumento es considerado como el estándar de oro para el diagnóstico de los trastornos disociativos, en parte por su buena confiabilidad y también porque ha mostrado buenos resultados al intentar diferenciar los casos de trastornos disociativos simulados de los trastornos disociativos reales, por lo que los autores coinciden es que es de gran ayuda para diagnosticar los casos complicados^{26,27}.

Una definición de trauma psíquico es la pérdida de cohesión en el mundo interno, en la realidad externa y entre ambas, creando la pérdida de la armonía psíquica en un punto del tiempo dado y a lo largo de la vida, en este sentido, la disociación y el trauma son conceptos que se disuelven entre sí. Una aproximación al trauma, sin entender la disociación, permanece sin tener sentido desde el punto de vista de la sociopsicología y la psiquiatría. Estudios independientes de varios países han demostrado claramente que los trastornos disociativos constituyen un problema común de salud mental, no sólo en la práctica clínica, sino también en la comunidad²⁸.

Al realizar cualquier investigación sobre violencia sexual en México, es importante tener en cuenta los criterios establecidos en la *NORMA OFICIAL MEXICANA. NOM-046-SSA2-2005. “Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.”* Entre los objetivos de esta Norma Oficial Mexicana se encuentran el establecer los criterios que se tienen que observar en la detección, la prevención, la atención médica y la orientación que se proporciona a las usuarias y los usuarios de los servicios de salud en general y en particular a quienes se encuentren involucradas e involucrados en situaciones de violencia familiar o sexual⁴. Así mismo, establece los criterios a observar para la investigación clínica, epidemiológica y de salud pública sobre violencia familiar o sexual, que permitan la cuantificación y la identificación de sus causas y determinantes sociales, culturales y económicas, los factores asociados, así como sus repercusiones en la salud social y colectiva.

Con respecto a su campo de aplicación la *NOM-046-SSA2-2005. “Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención”* es de observancia obligatoria para las instituciones del Sistema Nacional de Salud, así como para los prestadores y las prestadoras de servicios de salud de los sectores público social y privado que componen el Sistema Nacional de Salud.

Algunas definiciones que son de importancia para este proyecto de investigación y que están incluidas en la *NOM-046-SSA2-2005. “Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención”* son:

- Atención médica de violencia familiar o sexual. *Conjunto de servicios de salud que se proporcionan con el fin de promover, proteger y procurar restaurar al grado máximo posible la salud física y mental, de las y los usuarios involucrados en situación de violencia familiar y/o sexual. Incluye la promoción de relaciones no violentas, la prevención, la detección y el diagnóstico de las personas que viven esa situación, la evaluación del riesgo en que se encuentran, la promoción, protección y procurar restaurar al grado máximo posible su salud física y mental a través del tratamiento o referencia a instancias especializadas y vigilancia epidemiológica.*
- Detección de probables casos. *Las actividades que en materia de salud están dirigidas a identificar a las o los usuarios que se encuentran involucrados en situación*

de violencia familiar o sexual, entre la población en general.

- *Indicadores de violencia sexual.* Síntomas y signos físicos -lesiones o infecciones genitales, anales, del tracto urinario u orales- o psicológicos -baja autoestima, ideas y actos autodestructivos, trastornos sexuales, del estado de ánimo, de ansiedad, de la conducta alimenticia, por estrés postraumático; abuso o dependencia a sustancias, entre otros-, alteraciones en el funcionamiento social e incapacidad para ejercer la autonomía reproductiva y sexual.*

**Debidos a violencia familiar, sexual y contra las mujeres.*

- *Maltrato sexual. Acción mediante la cual se induce o se impone la realización de prácticas sexuales no deseadas o respecto de las cuales se tiene la imposibilidad para consentir.*
- *Persona con discapacidad. Toda persona que presenta una deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social.*
- *Violación. Delito que se tipifica con esa denominación en los códigos penales federal y local.*
- *Violencia contra las mujeres. Cualquier acción u omisión, basada en su género, que les cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte, tanto en el ámbito privado como en el público; a) que tenga lugar al interior de la familia o en cualquier otra relación interpersonal, ya sea o no que el agresor comparta el mismo domicilio que la mujer, b) que tenga lugar en la comunidad y sea perpetrada por cualquier persona.*
- *Violencia sexual. Todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo.*

Además, la NOM-046-SSA2-2005. “Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención” establece los siguientes criterios, con relación a:

Tratamiento y a la rehabilitación:

- 6.3.1. *Se debe brindar a las y los usuarios involucrados en situación de violencia familiar o sexual una atención integral a los daños tanto psicológicos como físicos, así como a las secuelas específicas, refiriéndolos, en caso de ser necesario, a otros servicios, unidades médicas, instituciones y organismos con mayor capacidad resolutive, para proporcionar los servicios necesarios para los cuales estén facultados, conforme lo establezcan las disposiciones aplicables y los lineamientos técnicos que al efecto emita la Secretaría de Salud, de conformidad con la presente Norma.*
- 6.3.2. *Se debe referir a las y los usuarios involucrados en situación de violencia familiar o sexual a servicios de atención especializada en atención a la misma de las instituciones de salud, a los servicios de salud mental o a otros servicios de especialidades incluidos los refugios, de acuerdo al tipo de daños a la salud física y mental o emocional presentes, el nivel de riesgo estimado, así como la capacidad resolutive.*
- 6.3.4. *En todos los casos se deberá ofrecer atención psicológica a las personas que viven o han vivido en situaciones de violencia familiar o sexual, de acuerdo al nivel de la misma.*
- 6.3.5. *Establecer procedimientos específicos para la atención médica de las o los usuarios involucrados en violencia familiar o sexual en los servicios de salud mental o de otras especialidades de acuerdo con los lineamientos de cada institución, apegados a la normatividad vigente.*
- 6.3.6. *Proporcionar rehabilitación para mejorar la capacidad de la o el usuario para su desempeño físico, mental y social.*

Justificación

La violación sexual es un trauma que afecta la vida de miles de mujeres alrededor del mundo, las estadísticas de violaciones sexuales son inexactas debido a que un gran número de casos no son reportados. Científicos y clínicos han enfocado su atención en el delito en sí mismo y en las personas que lo cometen; sin embargo, menores esfuerzos se han dedicado a la víctima de la violación sexual y las consecuencias psicológicas del trauma.

En diversas investigaciones llevadas a cabo todas las víctimas de violación sexual han evidenciado la presencia de una amplia variedad de síntomas que van desde miedos, ansiedad, fobias, depresión, pesadillas y más recientemente la presencia de síntomas disociativos que pueden entorpecer el proceso legal de denunciar este tipo de crímenes. Desde los años 80's diferentes grupos de investigadores como Foa, Steketee & Rothbaum, Spiegel, Hunt & Dondeshine se han enfocado a observar los fenómenos disociativos presentados después de un evento traumático documentándolos después de eventos como el abuso sexual, los desastres naturales y las guerras. Las investigaciones realizadas hasta el momento se han llevado a cabo principalmente en veteranos de guerra, sin embargo en los estudios realizados en mujeres que buscan atención psiquiátrica con antecedente de violación sexual se detectó que obtenían puntajes significativamente mayores en instrumentos de medición como la *Escala de Experiencias Disociativas* la cual mide la tendencia a experimentar alteraciones preceptuales en comparación con mujeres sin el antecedente de abusos previos. Asimismo, está reportado que en etapas tardías, algunas/os pacientes desarrollan psicopatología severa, si no se les brinda una adecuada intervención temprana²⁹. En México no existen reportes previos sobre la valoración de este fenómeno.

Dado que la violencia sexual es un problema de salud pública que involucra una perspectiva multidisciplinaria: médica, jurídica, psicológica, psiquiátrica y sociológica (de trabajo social y sociología), demanda un tratamiento asistencial ya que este tipo de agresión sexual deja efectos psicológicos negativos a corto y largo plazo, como ya se refirió previamente. Una de las razones por las que este problema no se atiende bajo la perspectiva de la salud pública es la carencia de datos; la principal causa puede ser la

dificultad para la obtención de información por lo que con esta investigación se pretende que esta información sea útil para la realización de estudios posteriores en aras de determinar los factores etiológicos que desarrollan esta patología, así como brindar una atención médica integral a las víctimas de violación.

Pregunta de investigación

¿Cuál es la frecuencia y los tipos más frecuentes de síntomas disociativos presentes en pacientes mujeres, que acuden al *Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente* o al *Centro de Terapia de Apoyo para Víctimas de Delitos Sexuales* de la PGJDF (CTA), con antecedente de violación sexual en el último año?

Objetivos

Objetivo General

- Determinar la frecuencia y el tipo de síntomas disociativos en pacientes mujeres con antecedente de violación sexual en el último año.

Objetivos Específicos

- Determinar la frecuencia de síntomas disociativos en pacientes mujeres con antecedente de violación sexual en el último año.
- Determinar el tipo de síntoma(s) disociativo(s) más frecuentes en pacientes mujeres con antecedente de violación sexual en el último año.
- Determinar la presencia de trastorno disociativo según DSM-IV en pacientes mujeres con antecedente de violación sexual en el último año.

- Determinar la frecuencia de trastorno psiquiátrico según DSM-IV en pacientes mujeres con antecedente de violación sexual en el último año.
- Determinar si existe relación entre la severidad de sintomatología disociativa y el número de diagnósticos psiquiátricos.

Material y métodos

Tipo de estudio

- Descriptivo, transversal y homodémico.

Población en estudio, selección y tamaño de la muestra

Muestra conformada por 100 pacientes mujeres con antecedente de violación sexual en el último año.

Sujetos

Se incluirán pacientes mujeres que acudan a la consulta externa de la *Clínica de Género y Sexualidad* del *Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz* o al *Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales*, de la PGJDF (CTA), que hayan sido víctimas de violación sexual en el periodo comprendido entre los años 2010 y 2011.

Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Criterios de inclusión de casos:

- Pacientes mujeres.
- Mayores de 18 años de edad.
- Con antecedente de violación sexual en el último año.
- Que acepten participar en el estudio y que firmen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión de los casos:

- Antecedente de síntomas psicóticos a lo largo de la vida.

- Retraso mental o proceso demencial.
- Enfermedad neurológica conocida.

Criterios de eliminación de los casos:

- Mujeres que no completen la evaluación y/o el proceso, así como aquellas que retiren su consentimiento informado para la valoración.

Variables y escalas de medición

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	INSTRUMENTO DE MEDICION
Severidad de síntomas disociativos	Ordinal	SCID-D
Diagnóstico psiquiátrico	Nominal	MINI
Diagnóstico de trastornos disociativos	Nominal	SCID-D
Violación sexual	Nominal	Autoreporte / NOM-046-SSA2-2005

Definición conceptual de las variables

Síntomas disociativos.

La disociación es el proceso en el que normalmente las experiencias psicológicas relacionadas y los eventos se separaran el uno del otro y resultan en una distorsión de la experiencia con sutiles y profundas alteraciones en la interpretación del significado de los eventos personales e interpersonales; este concepto que comprende los siguientes síntomas: amnesia, conversión, despersonalización, trances, alteración del yo, desrealización, conciencia de la presencia de otros, confusión de identidad, flashbacks, alucinaciones auditivas y visuales.

Violación sexual.

El concepto más común de violación es: la realización de la cópula con una persona por medio de la violencia física o moral.

Para la presente investigación, de acuerdo con la definición de violencia sexual que sugiere la NORMA OFICIAL MEXICANA. *NOM-046-SSA2-2005 "Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención"*, la definición de violación sexual a considerar es la que aparece en el *Código Penal Federal de México*, el cual:

- Define a la cópula como *"la introducción del miembro viril en el cuerpo de la víctima por vía vaginal, anal u oral, independientemente de su sexo"*.
- Considera como violación sexual, a la introducción forzada de objetos, instrumentos o partes del cuerpo distintas al miembro viril, en la cavidad anal o vaginal de la víctima, este tipo de violación se denomina instrumentada y en algunas entidades federativas se le llamada impropia o equiparada.
- Considera como violación equiparada a la penetración anal, oral o vaginal aunque se haya obtenido consentimiento, con: persona menor de doce, trece o catorce años de edad.
- Denomina a las relaciones sexuales forzadas dentro del matrimonio, en algunas entidades de la República, como violación entre cónyuges y en otras se considera como violación en general.

Instrumentos de medición.

Se incluirá una hoja de Excel de concentración de datos que incluya información sociodemográfica de la muestra a estudiar.

- La SCID-D *Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos Disociativos* del DSM-IV evalúa la severidad de los cinco tipos de síntomas disociativos posteriores al trauma y diagnostica los trastornos disociativos en base a los criterios del DSM-IV en pacientes con diagnóstico en los ejes I y II; valora la presencia de fuga disociativa, trastornos de despersonalización, amnesia disociativa y el trastorno de identidad disociativa así como los trastornos disociativos no especificados a través de preguntas

abiertas, cerradas e individualizadas de seguimiento y otras nueve secciones adicionales para la exploración de aspectos específicos de alteraciones en la identidad como sentimientos de posesión, cambios de humor repentinos, etc., formato que permite elaborar descripciones informativas de las experiencias disociativas. Así mismo, la SCID-D permite al entrevistador evaluar los síntomas disociativos en poblaciones psiquiátricas y no psiquiátricas independientemente de los cambios en los criterios diagnósticos para los trastornos disociativos del DSM-IV así como valorar trastornos que pudieran definirse en futuras revisiones del DSM-IV incluidos en el apartado de trastornos disociativos no especificados. Originalmente este instrumento fue desarrollado en base a los criterios del DSM-III-R, pero fue actualizada para su publicación en 1993 incluyendo los criterios del DSM-IV para trastornos disociativos. El *Instituto de Salud Mental de Estados Unidos* (por sus siglas en inglés *NIMH - National Institute of Mental Health*) condujo ensayos de campo reportando una confiabilidad de buena a excelente y una validez discriminatoria para cada uno de los cinco síntomas disociativos, así como para los trastornos disociativos resultados que han sido replicados por algunos otros autores (Goff, Olin, Jenike, Baer, Buttolph (1992) en Harvard y por Boon y Draijer (1991) en Amsterdam)²⁵.

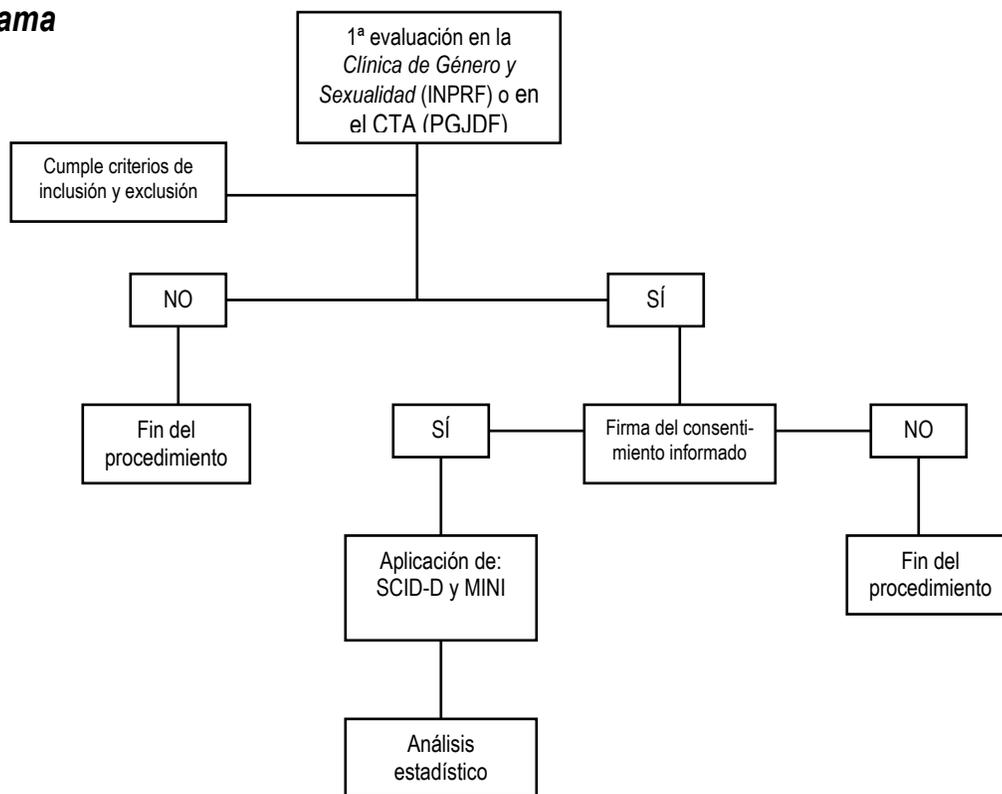
- La *MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional* es una entrevista diagnóstica estructurada, de duración breve. Explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y de la CIE-10. Esta entrevista está dividida en módulos, identificados por letras, cada uno correspondiente a una categoría diagnóstica. Al comienzo de cada módulo (con excepción del módulo de trastornos psicóticos) se presentan en un recuadro gris, una o varias preguntas “filtro” correspondientes a los principales criterios diagnósticos del trastornos. Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas, permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos para distintos trastornos psiquiátricos. Esta entrevista estructurada permite hacer comparaciones clínicas entre diversos centros y tiene la capacidad de reducir la variabilidad diagnóstica para un mejorar la calidad de atención³⁰. Se han realizado varios estudios de validez y confiabilidad comparándolo con el SCID-P para el DSM-III-R y el CIDI. Se ha demostrado que es altamente sensible, ya que un gran porcentaje de pacientes con trastornos psiquiátricos pueden ser detectados. Es una prueba específica ya que tiene la cualidad de detectar a los pacientes que no cumplen con los criterios para un trastorno psiquiátrico.

Procedimiento

Las pacientes mujeres serán incluidas mediante el siguiente procedimiento:

1. Tras la evaluación de las pacientes mujeres de la *Clínica de Género y Sexualidad* del *Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón De la Fuente* y del *Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales*, de la PGJDF (CTA) que cumplan con los criterios de inclusión y de exclusión, se procederá a explicar en qué consiste el estudio.
2. Todas las pacientes recibirán información verbal y escrita detallada de las implicaciones de la participación en el estudio y firmarán el consentimiento informado aprobado por el comité de ética de este instituto, asimismo se les informará que todos los datos recabados tendrán carácter confidencial.
3. Una vez que las mujeres acepten participar y firmen la hoja de consentimiento informado, se les programará una segunda cita para aplicar el SCID-D y el MINI en un tiempo aproximado de 60 a 90 minutos.
4. Posteriormente se procederá a realizar el análisis estadístico en el que se obtendrá el promedio de frecuencia y porcentaje para la descripción de la muestra.
5. Finalmente para la correlación entre los síntomas disociativos y el número de diagnósticos psiquiátricos se utilizará el *Coefficiente de Correlación de Spearman*.

Flujograma



Implicaciones éticas

Investigación con riesgo mayor que el mínimo.

Se considera que la investigación es de riesgo mínimo ya que incluye la realización de entrevistas de tamizaje y diagnóstico a pacientes mujeres, en la que no se manipulará la conducta del sujeto. No obstante, dadas las posibles consecuencias psicológicas subsecuentes, la aplicación de las evaluaciones se llevará a cabo solamente posterior a recibir el consentimiento informado por parte de la paciente, quién tendrá la libertad de abandonar el estudio en el cualquier momento que desee. Se hará énfasis en el hecho de que en caso de que la paciente no acepte participar en el estudio no afectará en lo absoluto la calidad de atención que se le proporcione. Si se detecta cualquier condición médica o psiquiátrica que amerite atención urgente y/o especializada, se le informará a la paciente, a su familiar y a su médica/o tratante. En caso necesario será referida al servicio en donde pueda obtener la atención médica que precise, incluyendo el servicio de Atención Psiquiátrica Continua (APC) del *Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz*, o bien a alguna otra instancia del sector salud para recibir atención de urgencia y/o especializada.

Organización

Recursos humanos y materiales.

Captación de pacientes mujeres en la *Clínica de Género y Sexualidad* del INPRF o en el *Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales*, de la PGJDF (CTA), a las cuales les serán aplicadas las entrevistas diagnósticas y las escalas por parte de la investigadora.

Evaluación de costos.

Serán solventados con recursos de la evaluadora, previa aprobación del *Comité de Ética* del *Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz*.

Resultados

En este estudio se incluyeron 100 pacientes mujeres que sufrieron violación sexual por diferentes vías de penetración (tabla 3). Con respecto a las características sociodemográficas del grupo de mujeres evaluadas el promedio de edad fue de 25.39 años, 37% con escolaridad secundaria, originarias en su mayoría de la ciudad de México (75%) y residentes (83%) (Tabla 1)

Tabla 1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRAFICAS DE LAS PACIENTES MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLACIÓN SEXUAL EN EL ÚLTIMO AÑO (n=100)

VARIABLES

Promedio de edad (años)	25.39
Escolaridad (Grado alcanzado)	n (%)
Primaria	21 (21)
Secundaria	37 (37)
Preparatoria	20 (20)
Carrera Técnica	9 (9)
Licenciatura	13 (13)
Lugar de origen,	n (%)
Distrito Federal	75 (75)
Estado de México	9 (9)
Morelos	2 (2)
Hidalgo	4 (5)
Oaxaca	2 (2)
Puebla	3 (3)
Chiapas	1 (1)
San Luis Potosí	1 (1)
Guerrero	3 (3)
Lugar de residencia,	n (%)
Distrito Federal	83 (83)
Estado de México	15 (15)
Morelos	1 (1)
Hidalgo	1 (1)

Un 16% de las mujeres evaluadas contaba con antecedente de una agresión sexual previa, ya fuera en la infancia y/o en la adolescencia; de ese 16% la mitad sufrió un abuso sexual por tocamientos (Tabla 2).

Tabla 2. CARACTERÍSTICAS CLINICAS DE LA (S) AGRESIÓN (ES) SEXUALES EN LAS PACIENTES MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLACIÓN A LO LARGO DE LA VIDA (n=100)

VARIABLES	n (%)
Antecedente de agresión sexual en la infancia / adolescencia,	
Sí	16 (16)
No	84 (84)
Tipo de agresión sexual en la infancia / adolescencia,	
Ninguna	84 (84)
Tocamientos	8 (8)
Penetración vaginal	4 (4)
Penetración vaginal y anal	1 (1)
Penetración vaginal y oral	2 (2)
Tocamientos y penetración vaginal	1 (1)

Con respecto a las características del evento traumático reciente (violación sexual en el último año) la vía de penetración más frecuente durante la agresión fue la vía vaginal.

El diagnóstico psiquiátrico más frecuente fue el de Trastorno de estrés postraumático (TEPT) en comorbilidad con Trastorno depresivo mayor (37%) seguido de la entidad diagnóstica de TEPT sin comorbilidad (34%). El 22% de las pacientes presentó ideación suicida posterior a la violación y de este 22%, 16 pacientes (72.72%) realizaron algún intento o conducta parasuicida de diferentes

grados de letalidad siendo las conductas dañinas más frecuentes la ingesta de medicamentos (31.25%) seguidas de las de tipo autolesivo (18.75%) (Tabla 3).

Tabla 3. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA (S) AGRESIÓN (ES) SEXUAL (ES) RECIENTE (S) DE LAS PACIENTES MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLACIÓN SEXUAL EN EL ÚLTIMO AÑO

VARIABLES	n (%)
Vía de penetración de la violación,	
Vaginal	77 (77)
Vaginal y oral	13 (13)
Vaginal y anal	7 (7)
Vaginal, oral y anal	3 (3)
Tiempo transcurrido en meses desde la violación hasta el momento de la entrevista	
0	10 (10)
0.3	2 (2)
0.5	2 (2)
0.7	2 (2)
1	11 (11)
1.5	4 (4)
2	6 (6)
3	10 (10)
4	10 (10)
4.5	1 (1)
5	6 (6)
5.5	1 (1)
6	11 (11)
6.5	3 (3)
7	8 (8)
8	4 (4)
9	5 (5)
10	4 (4)
Diagnóstico psiquiátrico derivado del evento de violación	n(%)
Ninguno	2 (2)
Trastorno de estrés postraumático (TEPT)	11 (11)
Trastorno depresivo mayor (TDM)	34 (34)
TEPT + TDM	10 (10)
TEPT + TDM + Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)	37 (37)
TEPT + Trastorno de angustia sin Agorafobia	4 (4)
TEPT + Trastorno de angustia con Agorafobia	1 (1)
TEPT + TAG	1 (1)

Presencia de ideación suicida en relación al evento	n(%)
Sí	22 (22)
No	78 (78)
Intentos suicidas / conductas parasuicidas en relación al evento	n(%)
Ningún intento	84 (84)
Ingesta de medicamentos	5 (5)
Cortes superficiales / conductas autolesivas	3 (3)
Ingesta de medicamentos + conductas autolesivas	2 (2)
Abrir las llaves de gas	2 (2)
Arrojarse de las escaleras	1 (1)
Arrojarse de un primer piso	1 (1)
Chocar el auto	1 (1)
Ahorcamiento	1 (1)

Ninguna de las pacientes evaluadas presentó la entidad diagnóstica de Trastorno Disociativo, sin embargo hasta un 88% experimentó la presencia de síntomas disociativos (Tabla 4).

Tabla 4. PRESENCIA DE TRASTORNO Y SÍNTOMAS DISOCIATIVOS EN LAS PACIENTES VÍCTIMAS DE VIOLACIÓN EN EL ÚLTIMO AÑO

VARIABLES	n (%)
Presencia de Trastorno Disociativo,	
No	100 (100)
Presencia de síntomas disociativos,	
Sí	88 (88)
No	12 (12)

En la tabla 5 se observa la intensidad de los diferentes síntomas disociativos evaluados, la mayoría de las pacientes reportó una intensidad entre leve y moderada (45 y 31% respectivamente) en el rubro de amnesia disociativa y síntomas de despersonalización leves (41%).

Tabla 5. INTENSIDAD DE LOS SÍNTOMAS DISOCIATIVOS EN LAS PACIENTES VÍCTIMAS DE VIOLCIÓN SEXUAL EN EL ÚLTIMO AÑO

VARIABLES	n (%)
Amnesia,	
Ausente	18 (18)
Leve	45 (45)
Moderada	31 (31)
Severa	6 (6)
Despersonalización	
Ausente	36 (36)
Leve	41 (41)
Moderada	21 (21)
Severa	2 (2)
Desrealización	
Ausente	58 (58)
Leve	36 (36)
Moderada	6 (6)
Severa	0 (0)
Confusión de identidad	
Ausente	100 (100)
Leve	0 (0)
Moderada	0 (0)
Severa	0 (0)
Alteración de identidad	
Ausente	87 (87)
Leve	7 (7)
Moderada	6 (6)
Severa	0 (0)

En la tabla 6 se muestra la distribución de los síntomas disociativos predominantes, siendo lo más frecuente la presencia de amnesia disociativa (29%) seguido de la combinación de amnesia y despersonalización hasta en un 25%.

Tabla 6. SÍNTOMA DISOCIATIVO PREDOMINANTE EN LAS PACIENTES VÍCTIMAS DE VIOLACIÓN SEXUAL EN EL ÚLTIMO AÑO

VARIABLES	n(%)
Ninguno	12 (12)
Amnesia	29 (29)
Despersonalización	9 (9)
Desrealización y despersonalización	4 (4)
Amnesia y desrealización	12 (12)
Amnesia y despersonalización	25 (25)
Amnesia, despersonalización y desrealización	7 (7)
Amnesia, despersonalización y alteración de identidad	2 (2)

Con respecto a la correlación entre el puntaje total de la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos Disociativos del DSM-IV (SCID-D) y el número de diagnósticos psiquiátricos determinados posteriores a aplicar la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional se observó que el grado de correlación fue moderado (Cuadro 1), esto debido a que el fenómeno traumático de una violación es sumamente complejo y la presentación de síntomas disociativos no depende exclusivamente de que sea un evento traumático sino también de otros factores tales como socioculturales, la salud mental previa, fenómenos de resiliencia, mecanismos de afrontamiento, rasgos o trastornos de personalidad, redes de apoyo, etc.

Cuadro 1. RELACIÓN (a) ENTRE EL NÚMERO DE DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS Y EL GRADO DE SEVERIDAD DE LA SINTOMATOLOGÍA DISOCIATIVA EN PACIENTES MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLACIÓN SEXUAL EN EL ÚLTIMO AÑO.

	Número de Diagnósticos Psiquiátricos
PUNTAJE TOTAL SCID-D	0.419(**)

** p= 0.001

(a) Coeficiente de Correlación de Pearson

Discusión.

Los resultados obtenidos en este trabajo de investigación permiten plantear una serie de problemas teóricos y metodológicos. Eventos traumáticos como el de una violación sexual es muy complejo de evaluar y conceptualizar además de que no existen estudios previos similares que soporten o cuestionen los resultados obtenidos, sin embargo existe una gran variedad de investigaciones acerca del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) en las que se afirma que si bien es posible que cualquier persona pueda desarrollar el trastorno, no todas las víctimas de un evento traumático lo experimenta. Un estudio realizado en población estadounidense por Perkonig y cols. (2000) encontró que de un 56% de individuos que experimentaron una experiencia traumática a lo largo de la vida, sólo el 8% desarrolló TEPT, sin embargo existen otros estudios en los que la frecuencia de experimentar TEPT secundario a eventos traumáticos es muy variable pero con una prevalencia lo suficientemente alta como para atraer la atención de los investigadores.

La mayoría de los artículos escritos previamente coinciden que la población en riesgo en la actualidad está integrada principalmente por víctimas de violencia doméstica, víctimas de abuso y/o violación sexual, víctimas de agresiones físicas, sobrevivientes de accidentes, desastres naturales, eventos catastróficos mayores (accidentes aéreos, ataques terroristas), infantes víctimas de negligencia o con antecedente de abuso sexual, verbal o psicológico, veteranos de guerra, algunos

pacientes portadores de enfermedades que amenacen la vida y que hayan experimentado una muerte de algún familiar o amigo cercano, sin embargo Wohlfarth (2002) y Schiraldi (2000) estudiaron una serie de factores que hacen a los individuos más propensos a desarrollar TEPT los cuales fueron clasificados en:

1. Factores Pre – Trauma: a) historia anterior de trauma, b) estresores de la vida diaria (divorcio, problemas financieros, pérdida del empleo), c) pobres mecanismos de afrontamiento y de manejo de estrés (autoestima baja), d) trastornos de personalidad, e) factores genéticos (heredabilidad de la propensión a desarrollar TEPT), f) factores neurobiológicos (integridad o daño a nivel hipocampal y alteraciones químicas a nivel de sistemas GABA, de norepinefrina, serotonina y cortisol).
2. Factores Peri – Trauma: a) presencia de síntomas disociativos, y creencias, b) la severidad del trauma, c) proximidad al trauma, d) tipo de trauma y e) naturaleza del trauma (repentino, crónico, recurrente).
3. Factores post – trauma: a) Pobre red de apoyo (familiar, social), b) presencia de sentimientos de culpa en la víctima, c) re – victimización, d) falta de tratamiento.

En el presente trabajo muchos de estos factores no fueron explorados lo cual es una limitación importante, sin embargo dado que existen estudios que demuestran que las mujeres son 2 veces más propensas a desarrollar TEPT aunado al hecho de ser población vulnerable para ser víctimas de eventos traumáticos como violación / abuso sexual y violencia es importante continuar investigando sobre esta línea.

Asimismo diversos grupos de investigadores [Kessler y cols. (1995), Ballenger y cols. (2000) y Perkonigg y cols. (2000)] estimaron que el riesgo para desarrollar TEPT para las víctimas de violación sexual era de hasta un 49% y para otro tipo de abusos de índole sexual de hasta un 24%.

Con base a los resultados encontrados podemos afirmar además que otras limitaciones del estudio son precisamente el que no se tomaron en cuenta factores como los previamente descritos, la muestra no fue pareada en cuanto a edad, así como tampoco existe una cultura de apoyo a las víctimas de violación sexual en nuestro país lo que dificulta el acceso a los diferentes sistemas de apoyo tanto legal como psicológico, psiquiátrico y social para prevenir el desarrollo de posibles complicaciones en la salud mental de las víctimas. Finalmente es importante mencionar la importancia de continuar con las investigaciones en esta línea con el fin diseñar un instrumento objetivo que incluya el valorar todos los factores implicados en un evento traumático de esta naturaleza para mejorar los tratamientos actuales y el manejo de los mismos a largo plazo.

Referencias

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, Text revision. Washington (DC): American Psychiatric Association; 2000.
2. Secretaría de Salud. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. *Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual. Manual Operativo*. México, 2006.
3. The International Crime Victim Survey. *United Nations Interregional Crime and Justice Research Institute*. Roma, 2000.
4. NOM-046-SSA2-2005. *Violencia familiar, sexual y contra las mujeres*. Criterios para la prevención y atención.
5. Secretaría de Salud. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. *Atención Médica a Personas Violadas*. México, 2004.
6. Código Penal Federal. Última reforma publica DOF 20-08-2009.
7. Foa EB, Davidson JR, Frances A, Ross R. Expert consensus treatment guidelines for posttraumatic stress disorder: a guide for patients and families. *J Clin Psychiatry* 1999; (Suppl 16):69-76.
8. Chefetz RA. Why should you read these articles on dissociative processes? *Psychiatr Clin N Am* 29 (2006) xv–xxiii
9. Gladstone GL, Parker GB, Mitchell PB, Mitchell PB, Malhi GS, Wilhelm K, Austin MP. Implications of childhood trauma for depressed women: An analysis of pathways from childhood sexual abuse to deliberate selfharm and revictimization. *Am J Psychiatry* 2004;161:1417-25.
10. Ellason JW, Ross CA, Fuchs DL. Lifetime axis I and II comorbidity and childhood trauma history in dissociative identity disorder. *Psychiatry* 1996;59:255-66.
11. Holowka DW, King S, Saheb D, Pukall M, Brunet A. Childhood abuse and dissociative symptoms in adult schizophrenia. *Schizophr Res* 2003;60:87-90.
12. Karadag F, Sar V, Tamar-Gürol D, Evren C, Karagoz M, Erkiran M. Dissociative disorders among inpatients with drug or alcohol dependency. *J Clin Psychiatry* 2005;66:1247-53.
13. Lochner C, Seedat S, Hemmings SMJ, Kinnear CJ, Corfield VA, Niehaus DJH, Moolman-Smook JC, Stein DJ. Dissociative experiences in obsessive-compulsive

- disorder and trichotillomania: clinical and genetic findings. *Compr Psychiatry* 2004;45:384-91.
14. Paul T, Schroeter K, Dahme B, Nutzinger DO. Self-injurious behavior in women with eating disorders. *Am J Psychiatry* 2002;159:408-11.
 15. Sar V, Akyüz G, Kundakci T, Kiziltan E, Dogan O. Childhood trauma, dissociation and psychiatric comorbidity in patients with conversion disorder. *Am J Psychiatry* 2004;161:2271-6.
 16. Sar V, Kundakci T, Kiziltan E, Yarhic IL, Tuktun H, Bakim B, Bozkurt O, Özpulat T, Keser V, Özdemir O. Axis I dissociative disorder comorbidity of borderline personality disorder among psychiatric outpatients. *J Trauma Dissociation* 2003;4:119-36.
 17. Simeon D, Guralnik O, Schmeidler J, Sirof B, Knutelska. The role of childhood interpersonal trauma in depersonalization disorder. *Am J Psychiatry* 2001;158:1027-33.
 18. Hollender MH, Hirsch SJ. Hysterical psychosis. *Am J Psychiatry* 1964;120:1066-74.
 19. Hirsch SJ, Hollender MH. Hysterical psychosis: clarification of the concept. *Am J Psychiatry* 1969;125:909-15.
 20. Öztürk OM, Gögüs A. Agir regressif belirtiler gösteren histerik psikozlar [Hysterical psychosis presenting with severe regressive symptoms]. En: *Proceedings of the 9th National Congress of Psychiatry and Neurology*. Ankara: Meteksan; 1973.
 21. Van der Hart O, Witztum E, Friedman B. From hysterical psychosis to reactive dissociative psychosis. *J Trauma Stress* 1992;6:43-64.
 22. Sheehan D, Lecrubier Y. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and Validation of a Structures Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10. *J of Clin Psychiatry* 1998;59:22-33.
 23. Tutkun H, Yargic LI, Sar V. Dissociative identity disorder presenting as hysterical psychosis. *Dissociation* 1996;9:241-9.
 24. Bernstein EM, Putnam FW. Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *J Nerv Ment Dis* 1986;174:727-34.
 25. Steinberg M. *Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders-Revised (SCID-D-R)*. Washington (DC): American Psychiatric Press; 1994.
 26. Welburn KR, Fraser GA, Jordan SA, Cameron C, Webb LM, Raine D. Discriminating dissociative identity disorder from schizophrenia and feigned

- dissociation on psychological tests and structured interview. *J Trauma Dissociation* 2003;4:109-30.
27. Draijer N, Boon S. The imitation of dissociative identity disorder: patients at risk, therapists at risk. *J Psychiatry Law* 1999;27:423-58.
 28. Vedat S. The Scope of Dissociative Disorders: An International Perspective. *Psychiatr Clin N Am* 2006;29:227-244.
 29. Dancu CV, Riggs DS, Hearst-Ikeda D, Shoyer BG, Foa EB. Dissociative Experiences and Posttraumatic Stress Disorder Among Female Victims of Criminal Assault and Rape. *Journal of Traumatic Stress*, Vol 9, No. 2, 1996: 253-267
 30. MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI): The Development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview. *J Clin Psychiatry* 1998; 59(Suppl 20):22-23.
 31. Ballenger, J.C., Davidson, J.R.T., Lecrubier, Y., Nutt, D.J., Foa, E.B., Kessler, R.C., et al. (2000). Consensus Statement on Posttraumatic Stress Disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61[suppl 5], 60-66.
 32. Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
 33. Kessler, R.C. (2000). Posttraumatic Stress Disorder: The Burden to the Individual and to Society. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61[suppl 5], 4-12.
 34. Perkonig, A., Kessler, A.C., Storz, S., Wittchen, H-U. (2000). Traumatic Events and Post-Traumatic Stress Disorder in the Community: Prevalence, Risk Factors and Comorbidity. *Acta Psychiatr Scand*, 101, 46-59.
 35. Schiraldi, G.R. (2000). *The Post-Traumatic Stress Disorder Sourcebook: A Guide to Healing, Recovery, and Growth*. Los Angeles: Lowell House.
 36. Wohlfarth, T., Winkel, F.W., van den Brink, W. (2002). Identifying Crime Victims Who are at High Risk for Post Traumatic Stress Disorder: Developing a Practical Referral Instrument. *Acta Psychiatr Scand*, 105, 451-460.

Anexos

I. Consentimiento informado

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

México, D.F. a _____ de _____ de 2010.

A quien corresponda:

Yo, _____ declaro libre y voluntariamente que acepto participar en la investigación "**SÍNTOMAS DISOCIATIVOS EN PACIENTES MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLACIÓN SEXUAL**", que se llevará a cabo en el *INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE*, cuyo objetivo fundamental consiste en valorar la presencia de síntomas disociativos, relacionados al evento traumático, en pacientes mujeres víctimas de violación sexual.

Estoy consciente de que los procedimientos empleados en el estudio son la aplicación de ENTREVISTAS y CUESTIONARIOS. Por tratarse de una investigación en la que se aborda un tema delicado como es el sufrir un evento traumático, como lo es la violación sexual, se considera que existe un riesgo MINIMO, ya que el recordar este evento puede ocasionar la presentación de síntomas emocionales y/o la exacerbación de psicopatologías ya presentes en las mujeres susceptibles. Por ello, las entrevistas necesarias para realizar el estudio, serán aplicadas por una persona capacitada y sensibilizada en el tema, y capaz de brindar contención y ofrecer tratamiento específico en caso de verme afectada al tratar este tema.

Además, como la investigación será realizada por una investigadora del Instituto *Nacional de Psiquiatría Ramón De la Fuente*, esto implica que en caso de que durante las entrevistas y aplicación de cuestionarios se presenten síntomas emocionales relacionados con éstos y/o se detecte algún trastorno psiquiátrico relacionado con la violación sexual sufrida, podré recibir atención psiquiátrica o psicoterapéutica (según amerite el caso) y en caso necesario manejo subsecuente en la *Clínica de Género y Sexualidad*.

Por otro lado, en caso de que la reacción no deseada se presente momentos, horas o días después de haber aplicado las entrevistas y cuestionarios, podré acudir al *Servicio de Atención Psiquiátrica Continua* del *Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón De la Fuente* (en días y horario establecidos) para recibir contención o atención en crisis. Los beneficios derivados de esta investigación serán: ayudar a entender mejor las características de las consecuencias e impacto en la salud mental de las mujeres víctimas de violación sexual e indirectamente ayudar a otras pacientes, al contribuir en el conocimiento sobre aspectos relacionados a eventos traumáticos, como lo es la violación sexual. La importancia de esta investigación radica en la posibilidad de aportar evidencia científica para, en su caso, generar estrategias de abordaje clínico integrales.

Es de mi conocimiento, que mi participación en este estudio no tendrá ABSOLUTAMENTE NINGÚN COSTO PARA MÍ.

Cuento con la garantía de la investigadora principal, la **Dra. Alejandra Bush Martínez** (a quien podré contactar directamente en esta institución, en días y horario establecidos, o al teléfono 41605276), para que me proporcione respuesta a cualquier pregunta y/o aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos y beneficios y otros asuntos relacionados con la presente investigación. Es de mi conocimiento que soy libre de retirar mi consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin que se vea afectada la atención que como paciente pueda recibir en esa institución. Tengo la seguridad de que se mantendrá la confidencialidad acerca de la información relacionada con mi privacidad y que cuento con el compromiso de que se me proporcionará información actualizada obtenida durante el estudio, aunque esto pudiera afectar mi voluntad para seguir participando.

Afirmo mi *libre conformidad* y disposición con lo aquí descrito.

Nombre y firma del participante: _____

Nombre y firma de testigo 1 _____

Nombre y firma de testigo 2 _____

Nombre y firma del investigador: _____

Dirección. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón De la Fuente, Av. México Xochimilco No. 101 Colonia San Lorenzo Huipulco, Delegación Tlalpan. Modulo C. Clínica de Género y Sexualidad.