

Consecuencias de la violencia sexual en niños, niñas y adolescentes

Marcia Castillo Sequeira*

Resumen. - Como parte de un estudio más amplio, se exploraron las consecuencias que a corto y largo plazo produce el abuso sexual infantil (ASI) en niños y adultos de ambos sexos. La información obtenida de tres fuentes (psicólogas expertas, directa e indirectamente, y víctimas adultas), permitió establecer que miedo, ansiedad, vergüenza, problemas del sueño y culpa, son los síntomas más frecuentes a corto plazo, en tanto que baja autoestima, incapacidad para defender sus derechos, desconfianza, desagrado por las fiestas e insatisfacción y problemas sexuales, se presentan a largo plazo. Los síntomas identificados tanto a corto como a largo plazo por las expertas fueron baja autoestima, vergüenza, depresión y culpa. Los resultados se discuten en relación con la literatura consultada y con la atención psicosocial que se brinda y se podría ofrecer a las víctimas infantiles de ASI.

Introducción

El abuso sexual infantil provoca daños de diferente nivel de severidad en el desarrollo y la salud de las víctimas en distintos momentos de sus vidas. De acuerdo con López (1995: 60 y 62), el 60-80% de los niños abusados presentan afectaciones a corto plazo; 17-40% son portadores de síntomas clínicos importantes, y el 39% siguen relacionando el sufrimiento que experimentan en la vida adulta con el abuso sufrido en la infancia. Puesto que la mayoría de las víctimas presentan alteraciones emocionales y conductuales que dificultan su vida e interacción social, la identificación precisa de las consecuencias es una tarea de primordial importancia, ya que que facilitaría la realización de acciones más precisas de tratamiento y prevención, a la vez que fortalecería el dictamen psicológico que se aporta al proceso judicial.

El momento en que se observan y el aspecto de la persona que lo padece son criterios que permiten clasificar las con-

secuencias del ASI (Hevey y Kenward, 1989: 211-212). En este trabajo definiremos como consecuencias a corto plazo los síntomas que se observan durante los dos años siguientes al abuso o la revelación, teniendo en cuenta que pueden o no perdurar más allá de este período, y los distinguimos de las consecuencias a largo plazo, las que pueden haberse gestado y manifestado inmediatamente después de la experiencia de abuso. Estas son más clara o más frecuentemente observables en la vida adulta.

Las consecuencias del ASI pueden ser físicas, psicosomáticas, emocionales, psicológicas y conductuales. Entre las principales consecuencias físicas se encuentran daño físico en genitales, enfermedades de transmisión sexual y embarazo (Hevey y Kenward, 1989:212; López, 1995:63). Aunque estas consecuencias son identificadas con facilidad y rapidez por pediatras y médicos forenses, su inclusión en los estudios psicológicos tiene enorme importancia dada su relación con la severidad de las consecuencias de tipo psicológico.

* Profesora del Departamento de Psicología -UCA.

Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre personas abusadas y no abusadas respecto a los síntomas psicósomáticos. Los más frecuentes son trastornos alimenticios - anorexia, bulimia-, trastornos digestivos, dolores abdominales y musculares, cefaleas tensionales, quejas somáticas, trastornos o ataques de ansiedad, y trastornos del sueño (Finkelhor, 1985:55; Hevey y Kenward, 1989:213; Kinzl y Biebl, 1992:569; Hibbard y Hartman, 1992:758; Dubowitz *et al.*, 1993:747; Miller *et al.*, 1993: 309; Vázquez, 1993: 23; López, 1995:61; Bendixen *et al.*, 1994:841-843).

Entre las consecuencias emocionales y psicológicas más frecuentes se encuentran el miedo, enojo, hostilidad, culpa, vergüenza, y depresión; esta última es la más frecuentemente reportada (Finkelhor, 1985:53, 55; Bendixen *et al.*, 1992:840-843; Dubowitz *et al.*, 1992:747; López, 1994:125; López, 1995: 61; Ligezinska *et al.*, 1996: 117, 121). El abuso sexual tiene efectos marcados en la autoestima. Las víctimas suelen verse a sí mismas como algo dañado, sucio, o usado, por lo que se sienten inútiles y despreciables o indignas de ser amadas. El daño ocasionado es más sustancial en el largo plazo, cuando el ofensor es el padre o una figura paterna (Hevey y Kenward, 1989:214; Laviola, 1992:416; Hotte y Rafman, 1992:279; López, 1995:60-63; Ligezinska *et al.*, 1996:121).

Las consecuencias conductuales iniciales son: agresividad, aislamiento, fugas del hogar y la escuela, delincuencia, y conducta sexualizada (Herman, 1981; Friedrich *et al.*, 1986, citado en Hevey y Kenward, 1989:216; Dubowitz *et al.*, 1992:747; Hotte y Rafman, 1992:279). A largo plazo, los problemas de ajuste sexual y dificultades en las

relaciones con los hombres se señalan como las más frecuentes (Meiselman, 1978, citado en Hevey y Kenward, 1989:217). Existen además una serie de síntomas que se han identificado en víctimas adultas de incesto durante la infancia: consumo de drogas y/o alcohol, ideas o intentos de suicidio, rechazo a mostrar el cuerpo, necesidad de ser perfecta, dificultad para confiar en los demás, limitada tolerancia a la felicidad, patrón de víctima (Blume, 1988:79-82).

En este trabajo partimos de que violencia sexual infantil son todas las acciones que implicando contacto físico y con el fin de obtener placer sexual, han realizado personas adultas que guardan una relación asimétrica (edad, dotación de poder) con los niños, niñas o adolescentes, a quienes hicieron víctimas de tales acciones. El objetivo de este estudio es identificar las consecuencias más frecuentes del ASI, tanto a corto como a largo plazo, con la finalidad de modificar un cuestionario que se utilizará en un estudio epidemiológico del abuso sexual infantil en Nicaragua, e incluye toda la gama de consecuencias arriba mencionadas.

Método

Participantes

En el estudio participaron nueve psicólogas (8 mujeres y 1 varón), que han atendido a víctimas de abuso sexual infantil al menos durante dos años en centros alternativos, la clínica de la Universidad Centroamericana (UCA), y la práctica privada; 13 víctimas adultas (11 mujeres y 2 varones) de 18 a 65 años (7 de las cuales residen en un barrio popular de la capital, a las 6 restantes se accedió en forma directa, y con la ayuda de personas que sirvieron de enlace entre éstas y la investigadora) y 100 víctimas niños y adolescentes (85 mujeres y

15 varones) en edades de 3 a 6 años (14), 7 a 2 años (43), y 13 a 18 años (43), que fueron atendidos en el "Centro Dos Generaciones", entre los años 1995 a 1998.

Materiales

a) Una lista de verificación de síntomas. Se utilizaron dos versiones, una para las víctimas adultas y otra para las expertas. La primera versión se aplicó a 25 personas de ambos sexos como parte del estudio más amplio sobre ASI ya mencionado, e incluía además la identificación de la intensidad del síntoma (0 = Ninguna; 1 = "muy leve", 2 = "leve", 3 = "intenso/frecuente", y 4 = "muy intenso/frecuente"). Las modificaciones que se hicieron para la segunda versión fueron la adecuación del lenguaje y la sustitución de algunos ítems. Por ejemplo, el ítem 18 aparecía en la primera versión como "Excesivo interés en la sexualidad", el ítem 24 como "No logra que otros dejen de hacer cosas que le molestan o perjudican", (ver anexo), y en la disposición de los ítems (divididos en dos secciones en el caso de la lista que se aplicó a las víctimas adultas). En ambos casos, los ítems se construyeron en base a la literatura consultada sobre el tema.

b) Cien expedientes de casos atendidos en el "Centro Dos Generaciones" de la ciudad de Managua.

Procedimiento

Se explicó a las víctimas adultas nuestro interés por comprender mejor los eventos vitales infantiles, incluido el ASI, y sus consecuencias para los niños, con el fin de brindarles a éstos una mejor atención psicológica. A las expertas se les pidió que identificasen los síntomas que se presentan a corto y largo plazo, según su mayor experiencia en la atención a víctimas infantiles o adultas, y que

establecieran un orden jerárquico de los 6 síntomas más frecuentemente observados, siendo 1 el de mayor frecuencia y 6 el de menor frecuencia.

De los expedientes se tomó información sobre lo que las psicólogas identifican como afectaciones producidas por el abuso sexual en los niños, niñas y adolescentes atendidos por ellas. Se tomaron además datos sociodemográficos básicos de la víctima, su familia y el ofensor, el tipo de delito, los medios utilizados para perpetrarlo y, en los casos en que fue posible, el tiempo de evolución del abuso. Estos datos no serán presentados por cuanto no se ajustan al objetivo de este trabajo.

Resultados

Los datos fueron organizados en una sola tabla (ver anexos), de acuerdo con los porcentajes reportados para cada síntoma por cada una de las fuentes de información, tanto en el corto como en el largo plazo. A continuación describimos los aspectos más relevantes:

- 1) Los síntomas más frecuentes a corto plazo fueron miedo, ansiedad, vergüenza y culpa. Ellos alcanzan los siguientes porcentajes: 62, 53, 46, y 23% en la revisión de expedientes; 100, 42, 66, y 42% según las víctimas adultas; 77, 66, 77, y 77% de acuerdo con las expertas. Además, el 84 y 53% (11 y 7 respectivamente) de las víctimas adultas reportan que en esa etapa de su vida experimentaron con gran intensidad (3 y 4) el miedo y la vergüenza.
- 2) Otros síntomas que alcanzan porcentajes altos a corto plazo son baja autoestima y depresión: 47 y 45 % de los expedientes, 77 y 44% de las expertas; problemas del sueño, 40% de los expedientes y 77% de las

- expertas; apartarse de los demás, problemas escolares y huidas de casa, 66% de las expertas. No obstante, la mayoría de las víctimas adultas (75%) identifican la baja autoestima como un síntoma a largo plazo, el que además consideran de gran intensidad (3 y 4), en tanto que la mayoría de las expertas (66%) hacen lo propio con la depresión.
- 3) Otros síntomas que las víctimas adultas experimentan a largo plazo son incapacidad para defender sus derechos (66%), desconfianza (66%), desagrado por las fiestas (58%), vergüenza (58%) y necesidad de ser muy buena (50%). Con excepción de falta de confianza y necesidad de alcanzar la perfección, los otros 3 síntomas se experimentan con intensidad (3 y 4). Las expertas, por su parte, hacen lo propio con insatisfacción/problemas sexuales (66%).
 - 4) Dificultad en las relaciones sociales, ideas/intentos de suicidio y poco/excesivo apetito son síntomas que se identifican con alguna a bastante frecuencia: 14, 12, 11% para las víctimas infantiles (expedientes), 25% (los 3 síntomas) en el largo plazo para las víctimas adultas, y 44, 55, y 44% en el corto plazo para las expertas.
 - 5) Algunos síntomas fueron reportados solo o principalmente por una de las fuentes. Este es el caso de crisis de llanto y recuerdos recurrentes, falta de concentración y somatización (expedientes), necesidad de ser muy buena (víctimas adultas), consumo de alcohol/drogas, daño físico en genitales, enfermedades de transmisión sexual, embarazo no deseado, y conducta sexualizada (expertas).
 - 6) Los síntomas que mayor frecuencia alcanzaron en la jerarquía (por el número de veces que fueron seleccionados en algún lugar) fueron baja autoestima, culpa, incapacidad para defender sus derechos, miedo, desconfianza, depresión, vergüenza, ansiedad e insatisfacción/problemas sexuales. Por otro lado, baja autoestima, miedo, y culpa son los síntomas que fueron ubicados con mayor frecuencia en los dos primeros lugares de la jerarquía, en tanto que, falta de concentración, necesidad de ser muy buena, crisis de llanto, y recuerdos recurrentes no obtuvieron una sola ubicación dentro de la jerarquía. No obstante, estos dos últimos síntomas alcanzan un porcentaje alto en la revisión de expedientes, lo que puede explicarse por el hecho de que la información obtenida de éstos se recoge durante la crisis de la revelación por las psicólogas que atienden a las víctimas infantiles.

Discusión

Los síntomas más frecuentes a corto plazo encontrados en este estudio (miedo, ansiedad, vergüenza, culpa, baja autoestima, depresión, problemas del sueño, apartarse de los demás, problemas escolares, y huidas de casa), coinciden tanto con la literatura sobre los efectos iniciales, como con el conocimiento más o menos generalizado entre las profesionales de la salud que brindan atención psicosocial a víctimas de ASI en nuestro país.

De acuerdo con Hevey y Kenward (1989:214), el principal efecto emocional inmediatamente después de la experiencia de abuso es el miedo, afirmación que es congruente con el reporte de las psicólogas que hacen intervención en crisis con víctimas infantiles (expedientes), y con el reporte de las víctimas

adultas respecto a las reacciones emocionales que la experiencia de abuso produjo en ellas a corto plazo.

Por otro lado, las consecuencias del ASI a corto plazo afectan todos los aspectos de la personalidad. No sólo se encuentran reacciones emocionales intensas y perturbadoras (ansiedad, vergüenza, culpa, etc.), sino que también se trastorna la relación consigo misma, las relaciones interpersonales, y su desempeño en la principal tarea que en esa época le compete realizar: el trabajo escolar.

La depresión, considerada como la consecuencia emocional más común (Dubowitz *et al.*, 1992:747; Bendixen *et al.*, 1992:843; López, 1995:61; Ligezinska *et al.*, 1996:117), presentó un porcentaje bajo en el reporte de las víctimas adultas; sin embargo las psicólogas la reportaron como un síntoma de alta frecuencia tanto a corto como a largo plazo. Esto explica el hecho de que sólo una de las víctimas adultas había sido objeto de abuso severo durante su infancia (3 ofensores durante un período de más de 5 años). En cambio, en muchos de los casos atendidos por las psicólogas, las personas habían sido abusadas por un período prolongado de tiempo y, en otros casos, las madres de las víctimas infantiles también habían sido abusadas en su infancia, lo que daba a las psicólogas la posibilidad de observar la depresión como un síntoma que se presenta tanto a corto como a largo plazo. A este respecto, conviene recordar que la investigación sugiere que la depresión comienza a desarrollarse en la infancia, a pesar de que es un síntoma más fre-

cuentemente encontrado a largo plazo (Koverola, Pound, Heger, y Lytle, 1993:398).

Resulta novedoso que la incapacidad para defender los propios derechos sea reportada por la mayor parte de las víctimas adultas y las expertas (66 y 66% respectivamente), y que lo mismo suceda con el desagrado por las fiestas en el caso de las víctimas adultas (58%), puesto que sólo uno de los documentos revisados los presenta como síntomas importantes en la vida adulta de las víctimas de incesto (Blume, 1988:79-82). En este estudio, las víctimas adultas los reportaron como síntomas que experimentan con gran intensidad.

Finalmente, creemos importante destacar el hecho de que consecuencias como la vergüenza, baja autoestima, depresión y culpa se presentan tanto a corto como a largo plazo. Este resultado revela la importancia de las acciones de prevención secundaria destinadas a desestigmatizar a las víctimas y proporcionarles la oportunidad de vivir una vida adulta más satisfactoria. En particular: es importante destacar que la depresión está asociada con ideas e intentos de suicidio. (Sansouet-Hayden *et al.*, 1987; Wozencraft, Wagner y Pellegrin, 1991, citados en Cortés y Cantón, 1997:121). La información obtenida permitirá estructurar sobre bases más firmes, los ítems del cuestionario que exploran las consecuencias del ASI en víctimas adultas, para el estudio más amplio al que se hace referencia al inicio de este informe.

Anexo 1

Síntomas	Expedientes		VICTIMAS ADULTAS												CRITERIO DE LAS EXPERTAS (OS)				
	Corto Plazo		Corto Plazo (CP)							Largo Plazo(LP)					CP	%	LP	%	Jerarquía
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Intensidad				Frec.	%	Intensidad								
					1	2	3	4			1	2	3	4					
Miedo	62	62	12	100	0	1	4	7	4	33	0	2	1	1	7	77	1	11	1,1,1,1,1,2,4 (8)
Ansiedad	53	53	5	42	3	0	0	2	3	25	0	0	1	2	6	66	3	33	1,3,5,5,5,6 (6)
B. Autoestima	47	47	2	16	0	0	0	2	9	75	3	1	2	3	7	77	5	55	1,1,1,1,1,2,2,3,3,3,5,5,5 (14)
Vergüenza	46	46	8	66	0	1	5	2	7	58	0	1	2	4	7	77	4	44	11,2,2,2,3,4 (7)
Depresión	45	45	1	8.33	1	0	0	0	3	25	0	1	2	0	4	44	6	66	1,1,2,3,4,4,4,6
Problemas del sueño	40	40	4	33	1	0	3	0	3	25	0	0	2	1	7	77	4	44.5	1,3,3,4,5
Crisis de llanto	37	37	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Recuerdos recurrentes	29	29	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Culpa	23	23	5	42	0	0	2	3	3	25	0	0	1	2	6	66	6	66	1,1,1,1,2,2,3,3,5,6 (10)
Dific. en las relac. sociales	14	14	1	8.33	0	0	1	0	3	25	1	0	1	1	4	44	2	22	1,2,3 (3)
Ideas, intentos de suicidio	12	12	0	0	0	0	0	0	3	25	1	0	1	1	5	55	4	44	2,4,5 (3)
Poco o excesivo apetito	11	11	4	33	0	3	1	0	3	25	1	1	0	1	4	44	1	11	1,2,3 (3)
Falta de concentración	10	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Apartarse de los demás	9	9	5	42	0	3	1	1	4	33	0	1	0	3	6	66	3	33	1,2,3,6 (4)
Problemas escolares	9	9	1	8.33	0	0	1	0	1	8.33	0	0	1	0	6	66	0	0	2,4 (2)
Falta de confianza	8	8	3	25	0	1	2	1	8	66	1	4	1	2	5	55	5	55	1,2,2,2,4,4,5,6 (8)
Sint. Psicósomáticos	8	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Incapac. para defender sus derechos	0	0	2	16	1	0	1	0	8	66	0	0	4	4	5	55	6	66	1,1,1,2,3,3,3,3,5 (9)
Rechazo a la sexualidad /hombres	0	0	6	50	0	3	0	3	4	33	0	0	1	3	4	50	3	37.5	1,2,5,6,6 (5)
Le desagradan las fiestas	0	0	1	8.33	0	0	1	0	7	58	0	1	2	4	4	44	2	22	1,5,5,6, (4)
Rechazo mostrar el cuerpo	0	0	2	16	1	0	1	0	4	33	0	0	1	3	4	44	3	33	1,1 (2)
Necesidad de ser muy buena	0	0	0	0	0	0	0	0	6	50	1	3	0	2	1	11	0	0	0
Conducta sexualizada	4	4	1	8.33	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3	33	0	0	1,2 (2)
Embarazo no deseado	4	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	22	1	11	3 (1)
Agrado, placer	0	0	3	25	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	11	1	11	6 (1)
Enfermedades de transmisión sexual	7	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	44	1	11	4,4,4,5,6 (5)
Daños físicos en genitales	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	33	0	0	1,5 (2)
Cons. Alcohol drogas	0	0	0	0	0	0	0	0	1	8.33	0	0	1	0	3	33	4	44	2,3,6 (3)
Insatisfacción prob. sexuales.	0	0	0	0	0	0	0	0	3	25	1	0	2	0	0	0	6	66	1,2,2,4,4,6 (6)
Huidas de casa	2	2	1	8.33	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	6	66	2	22	2,4 (2)

Anexo 2

Opinión experta: efectos a corto y largo plazo del abuso sexual infantil

Diga - según su experiencia de trabajo cuáles de las siguientes situaciones se presentan en niños, niñas y adolescentes como consecuencias del Abuso Sexual a corto plazo (dos primeros años transcurridos después del inicio del abuso o la revelación) marcando en la columna

afirmativa una "X". Indique además cuáles de estas situaciones suelen presentarse en la vida adulta como consecuencias a largo plazo del abuso sexual en la infancia. Cabe la posibilidad que una misma situación se presente tanto a corto como a largo plazo, en ese caso, marque ambas. Finalmente, indique cuáles son las 6 situaciones más frecuentes tanto a corto como a largo plazo, para ello coloque números del 1 al 6, siendo "1" la situación más frecuente y 6 la menos frecuente.

	No	Sí	CP	Jerarquía	LP	Jerarqu.
1) Miedo.....	0	1	1	—	—	—
De qué tienen miedo?						
2) Vergüenza.....	0	1	1	—	—	—
3) Culpa.....	0	1	1	—	—	—
4) Agrado, satisfacción (placer).....	0	1	1	—	—	—
5) Rechazo a todo lo que tiene que ver. con la sexualidad/sexo del ofensor.....	0	1	1	—	—	—
6) Embarazo no deseado.....	0	1	1	—	—	—
7) Daño físico en alguna parte del cuerpo...	0	1	1	—	—	—
8) Enfermedad de transmisión sexual.....	0	1	1	—	—	—
9) Problemas para aprender en la escuela...	0	1	1	—	—	—
10) Problemas al dormir (pesadillas...).....	0	1	1	—	—	—
11) Apartarse de los demás.....	0	1	1	—	—	—
12) Huídas de casa.....	0	1	1	—	—	—
13) Consumo de medicamentos, alcohol o drogas.....	0	1	1	—	—	—
14) Insatisfacción/problemas sexuales.....	0	1	1	—	—	—
15) Depresión (diagnosticada).....	0	1	1	—	—	—
16) Sentimientos de ansiedad y angustia.....	0	1	1	—	—	—
17) Ha pensado o intentado suicidarse	0	1	1	—	—	—
18) Conducta sexualizada (masturbación, conocimientos sexuales mayores de lo que corresponde a la edad, preocupacio- nes sexuales.....	0	1	1	—	—	—
19) Rechazo a mostrar el cuerpo (taparse aunque sea incómodo).....	0	1	1	—	—	—
20) Dificultad en las relaciones sociales (enojo /hostilidad, temor a las personas en general/al agresor.....	0	1	1	—	—	—
21) Falta de confianza en los demás.....	0	1	1	—	—	—
22) Siente que vale menos que los demás....	0	1	1	—	—	—
23) Poco o excesivo apetito.....	0	1	1	—	—	—

- 24) Incapacidad para hacer valer sus derechos ante otras personas o frustrar el daño que quieran hacerle..... 0 ___ 1 ___ ___ ___ ___ ___
- 25) Le desagradan las fiestas o actividades en que los demás se divierten..... 0 ___ 1 ___ ___ ___ ___ ___
- 26) Señale cualquier otrasituación que usted haya observado en estos niños y niñas:
- _____
- _____
- _____

Bibliografía

- BEITCHMAN, J.; ZUCKER, K.; HOOD, J.; DACOSTA, G. y AKMAN, D. (1991). "A review of short-term effects of child sexual abuse". *Child Abuse and Neglect*. Vol. 15, pp. 537- 556.
- BENDIXEN, M. M. K. y SCHEI, B. (1994). "The impact of child sexual abuse - A study of a random sample of norwegian students". *Child Abuse and Neglect*. Vol. 18, No. 10, pp. 837-847.
- BLUME, S. (1988). "Se encuentra usted en la lista? Pudo usted haber sido víctima de incesto? El síndrome post-incesto en las mujeres. Lista de comprobación de los efectos secundarios del incesto", en *Violencia sexual contra mujeres, niñas y niños*. San José. Fundación Ser y Crecer.
- CORTÉS, M. R., y CANTÓN, J. (1997). "Consecuencias del abuso sexual infantil", en *Malos tratos y abuso sexual infantil*. Madrid, Siglo XXI de España Editores.
- DUBOWITZ, H.; BLACK, M.; HARRINGTON, D. y VERSCHOORE, A. (1993) "A follow-up study of behavior problems associated with child sexual abuse". *Child Abuse and Neglect*. Vol. 17, pp. 743-754.
- FINKELHOR, D. y BROWNE, A. (1985). "El impacto traumático del abuso sexual infantil", en *Violencia sexual contra mujeres, niñas y niños*. San José. Fundación Ser y Crecer. Traducción del original publicado en *American Journal of Orthopsychiatry*, 55 (4), 530-541.
- HEVEY, D. y KENWARD, H. (1989). "The Effects of child sexual abuse", en Stainton Rogers W., Hevey D., y Ash E. (Eds.) *Child Abuse and Neglect*. Facing the challenge . Oxford, Open University.
- HIBBARD, R. y HARTMAN, G. (1992). "Behavioral problems in alleged sexual abuse victims". *Child Abuse and Neglect*. Vol. 16, pp. 755-762.
- HOTTE, Jean-Pierre y RAFMAN, S. (1992). "The specific effects of incest on prepubertal girls from disfunctional families". *Child Abuse and Neglect*. Vol. 16, pp. 273-283.
- KINZL, J. y BIEBL, W. (1992). "Long-term effects of incest: Life events triggering mental disorders in female patients with sexual abuse in childhood". *Child Abuse and Neglect*. Vol. 16, pp. 567-573.
- KOVEROLA, C.; POUND, J.; HEGER, A. y LYTLE, C. (1993). "Relationship of sexual abuse to depression". *Child Abuse and Neglect*. Vol. 17, pp. 393-400.
- LAVIOLA, M. (1992). "Effects of older brother-younger sister incest: A study of the dynamics of 17 cases". *Child Abuse and Neglect*. Vol. 16, pp. 409-421.
- LIGEZINSKA, M.; FIRESTONE, P.; MANION, I.; MCINTYRE, J.; ENSOM, R. y WELLS, G. (1996). "Children's emotional and behavioral reactions following the disclosure of extrafamilial sexual abuse: initial effects". *Child Abuse and Neglect*. Vol. 20, No. 2, pp. 111-125.USA.
- LÓPEZ, F. (1994). "Estudio definitivo. Efectos a corto plazo", en Félix López, *Abusos sexuales a menores, lo que recuerdan de mayores*. Madrid. Ministerio de Asuntos Sociales.
- LÓPEZ, F. (1995). "Abusos sexuales de menores", en Félix López, *Prevención de los abusos sexuales de menores y educación sexual*. Madrid. Amaru Ediciones.
- MILLER, D.; MCCLUSKEY, F. K. y IRVING, L. (1993). "The relationship between childhood sexual abuse and subsequent onset of bulimia nervosa". *Child Abuse and Neglect*. Vol. 17, pp. 305-314.
- VÁZQUEZ, B. (1993). "Las secuelas psicológicas del abuso sexual en menores", en Blanca Vázquez, *Agresión sexual: Evaluación y tratamiento en menores*. Madrid. Siglo XXI editores de España.

Autoviolencia: una terrible consecuencia de la violencia

Marisol Vanegas Guido*

Resumen.- Este artículo aborda el intento suicida como consecuencia de la violencia sexual infantil prolongada en el tiempo. Lo hace a partir de la experiencia clínica de su autora en el Consultorio donde ella tuvo la oportunidad de tratar a 6 jóvenes entre 18 y 27 años (4 mujeres y 2 varones), después de que estos realizaron la tentativa suicida. La intervención terapéutica se orientó primero a contener los impulsos del o la paciente y, luego, a elaborar un compromiso con la vida. Después se aplicó una técnica de resolución de traumas denominada "Técnica de Desensibilización y Reprocesamiento a través de movimientos oculares", conocida internacionalmente por las siglas EMDR, creada por Francine Shapiro, y que hoy constituye una alternativa terapéutica de corta duración y alta efectividad.

Introducción

Como la forma más extrema de la autoviolencia, el suicidio constituye hoy un serio problema de salud pública. Dada su curva de crecimiento ascendente, decidí observar este fenómeno motivada por el profundo dolor de una familia que acudió al Consultorio Psicológico Popular del Departamento de Psicología de la UCA, luego que uno de sus miembros, la hija mayor, se suicidara por ahorcamiento. La terapia familiar develó el gran secreto: el suicidio se produjo a consecuencia del abuso sexual infantil propinado por su padrastro (sufrido a lo largo del tiempo). Cuando se rompió el silencio surgieron nuevos descubrimientos dolorosos: dos miembros más de la misma familia, hijas biológicas del violador, fueron igualmente violadas.

Un par de años después tuve la oportunidad de atender a seis jóvenes que habían intentado suicidarse. A ellos se les brindó un tratamiento con la técnica EMDR. Sistematizar y analizar esta experiencia es el propósito de este

artículo. En este estudio se define violencia de la siguiente forma: "Violencia implica siempre el uso de la fuerza para producir daño, en sus múltiples manifestaciones. Es una forma de ejercicio del poder mediante el empleo de la fuerza (ya sea física, psicológica, sexual, económica, política, etc.). Su raíz etimológica remite al concepto de fuerza, se corresponde con verbos tales como violentar, violar y forzar" (Corsi, 1994:23). Igualmente conceptúo el suicidio como "una conducta agresiva cuya meta es la obtención de la muerte a través de autolesión, realizada con el propósito consciente de autodestrucción" (Achaval y Cols, 1986:563).

Las estadísticas del Consultorio Psicológico Popular de la UCA

En los registros estadísticos semestrales del Consultorio hay dos variables a las cuales se les da seguimiento: 1) La violencia en todas sus variantes, abuso físico del niño/a, abuso sexual del niño/a, abuso físico del adulto/a y abuso sexual del adulto/a (DSMIV, 1996:697), y 2) el suicidio en sus dos formas previas: las

* Departamento de Psicología -UCA.

ideas (pensamientos y/o deseos de terminar con su vida), y los intentos, que incluyen una gran variedad de comportamientos autodestructivos, que amenazan la vida (Talbot y Cols, 1988:1010-1011).

Las estadísticas del Consultorio Popular de la UCA del año 1997 (Godoy y Montealegre, 1998:86) muestran los siguientes resultados:

- De los 744 casos atendidos, sólo el 7.7% de los mismos admitieron tener ideas y/o intentos suicidas, siendo el grupo etéreo de 11 a 19 años el más representativo.

- Las tentativas suicidas se presentaron más frecuentemente en el sexo femenino que en el masculino.

- La procedencia geográfica de los atendidos es predominantemente Managua oriental.

Aunque las cifras no sean altamente significativas, es palpable la identificación de probables factores de riesgo en dicha problemática. Para estudios posteriores sería recomendable la utilización del parámetro epidemiológico denominado riesgo relativo: "Riesgo de un individuo entre los expuestos, relativo a un individuo promedio no expuesto" (CIET, 1990) Este procesamiento pondría en evidencia si los hallazgos detectados en el estudio epidemiológico en mención, podrían ser considerados como factores de riesgo o no, transformando la identificación clara de los mismos en un elemento crucial para diseñar programas de salud mental dirigidos a la prevención y tratamiento de este terrible flagelo.

Método

Tratamiento psicológico con la técnica EMDR, de seis jóvenes entre los 18 y 27 años de edad, cuatro del sexo femenino y dos masculinos, que habían realizado intentos suicidas (ingestión de fármacos,

sustancias tóxicas y lesión corto punzante) y que ameritaron hospitalización inmediata. En esta primera fase se les practicó lavado nasogástrico, suturas y otros procedimientos de urgencias para salvarles la vida.

Al realizar la historia clínica, se encontró que todos tenían una experiencia común: habían sido abusados sexualmente durante la infancia y adolescencia (por períodos prolongados) por familiares con diversos grados de consanguinidad (padrastros y otros). Al tomar la decisión de prescindir de la vida, el o la joven se sentía completamente solo/a y desesperanzado/a, sufría de depresión clínicamente diagnosticada, de aislamiento social y tanto ellos/as como su familia guardaban total y absoluto silencio.

Procedimiento

El tratamiento de eventos traumáticos con el método EMDR está basado en la hipótesis de la existencia de un componente psicológico en cada dolencia. Está comprobado que cuando ocurre un incidente "traumático", el equilibrio excitatorio/inhibitorio, necesario para que ocurra el procesamiento de la información, se ve perturbado.

Esta traumatización provoca una sobreexcitación de un locus específico del cerebro presentando una patología neuronal (Pavlov, 1927, citado por Shapiro, 1995:8). Se trata de una patología que "congela" la información en su forma original. Genera la misma ansiedad, la misma imagen, así como la misma evaluación negativa del sí mismo y el mismo efecto. Al no poder ser procesada en forma adaptativa, la información actúa en patologías como el estrés post-traumático (PTSD) y se muestra como pensamientos intrusivos, "flashbacks" y pesadillas (Shapiro, 1989, A:199-223).

Tales eventos psicológicos son contrarrestados por los movimientos oculares, que restablecen el equilibrio excitatorio/inhibitorio, permitiendo que la información "congelada" sea desensibilizada, procesada e integrada adaptativamente (Shapiro, 1989, A:99-223). Esto parece causar la cesación de la sintomatología del estrés post-traumático.

Aparentemente el método EMDR sirve de catalizador para el procesamiento total de la información, produciendo la difusión de las imágenes traumáticas, una completa reestructuración cognitiva, y la neutralización del efecto negativo (Shapiro, 1989, B:20,3, 211-217).

El tratamiento completo de EMDR tiene un abordaje a tres niveles:

1) El terapeuta debe dirigirse al incidente original que estableció la estructura cognitiva/afectiva.

2) Evocación de los disparadores ambientales e internos actuales que estimulan la conducta desadaptada.

3) Instalación de una respuesta cognitiva/conductual deseada, incrementando así el sentido de auto-eficacia del sujeto/a.

Los dos primeros pasos son necesarios para desensibilizar la respuesta ansiosa, mientras el último permite que se establezca una pauta imaginaria que incrementa la posibilidad de un efecto terapéutico a largo plazo in vivo (Hartung y Zelwer, 1998).

Resultados

Los datos de los seis jóvenes que sufrieron de tentativa suicida aparecen organizados en los cuadros 1 y 2 que resumen la situación presentada.

Cuadro 1
FACTORES DE RIESGO Y SUICIDIO

Factores de Riesgo	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6
Sexo	Femenino	Femenino	Femenino	Femenino	Masculino	Masculino
Edad (años)	25	27	24	27	21	18
Estado civil	Soltera	Soltera	Soltera	Divorciada	Soltero	Soltero
Diagnóstico previo	Depresión	Depresión	Depresión	Depresión	Depresión	Depresión
Ambiente	Urbano	Urbano	Urbano	Urbano	Urbano	Urbano
Religión	Católica	Ninguna	Católica	Ninguna	Ninguna	Católica
Localización geográfica	Managua Oriental	Managua Oriental	Managua Occidental	Managua Oriental	Fuera de Managua	Managua Oriental

Considerados por Talbott y Cols (1988:1012). Retomados para el presente estudio.

En el grupo estudiado aparecen algunas características que son descritas por los expertos. Son jóvenes, entre 18 y 27 años de edad. El sexo femenino está más representado que el masculino. Todos/as fueron abusados sexualmente desde la infancia.

Investigaciones realizadas en Nicaragua en el último quinquenio de los 80 revelan que las mujeres víctimas del abuso sexual superan a los hombres en una proporción de 4:1, disminuyendo en los últimos años a 3:1 y a 2.8:1, proporciones éstas que son similares al resto

del mundo (Aguilar, 1998; citado por Godoy y Montealegre, 1998:36).

En los sujetos del presente estudio, el detonante y agravante a la vez de la tentativa suicida es la historia de violencia perpetrada en sus vidas desde la infancia y mantenida en el tiempo. Esto produjo en ellos hastío y malestar persistentes, devaluación severa de la autoestima, dificultad para relacionarse satisfactoriamente con el entorno, desesperanza total y el deseo constante de ponerle fin a sus sufrimientos con el suicidio.

El estado civil predominante en los sujetos es el de soltero, sólo hay una divorciada. Sobre este aspecto se dice que "son dos veces más probable que se suiciden las personas que nunca se han

casado que las casadas, los individuos divorciados o viudos tienen todavía tasas más altas" (Grinspoon, 1986; citado por Talbott, 1988:1012). En nuestra muestra, la mayoría tiene temores y rechazo hacia la vida de pareja, y cuando algunos la han intentado la relación ha sido conflictiva, producto de los efectos del abuso sexual.

Existe un predominio de la procedencia urbana. Y en lo referente a la religión, el 50% de los pacientes poseían creencias y prácticas religiosas, recursos que fueron utilizados en algún momentos, como "métodos dirigidos a regular la respuesta emocional ante el problema" (Vázquez, 1992:3). El 50% restante expresó no poseer ninguna creencia religiosa, dado que la misma situación de

Cuadro 2
PARTICULARIDADES DEL TRATAMIENTO "EMDR"
EN LOS CASOS DE ESTUDIOS

Características	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6
Sexo, edad y tipo de violencia	Femenino 25 Abuso Sexual	Femenino 27 Abuso sexual	Femenino 24 Abuso Sexual	Femenino 27 Abuso sexual	Masculino 21 Abuso sexual	Masculino 18 Abuso sexual
Edad 1er y último abuso	5-15 años	8-15 años	9-16 años	6-20 años	6-12 años	10-18 años
Victimarios	Padrastro y vecinos	Abuelo	Primo	Hermano	Tío	Hermano
Emociones	Angustia	Incertidumbre	Tristeza	Tristeza	Tristeza	Soledad
Cogniciones transmitidas por el abusador	Inservible	Mentirosa	Basura	Loquita	Mala hierba	Bien que te gusta
Localización corporal	Dolor en la boca del estómago	Opresión de pecho	Dolor de cabeza	Dolor de estómago	Dolor de cabeza	Opresión de pecho
Cogniciones negativas sobre sí mismo.	Soy tonta y no creíble	Soy culpable	Soy basura y fea	No valgo, soy vulgar	Fui abusado, no soy normal	No soy hombre
Nuevas cogniciones positivas sobre sí mismo	Soy una buena persona, soy valiente	No soy culpable	Soy una buena persona, soy mujer	Soy una buena persona, yo valgo	Soy heterosexual	Soy hombre
Respuesta cognitiva conductual post tratamiento	Me quiero. hago bien muchas cosas	Soy creíble. basta de atropellos	Yo valgo, voy a tomar la carrera que siempre quise	Merezco vivir, decidí no recibir más atropellos	Soy normal, hablaré con mi familia y tomaré riesgos	Valgo, no me dejaré más

abuso sexual perpetrada por sus familiares les hizo desconfiar de todos y no creer en nadie ni en nada.

Discusión

En la terapéutica de los 6 jóvenes, se utilizaron los tres niveles de abordaje del tratamiento completo de eventos traumáticos EMDR, encontrando hallazgos interesantes que permiten visualizar el tema de la autoviolencia como una peligrosa consecuencia de la violencia. No toda persona que toma la decisión de suicidarse ha sufrido abuso sexual infantil, pero todo parece indicar que sí ha vivido otros tipos de experiencias traumáticas o situaciones límites.

Trabajando con los dos primeros niveles de la técnica, se pudo observar que el incidente original en todos los casos fue el abuso sexual, mantenido a lo largo de dos ciclos vitales del desarrollo humano: la infancia y adolescencia, teniendo una duración de 6 y hasta 10 años. Todos los victimarios fueron del sexo masculino, familiares con diversos grados de consanguinidad. Entre ellos figuran un profesional de la medicina, un padrastro y vecinos adultos. Las cogniciones negativas transmitidas sistemáticamente a las víctimas por los victimarios y las conductas lesivas dirigidas hacia los/as mismos, jugaron un papel importante en el mantenimiento del abuso. Todos/as llegaron a percibir su "sí mismo" (*self*) deteriorado en máximo grado y a comportarse como tal, perdiendo las facultades de defenderse. Esta última conducta es descrita por Leonor Walker como

"síndrome de indefensión aprendida" (Corsi, 1994:67).

Durante el tratamiento, al evocar la información original del abuso, los sujetos de estudio empezaron a re-experimentar emociones negativas diversas (ver tabla N° 2), que se fueron localizando corporalmente en el pecho, la cabeza y el estómago. Estas emociones se entrelazaban con las cogniciones actuales, que eran terriblemente degradantes y autodestructivas, llegando a lesionar su capacidad creativa, su valía, credibilidad, percepción corporal y su identidad sexual en el caso de los varones. En todos los casos, se culpabilizaban de la situación de abuso que vivían.

Durante la tercera y última parte del tratamiento surgió la instalación de nuevas cogniciones elegidas por ellas/os mismos. Generalmente fueron dirigidas a la reafirmación de su ser, a la desculpabilización, al encuentro con su valía, la recuperación de su identidad sexual. En resumen, la adopción de otra visión de la experiencia vivida y la reconstrucción de su nuevo ser.

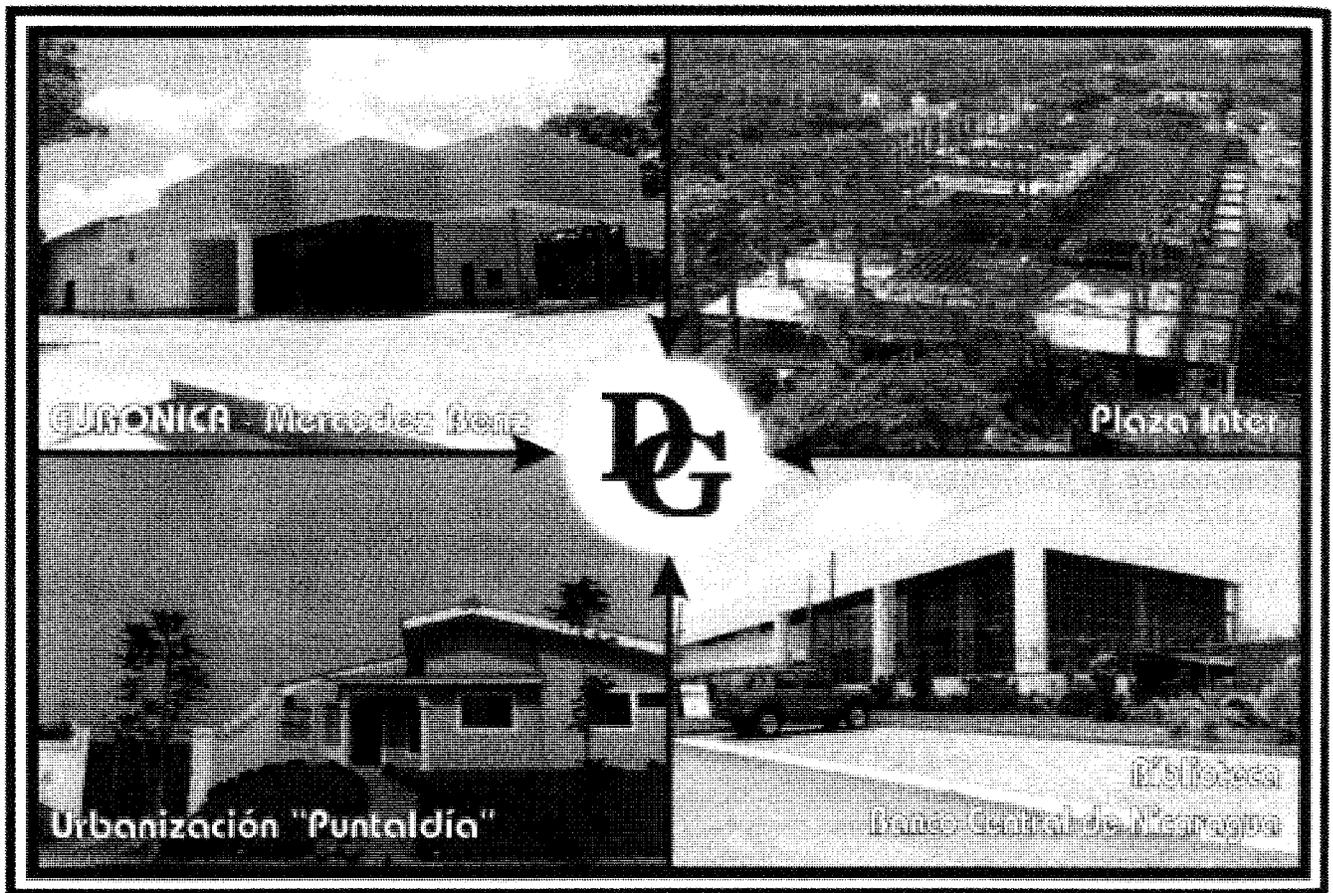
Con los dos primeros niveles del tratamiento se logró la desensibilización de la respuesta ansiosa de la experiencia traumática, y con el último el reprocesamiento cognitivo. Todos los casos fueron tratados en un mínimo de 8 sesiones y un máximo de 12, dejando espacio para el seguimiento posterior en un mes y luego en tres, esperando un efecto terapéutico a largo plazo.

Bibliografía

- ACHÁVAL y COLS (1986). *Psiquiatría*. Buenos Aires.
- AGUILAR, R. (1998). *Análisis de la situación de salud en Nicaragua, suicidio*. Managua. Ministerio de Salud, Departamento de Salud Mental.
- AGUILAR, R. (1997). *Políticas estatales para la prevención de la violencia y el suicidio*. Managua, Ministerio de Salud.
- CORSI, J. (1994). *Violencia Familiar, una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. Buenos Aires.

- DSMIV (1996). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona.
- GODOY y MONTEALEGRE (1998). *Perfil epidemiológico de la demanda satisfecha del servicio de salud mental del consultorio psicológico popular de la Universidad Centroamericana, durante el año 1997*. Managua.
- SHAPIRO, F. (1995). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*. New York.
- TALBOTT y COLS (1989). *Tratado de psiquiatría*. Barcelona.
- VANEGAS, M.; CASTILLO, M. y COLS (1994). *Estudio epidemiológico en salud mental realizado en la comunidad Jorge Dimitrov de Managua, Nicaragua, en el mes de diciembre de 1993*.
- VANEGAS, M. (1993). *Demanda de atención y plan de intervenciones ejecutado a pacientes tratados en el consultorio psicológico popular de la Universidad Centroamericana*. Managua.

D GUERRERO INGS. S. A.



DIRECCION: Plaza El Sol 300 mts. Arriba
Managua, Nicaragua.
RUC # 301091-9508

TELS.: 2775133, 2775647, 2780768, 2780769
FAX: 2780770, APARTADO POSTAL: A-231
e.mail: dguerrer@ns.tmx.com.ni