

Abuso sexual infantil y su relación con la salud mental de la población de Managua

Marcia Castillo Sequeira¹

1. Investigadora independiente en temas de salud mental.
e-mail:marcase98@hotmail.com

Recibido: marzo 2004/ Aceptado: diciembre 2004

62

Encuentro

PARA DETERMINAR SI EL ABUSO SEXUAL INFANTIL ESTÁ RELACIONADO CON un grupo de síntomas que evidencia afectaciones en la salud de las víctimas se realizó un estudio con una muestra probabilística de la población general de Managua (784, 364 varones y 420 mujeres), utilizando una encuesta de 112 ítems, de la cual se tomó sólo la información relativa a algunas variables sociodemográficas y descriptivas del abuso y la escala de síntomas (14 ítems). Los resultados indican que la intensidad de los síntomas es significativamente más alta para las víctimas, las mujeres y los encuestados/as que no vivieron con ninguno de sus padres, vivieron con algún familiar que consumía alcohol y enfrentaron relaciones familiares conflictivas. Se discuten los resultados en función de su contribución al conocimiento de la salud mental de la población de Managua y a la importancia que tienen para la comprensión de los efectos que en la salud de las víctimas tiene el abuso sexual.

Palabras clave: abuso del niño, salud mental

Introducción

Los estudios realizados a lo largo de muchos años y en distintas realidades socioeconómicas y culturales, han demostrado que el abuso sexual tiene un impacto importante en la salud física y psicológica de sus víctimas. Los resultados de estos estudios evidencian que esta experiencia afecta de manera inequívoca a la mayoría, sino a todos los aspectos del funcionamiento del ser humano, por lo que se considera que su impacto en la salud y el bienestar de las víctimas es realmente serio, aun cuando en algunos casos las víctimas infantiles se observen asintomáticas o muestren una evolución favorable (Kendall-Tackett *et al.*, 1993: 173; López *et al.*, 1994: 147-149). No obstante, algunas revisiones de los estudios sobre el impacto del abuso sexual previenen sobre la necesidad de considerar que la severidad del mismo depende de muchos factores, propios y ajenos, de la victimización. Por esto, se recomienda que, para distinguir los verdaderos efectos

del abuso sexual, los estudios deben realizarse con muestras de la población general (Browne y Finkelhor, 1986: 74-76; Rind y Tromovitch, 1996: 244-252).

El impacto que el abuso sexual tiene en la salud de las víctimas se ha estudiado mediante el análisis de diversos síntomas y síndromes que se observan en éstas, utilizando instrumentos estandarizados y no estandarizados. Los estudios que se han centrado en el análisis de los síntomas han incluido con frecuencia los que afectan el **estado emocional** (ansiedad, depresión), **las funciones psicofisiológicas** (problemas del sueño y la alimentación), **las relaciones sociales** (dificultad para llevarse bien con los demás, falta de confianza en los demás), **la relación con el sí mismo** (sentimientos de autodesprecio, baja autoestima, ideas e intentos de suicidio) **y la sexualidad** (insatisfacción sexual y conducta sexualizada). La mayoría de estos síntomas se consideran de largo plazo, lo cual supone que aparecen, o se identifican con certeza, al menos dos años después de la experiencia abusiva, aunque hay evidencia de que algunos se presentan inmediatamente después del abuso y se pueden identificar a lo largo de la infancia.

Los resultados más importantes de los estudios mencionados indican que la mayoría de estos síntomas y síndromes afectan a las víctimas de abuso sexual o que las afectan significativamente más que a las no víctimas, lo cual constituye una demostración de la influencia que la experiencia abusiva tiene en la salud de las primeras. Entre los síntomas identificados con mayor frecuencia por estos estudios se encuentran: **ansiedad, depresión y trastornos del sueño** (Choquet, *et al.*, 1997: 827; Bendixen, *et al.*, 1994: 841-843; Kinzl y Biebl, 1998: López *et al.*, 1994: 140 y 141; Cortés y Cantón, 1996: 241-243), **aislamiento y consumo de drogas** (Choquet, *et al.*, 1997: 828; Cortés y Cantón, 1996: 243 y 252; Fernandes-Favero, 1999: 527-529; Harrison, *et al.*, 1997: 532-533; López *et al.*, 1994: 137), **disfunción o problemas sexuales y tendencia erotofílica** (Bendixen, *et al.*, 1994: 839-841 ; Fernandes-Favero, 1999: 527-529; Sarwer y Durlak, 1996: 966-967; López *et al.*, 1994: 139 y 169); **fracaso escolar** (López *et al.*, 1994: 136), **ideas o intentos de suicidio** (Bendixen, *et al.*, 1994: 839-840 ; Cortés y Cantón, 1996: 242-243; Bryant y Range, 1977: 1171-1172; Choquet, *et al.*, 1997: 828; Morales y Salinas, 2000: 132; Read, 1998: 361-362). En igual sentido, algunos hallazgos de particular importancia indican que la conducta sexualizada no sólo es consecutiva al abuso sexual, sino que distingue de manera inequívoca entre víctimas y no víctimas (de modo que se considera el único síntoma patognomónico del mismo) y que la depresión es observable desde edades muy tempranas (Hibbard y Hartman, 1992: 758).

Por otro lado, entre los síndromes considerados como consecuencias del abuso sexual se encuentran el trastorno de estrés postraumático (el cual fue considerado durante mucho tiempo como el prototipo de las manifestaciones posteriores de la experiencia abusiva), los trastornos disociativos y los trastornos de personalidad múltiple. Algunos estudios han centrado su atención en la descripción de estos síndromes (Provus, 1992: 837-843), mientras que otros han informado que éstos son padecidos significativamente más por víctimas de abuso sexual (Fondacaro, *et al.*, 1999: 364-366).

En igual sentido, algunas investigaciones realizadas con poblaciones de distintas culturas, utilizando diversos instrumentos estandarizados, han demostrado que la experiencia de abuso tiene efectos diferenciales en la salud de las personas que han sido victimizadas, en comparación con las que no lo han sido. En este sentido, el estudio más importante sobre el abuso sexual realizado hasta la fecha con una muestra probabilística de la población española exploró, mediante el cuestionario de autoinforme (S.R.Q de la OMS), la tendencia a presentar problemas de salud mental. Los resultados revelaron que las víctimas y las mujeres tienen una tendencia significativamente mayor que las no víctimas y los varones a padecer este tipo de problemas (López *et al.*, 1994: 147-148). Un estudio posterior, realizado con este mismo instrumento y con población portuguesa, también encontró diferencias significativas entre víctimas y no víctimas, y entre varones y mujeres en la tendencia a sufrir problemas de salud mental, lo cual supuso una réplica de los resultados del estudio de López y colaboradores (Fernandes-Favero, 1999: 531-536).

64

Finalmente, otros estudios del mismo tipo han revelado resultados muy similares a los anteriores: utilizando un inventario de síntomas (Hopkin's Symptom Checklist – SCL- 90 –) (Cortés y Cantón, 1996: 243) encontraron que las víctimas de abuso sexual puntuaron significativamente más alto que la muestra de control, lo cual evidenciaba que su salud mental estaba más afectada que la de personas no abusadas. Del mismo modo, mediante la aplicación de la lista de verificación de síntomas de trauma (TSC-40) y la escala de autoestima de Rosenberg, a una muestra de 257 estudiantes universitarios de ambos sexos, Higgins y McCabe, (1994: 258-261) informaron que las mujeres abusadas sexualmente mostraron peor ajuste psicológico y autoestima que sus contrapartes no abusadas.

Los resultados que los distintos estudios mencionados han revelado constituyen una constatación de que el abuso sexual provoca dificultades de diversa índole en la salud y el bienestar de las víctimas, de manera que, en muchos casos éstas enfrentan un deterioro progresivo de la misma y, en el mejor de los casos, no pueden acceder a una mejor calidad de vida. Por tanto, el principal propósito de este estudio es someter a prueba la hipótesis de que en una muestra local también se encuentran diferencias significativas en la intensidad con que experimentan un grupo de síntomas las personas que fueron víctimas de abuso sexual en su infancia y las que no lo fueron. En forma complementaria exploramos la percepción de las víctimas en cuanto a si los síntomas están relacionados con la experiencia de abuso o no, lo cual proporciona información relevante sobre el nivel de conciencia que las víctimas tienen sobre el efecto de la experiencia abusiva en su salud y su bienestar.

Hasta el presente, no existe información relevante sobre este tema en nuestra población, sobre todo, datos obtenidos con muestras de la población general. Estas circunstancias hacen de este trabajo un aporte importante en el arduo camino de establecer las principales consecuencias que el abuso sexual tiene en la salud de las víctimas, cuestión que es crucial para la determinación de las acciones necesarias para el mejoramiento de la misma.

Método

Este estudio es descriptivo y transversal pues no pretende establecer relación causal entre los síntomas explorados y la experiencia de abuso sexual, y se realiza en un momento definido del tiempo. No obstante, también es de naturaleza correlacional en tanto que se propuso identificar si existe relación, estadísticamente significativa o no, entre la intensidad de los síntomas y la experiencia de abuso, entre dicha intensidad y algunas variables de interés.

Participantes

Setecientos ochenta y cuatro pobladores de la ciudad de Managua (364 varones y 420 mujeres), en edades de dieciséis a sesenta años, constituyeron una muestra probabilística a la que se aplicó una encuesta cara a cara. Los encuestados se tomaron de 197 asentamientos, barrios, urbanizaciones progresivas y residenciales ubicados en los siete distritos en que estaba dividida geopolíticamente la capital en 1999, año en que se recogió la información.

Materiales

Se utilizó una encuesta que consta de 112 ítems y 9 secciones, la cual fue elaborada para realizar un estudio epidemiológico del abuso sexual infantil en la población de Managua. Aunque este instrumento explora diversos aspectos de este problema psicosocial, en este trabajo sólo se utilizó la información relativa a algunas variables sociodemográficas y descriptivas del abuso sexual y a la escala que explora 14 síntomas que se consideran consecuencias de largo plazo del abuso sexual infantil (ver anexo No. 1). También se utiliza la información sobre la experiencia de abuso (si se tuvo o no -en este caso, se estableció el evento vital más importante-), el sexo de los encuestados, la valoración que hacen del abuso o evento vital, la composición de su familia, el consumo de alcohol en su familia y las relaciones familiares hasta que cumplieron dieciséis años.

Procedimiento

Se seleccionó una muestra estratificada de acuerdo con las cuotas establecidas para cada grupo poblacional (distrito, tipo de barrio, sexo y edad) y aleatoria (se inició en un punto preestablecido en cada manzana y se tomó una casa de por medio). Las encuestadoras accedieron a los participantes en forma directa presentándose en las viviendas elegidas para solicitar a una persona de características predeterminadas a quien se le explicaba la finalidad e importancia del estudio, se recababa su disposición a colaborar y se procedía a la aplicación. Se obtuvo una tasa de respuesta del 94% y los rechazos fueron reemplazados tomando una vivienda de una manzana adyacente cuando se agotaron las viviendas de las manzanas previamente elegidas.

Por otro lado se adjudicó una puntuación de 0 a 4 a las respuestas obtenidas de acuerdo con la menor o mayor intensidad o frecuencia que los encuestados/as identificaron para cada síntoma (ver anexo No. 1), se obtuvo un puntaje total y se establecieron tres niveles de intensidad o frecuencia: baja (0 a 14 puntos), media (15 a 29 puntos) y alta (30 a 44 puntos). La categoría “baja” es indicativa de menor afectación a la salud de los encuestados, mientras que la categoría “alta” evidencia el mayor impacto de las experiencias vitales en la salud de éstos/as.

Resultados

La información fue organizada en tablas de contingencia para variables nominales en que se presentan las frecuencias, porcentajes y residuos tipificados. Se utilizó el estadístico de contraste Chi-cuadrado para determinar la presencia de relación estadísticamente significativa entre las variables.

66

Cuadro 1. Intensidad de los síntomas a largo plazo según el abuso sexual hasta los 18 años

			Abuso sexual hasta los 18 años		Total
			No	Sí	
Intensidad de síntomas a largo plazo	Baja	Recuento	426	71	497
		% Abuso sexual hasta los 18 años	68.2%	44.7%	63.4%
		Residuos tipificados	1.5	-3.0	
	Media	Recuento	186	72	258
		% Abuso sexual hasta los 18 años	29.8%	45.3%	32.9%
		Residuos tipificados	-1.4	2.7	
	Alta	Recuento	13	16	29
		% Abuso sexual hasta los 18 años	2.1%	10.1%	3.7%
		Residuos tipificados	-2.1	4.2	
Total	Recuento	625	159	784	
	% Abuso sexual hasta los 18 años	100.0%	100.0%	100.0%	

Los datos en el cuadro No.1 indican que hay más víctimas de abuso sexual para las que la intensidad de los síntomas es media y alta (45.3 y 10.1 frente a 29.8 y 2.1%) y que en contraste, hay más encuestados no abusados para los que la intensidad de los mismos es baja (68.2 frente a 44.7%). Las diferencias son estadísticamente significativas ($X^2 = 42.166$, $gl = 2$, $p < .001$) y revelan que existe relación entre la intensidad de los síntomas explorados y la experiencia de abuso.

Cuadro 2. Intensidad de los síntomas a largo plazo según el sexo de los encuestados

			Sexo de los encuestados		Total
			Varones	Mujeres	
Intensidad de síntomas a largo plazo	Baja	Recuento	247	250	497
		% Sexo de los encuestados	67.9%	59.5%	63.4%
		Residuos tipificados	1.1	-1.0	
	Media	Recuento	110	148	258
		% Sexo de los encuestados	30.2%	35.2%	32.9%
		Residuos tipificados	-9	.8	
	Alta	Recuento	7	22	29
		% Sexo de los encuestados	1.9%	5.2%	3.7%
		Residuos tipificados	-1.8	1.6	
Total	Recuento	364	420	784	
	% Sexo de los encuestados	100.0%	100.0%	100.0%	

67

ARISO SEXUAL INFANTE Y SU RELACION CON LA SALUD

La intensidad de los síntomas también es diferente en función del sexo de los encuestados: más varones para los que la intensidad fue baja (67.9 frente a 59.5%) y más mujeres para las que la misma es alta (5.2 frente a 1.9%). Estas diferencias son estadísticamente significativas ($X^2 = 9.422$, $gl = 2$, $p < .01$) e indicativas de que el género es una variable que está relacionada con la intensidad de los síntomas explorados en este estudio. (ver cuadro No. 2)

Cuadro 3. Intensidad de los síntomas a largo plazo según las relaciones familiares

			Relaciones familiares				Total
			Tranquilidad	Conflicto entre los padres	Conflicto entre otros familiares	Conflicto entre toda la familia	
Intensidad de síntomas a largo plazo	Baja	Recuento	371	43	64	19	497
		%Relaciones familiares	68.5%	55.8%	51.2%	47.5%	63.4%
		Residuos tipificados	1.5	-.8	-1.7	-1.3	
	Media	Recuento	156	31	54	17	258
		%Relaciones familiares	28.8%	40.3%	43.2%	42.5%	32.9%
		Residuos tipificados	-1.7	1.1	2.0	1.1	
	Alta	Recuento	15	3	7	4	29
		%Relaciones familiares	2.8%	3.9%	5.6%	10.0%	3.7%
		Residuos tipificados	-1.1	.1	1.1	2.1	
Total	Recuento	542	77	125	40	784	
	%Relaciones familiares	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

La intensidad de los síntomas es baja para los encuestados cuyas relaciones familiares fueron de tranquilidad (68.5%), mientras es media y alta para los que tuvieron relaciones

conflictivas en su familia, siendo mayores las que alcanzan los que tuvieron conflictos entre otros familiares y entre toda la familia (43.2 y 10.0%). Las diferencias son estadísticamente significativas ($X^2 = 23.408$, $gl = 6$, $p < .01$), lo cual evidencia que las variables analizadas están relacionadas. (ver cuadro No. 3)

Cuadro 4. Intensidad de los síntomas a largo según la composición familiar hasta los 16 años

			Con quién vivió hasta los 16 años				Total
			Uno o ambos padres	Uno/ambos familiares padres y otros	Presencia de padrastro	Ausencia de ambos padres	
Intensidad de síntomas a largo plazo	Baja	Recuento	20	396	7	74	497
		% Con quién vivió...	60.6%	67.6%	53.8%	49.0%	63.5%
		Residuos tipificados	-.2	1.2	-.4	-2.2	
	Media	Recuento	11	174	5	67	257
		% Con quién vivió...	33.3%	29.7%	38.5%	44.4%	32.8%
		Residuos tipificados	1	-1.3	.4	2.5	
	Alta	Recuento	2	16	1	10	29
		% Con quién vivió...	6.1%	2.7%	7.7%	6.6%	3.7%
		Residuos tipificados	.7	-1.2	.7	1.9	
Total	Recuento	33	586	13	151	783	
	% Con quién vivió...	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

68

Las proporciones de los distintos niveles de la variable intensidad son diferentes de acuerdo con la composición familiar: más encuestados que vivieron con uno o ambos padres y otros familiares para los que la intensidad es baja (67.6%), y más encuestados que no vivieron con ninguno de los padres para los que la intensidad es media y alta (44.4 y 6.6%). Las diferencias son estadísticamente significativas ($X^2 = 20.804$, $gl = 6$, $p < .01$) y evidencian que la composición de la familia está relacionada con la intensidad de los síntomas explorados. (ver cuadro No. 4)

Cuadro 5. Intensidad de los síntomas a largo plazo según el consumo de alcohol en la familia

			Alguien de la familia tomaba licor			Total
			Ninguno	Uno o ambos padres	Otros familiares	
Intensidad de síntomas a largo plazo	Baja	Recuento	225	177	92	494
		% Alguien de la familia...	69.0%	63.0%	53.5%	63.4%
		Residuos tipificados	1.3	-.1	-1.6	
	Media	Recuento	91	93	72	256
		% Alguien de la familia...	27.9%	33.1%	41.9%	32.9%
		Residuos tipificados	-1.6	.1	2.1	
	Alta	Recuento	10	11	8	29
		% Alguien de la familia...	3.1%	3.9%	4.7%	3.7%
		Residuos tipificados	-.6	.2	.6	
Total	Recuento	326	281	172	779	
	% Alguien de la familia...	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

La intensidad de los síntomas explorados es diferente en función del consumo de alcohol por parte de los familiares de los encuestados: es mayor la proporción de los que alcanzan intensidad baja si no tuvieron familiares con este hábito (69.0%), mientras que es mayor la que corresponde a los que alcanzaron intensidad media si tuvieron otros familiares que consumían alcohol (41.9%). Las diferencias son estadísticamente significativas ($X^2 = 11.768$, $gl = 4$, $p < .05$). (ver cuadro No. 5)

Cuadro 6. Intensidad de los síntomas a largo plazo según la valoración del abuso y los eventos vitales

			Valoración del abuso/evento vital			Total
			Muy negativa/ negativa	Ni negativa ni positiva	Muy positiva/ positiva	
Intensidad de síntomas a largo plazo	Baja	Recuento	246	85	165	496
		% Valoración del abuso/E. vital	58.7%	65.9%	70.5%	63.4%
		Residuos tipificados	-1.2	.4	1.4	
	Media	Recuento	151	41	65	257
		% Valoración del abuso/E. vital	36.0%	31.8%	27.8%	32.9%
		Residuos tipificados	1.1	-2	-1.4	
	Alta	Recuento	22	3	4	29
		% Valoración del abuso/E. vital	5.3%	2.3%	1.7%	3.7%
		Residuos tipificados	1.6	-8	-1.6	
Total		Recuento	419	129	234	782
		% Valoración del abuso/E. vital	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

La intensidad de los síntomas es distinta en función de la valoración que los encuestados hacen del abuso sexual y de los eventos vitales: si estas experiencias son valoradas en forma muy positiva o positiva, la intensidad es baja para la mayoría (70.5%), mientras que si son valoradas en forma muy negativa o negativa, la intensidad es media y alta (36.0 y 5.3%). Las diferencias son estadísticamente significativas ($X^2 = 12.491$, $gl = 4$, $p < .05$) indicando que existe relación entre las dos variables. (ver cuadro No. 6)

También se exploró la existencia de relación entre la intensidad de los síntomas y algunas variables descriptivas del abuso sexual: sexo de las víctimas, tipo de abuso (intrafamiliar, extrafamiliar), gravedad del abuso (leve, moderado y grave), percepción que las víctimas tienen de la experiencia sexual (abuso, no abuso), reacción ante el abuso (rechazo inicial o posterior, rechazo parcial y aceptación –pasiva o activa–). Los resultados indican que en ningún caso hay relación estadísticamente significativa entre las variables analizadas por lo que puede concluirse que la intensidad de los síntomas explorados es independiente de estas características de la experiencia de abuso.

Finalmente, en lo que concierne a la percepción de si los síntomas están relacionados con la experiencia sexual o no, encontramos que hay significativamente más víctimas mujeres que perciben relación entre esta experiencia y depresión ($X^2 = 10.827$, $gl = 1$, $p < .01$), apartarse de los demás ($X^2 = 7.484$, $gl = 1$, $p < .01$), falta de confianza ($X^2 =$

5.703, $gl = 1, p < .05$), insatisfacción sexual ($X^2 = 6.138, gl = 1, p < .01$), disminución del rendimiento académico ($X^2 = 8.344, gl = 1, p < .01$) y conducta sexualizada ($X^2 = 4.835, gl = 1, p < .05$).

Por otro lado, entre quienes consideran que hay relación entre síntomas y abuso hay significativamente más víctimas que percibieron la experiencia sexual como abuso: ansiedad ($X^2 = 5.735, gl = 1, p < .05$), depresión ($X^2 = 17.154, gl = 1, p < .001$), problemas del sueño ($X^2 = 9.659, gl = 1, p < .01$), tomar medicinas/alcohol ($X^2 = 7.087, gl = 1, p < .01$), falta de confianza ($X^2 = 11.141, gl = 1, p < .01$), dificultad para defender sus derechos ($X^2 = 7.355, gl = 1, p < .01$), insatisfacción sexual ($X^2 = 7.539, gl = 1, p < .01$) y conducta sexualizada ($X^2 = 4.156, gl = 1, p < .05$). Estos resultados pueden observarse en el anexo No. 2 (incluye sólo los resultados significativos para las respuestas positivas), mientras que los referidos a la percepción de la experiencia se encuentran en la ilustración No. 1 que aparece a continuación.

70

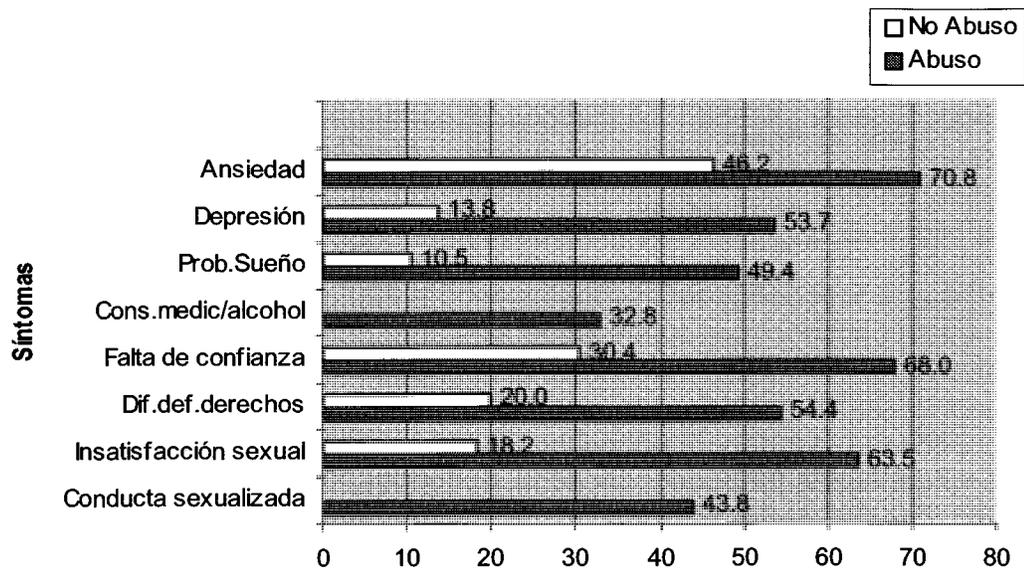


Ilustración 1. Relación entre síntomas y abuso según la percepción de la experiencia sexual.

Discusión

Los resultados de este estudio indican que la intensidad de los síntomas explorados es baja para la mayoría de los encuestados (63.4%), lo cual hace suponer que en general, la salud mental de la población de Managua no sufre afectaciones importantes, al menos la que es posible medir mediante un instrumento de autoinforme como el que utilizamos en este trabajo. No obstante, se observa una proporción relativamente alta de encuestados (32.9%) que informan haber experimentado los síntomas explorados con intensidad media, lo cual es indicativo de que su salud está afectada en alguna medida, con independencia de si fueron abusados o no.

No conocemos estudios similares a éste, razón por la cual no nos es posible comparar este resultado y con ello relativizar la validez del mismo; sin embargo, un análisis particular de los datos obtenidos por Morales y Salinas (2000) en una muestra de mujeres de una zona rural de Nicaragua, revela resultados inversos, pues la mayoría (56.0%) informó haber experimentado los mismos síntomas explorados en nuestro estudio con intensidad media, mientras que para el 19.3% fue alta y solo para el 24.7% fue baja. La diferencia entre nuestros datos y los de estos autores puede ser el reflejo de las condiciones de salud más precarias que enfrenta la población rural comparada con la urbana.

En cuanto a las víctimas de abuso sexual, se encontró que alcanzan mayor intensidad en los síntomas explorados que sus contrapartes no víctimas, resultado que interpretamos como el efecto diferencial que la experiencia de abuso tiene en la salud de las personas que la han vivido. Este resultado permite confirmar nuestra principal hipótesis, a la vez que es consistente con los que han obtenido diversos estudios en realidades socioeconómicas distintas a la nuestra (López *et al.*, 1994; Fernández-Favero, 1999). En consecuencia, creemos que este resultado puede considerarse como un paso importante en la tarea de desentrañar los efectos que el abuso sexual provoca en la salud de sus víctimas.

Los síntomas explorados también distinguen entre los encuestados de acuerdo con su sexo pues hay significativamente más mujeres para quienes la intensidad es alta y más varones para los que la misma es baja; en consecuencia puede afirmarse que los varones tienen mejor estado de salud que las mujeres. Aunque la proporción es baja (5.2%) consideramos que este resultado es muy importante debido a que nos indica que buena parte de la población presenta una afectación importante en su salud y su bienestar, o por lo menos, que así lo experimenta. Por otro lado es importante considerar el hecho de que las mujeres tienen, en general, mayor apertura a expresar sus problemas y dolencias, debido a que esta circunstancia puede explicar la diferencia encontrada y ser indicativa de que, no necesariamente los varones tienen mejor estado de salud, sino que tienen menos apertura a comunicarlo. En contraste, no se encontraron diferencias significativas entre las víctimas en función de su género.

La intensidad de los síntomas explorados también es significativamente mayor (media y alta) para los encuestados que valoran la experiencia (abuso/evento vital) en forma muy negativa o negativa, mientras que es baja para los que la valoran en forma muy positiva o positiva. Este resultado es indicativo de la importancia que tiene la percepción subjetiva de las experiencias vitales, cuestión que puede tener alguna utilidad en el apoyo que se puede brindar a las víctimas para el logro de su recuperación. Esto no supone de ninguna manera, creer que la percepción de la experiencia sea distorsionada pues bien sabemos que la valoración negativa de las experiencias, y en particular la de abuso sexual, se corresponde plenamente con las variables objetivas de la misma (frecuencia, uso de la fuerza, conductas sexuales implicadas, etc.), o que baste con ayudar a percibir la experiencia de modo distinto.

Se encontró que los encuestados que no vivieron con ninguno de sus padres, los que tuvieron algún familiar que consumía alcohol y los que enfrentaron conflictos familiares, alcanzan mayor intensidad (media y alta) en estos síntomas comparados con quienes vivieron con uno o ambos padres, no tuvieron familiares que consumieran alcohol y tuvieron relaciones familiares de tranquilidad. Suponemos que la ausencia de los padres, la presencia de un familiar que consume alcohol y los conflictos entre la familia pueden ser considerados como eventos estresantes que contribuyen a un deterioro de la salud, expresado en la mayor intensidad de los síntomas explorados con en este estudio.

La intensidad de los síntomas para las víctimas de abuso es independiente de su sexo, el tipo y la gravedad del abuso, la percepción de la experiencia como abusiva o no, y de la (s) persona (s) que asumieron la responsabilidad económica hasta que los encuestados tuvieron 16 años. En consecuencia, a diferencia de otros estudios, en éste no se constata que las mencionadas características del abuso sexual tengan un impacto diferencial en las víctimas del mismo.

72

Finalmente, las víctimas de abuso, en particular las mujeres y las que percibieron la experiencia sexual como abuso, identifican significativamente más que sus contrapartes que los síntomas explorados en este estudio se encuentran relacionados con la experiencia de abuso. No disponemos de datos que nos permitan contrastar este resultado, a pesar de lo cual creemos que tiene una importancia particular, sobre todo para los efectos de comprender la posición subjetiva de las víctimas frente a la experiencia y sus consecuencias.

Comentarios finales

El presente estudio ha permitido constatar que el estado de salud mental de la población de Managua, medida mediante un instrumento no estandarizado, puede considerarse aceptable para la mayoría de la población y que existe una proporción importante que se encuentra afectada en mediana intensidad. No obstante, aunque el interés principal de este estudio no fue la determinación del estado de la salud de la población general, puede ser aún más importante la proporción de encuestados que informaron intensidad alta en los síntomas explorados (4.0%), sobre todo si se tiene en cuenta que los síntomas incluidos abarcan un rango amplio de situaciones que son evidencia de dificultades de distinta índole. En este sentido creemos necesaria la realización de otros estudios que amplíen los resultados aquí informados.

El hecho de haber sufrido abuso sexual en la infancia y ser mujer implica mayor intensidad en los síntomas explorados en este estudio; de igual manera se constató que la ausencia de los padres, el consumo de alcohol y las relaciones familiares conflictivas suponen mayor intensidad en estos síntomas. Estos resultados constatan la importancia de las variables abuso sexual, género de los encuestados y algunas variables sociodemográficas en el estudio de los problemas que han sido estudiados como efectos del abuso sexual a largo plazo. En contraste se demostró que la intensidad de los síntomas incluidos en este estudio es independiente de algunas características del abuso sexual.

Finalmente, las víctimas de abuso sexual tienen una aguda conciencia de las afectaciones que en su salud ha provocado este evento vital, lo cual supone una evidencia, no por subjetiva menos importante, de la relación entre la experiencia y sus consecuencias.

Referencias bibliográficas

- BENDIXEN, M., MUUS, K. y SCHEI, B. (1994). «The Impact of Child Sexual Abuse - A Study of a Random Sample of Norwegian Students». *Child Abuse & Neglect*. Vol. 18, No. 10, pp. 837-847, USA.
- BRYANT, S. y RANGE, L. (1997). "Type and Severity of Child Abuse and College Students' Lifetime Suicidability". *Child Abuse & Neglect*. Vol. 12, pp.1169-1276, USA.
- BROWNE, A. y FINKELHOR, D. (1986). "Impact of Child Sexual Abuse: A Review of the Research". *Psychological Bulletin*. Vol. 99, No. 1, pp. 66 - 77, USA.
- CHOQUET, M., DARVES-BORNOZ, J. M., LEDOUX S., MANFREDI R. y HASSLER, C. (1997). "Self-reported Health and Behavioral Problems Among Adolescent Victims of Rape in France: Results of a Cross-Sectional Survey". *Child Abuse & Neglect*. Vol. 21, No. 9, pp.823-832, USA.
- CORTÉS, M. R. y CANTÓN, J. (1997). "Consecuencias del abuso sexual infantil". En José Cantón Duarte y María del Rosario Cortés. *Malos tratos y abuso sexual infantil*. Madrid, Siglo XXI de España editores.
- FERNANDES-FAVERO, M. (1999). *Abusos sexuales a menores. El estudio de la realidad portuguesa*. Tesis doctoral. Salamanca, Universidad de Salamanca.
- FONDACARO, K., HOLT, J. y POWELL, T. (1999). «Psychological Impact of Childhood Sexual Abuse on Male Inmates: The Importance of Perception». *Child Abuse & Neglect*, Vol. 23, No. 4, pp. 361-369, USA.
- HARRISON, P., FULKERSON J. y BEEBE, T. (1997). "Multiple Substance Use Among Adolescent Physical and Sexual Abuse Victims". *Child Abuse & Neglect*. Vol.21, No. 6, pp. 529-539, USA.
- HIBBARD, R. y HARTMAN, G. (1992). «Behavioral Problems in Alleged Sexual Abuse Victims». *Child Abuse & Neglect*. Vol. 16, pp. 755-762, USA.
- HIGGINS D. J. y McCABE, M. P. (1994). "The Relationships of Child Sexual Abuse and Family Violence to Adult Adjustment: Toward an Integrated Risk-Sequelae Model". *The Journal of Sex Research*. Vol. 31. No. 4, pp. 255-266, USA.
- KENDALL-TACKET, K. A., WILLIAMS, L. M. y FINKELHOR, D. (1993). "Impact of sexual abuse on children: a review and synthesis of recent empirical studies". *Psychological Bulletin*, Vol. 113, No. 1, pp. 164-180, USA.
- KINZL, J. y BIEBL, W. (1998). «Long-Term Effects of Incest: Life Events Triggering Mental Disorders in Female Patients with Sexual Abuse in Childhood». *Child Abuse & Neglect*. Vol. 16, pp. 567-573, USA.
- LÓPEZ, F., FUERTES, A., ZAPIAIN, J., CARPINTERO, E., HERNÁNDEZ, A. y MARTÍN, M. J. (1994). *Abusos sexuales a menores: lo que recuerdan de mayores*. Madrid, Ministerio de Asuntos Sociales.

- MORALES, S. y SALINAS, O. (2000). *Autoestima, estrategias de afrontamiento y apoyo social en mujeres de 18-35 años de edad, víctimas de abuso sexual en la infancia*. Tesis de pregrado. Managua, Universidad Centroamericana.
- PROVUS, L. (1992). «Early Indicators of Pathological Dissociation in Sexually Abused Children. *Child Abuse & Neglect* Vol. 16. pp. 833-846, USA.
- RIND, B. y TROMOVITCH, P. (1997). “A Meta-Analytic Review of Findings from National Samples on Psychological Correlates of Child Sexual Abuse”. *The Journal of Sex Research*. Vol. 34, No. 3. pp. 237-255, USA.
- READ, J. (1998). “Child Abuse and Severity of Disturbance Among Adult Psychiatric Inpatients”. *Child Abuse & Neglect*, Vol. 22, No. 5. pp. 350-368, USA.
- SARWER, D. y DURLAK, J. (1996). “Childhood Sexual Abuse as a Predictor of Adult Female Sexual Dysfunction: A Study of Couples Seeking Sex Therapy”. *Child Abuse & Neglect*, Vol. 20, No. 10. pp. 963-972, USA.

74

ANEXOS

Anexo 1.

Escala de experiencias personales

Instrucciones: Si le ha ocurrido alguna de las siguientes situaciones a lo largo de su vida, diga por favor cuál ha sido la intensidad o frecuencia (ninguna, muy leve, leve, intensa/ frecuente, muy intensa/ frecuente). En caso que la persona haya tenido la experiencia de abuso (item 37), regresar a esta sección y completar la información (relación entre estos síntomas y el abuso, y duración de los mismos). Pregunte cuáles de los síntomas cree que están relacionados con la experiencia de abuso, marque con una “X” la alternativa correspondiente. Si los síntomas se presentaron durante los dos primeros años después de ocurrido el abuso (corto plazo), encierre en un círculo la alternativa “1”, si los síntomas persisten en la actualidad (largo plazo), encierre en un círculo la alternativa “2”. Es posible que algunos síntomas se hayan presentado tanto a corto como a largo plazo, en ese caso, marque ambas alternativas. Muy intensa/frecuente = 4
Relación con el abuso

respuesta	Alternativas de	Intensidad					Relación con el abuso		Duración de los síntomas	
		Ninguna = 0 Muy leve = 1 Leve = 2 Intensa/ frecuente = 3 Muy intensa/frecuente = 4					No	Sí	Corto plazo = 1	Largo plazo = 2
1/23)	Sentimientos de ansiedad, angustia	0	1	2	3	4	0	1	1	2
2/24)	Depresión (diagnosticada)	0	1	2	3	4	0	1	1	2
3/25)	Problemas al dormir (pesadillas)	0	1	2	3	4	0	1	1	2
4/26)	Dificultad para llevarse bien con los demás	0	1	2	3	4	0	1	1	2
5/27)	Ideas o intentos de suicidio	0	1	2	3	4	0	1	1	2
6/28)	Disminución o aumento repentino del apetito	0	1	2	3	4	0	1	1	2
7/29)	Apartarse de los demás	0	1	2	3	4	0	1	1	2
8/30)	Disminución repentino del rendimiento	0	1	2	3	4	0	1	1	2
9/31)	Sabía/ hablaba/ tenía más interés en el sexo que el resto de los niños/ as de su edad	0	1	2	3	4	0	1	1	2
10/32)	Falta de confianza en los demás	0	1	2	3	4	0	1	1	2
11/33)	Dificultad/ incapacidad para defender sus derechos	0	1	2	3	4	0	1	1	2
12/34)	Tomar medicinas (tranquilizantes) o alcohol	0	1	2	3	4	0	1	1	2
13/35)	Desagrado por las fiestas o cualquier actividad en la que los demás se divierten	0	1	2	3	4	0	1	1	2
14/36)	Insatisfacción (falta de placer) sexual	0	1	2	3	4	0	1	1	2

75

ABUSO SEXUAL INFANTIL Y SU RELACIÓN CON LA SALUD

Anexo 2

Percepción de que existe relación entre síntomas a largo plazo y abuso sexual

Síntomas a largo plazo	Sexo de las víctimas				Percepción de la experiencia			
	Sí hay relación				Sí hay relación			
	Varones		Mujeres		No abuso		Abuso	
	%	R	%	R	%	R	%	R
Ansiedad	---		---		46.2	(12)	70.8	(80)
Depresión	23.1	(9)	54.0	(54)	13.8	(4)	53.7	(59)
Problemas de sueño	---		---		10.5	(2)	49.4	(43)
Tomar medicinas/ alcohol	---		---		0.0	(0)	32.8	(20)
Apartarse de los demás	18.5	(5)	49.2	(32)	---		---	
Falta de confianza	44.1	(15)	67.4	(64)	30.4	(7)	68.0	(70)
Dificultad para defender sus derechos	---		---		20.0	(4)	54.4	(37)
Insatisfacción sexual	29.4	(5)	64.0	(32)	18.2	(2)	63.5	(33)
Disminución del rendimiento académico	14.8	(4)	48.0	(24)	---		---	
Conducta sexualizada	16.7	(3)	50.0	(11)	0.0	(0)	43.8	(14)