PAQ3458

TRAB
PS2002
P4

UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA COMUNITARIA
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

ESTUDIO DEL GRADO Y TIPO DE DISOCIACIÓN REPORTADA EN NIÑAS Y NIÑOS CON MALTRATO FÍSICO Y/O ABUSO SEXUAL A TRAVÉS DE LA LISTA DE CHEQUEO DE CONDUCTAS DISOCIATIVAS DE PUTMAN (CDC).

Autor:

Ana Gabriela PÉREZ DE ANTELO Asistente

Tutor:

Oly NEGRÓN

Caracas, Octubre 2002

DEDICATORIA

A Claudia, Corina y Carolina, todas en una y la promesa que te hice de trabajar por otros como tú; a todos l@s niñ@s que no tienen una infancia feliz por la injusticia de ser víctimas de abuso y maltrato;
un intento por encontrar una luz de esperanza.
Este es sólo el comienzo del camino.

Le dedico este trabajo a mi familia, mi gran tesoro
Ricardo, Christian y María Fernanda
Por todo y más.

AGRADECIMIENTOS

A la Lic. Oly Negrón, por su disposición, orientación, revisiones, correcciones y por su valioso apoyo en la realización de este trabajo.

A la Dra. Gloria Yamín de Fondenima por facilitarme el acceso a la institución para la realización de la investigación. A todo el personal que labora en esa institución por hacer posible la recolección de los datos y el acceso a los casos, especialmente a la Lic. Angelita López por su inmensa colaboración. Un reconocimiento a Antonieta por facilitarme el material bibliográfico y las copias.

A La Lic. Catrin Ramírez de AVESA por toda su disposición, colaboración y paciencia para recolectar la información sobre los casos. Igualmente mi agradecimiento al resto del personal que tomó un poco de su valioso tiempo para llenar las bases de datos y las escalas. Joana, gracias.

A la Lic. Susana Medina y a su equipo de trabajo de PLAFAM por facilitarme los casos que faltaban y orientarme desde el principio en el trabajo de campo.

A la Lic. Pamela Vieira por su valioso apoyo y ayuda para la recolección de los casos del grupo control en el colegio San Agustín del Paraíso, lo que hizo posible que la investigación llegara más allá de lo planteado.

Al Prof. Jaime Robles por la orientación en el manejo del programa estadístico, y especialmente en la realización del análisis factorial.

A todos los padres que colaboraron en llenar la escala para hacer posible esta investigación.

ÍNDICE GENERAL

Pág.

PORTADA i

DEDICATORIA ii

AGRADECIMIENTOS iii

ÍNDICE GENERAL iv

ÍNDICE DE TABLAS vii

ÍNDICES DE GRÁFICOS x

ÍNDICE DE ANEXOS xii

RESUMEN xiii

INTRODUCCIÓN 1

MARCO TEÓRICO 5
Historia del concepto de disociación 6
Definiciones de disociación 12
Modelos dimensional y taxonómico de la disociación 14
Disociación relacionada al trauma 16
Algunos aspectos sobre trauma infantil 20
Consideraciones sobre maltrato y abuso infantil 22
Disociación y trauma en la infancia 24

MÉTODO 30

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN 30

HIPÓTESIS 30

CONCEPTOS Y VARIABLES 31
Variable independiente 31
Variable dependiente 32
Variables moderadoras 32

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN 35

TIPO DE ANÁLISIS 35

PROCEDIMIENTO.....36

INSTRUMENTO.....38

POBLACIÓN.....40

MUESTRA.....42

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....47

CONFIABILIDAD DE LA CDC.....47

GRADO DE DISOCIACIÓN.....47
Distribución de puntajes totales de la CDC para la totalidad de la muestra.....47
Distribución de la CDC para el grupo no diagnosticado (control).....49
Distribución de la CDC para el grupo diagnosticado (MF, AB y MF/AB).....50
Maltrato Físico (MF).....51
Abuso Sexual (AS).....52
Maltrato Físico y Abuso Sexual (MF/AS).....54
Diferencia de medias de grupos contrastados.....55

TIPO DE DISOCIACIÓN.....60
Subescalas de disociación: no patológica y disociación patológica.....60
ANÁLISIS FACTORIAL.....61
Descripción de la subescala de disociación no patológica (DISNOPAT).....65
Descripción de la subescala de disociación patológica (DISPAT).....68

VARIABLES MODERADORAS.....72
Análisis de los resultados del CDC en función del género...73
Análisis de los resultados del CDC en función de la edad....77
Análisis de otras variables moderadoras.....78
CARACTERISTICAS PREABUSO.....78
CARACTERISTICAS DEL ABUSO EN SI.....79
CARACTERÍSTICAS DEL VICTIMARIO.....79
Correlaciones del CDC con características del victimario.....80
CARACTERÍSTICAS DEL ABUSO GRUPOS POR SEPARADO...80
Maltrato Físico (MF).....80
Abuso Sexual (AS).....84

CONCLUSIONES..... 89

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS..... 92

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 94

FE DE ERRATA.....98

ANEXOS.....99

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Estadísticos descriptivos del grado de disociación para la muestra total (puntaje total CDC)..... 47

Tabla 2: Bondad de ajuste a la curva normal de la distribución de los puntajes totales en la CDC para la muestra total..... 48

Tabla 3: Estadísticos descriptivos del grado de disociación grupo no diagnosticado (control)..... 50

Tabla 4: Estadísticos descriptivos del grado de disociación grupo diagnosticado..... 51

Tabla 5: Estadísticos descriptivos del grado de disociación grupo MF 52

Tabla 6: Estadísticos descriptivos del grado de disociación grupo AS..... 53

Tabla 7: Estadísticos descriptivos del grado de disociación grupo MF/AS 54

Tabla 8: Coeficiente de correlación de rango de Spearman grupo no diagnosticado vs. grupo diagnosticado..... 55

Tabla 9: Prueba de dos muestras independientes U de Mann-Whitney grupo no diagnosticado vs. grupo diagnosticado..... 55

Tabla 10: Prueba de muestras independientes para los distintos grupos control, MF, AS y MF/AS..... 58

Tabla 11: Frecuencias y porcentajes referidos a grado de disociación no patológica (CDC<12) y patológica (CDC>12) por grupos diagnósticos y control..... 59

Tabla 12: Estadísticos descriptivos de la distribución de la subescala DISNOPAT. Comparación entre diagnosticados vs. no diagnosticados 65

Tabla 13: Prueba de 2 muestras independientes

grupo diagnosticado vs. no diagnosticado
para la subescala DISNOPAT..... 65

Tabla 14: Estadísticos descriptivos de la distribución
de DISNOPAT para los grupos control, MF, AS y MF/AS..... 67

Tabla 15: Diferencias en la subescala DISNOPAT
entre los grupos control, MF, AS y MF/AS 68

Tabla 16: Comparación diagnosticado vs. no diagnosticado
en cuanto a disociación patológica..... 68

Tabla 17: Prueba de 2 muestras independientes
grupo diagnosticado vs. no diagnosticado
para la subescala DISPAT..... 69

Tabla 18: Estadísticos descriptivos de la distribución de la subescala
DISPAT para los grupos control, MF, AS y MF/AS 70

Tabla 19: Diferencias entre los grupos control, MF, AS y MF/AS
en cuanto a la escala de DISPAT..... 71

Tabla 20: Coeficientes de correlaciones de rango de Spearman (rho)
por grupos separados, entre CDC y variables moderadoras:
Género, Edad y Nivel Socioeconómico.....72

Tabla 21: Estadísticos descriptivos del grado de disociación
para la muestra total en función del género..... 73

Tabla 22: Prueba de 2 muestras independientes
para la muestra total considerando género 74

Tabla 23: Estadísticos descriptivos del grado de disociación
en función del género. Grupo diagnosticado vs. no diagnosticado.. 75

Tabla 24: Prueba de muestras independientes en función al género
grupo no diagnosticado y el grupo diagnosticado..... 77

Tabla 25: Frecuencia y porcentajes de severidad del maltrato,
grupo MF..... 81

Tabla 26: Frecuencia y porcentajes de duración del maltrato,
grupo MF..... 82

Tabla 27: Frecuencia y porcentajes de frecuencia del maltrato,

grupo MF 83

Tabla 28: Correlaciones entre las variables moderadoras
del maltrato y el grado de disociación (CDC) 84

Tabla 29: Frecuencia y porcentajes de severidad del abuso sexual,
grupo AS 84

Tabla 30: Frecuencia y porcentajes de duración del abuso sexual,
grupo AS 85

Tabla 31: Frecuencia y porcentajes de frecuencia del abuso sexual,
grupo AS 86

Tabla 32: Correlaciones entre variables moderadoras
del abuso sexual y el grado de disociación (CDC) 87

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Gráfico de línea de distribución de puntajes CDC para la muestra total.....48

Gráfico 2: Histograma y curva normal de la distribución de puntajes CDC para la muestra total.....49

Gráfico 3: Histograma de frecuencia de puntajes de CDC para el grupo no diagnosticados (control)..... 50

Gráfico 4: Histograma de frecuencias para grupo diagnosticado ... 51

Gráfico 5: Histograma de frecuencia de los puntajes CDC, grupo MF..... 52

Gráfico 6: Histograma de frecuencia de los puntajes CDC, grupo AS..... 53

Gráfico 7: Histograma de frecuencia de los puntajes CDC, grupo MF/AS.....54

Gráfico 8: Ploteo de Caja de las distribuciones de los puntajes en la CDC, grupo no diagnosticado vs. el grupo diagnosticado..... 56

Gráfico 9: Ploteo de Caja para distribuciones de los puntajes CDC, grupos control, MF, AS. MF/AS.....57

Gráfico 10: Ploteo de Caja de las distribuciones de la subescala DISNOPAT, grupos diagnosticados vs. no diagnosticados..... 66

Gráfico 11: Ploteo de Caja de las distribuciones de la subescala DISNOPAT, grupos control, MF, AS y MF/AS.....67

Gráfico 12: Ploteo de Caja de las distribuciones de la subescala DISPAT, grupos diagnosticados y no diagnosticados..... 69

Gráfico 13: Ploteo de Caja de las distribuciones
de la subescala DISPAT,
grupos control, MF, AS y MF/AS..... 70

Gráfico 14: Ploteo de Caja de las distribuciones
de los puntajes de las CDC
en función del género (muestra total).....74

Gráfico 15: Ploteo de Caja de las distribuciones
de los puntajes CDC,
grupo no diagnosticado en función del género..... 76

Gráfico 16: Ploteo de Caja de las distribuciones
de los puntajes CDC,
grupo diagnosticado en función del género..... 76

Gráfico 17: Ploteo de Caja de las distribuciones
de los puntajes CDC,
grupo diagnosticado en función de la edad.....77

Gráfico 18: Gráfico de Barra de frecuencia s
everidad del maltrato,
grupo MF..... 81

Gráfico 19: Gráfico de Barra de frecuencia
duración del maltrato,
grupo MF..... 82

Gráfico 20: Gráfico de Barra de frecuencia de la
frecuencia del maltrato,
grupo MF..... 83

Gráfico 21: Gráfico de Barra de frecuencia
severidad del abuso sexual,
grupo AS.....85

Gráfico 22: Gráfico de Barra de frecuencia
duración del abuso,
grupo AS.....86

Gráfico 23: Gráfico de Barra de frecuencia de la
frecuencia del abuso sexual,
grupo AS..... 87

INDICE DE ANEXOS

ANEXO A: CDC- LISTA DE CHEQUEO DE SÍNTOMAS DISOCIATIVOS EN NIÑOS Frank Putman, MD..... 98

ANEXO B: FORMATO PARA REGISTRO DE BASE DE DATOS PARA VARIABLES DEMOGRÁFICAS Y MODERADORAS.....101

ANEXO C: SOLICITUD DE COLABORACIÓN PARA REALIZACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN LA INSTITUCIÓN..... 105

ANEXO D: HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN..... 108

ANEXO E: ESTADÍSTICAS SOBRE MALTRATO FÍSICO Y ABUSO SEXUAL DE FONDENIMA Y AVESA..... 110

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo el estudio del grado y tipo de disociación (según el modelo dimensional y taxonómico) en niños con historia de abuso sexual, maltrato infantil o ambos. La muestra de casos diagnosticados fue de un total de 36 (22 niños y 14 niñas) en edades comprendidas entre los 4 y 13 años, con historias de abuso sexual, maltrato físico o ambos, referidos a instituciones venezolanas especializadas. Para medir la disociación, se utilizó la Lista de Chequeo de Conductas Disociativas de Putman (CDC, 1997) la cual fue traducida al Español. Para esta escala se obtuvieron indicadores de confiabilidad y validez. El grado de disociación percibida (reportada por los padres) se obtuvo de la suma total de los puntajes de la CDC siendo un puntaje total mayor de 12 considerado como patológico. De manera de establecer el tipo de disociación, se realizó un análisis factorial con un grupo total de 339 niños sin historia de trauma aunado a la muestra del estudio, con lo que se obtuvo dos subescalas de disociación no patológica (DISNOPAT) y disociación patológica (DISPAT).

A través de análisis no paramétricos, se estableció que: (a) la disociación en niños se distribuye como en los adultos de forma no normal, por lo que pudieran ser fenómenos similares, (b) la disociación en niños parece comportarse bajo los dos modelos expuestos por Putman, tanto el dimensional como el taxonómico, (c) los niños con historia de abuso sexual o maltrato infantil presentan un grado de disociación percibida significativamente mayor que los niños sin historia de trauma, (d) la severidad del abuso y del maltrato está relacionada con el grado de disociación no así otras variables moderadoras consideradas en el estudio, (e) los niños abusados sexualmente presentan disociación patológica, tanto en grado como en tipo, con mayor probabilidad que los niños maltratados, (f) la subescala DISPAT pudiera ser útil para afinar el diagnóstico de Trastorno Disociativo y parece estar asociada especialmente con el abuso sexual (g) debido a que la muestra contó con niños de ambos sexos se pudo apreciar que existe un efecto del género sobre el grado de disociación en tanto que los niños, especialmente sin historia de trauma, tienden a presentar puntajes mayores en la CDC que las niñas, y (h) finalmente, la CDC muestra ser un instrumento útil para la clínica tanto en la investigación como en el diagnóstico y tratamiento de niños traumatizados.

INTRODUCCIÓN

El estudio de la disociación como fenómeno ha tenido sus altos y bajos en la historia de la ciencia. Actualmente existe un renovado interés proveniente de diversos campos de investigación que coinciden en la necesidad de una mejor comprensión de este fenómeno, comenzando por lograr un consenso en su definición y así generar instrumentos válidos y fiables que permitan un abordaje científico para su estudio.

Spiegel y Cardeña (1991) definen disociación como la separación de los procesos mentales que normalmente están integrados. Esta definición es amplia y deja lugar a ciertas ambigüedades. En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su cuarta revisión (DSM-IV-TR) "el elemento esencial (en los trastornos disociativos) se refiere a la alteración de las funciones usualmente integradas de la conciencia, memoria, identidad o percepción del entorno." (American Psychiatry Association, 2000, p. 519) mientras que en la décima revisión de la Clasificación Estadística Internacional de las Enfermedades y de los Problemas Relacionados con la Salud (ICD-10) se incluye el elemento motor en tanto que se debe considerar también la no integración del control de los movimientos del cuerpo con el resto de los procesos mentales, haciendo referencia a las conversiones (Kaplan, 1997).

A pesar de la existencia de ciertas controversias en este tema, existe un gran consenso en cuanto a la relación existente entre la disociación y el trauma. El estudio del trauma se convierte en una fuente importante de aporte al estudio actual del fenómeno disociativo. Las investigaciones con "sobrevivientes" de abuso sexual y de maltrato infantil hacen énfasis en la disociación como mecanismo de afrontamiento ante el evento traumático para poder sobrellevar psicológicamente el impacto de esa situación abrumadora, sin embargo, un mecanismo que puede verse como adaptativo se convierte en una manera patológica de lidiar con los estresores cotidianos, especialmente en los abusos crónicos, llegando a obstaculizar en forma importante el funcionamiento adecuado de la persona.

Frank Putman (1997) es un precursor en el estudio de la disociación, especialmente en niños y adolescentes. No sólo ha elaborado varias escalas para abordar objetivamente el fenómeno y mejorar su comprensión, si no que ha buscado sensibilizar a la comunidad científica en la importancia del estudio de la disociación ante la inminencia de casos de abuso sexual y maltrato físico en la población infantil.

Elaborando sobre los hallazgos empíricos, Frank Putman (1997) aporta dos modelos de comprensión del mecanismo de la disociación que parecen

coexistir. La concepción original de la disociación como fenómeno continuo (modelo dimensional) es apoyada por investigaciones que revelan que las personas que han sufrido trauma tienden a disociar en mayor grado en tanto que presentan un mayor y más variado número de conductas disociativas y con mayor frecuencia en su repertorio cotidiano que las personas que no han sufrido eventos traumáticos.

La concepción taxonómica del fenómeno disociativo es un aporte más reciente que da luz sobre algunas investigaciones que no apoyaban el modelo dimensional. Es así como se puede entender que las personas que disocian de forma patológica lo hacen de manera cualitativamente distinta a las personas que disocian de forma no patológica. Es decir que existen conductas presentadas por los disociadores patológicos que rara vez aparecen en la población normal.

A pesar de que el mismo Putman ha desarrollado el instrumento para el estudio de la disociación en los niños, no existen estudios previos en los que se distinga entre el grado y el tipo de disociación en los niños basándose en los dos modelos expuestos anteriormente. La Lista de Chequeo de Conductas Disociativas en Niños (CDC, Putman, 1997) es una escala donde los padres o adultos significativos reportan la aparición y frecuencia de ciertas conductas consideradas como disociativas.

En Venezuela es sumamente difícil considerar el diagnóstico de Trastorno Disociativo en niños, es por eso que este estudio se basa en la fuerte evidencia empírica que existe en otros países sobre la relación entre el abuso sexual infantil y la disociación en tanto que se espera que un niño con historia de abuso infantil presente un grado de disociación significativamente mayor que un niño sin historia de abuso, de manera que sus cuidadores pueden reportar un mayor número y variedad, así como más alta frecuencia de aparición de conductas disociativas a través de la CDC.

En cuanto al maltrato infantil, existen inconsistencias en los resultados de las investigaciones sobre su relación con la disociación. Por ello, en el siguiente trabajo se plantea como hipótesis que los niños maltratados han sufrido un trauma suficientemente significativo como para presentar un grado mayor de disociación que los niños no maltratados, pero no tan alto como los niños abusados sexualmente.

Otro de planteamientos de la presente investigación presupone que si la disociación se comporta en los adultos de forma discreta (modelo taxonómico), se pudiera esperar que lo hiciera de igual forma en los niños, de manera que el trauma infantil se asocie a la aparición de conductas disociativas patológicas en la población afectada por abuso sexual que rara vez aparecen en los niños de la población no afectada.

Después de una revisión bibliográfica importante con el objetivo de establecer un marco conceptual lo más coherente posible, el presente trabajo se basó principalmente en las investigaciones previas y modelos desarrollados por Putman (1997). Tras la traducción de la CDC al Español se establecieron ciertos indicadores de confiabilidad. La validez de la escala se centró en la posibilidad de discriminar entre el grupo de niños diagnosticados con abuso sexual y/o maltrato físico y los niños del grupo control en cuanto al grado de disociación.

Posteriormente se estableció, a través de un análisis factorial, la posibilidad de medir dos tipos de disociación según el modelo taxonómico para diferenciar de nuevo entre los niños diagnosticados y no diagnosticados en cuanto a la disociación de tipo patológico y no patológico. Finalmente se consideraron otras variables que pudieran ser moderadoras según la literatura.

El presente trabajo presenta algunas fortalezas como son: (a) la selección de una muestra infantil con niños de edades comprendidas entre los 4 y los 13 años, lo que disminuye los problemas de trabajar con "sobrevivientes" debidos a las dificultades para recordar eventos traumáticos; (b) los niños diagnosticados con historia de abuso sexual probada, son referidos a instituciones pero no son institucionalizados, lo que agregaría una variable traumática adicional; (c) el uso de la CDC, basada en el reporte por parte de los padres, disminuye las dificultades en el auto reporte de niños, especialmente considerando que la edad de algunos niños de la muestra es significativamente baja; (d) el número de casos de niños de sexo masculino en la muestra, lo cual es difícil de conseguir en la literatura, permite el estudio del género y su relación con la disociación; (e) la aproximación al modelo taxonómico brinda una perspectiva interesante no encontrada en trabajos previos sobre disociación en niños; y (f) finalmente, la traducción y validación de la escala CDC en Español brinda un instrumento que abre las puertas al estudio del fenómeno disociativo en niños en Venezuela, así como a las posibilidades de abordar de una manera distinta el diagnóstico y tratamiento de niños traumatizados.

Sin embargo, la complejidad del fenómeno del abuso y del maltrato infantil genera limitaciones en los estudios sobre este tema. Primero existe un subregistro importante de los casos de abuso y maltrato por lo que para conseguir la muestra se contactó sólo con instituciones de referencia, lo cual pone limitaciones en las posibilidades de generalización de los resultados a otros niños no remitidos a recibir ayuda. Este subregistro también afecta el tamaño de la muestra debido a las dificultades para conseguir los casos dispuestos a participar en la investigación. Son muchas las variables a considerar y, en muchos casos, difíciles de operacionalizar, por lo que algunos resultados deben ser tomados con cautela.

Muchas investigaciones respaldan el uso de una aproximación multimodal para medir la disociación ya que los datos recabados por los autoreportes y aquellos ofrecidos por un observador (como es el caso de la CDC) parecen complementarse mas no medir exactamente lo mismo. Por razones operativas, en este estudio se utilizó sólo el reporte por parte de las madres u otro adulto no agresor significativo, es por ello que se aclara que se habla de "disociación percibida" y no de "experiencia disociativa" (Kiesel y Lyons, 2001).

Si bien quedan claros los objetivos específicos de esta investigación, el mayor aporte es que abra el camino a un campo de estudio para lograr mayor comprensión del fenómeno disociativo y más aún, que permita mejorar la identificación y diagnóstico clínico de los niños con abuso y/o maltrato físico, así como orientar aspectos fundamentales del tratamiento. En caso de que el presente trabajo genere interrogantes en otras personas como para querer incursionar en el campo, habrá cumplido con su principal cometido.

MARCO TEÓRICO

Es interesante considerar cómo un proceso mental tan fascinante como la disociación ha podido pasar por épocas largas de oscurantismo en las cuales, más que ser ignorado, existía una férrea oposición al estudio "científico" de lo que actualmente se consideran fenómenos disociativos y en las cuales sus abanderados, después de reportar fantásticas curaciones que les llenaban de fama y gloria temporal, eran desterrados y desprestigiados considerándose herejes de la ciencia.

Y es que el fenómeno disociativo parece tocar lo sobrehumano en tanto que va más allá de la persona (despersonalización) y de la realidad (desrealización). Por ejemplo, en la décima revisión de la Clasificación Estadística Internacional de las Enfermedades y de los Problemas Relacionados con la Salud (ICD-10) se plantean los criterios diagnósticos para el trastorno disociativo de trance y posesión, especificando que la alteración de la conciencia, de la experiencia perceptiva e incluso del sentido de identidad debe ser considerado por la persona como no deseado y problemático, para discriminarlo de aquellos estados similares que ocurren en situaciones religiosas y culturales donde son ampliamente aceptados (c.p. Kaplan y Sadock, 1998).

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su cuarta revisión (DSM-IV), por su parte, se asume la importancia de considerar para el diagnóstico de los trastornos disociativos la perspectiva transcultural, ya que algunos estados disociativos son comúnmente aceptados como expresiones de experiencias religiosas y culturales en muchas sociedades. Por tanto se hace la aclaratoria de que la disociación no debe ser entendida como inherentemente patológica.

Pareciera existir una importante necesidad de diferenciar el fenómeno considerado como patológico de aquel que entra dentro de lo místico-religioso, aunque ambas experiencias sean idénticas en su manifestación. Igualmente las experiencias cercanas a la muerte o los viajes astrales quedan fuera del estudio científico aunque no cabe duda que se asemejan en gran medida a estados disociativos de la conciencia y más aún, son paradójicamente muy similares a experiencias relatadas por sobrevivientes de abuso sexual infantil crónico. Así lo reportan Bass y Davis (1994) al afirmar que "sobrevivientes de abuso sexual frecuentemente reportan que se vieron así mismos siendo violados: ´yo abandoné mi cuerpo y me miré a mi mismo desde la esquina del techo´. Su conciencia se separa de aquello que es intolerable" (p. 81)

Esto lleva a la conclusión que si bien a lo largo de la historia la ciencia ha ido apropiándose del estudio de la disociación, ya que ha probado ser útil en la comprensión de la dinámica incluso cotidiana o adaptativa ante eventos traumáticos, todavía en la actualidad existen lados oscuros y controversiales que generan resistencia ya que obligan a tomar posición en cuanto a temas que preferiblemente se dejan de lado, porque no competen a lo científico.

Historia del concepto de disociación

Para contextualizar históricamente al concepto de disociación, Bliss (1986) se remonta a la historia temprana cuando la enfermedad era considerada como proveniente de influencias sobrenaturales que debían ser contrarestadas por medio de ritos y hechizos que dependían del poder del curador y su relación con el enfermo.

Como menciona Bliss (1986) muchas de estas prácticas, que pudieran ser consideradas en la actualidad como hipnóticas, generaban estados disociativos como los trances que paradójicamente lograban deshacer las posesiones demoníacas y curar. Estos shamanes a su vez eran escogidos por sus capacidades disociativas que además cultivaban a través de experiencias extremas como el aislamiento, largos ayunos y torturas autoinfligidas.

En la edad media, rituales religiosos de esa índole fueron considerados ceremonias salvajes y sus participantes eran perseguidos. Lejos se encontraban estas prácticas del quehacer científico cuando Paracelso (1493-1541), médico y místico de la época, estudiaba los influjos magnéticos que ciertos cuerpos celestes tenían sobre el ser humano "por medio de una emanación sutil que atravesaba el espacio"(Boring, 1980, p. 139). De allí surgen las teorías iniciales del magnetismo animal la cual es definida por Van Helmont (1577-1644) como "un fluido magnético que irradia de todos los hombres y que puede ser guiado por medio de la voluntad para influir en las mentes y en los cuerpos de las otras personas" (Boring, 1980, p. 139).

Siguiendo la tradición de los magnetistas, en el siglo XVII, Greatraks (1628-1666) condujo las más impresionantes curaciones, según Bliss (1986), más de cincuenta fueron descritas y documentadas por testigos confiables. Entre las enfermedades atendidas se mencionaban numerosos dolores, reumatismo, úlceras, epilepsias, heridas, sordera, tos crónica, y parálisis. Muchos de estos casos habían sido previamente tratados por médicos sin lograr tener éxito con sus tratamientos. Como era de esperar su trabajo fue ampliamente criticado por los científicos, ya que estos fenómenos permanecían inexplicables y fuera del ámbito de la ciencia.

En 1775, en Bavaria se designó una comisión para investigar un famoso cura exorcista de la época que estaba generando controversias dentro de la Iglesia con sus métodos para la curación de enfermos. Gassner (1727-1779) invocaba el nombre de Cristo y ordenaba a los demonios presentes en el cuerpo del paciente a extremar la intensidad de los síntomas. En los casos en que ésto ocurriera, lo que confirmaba la presencia del demonio, establecía una comunicación con él ordenándole mover los dolores y las parálisis por todo el cuerpo, lo que se acompañaba con emociones exageradas y anormales que alternaban entre el dolor y la ira. De esta manera lograba el completo control del espíritu invasor para finalmente exigirle a las fuerzas sobrenaturales que abandonaran el cuerpo del paciente, así éste último quedaba finalmente curado (Fancher, 1979).

En la comisión designada figuraba un médico de Viena llamado Mesmer (1734-1815) quien empezaba a ser conocido por realizar curaciones parecidas a las de Grassner, pero con una explicación menos sobrenatural, atribuidas esencialmente a la teoría del "magnetismo animal" que tomaba de los estudios previos de Van Helmont. La comisión declaró el exorcismo como una práctica indebida para síntomas físicos lo que condujo a la prohibición de las curaciones de Grassner, quien pasó al olvido (Fancher, 1979).

El turno fue de Mesmer quien abandonó los imanes como fuentes magnéticas curativas ya que había comprobado que su sola presencia tenía el mismo efecto e incluso era capaz, a través de ciertos rituales donde enfatizaba su posición de poder ante el paciente, de magnetizar otros objetos que generaban a su vez curaciones fantásticas y a mayor cantidad de personas. Pronto tenía muchos seguidores pero también muchos críticos. La comunidad científica no comprendía la manera en que Mesmer generaba lo que el decía era su fuerza magnética.

Probablemente tampoco el mismo Mesmer sabía bien de que se trataba, pero lo relacionaba con la supuesta fuerza ejercida por los imanes sobre los fluidos humanos que en su caso era generada por su propio cuerpo (Boring, 1980). Le llegó el turno de enfrentar las comisiones médicas y científicas para que explicara su secreto a lo cual se rehusó por lo que fue denunciado como impostor y cayó en desgracia, sin embargo, su trabajo perduró en la escuela que había fundado llamada la "Sociedad de la Armonía" donde se continuó el estudio y uso del Mesmerismo (Bliss, 1986) .

Alrededor de 1830, un cirujano Inglés llamado John Elliotson (1791-1868) se interesó en los efectos anestésicos de la práctica del Mesmerismo como posible forma de realizar cirugías indoloras. Inmediatamente fue rechazado por sus colegas y nunca probó sus ideas, sin embargo otros continuaron. James Esdaile (1808-1859) tras haber leído trabajos de Elliotson, realizó en India a

finales de 1840, las primeras cirugías sin dolor utilizando el mesmerismo. Sus hallazgos no corrieron con mejor suerte ante la comunidad médica.

Quizás el único médico de la época que pudo mantenerse dentro de la comunidad científica fue James Braid (1795-1860) a quién se le atribuye el término de hipnosis. En su primer encuentro con un sujeto bajo el efecto del mesmerismo pudo comprobar el parecido de los cambios fisiológicos producidos en el sonambulismo. Al fenómeno le acuñó un nuevo término "neuripnología" (del Griego neuro que significa nervioso e hypnos que significa sueño), del cual pronto se derivó hipnosis.

Como argumenta Boring (1980) esto le salvó de ser repudiado por sus colegas médicos pero no así por los mesmeristas. Igualmente salvó a la hipnosis en sus comienzos de los prejuicios contra el estudio del procedimiento en sí, sin embargo la historia volvería a repetirse y con la repentina muerte de Braid en 1860, la hipnosis pasó a la oscuridad hasta que fue rescatada dos décadas después por Charcot en Francia, donde sería asimilada a la psicología.

Jean Martin Charcot (1835-1893) era una figura controversial que fascinaba a muchos pero que perturbaba a otros. Su reputación comenzó a crecer cuando siendo jefe del Hospital de Salpêtrière renovó sus instalaciones dando prioridad a la investigación científica, a la clasificación de dolencias y a la docencia, la cual él mismo ejercía de forma muy teatral. Sus estudios sobre la histeria y la hipnosis atrajeron a muchos discípulos que luego han tenido un papel importante en la historia de la psicología como Alfred Binet, William James, Pierre Janet y Sigmund Freud. A través de la descripción de los estados sucesivos por lo que atravesaban las pacientes durante el proceso hipnótico, Charcot dotaba al estudio de este fenómeno de un rigor científico que le devolvería el interés por parte de los investigadores (Francher, 1979).

Se pone en duda que Charcot realmente realizara la hipnosis de sus pacientes, la cual él consideraba una capacidad puramente histérica. En contraste, en la conocida escuela de Nancy, se realizaban cantidad de hipnosis y en individuos normales, por lo que empezaron a refutar científicamente los trabajos de Charcot demostrando que la sugestionabilidad era realmente el mecanismo subyacente a la hipnosis. Finalmente, y antes de morir, Charcot admitió su error pero su legado en el estudio de la histeria es un hito en el nacimiento de la psicología. La hipnosis por el contrario tendría otro destino.

A pesar de que Charcot no daba gran importancia a la teorización para explicar las patologías que cuidadosamente clasificaba, sugirió que la causa de la histeria era una degeneración neurológica hereditaria, progresiva e irreversible, por la cual las mujeres afectadas perdían gradualmente la capacidad de integrar e interconectar los procesos mentales superiores.

> Recuerdos y estados emocionales que debían estar unidos unos con otros a través de conexiones neurológicas en el cerebro se *disociaban.* Los síntomas se presentaban cuando aparecían aspectos aislados relacionados a eventos pasados. Las pacientes histéricas parecían estar reviviendo los aspectos disociados de su experiencia pasada, sin ser capaces de ubicarlas en el contexto total de la memoria. Experiencias traumáticas o emocionalmente cargadas eran especialmente propensas a la disociación, de manera que las pacientes re-experimentaban fuertes emociones sin ser capaces de recordar las situaciones concretas que las propiciaron. (Francher, 1979, p.193)

Pierre Janet (1859-1947) fue un alumno aplicado de Charcot que lo sucedería en el estudio de la histeria. Janet en Salpêtrière comenzó a dar cuerpo y sentido a la recolección de datos y practicaba eficientemente la hipnosis. A diferencia de Charcot, consideraba que la histeria no se debía a una degeneración neurológica progresiva e irreversible. Su estudio de pacientes con amnesias, fugas, conversiones, pero especialmente de aquellas que el denominó con "existencias sucesivas" (posibles trastornos disociativos de la identidad) lo orientaron a plantearse el mecanismo subyacente a la histeria como una división de la conciencia, donde "ideas fijas subconscientes" quedaban aisladas y disociadas del resto de la conciencia e incluso olvidadas, pero adquirían autonomía y en ciertos casos eran capaces de presentarse como vidas independientes (Putman, 1986).

Pero quizás el aporte más importante de Janet para la actualidad se refiere a la íntima relación que él estableció entre la disociación y sus orígenes traumáticos. Como citan van der Kolk, van der Hart y Marmar (1996), Janet reporta en 1932 que ciertos eventos de la vida pasada de los sujetos estaban acompañados por una "emoción vehemente" y que generaban una "amnesia retrógrada" del evento en sí, pero dejaban al sujeto "confrontado con su difícil situación" (p. 309). Esta especie de "fobia de memoria" no permitía la síntesis del evento traumático en la narrativa del sujeto quedando disociado de la conciencia en el "subconsciente".

Janet le otorgaba a este mecanismo un carácter adaptativo y funcional ante la vivencia traumática, sin embargo, estas ideas fijas quedaban fuera del control voluntario del sujeto apareciendo de forma intrusiva y generando la sintomatología característica. En los casos extremos, se organizaban en identidades totalmente separadas. Igualmente, comprendía Janet, que los sujetos que continuaban usando la disociación ante los eventos difíciles tendían progresivamente a constreñir sus vivencias afectivas generando mayor sufrimiento (van der Kolk, van der Hart y Marmar, 1996).

Esta comprensión de la relación entre la disociación, el trauma y la sintomatología histérica era la base para la prescripción del procedimiento terapéutico adecuado. A través de la hipnosis se traían a la conciencia las partes, recuerdos o afectos disociados y se buscaba integrarlos a la narrativa del sujeto, desapareciendo así el síntoma.

Las ideas de Janet tuvieron eco en los Estados Unidos. Morton Prince (1854-1929) fundador del *Journal of Abnormal Psychology* sugirió cambiar el término "subconsciente" por "coconciencia" ya que éste podía reflejar mejor la actividad simultánea o paralela de dos o más sistemas dentro del mismo individuo. Así le siguió William James, quien a su vez influyó en las ideas de un inglés llamado Frederick Myers, quien distinguió dos tipos de "self" uno conciente o "supraliminal" y uno inconsciente o "subliminal" (Putman, 1986).

En Europa sin embargo, se planteó la histórica controversia con Freud. A diferencia de Janet, Freud tenía serias dificultades para hipnotizar a sus pacientes histéricas y comenzó a buscar métodos alternativos para acceder al mundo inconsciente. Igualmente buscó hipótesis alternativas para explicar la histeria. Desde el punto de vista psicoanalítico, los recuerdos traumáticos eran activamente sacados de la conciencia a través de la represión del yo para proteger a éste de las emociones dolorosas asociadas, quedando éstas últimas en el inconsciente.

A través de la catarsis de esas emociones, y una vez relacionadas con sus recuerdos, se lograba el alivio de los síntomas. Para Janet la disociación se daba, no de forma activa, si no por una debilidad mental debida a la incapacidad del sujeto ante una emoción vehemente de integrar la memoria de ese evento al hilo de la conciencia. La catarsis sola no era suficiente para aliviar el síntoma, debía ayudarse al sujeto a integrar los aspectos disociados al resto de su conciencia (van der Kolk, van der Hart y Marmar, 1996).

Posteriormente la controversia se incrementó cuando Freud abandona la hipótesis del origen traumático real de la histeria y privilegia, sin rechazar la hipótesis del todo, la relación entre las fantasías erotizadas de sus pacientes asociadas a momentos de su infancia como elemento explicativo de los síntomas histéricos. Quizás era demasiado difícil para Freud aceptar en su momento histórico, los relatos incestuosos de sus pacientes con personas que él conocía, como hechos reales y no fantaseados.

La historia de nuevo oscila y a pesar de intentos de Prince por reconciliar la represión y la disociación como mecanismos igualmente válidos (argumentando un simple problema semántico), de manera de que esta última no cayera en el olvido, no le queda más remedio que asumir, como dijera el autor en aquel momento que: "la psicología Freudiana ha inundado el campo como la marea alta, y el resto de nosotros quedamos sumergidos como almejas

enterrados en la arena" (c.p. Spiegel y Cardeña, 1991). A partir de 1930, se perdió de nuevo el interés en el estudio científico de la disociación quedando como un fenómeno oscuro y menor dentro de la clínica (Putman, 1986)

Por tres décadas estuvo muy abandonado el tema, sin embargo, no cabe duda de que existe un renovado interés en el estudio de la disociación en el campo de la psicología clínica y la psiquiatría debido a que, poco a poco, se ha ido esclareciendo el papel que juega en la dinámica de diversos trastornos mentales. Spiegel y Cardeña (1991) reseñan cinco razones que pueden explicar la reaparición de la disociación en la investigación científica y que de alguna manera definen los campos actuales de estudio del fenómeno: (a) la comprensión de que la teoría psicoanalítica y la disociación no son necesariamente incompatibles lo que revindica los trabajos originales de Pierre Janet y Morton Prince que fueron opacados por Freud durante aproximadamente tres décadas; (b) el reconocimiento creciente de la hipnosis como un área válida para el estudio científico perdiendo mucho de su misticismo y de los prejuicios en su contra; (c) la aparición de modelos cognitivos de procesamiento de información que permiten lo que pudiera ser una formulación moderna del fenómeno disociativo como, por ejemplo, en los procesamientos paralelos y la compartamentalización de las experiencias en la memoria; (d) el reconocimiento en la tercera edición del Manual de Diagnóstico Estadístico de Trastornos Mentales (DSM) en 1987 de la categoría diagnóstica de Trastornos Disociativos que se mantiene en la cuarta edición, así como el auge en el estudio del Trastorno de Estrés Postraumático (PTSD) que ha aportado en gran medida al estudio de la disociación y finalmente (e) las investigaciones recientes en la incidencia del abuso físico y sexual así como otros tipos de trauma que generan secuelas disociativas.

El incremento exponencial de los estudios científicos sobre disociación en las últimas dos décadas y la diversidad de perspectivas y campos desde los que se le aborda, exige un esfuerzo importante para lograr una integración de los nuevos aportes de manera de brindar un marco conceptual y empírico coherente para esta investigación. No hay consenso entre los autores en cuanto a cuales fenómenos pueden ser identificados como disociativos. Para algunos abarca desde los automatismos de la vida cotidiana hasta la disociación más patológica y extrema de las personalidades múltiples. Para otros la disociación tiene una connotación más patológica especialmente en cuanto a que implica "incapacidad para integrar aspectos compartamentalizados de la experiencia" debido a su estrecha relación con las vivencias traumáticas (Spiegel y Cardeña, 1991).

Muchos autores parten del estudio de este fenómeno dentro de los trastornos disociativos, sin embargo, coinciden en que el fenómeno disociativo no se da únicamente en dichos cuadros clínicos sino que forma parte de muchos otros trastornos. Es decir que, por un lado, su aparición de forma

patológica define una serie de trastornos mentales bien diferenciados en los manuales diagnósticos como son: Trastorno Disociativo de Identidad, Amnesia Disociativa, Fuga Disociativa y Trastorno de Despersonalización según el DSM-IV o Amnesia Disociativa, Fuga Disociativa, Estupor Disociativo, Trastornos referidos a Posesiones y Trances, Trastornos Disociativos Motores, Convulsiones Disociativas, Anestesia y Pérdida sensorial Disociativa y los Trastornos Disociativos Conversivos, mixtos, otros o no específicos según el ICD-10.

Si bien la epidemiología de estos trastornos los hace raros y muy poco frecuentes (entre el 0,5 al 2% de los trastornos psiquiátricos) existe mucha controversia e incertidumbre con respecto de su verdadera aparición en la población tanto normal como psiquiátrica. Como refieren Kaplan y Sadock (1998), muchos autores consideran que estos trastornos han pasado desapercibidos o han sido confundidos con otras patologías.

Por otro lado, más recientemente se ha reconocido la existencia de la disociación crónica como "proceso fisiopatológico" que contribuye a otros trastornos mayores como el Trastorno de Estrés Postraumático, Trastornos de Ansiedad, Trastornos Somatomorfos, Trastornos del Impulso, Trastornos Sexuales y de Género así como en algunos Trastornos de Personalidad Asociados al Eje II del DSM-IV, como el Trastorno de Personalidad Borderline (Putman, 1989).

Definiciones de disociación

Para lograr un consenso como punto de partida para el estudio de la disociación, se pueden considerar las definiciones aportadas por los dos manuales diagnósticos de mayor uso en la actualidad. Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su cuarta revisión (DSM-IV-TR) el elemento esencial que agrupa los Trastornos Disociativos se refiere a "la alteración de las funciones usualmente integradas de la conciencia, memoria, identidad o percepción del entorno. Esta perturbación puede ser repentina, gradual, transitoria o crónica". (American Psychiatry Association, 2000, p. 519). Es decir que de entrada se presenta un fenómeno complejo de variada aparición y duración y que contrastaría con una función "idealmente" integrada y coherente referida a la manera en que el ser humano se percibe y se recuerda a sí mismo y a los demás.

En la décima revisión de la Clasificación Estadística Internacional de las Enfermedades y de los Problemas Relacionados con la Salud (ICD-10) todos los Trastornos Disociativos tienen en común una "pérdida completa o parcial de la integración normal entre recuerdos del pasado, conciencia de identidad y

sensaciones inmediatas así como del control de los movimientos del cuerpo" (Kaplan, 1997, p. 661). Es decir que se considera como indicativo del trastorno la pérdida parcial o total en la habilidad de una persona para decidir de forma voluntaria sobre sus acciones y pensamientos. Adicionalmente, el ICD-10 añade el término conversión, legado de la concepción psicoanalítica, para especificar los casos en que los afectos relacionados a problemas no resueltos se transforman en síntomas como parálisis, anestesias, etc.

Sin perder de vista que estas definiciones se refieren a los trastornos psiquiátricos que se organizan principalmente alrededor del proceso disociativo, es decir que hablan desde la perspectiva patológica de la disociación, se puede resaltar un elemento común y esencial referido a la "no integración" ya sea parcial o completa de lo que usualmente está integrado, generando discontinuidad de la experiencia generalmente definida como estados. West (1967, c.p. Putman, 1989), se refiere a estos estados de la experiencia o de la conducta como aquellos en los cuales la disociación produce una alteración "discernible" en los pensamientos, sentimientos o acciones de la persona de manera de que temporalmente cierta información no está integrada a otra información con la cual se asocia normalmente o de manera lógica.

Existen muchas controversias en cuanto a las diferentes definiciones y modelos explicativos referentes a la disociación. Spiegel y Cardeña (1991) en su revisión de la literatura, contraponen, por un lado, la definición de disociación como dos o más procesos mentales que coexisten o alternan sin estar conectados o influenciarse mutuamente y, por otro lado, los hallazgos que determinan por el contrario, que aquello disociado de lo que no se está consciente ejerce un efecto tangible bien sea interfiriendo o mejorando en el accionar consciente. Este es sólo uno de los aspectos aparentemente paradójicos del fenómeno disociativo.

El otro elemento controversial se refiere a los modelos explicativos de lo que sería la disociación patológica, en tanto que simultáneamente puede ser entendida como un continuo, donde lo patológico implica un mayor grado de disociación, o el modelo que la explica como una disociación cualitativamente diferente, comprensión que proviene de las ideas originales de Janet (Putman, 1997). Estos modelos serán retomados después con mayor detenimiento.

Finalmente, otra controversia que surge en el estudio de la disociación tiene que ver con su papel adaptativo ante situaciones traumáticas o por el contrario, puede ser entendida como un mecanismo desadaptativo cuya aparición durante la experiencia traumática en sí (disociación peritraumática) se relaciona con una mayor probabilidad de desajustes emocionales posteriores. En la actualidad la investigación apunta al estudio de la disociación como mediadora entre el trauma infantil y la patología posterior, dando resultados contradictorios.

Modelos dimensional y taxonómico de la disociación

Como se dijo anteriormente los estudios en este campo concuerdan en concebir un continuo disociativo que va desde la función adaptativa de fenómenos disociativos menores (incluso como formas de manejar el estrés diario a través de la ensoñación diurna), hasta la disociación patológica cuando ésta excede ciertos límites de intensidad, o frecuencia o cuando su ocurrencia se da en contextos inapropiados (Putman, 1989). Mulder, Beautrais, Joyce y Ferguson (1998, c.p. Banyard et al.) refieren que los síntomas disociativos de menor grado van desde los lapsos de atención hasta el fenómeno del déjà vu mientras que en el extremo más patológico se encuentran las grandes fallas de integración, la despersonalización y el trastorno disociativo de identidad.

Putman (1989) señala que la idea del continuo disociativo proviene de varias fuentes. Por un lado, su relación con la suceptibilidad hipnótica o sugestionabilidad que deviene de la historia misma del concepto de disociación. Muchos autores mencionados por Putman han demostrado que esta capacidad se presenta en la población normal a lo largo de un continuo, si bien las maneras de medir la sugestionabilidad son muy variadas y altamente sensibles a las variables contextuales.

Otro elemento que pudiera apoyar la dimensionalidad de la disociación se refiere a las funciones adaptativas que este proceso pudiera tener ante los eventos abrumadores por lo que pudiera ser utilizado en menor o mayor grado por todos los seres humanos. Segun Ludwig (1983, c.p. Putman, 1989) la disociación bajo ciertas circunstancias es común a todos y tiene una función adaptativa de manera de facilitar siete funciones como son: (1) automatización de ciertas conductas, (2) eficiencia y economía de esfuerzo, (3) resolución de conflictos irreconciliables (4) escape de limitaciones de la realidad , (5) aislamiento de las experiencias catastróficas, (6) descarga catártica de ciertas emociones, y (7) el incremento del sentido de pertenencia (sugestionabilidad necesaria para abandonar en cierta medida la identidad individual en pro de la identidad de grupo).

Morgan et al. (2001) realizaron una interesante investigación que refleja el uso adaptativo y dimensional de la disociación antes y después de una experiencia de estrés aguda e incontrolable. En un estudio prospectivo (a diferencia de la mayoría de los estudios que son retrospectivos), aplicaron la escala de estados disociativos a dos grupos de soldados norteamericanos que serían sometidos a un curso de supervivencia caracterizado por el sometimiento a situaciones extremas.

La muestra constaba de dos grupos: un grupo era de novatos y el otro de militares pertenecientes a las Fuerzas Especiales quienes ya contaban con

entrenamiento de supervivencia. Los grupos a su vez fueron divididos en función de la presencia o ausencia de exposición a traumas previos a su entrenamiento militar en los cuales hubiesen experimentado una amenaza directa a su vida. La disociación fue medida a través de la Escala de Experiencias Disociativas (DES) especificando a los sujetos que contestaran en función de lo experimentado durante la fase de experiencia extrema.

El principal hallazgo de la investigación reveló que los síntomas disociativos son extremadamente comunes en individuos sanos que experimentan situaciones intensas de estrés agudo e incontrolable, lo que avala los planteamientos que afirman que la disociación es un mecanismo normal ante este tipo eventos. También se encontró que los soldados de fuerzas espaciales en general presentaron niveles menores de disociación en comparación con los novatos, lo que los autores explican como una posible "inoculación al estrés" debida a los entrenamientos anteriores que les permite a ese grupo enfrentar la situación estresante con menos síntomas disociativos. Este último hallazgo se relacionó con la detección de niveles mayores de un neuropéptido Y en la sangre de los soldados de Fuerzas Especiales, el cual está asociado con funciones ansiolíticas y antiestrés, lo que permite a los soldados mejorar su percepción, su memoria y sus respuestas de alerta durante el estrés.

En este mismo estudio, sin embargo Morgan et al. (2001) observaron diferencias significativas en cuanto a los niveles de disociación previos al entrenamiento entre los grupos sin experiencias previas de trauma que amenazara su vida y los que si las tenían, siendo en estos últimos mayor. Igualmente observaron que esta diferencia se mantuvo después de la experiencia extrema para el grupo de novatos, no así para el grupo de Fuerzas Especiales. Es decir que aunque parece haber un proceso disociativo normal en todos los sujetos que puede ser inoculado por el entrenamiento, los sujetos sometidos a experiencias traumáticas previas tienden a disociarse más tanto antes como después de ser sometidos a experiencias extremas que los sujetos que no han tenido experiencias en las que sientan su vida en peligro.

Como menciona Janet (1909, citado por Van der Kolk, van der Hart y Marmar, 1996) una vez que la disociación ya no cumple una función adaptativa, suele permanecer como una manera de afrontar las situaciones estresantes. Las personas que continúan disociando ante el estrés y que generan consecuentemente una "fobia de memoria" se convierten en personas emocionalmente constreñidas y no pueden experimentar la totalidad de los afectos. La narrativa personal queda interrumpida y en lugar de tener una historia que contar, se tienen dos historias una para contar y otra para intentar olvidar.

Por otro lado, Putman (1989) señala como fuente importante que apoya la idea de la disociación como continuo los resultados encontrados en poblaciones tanto clínicas como no clínicas con la Escala de Experiencias Disociativas (DES: Dissociative Experience Scale; Bernstein y Putman, 1986). Los resultados muestran como la media de los puntajes va aumentando desde los adultos normales hasta el máximo de disociación correspondiente a los Trastornos Disociativos y adicionalmente cada grupo clínico posee su propia curva de distribución. Sin embargo, esta escala fue diseñada partiendo del concepto de disociación como un continuo lo que predetermina que los resultados muestren las características del método. Esta operacionalización del fenómeno disociativo ha permitido una línea de investigación más coherente (junto con las entrevistas diagnósticas específicas para disociación basadas en el DSM-IV) lo que ha conllevado a un avance significativo en la comprensión del área.

Si bien muchos de los resultados de investigaciones actuales pueden ser explicados por el modelo dimensional (Banyard, 2001), análisis posteriores han llevado a Putman (1997) a plantear otro modelo de comprensión del fenómeno disociativo al percatarse de la existencia de un tipo de disociación que es patológica en tanto que es cualitativamente distinta a la disociación normal. Es decir, existen experiencias disociativas que son reportadas por poblaciones clínicas que muy rara vez son reportadas por poblaciones no clínicas. Ambos modelos, el dimensional y el taxonómico parecen coexistir y yuxtaponerse. Aunque no queda claro cómo, Putman (1997) refiere que algunos hallazgos son mejor explicados por uno de los modelos y otros mejor explicados por el otro.

Disociación relacionada al trauma

Trauma es una palabra heredada por la psicología de la medicina y especialmente de la cirugía. Etimológicamente viene del griego ´herida´ que a su vez deriva de ´perforar´ (Laplanche y Pontalis, 1967). Trauma significa lesión y específicamente en psicología se refiere a "una ocurrencia anímica que hirió al sujeto dejando lesiones afectivas y de conciencia" (Béla Széleky, 1958, p.583). Es decir que lo traumático está referido a tres elementos esenciales derivados de la concepción biologicista: un choque violento que proviene de un agente externo al organismo, una efracción provocada y una serie de consecuencias sobre el conjunto de la organización.

Anteriormente se expuso la controversia entre Janet y Freud con respecto al origen traumático de ciertos síntomas histéricos que hoy se pudieran considerar como disociativos, sin embargo, Spiegel y Cardeña (1991) señalan que las investigaciones recientes sugieren que eventos altamente estresantes o traumáticos como los desastres naturales o causados por el

hombre y el abuso físico y sexual, son antecedentes comunes de toda la gama de fenómenos disociativos. A este respecto Putman y Trickett, (1993, c.p. Simeon et al, 2001), realizaron un meta-análisis de 26 estudios sobre el tema que demostró esta significativa asociación. Estudios con gemelos revelan que la disociación patológica no se relaciona con la herencia genética lo que sustenta el que la misma dependa esencialmente de los eventos traumáticos en la relación del individuo con su ambiente (Waller y Ross, 1997, c.p. Simeon et al., 2001).

Malinosky-Rummell y Hoier (1991) definen la disociación dentro del marco conductual como una respuesta a estímulos traumáticos que "involucra una ruptura de la correspondencia esperada entre y/o dentro los tres modos de respuesta conductual, incluyendo procesos cognitivos, motores y fisiológicos" (p.341).

El autor señala que la respuesta disociativa tiene una función evitativa o de escape que se refuerza de manera negativa al disminuir exitosamente el estímulo aversivo lo que aumenta su probabilidad de aparición ante estímulos aversivos subsiguientes. Por ejemplo el niño que se resiste abiertamente al abuso sexual puede ser castigados verbal o físicamente. El uso de una conducta de escape encubierta como la disociación puede permitirle evitar las consecuencias negativas del rechazo, así como amortiguar el efecto del evento traumático en sí. En este sentido, la naturaleza repetitiva del evento traumático afianza el aprendizaje de la respuesta disociativa, contribuyendo a la severidad del trastorno. El uso persistente del mecanismo ante estímulos aversivos puede conllevar a la compartamentalización de las respuestas fisiológicas, motoras y cognitivas hasta el extremo visto en los Trastornos Disociativos.

El modelo conductual aporta elementos importantes en el estudio de la disociación. Por un lado, Wagner y Linehan (1998) señalan que a pesar de que el estudio de la disociación se relaciona frecuentemente con las teorías psicoanalíticas, son pocos los conductistas que niegan su existencia y la importancia del fenómeno en el tratamiento de pacientes traumatizados. Estos autores, al igual que Malinosky-Rummell y Hoier (1991), consideran que la explicación del fenómeno dentro del marco conductal permite una adecuada comprensión del mismo y realza la pertinencia del uso de técnicas conductuales en el tratamiento.

Por otro lado, permite establecer cuáles conductas observables son en sí disociativas dando paso a la operacionalización del fenómeno y por ende a su posible medición y estudio objetivo. A este respecto Malinosky-Rummell y Hoier (1991) señalan que el femnómeno disociativo puede resultar en cambios marcados en los tres modos de respuestas. A nivel cognitivo puede implicar pérdidas de memoria con respecto a sí mismo o a períodos del tiempo y especialmente en relación con los eventos traumáticos. Las respuestas

disociativas a nivel motor incluyen cambios marcados y extremos en la conducta (como escribir), en las destrezas (artísticas o deportivas) y en la correspondencia entre la edad y el nivel de desempeño esperado. A nivel fisiológico se puede observar cambios drásticos en las dolencias y quejas. Si la disociación es entre lo fisiológico y lo cognitivo se pudiera apreciar cambios violentos del estado fisiológico (aparición repentina de rabia o angustia) sin la posibilidad de determinar la causa del cambio o sin recordar el estado fisiológico previo. Si la disociación es entre los modos de respuesta motor y cognitivo se pudiera observar pérdidas de memoria con respecto a acciones recientes (como mal comportamiento).

Van der Kolk, Van der Hart y Marmar (1996), partiendo de los estudios del trauma especialmente del Trastorno de Estrés Postraumático y retomando las ideas originales de Pierre Janet, conciben la disociación como "una manera de organizar la información" (p.306). Ante experiencias traumáticas se pierde la continuidad de la vivencia la cual es alterada en diversos sentidos debido a la imposibilidad de los mecanismos normales de afrontamiento para integrar lo vivido a la experiencia previa. Entonces ocurre una compartamentalización de la experiencia, en tanto que los elementos relacionados al trauma quedan separados de la vivencia diaria, en unidades discretas y separadas, no integradas dentro del todo unitario que se corresponde al sentido de sí mismo (sense of self) y por ende esas memorias no pueden ser recuperadas de forma modulada si no que invaden de forma sorpresiva y abrumadora cuando son disparadas por algún estímulo ambiental inesperado reeditando la situación traumática. Los autores distinguen tres tipos de fenómenos disociativos que pueden estar muy relacionados.

1. Disociación primaria: Es la respuesta a situaciones abrumadoras que no pueden ser asimiladas como una totalidad en la memoria debido a la imposibilidad de conscientemente aprehender lo que está sucediendo en el momento. La experiencia queda como memorias fragmentadas de elementos sensoriales (imágenes visuales, olfatorias o auditivas, así como sensaciones quinestésicas o emociones aisladas) que invaden como intrusiones por un lado o que quedan fuera del recuerdo voluntario, inaccesibles a la narrativa personal.

Este tipo de disociación permite dentro de un nivel adaptativo amortiguar la experiencia traumática de manera de no sucumbir ante lo intolerable, e incluso puede explicar actos heroicos que la persona es capaz de realizar sin percibir miedo, terror o la dimensión real de la amenaza (McWilliams, 1994). A nivel desadaptativo es el mecanismo característico del Trastorno de Estrés Postraumático.

2. Disociación secundaria o peritraumática: Igual que la primaria ocurre como respuesta a una situación traumática pero en este caso no como elementos fragmentados si no mostrando un distanciamiento claro entre el "Yo

que observa y el Yo que experimenta" (Fromm, 1965,cp. Van der Kolk, van der Hart y Marmar, 1996, p. 313) Las personas reportan en el momento del trauma experiencias tales como sensación alterada del tiempo, confusión, desorientación, anestesias, visión de túnel, experiencias fuera del cuerpo, despersonalización y desrealización. Esta disociación parece amortiguar el impacto emocional de la experiencia al colocarse la persona como espectador sin embargo, estas experiencias disociativas peritraumáticas se han asociado con patologías posteriores como el Trastorno de Estrés Postraumático y mayor desajuste emocional (Kiesel y Lyons, 2001).

3. Disociación terciaria: Cuando las personas han aprendido a disociarse frente al trauma continúan haciéndolo ante estresores cotidianos lo que les permite no sentirse abrumados por las experiencias, sin embargo, la fijación de este mecanismos tampoco permite el explorar formas distintas y más adaptativas para manejar las dificultades diarias. En los casos más extremos, se estructuran estados del self separados (alter) que contienen la experiencia traumática. "Algunos de estos estados pueden contener el dolor, el miedo y la rabia relacionados con la experiencia traumática, mientras que los otros estados permanecen inadvertidos y continúan ejecutando las funciones rutinarias de la vida diaria" (Van der Kolk, van der Hart y Marmar, 1996, p. 308)

Maynes y Feinauer (1994) proponen otra manera de considerar la disociación en su relación con el trauma. Estos autores consideran que la disociación que ocurre en el momento de la experiencia traumática, a la cual denominan disociación aguda, es en varios aspectos diferente a la disociación empleada en el día a día por personas con tendencia a disociar, a esta última la denominan disociación crónica. En su estudio a cerca de la relación entre abuso sexual infantil y la disociación, tanto aguda como crónica, las autoras consideran la disociación como un mecanismo de afrontamiento aprendido, sin embargo, las personas que tienden a disociar de forma crónica y no han sido víctimas de abuso sexual, disocian de formas no patológicas, mientras que aquellas personas que han sido abusadas y han experimentado disociación aguda, tienden a disociar de forma patológica.

La disociación aguda fue medida a través de la Escala de Disociación Aguda de Williams de 1992, la cual contiene indicadores tales como: perder el sentido de lo que pasaba mientras ocurría el abuso, sensación de irrealidad, de cambio y distorsión del cuerpo, amnesias de la actividad sexual o sensación de escapar el cuerpo. La disociación crónica fue medida a través de la Lista de Síntomas del trauma de Briere y Runtz de 1989, donde se refiere a la tendencia diaria a disociar a través de flashbacks, problemas de memoria, estar en la luna, mareos, sensación de irrealidad, etc.

Si bien no queda claro como es exactamente la dinámica existente entre el trauma y la disociación, principalmente debido a las dificultades en la

definición y operacionalización del fenómeno disociativo como tal, es indudable la cantidad de estudios que apoyan la relación entre estos dos fenómenos. (Kluft, 1990, c.p. Maynes y Feinauer, 1994).

Algunos aspectos sobre trauma infantil

Los niños, al igual que los adultos, están expuestos a una amplia y heterogénea gama de eventos traumáticos, desde su vivencia intrafamiliar, en las distintas formas de abuso y maltrato, o extrafamiliar, al ser testigos de violencia interpersonal, comunitaria, política; hasta las experiencias azarosas de desastres naturales, accidentes y enfermedades, donde la vida misma está amenazada. Sin embargo, los efectos de estos eventos traumáticos pueden tener una mayor importancia en los niños en la medida en que el desarrollo se vea impactado interfiriéndose la adquisición esperada de ciertas competencias, el logro de transiciones específicas del desarrollo, e incluso afectando la personalidad emergente. Dependiendo del nivel evolutivo, el trauma (especialmente el abuso infantil) puede afectar la confianza básica del niño, su identidad y la posibilidad de establecer relaciones estables y sanas con los demás (van der Kolk, 1996), es decir, todo el universo del niño.

Pynoos, Steinberg, Goenjian, (1996), aseguran que en la última década se han incrementado significativamente los estudios sobre los efectos del trauma en los niños, especialmente los efectos a largo plazo, debido a la alta incidencia de historias de abuso infantil en adultos con perturbaciones psiquiátricas (especialmente Trastornos de Personalidad Borderline, Trastornos Disociativos, Trastornos Somatomorfos, Abuso de Sustancias y Trastornos de la Alimentación, entre otros).

En un primer momento fue necesario desarrollar medidas para detectar los síntomas característicos de niños expuestos a situaciones de "estrés traumático". El desarrollo de entrevistas diagnósticas estructuradas ha tenido que superar las resistencias sociales y científicas que implica abordar a los niños directamente. Por otro lado, lo complejo del fenómeno muestra una sintomatología tan heterogénea que dentro del área de trauma han debido desarrollarse instrumentos más específicos, tanto para las víctimas como para los adultos significativos, por lo que ahora se cuenta con gran cantidad de escalas que brindan aún más información.

Los resultados encontrados comenzaron a organizarse, bajo el diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático (PTSD) buscando semejanzas entre lo encontrado en los niños y la sintomatología adulta, sin embargo, este diagnóstico no logra abarcar y explicar el fenómeno en su totalidad teniendo en cuenta la multiplicidad de variables que intervienen en la

situación traumática (como por ejemplo: tipo de trauma, características del victimario, duración y frecuencia, coerción y fuerza, eventos previos y posteriores al incidente traumático, etc.) y que pueden generar efectos muy diversos (Pynoos, Steinberg, Goenjian, 1996).

Herman (1992) propone un nuevo diagnóstico para aquellas personas que han tenido experiencias traumáticas crónicas y repetitivas ya que no calzan adecuadamente dentro del diagnóstico de PTSD. Ella lo denomina "PTSD complejo" y aunque incluye personas adultas que han vivido experiencias largas de victimización, este diagnóstico reivindica y hace especial referencia a los sobrevivientes de abuso infantil.

El PTSD complejo en niños se refiere a la sintomatología presentada en aquellos que han sido expuestos a lo que Terr (1991) denomina trauma tipo II en tanto que se trata de una "exposición prolongada y repetida a eventos externos extremos" (p. 311). La ocurrencia única de un evento extremo no anticipado (trauma tipo I) genera en el niño síntomas típicos del PTSD, sin embargo la ocurrencia del trauma tipo II tiene efectos más profundos como consecuencia de los intentos del niño para protegerse del horror inevitablemente anticipado y confirmado. La autora agrupa los principales síntomas en tres categorías: (a) negación y entumecimiento psíquico, (b) auto-hipnosis y disociación y (c) rabia hacia sí mismo o hacia los demás.

Van der Kolk (1996) señala que en los intentos por adaptarse al trauma cuando éste afecta la seguridad básica que brindan los vínculos afectivos seguros con los cuidadores primarios (y en general con los adultos importantes), generan efectos a largo plazo que se manifiestan de las siguientes maneras: (a) Hiperexcitación generalizada y dificultades para modular la excitación, la cual incluye agresión hacia sí mismo y hacia los demás, dificultad para modular los impulsos sexuales, y problemas con los vínculos sociales (excesiva dependencia o aislamiento); (b) Alteraciones en los procesos neurobiológicos que involucran discriminación de estímulos generando dificultades de atención y concentración, disociación y somatización; (c) Respuesta de miedo condicionada a los estímulos relacionados con el trauma: (d) Pérdida de la confianza, esperanza, y del sentido de ser capaz; (e) Pérdida de la capacidad de concebir el "pensamiento como una acción experimental"; y finalmente (f) Evitación social lo que conlleva a la pérdida de vínculos significativos y a falta de participación en la planificación a futuro.

Es claro que en la investigación de este campo todavía quedan muchas preguntas y pocas respuestas. Esto, aunado a las dificultades éticas de trabajar directamente con niños un área tan delicada, ha traído como consecuencia, por un lado, grandes vacíos en la comprensión del fenómeno y por otro, muchos resultados con poca interconexión. (O´Donohue, Fanetti y Elliot , 1998)

Consideraciones sobre maltrato y abuso infantil

Según Galeano (1998), todo menor de 18 años es maltratado o abusado cuando su salud física o mental, o su seguridad, están en peligro, ya sea por acciones u omisiones llevadas a cabo por la madre o el padre, u otras personas responsables de su cuidado, produciéndose entonces el maltrato por acción, omisión o negligencia. Se pueden establecer básicamente, cuatro categorías de maltrato o abuso: (a) maltrato físico, (b) abandono o negligencia, (c) maltrato emocional y (d) abuso sexual. Muchas veces ésta división es sólo teórica, ya que muchas de estas formas de maltrato aparecen de forma conjunta, sin embargo se pueden establecer características propias de cada forma de maltrato.

Butzel et al. (2000) definen maltrato o abuso físico infantil al hecho de ser "golpeado ´muy fuertemente´, pateado, pinchado, lanzado al piso y herido con un arma por adultos y compañeros, antes de los 18 años" (p.547). Galeano (1998), por su parte, se refiere a cualquier lesión física infringida al niño (hematomas, quemaduras, fracturas, u otras lesiones) mediante pinchazos, mordeduras, golpes, tirones de pelo, torceduras, quemaduras, puntapiés u otros medios con que se lastime el niño. Es necesario recalcar el carácter intencional, nunca accidental, del daño o de los actos de omisión llevadas a cabo por los responsables del cuidado del niño, con el propósito de lastimarlo o injuriarlo. También se considera cualquier lesión física que se produzca por algún tipo de castigo no apropiado para la edad del niño. Este autor señala que a diferencia del maltrato físico, el castigo físico se define como el empleo de la fuerza física causando dolor pero sin lesionar, con el propósito de corregir o controlar una conducta por esta razón el castigo corporal es una práctica muy difundida y socialmente aceptada.

No siempre es sencillo saber cuando termina la disciplina y cuando comienza el abuso. Muchos autores obvian estas consideraciones como en el caso de Díaz y Suárez (1994) quienes definen maltrato o abuso físico como el "uso intencional (no accidental) de la fuerza física u otros medios (físicos, químicos y mecánicos) por parte de un adulto responsable, con la intención de lastimar, lesionar o matar a un niño" (p.149). La lesión pasa a ser sólo una manifestación visible, mientras que el acto intencional por parte de adulto, con o sin lesión, es el centro de la definición. Esta controversia dificulta las posibilidades de diagnosticar el fenómeno, como bien señala Romano Vázquez "el maltrato no es un ´experimento´ factible de aislar y poner en condiciones medibles, con control exacto de las variables externas,...no es sólo un momento histórico, sino que constituye un estilo de relación que ocurre entre los niños y sus padres, siendo éste (el maltrato) la punta del iceberg que sobresale" (p.101)

En cuanto al abuso sexual infantil, Cortés y Cantón (2000) citan a Berliner y Elliot (1996) para definirlo como "cualquier actividad sexual con un niño en la que se emplee la fuerza o la amenaza de utilizarla, con independencia de la edad de los participantes, y cualquier contacto sexual entre un adulto y un niño, con independencia de que haya engañado o de que el niño comprenda la naturaleza sexual de la actividad...La actividad sexual puede incluir penetración, tocamientos o actos sexuales que no impliquen contacto, como la exposición o voyeurismo" (pag. 13).

Se resalta en esta definición dos conceptos centrales para López, Hernández y Carpintero (1995, c.p. Cortés y Cantón) como son la coerción vista como el uso de la fuerza física, presión o engaño; y la asimetría de edad lo cual impide una "verdadera libertad de decisión y hace imposible una actividad sexual consentida, ya que los participantes tienen experiencias, grado de madurez biológica y expectativas muy diferentes" (pag. 13).

Rusell (1983,c.p. Dubner y Motta, 1999) establece una jerarquía de los tipos de abuso en la cual se considera como: (a) abuso leve, la exposición repetida a los genitales del victimario y/o a materiales pornográficos, (b) abuso poco severo, los actos de besar inapropiados y tocar sexualmente partes del cuerpo de la víctima (como nalgas, muslos, pechos, genitales) por encima de la ropa, (c) abuso severo, el acto de tocar por debajo de la ropa o sin ella, los pechos y/o genitales de la víctima así como la penetración con los dedos (anal o vaginal) o la simulación del actos sexual y finalmente (d) abuso muy severo, el acto sexual con penetración vaginal, anal u oral.

Cortés y Cantón (2000), reportan que si bien se ha observado un incremento en las últimas dos décadas de los casos de abuso denunciados, no hay claridad de si ello representa un incremento real en los casos, o un mayor número de denuncias o ambos. Estos autores señalan que la prevalencia se refiere al reconocimiento por parte de los individuos de la población general de haber sido víctimas de abuso durante su infancia, sin embargo, es difícil de establecer hasta qué punto esto se relaciona con la incidencia real del problema. Según los estudios que ellos revisan, entre un 15 y un 30% de las mujeres y entre un 5 a un 10% de los hombres reportan haber sido víctimas de abuso sexual en la infancia. Estos datos muestran la aparente mayor incidencia de abuso sexual perpetrado a niñas.

Otras características del abuso sexual que han mostrado ser relevantes para la comprensión de este fenómeno son: (a) la alta incidencia de abuso perpetrados en el hogar por personas conocidas por la víctima, especialmente familiares (alrededor de un 70% de los casos), (b) la elevada incidencia de victimarios hombres oscilando los porcentajes entre un 80 a un 90% de los casos, y (c) la vulnerabilidad de las personas más débiles como los discapacitados (Cortés y Cantón, 2000).

La idea de una infancia feliz e inocente, contrasta poderosamente con la necesidad de abrir los ojos y comprender lo altamente perturbador que pueden llegar a ser ciertas experiencias que sobrepasan las estrategias de afrontamiento normales de los niños. Una de estas estrategias, que puede ser usada en condiciones normales, es la disociación. Pocos autores actualmente evaden el tema de la presencia de mecanismos, procesos, conductas o fenómenos disociativos que van desde lo normal hasta lo patológico, especialmente al referirse a la vivencia de eventos traumáticos. Sin embargo, las dificultades para la comprensión de este fenómeno y su complejidad, así como su amplio campo de acción, ha llevado al desarrollo de una línea de investigación autónoma

Disociación y trauma en la infancia

Tradicionalmente, como refiere Putman (1989), los trastornos disociativos se consideraban como una reacción aguda en un tiempo limitado a una experiencia traumática precipitante, actualmente, sin embargo, los estudios del fenómeno disociativo son una ventana a la comprensión del impacto del trauma en tareas del desarrollo tan cruciales para el ser humano como el concepto de sí mismo. Inevitablemente esta línea de estudio devela la realidad de las vivencias traumáticas en la infancia, a las cuales parece haber una seria resistencia en asumir, y conecta con las estadísticas también inciertas referidas a la ocurrencia de eventos como abuso y maltrato en la infancia.

Como consecuencia de lo anterior, no debe extrañar que las líneas recientes de investigación de la disociación se basen principalmente en el estudio de los "sobrevivientes", es decir, aquellos adultos que han tenido historias traumáticas en la infancia, especialmente de abuso sexual y maltrato físico. Esta línea de investigación está íntimamente relacionada con el estudio de este tipo trauma en la infancia y los trastornos psiquiátricos en la adultez los cuales reportan un alto grado de correlación (Lange et al., 1999, Brodsky et al., 2001, MacMillan et al., 2001 y Simeon, Guralnik, Schmeidler, Sirof, Knutelska, 2001) especialmente con el Trastorno de Estrés Post-traumático (Dubner y Motta, 1999, Rodríguez, Ryan, Vande Kemp y Foy, 1997).

Butzel et al. (2000) realizaron un estudio para estimar la relación entre el abuso sexual infantil y el nivel de disociación en mujeres controlando las variables de edad, diagnóstico psiquiátrico y lugar de tratamiento. Su muestra eran mujeres hospitalizadas con o sin abuso sexual y un grupo control no psiquiátrico. Los autores refieren que consistentemente con estudios anteriores, las mujeres con historias de abuso sexual infantil reportaron mayor nivel de disociación (medido a través de la escala DES) que aquellas sin abuso infantil. Estos resultados no se debieron a la severidad de los síntomas psiquiátricos ni a traumas más recientes revelando un nexo importante entre las variables del estudio. En contraposición con el abuso infantil, los autores reportan que el

maltrato físico infantil no tuvo una relación significativa con la disociación en la adultez. Con respecto a esta variable existen resultados muy contradictorios.

Otra línea reciente de investigación en sobrevivientes está relacionada con la hipótesis de considerar la disociación como mediadora entre el trauma en la infancia y los trastornos mentales en la adultez. Banyard, Williams y Siegel (2001) realizaron un estudio en mujeres afro-americanas encontrando que aunque la disociación se relacionaba de forma significativa tanto con el trauma como con la sintomatología mental, no se comportaba como mediadora ya que aún controlando estadísticamente su efecto, la relación entre trauma en la infancia y los desajustes psicológicos en la adultez se mantenía. En este estudio, en contradicción con el de Butzel et al. (2000) el maltrato físico en la infancia y el efecto combinado de diferentes tipos de maltratos se correlacionaron de forma significativa con el grado de disociación medido a través de la DES.

Sobre los estudios con "sobrevivientes" existe una gran controversia en cuanto a su confiabilidad. Si el trauma afecta la forma de procesar la información y especialmente la memoria referida al hecho traumático, ¿cuánta confianza se puede tener en los relatos de las personas que fueron expuestas al trauma del abuso? Otra de las limitaciones observadas en este tipo de estudio es que las muestras son esencialmente de mujeres por lo que la relación entre el trauma infantil y la disociación en los hombres es casi desconocida.

A pesar de las limitaciones mencionadas, la línea de investigación con adultos ha permitido abordar el fenómeno disociativo como resultado a largo plazo del trauma infantil. Pero ¿qué pasa con el niño que actualmente o recientemente ha vivido algo similar y que puede, de no ser detectado, evolucionar en un sin fin de patologías?. Es difícil pensar en diagnosticar un Trastorno Disociativo en la infancia, sin embargo la experiencia clínica muestra que los niños traumatizados y especialmente abusados sexualmente o maltratados físicamente presentan una serie de desajustes emocionales entre los cuales se encuentra la disociación.

Las entrevistas diagnósticas para determinar la presencia de fenómenos disociativos en niños son escasas y requieren de una experticia importante por parte del clínico para un uso adecuado de las mismas. Putman (1997) desarrolló la Lista de Chequeo de Conductas Disociativas en Niños (CDC) con fines de investigación y como primera aproximación a un posible diagnóstico de disociación en niños. No está disponible su versión en Español, por lo que en esta investigación se buscará traducirla y determinar su posible utilidad clínica para profesionales que trabajan en el área del trauma. Igualmente se buscará, en una primera aproximación, determinar en qué medida la escala es válida

para discriminar el grado y tipo de disociación en poblaciones clínicas y no clínicas de niños.

En cuanto a qué sería esperado como manifestación de la disociación en niños, y basándose en los modelos dimensional y taxonómico, Putman (1997) hace el siguiente desarrollo:

> Desde una perspectiva del desarrollo, el modelo continuo predice que la disociación patológica ocurre de una de dos posibles maneras. En primera instancia, el individuo no muestra con el tiempo un declive normal y esperado de la disociación relacionada con la edad. La disociación patológica ocurre cuando el grado de disociación individual se vuelve marcadamente discrepante con respecto a sus pares. En segunda instancia, el nivel de disociación del individuo aumenta con el desarrollo, quizás como un efecto acumulativo de experiencias de vida, y eventualmente excede el umbral culturalmente aceptado.
>
> El modelo taxonómico predice que las trayectorias del desarrollo que resultan en disociación normal o patológica, son fundamentalmente diferentes. Existen separaciones claras referidas a estas dos dimensiones del desarrollo en cuanto a organización de la memoria, auto monitoreo meta cognitivo, e identidad, que derivan en organizaciones cognitivas fundamentalmente distintas.(pág. 77)

Putman (1997) refiere que es esperado un descenso en el grado de disociación con la edad, aunque en la adolescencia se presenta un aumento importante, vuelve a descender hacia la adultez. Igualmente, los niños más pequeños presentan menos síntomas relacionados, como disturbios en el sueño, en el apetito, amnesias y somatizaciones las cuales se incrementan de forma progresiva con la edad. Esto pudiera explicar el por qué el trauma en los niños pasa desapercibido y el por qué de la importancia de un diagnóstico temprano de las tendencias disociativas para un mejor pronóstico en el tratamiento de los niños traumatizados.

Las investigaciones encontradas en esta revisión documental sobre abuso sexual y/o maltrato físico y disociación en niños, se basan en su totalidad en la concepción dimensional de la disociación. Malinosky-Rummell y Hoier(1991) compararon dos grupos de niñas entre 7 y 12 años de edad que habían sido abusadas sexualmente contra un grupo de niñas con edades equivalentes que no habían sido abusadas. Para este estudio utilizó tres medidas de disociación combinando auto reportes con medidas reportadas por los padres. El estudio "provee evidencia empírica que apoya tanto las

elaboran un esquema de aproximación al estudio del abuso y del maltrato intentando sistematizar las posibles variables moderadoras en función de características previas al abuso, características del abuso en sí y características posteriores al abuso. Para estos autores muchos de estos factores pueden interactuar para determinar los efectos del trauma, por ello las consecuencias del abuso o maltrato pueden ser tan variadas de un individuo a otro.

Finalmente, en función de éste marco teórico referencial y considerando lo complejo del fenómeno, es sensato entonces plantearse la comprensión de la disociación en los niños que han sido traumatizados, dentro de los modelos dimensional y taxonómico, buscando determinar si existen diferencias significativas tanto en el grado (modelo dimensional) como en el tipo (modelo taxonómico) de disociación presentada por estos niños en comparación a la de niños que no han sido traumatizados y considerando muchas de las variables moderadoras que pudieran ser relevantes.

A pesar de tener claros objetivos en este trabajo, se espera que el gran aporte sea la apertura de una línea de investigación en el área del trauma en la infancia que vaya íntimamente relacionada con la práctica clínica, proporcionando estrategias para el trabajo efectivo con los niños que han vivido, y viven, eventos traumáticos, para en última instancia, pero como primera intención, buscar aliviar su sufrimiento.

en comparación con los niños con maltrato físico. La disociación a su vez presentaba una relación importante con mayor cantidad de síntomas disruptivos especialmente relacionados conductas de daño.

En el caso de los niños abusados sexualmente la disociación parece cumplir un rol mediador entre el trauma en sí y sus consecuencias psicológicas posteriores. Es importante notar que para esta investigación los autores seleccionaron la muestra de niños institucionalizados encontrándose un grado de disociación mayor medido por la CDC en los niños no abusados pero institucionalizados que en otras investigaciones con niños no institucionalizados. Este puede ser un indicador de que la institucionalización de por sí genera efectos sobre el grado de disociación percibido en los niños.

Se observa claramente lo complejo del fenómeno del abuso sexual y del maltrato infantil. Muchas de las contradicciones e inconsistencias encontradas en los resultados de los estudios se pueden deber a la las dificultades para sistematizar las variables moderadoras relacionadas con el abuso, que puedan explicar más claramente la relación entre las características del abuso y sus consecuencias, especialmente la disociación.

Malinosky-Rummell y Hoier (1991) reportan que el número de episodios de abuso correlacionó positivamente con el grado de disociación medido a través de la CDC. Por otro lado, consiguieron que las familias de niños abusados tenían significativamente menos recursos económicos y mayor riesgo y disfuncionalidad que la de los niños no abusados, por lo que recomiendan que estas variables sean controladas en investigaciones posteriores.

Los resultados obtenidos por Maynes y Feinauer (1994) no apoyan la relación entre la frecuencia del abuso y la disociación. Igualmente contradicen investigaciones anteriores que respaldan la duración del abuso y la identidad del victimario como variables que afectan el grado de disociación a largo plazo. Estos autores sólo reportan la importancia de la severidad del abuso sobre la disociación tanto aguda como crónica.

Simeon et al. (2001) también reportan la severidad, especialmente del abuso sexual o de combinaciones de tipos de abuso, como la variable moderadora más importante para explicar la disociación. Kiesel y Lyons (2001) por su parte contradicen esta afirmación reportando que sólo el hecho traumático, bien sea abuso sexual, maltrato físico o ambos, explican la relación con la disociación.

En la investigación de Banyard, Williams y Siegel (2001) fue la combinación de abusos el mejor predictor de disociación, así como el abuso físico y la negligencia, no así el abuso sexual. Este último sólo fue importante para aquellas personas que tuvieron experiencias negativas al revelar el trauma. Esto resalta la propuesta de O´Donohue, Fanetti y Elliot (1998) quienes

observaciones clínicas anecdóticas de niños abusados como los reportes de adultos que sugieren que los sobrevivientes (niños) de abuso sexual muestran mayor cantidad de respuestas disociativas que los individuos no abusados" (p. 353).

Friedrich, Jaworsky, Huxsahl, Bengtson (1997) realizaron un estudio en el que consideraron no sólo la historia de abuso en los niños sino también su historia psiquiátrica. Al igual que el estudio de Butzel et al. (2000) compararon el grado de disociación a través de auto reportes (subescala de disociación de la Lista de Síntomas de Trauma para niños TSC-C de Briere, 1989) y de reportes realizados por adultos utilizando la CDC de Putman de 1990, entre dos grupos psiquiátricos, con o sin abuso sexual y un grupo no psiquiátrico no abusado. A pesar de que encontraron diferencias significativas en el grado de disociación entre la muestra psiquiátrica y la no psiquiátrica, no encontraron diferencias entre los niños abusados y los no abusados de la muestra psiquiátrica. La disociación se asoció con la edad, el género, la duración y la severidad del abuso.

Los autores dan una serie de explicaciones, que reflejan las grandes dificultades para estudiar este fenómeno en niños. En primer lugar refieren la posibilidad de que algunos de los niños supuestamente no abusados de la muestra psiquiátrica, tuvieran en realidad historia de abuso no reportada. En segundo lugar, la posibilidad de lograr auto reportes adecuados de las conductas disociativas es especialmente difícil en niños pequeños ya que pueden no darse cuenta de que disocian. Por último, los padres pueden confundirse con las conductas de sus hijos bien sea por sus propios problemas personales que no permiten ver claramente la problemática del niño. Los autores proponen finalmente refinar la forma de abordar el fenómeno en niños antes de llegar a conclusiones sobre el mismo.

Kiesel y Lyons (2001) parten de las inconsistencias encontradas en los estudios de disociación en niños en contraposición con los estudios en adultos "sobrevivientes". Los autores refieren como algunos estudios reportan que el abuso sexual infantil y no el maltrato físico se asocia a la disociación en los niños, mientras que otros estudios pueden reportar resultados diametralmente opuestos. Ellos refieren que algunas de esas inconsistencias se refieren a las diferencias en las definiciones del abuso y a las dificultades para reportarlo. En su investigación plantean que la disociación puede tener un rol mediador entre el abuso sexual y el maltrato físico y las secuelas psicológicas posteriores incrementando la aparición de conductas de daño hacia si mismo y hacia otros.

Para este trabajo, al igual que en los anteriores, los autores utilizaron medidas de auto reporte (Escala de Experiencias Disociativas en Adolescentes de Putman, 1997) y de reporte por parte de cuidadores (CDC). Los resultados mostraron un mayor grado de disociación en los niños abusados sexualmente

MÉTODO

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Existen diferencias significativas entre el grado y tipo de disociación en niños que han sido abusados sexualmente y/o maltratados físicamente, en comparación con niños que no han experimentado un evento traumático, medidos a través de la Lista de Chequeo de Conductas Disociativas en Niños (CDC)?

¿Es la Lista de Chequeo de Conductas Disociativas en Niños un instrumento válido y confiable para medir la disociación en niños? ¿Tiene utilidad clínica la Lista de Chequeo de Conductas Disociativas en Niños (CDC) para discriminar entre el grado y tipo de disociación de grupos contrastados (casos diagnosticados y no diagnosticados)?

HIPÓTESIS

La disociación parece expresarse en forma dimensional y taxonómica en tanto que puede determinarse un grado y un tipo de disociación. En este sentido se esperaría que los disociadores patológicos presenten un alto grado de disociación (mayor número y variedad de conductas disociativas presentes más frecuentemente) y/o que reporten conductas disociativas que rara vez se observan en la población normal.

Si los niños que han sido abusados sexualmente y/o maltratados físicamente presentan un grado mayor de disociación que los niños que no han sufrido este tipo de trauma, entonces se esperará diferencias estadísticamente significativas entre el puntaje obtenido por los niños diagnosticados en la Lista de Chequeo de Conductas Disociativas en Niños (CDC) y el puntaje de los niños no diagnosticados, en tanto que los primeros puntuarán más alto que los segundos.

Con respecto al tipo de disociación, se esperaría que ciertas conductas de la CDC sólo sean reportadas en niños disociadores patológicos. Si el abuso sexual genera un tipo patológico de disociación que no presentan niños no abusados sexualmente, entonces los niños abusados puntuarán en ítems de la CDC en los cuales rara vez puntúan niños que no han sido abusados sexualmente.

Si la CDC posee confiabilidad y validez en su versión en Inglés, se puede esperar que tras una adecuada traducción, se obtengan indicadores similares en la versión en Español de manera de considerar la escala como un instrumento fiable para estimar el grado de disociación en niños.

La utilidad clínica de la escala deriva de la posibilidad de detectar casos de disociadores patológicos entre los niños abusados y/o maltratados de manera de afinar el diagnóstico y adecuar los tratamientos.

CONCEPTOS Y VARIABLES

Los conceptos centrales de esta investigación son: (a) el trauma en niños ocasionado por maltrato físico, abuso sexual o ambos y (b) la disociación como forma de procesar la información a través de la compartamentalización o no integración de la experiencia (van der Kolk, 1996) lo que genera manifestaciones conductuales que pueden ser objetivamente registradas por observadores externos.

Variable independiente

Se considerará como variable independiente la presencia o ausencia de historia reportada de algún tipo de trauma específicamente: Maltrato Físico (MF), Abuso Sexual (AS) o ambos (MF/AB). No será considerado el maltrato emocional, ni la negligencia en la presente investigación aunque ambos pudieran estar presentes en algunos de los casos de la muestra.

En función de la variable independiente se establecen dos grupos a los cuales son asignados los sujetos según cumplan con el criterio:

Grupo diagnosticado: Cuando hay presencia de historia reportada de alguno de los tipos de abuso (MF, AS, MF/AS).

Grupo no diagnosticado: Cuando hay ausencia de historia reportada de alguno de los tipos de abuso. Este grupo se escogió como grupo control no equivalente.

Variable dependiente:

La variable dependiente es la disociación la cual presenta dos manifestaciones según los modelos dimensionales y taxonómicos. Es decir que se considerará:

Grado de disociación: Determinada por la puntuación total en la CDC (sumatoria de las puntuaciones en cada ítem).

Tipo de disociación: Determinada por las puntuación en los ítems de la CDC referidos a disociación patológica. Estos ítems son determinados a partir del análisis factorial realizado con el instrumento para establecer una subescala de disociación patológica y una subescala de disociación no patológica.

Variables moderadoras:

Dada la complejidad del fenómeno relacionado con el maltrato físico y el abuso sexual en niños, son muchas las variables que pueden ejercer un efecto en la variable dependiente diferentes de la variable independiente. Es poco el control que se puede tener sobre estas variables por lo que serán analizadas como parte del estudio.

Género: Categorizada en sexo masculino y sexo femenino según sea reportado en los datos demográficos de la escala. Si bien en los adultos no hay efecto del género sobre la disociación, no se tiene claro si en los niños esta variable se comporta de la misma manera (Putman, 1997)

Edad: Años de edad reportados en la escala. En general, el grado de disociación disminuye con la edad (Putman, 1997).

Nivel Socioeconómico: Estatus o posición social de un individuo establecida en función del nivel de instrucción y profesión del jefe de la familia, fuente principal de ingreso y condición de la vivienda, categorizado en alto, medio alto, medio bajo, obrero, marginal según los parámetros de la escala Graffar modificado.

O´Donohue, Fanetti y Elliot (1998) proponen una serie de variables en función de características previas al abuso, características del abuso en sí y características posteriores al abuso que pueden moderar en los efectos de este tipo de trauma. Se consideraron para este estudio:

Características preabuso:

Del niño: - Funcionamiento premórbido.

- Abuso de sustancias.

De la Familia:- Violencia Familiar: Presencia o ausencia.

- Estado Civil de pareja parental: Presencia o ausencia de divorcio o separación de la pareja parental.

- Abuso de sustancias por parte del padre o de la madre: alcohol, drogas o ambas.

Características del abuso en sí:

Del victimario:- Número de victimarios.

- Género del victimario: Masculino o Femenino.

- Relación con la víctima:
  1. miembro de la familia nuclear (padre, madre, hermanos)
  2. miembro de la familia extendida (padrastro, madrastra, hermanastros, tíos, abuelos, primos)
  3. no relacionados pero conocidos (vecinos, amigos, maestros)
  4. totalmente extraños.

- Cercanía emocional con la víctima:
  1. muy cercana
  2. moderadamente cercana
  3. relación distante
  4. sin relación.

Del maltrato físico: - Severidad del maltrato:

0. Sin lesiones físicas
1. Con lesiones físicas visibles
2. Inhabilitante: hospitalización, ausencia al colegio, etc.

- Duración del maltrato:
  1. De 0 a 1 año
  2. de 1 a 3 años
  3. de 3 a 5 años
  4. de 5 años o más.

- Frecuencia del maltrato:
  1. una sola vez
  2. pocas veces
  3. mensual
  4. semanal
  5. diario

Del abuso sexual:- Severidad del abuso sexual: (Russell, 1983, c.p. Dubner y Motta, 1999)

0. Leve: Exposición repetida a materiales pornográficos y/o genitales.
1. Poco severo: actos de besar inapropiados y tocar sexualmente partes del cuerpo como nalgas, muslos, pechos, genitales, por encima de la ropa.
2. Severo: acto de tocar por debajo de la ropa o sin ella, pechos y genitales, penetración con los dedos o simulación del acto sexual.
3. Muy severo: al acto sexual con penetración vaginal, anal u oral.

- Duración del abuso:
  1. De 0 a 1 año
  2. de 1 a 3 años
  3. de 3 a 5 años
  4. de 5 años o más.

- Frecuencia del abuso:
  1. una sola vez
  2. pocas veces
  3. mensual
  4. semanal
  5. diario

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Estudio comparativo "ex post facto" de campo. Según Kerlinger (1975) la investigación "ex post facto" se puede definir como "una búsqueda sistemática empírica, en la cual el científico no tiene control directo sobre las variables independientes, porque ya acontecieron sus manifestaciones o por ser intrínsecamente no manipulables. Se hacen inferencias sobre las relaciones de ellas, sin intervención directa, a partir de la variación concomitante de las variables independientes y dependientes" (pág. 268). Se parte de que los sujetos de la muestra han experimentado, en una situación vital, el fenómeno que se quiere investigar y posteriormente se analizan los factores que parecen acompañar o contribuir a la aparición del hecho.

Los diseños "ex post facto" son utilizados en los llamados estudios de campo en los cuales es difícil lograr un control absoluto de las condiciones que puedan afectar los resultados y específicamente donde no es posible la manipulación de la variable independiente (Arnau, 1982), precisamente porque son llevados a cabo fuera del laboratorio, o como menciona Kerlinger (1975), en sus situaciones vitales. El control de las variables extrañas en este diseño se hace a través del conocimiento del efecto que estas variables tienen sobre la dependiente integrándolas al diseño como variables atributivas o moderadoras, por tanto los análisis estadísticos de los efectos de las diversas variables consideradas en el estudio, adquieren relevancia para distinguir el efecto de la independiente. Las interpretaciones de los resultados deben hacerse siempre con gran cautela.

TIPO DE ANÁLISIS

En primer lugar se estableció la confiabilidad del instrumento mediante el coeficiente de confiabilidad alpha de Cronbach para establecer una medida de consistencia interna. Se realizó un análisis factorial por componentes principales con rotación no ortogonal oblimin con delta 0, para establecer la factibilidad de elaborar 2 subescalas de disociación patológica y disociación no patológica. Se decidió no utilizar una rotación ortogonal debido a que si bien la disociación patológica se espera que sea cualitativamente distinta a la no patológica, ambas están relacionadas especialmente en los casos clínicos, es decir que los sujetos que presentan disociación patológica se espera que presenten un grado alto de disociación no patológica aunque en el caso contrario no sea así.

Para el análisis de los resultados del estudio se comenzó con estadísticos descriptivos de los resultados encontrados como puntajes totales

de la escala, tanto para la muestra total como para los distintos grupos diagnosticados y control. Se hizo un apoyo importante en el uso de gráficos adecuados a las características de los datos que permitieran visualizar las distribuciones de los puntajes así como en los estadísticos descriptivos de tendencia central, dispersión, coeficiente de variación, y de forma (asimetría y curtosis).

Los estudios originales de Bernstein y Putman (1986) con la escala de Experiencias Disociativas en adultos mostraron que la disociación no se distribuye normalmente y que existen diferencias en cuanto a las distribuciones de los grupos clínicos (especialmente en cuanto a la dispersión, forma y heterogeneidad), por esta razón se realizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para ajuste a la curva normal y se decidió trabajar con estadísticas no paramétricas. Para estimar si las diferencias de las puntuaciones del grupo control y del grupo diagnosticado son estadísticamente significativas se utilizó la prueba *U* de Mann-Whitney. Para estimar las asociaciones entre las variables que cumplían con los requisitos de nivel ordinal se utilizó el coeficiente de correlación de rango de Spearman (rho) (Siegel, 1979).

Para los análisis psicométricos de la escala y análisis estadísticos de los datos recabados se utilizó el programa SPSS 10.0 para Windows.

PROCEDIMIENTO

El primer lugar se tradujo al castellano la Lista de Chequeo de Conductas Disociativas en Niños versión 3.0 de Putman (1997) (ver Anexo A) y fue revisada por distintos expertos (psicólogo clínico, psiquiatra infantil y psicólogo escolar). Paralelamente se realizó un formato para datos que serían utilizados en el estudio basándose en las investigaciones que revelan indicadores que pueden ser considerados pertinentes en cuanto a las consecuencias psicológicas de los traumas en niños (ver Anexo B). Algunos de estos datos fueron utilizados en el estudio como variables moderadoras para los cuales se establecieron los parámetros de recolección de datos en función de la operacionalización de esas variables.

Posteriormente se contactó con las distintas instituciones que podían aportar casos para la muestra. Se les pidió un permiso institucional (ver Anexo C) para establecer los términos de su colaboración, sin embargo, los procedimientos de recolección de datos en cada institución tuvieron características particulares en función de los mecanismos de funcionamiento propio de cada lugar.

Así en Fondenima (Fundación Oficina Nacional de Denuncia del Niño Maltratado Dr. José Gessen Campos), se tuvo acceso directo a los datos a través de las historias de los pacientes e incluso algunas de las aplicaciones fueron realizadas por el investigador. En AVESA (Asociación Venezolana para una Educación Sexual Alternativa) todos los datos fueron aportados por los clínicos tratantes con algunas aclaratorias por parte del investigador. En PLAFAM (Asociación de Planificación Familiar) los datos se consiguieron a través de la entrevista del investigador con los psicólogos a cargo de los casos y con la revisión de las historias, los casos diagnosticados del Colegio San Agustín fueron aportados por la psicóloga del colegio a cargo de los mismos.

Las variaciones en los procedimientos pueden revelar diferencias especialmente en la cantidad de los datos recolectados de la historia por lo que los análisis de los resultados deben ser cautelosamente considerados. Esto sin embargo, no debe comprometer los resultados más importantes relacionados con el problema principal de esta investigación en cuanto a la presencia o no de abuso o maltrato y su relación con los resultados en la CDC.

La aplicación de la CDC en sí fue similar en todos los casos diagnosticados. Se les pidió a los representantes su participación a través de un consentimiento informado (ver Anexo D) el cual firmaron si estaban dispuestos a participar. Las escalas fueron llenadas en su mayoría por las madres y sólo una persona se negó a participar. No se apreciaron dificultades evidentes en la comprensión de los ítems de las escalas. El tiempo para llenarlas fue de aproximadamente unos cinco minutos.

Para los casos no diagnosticados fue utilizado un procedimiento un poco distinto que debe ser considerado a la hora de entender los resultados. Las escalas fueron enviadas con una carta de consentimiento informado a los representantes de los alumnos de primero, segundo y tercer grado del colegio San Agustín del Paraíso. El instrumento fue devuelto por aproximadamente un 75% de los alumnos. De las escalas devueltas, 13 debieron ser eliminadas por errores, especialmente por dejar preguntas en blanco.

Algunos padres (aunque pocos, aproximadamente 4) manifestaron incomodidad en llenar ciertas preguntas aunque finalmente lo hicieron. El ítem 20 referido a la alternancia de dos o más personalidades que tomen el control de la conducta del niño, fue el que generó más reservas, esto es importante ya que el aplicar la escala en grupos no diagnosticados puede inducir al falseamiento de ciertas respuestas que obviamente refieren a patologías importantes.

Sin embargo, llama la atención de que no hubo inconvenientes con la gran mayoría de las CDC. De esta gran muestra se discriminaron aquellos casos que habían sido diagnosticados con anterioridad con abuso o maltrato

para formar parte de la muestra clínica. Igualmente fueron eliminados algunos casos con otros diagnósticos y un niño que había vivido la tragedia de Vargas.

Con todos los datos recolectados se procedió al análisis, el cual se dividió en dos grandes fases. La primera estuvo dirigida a establecer indicadores de confiabilidad y validez para la CDC. En este sentido se consideraron dos escenarios. En el primero se estipularon los indicadores sólo para la muestra de casos no diagnosticados. Sin embargo, tras entender la naturaleza clínica de la escala se buscó incluir el total de la muestra en los análisis y hacer comparaciones con ambos resultados. Este procedimiento fue especialmente necesario para los análisis factoriales realizados, los cuales ameritan de un número significativo de datos por cada ítem de la escala.

Para el resto de los análisis, se realizó una selección al azar de un número aproximadamente igual al grupo de casos diagnosticados, a partir de los datos no diagnosticados de manera de que las **N** de ambos grupos fueran similares y disminuir el efecto de la desigualdad del tamaño de la muestra en los análisis estadísticos posteriores.

INSTRUMENTO

La Lista de Chequeo de Síntomas Disociativos en Niños (CDC, Child Dissociative Checklist de Frank Putman, 1997) fue diseñada a partir de un perfil de síntomas elaborado por el autor en 1981. Tras varias revisiones, finalmente queda conformada la lista de 20 conductas como una medida de reporte de observador que utiliza una escala de tres puntajes (2 corresponde a muy cierto, 1 a veces es cierto, 0 no es cierto) en la cual se le pide a la persona que regularmente cuida al niño (generalmente a los padres) que señale si ha observado tales conductas en los últimos 12 meses.

En los estudios recolectados por Putman (1997) éste señala que la CDC cuenta con buena validez y confiabilidad, sin embargo señala ciertas precauciones a la hora de interpretar los resultados. En cuanto a la fiabilidad reporta un coeficiente alfa de Cronbach promedio de .86 en tres estudios mientras que la confiabilidad test-retest fue de .74 en otros dos estudios. La validez está básicamente orientada a discriminar entre grupos clínicos. Así que la CDC reporta diferencias significativas entre grupos de niños diagnosticados con algún tipo de Trastorno Disociativo y niños abusados sexualmente sin Trastorno Disociativo y niños no abusados sin Trastorno Disociativo. Igualmente discrimina entre niños abusados sexualmente y niños no abusados del grupo control. (Putman, 1997)

En general, los niños sanos no maltratados ni abusados puntúan muy bajo en la escala apreciándose una disminución de las puntuaciones con la edad. Los niños maltratados puntúan en promedio significativamente más alto que los niños sin maltrato, pero sus puntuaciones son menores que la de los niños con Trastornos Disociativos. Se considera que un puntaje de 12 o más es indicativo de disociación patológica (o, como se denominará en este trabajo, un grado patológico de disociación). Sin embargo, el autor hace la advertencia de que la desviación estándar en los grupos clínicos es especialmente grande lo que implica una marcada heterogeneidad en las puntuaciones de estos grupos por lo que las puntuaciones individuales deben ser tomadas con cautela.

Para la presente investigación se tradujo la CDC de Putman de manera de que sirviera como instrumento base para la investigación, tanto actual como futura. Por ello se estima establecer algunas medidas de confiabilidad y validez relativas a la versión en español y compararlas con los resultados reportados por el autor.

Greewald (1999) establece una serie de recomendaciones para la selección de instrumentos de investigación y práctica con niños traumatizados, y describe las implicaciones que esta selección puede tener para la correcta interpretación de los resultados. Además de resaltar elementos esenciales como: (a) la necesidad de que el instrumento cuente con adecuados indicadores de validez y confiabilidad, (b) con la posibilidad de lograr el mejor ajuste en cuanto a cantidad de pruebas a utilizar y los recursos disponibles, o (c) que el nivel de las pruebas se ajuste en la medida de los posible a las características de la población tales como edad, género, nivel lector, nivel cultural, lenguaje, etc.; el autor señala la importancia de considerar la fuente de información. A este respecto Greenwald (1999) afirma que los niños identifican mejor sus propios estados internos, pero les cuesta describir su conducta observable, en cambio los padres (u otros adultos significativos) les cuesta identificar las experiencias internas de los niños, pero reportan más adecuadamente la conducta.

En esta misma línea, Kiesel y Lyons (2001) encontraron en su investigación que las medidas de "experiencias disociativas" en adolescentes (para la cual utilizaron la medida de auto reporte DES de Adolescentes) y las medidas de "disociación percibida" (para la cual usaron la CDC) estaban correlacionadas pero no de manera significativa lo que interpretaron como el reflejo de constructos distintos. Previamente Malinosky-Rummell y Hoier (1991) había llegado a resultados similares recomendando el uso de medidas de autoreporte y de reporte por parte de otros para el estudio de la disociación.

Con estas consideraciones se debe aclarar que para esta investigación se trabajó con la "disociación percibida" ya que no hay medidas de autoreporte de experiencias disociativas para niños de las edades consideradas en este

estudio, que no sean entrevistas estructuradas diseñadas para tal fin, lo que hubiese complicado aún más el acceso a los casos para la muestra.

A pesar de las limitantes en cuanto a la interpretación de los puntajes, en tanto que deben considerarse como grado y tipo de disociación "percibida" y no como experiencias disociativas, el aporte de esta investigación es importante al estar intencionalmente dirigida al estudio de la disociación en una muestra de sujetos con un promedio de edad muy similar al promedio de edad de los niños abusados y maltratados en la población considerada.

POBLACIÓN

La población a la que se refiere esta investigación corresponde a los niños que han sido abusados sexualmente y/o maltratados físicamente que son atendidos por instituciones especializadas o relacionadas. A este respecto se tienen estadísticas de las instituciones en donde se realizó la investigación que dan cuenta del subregistro del que se parte para el estudio de estas poblaciones. No se conocen estadísticas nacionales, sin embargo estas instituciones son centros conocidos de referencia a nivel nacional.(ver Anexo E)

En 1999, Fondenima recibió aproximadamente un total de 504 entre casos y denuncias de los diversos tipos de maltrato. La mayor fuente de referencias fueron las procuradurías y los juzgados. Específicamente en cuanto a los casos atendidos, 111 fueron casos de Maltrato Físico y 51 de Abuso Sexual, el resto correspondía a Maltrato Psicológico o Negligencia. Del total, aproximadamente el 60% fueron del sexo masculino y el 40% del sexo femenino. La gran mayoría de los casos atendidos estaban comprendidos entre las edades de 4 a 11 años.

En cuanto a las características del maltratador, hay una tendencia a que sean las madres entre 21 y 38 años de edad las responsables de la mayoría de los casos. A diferencia de la muestra total, los casos de abuso sexual presentan características distintas. Aproximadamente el 75% de los casos son del sexo femenino y 25% del sexo masculino en su mayoría entre 4 y 7 años de edad. El victimario en estos casos se caracteriza por ser del sexo masculino entre los 9 y 20 años de edad, en un alto porcentaje conocido por la víctima (especialmente primos y vecinos).

En el año 2000 esta misma institución recibió un total de 78 denuncias, de las cuales 45 eran de maltrato físico y 25 de abuso sexual, y atendió un total de 60 casos de los cuales 22 fueron de maltrato físico y 9 de abuso sexual. El resto de los casos correspondía a otros tipos de maltratos. Del total de niños maltratados, el 56% son del sexo masculino y el 44% de sexo femenino entre

los 4 y 7 años de edad. En cuanto al maltratador, la mayoría son las madres entre 27 y 32 años de edad. De este año no se tienen estadísticas para los casos de abuso sexual por separado.

En cuanto al año 2001, Fondenima presenta estadísticas más detalladas. La mayoría de los sujetos provienen del oeste de la ciudad capital (Caracas) y asisten por inquietud personal lo que parece evidenciar una mayor consciencia por parte de la población a buscar ayuda en estos casos. Otro grupo importante de casos y denuncias son remitidos por los tribunales de protección. Fueron denunciados 67 casos de maltrato físico y 26 de abuso sexual, mientras que fueron atendidos 112 casos de maltrato (77 de maltrato físico exclusivamente) y 32 de abuso sexual. En cuanto a los casos atendidos de maltrato, el 56% correspondió a niños del sexo masculino en su mayoría entre 4 y 11 años de edad y 44% del sexo femenino con dos grupos de edad mayoritarios, entre 0 y 3 años y entre 12 y 15 años. Los victimarios son en su mayoría las madres entre 21 y 38 años de edad.

Considerando sólo los casos atendidos de abuso sexual, las víctimas se caracterizan por ser del sexo femenino (64%) entre los 4 y 15 años de edad, mientras que los de sexo masculino (36%) se concentran en su mayoría entre los 4 y 7 años de edad. La mitad del total de casos de abuso sexual atendido se refieren a actos lascivos mientras que el resto fueron violaciones.

En la revisión exhaustiva de las historias se estableció que el 98% de las violaciones fueron contra el sexo masculino. En cuanto a los victimarios de los casos atendidos de abuso sexual, se observa de nuevo claramente como la mayoría (88%) eran conocidos por la víctima destacándose los primos y vecinos entre 10 y 20 años de edad en su totalidad del sexo masculino.

En AVESA, se reporta que en el primer trimestre del año 2001 los niños atendidos por abuso sexual fueron en su mayoría del sexo femenino (71%) con una minoría del sexo masculino (29%) con edades comprendidas entre 18 meses y el 11 años edad y con 5.3 años de promedio. El 82% de los casos fueron agredidos en el hogar (47% eran un familiar) o por personas conocidas (33% eran cercanos a la víctima).

Es importante notar que intencionalmente no se consideraron para este estudio niños institucionalizados entre los cuales se reporta una alta incidencia de historias de abuso y maltrato, esto se debe a la consideración de que la institucionalización como tal puede tener un efecto importante en el funcionamiento psicológico del niño independientemente de su historia de trauma por lo que el efecto sobre la disociación sería difícil de analizar de forma independiente (Durán e Ibarra, 1998 y Kiesel y Lyons, 2001).

MUESTRA

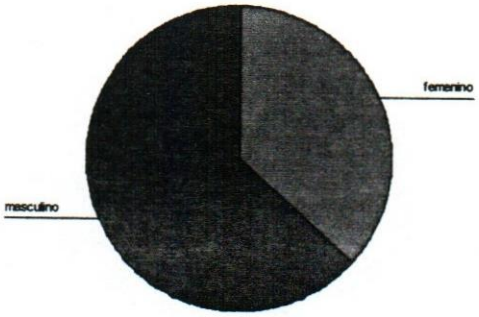
Para esta investigación se realizaron dos tipos de muestreo según se refiere a la muestra de casos diagnosticados y la de casos no diagnosticados.

Características de la muestra de casos diagnosticados.

En cuanto a los casos diagnosticados, se realizó un muestreo no probabilístico accidental con todos aquellos casos a los que se tuvo acceso en las distintas instituciones mencionadas por un período de aproximadamente cuatro meses. A pesar de no ser un muestreo aleatorio debido a las dificultades para acceder a los casos, se puede considerar que en virtud de sus características en comparación con las estadísticas referidas a la población, esta es una muestra representativa. Kerlinger (1975) define muestra representativa como aquella que "reúne aproximadamente las características de la población que son importantes para la investigación que se planea" (p. 84).

La muestra total de casos diagnosticados fue de 36 niños distribuidos en cuatro grupos: 18 casos correspondientes al maltrato físico, 13 correspondientes a abuso sexual, y 5 casos con ambos tipos de abuso. De estos casos el 61% son de sexo masculino y el 39% de sexo femenino.

Género de la Víctima



	Frecuencia	Porcentaje
femenino	14	38.9%
masculino	22	61.1%
Total	36	100.0%

Por grupos observamos que de los 18 casos de maltrato físico, 6 (33.3%) son del sexo femenino y 12 (66.7%) son del sexo masculino. En cuanto a los 13 casos de abuso sexual 8 (61.5 %) son del sexo femenino mientras que 5 (38.5%) son del sexo masculino lo que indica que la relación de género se

invierte según el tipo de abuso. Los 5 casos de abuso y maltrato son del sexo masculino en su totalidad.

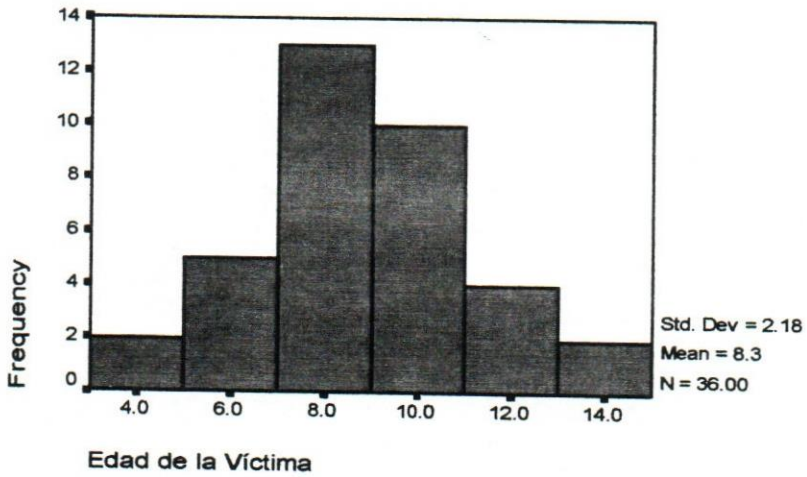
En cuanto a la edad de la muestra se encontró una edad mínima de 4 años y máxima de 13 años con un promedio de 8.33 y una desviación estándar de 2.18. Se aprecia una acumulación particular de los casos en las edades de 8 y 9 años (55% de la muestra).

Edad de la Víctima

Años	Frecuencia	%	% Acumulado
4	2	5.6	5.6
5	2	5.6	11.1
6	3	8.3	19.4
7	2	5.6	25.0
8	11	30.6	55.6
9	9	25.0	80.6
10	1	2.8	83.3
11	3	8.3	91.7
12	1	2.8	94.4
13	2	5.6	100.0
Total	36	100.0	

	N	Rango	Min.	Max.	Media	DS	Varianza	As.	K
Edad de la víctima	36	9	4	13	8.33	2.18	4.743	.107	.250

Edad de la Víctima



Considerando los grupos por separado se aprecia que los niños maltratados físicamente tienen una edad mínima de 4 años y máxima de 13 años presentando una media de 8.67 y una desviación estándar de 2.61 (este es el grupo más heterogéneo).

El grupo de abuso sexual por su parte tiene edades comprendidas entre los 5 y 11 años con un promedio de 7.85 y una desviación estándar de 1.52 (este es el grupo más joven y homogéneo). Finalmente, el grupo de abuso sexual y maltrato físico tiene un promedio de edad de 8.40 años con una desviación estándar de 2.07 que va desde 6 años a 11 años de edad.

En cuanto al nivel de instrucción de la muestra total, los niños cursan desde preescolar hasta séptimo grado, sin embargo el grueso de la muestra (77.1 %) está en los grados inferiores, desde preescolar hasta tercer grado de educación básica. Esta distribución es similar en los diversos grupos.

Nivel de Instrucción

Grado	Frequencia	%	% Válido	% Acumulado
0	5	13.9	14.3	14.3
1	5	13.9	14.3	28.6
2	9	25.0	25.7	54.3
3	8	22.2	22.9	77.1
4	3	8.3	8.6	85.7
5	2	5.6	5.7	91.4
6	1	2.8	2.9	94.3
7	2	5.6	5.7	100.0
Total	35	97.2	100.0	
Faltante	1	2.8		
	36	100.0		

La muestra total se caracteriza por ser niños pertenecientes en su mayoría (44.4%) a un nivel socioeconómico medio bajo, aunque este dato debe ser considerado con cautela debido a que no hubo un procedimiento estandarizado para estimar el nivel socioeconómico. Luego se observó un porcentaje menor en los estratos medio alto y obrero (27.8% y 16.7% respectivamente), siendo mínimo el porcentaje de NSE alto (2.8%). Esta distribución se mantuvo similar en los diferentes grupos.

Nivel Socio-Económico

	Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
alto	1	2.8	3.0	3.0
medio alto	10	27.8	30.3	33.3
medio bajo	16	44.4	48.5	81.8
obrero	6	16.7	18.2	100.0
Total	33	91.7	100.0	
Faltante	3	8.3		
Total	36	100.0		

En cuanto a la religión, el 86.1% de los casos reportaron ser católicos en todos los grupos.

Religión

	Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
ateo	3	8.3	8.8	8.8
católica	31	86.1	91.2	100.0
Total	34	94.4	100.0	
Faltante	2	5.6		
Total	36	100.0		

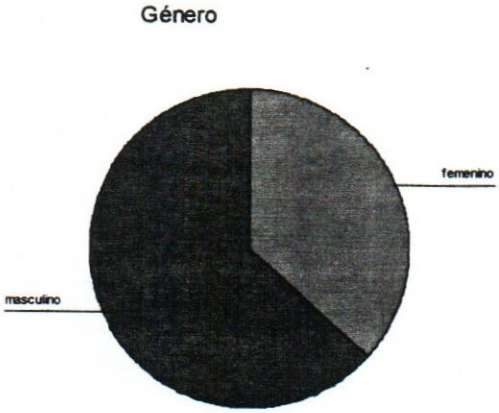
Características de la muestra de casos no diagnosticados o control:

En el caso del grupo control, se realizó un muestreo no probabilístico intencional buscando una muestra que fuera comparable con la muestra de casos diagnosticados considerando ciertas variables o criterios que debían ser emparejadas para controlar en alguna medida posibles fuentes de error. Estas variables seleccionadas, en función de las características de la muestra de casos diagnosticados, son el género, la edad, nivel de instrucción, nivel socioeconómico y religión.

Como se mostró en el procedimiento, se obtuvieron dos muestras de casos no diagnosticados. La primera muestra se trata de un grupo de 339 casos pertenecientes al Colegio San Agustín de los cuales el 68% son del sexo masculino y 32% de sexo femenino, la edad promedio es 8.05 años y van desde los 6 hasta los 10 años con una desviación estándar de 0.85. Los sujetos cursan desde primero hasta tercer grado, distribuyéndose de forma relativamente pareja aunque con menor incidencia en primer grado (1º: 28.6%, 2º:35.7%, y 3º: 35.7%).

Se estima que el grueso de esta muestra pertenece a los niveles medio alto y medio bajo con respecto al nivel socioeconómico y con una mayoría significativa de religión católica. Esta muestra fue utilizada para los análisis factoriales que ameritan un número mínimo de 10 sujetos por ítem (debido a que la escala tiene 20 ítems, se necesitaba un mínimo de 200 casos).

Posteriormente se seleccionó, a partir de este grupo de 339 casos, una muestra al azar que conserva las mismas características, pero que tiene un número de sujetos menor (n = 41) similar a la muestra de casos diagnosticados. En cuanto al género la muestra final de casos no diagnosticados quedó conformada por un 63.4% de sujetos de sexo masculino y un 36.6% de sujetos de sexo femenino, muy similar a la distribución por género de la muestra de casos diagnosticados.



Género	Frecuencia	Porcentaje
femenino	15	36.6%
masculino	26	63.4%
Total	41	100.0%

En cuanto a la edad se obtuvo una media de 8.15 años, mientras que en la muestra diagnóstica es de 8.33 años. Si hubo diferencia en el rango y la desviación de las edades siendo este grupo más homogéneo debido al tipo de muestreo.

	N	Rango	Min.	Max.	Media	S	Varianza	As.	K
Edad	41	3	6	9	8.15	.82	.678	-.849	.492

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

CONFIABILIDAD DE LA CDC

Se estableció un nivel de confiabilidad (coeficiente alpha de Cronbach) para la escala completa de 0.8777 lo que implica que existe una alta consistencia interna en la escala. Este resultado es similar a los resultados reportados por Putman (1997) para la escala en Inglés. No se puede establecer la confiabilidad test-retest debido a que hubo una aplicación única.

GRADO DE DISOCIACIÓN

Distribución de puntajes totales de la CDC para la totalidad de la muestra

Para la muestra total se encontró que la distribución de los puntajes de CDC tiene una media de 5.86 puntos, con una desviación estándar de 6.29 y un coeficiente de variación de 39.58% por lo que se puede considerar como una distribución bastante heterogénea que va desde un puntaje mínimo de 0 y un puntaje máximo de 26. Esta heterogeneidad es esperada debido a la selección intencional de la muestra con dos grupos de sujetos diferenciados por un criterio diagnóstico específico (ver tabla 1).

En el gráfico 1 puede observarse una distribución que presenta cierta tendencia bimodal con un grupo mayoritario acumulado hacia las puntuaciones bajas y un grupo importante acumulado por encima de la media, como si fuese la superposición de dos curvas pertenecientes a poblaciones distintas. La tendencia a los puntajes bajos da una forma asimétrica (coleada hacia la derecha, As=1.266) y leptocúrtica (K=0.962) a la distribución.

Tabla 1: Estadísticos descriptivos del grado de disociación para la muestra total (puntaje total CDC)

	N	Rango	Min.	Max.	Media	DS	CV	As.	K
puntaje total en la CDC	77	26	0	26	5.86	6.29	39.598	1.266	.962

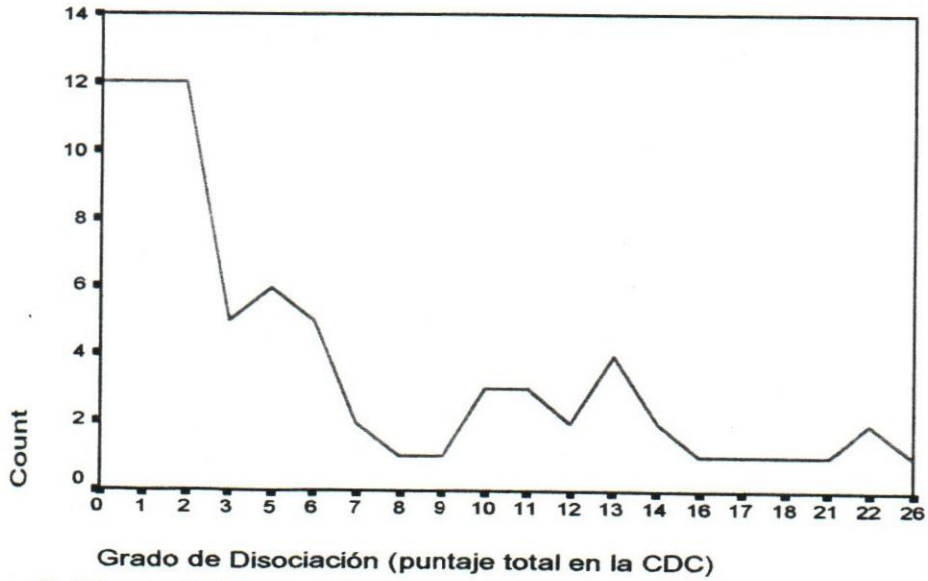


Gráfico 1: Gráfico de línea de distribución de puntajes CDC para la muestra total.

En la prueba de una muestra de Kolmogorov Smirnov (ver tabla 2) para determinar la bondad de ajuste a la curva normal de la distribución de puntajes de la CDC para la muestra total, se obtuvo una Z=1.821 por lo que se rechaza la hipótesis nula con un nivel de confianza de 99% ($p<.01$), es decir, que los resultados obtenidos para la muestra total no se ajustan a la curva normal tal como fue reportado por Berstein y Putman (1986).

Tabla 2: Bondad de ajuste a la curva normal de la distribución de los puntajes totales en la CDC de la muestra total.

One Sample Kolmogorov Smirnov		
N		77
Normal Parameters	Mean	5.86
	Std. Deviation	6.29
	Positive	.208
	Negative	-.176
Kolmogorov-Smirnov Z		1.821
Asymp. Sig. (2-tailed)		.003**

** significativa al nivel .01

La distribución de los puntajes totales del grado de disociación en niños muestran las mismas características de la distribución en los adultos (ver gráfico 2). Los autores postulan que existe similitud entre la disociación y el fenómeno del "rasgo" de sugestionabilidad hipnótica propuesto por Hilgard en 1977, el cual no se distribuye normalmente en la población.

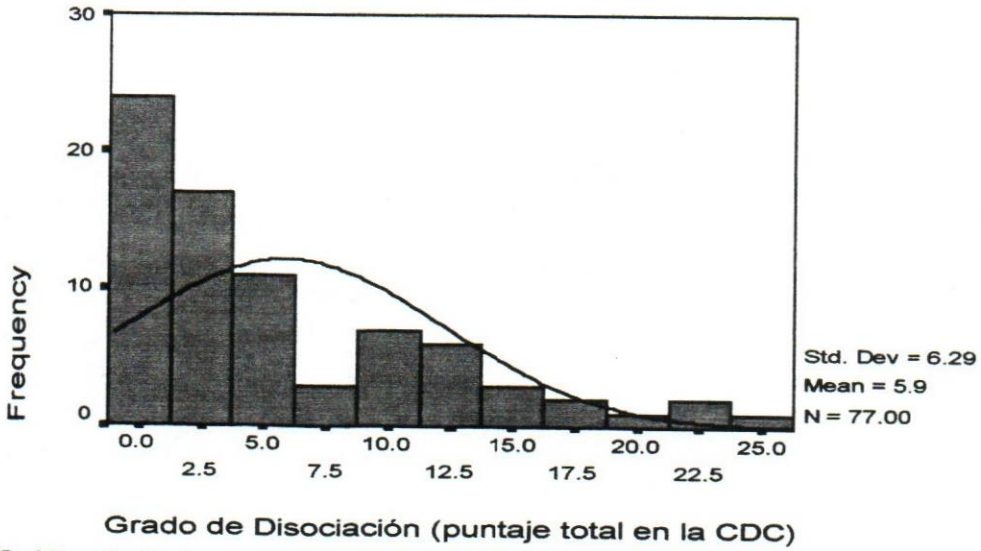


Gráfico 2: Histograma y curva normal de la distribución de puntajes CDC para la muestra total

Distribución de la CDC para el grupo no diagnosticado (control)

Las puntuaciones del grupo control (ver tabla 3), presentan una media de 2.46 con una desviación estándar de 2.54 y un coeficiente de variación de 6.455%. El valor máximo que alcanzan es de 10, observándose que los puntajes se distribuyen de forma más homogénea que en el grupo total y están claramente acumulados hacia los puntajes bajos en la escala (ver gráfico 3), dándole a la distribución una forma asimétrica coleada hacia la derecha (As=1.391) y leptocúrtica (K=1.532).

Estos resultados coinciden con los encontrados en investigaciones anteriores con la escala CDC y a los esperado para la población normal en tanto que el grado de disociación es muy bajo. Los puntajes para niños no diagnosticados son poco dispersos y no se distribuye normalmente (Malinosky-Rummell y Hoier, 1991, Putman, 1997, Friedrich, Jaworsky, Huxsahl, Bengtson, 1997).

Tabla 3: Estadísticos descriptivos del grado de disociación grupo no diagnosticado (control)

	N	Rango	Min.	Max.	Media	DS	CV	As.	K
puntaje total en la CDC	41	10	0	10	2.46	2.54	6.455	1.391	1.532

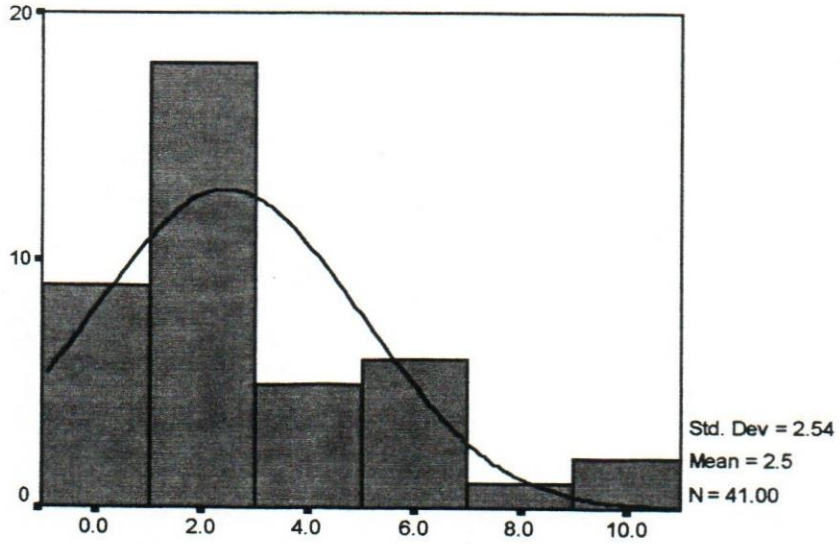


Gráfico 3: Histograma de frecuencia de puntajes de CDC para el grupo no diagnosticados (control)

Distribución de la CDC para el grupo diagnosticado (MF, AB y MF/AB).

En cuanto al grupo de casos diagnosticados (ver tabla 4), las puntuaciones tienen un rango mayor que va desde 0 a 26 con una media de 9.54. La desviación estándar es de 6.91 y el coeficiente de variación de 49.749% lo que confirma que el grupo diagnosticado obtiene puntuaciones mas heterogéneas que el grupo control (Putman, 1997). En cuanto a la forma de la distribución, aunque los datos de asimetría (As=0.383) y curtosis (K=-0.554) indicarían una aproximación a la curva normal, realmente se observa un gráfico bastante irregular (ver gráfico 4), con varias puntas que hacen difícil su interpretación. Por esta razón, es pertinente describir los grupos de casos diagnosticados por separado ya que pudieran presentar características de distribución de puntajes particulares según el criterio diagnóstico.

Tabla 4: Estadísticos descriptivos del grado de disociación grupo diagnosticado.

	N	Rango	Min.	Max.	Media	DS	CV	As.	K
puntaje total en la CDC	36	26	0	26	9.72	7.05	49.749	.383	-.554

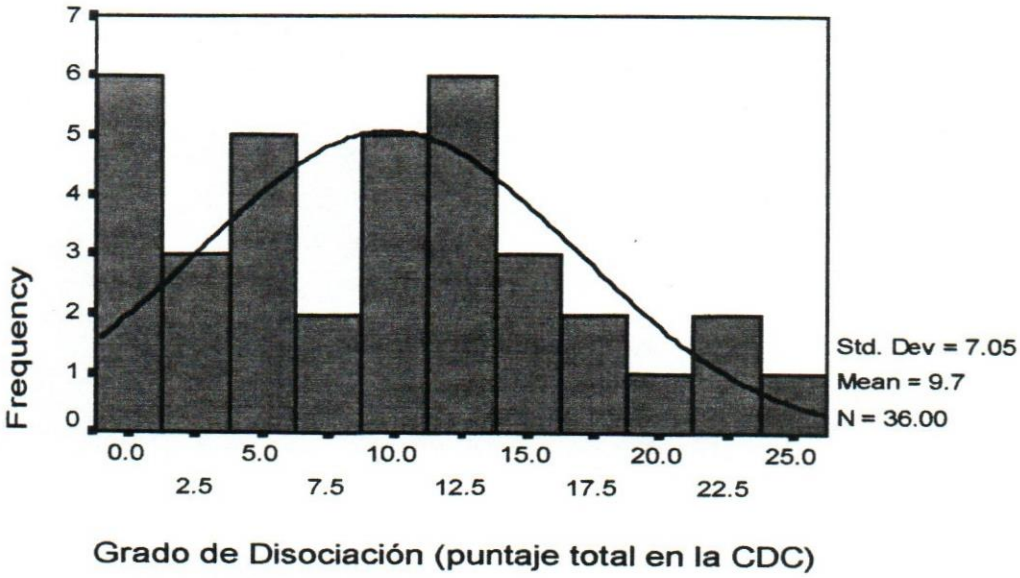


Gráfico 4: Histograma de frecuencias para grupo diagnosticado

Maltrato Físico (MF)

Considerando los grupos por separado se observa que, en cuanto al maltrato físico solamente (ver tabla 5), los puntajes tiene una media de 8.72 y una desviación estándar de 5.95 con puntajes que alcanzan un puntaje mínimo de 0 y máximo de 22 y un coeficiente de variación de 35.489%. Comparado con el grupo diagnosticado total se aprecia una media inferior y una menor dispersión, sin embargo siguen siendo puntuaciones heterogéneas. La forma de la distribución (ver gráfico 5) es mesocúrtica (As: 0.396) y simétrica (K: -.0.094)

Tabla 5: Estadísticos descriptivos del grado de disociación grupo MF

	N	Rango	Min.	Max.	Media	DS	CV	As.	K
puntaje total en la CDC	18	22	0	22	8.72	5.95	35.389	.396	-.094

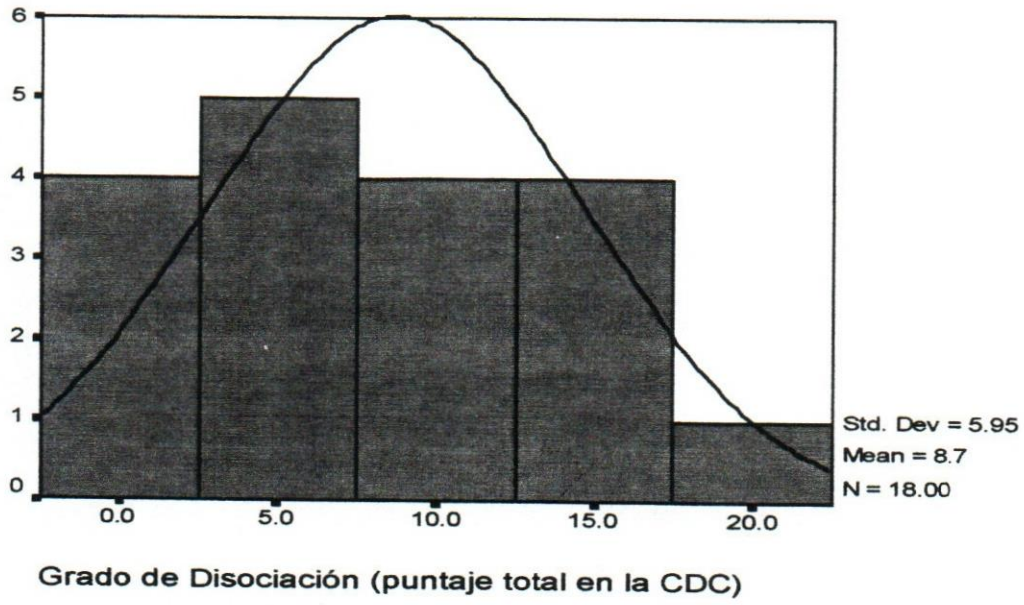


Gráfico 5: Histograma de frecuencia de los puntajes CDC, grupo MF

Abuso Sexual (AS)

En cuanto a las puntuaciones obtenidas del grupo de abuso sexual (ver tabla 6), se aprecia una media de 12.15 con una desviación estándar de 8.16, un CV de 66.641% y un rango de 26 que va desde 0 a 26. Este grupo presenta la media más alta (Media=12.15) de todos los grupos diagnosticados, pero también es el grupo más heterogéneo. La forma de la distribución tiende a ser simétrica (As =-0.018) y ligeramente platicúritca (K =-0.765), sin embargo al

detallar el gráfico 6 se observa una distribución bimodal ya que tres de los puntajes fueron 0, a diferencia del resto que tiende a organizarse de forma normalmente distribuida alrededor de un puntaje ligeramente superior a la media del grupo.

Tabla 6: Estadísticos descriptivos del grado de disociación grupo AS

	N	Rango	Min.	Max.	Media	DS	Varianza	As.	K
puntaje total en la CDC	13	26	0	26	12.15	8.16	66.641	-.018	-.765

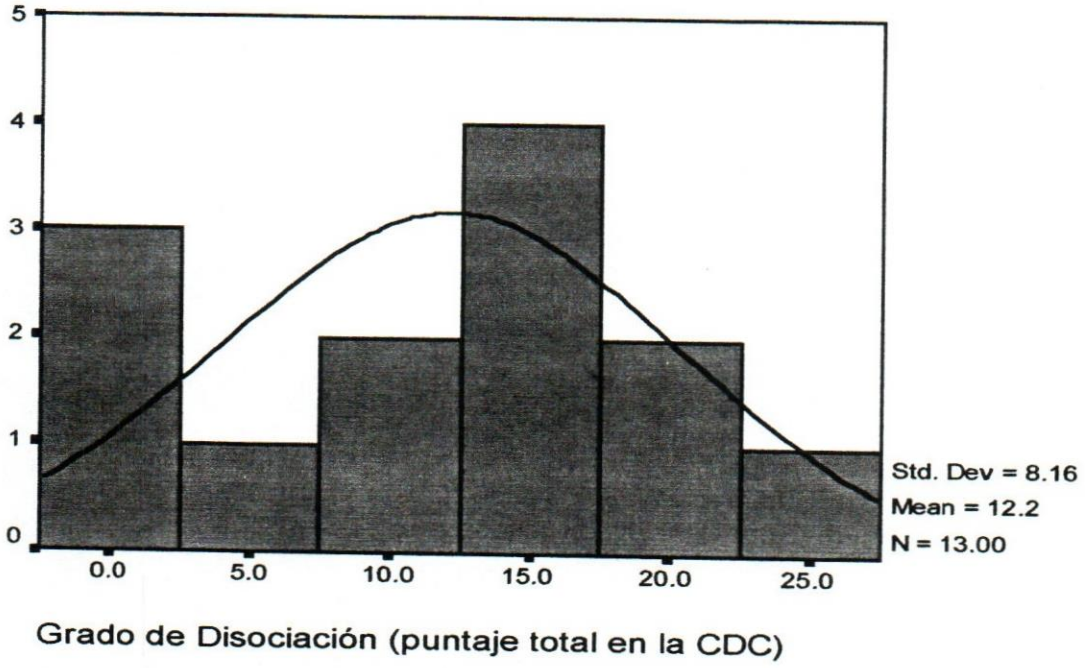


Gráfico 6: Histograma de frecuencia de los puntajes CDC, grupo AS

Maltrato Físico y Abuso Sexual (MF/AS)

Con respecto al grupo de maltrato físico y abuso sexual, la cantidad de casos es baja por lo que las interpretaciones deben ser cautelosas. Así encontramos que la media de este grupo es de 7 con una desviación estándar de 7.21 y una varianza de 52%(ver tabla 7). El nivel de dispersión se debe básicamente a que uno de los casos puntuó muy por encima del resto lo que aumenta ligeramente el promedio de este grupo. Sin embargo, la media de este grupo es la menor de los grupos diagnosticados.

Tabla 7: Estadísticos descriptivos del grado de disociación
Grupo MF y AS

	N	Rango	Min.	Max.	Media	DS	CV	As.	K
puntaje total en la CDC	5	18	0	18	7.00	7.21	52.000	.980	.212

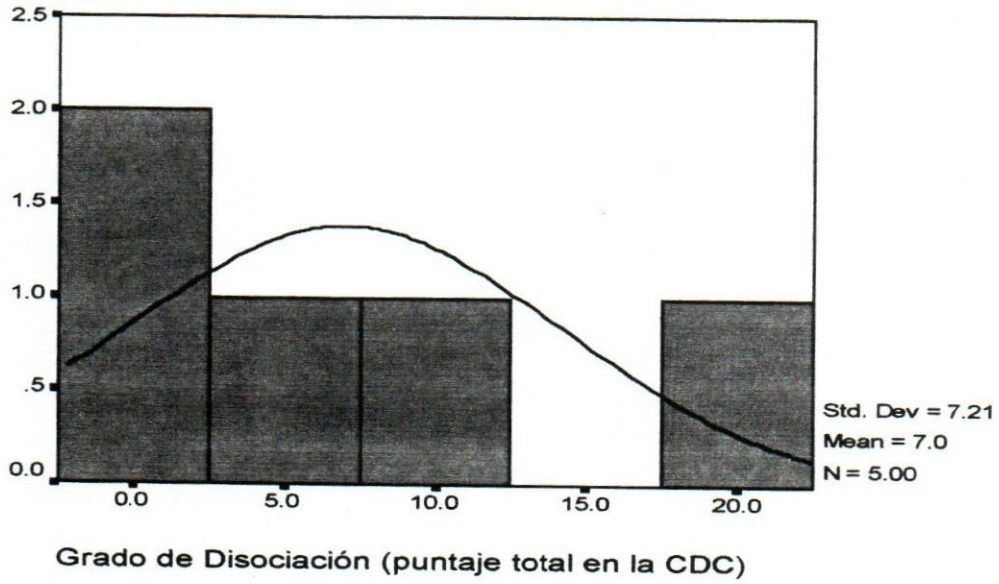


Gráfico 7: Histograma de frecuencia de los puntajes CDC, grupo MF/AS

Diferencia de medias de grupos contrastados

Según se ha especificado en la teoría, sí existe una asociación entre el trauma sufrido por niños maltratados y abusados sexualmente y el grado de disociación reportada, se espera que los niños con diagnostico de MF, AS y MF/AS presenten puntuaciones medias en la CDC significativamente mayores que los niños del grupo control. Debido a que las distribuciones de los puntajes no se ajustan a los parámetros de la curva normal se utilizaron estadísticos no paramétricos. Para el grado de asociación se calculó el coeficiente de correlación de rango de Spearman (rho) entre el grado de disociación y el diagnóstico obteniendo un valor de 0.539 el cual es significativo para un nivel de confianza de 0.01 (ver tabla 8).

Tabla 8: Coeficiente de correlación de rango de Spearman
Grado de disociación y diagnóstico.

Coeficiente de correlación Spearman	rho	.539
	Sig. (2-tailed)	.000**
	N	77

** significativa al nivel de .01

Para la comparación estadística de los grupos no diagnosticado y diagnosticado se utilizó la prueba de dos muestras independientes *U* de Mann-Whitney obteniéndose un valor de -4.700 lo que es significativo al nivel de 0.01 (ver tabla 9).

Tabla 9: Prueba de dos muestras independientes U de Mann-Whitney
grupo no diagnosticado vs. grupo diagnosticado.

Mann-Whitney U	280.500
Wilcoxon W	1141.500
Z	-4.700
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000**

** significativa al nivel de .01

A partir de estos indicadores se pudiera afirmar que el niño que ha sido maltratado físicamente, abusado sexualmente o ambos obtiene un grado de

disociación reportado y medido a través de la CDC significativamente mayor que los niños que no han sido ni maltratados, ni abusados. Estos resultados coinciden con las investigaciones previas y aportan indicadores positivos de validez a la escala en tanto que pareciera medir aquello que se quiere medir y es capaz de diferenciar entre grupo de niños que presentan un grado de disociación reportado mayor.

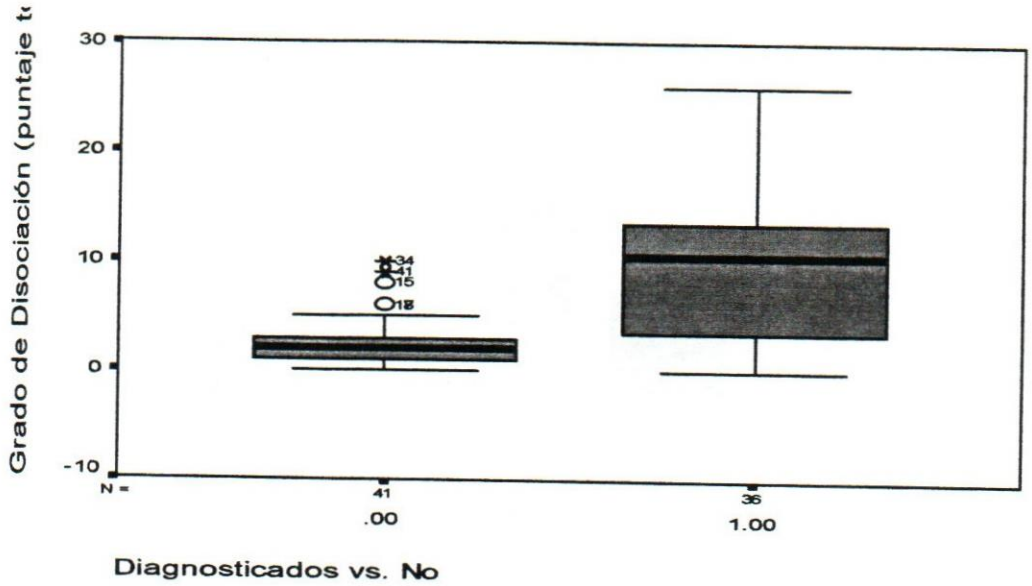


Gráfico 8: Ploteo de Caja de las distribuciones de los puntajes en la CDC, grupo no diagnosticado vs. el grupo diagnosticado

En el gráfico 8 se observa claramente las diferencias entre las medias de cada muestra (diagnosticado vs. no diagnosticado) destacándose que la media del grupo de niños diagnosticados es mayor. Igualmente se observa que la dispersión y rango del grupo diagnosticado es mucha mayor que el del grupo no diagnosticado. Es pertinente analizar los grupos diagnósticos por separado ya que toda la literatura consultada distingue claramente el maltrato físico del abuso sexual, no sólo en cuanto a los efectos que generan si no también en cuanto a las variables moderadoras que actúan sobre ambos tipos de maltrato.

Al comparar las distribuciones de los puntajes de los diferentes grupos (ver gráfico 9), se observa que la media del grupo AS es la más alta seguida por la del grupo MF como es esperado (Kiesel y Lyons, 2001), sin embargo de los

grupos diagnosticados, la media de MF/AS es la menor. Este hecho llama la atención porque, si bien la media es mayor que la del grupo control, este resultado no sería esperado según la literatura (Banyard, Williams y Siegel, 2001).

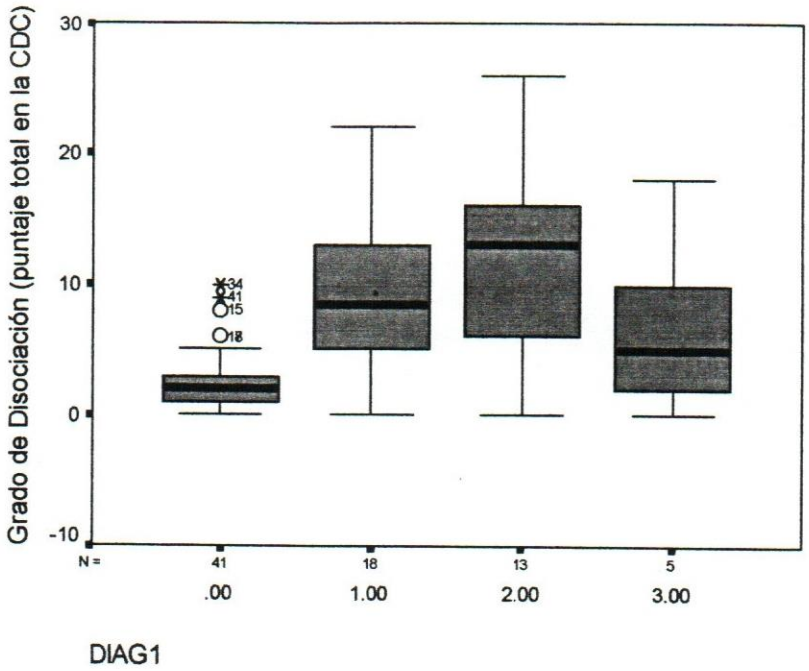


Gráfico 9: Ploteo de Caja para distribuciones de los puntajes CDC, grupos control, MF, AS. MF/AS

Las pruebas no paramétricas para determinar si las diferencias entre los grupos son significativas revelan que los grupos MF y AS tienen diferencias a nivel de significación de 0.01 con respecto al grupo control. Entre ambos grupos, es decir entre MF y AS, la diferencia no es significativa, como tampoco lo es entre estos grupos y el grupo MF/AS. Igualmente, y como se observó en el gráfico, la diferencia entre el grupo MF/AS y el grupo control no es significativa. Es decir que el grupo MF/AS no tiene diferencias en cuanto al grado de disociación con respecto a los otros grupos diagnósticos e incluso con respecto al grupo control (ver tabla 10).

Ya que estos resultados deben ser interpretados con cautela debido al número pequeño de casos en este grupo, se pudiera pensar que la muestra no es lo suficientemente grande como para mostrar una tendencia definida y que esté afectada por muchas fuentes de error. Esto debería solventarse en futuros

trabajos aumentando el número de casos de la muestra MF/AS para determinar con mayor claridad el comportamiento de la variable dependiente.

Tabla 10: Prueba de muestras independientes
para los distintos grupos control, MF, AS y MF/AS

		Control	MF	AS	MF/AS
MF	Mann-Whitney U Wilcoxon W Z Asymp. Sig. (2-tailed	131.500 992.500 -3.945 .000**	°°°°°°°°°°°		
AS	Mann-Whitney U Wilcoxon W Z Asymp. Sig. (2-tailed	86.500 947.500 -3.679 .000**	84.000 255.000 -1.325 .185	°°°°°°°°°°°	
MF/AS	Mann-Whitney U Wilcoxon W Z Asymp. Sig. (2-tailed	62.500 923.500 -1.434 .152	35.000 50.000 -.748 .455	20.000 35.000 -1.235 .217	°°°°°°°°°°°

** significativo al nivel 0.01

Si bien se ha establecido con claridad para este trabajo de investigación que los niños maltratados físicamente y los niños abusados sexualmente por separado muestran grados de disociación reportada en el CDC significativamente mayores que los niños que no han sido ni abusados ni maltratados, no queda claro que efectivamente para los niños diagnosticados el grado de disociación sea patológica. Para este instrumento el autor estableció un punto de corte, es decir que un puntaje CDC 12 o mayor define el grado de disociación como patológico.

Al revisar por grupos el porcentaje de casos que presentan disociación patológica (ver tabla 11) se observa que, como es esperado, el grupo control en su totalidad (CDC<12 = 100%) presenta grados de disociación dentro de lo no patológico, o si se quiere, ninguno de los sujetos de la muestra control llega al puntaje que determina el grado de disociación patológica.

En cuanto al grupo MF se observa que un porcentaje relativamente pequeño de los sujetos (CDC>12=27.8%) alcanza el grado de disociación considerado como patológico mientras que la mayoría de ese mismo grupo (CDC<12=72.2%) presenta niveles de disociación no patológicos.

En el cuanto al grupo AS, por el contrario, se observa que la mayoría obtiene puntajes correspondientes al grado de disociación patológica (CDC>12=69.2%). Es interesante notar que de los cuatro (4) sujetos que no presentan un grado de disociación patológica, tres (3) obtienen un puntaje total de 0, es decir que no se refiere a que no llegan a tener suficientes conductas reportadas como para llegar al punto de corte, sino que no obtienen ninguna puntuación.

Dado que la CDC es una escala de disociación percibida esto pudiera relacionarse con cierta resistencia de algunos padres por reportar conductas que consideran fuera de lo normal en sus hijos o, como proponen Friedrich, Jaworsky, Huxsahl, Bengtson (1997) el caos familiar, frecuentemente presente en los casos de niños abusados, puede opacar las posibilidades de que los padres perciban e identifiquen las conductas disociativas de sus hijos. Se pueden recordar las recomendaciones de Greewald (1999) de complementar las escalas contestadas por los padres con escalas de autoreporte completadas por los mismos niños, o con entrevistas diagnósticas estructuradas para el diagnóstico de Trastornos Disociativos.

Finalmente, con el grupo MF/AS se observa que la mayoría (CDC<12=80%), es decir, cuatro (4) de los cinco (5) casos, no llegan al grado de disociación considerado patológico.

Tabla 11: Frecuencias y porcentajes referidos a grado de disociación no patológica (CDC<12) y patológica (CDC>12) por grupos diagnósticos y control

DIAG		Frecuencia	%
control	CDC<12	41	100.0
	CDC>12	0	0.0
	Total	41	100.0
MF	CDC<12	13	72.2
	CDC>12	5	27.8
	Total	18	100.0
AS	CDC<12	4	30.8
	CDC>12	9	69.2
	Total	13	100.0
MF/AS	CDC<12	4	80.0
	CDC>12	1	20.0
	Total	5	100.0

Estos resultados tienen implicaciones diagnósticas y clínicas sumamente importantes. Si bien hay muy pocas posibilidades de que un niño que no ha sido maltratado físicamente, ni abusado sexualmente tenga un grado de disociación patológica (baja probabilidad de falsos positivos), existen posibilidades de no obtener un grado de disociación patológica en niños que han sido maltratados (alta probabilidad de falsos negativos en el grupo de MF).

A este respecto hay que tomar en cuenta dos consideraciones. En primer lugar es necesario retomar el concepto básico de que la disociación patológica está referida al Trastorno Disociativo. Si bien las investigaciones refieren que existe una correlación significativa entre los Trastornos Disociativos y los distintos tipos de abuso, especialmente el abuso sexual, no todos los niños maltratados y/o abusados tienen Trastornos Disociativos, es decir que posiblemente no todos los niños con este tipo de trauma disocian de forma patológica.

La presente investigación no consideró si los niños presentaban diagnósticos de Trastornos Disociativos a sabiendas de las grandes dificultades de los clínicos en Venezuela para otorgar este tipo de diagnósticos a niños. Es posible, que los puntajes CDC no patológicos en los grupos diagnósticos correspondan a niños que, aunque hayan sido maltratados o abusados, no disocien de forma patológica en cuanto al grado, mientras que los puntajes CDC patológicos correspondan a niños con posibles Trastornos Disociativos no reportados en esta investigación.

Las razones de por qué algunos niños maltratados y abusados no disocian de forma patológica y otros si, quedan fueran del alcance de esta investigación. Sin embargo, se puede plantear que existan variables moderadoras que amortigüen o exacerben el efecto del trauma como es reportado en algunas investigaciones (Banyard, Williams y Siegel , 2001).

TIPO DE DISOCIACIÓN.

Subescalas de disociación no patológica y disociación patológica.

Según Putman (1997), la disociación puede presentarse de forma contínua o discreta. Dentro del modelo taxonómico se considera que existen conductas que presentan los disociadores patológicos que rara vez son presentadas por los disociadores no patológicos. Si la CDC es válida para medir la disociación, se podría esperar que existieran dos factores en la escala capaces de reagrupar los ítems en subescalas referidos a estos tipos de disociación: no patológica y patológica. Aunque las diferencias en los promedios

de ambas escalas entre los niños diagnosticados y el grupo control deben ser significativas, ya que los niños abusados y/o maltratados tienden a presentar tanto un mayor grado de disociación como un tipo patológica de la misma, se espera que en la subescala de disociación patológica los niños del grupo control no obtengan ninguna puntuación a diferencia de los grupos diagnosticados.

ANÁLISIS FACTORIAL

Se realizó el análisis de componentes principales partiendo de la posibilidad de encontrar dos factores que permitieran discriminar entre aquellos ítems posiblemente referidos a disociación normal y aquellos referidos a disociación patológica. En función de este razonamiento se preestablecieron dos componentes lo cuales explican el 37% de la varianza total. El factor 1 explica un porcentaje importante de la varianza 27% mientras que el factor 2 explica el 10%

Varianza Total Explicada

	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
Componente	Total	% de Varianza	% Acumulative	Total	% of Varianza	% Acumulative
1	5.340	26.701	26.701	5.340	26.701	26.701
2	1.998	9.990	36.691	1.998	9.990	36.691
3	1.248	6.241	42.932			
4	1.093	5.466	48.398			
5	1.055	5.276	53.674			
6	1.043	5.216	58.890			
7	.947	4.737	63.626			
8	.794	3.972	67.599			
9	.784	3.922	71.521			
10	.742	3.709	75.230			
11	.711	3.555	78.784			
12	.658	3.290	82.074			
13	.622	3.111	85.185			
14	.529	2.647	87.832			
15	.513	2.566	90.398			
16	.447	2.234	92.632			
17	.416	2.082	94.714			
18	.381	1.906	96.620			
19	.368	1.840	98.460			
20	.308	1.540	100.000			

Matriz de Componentes

Componente	1	2
Item 1	.259	.426
Item 2	.626	.144
Item 3	.703	.202
Item 4	.498	.430
Item 5	.331	.437
Item 6	.516	.367
Item 7	.620	-5.892E-02
Item 8	.571	.391
Item 9	.669	.103
Item 10	.515	-.393
Item 11	.482	.277
Item 12	.557	-.187
Item 13	.489	-.131
Item 14	.465	-.373
Item 15	.495	-.400
Item 16	.619	-9.091E-02
Item 17	.169	.265
Item 18	.387	-.207
Item 19	.429	-.331
Item 20	.593	-.514

Extraction Method: Principal Component Analysis. 2 components extracted

Component	1	2
Item 1	-.143	.520*
Item 2	.333	.464*
Item 3	.342	.557*
Item 4	2.286E-02	.651*
Item 5	-.101	.568*
Item 6	8.324E-02	.604*
Item 7	.484*	.279
Item 8	.105	.655*
Item 9	.394	.449*
Item 10	.666*	-7.681E-02
Item 11	.129	.506*
Item 12	.537*	.130
Item 13	.446*	.145
Item 14	.615*	-8.518E-02
Item 15	.656*	-9.367E-02
Item 16	.508*	.250
Item 17	-8.365E-02	.328
Item 18	.432*	2.108E-02
Item 19	.557*	-6.736E-02
Item 20	.813*	-.143

Extraction Method: Principal Component Analysis.
Rotation Method: Oblimin with Kaiser Normalization.

Rotation converged in 8 iterations.
*Carga factorial mayor a .40

Al realizar una rotación no ortogonal oblimin con un delta de 0 se obtuvo la matriz factorial a partir de la cual se establece la carga de cada item en ambos factores.

Tomando como punto de corte en la carga factorial igual o mayor a .40, se puede determinar que en el factor 1 cargan los siguientes ítems:

Item 7: "El niño muestra regresiones repentinas en las conductas esperadas para su edad: por ejemplo un niño de 12 años hablando como "bebé", chupándose el dedo o pintando como un niño de cuatro años."

Item 10: "El niño habla en tercera persona (ella o el) cuando se refiere a sí mismo, o por momentos insiste en que lo llamen por un nombre distinto. Puede también afirmar que cosas que ha hecho realmente le pasaron a otra persona."

Item 12: "El niño es inusualmente precoz en cuanto a su sexualidad y puede intentar conductas sexuales inapropiadas con otros niños o con adultos."

Item 13: "El niño sufre de heridas inexplicadas o puede incluso herirse deliberadamente."

Item 14: "El niño reporta escuchar voces que le hablan. Las voces pueden ser amigables o de enfado y pueden provenir de "amigos imaginarios" o sonar como voces de los padres, amigos o maestros."

Item 15: "El niño tiene amigos imaginarios muy vívidos. El niño puede insistir que su amigo imaginario es el responsable por las cosas que el hace."

Item 16: "El niño tiene intensos ataques de rabia, a menudo sin causa aparente y puede mostrar una fuerza física inusual durante estos episodios."

Item 18: "El niño tiene experiencias nocturnas inusuales, por ejemplo: reporta ver "fantasmas" o cosas que pasan en la noche que el no puede explicar (como muñecos rotos o heridas)"

Item 19: "El niño habla frecuentemente consigo mismo, puede utilizar una voz distinta a su voz habitual o discutir consigo mismo."

Item 20: "El niño tiene dos o más personalidades distintas y separadas que toman control de su conducta."

Con respecto al factor 2, encontramos los siguientes ítems con cargas igual o por encima de .40:

Item 1: "El niño no recuerda o niega experiencias traumáticas que se sabe le han ocurrido"

Item 2: "El niño se observa en ocasiones como aturdido, en un estado parecido al trance o como si "estuviera en la luna". Los maestros pueden referir que en el colegio parece "soñar despierto".

Item 3: "El niño muestra cambios rápidos en su personalidad. Puede pasar de ser muy tímido a extrovertido, de femenino a masculino, de pasivo a agresivo".

Item 4: "El niño se muestra inusualmente olvidadizo o confundido sobre cosas que debería saber, por ejemplo, se le olvidan nombres de amigos, maestros u otras personas importantes, pierde sus pertenencias o se pierde con facilidad."

Item 5: "El niño tiene muy poco sentido del tiempo. Puede pensar que es de mañana cuando en realidad ya es de tarde, se confunde en relación a qué día es o cuándo pasaron las cosas."

Item 6: "El niño muestra cambios marcados de un día para otro o incluso de una hora a otra, en sus habilidades, conocimientos, preferencias de comidas y destrezas físicas (por ejemplo, cambios en su forma de escribir, o en el recuerdo de información previamente aprendida como las tablas, deletreo, uso de herramientas o habilidades artísticas."

Item 8: "El niño muestra gran dificultad para aprender de la experiencia, por ejemplo: las explicaciones, las normas disciplinarias o los castigos no cambian su conducta."

Item 9: "El niño persiste en mentir o negar sus conductas inapropiadas incluso cuando la evidencia es muy obvia."

Item 11: "El niño tiene quejas físicas muy cambiantes como dolores de cabeza o de estómago. Por ejemplo, puede quejarse de dolor de cabeza muy fuerte y en un minuto olvidarse por completo."

Es importante notar que el Item 17 no carga significativamente en ninguno de los factores aunque tiende a tener una mayor carga en el factor 2. Por otro lado se debe considerar que algunos de los ítems del factor 1 cargan igualmente en el factor 2 aunque no de forma significativa los que permite

depurar lo que podría ser una subescala de disociación patológica si se considera sólo aquellos ítems con carga en el factor 1 que no tienen una carga similar a cero en el factor 2 (considerando una carga factorial menor a .15) los cuales serían los ítems: 10, 12, 13, 14, 15, 18, 19 y 20.

Descripción de la subescala de disociación no patológica (DISNOPAT)

Para la subescala de disociación no patológica (DISNOPAT), el grupo no diagnosticado presenta una distribución de los puntajes muy similar a la distribución encontrada para la escala total CDC, tanto en su tendencia central, como en su dispersión y forma (ver tabla 12 y gráfico 10). Se observa nuevamente que los puntajes se agrupan de forma muy homogénea (CV=5.326%), alrededor de los puntajes más bajos de la escala (Media=2.22), mostrando poca dispersión (S=2.3). La forma es marcadamente asimétrica, coleada hacia la derecha (As=1.32) y leptocúrtica (K=1.29).

Para el grupo diagnosticado, sin embargo, el promedio de los puntajes en la subescala DISNOPAT (Media=6.36), es menor que en la escala total. De igual forma presenta menor dispersión (S=4.23) y mayor homogeneidad (CV=17.89%). Aunque la tendencia sigue siendo a la simetría (As=-0.11), esta distribución es más platicúrtica
(K=-1.27). Igual que en la escala total, las diferencias entre los grupos diagnosticados y no diagnosticados en cuanto a la disociación no patológica es significativa al nivel de 0.01 (Tabla 13)

Tabla 12: Estadísticos descriptivos. Comparación entre diagnosticados vs. no diagnosticados en la subescala de disociación no patológica

DISNOPAT	N	Rang	Min	Max	Mediana	Media	S	CV	As.	K
No diagnosticado	41	9	0	9	2.0000	2.2195	2.308	5.326	1.32	1.29
Diagnosticado	36	14	0	14	6.5000	6.3611	4.230	17.894	-.11	-1.27

Tabla 13: Prueba de 2 muestras independientes grupo diagnosticado vs. no diagnosticado para la subescala DISNOPAT.

Mann-Whitney U	331.000
Wilcoxon W	1192.000
Z	-4.190
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000**

** diferencia significativa al nivel 0.01

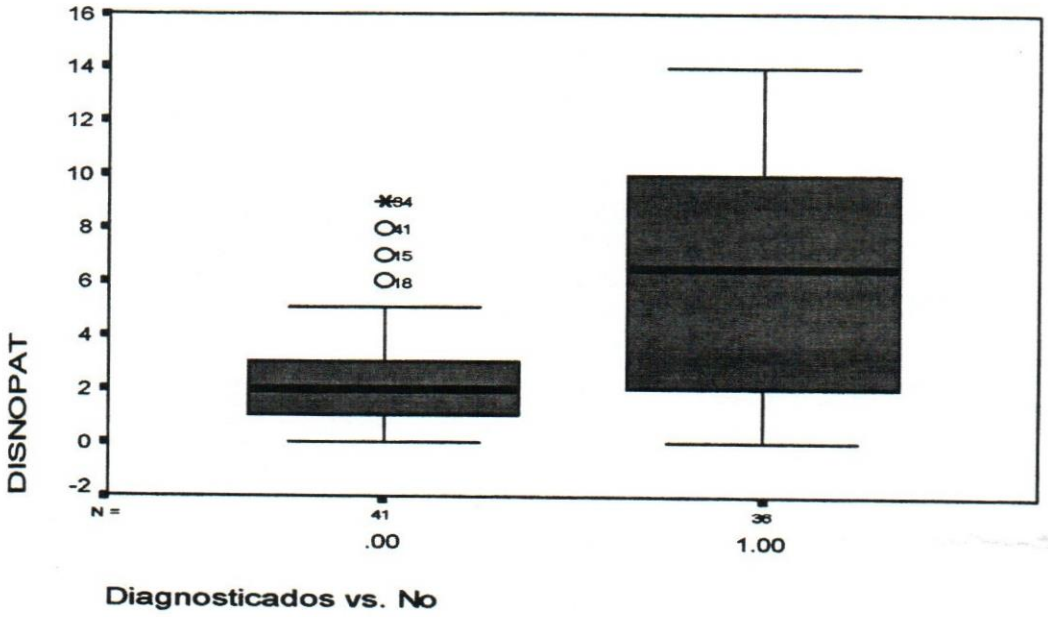


Gráfico 10: Ploteo de Caja de las distribuciones de la subescala DISNOPAT, grupos diagnosticados vs. no diagnosticados

Cuando se comparan los diferentes grupos diagnósticos con respecto a la DISNOPAT, se observa que las distribuciones de MF y AS son muy similares presentando ligeras diferencias en su grado de dispersión y de heterogeneidad (ver tabla 14 y gráfico 11).

Este indicador llama la atención ya que se pudiera inferir que las diferencias entre las distribuciones de MF y AS en la escala total pudieran deberse a la subescala de disociación patológica (DISPAT) por lo que al considerar sólo los ítems de disociación no patológica las distribuciones de los grupos MF y AS se asemejan de forma importante. El grupo MF/AS tiene una forma de distribución similar a los otros grupos diagnósticos pero la tendencia central sigue siendo menor.

Tabla 14: Estadísticos descriptivos de la distribución de DISNOPAT para los grupos control, MF, AS y MF/AS

	N	Rango	Min	Max.	Mediana	Media	S	CV	As.	K
Control	9		0	9	2.0000	2.2195	2.308	5.326	1.32	1.29
MF	12		0	12	6.500	6.500	3.730	13.912	-.360	-1.01
AS	14		0	14	7.000	6.923	4.769	22.744	-.140	-1.38
MF/AS	11		0	11	2.000	4.400	4.827	23.300	.726	-1.99

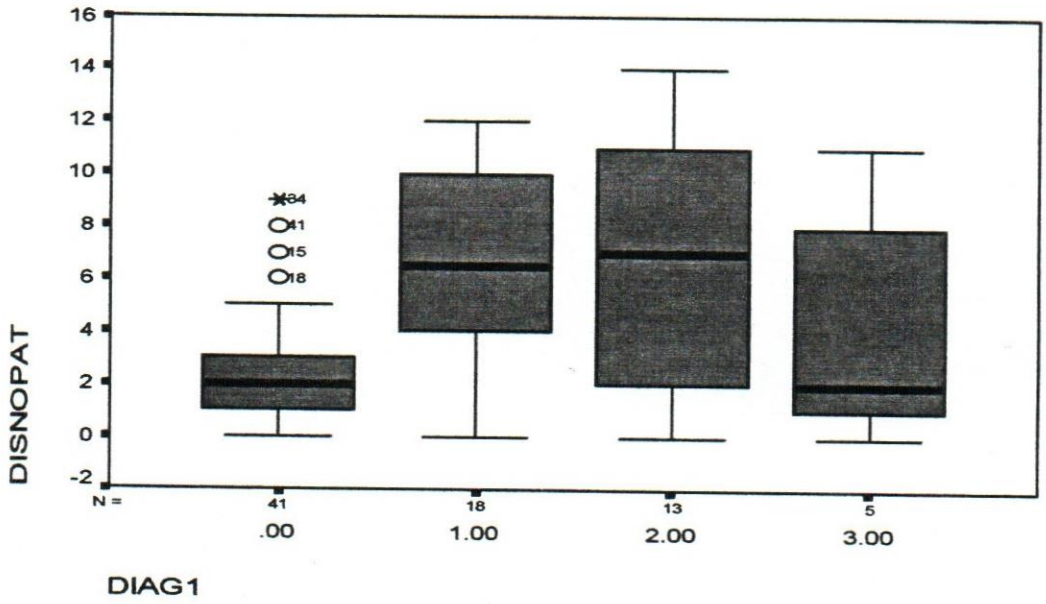


Gráfico 11: Ploteo de Caja de las distribuciones de la subescala DISNOPAT, grupos control, MF, AS y MF/AS

Las diferencias encontradas para los distintos grupos en la subescala DISNOPAT (ver tabla 15) es muy similar a las encontradas en la escala total de

la CDC. Los grupos MF y AS presentan diferencias significativas al nivel de 0.01 con respecto al grupo control. Entre ellos no hay diferencia como tampoco con el grupo MF/AS. Este último tampoco evidencia diferencia significativa con el grupo control.

Tabla 15: Diferencias en la subescala DISNOPAT entre los grupos control, MF, AS y MF/AS

	MF		AS		MF/AS	
control	*U*	134.500	*U*	116.000	*U*	80.500
	Sig.	.000**	Sig.	.002**	Sig.	.429
MF			*U*	107.000	*U*	33.500
			Sig.	.687	Sig.	.388
AS					*U*	23.000
					Sig.	.347

**diferencia significativa al nivel 0.01

Descripción de la subescala de disociación patológica (DISPAT)

Cuando se observan las distribuciones de los puntajes en la sub escala de disociación patológica (DISPAT), lo primero que llama la atención es que el grupo no diagnosticado presenta una tendencia central casi nula (Media=0.22), con una alta homogeneidad (CV=0.226%) y mínima dispersión (S=0.475). Se pudiera afirmar que, en este estudio, la posibilidad de que un niño que no ha sido ni maltratado ni abusado puntúe en alguno de los ítems de la sub escala de disociación patológica es mínima (ver tabla 16 y gráfico 12).

Tabla 16: Comparación diagnosticado vs. no diagnosticado en cuanto a disociación patológica

	N	Rango	Min.	Max.	Mediana	Media	S	CV	As.	K
No diagnosticados		2	0	2	.000	.2195	.4750	.226	2.12	4.023
Diagnosticados		15	0	15	2.000	3.278	3.859	14.89	1.74	2.83

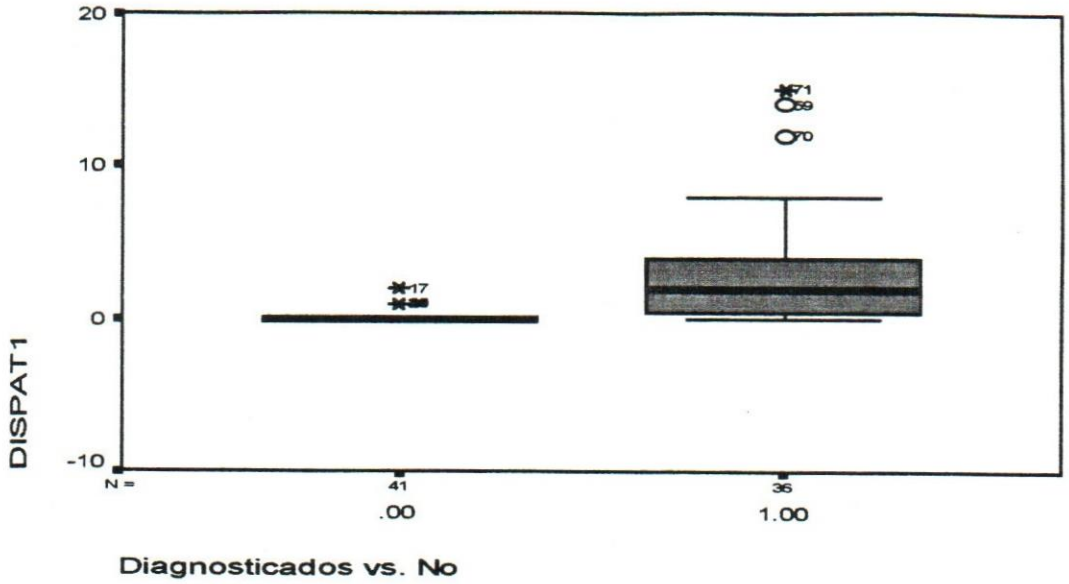


Gráfico 12: Ploteo de Caja de las distribuciones de la subescala DISPAT, grupos diagnosticados y no diagnosticados.

En cuanto al grupos de niños diagnosticados, se observa una distribución bastante homogénea (CV=14.89) hacia un puntaje medio relativamente bajo (Media=3.28). La forma de la distribución presenta asimetría positiva (As=1.74) con tendencia leptocúrtica importante (K=2.83). Si bien hay niños en el grupo diagnosticado que no puntuaron en ninguno de los ítems correspondientes a la DISPAT, es importante reflejar que en general hay mayor posibilidad de que estos niños obtenga puntuación en por lo menos un ítem de esta subescala. La diferencia entre el grupo diagnosticado y el no diagnosticado en esta subescala es significativa al nivel de 0.01 (ver tabla 17).

Tabla 17: Prueba de 2 muestras independientes grupo diagnosticado vs. no diagnosticado para la subescala DISPAT.

Mann-Whitney U	339.500
Wilcoxon W	1200.500
Z	-4.790
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000**

** diferencia significativa al nivel 0.01

Cuando se analizan las distribuciones de los puntajes en la DISPAT para los grupos por separado, se observa que la media del grupo AS se eleva por encima de los otros grupos en contraste con lo observado en la escala

DISNOPAT. Aunque la heterogeneidad también se incrementa y la forma se vuelve más mesocúrtica que las demás. Se observa claramente que los puntajes extremos en esta subescala pertenecen al grupo de niños abusados sexualmente (ver tabla 18 y gráfico 13).

Otro detalle interesante es que las medias de los grupos MF y MF/AS son más similares en esta escala que en la DISNOPAT o incluso que en la escala completa (CDC), lo pudiera implicar, no tanto una disminución del promedio de MF, si no una elevación relativa del grupo MF/AS. Debido a lo pequeño de la muestra MF/AS, estos resultados deben ser tomados con cautela.

Tabla 18: Estadísticos descriptivos de la distribución de la subescala DISPAT para los grupos control, MF, AS y MF/AS

	N	Rango	Min	Max.	Mediana	Media	DS	CV	As.	K
Control		2	0	2	.0000	.2195	.475	.226	2.12	4.02
MF		14	0	14	1.000	2.167	3.294	10.85	2.98	10.47
AS		15	0	15	4.000	5.077	4.48	20.08	1.06	.787
MF/AS		7	0	7	2.000	2.600	2.70	7.30	1.34	2.02

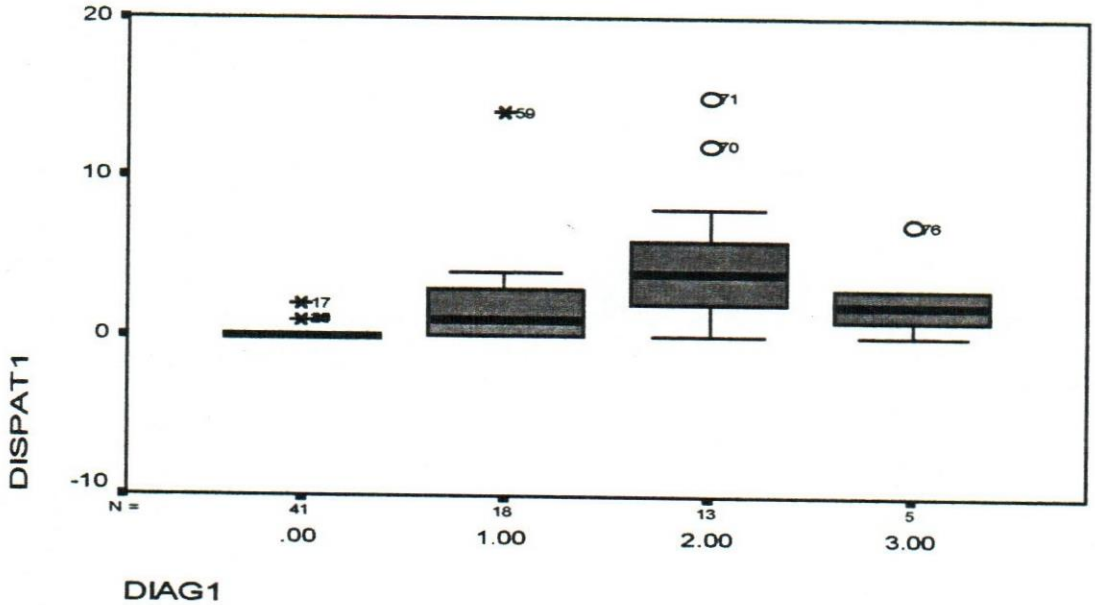


Gráfico 13: Ploteo de Caja de las distribuciones de la subescala DISPAT, grupos control, MF, AS y MF/AS

Al analizar las diferencias de los distintos grupos en la subescala DISPAT (ver tabla 19), se observa dos diferencias importantes en comparación con la subescala DISNOPAT y la escala completa CDC. En primer lugar se observa que la diferencia entre el grupo MF/AS y el grupo control es significativa al nivel 0.01, en contraste con lo encontrado en la escala completa con la sub escala DISNOPAT. Es decir que el grupo de niños maltratados físicamente y abusados sexualmente es significativamente distinto al grupo control sólo en cuanto al tipo de disociación patológica medido a través de esta subescala.

En segundo lugar se observa que el grupo MF y el grupo AS presentan una diferencia significativa al nivel de 0.10 (p=0.073). Si bien esta diferencia no llega a ser significativa al nivel 0.05, se aprecia que las medias de ambos grupos en esta subescala se han separado en comparación con lo encontrado en la escala completa y mas aún en la subescala DISNOPAT.

Tabla 19: Diferencias entre los grupos control, MF, AS y MF/AS en cuanto a la escala de DISPAT

	MF		AS		MF/AS	
control	*U*	214.500	*U*	76.500	*U*	48.500
	Sig.	.001	Sig.	.000**	Sig.	.004**
MF			*U*	74.000	*U*	39.000
			Sig.	.073	Sig.	.631
AS					*U*	23.500
					Sig.	.366

Ambos hallazgos pueden dar indicios sobre el funcionamiento de la disociación según el modelo taxonómico de Putman (1997). Por un lado, el tipo de disociación patológica, medido a través de la subescala DISPAT, se presenta en todos los grupos MF, AS y MF/AS inclusive, diferenciándolos significativamente de los niños del grupo control. Es decir que los niños que no han sido ni maltratados ni abusados sexualmente rara vez puntúan mas de cero (0) en esta sub escala. Estos resultados son similares a los encontrados en estudios de disociación patológica en adultos en la escala de experiencias disociativas (DES) y la subescala DES-T, y son evidencia empírica del funcionamiento discrecional de la disociación dentro del modelo taxonómico.

Por otro lado, estos resultados plantean inquietudes sobre la posible relación entre el tipo de disociación patológica y el abuso sexual. Aunque el alcance de esta investigación no permite una respuesta totalmente afirmativa, parecen haber indicios de que la subescala DISPAT se asocia de forma particular con el tipo de disociación relacionado con el abuso sexual y no tanto con el maltrato físico. Pareciera que dentro del grupo de abuso sexual existen mayor cantidad de disociadores patológicos que en el grupo de maltrato físico o que los niños que han sido abusados sexualmente tienden a disociar no sólo en

grado mayor si no de forma cualitativamente distinta, es decir, son indicadores de posibles Trastornos Disociativos según los manuales diagnósticos mencionados en el marco teórico. Sin embargo, se necesitan estudios con muestras más representativas en todos los grupos diagnósticos para entender con mayor claridad este fenómeno.

Por ahora, el estudio de las subescalas de la CDC es indicador de la validez de la misma ya que se refiere al funcionamiento tanto dimensional como taxonómico de la disociación, permitiendo discriminar entre niños con trauma que disocian de forma patológica, tanto en grado como en tipo.

VARIABLES MODERADORAS

En este estudio se han considerado muchas posibles variables moderadoras, pero quizás las más importantes son las referidas a género, edad y nivel socioeconómico, ya que son regularmente citadas en otros estudios aunque con resultados contradictorios o no conclusivos. Para una primera aproximación se estimó el coeficiente de correlación, encontrándose que sólo el género obtiene valores de asociación estadísticamente significativos (ver tabla 20). Esta correlación es más significativa para el grupo control (rho=.466, $p<0.01$), luego para el grupo MF (rho=.502, $p<0.05$) y para el grupo AS, aunque no llega a ser significativa al 5%, está sumamente cerca de ese nivel de confianza (rho=.551, $p<0.06$). En el caso del grupo MF/AS no se pudo calcular la correlación debido a que todos los casos son de sexo masculino.

Tabla 20: Coeficientes de correlaciones de rango de Spearman (rho) por grupos separados, entre CDC y variables moderadoras: Género, Edad y Nivel Socioeconómico.

		Control	MF	AS	MF/AS
Género	**rho**	.466	.502	.551	.
	Sig.	.002**	.034*	.051	.
	N	41	18	13	5
Edad	**rho**	.018	-.322	-.117	.700
	Sig.	.913	.192	.703	.188
	N	41	18	13	5
NSE	**rho**	.	.204	.189	.447
	Sig.	.	.431	.578	.450
	N	.	17	11	5

** Correlación significativa al nivel .01
* Correlación significativa al nivel .05

Análisis de los resultados del CDC en función del género.

Putman (1997) no reporta efectos específicos del género sobre los resultados del CDC aunque asume que los puede haber. En el DES de adultos no se han reportado diferencias significativas con respecto al género (Bernstein y Putman, 1986) mientras que Kiesel y Lyons (2001) encontraron mayor disociación experimentada en las adolescentes (sexo femenino) pero no observaron diferencias en cuanto al género en la disociación percibida a través de los puntajes del CDC.

En este trabajo se puede observar que los niños (sexo masculino) además de tener una N mayor que las niñas (sexo femenino) en la muestra total, presentan un promedio en la CDC superior (ver tabla 21). Ambas distribuciones muestran heterogeneidad aunque la referida al sexo masculino es un poco más dispersa (CVmas.=42.239%, CVfem.=31.862%, SDmas.=6.5, SDfem.=5.64). Igualmente se aprecia que ambas distribuciones tienden a la asimetría positiva y a la forma leptocúrtica especialmente la distribución del sexo femenino.

Tabla 21: Estadísticos descriptivos del grado de disociación para la muestra total en función del género

	N	Rango	Min.	Max.	Media	DS	CV	As.	K
Masculino	48	26	0	26	6.88	6.50	42.239	1.202	.856
Femenino	29	21	0	21	4.17	5.64	31.862	1.497	1.414

En el gráfico 14 se observa más claramente como los puntajes CDC para las niñas se agrupan hacia los valores más bajos de la escala, mientras que para los niños el puntaje promedio es un poco mayor al igual que la dispersión. Al realizar la prueba de significancia estadística para ver si las diferencias pueden ser consideradas significativas (ver tabla 22), se obtienen valores no paramétricos (U de Mann-Whitney= 454.5, $p<0.05$) suficientemente elevados como para que sean significativos al nivel de 0.05, lo que indica que para la muestra total los niños reportan promedio de disociación a través del CDC mayores que las niñas.

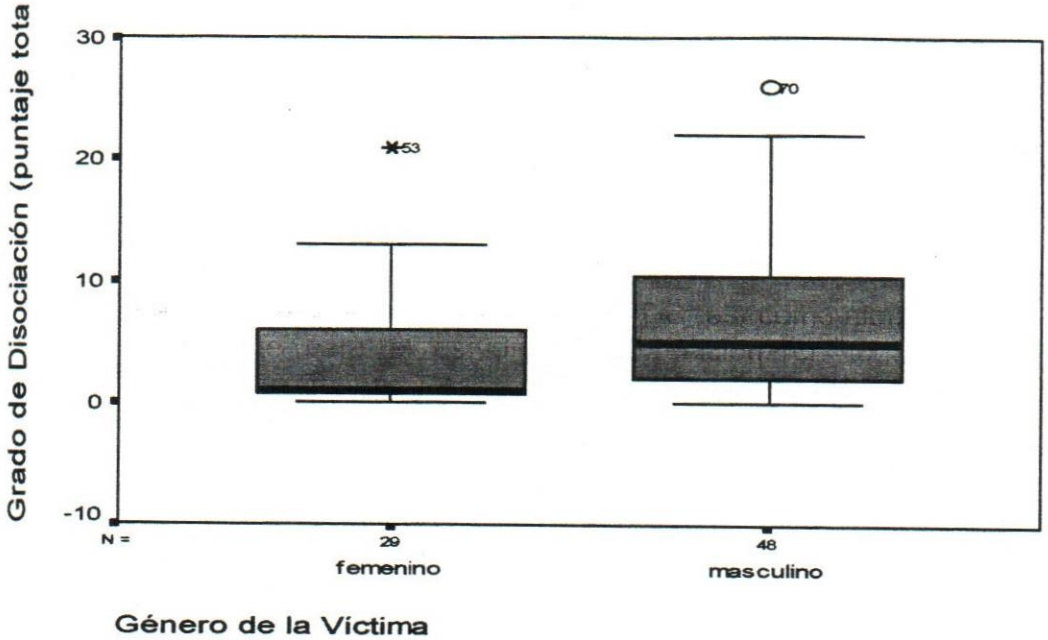


Gráfico 14: Ploteo de Caja de las distribuciones de los puntajes de las CDC en función del género (muestra total)

Tabla 22.: Prueba de 2 muestras independientes considerando género para la muestra total.

Mann-Whitney U	454.500
Wilcoxon W	889.500
Z	-2.555
Asymp. Sig. (2-tailed)	.011*

* diferencia significativa al nivel 0.05

Dado lo interesante de este hallazgo, no reportado en otras investigaciones, se consideró pertinente un estudio más detallado de los efectos del género sobre los puntajes de la CDC en los distintos grupos estudiados. Así se observa (ver tabla 23) que en ambos grupos, tanto diagnosticados como no diagnosticados, los niños obtienen medias en la CDC mayores que las niñas, sin embargo las formas de las distribuciones difieren.

Las niñas del grupo no diagnosticado presentan, además de la media más baja (Media=1.27), la menor dispersión y menor rango, así como la mayor homogeneidad (S=1.98, rango=8, CV=3.924). La forma de la distribución es marcadamente coleada hacia la derecha (As=10.998) y leptocúrtica (K=3.136), por lo que los puntajes se acumulan de forma importante en los valores inferiores de la escala.

Los niños no diagnosticados tienen una media (Media=3.15) un poco mayor que las niñas de este grupo, así como una mayor dispersión, rango y heterogeneidad (S=2.60, rango=10 y CV=6.775) aunque siempre en grado menor que los niños y niñas del grupo diagnosticado. Por esta razón, en comparación con la distribución de los puntajes de las niñas, la forma de la distribución de los niños no diagnosticados es un poco menos asimétrica (As=1.071) y disminuye de manera apreciable la forma leptocúrtica (K=1.029).

En el grupo diagnosticado, las niñas (Media=7.29) presentan una media menor a los niños (Media=11.27), sin embargo las características de las distribuciones son muy parecidas. Es decir, que ambas distribuciones son igualmente dispersas, y heterogéneas, aunque en la de los niños un poco más (S fem.=6.65, S mas.=7.00, CV fem=44.220%, CVmas.=.49.065%).

En cuanto a la forma, las distribuciones guardan similitudes en tanto que tienden a la simetría (As fem.=.543, As mas.=.334) y a la mesocurtosis (K fem.=-.719, K mas =-.413). Estas diferencias en las distribuciones se observan claramente en los gráficos 15 y 16.

Tabla 23: Estadísticos descriptivos del grado de disociación en función del género. Grupo diagnosticado vs. no diagnosticado

	NO DIAGNOSTICADOS		DIAGNOSTICADOS	
	Femenino	**Masculino**	**Femenino**	**Masculino**
N	15	26	14	22
Rango	8	10	21	26
Min.	0	0	0	0
Max.	8	10	21	26
Mediana	1.00	2.50	6.00	11.00
Media	1.27	3.15	7.29	11.27
S	1.98	2.60	6.65	7.00
CV	3.924	6.775	44.220	49.065
As	3.136	1.071	.543	.334
K	10.998	1.029	-.719	-.413

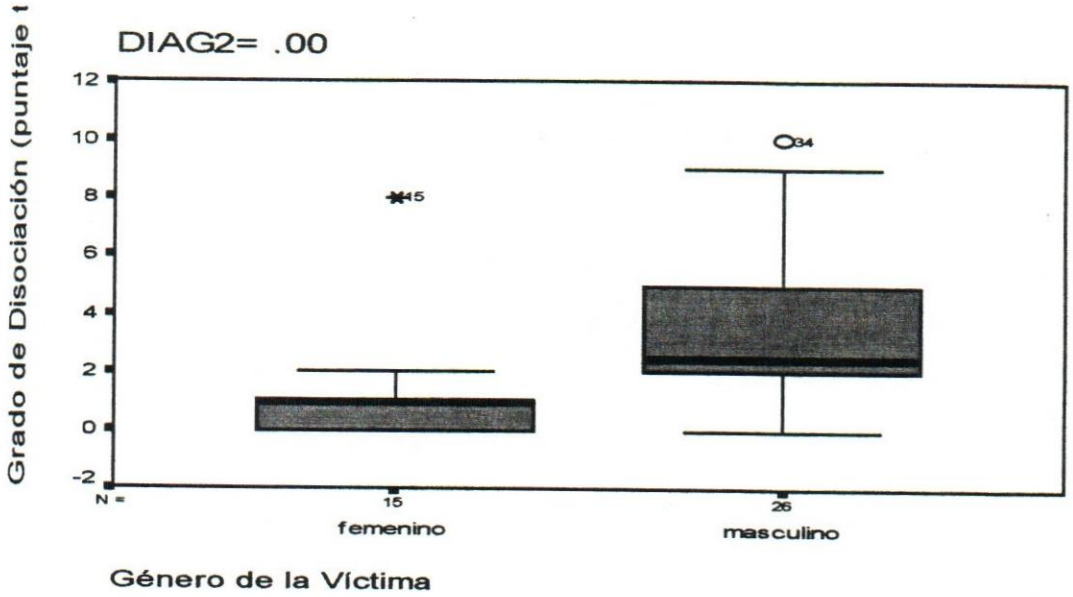


Gráfico 15: Ploteo de Caja de las distribuciones de los puntajes CDC, grupo no diagnosticado en función del género

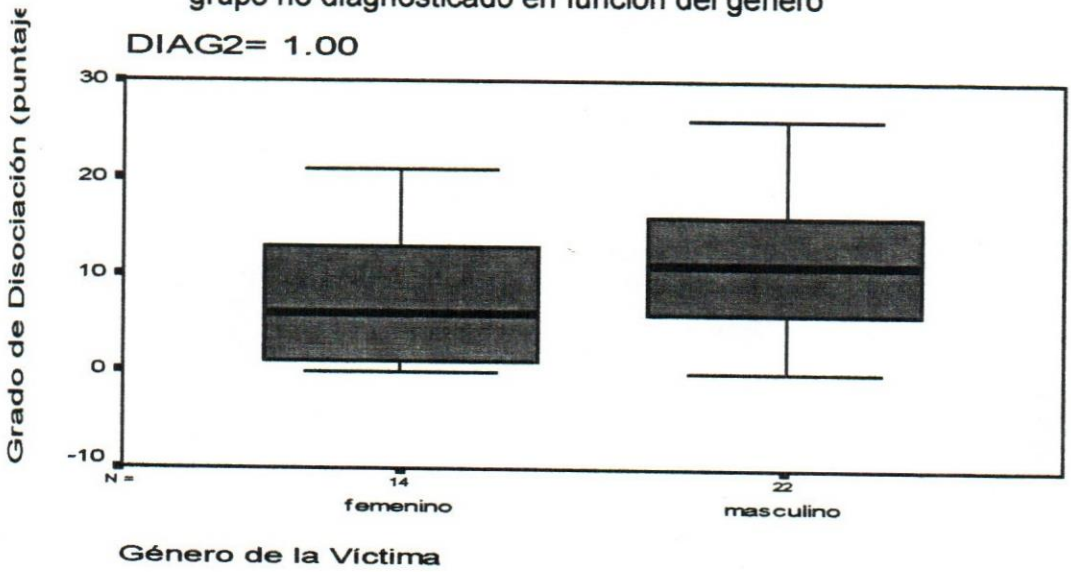


Gráfico 16: Ploteo de Caja de las distribuciones de los puntajes CDC, grupo diagnosticado en función del género.

Al realizar las pruebas estadísticas del efecto del género sobre el grado de disociación para los grupos no diagnosticado y diagnosticado, llama la atención como la diferencia sólo es significativa para el grupo no diagnosticado (ver tabla 24). Es decir que para la muestra de esta investigación, los niños (sexo masculino) que no han sido ni maltratados ni abusados, tienden a tener un grado de disociación significativamente mayor que las niñas (sexo femenino) que no han sido ni maltratadas ni abusadas. Sin embargo, en la muestra de niños diagnosticados, esta diferencia no es significativa.

Tabla 24: Prueba de muestras independientes en función al género grupo no diagnosticado y el grupo diagnosticado.

Grupo no diagnosticado

Mann-Whitney U	88.000
Wilcoxon W	208.000
Z	-2.947
Asymp. Sig. (2-tailed)	.003**

Grupo diagnosticado

Mann-Whitney U	105.500
Wilcoxon W	210.500
Z	-1.577
Asymp. Sig. (2-tailed)	.115

** Significativo al p = 0.01

Análisis de los resultados del CDC en función de la edad

A diferencia de lo esperado según la revisión bibliográfica, en esta investigación no se encontró relación entre la edad y los puntajes en la CDC. En el gráfico 17 se puede observar que no hay un patrón definido para las distintas edades, por lo que no será analizado más en profundidad.

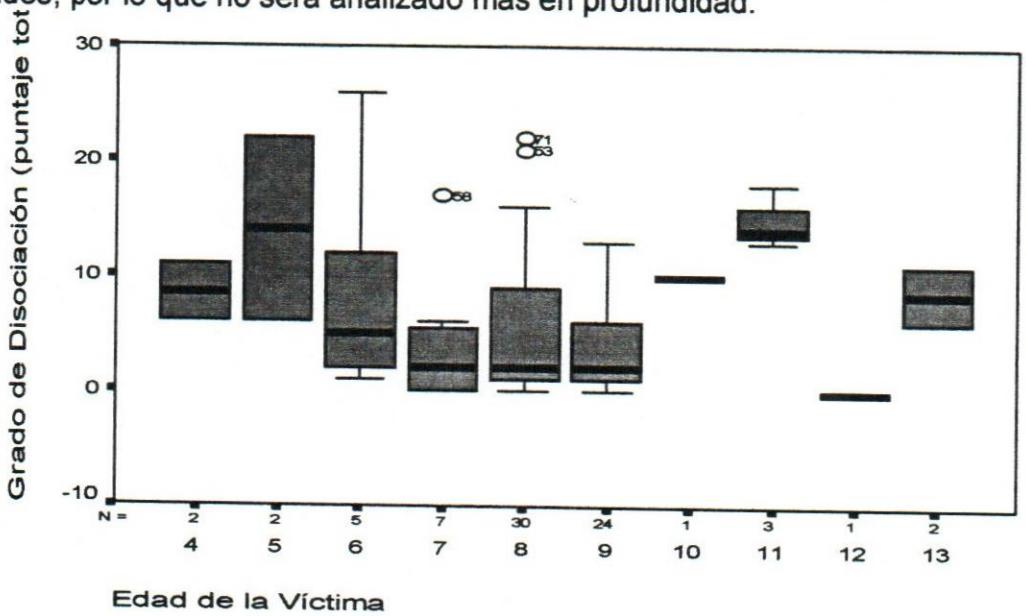


Gráfico 17: Ploteo de Caja de las distribuciones de los puntajes CDC, grupo diagnosticado en función de la edad

Análisis de otras variables moderadoras.

Los análisis siguientes se basan en los datos recabados con respecto a los grupos diagnosticados, con el objeto de describir las características preabuso, del abuso en sí y postabuso en la muestra de esta investigación. Algunos de los análisis plantean la posibilidad de establecer relaciones entre estas variables y el grado de disociación.

CARACTERISTICAS PREABUSO

En cuanto a las características preabuso, fue muy difícil establecer si los niños presentaban algún tipo de diagnóstico distinto o previo al abuso. Algunos casos habían sido diagnosticados con Déficit de Atención con o sin Hiperactividad o con Trastorno Oposicionista Desafiante, pero no se puede establecer un patrón específico en la muestra.

En cuanto a las características de la familia se encontró que el 47% de los casos contaban con una familia nuclear intacta, mientras que el 44% de las familias habían pasado por un divorcio o separación de la pareja parental. Hubo un 8% de los casos en que no se obtuvo esta información. La presencia de violencia familiar se evidenció en un 44.4% de la muestra, mientras que en un 33.3 % de las familias no había violencia familiar. En un 22.2% de los casos no se obtuvo información al respecto de esta variable.

Cuando se indagó acerca del abuso de sustancias por parte de la pareja parental se encontró que el 41.7% de los padres y el 61.1% de las madres no abusan de ninguna sustancia. El alcohol es un problema para el 16.7% de los padres y para ninguna madre (0%), mientras que el 11.1% de los padres y el 2.8% de las madres reportaron problemas con drogas. En el caso de abuso tanto de alcohol como de drogas conjuntamente fue reportado para el 8.3% de los padres y para el 2.8% de las madres. No se consiguió información sobre abuso de sustancias para el 22.2% de los padres y para el 33.3% de las madres de la muestra.

Todas estas variables fueron correlacionadas por separado con el grado de disociación presentado por los niños pero no se encontró ninguna correlación significativa. Es posible que haya que realizar investigaciones en donde se establezca una reporte más sistematizado de variables familiares y de características del niño preabuso para establecer las verdaderas asociaciones, ya que muchas de las historias clínicas de los niños carecen de este tipo de información.

CARACTERISTICAS DEL ABUSO EN SI

Considerando las características del abuso en sí el análisis se dividió en dos partes. Primero se estudiaron las características del victimario para relacionarlo con el grado de disociación evidenciado por los niños, y segundo se consideraron las características propias de cada tipo de abuso, para lo cual las muestras deben ser analizadas por grupos diagnósticos ya que los las características de severidad, duración y frecuencia no son realmente equivalentes para el MF y el AS.

CARACTERÍSTICAS DEL VICTIMARIO

En cuanto al número de victimarios se obtuvo que el 75% de los niños de la muestra fueron agredidos por un (1) victimario, el 16.7% fue agredido por dos (2) victimarios el total de los cuales se refiere a maltrato físico por parte de ambos padres. Sólo el 2.8% de los casos, es decir un (1) niño, fue agredido por más de un victimario, en este caso fue una violación por un grupo de adolescentes. Esta información no se obtuvo para el 5.6% de los casos.

Considerando el género del victimario se encontró que el 55.6% eran del sexo masculino mientras que el 25.5% del sexo femenino. Los datos no reportados (19.4%) constituyen en su mayoría los casos en que ambos padres maltrataron a los niños. En cuanto a la edad del victimario el mayor porcentaje se acumuló entre los 30 y 39 años de edad (33.3%) seguido por el grupo entre 10 y 19 años (22.2%). Entre los 40 y 49 años se agrupo el 13.9% de los victimarios, mientras los mayores a 50 años fueron el 11.1% del total. Entre los 20 y 29 años fue muy poco el número de victimario (1 caso, 2.8%), y al igual que con la variable género cuando eran más de dos victimarios no se contabilizó la información (16.7% de los casos).

Dos variables muy importantes consideradas en la investigación con respecto al victimario fueron la relación con la víctima y la cercanía emocional del victimario. La mayoría de los victimarios (58.3%) pertenecen a la familia nuclear, el 19.4% es parte de la familia extendida, un 11.1% son conocidos aunque no relacionados como familia y sólo un 2.8% (1 caso) es totalmente desconocido. Esta información no fue recabada en el 8.3% de los casos.

Existe una relación muy estrecha, aunque no total, entre la relación del victimario con la víctima y la cercanía emocional. Así encontramos que el 61.1% de los victimarios fueron reportados como muy cercanos emocionalmente a las víctimas, el 19.4% como moderadamente cercano, el

5.6% con relación distante y otro 5.6% sin ningún tipo de relación. En 8.3% de los casos no se obtuvo esta información.

Correlaciones del CDC con características del victimario.

Para establecer si existe algún tipo de relación entre las características del victimario y el grado de disociación medido en la CDC, así como algún otro tipo de relación interesante para el estudio se correlacionaron todas las variables. Se encontró que ninguna de las características del victimario se asocia de forma significativa con el grado de disociación. De las relaciones de las variables entre sí se aprecia que, como es esperado, la relación del victimario se relaciona de forma directa y significtativa con la cercanía emocional (rho=.664, $p<0.01$).

Las otras dos variables que muestran una cierta relación son edad del victimario con relación con la víctima, siendo esta relación inversa y estudiando la muestra se encuentra que los victimarios del grupo de edad mayoritario (30-39 años) pertenecen a la familia nuclear, la mayoría de ellos son padres maltratadores mientras que los victimarios del segundo grupo mayoritario y de menor edad (10-19 años) pertenecen a la familia extendida o son conocidos aunque no de la familia, a este respecto se encontró un grupo importante de victimarios de abuso sexual jóvenes que eran primos o vecinos de las víctimas.

CARACTERÍSTICAS DEL ABUSO GRUPOS POR SEPARADO

Quizás las variables que han sido más estudiadas para establecer su efecto moderador en relación al abuso y maltrato, son las características del abuso en sí. Ya que cada tipo de abuso tiene características distintas aquí serán analizados por separado, la severidad, duración y frecuencia del maltrato físico, del abuso sexual y de ambos, así como su relación con el grado de disociación.

Maltrato físico (MF)

Para la muestra de maltrato físico se encontró que el 22.2% de los casos sufrieron de maltrato sin lesiones visibles, el grupo mayor de casos se acumuló en la categoría de maltrato con lesiones visibles (44.4%) mientras que un grupo menor de 27.8% de la muestra tuvo maltrato severo caracterizado por ser inhabilitante (hospitalización debida al maltrato). Hubo un caso en que no se reportó la severidad del maltrato.

Tabla 25: Frecuencia y porcentajes de severidad del maltrato, grupo MF

	Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
sin lesiones visibles	4	22.2	23.5	23.5
con lesiones visibles	8	44.4	47.1	70.6
abuso inhabilitante	5	27.8	29.4	100.0
Total	17	94.4	100.0	
Faltante	1	5.6		
Total	18	100.0		

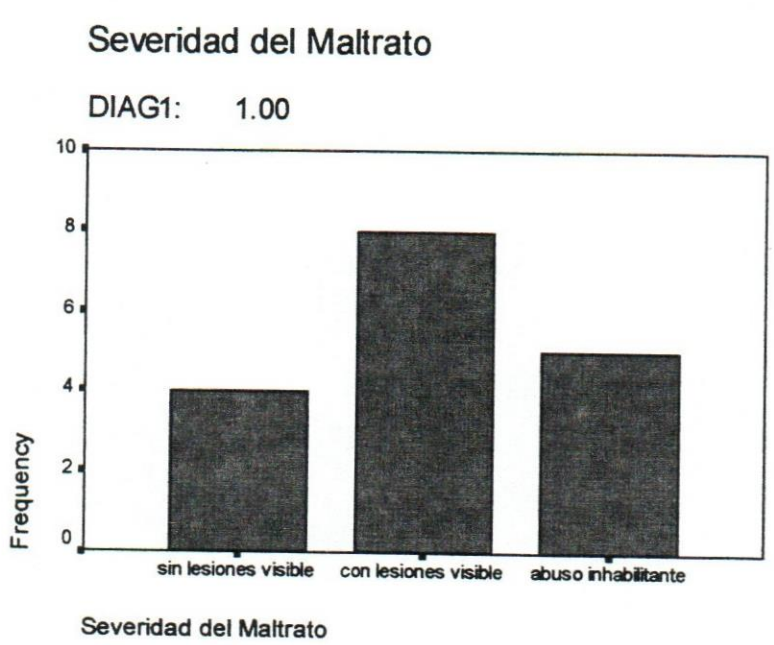


Gráfico 18: Gráfico de Barra de frecuencia severidad del maltrato, grupo MF

En cuanto a la duración del maltrato se encontró que la mayoría de los maltratos son de larga data y han ocurrido por períodos de cinco años o más (50% de los casos). El 16.7% de los casos fue maltratado por un período entre 1 y 3 años, mientras que sólo el 5.6% de la muestra (1 caso) tuvieron una duración del maltrato de 0 a 1 año y de 3 a 5 años. La información sobre la duración del maltrato fue difícil de recabar ya que no es un dato requerido de forma sistemática en las historias, muchos de los padres hacen un estimado que no necesariamente se ajusta a la realidad y la mayoría de los especialistas tienen la impresión de que el maltrato se ha llevado a cabo desde que el niño era muy pequeño pero sin claridad de la fecha de inicio.

Tabla 26: Frecuencia y porcentajes de duración del maltrato, grupo MF

Duración del Maltrato

	Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
0-1 año	1	5.6	7.1	7.1
1-3 años	3	16.7	21.4	28.6
3-5 años	1	5.6	7.1	35.7
5 o mas años	9	50.0	64.3	100.0
Total	14	77.8	100.0	
Faltante	4	22.2		
Total	18	100.0		

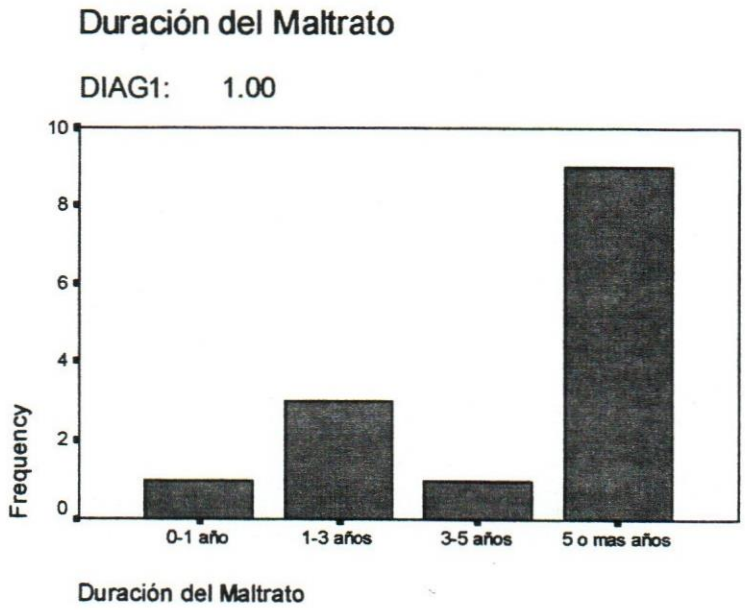


Gráfico 19: Gráfico de Barra de frecuencia duración del maltrato, grupo MF

Al igual que con la variable referida a la duración del maltrato, la frecuencia del mismo en función de las categorías planteadas fue difícil de establecer a través de las historias o con los profesionales tratantes. En el mayor porcentaje de los casos no se obtuvo la información (27.8%) mientras que las frecuencias más comunes fueron diario y semanal (22.2% cada una). Mensual y pocas veces fue la frecuencia para el 11.1% de los datos cada una mientras que el 5.6% (1 caso) fue una sola vez. A pesar de las dificultades para especificar la frecuencia, se observa claramente como en general la frecuencia del maltrato físico es bastante alta.

Tabla 27: Frecuencia y porcentajes de frecuencia del maltrato, grupo MF

	Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
una sola vez	1	5.6	7.7	7.7
pocas veces	2	11.1	15.4	23.1
mensual	2	11.1	15.4	38.5
semanal	4	22.2	30.8	69.2
diario	4	22.2	30.8	100.0
Total	13	72.2	100.0	
Faltante	5	27.8		
Total	18	100.0		

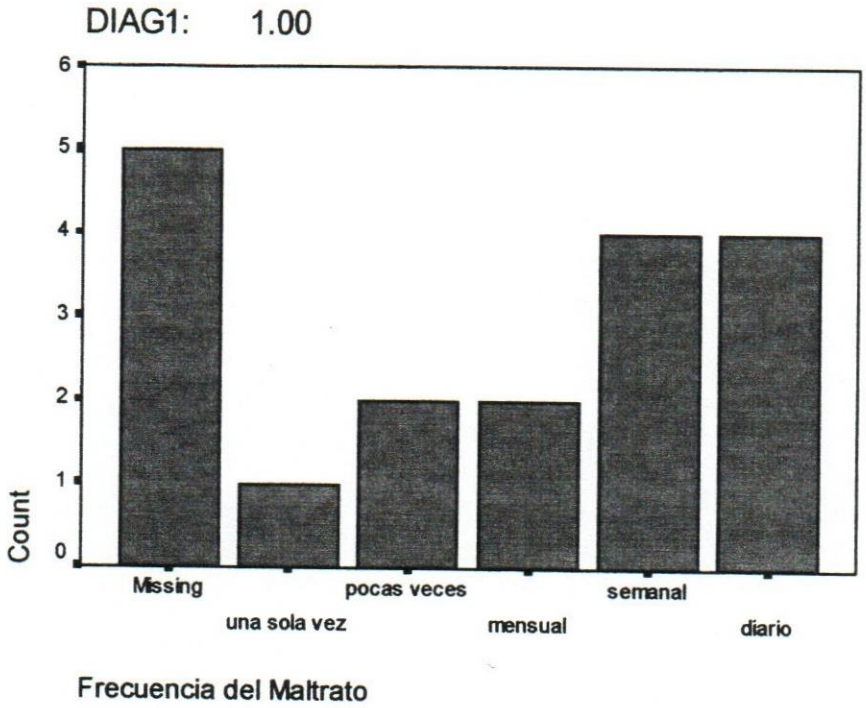


Gráfico 20: Gráfico de Barra de frecuencia de la frecuencia del maltrato, grupo MF

Al considerar las relaciones entre las características del maltrato físico y el grado de disociación se encuentra que la severidad del abuso está relacionado de forma directa con las puntuaciones en la CDC a un nivel de significancia del 0.05 (rho=0.031), es decir que a mayor severidad del maltrato, mayor es el grado de disociación. La frecuencia del maltrato no llega a ser significativa a ese nivel de confianza pero, quizás debido a la relación que se observa entre la severidad del maltrato y la frecuencia del mismo (rho=0.581, $p<0.05$), ésta a su vez tiene una cierta relación con el grado de disociación que sería significativa al nivel de 0.06.

Tabla 28: Correlaciones entre las variables moderadoras del maltrato y el grado de disociación (CDC)

		CDC	Severidad del Maltrato	Duración del Maltrato	Frecuencia del Maltrato
Severidad del Maltrato	rho Sig. N	.524 .031* 17	1.000		
Duración del Maltrato	rho Sig. N	.088 .765 14	-.199 .494 14	1.000	
Frecuencia del Maltrato	rho Sig. N	.540 .057 13	.581 .037* 13	.339 .257 13	1.000

* Correlación significcativa al nivel de .05

Abuso Sexual (AS)

En cuanto a la severidad del abuso sexual, utilizando la categorización de Russell (1983, c.p. Dubner y Motta, 1999), se encontró que el 38.5% de la muestra fue víctima de abuso sexual muy severo el cual implicó algún tipo de penetración, bien sea anal o vaginal, el mismo porcentaje (38.5%) fue víctima de abuso sexual severo, el 7.7% (1 caso) fue víctima de abuso sexual poco severo y el 15.4% (2 casos) de abuso leve. Ya que estos niños son remitidos a centros especializados para estos casos, es esperado que la mayoría sean víctimas de abuso sexual severo o muy severo, y posiblemente los abusos sexuales más leves pasan desapercibidos en la mayoría de la población afectada y no llegan a los centros de ayuda.

Tabla 29: Frecuencia y porcentajes de severidad del abuso sexual, grupo AS

	Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
leve	2	15.4	15.4	15.4
poco severo	1	7.7	7.7	23.1
severo	5	38.5	38.5	61.5
muy severo	5	38.5	38.5	100.0
Total	13	100.0	100.0	

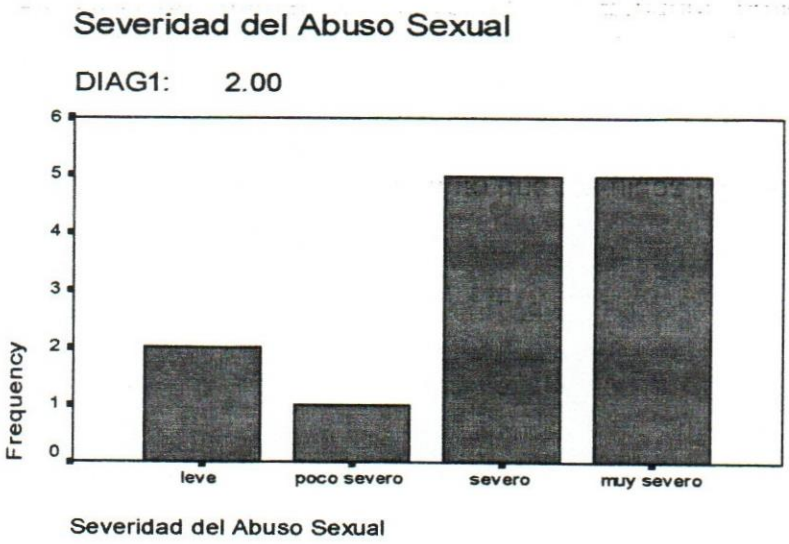


Gráfico 21: Gráfico de Barra de frecuencia severidad del abuso sexual, grupo AS.

A diferencia del maltrato físico, la duración del abuso sexual se caracteriza por un gran porcentaje de los casos acumulados entre 0 y 1 año (61.5%), en menor medida se encontró un 15.4% (2 casos) con una duración entre 1 y 3 años y otro 15.4% (2 casos) en 5 años o más. Para el 7.7% (1 caso) de la muestra no se reportó esta información

Tabla 30: Frecuencia y porcentajes de duración del abuso sexual, grupo AS

	Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
0-1 año	8	61.5	66.7	66.7
1-3 años	2	15.4	16.7	83.3
5 o mas años	2	15.4	16.7	100.0
Total	12	92.3	100.0	
Faltante	1	7.7		
Total	13	100.0		

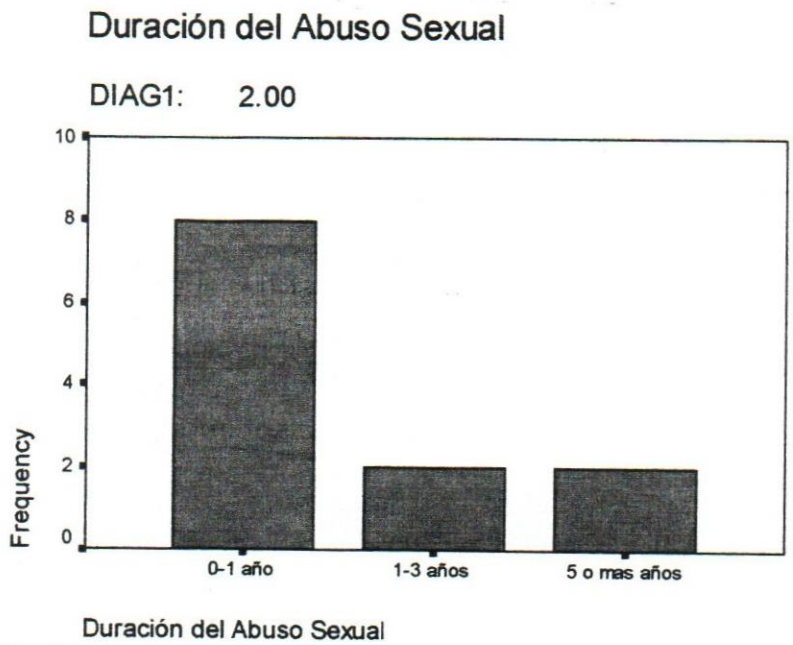


Gráfico 22: Gráfico de Barra de frecuencia duración del abuso, grupo AS

El mayor porcentaje de los casos de la muestra presentó una frecuencia de abuso sexual relativamente baja de pocas veces o una sola vez (23.1% cada una). En el otro extremo el 23.1% la frecuencia fue diaria. Solo el 15.4% (2 casos) presentó una frecuencia mensual y en el 7.7% (1 caso) la frecuencia fue semanal.

Tabla 31: Frecuencia y porcentajes de frecuencia del abuso sexual, grupo AS

	Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
una sola vez	3	23.1	25.0	25.0
pocas veces	3	23.1	25.0	50.0
mensual	2	15.4	16.7	66.7
semanal	1	7.7	8.3	75.0
diario	3	23.1	25.0	100.0
Total	12	92.3	100.0	
System	1	7.7		
	13	100.0		

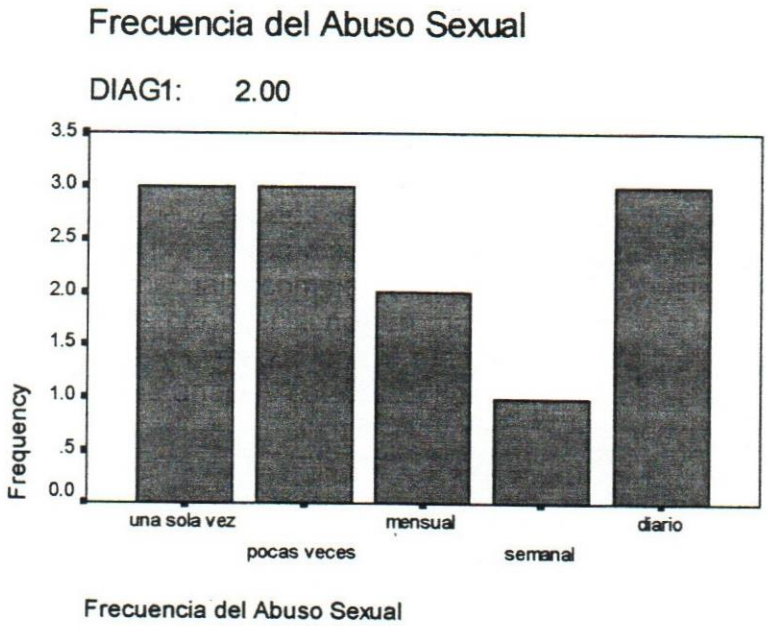


Gráfico 23: Gráfico de Barra de frecuencia de la frecuencia del abuso sexual, grupo AS

Al considerar las correlaciones entre las variables se observó que la frecuencia del abuso y la duración del mismo están positivamente relacionadas (rho=0.775, p<0.01). Esto es esperado ya que la mayoría de los casos tuvieron poca ocurrencia y por tanto poca frecuencia. Con respecto al grado de disociación no se encontró ninguna relación significativa a los niveles de confianza tradicionales, sin embargo, la correlación que mas se aproxima es la severidad del abuso la cual es significativa al nivel 0.10 (rho=0.516).

Tabla 32: Correlaciones entre variables moderadoras del abuso sexual y el grado de disociación (CDC)

		CDC	Severidad Abuso Sexual	Duración Abuso Sexual	Frecuencia Abuso Sexual
Severidad del Abuso Sexual	rho Sig. N	.516 .071 13	1.000		
Duración del Abuso Sexual	rho Sig. N	-.381 .222 12	-.352 .262 12	1.000	
Frecuencia del Abuso Sexual	rho Sig. N	-.233 .466 12	-.390 .210 12	.775 .003** 12	1.000

** correlaciones significativas al nivel .01

Lange et al. (1999) encontraron que las diferencias debidas a la cercanía del victimario (abuso incestuoso vs. no incestuoso) en la psicopatología posterior a los abusos, en la cual incluía la disociación, se debía principalmente al efecto moderador de la severidad del abuso, ya que abusos incestuosos solían ser más severos, ocasionando mayor sintomatología que en los no incestuosos. Otros investigadores también han reportado la importancia de la severidad del abuso como variable moderadora sobre los efectos del trauma especialmente la disociación (Maynes y Feinauer, 1994 y Siemeon et al., 2001). Aunque en esta investigación no se puede ver claramente como modera ésta variable, las correlaciones indican que es necesario considerarla en los estudios sobre disociación y trauma.

Para el grupo MF/AS no se analizaron los datos por dos razones: (a) la muestra es demasiado pequeña lo que puede dar resultados poco representativos y factibles de error y (b) los efectos del abuso sexual y del maltrato físico están solapados en este grupo, lo que hace difícil la interpretación de los resultados considerando que las categorías de severidad para cada tipo de abuso no son equivalentes.

CONCLUSIONES

En este estudio se obtuvieron adecuados indicadores de confiabilidad y de validez de la CDC en su versión en Español por lo que se la puede considerar como una escala fiable y válida para el estudio de la disociación percibida en niños. Como era esperado para la muestra total, pero especialmente para el grupo control, la disociación no se distribuyó normalmente, si no que presentó una forma caracterizada por la acumulación de los sujetos alrededor de los puntajes más bajos de la escala, similar a la distribución de la disociación en los adultos (Berstein y Putman, 1986), por lo que se pudiera pensar que se trata del mismo fenómeno.

En cuanto a las hipótesis planteadas se encontró que los niños abusados sexualmente y maltratados físicamente presentan un grado de disociación significativamente superior que los niños que no han presentado ningún tipo de abuso, lo que apoya no sólo la validez del instrumento si no la teoría sobre la relación entre disociación y trauma. Sin embargo, no se encontró que el efecto combinado de abuso sexual y maltrato físico generara un grado de disociación significativamente mayor lo que contradice parte de la literatura. Se plantea como posible explicación que el tamaño de la muestra es sumamente pequeño.

El puntaje de grado de disociación patológica establecido por Putman (CDC>12) probó ser útil para los niños de grupo de abuso sexual, no así para los niños de maltrato físico los cuales a pesar de disociar de forma significativamente mayor que el grupo control no llegan al puntaje de corte.

Estos resultados son aún más interesantes a la luz de los hallazgos con respecto al tipo de disociación en función del modelo taxonómico propuesto por Putman. El análisis factorial probó la posibilidad de establecer una subescala de disociación patológica (DISPAT) que discrimina significativamente entre el grupo de MF y AS siendo la media en esta subescala del grupo AS mayor.

Como indicador de validez según el modelo, se encontró que en esta subescala los niños del grupo control rara vez puntúan en ella, de manera que se puede afirmar que los niños que han sufrido algún tipo de trauma como el abuso sexual y el maltrato físico presentan manifestaciones conductuales consideradas disociativas que rara vez son observadas en niños que no han sufrido de estos tipos de trauma. Pero a la vez se puede apreciar que esta subescala parece relacionarse con el tipo de abuso sexual propiamente ya que discrimina entre ambos grupos diagnosticados (AS y MF).

Al considerar conjuntamente el grado y el tipo de disociación, se puede decir que los niños abusados sexualmente presentan tanto un grado como un

tipo de disociación más patológica que el resto de los grupos, mientras que los niños maltratados físicamente sólo presentan un grado de disociación mayor que el grupo control pero que en su mayoría no alcanza en puntaje mínimo para considerarlo patológico. Se pudiera hipotetizar que los niños abusados sexualmente cursarían con mayor probabilidad con algún tipo de diagnóstico de Trastorno Disociativo ya que disocian de forma más patológica tanto en grado como en tipo.

Como se puede observar, el uso de la CDC especialmente considerando la subescala de disociación patológica DISPAT puede brindar un mayor apoyo para afinar el diagnóstico de Trastornos Disociativos en Niños y su posible relación con el abuso sexual. Esto tiene una enorme utilidad clínica no sólo para afinar el diagnóstico, si no por las consideraciones que se derivan del mismo a la hora de establecer estrategias pertinentes para el tratamiento.

De las variables moderadoras consideradas se destaca el efecto del género sobre la disociación en tanto que existe una diferencia significativa, especialmente en el grupo control, de manera que los niños presentan un grado mayor de disociación percibida que las niñas. Esta diferencia no se da sin embargo en el grupo diagnosticado. Se pudiera hipotetizar que el grupo AS tiene una mayoría de casos del sexo femenino a diferencia del resto de los grupos, al presentar este grupo diagnosticado el mayor grado de disociación parece compensar la tendencia a reportar mayor número de conductas disociativas en niños.

De las características del abuso en sí, se encontró que la severidad tanto del maltrato físico como del abuso sexual está asociada a mayores grados de disociación. No hubo relación, sin embargo, con la frecuencia y la duración del abuso. No se encontró relación entre la disociación y otras variables moderadoras como la edad, el nivel socioeconómico, las características previas al abuso y las características del victimario.

En resumen, este estudio muestra la relación existente entre la disociación y el trauma en la población infantil en tanto que los niños que han sido maltratados físicamente o abusados sexualmente presentan un grado de disociación significativamente mayor que los niños no abusados ni maltratados. La disociación en niños parece comportarse bajo ambos modelos tanto el dimensional como el taxonómico.

Las diferencias de grado de disociación pudieran relacionarse con la presencia o ausencia de trauma, mientras que las diferencias en el tipo de disociación parecieran relacionarse con el tipo de trauma, de manera que el abuso sexual se asocia con conductas disociativas cualitativamente más patológicas que el maltrato físico.

La escala CDC de Putman en su versión en Español, prueba ser un instrumento adecuado para medir la disociación percibida en niños. Las subescala de disociación patológica DISPAT permite afinar el diagnóstico hacia los Trastornos Disociativos, sin embargo es necesaria más investigación sobre este punto. De las variables asociadas al abuso, se observaron diferencias con respecto al género en el grupo control, en tanto que los niños tienden a disociar de forma no patológica más que las niñas, sin embargo este efecto desapareció en el grupo de niños con trauma de abuso y maltrato. La severidad del abuso apareció como la variable moderadora con mayor efecto sobre el grado de disociación.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

1. La limitación más importante del estudio se refiere a las características de la muestra en relación al tamaño y al tipo de muestreo (no al azar) lo que puede generar sesgos en los resultados y dificulta su generalización a toda la población. Se sugiere aumentar el número de casos en la muestra diagnosticada para hacerla, en la medida de lo posible, más representativa y disminuir las fuentes de error. Esto sería posible si se sensibiliza a los clínicos que trabajan con niños abusados y/o maltratados en la importancia de medir la disociación percibida en esos niños a través del CDC de manera que el grado y tipo de disociación sea un dato sistemáticamente reportado en la historia clínica.

2. El uso de casos de instituciones de referencia nacional de abuso y maltrato como el grueso de la muestra diagnosticada, presenta la limitación en cuanto a generalizar los resultados obtenidos a otras poblaciones de niños maltratados y/o abusados no referidos a estos servicios. Poder llegar a estos niños es un reto realmente importante y difícil por lo que se sugieren dos aproximaciones. Por un lado, realizar estudios en instituciones escolares donde hayan sido detectados (aunque no necesariamente remitidos a especialistas) niños con abuso y/o maltrato. Por otro lado, aunque con un posible costo mayor, realizar una selección al azar en la población que deseen participar en la investigación y luego determinar, de ese grupo, aquellos casos que reporten algún tipo de abuso o maltrato en los niños. Este tipo de estudio se ha realizado con éxito en los estudios de "sobrevivientes" adultos de abuso sexual y/o maltrato infantil.

3. El uso único de la escala CDC en este estudio, limita una aproximación multimodal al fenómeno reduciendo los resultados a lo entendido como disociación percibida. Como dicen muchos autores es necesario aproximarse de forma variada a la disociación para entenderla en su totalidad. A este respecto se recomienda la traducción al Español con su respectiva validación de escalas de autoreporte o de entrevistas estructuradas que puedan ser utilizadas con niños pequeños, de manera de abordar la denominada experiencia disociativa. Otras fuentes de datos se refiere a los indicadores propuestos por Silberg (1996, c.p. Putman 1997) para detectar disociación en la aplicación de baterías de pruebas psicológicas que pueden incluir el Rorschach, el TAT o CAT, pruebas gráficas, etc.

4. El uso de una sola escala, también limita las posibilidades de determinar la validez convergente y divergente de la CDC. Para subsanar esto se puede, por un lado, utilizar otras escalas que midan disociación para determinar la validez convergente y por otro lado, utilizar otras escalas de

conductas infantiles (como la Lista de chequeo de conductas infantiles de Achenbach, (1991, c.p. Kernberg, Wiener y Bardenstein, 2000) para discriminar con otros diagnósticos.

5. En esta investigación no se utilizaron métodos multivariables para el análisis de resultados lo que limita las posibilidades de establecer mas claramente, a través de métodos estadísticos, los efectos de las variables moderadoras y las posibles interacciones. Dado que la disociación y el trauma infantil son fenómenos tan complejos y difíciles de aislar, los métodos estadísticos avanzados permiten tener un mayor control sobre el efecto de las variables que no se puede realizar con la manipulación de las mismas debido a su naturaleza. El uso de análisis estadísticos multivariables se recomienda para futuros trabajos.

6. Por último, y en relación a lo complejo del fenómeno, se necesita una mayor sistematización y operacionalización de las variables asociadas al abuso y al maltrato de manera que los resultados encontrados en los diversos grupos sean más equivalentes. En esta investigación se proponen varias formas de registrar los datos que pudiera permitir una mejor sistematización de los mismos para futuras investigaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatry Association (2000) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed. Text Revision) Washigton,DC: Author.

Arnau, J. (1982) *Psicología experimental. Un enfoque metodológico.* México:Trillas.

Banyard, V., Williams, L. y Siegel, J. (2001) Understanding links among childhood trauma, dissociation, and women´s mental health. *American Journal of Orthopsychiatry*. 71 (3) 311-321.

Bass, E. y Davis, Laura (1994) *The courage to heal. A guide for survivors of child sexual abuse*. New York: Harper Perennial.

Béla Székely, L. (1958) *Diccionario Enciclopédico de la Psique*. Buenos Aires: Claridad.

Bernstein, E. y Putman, F. (1986) Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 174 (12), 727-735.

Bliss, E.L. (1986) *Multiple Personality, Allied Disorders, and Hypnosis*. New York: Oxford University Press.

Boring, E. (1980) *Historia de la psicología experimental*. Mexico: Trillas

Brodsky, B., Oquendo, M., Ellis, S., Haas, G., Malone, K. y Mann, J. (2001) The relationship of childhood abuse to impulsivity and suicidal behavior in adults with major depresión. *American Journal of Psychiatry*. 158 (11), 1871-1877.

Butzel, J., Talbot, N., Duberstein, P., Houghtalen, R., Cox, C. Y Giles, D. (2000) *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 188(8), 547-549.

Cortés, M y Cantón, J (2000) *Guía para la evaluación del abuso sexual infantil.* Madrid: Pirámide.

Díaz, A. y Suárez, N. (1994) Proyecto de estudio de la prevalencia del síndrome de niño maltratado. En Loredo Abdalá, A. (Ed.) *Maltrato al menor*. Mexico: McGraw-Hill

Dubner, A. y Motta, R. (1999) Sexually and physically abused foster care children and posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 67 (3), 367-373.

Durán, M. e Ibarra, A. (1998) *Comparación de las estrategias de afrontamiento entre sujetos femeninos de 10 a 17 años sexualmente victimizados y sujetos que hayan vivido otra situación estresante.* Tesis de Licenciatura no publicada, Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.

Fancher, R. (1979) *Pioneers of Psychology*. New York:W.W.Norton and Company.

Finzi, R., Ram, A., Har-Even, D., Shnit,D. y Weizman, A. (2001) Attachment styles and agression in physically abused and neglected children. *Journal of Youth and Adolescence*. 30 (6), 769-786.

Follete, V.; Ruzek, J.; Abueg, F. (1998) *Cognitive-Behavioral Therapies for Trauma*. New York:The Guilford Press.

Friedrich, W., Jaworsky, T., Huxsahl, J. y Bengtson, B. (1997) Dissociative and sexual behaviors in children and adolescents with sexual abuse and psychiatric histories. *Journal of Interpersonal Violence.* 12(2), 155-171.

Galeano, V. (1998) *Maltrato infantil.* URL: http:/www.rionet.com.ar/maltratoinfantil.htm. Visitado noviembre 2000

Greenwald, R. (1999) *Child Trauma measures for research and practice*. Poster session presentado en el Congreso Anual de la Asociación Internacional de EMDR , Las Vegas, Nevada. http://www.childtrauma.com/mezpost.html, visitado el 13/10/2001

Herman, J. (1992) *Trauma and recovery.* New York: BasicBooks

Kaplan, H. y Sadock, B. (1998) *Synopsis of psychiatry. Behavioral science/Clinical psychiatry*. Baltimore:Williams & Wilkins.

Kerlinger, F. (1975) *Investigación del Comportamiento.* México: Interamericana.

Kerlinger, F. (1984) *Enfoque conceptual de la investigación del comportamiento.* México: Interamericana.

Kernberg, P., Weiner, A. y Bardenstein, K. (2000) *Personality Disorders in Children and Adolescents.* New York: Basic Books.

Kisiel, C. y Lyons, J. (2001) Dissociation as mediator of psychopathology among sexually abused children and adolescents. *Amerian Journal of Psychiatry*. 158 (7), 1034-1039.

Lange, A., De Beurs, E., Dolan, C., Lachnit, T., Sjollema, S. y Hanewald, G. (1999) Long-term effects of Childhood sexual abuse. Objective and subjective characteristics of the abuse and psychopathology in later life. *The Journal of Nervous and Mental Disease.* 187(3), 150-158.

Laplanche, J. y Pontalis, J.B. (1967) *Diccionario de psicoanálisis.* Buenos Aires:Paidos.

MacMillan, H., Fleming, J., Streiner, D., Lin, E., Boyle, M., Jamieson, E., Duku, E., Walsh, C., Wong, M. y Beardslee, W. (2001) *American Journal of Psychiatry.* 158 (11), 1878-1883.

Malinosky-Rummell, R. y Hoier, T. (1991) Validating Measures of Dissociation in Sexually Abused and Nonabused Children. *Behavioral Assessment.* 13, 341-357.

Maynes, L. y Feinauer, L. (1994) Acute and chronic dissociation and somatized anxiety as related to childhood sexual abuse. *The American Journal of Family Therapy.* 22(2), 165-175.

McWilliams, N. (1994) *Psychoanalytic Diagnosis.* New York: Guilford Publications.

Morgan, C., Hazlett, G., Wang, S., Richardson, G., Schnurr, P. y Southwick, S. (2001) Symptoms of dissociation in human experiencing acute, uncontrollable stress: a prospective investigation. *American Journal of Psychiatry.* 158 (8), 1239-1247.

O´Donohue, W., Fanetti, M. y Elliot, A. (1998) Trauma in children. Follette, V., Ruzek, J. Abueg, F. (Eds.) *Cognitive-Behavioral Therapies for Trauma.* New York: The Guilford Press.

Putman, F.W. (1989) *Diagnosis and treatment of multiple personality disorder.* New York:The Guildford Press.

Putman, F.W. (1997) *Dissociation in children and adolescents. A developmental perspective.* New York: The Guildford Press.

Pynoos, R., Steinberg, A. y Goenjian, A. (1996). Traumatic Stress in Childhood and Adolescence. Recent developments and current controversies. Van der Kolk, B., McFarlane, A. Y Weisaeth, L. (Eds.) *Traumatic Stress. The effects of overwhelming experience on mind, body and society.* New York: The Guilford Press.

Rodriguez, N., Ryan, S., Vande Kemp, H.y Foy, D. (1997) Posttraumatic stress disorder in adult female survivors of childhood sexual abuse: a comparison study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 65 (1), 53-59.

Romano Vázquez, P. (1994) Aspectos psiquiátricos del niño maltratado. En Loredo Abdalá, A. (Ed.) *Maltrato al menor*. Mexico: McGraw-Hill.

Siegel, S. (1979) *Estadística no paramétrica aplicada a las ciencias de la conducta*. México:Trillas.

Simeon, D., Guralnik, O., Schmeidler, J., Sirof, B. y Knutelska, M. (2001) The role of childhood interpersonal trauma in despersonalization disorder. *American Journal of Psychiary*. 158 (7), 1027-1033.

Spaccarelli, S. (1995) Measuring abuse stress and negative cognitive appraisals in child sexual abuse: validity data on two new scales. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 23 (6), 703-725.

Spiegel, D. and Cardeña, E. (1991*) Disintegrated experience: The dissociative disorders revisited.* Journal of Abnormal Psychology. 100 (3), 366-378.

Terr. L. (1991) Childhood traumas. An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*. 148, 10-20

Van der Kolk, B.(1996) The complexity of adaptation to trauma. Selfregulation,stimulus discrimination, and characterological development. In: Van der Kolk, B., McFarlane, A. Y Weisaeth, L. (Eds.) *Traumatic Stress. The effects of overwhelming experience on mind, body and society.* New York: The Guilford Press.

Van der Kolk, B.;Van der Hart, O. y Marmar, C.R. (1996) Dissociation and Information Processing in Posttraumatic Stress Disorder. Van der Kolk, B.; MvFarlane, A.C. y Weisaeth, L. (Eds.) *Traumatic stress. The effects of overwhelming experience on mind, body and society*. (Cap.13, pp. 303-327) New York:The Guilford Press.

Wagner, A. y Linehan, M. (1998) Dissociative Behavior. En Follette, V., Ruzek, J, Abueg, F. (Eds.) *Cognitive-Behavioral Therapies for Trauma*. New York:Guilford Press.

FE DE ERRATA

Todo proceso de investigación debe implicar un progreso continuo en el aprendizaje del campo de conocimiento escogido. Es por ello que se considera aceptable e incluso deseable durante este proceso, el abandono de conceptos, esquemas y paradigmas previos en pro de una comprensión más compleja del tema de investigación. En el caso que aquí compete, en el período entre la entrega del documento original y la entrega final de este trabajo, operó un cambio sustancial en la autora que si bien no compromete en lo absoluto los resultados aquí reportados, obliga este señalamiento como fe de errata.

Originalmente el trabajo no fue concebido dentro de la comprensión del abuso dentro del paradigma de la **inequidad de poder** y especialmente dentro de la **inequidad de género**. Sin embargo, la autora considera que mucho es el avance que dentro de la visión Clínica-Comunitaria de la Psicología tiene el hecho de integrar de manera interactiva las concepciones de estos dos campos de acción y comprensión del fenómeno humano, especialmente cuando se aborda el tema del trauma. Es así que, a pesar de la neutralidad deseada en las investigaciones científicas dentro del paradigma post positivista, los investigadores conocen de la inevitable injerencia de su propia subjetividad en el quehacer científico, especialmente cuando el área toca elementos tan impactantes de las relaciones humanas.

Ciertamente el estudio de la Disociación como fenómeno clínico tiene una relevancia indiscutible en la comprensión de los efectos del trauma y sus manifestaciones conductuales dan una aproximación objetiva al fenómeno que tiene gran utilidad para el diagnostico clínico. Sin embargo, es imposible olvidar que esta Disociación opera en un ser humano dentro de un vínculo con una persona adulta que en lugar de protegerla utiliza su posición de poder, justificada en una historia social y cultural, para ejercerlo en prejuicio de la víctima. Es preciso que no sean las investigaciones científicas otra forma de invisibilizar el problema, es por ello que **la autora pide a los lectores que en todos aquellos sitios donde esté escrito niño o niños utilizando su carácter genérico, se sustituya por los términos niñas y niños, manteniendo la equidad que a cada género corresponde**.

Sea pues esta fe de errata, una pequeña contribución a la denuncia contra la violencia ejercida sobre las niñas, los niños y las/los adolescentes basadas en la inequidad de poder y género. No más.

ANEXO A

LISTA DE CHEQUEO DE SÍNTOMAS DISOCIATIVOS EN NIÑOS CDC- Frank Putman, MD

CDC- LISTA DE CHEQUEO DE SÍNTOMAS DISOCIATIVOS EN NIÑOS
Frank Putman, MD

Fecha: _____
Edad del niño: _____
Sexo: M F

A continuación se presenta una lista de conductas que describen a los niños. Por cada ítem que describa a su niño actualmente o en los últimos 12 meses, por favor encierre en un círculo el 2 si ese ítem es muy cierto en su niño. Encierre en un círculo el 1 si a veces es cierto para su niño y 0 si el ítem no es cierto en su niño.

0	1	2	El niño no recuerda o niega experiencias traumáticas que se sabe le han ocurrido.
0	1	2	El niño se observa en ocasiones como aturdido, en un estado parecido al trance o como si "estuviera en la luna". Los maestros pueden referir que en el colegio parece "soñar despierto".
0	1	2	El niño muestra cambios rápidos en su personalidad. Puede pasar de ser muy tímido a extrovertido, de femenino a masculino, de pasivo a agresivo.
0	1	2	El niño se muestra inusualmente olvidadizo o confundido sobre cosas que debería saber, por ejemplo, se le olvidan nombres de amigos, maestros u otras personas importantes, pierde sus pertenencias o se pierde con facilidad.
0	1	2	El niño tiene muy poco sentido del tiempo. Puede pensar que es de mañana cuando en realidad ya es de tarde, se confunde en relación a qué día es o cuándo pasaron las cosas.
0	1	2	El niño muestra cambios marcados de un día para otro o incluso de una hora a otra, en sus habilidades, conocimientos, preferencias de comidas y destrezas físicas (por ejemplo, cambios en su forma de escribir, o en el recuerdo de información previamente aprendida como las tablas, deletreo, uso de herramientas o habilidades artísticas.
0	1	2	El niño muestra regresiones repentinas en las conductas esperadas para su edad: por ejemplo un niño de 12 años hablando como "bebé", chupándose el dedo o pintando como un niño de cuatro años.

0	1	2	El niño muestra gran dificultad para aprender de la experiencia, por ejemplo: las explicaciones, las normas disciplinarias o los castigos no cambian su conducta.
0	1	2	El niño persiste en mentir o negar sus conductas inapropiadas incluso cuando la evidencia es muy obvia.
0	1	2	El niño habla en tercera persona (ella o el) cuando se refiere a sí mismo, o por momentos insiste en que lo llamen por un nombre distinto. Puede también afirmar que cosas que ha hecho realmente le pasaron a otra persona.
0	1	2	El niño tiene quejas físicas muy cambiantes como dolores de cabeza o de estómago. Por ejemplo, puede quejarse de dolor de cabeza muy fuerte y en un minuto olvidarse por completo.
0	1	2	El niño es inusualmente precoz en cuanto a su sexualidad y puede intentar conductas sexuales inapropiadas con otros niños o con adultos.
0	1	2	El niño sufre de heridas inexplicadas o puede incluso herirse deliberadamente.
0	1	2	El niño reporta escuchar voces que le hablan. Las voces pueden ser amigables o de enfado y pueden provenir de "amigos imaginarios" o sonar como voces de los padres, amigos o maestros.
0	1	2	El niño tiene amigos imaginarios muy vívidos. El niño puede insistir que su amigo imaginario es el responsable por las cosas que el hace.
0	1	2	El niño tiene intensos ataques de rabia, a menudo sin causa aparente y puede mostrar una fuerza física inusual durante estos episodios.
0	1	2	El niño suele caminar dormido (sonambulismo)
0	1	2	El niño tiene experiencias nocturnas inusuales, por ejemplo: reporta ver "fantasmas" o cosas que pasan en la noche que el no puede explicar (como muñecos rotos o heridas)
0	1	2	El niño habla frecuentemente consigo mismo, puede utilizar una voz distinta a su voz habitual o discutir consigo mismo.
0	1	2	El niño tiene dos o más personalidades distintas y separadas que toman control de su conducta.

ANEXO B

FORMATO PARA REGISTRO DE BASE DE DATOS
DE VARIABLES DEMOGRÁFICAS Y MODERADORAS.

Fecha:_____ Caso #:_____ Institución: _____

Datos:
Sexo: M F Edad:_____ años _____ meses Fecha de nacimiento:_____ Lugar de nacimiento: _____
Nivel de instrucción: _____ Nivel socioeconómico: _____ Religión: _____

Características familiares
Genitograma familiar

violencia familiar: Si No

Características del victimario:
#: _____
Género: M F
Edad: _____
Relación con la víctima (A)
1 2 3 4
Cercanía emocional: (B)
1 2 3 4

De la víctima premórbida:
psicopatología:
_____
_____
_____
_____

___abuso de sustancias

abuso de sustancias: padre: _____
A: alcohol madre: _____
D: drogas otros: _____
O: otros

Testigo de violencia : Si No

TIPO DE ABUSO

FISICO: 0 1 especificaciones: _____
SEVERIDAD DEL ABUSO FISICO: 0 1 2 DURACION: 1 2 3 4 FRECUENCIA: 1 2 3 4 5

ABUSO SEXUAL: 0 1 especificaciones: _____
SEVERIDAD DEL ABUSO SEXUAL: 0 1 2 3 DURACION: 1 2 3 4 FRECUENCIA 1 2 3 4 5

A: *Relación con el abusador*	B: *Cercanía emocional*
1. miembro de la familia nuclear (padre, madre, hermano(o))	**1. muy cercana**
2. miembro de la familia extendida (padrastro, madrastra, hermanastros, tíos, abuelos, primos)	**2. moderadamente cercana**
3. no relacionados pero conocidos	**3. relación distante**
4. totalmente extraños	**4. sin relación**

ABUSO FISICO:

0 Sin abuso físico

1 Con abuso físico: empujones, agarrones, tirones de pelo, patadas, pinchazos, torceduras, quemaduras, mordeduras, lanzar objetos contra el niño, desproporción del castigo para la edad y falta.

ABUSO SEXUAL:

0 Sin abuso sexual

1 Con abuso sexual.

DURACION:

1) 0 – 1 año
2) 1 – 3 años
3) 3 – 5 años
4) 5 o mas años

FRECUENCIA:

1) 1 sola vez
2) pocas veces
3) mensual
4) semanal
5) diario

SEVERIDAD DEL ABUSO FISICO:

0 Sin lesiones físicas reportadas o visibles

1 Con lesiones físicas visibles

2 Abuso inhabilitante: hospitalización, ausencia al colegio, etc.

SEVERIDAD DEL ABUSO SEXUAL:

0 Leve: Exposición indecentes repetidas a materiales pornográficos o a genitales, etc.

1 Poco severo: refiere actos de besar inapropiados, tocar sexualmente partes del cuerpo por encima de la ropa, como nalgas, muslos, otras partes del cuerpo incluyendo pechos y genitales

2 Severo: acto de tocar por debajo de la ropa o sin ella pechos y genitales, penetración con los dedos o simulación del acto sexual

3 Muy severo: al acto sexual con penetración vaginal, anal u oral

ASPECTOS POST ABUSO

Tiempo desde que ocurrió el abuso: 1 2 3 4

Haber contado sobre el abuso o no haber contado: Si No

Estrés relacionado a procedimientos legales: Si No

Negación por parte del victimario: Si No

Estigma, etiqueta o prejuicio: Si No

Ayuda Legal: Si No

Ayuda psicológica: Si No

REACCIONES NEGATIVAS:

1. A la persona a la que se lo contó no fue cariñosa, ni de apoyo.
2. Se culpó al niño o se le dijo que era su falta.
3. Se le gritó o regaño al niño cuando contó el abuso.
4. La persona no quería escuchar los detalles.
5. Se le obligo al niño a decir que no había pasado nada o que mintiera.
6. Se agredió físicamente al niño por haber contado.

Observaciones:_____

_____

ANEXO C

SOLICITUD DE COLABORACIÓN PARA REALIZACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN LA INSTITUCIÓN

UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO
ESTUDIOS DE POSTGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA COMUNITARIA

SOLICITUD DE COLABORACIÓN PARA REALIZACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SU INSTITUCIÓN.

NOMBRE DEL INVESTIGADOR: Lic. Ana Gabriela Pérez de Antelo
DIRECCIÓN: Calle: Santa Elena, Qta. Las Jimaguas, Colinas de la Trinidad
TELÉFONOS: hab. 945-9193, cel.(0416) 6085826
NOMBRE DEL PROFESOR TUTOR: Prof. Oly Negrón

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Trabajo de Especialización para obtención del título de Especialista en Psicología Clínica Comunitaria

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN: ***ESTUDIO DE LA DISOCIACIÓN EN NIÑOS CON MALTRATO FÍSICO Y/O ABUSO SEXUAL***

OBJETIVO: Establecer la relación entre el abuso sexual y/o maltrato físico infantil y el grado y tipo de disociación, medida a través de la Lista de Chequeo de Conductas Disociativas en Niños (CDC, traducida de Putman, 1994).

JUSTIFICACIÓN: El poder determinar si un niño con historia de abuso sexual y/o maltrato físico presenta un grado alto de disociación y si ésta es del tipo patológico, puede tener una alta utilidad clínica en tanto que permite un mejor diagnóstico y una orientación adecuada de la terapia, por tanto el uso de la CDC puede ser un aporte importante para la actividad del clínico que trabaje con niños traumatizados.

ACTIVIDADES PROPUESTAS:

1. Se garantiza la confidencialidad de los sujetos ya que sus nombres no serán utilizados en la investigación, igualmente se garantiza que la participación de los mismos en la investigación se hará con previo consentimiento informado por parte del representante y de la institución con la cual se trabaja.

2. Se espera de parte de la institución acceso a los representantes de los sujetos de investigación (padres de los niños con historias de abuso y/o maltrato) y a sus especialistas tratantes, así como la posibilidad de obtener cierta información a través de la revisión de las historias de manera de evitar indagar directamente sobre temas delicados referidos a las circunstancias trauma. (No habrá un acceso directo al niño ya que no se estima conveniente ni necesario para cubrir los objetivos de este trabajo).

3. La selección de la muestra será intencional en función de la presencia de historia de abuso y/o maltrato, descartando otros tipos de abuso para esta investigación. Igualmente la muestra será accidental en tanto que depende de las posibilidades de contactar a los representantes de los sujetos y a su consentimiento para participar en la investigación.

4. El número de sujetos de la muestra estará sujeto a la disponibilidad de la muestra. No se establece un número previo esperando tener una muestra significativa pero a la vez considerando las dificultades de éste muestreo.

5. Se aplicará a los representantes de los niños la Lista de Chequeo de Conductas Disociativas en Niños (CDC, Putman, 1994) la cual puede ser entregada a los representantes con un cierto nivel de lectura y respondida por su cuenta. En caso necesario (incapacidad para leer o para comprender las instrucciones) puede ser guiada por el investigador o algún personal de la institución que se ofrezca para esos casos.

6. A través del acceso a las historias por parte del investigador o con entrevistas a los especialistas a cargo del caso, se obtendrá el resto de la información relevante. (Ver cuadro anexo)

7. Finalmente, se les pedirá a los especialistas tratantes llenar un cuestionario sobre la utilidad clínica de la Lista de Chequeo de Conductas Disociativas en Niños. (Putman, 1994)

Agradeciendo de antemano toda su colaboración,

Fecha:_____
Firma:_____
Lic. Ana G. Pérez de Antelo
Estudiante de Postgrado

Fecha:_____
Firma:_____
Prof. Oly Negrón
Profesor Tutor

ANEXO D

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN

UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRES BELLO
ESTUDIOS DE POSTGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA-COMUNITARIA

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN

Estimado señor o señora:

Con el objetivo de realizar el trabajo especial de grado, me dirijo a usted para obtener su consentimiento para participar en esta investigación referida al estudio de la disociación en los niños. A pesar de que la investigación es en niños, toda la información requerida será solicitada a sus padres o representantes, y en los casos necesarios, a los especialistas a su cargo. Esta información es absolutamente confidencial y los nombres de los niños no serán mencionados en la investigación.

Se le pedirá llenar unos cuestionarios sencillos sobre conductas que pueden o no presentar los niños. Esta investigación busca entender algunas conductas que presentan niños que han pasado por situaciones particulares en sus vidas y así aportar una mejor comprensión que ayude a prevenir consecuencias no deseadas en el futuro.

Su colaboración es voluntaria y puede contactarme en cualquier momento si desea más información.

Atentamente,

Lic. Ana G. Pérez de Antelo
Estudiante de postgrado

_____
Firma del padre o representante.

ANEXO E

ESTADÍSTICAS SOBRE MALTRATO FÍSICO Y ABUSO SEXUAL DE FONDENIMA Y AVESA

ESTADISTICAS 1999

DENUNCIAS

MES TIPO DE DENUNCIAS	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	TOTAL
Totales	07	11	18	20	10	22	10	04	10	08	12	02	
• Anónimas	02	03	04	03	02	03	01	----	----	----	----	----	
• No Anónimas	05	08	14	17	08	19	09	04	10	08	12	02	
Telefónicas	05	01	05	07	05	09	08	01	02	----	----	----	
• Anónimas	04	01	04	05	04	06	08	01	01	----	----	----	
• No Anónimas	01	----	01	02	01	03	----	----	01	----	----	----	
Total General	12	12	23	27	15	31	18	05	12	08	12	02	**177**

TIPOS DE MALTRATO

Tipos de Maltrato	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	TOTAL
Físico	09	12	14	14	09	19	09	04	04	06	08	02	110
Psicológico	02	02	05	12	03	06	----	----	04	01	01	----	36
Negligencia	----	01	05	02	----	03	05	01	02	----	01	----	20
Abuso Sexual	01	----	----	01	03	05	05	----	02	01	02	----	20

MENOR MALTRATADO

EDAD	F	M
00-03	30	24
04-07	45	40
08-11	25	41
12-15	24	17
16-19	08	10
No indica		
Total	132	132

MALTRATADOR	15-20	21-26	27-32	33-38	39-44	45-50	51-56	57-62	63-68	69-74	No señala
Padre		05	10	11	08	08	03				05
Madre	07	25	26	21	11	07					08
Padrastro			04	02			2				03
Madrastra				01							
Abuela							01	02	01		01
Abuelo							01				01
Otro Familiar	03	04	01	01	03					01	01
Amigos	02			01							01
Otros	05		04	03	04	02	01		02	03	03
	17	34	45	40	26	17	08	02	03	04	23

CASOS

Procedencia	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	Total
Procuradurías	04	08	09	10	12	15	13	04	07	09	15	5	111
Juzgados	05	02	06	11	04	02	14	11	07	05	09	02	78
Hospital J.M.	01	05	01	02	01	02	01	-----	-----	03	01	01	18
INAM	02	01	03	03	04	01	04	02	01	02	01	----	24
Inquietud Personal	04	05	05	03	03	04	05	02	01	01	07	03	43
Otras	01	04	14	01	05	05	07	04	01	---	03	01	46
Fiscalía	----	----	----	----	----	----	----	01	01	02	----	01	05
Total													**325**

Procuradurías	Casos
Primera	12
Segunda	02
Tercera	09
Cuarta	08
Quinta	05
Sexta	02
Séptima	01
Octava	13
Novena	01
Décima	32
Décima Primera	---
Décima Tercera	02
Décima Quinta	08
Décima Sexta	14
Décima Octava	11

Juzgados	Casos
Primero	17
Segundo	24
Tercero	13
Cuarto	01
Quinto	12

TOTAL CASOS Y DENUNCIAS 504

Casos 1999

	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	TOTAL
Triajes Atendidos	16	28	44	34	37	27	35	24	23	24	39	16	347
Triajes Inasistentes	10	11	19	17	09	20	19	24	14	28	30	11	212
Remisión a Evaluación	08	11	20	20	24	16	32	01	18	18	22	08	198
Remisión a otro Centro	01	06	02	02	02	04	07	----	----	01	04	02	31
Grupo de Adolescentes	01	01	01	08	01	03	03	----	01	01	04	----	24
Grupo de Orientación	----	01	06	03	05	02	08	01	04	05	02	01	38
E.P.P.	09	09	12	09	05	05	10	----	06	03	06	03	77
Evaluación Individual	02	06	05	02	04	03	04	----	01	01	03	02	33

TIPO DE MALTRATO

Tipo de Maltrato	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	Total
Físico	08	14	16	11	08	07	11	----	03	13	12	08	111
Psicológico	05	14	12	09	10	06	12	----	05	03	12	06	94
Negligencia	08	03	08	15	13	07	18	01	08	06	12	----	99
Abuso Sexual	02	07	04	06	05	06	10	----	04	02	05	----	51
Prevención	02	----	05	03	03	01	03	----	----	03	02	02	24

MENOR MALTRATADO

EDAD	F	M	CASOS
00-03	20	21	41
04-07	36	48	84
08-11	32	61	93
12-15	37	48	85
16-19	21	26	47
Sin indicar	146	204	350

MALTRATADOR	15-20	21-26	27-32	33-38	39-44	45-50	51-56	57-62	63-68	69-74	No señaló
Padre	03	23	52	63	57	27	11	09	----	03	21
Madre	08	41	79	81	58	20	04	03	----	----	02
Padrastro	01	----	04	02	03	03	----	01	01	----	----
Madrastra	----	----	----	01	01	----	----	----	----	----	----
Abuelo	----	----	----	----	01	----	----	02	----	01	----
Abuela	----	----	----	----	----	01	04	03	03	03	----
Otro Familiar	02	02	07	02	03	04	01	----	01	----	22
Amigos											
Otros											
Totales	14	66	142	149	123	55	20	17	05	07	45

CASOS 1999

MENOR ABUSADO		
EDAD	**F**	**M**
00-03	08	
04-07	14	06
08-11	07	06
12-15	07	01
16-19	01	01
No indica		
Total	**37**	**14**
Total Gral.	**51**	

MALTRATADOR		
EDAD	**F**	**M**
09-14		19
15-20	01	09
21-26		01
27-32		02
33-38		
39-44		01
45-50		01
51-56		
57-62		
Desconoce	03	18
Total	**04**	**51**
Total Gral.	**59**	

FILIACION	
PADRE	04
PADRASTRO	06
TIO	05
PRIMO	07
ABUELO	
VECINO	09
HERMANO	04
DESCONOCE	05
OTRO	14
TOTAL	**54**

DENUNCIA 1999

MENOR ABUSADO		
EDAD	**F**	**M**
00-03	02	
04-07	10	04
08-11	03	01
12-15	02	01
16-19	01	
No indica		
Total	**18**	**06**
Total Gral.	**24**	

***Hubo varios niños abusados por un mismo maltratador**

MALTRATADOR		
EDAD	**F**	**M**
09-14		03
15-20	01	03
21-26		03
27-32		03
33-38		02
39-44		02
45-50		01
51-56		
57-62		
Desconoce		01
Total	01	**19**
Total Gral.	**22**	

FILIACION	
MADRE	02
PADRE	02
PADRASTRO	02
TIO	05
PRIMO	04
ABUELO	
VECINO	01
HERMANO	01
ABUELASTRO	01
PROFESOR	01
AMIGO	01
DESCONOCE	02
TOTAL	**22**

ESTADISTICAS 2000

RECEPTORIA DE DENUNCIAS

ESTADISTICAS 2000

MES	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	TOTAL
DENUNCIAS	08	07	08	05	08	07	09	10	02	04	07	03	78

Tipos de Denuncia *1	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	TOTAL
Físico	07	05	05	05	05	03	05	03	02	01	03	01	45
Psicológico	---	---	01	---	---	01	01	---	---	---	01	---	04
Negligencia	---	---	---	---	---	01	01	01	---	01	---	---	04
Abuso Sexual	01	01	02	---	04	02	02	06	---	02	03	02	25
Total	**08**	**06**	**08**	**05**	**09**	**07**	**09**	**10**	**02**	**04**	**07**	**03**	**78**

MENOR MALTRATADO (*2)

EDAD	F	M
00-03	08	10
04-07	20	18
08-11	22	14
12-15	09	04
16-19	01	02
No indica	02	01
Total	**62**	**49**
		111

MALTRATADOR *3	15-20	21-26	27-32	33-38	39-44	45-50	51-56	No señala	Total
Padre	---	02	04	03	02	04	01	02	18
Madre	02	09	13	07	06	02	---	02	41
Padrastro	---	01	01	02	03	---	---	05	12
Madrastra	---	---	---	01	---	---	---	01	02
Abuela	---	---	---	---	01	---	---	---	01
Abuelo	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Otro Familiar	02	01	02	01	01	---	01	---	08
Amigos	---	---	01	---	---	---	---	---	01
Otros	06	02	---	01	01	01	---	02	13
Total	**10**	**15**	**21**	**15**	**14**	**07**	**02**	**12**	**96**

***1: Todos los casos son remitidos a fiscalía.**
***2: Fueron denunciados más de un niño y/o adolescente por grupo familiar.**
***3: Fueron denunciados más de un miembro del grupo familiar.**

CASOS

ESTADÍSTICAS 2000

Procedencia	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	Total
J.M. de los Ríos	---	01	01	---	---	---	---	01	03	---	---	02	**08**
Inquietud Personal	---	01	01	---	01	---	01	---	05	04	01	02	**16**
Fiscalía	---	---	---	---	---	01	---	---	05	01	04	---	**11**
Otra	---	---	---	---	---	---	---	---	02	03	10	02	**17**
Tribunal Protección	---	---	---	---	---	---	---	---	01	02	02	01	**06**
INAM	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	01	---	**01**
Juzgado	---	---	---	---	---	---	---	---	---	01	---	---	**01**
Total	**---**	**02**	**02**	**---**	**01**	**01**	**01**	**01**	**16**	**11**	**18**	**07**	**60**

Tipo de Maltrato	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	Total
Físico	---	02	01	---	---	01	01	01	03	03	08	02	**22**
Psicológico	---	---	---	---	---	---	---	---	07	03	04	03	**17**
Negligencia	---	---	01	---	01	---	---	---	02	03	04	01	**12**
Abuso Sexual	---	---	---	---	---	---	---	---	04	03	01	01	**09**
Total	**---**	**02**	**02**	**---**	**01**	**01**	**01**	**01**	**16**	**12**	**17**	**07**	**60**

*	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	Total
Prevención	---	---	---	---	---	---	---	---	---	01	02	---	03

*** Asistieron en prevención 3 personas durante el año 2000**

MENOR MALTRATADO

EDAD	F	M	CASOS
00-03	07	08	**15**
04-07	07	15	**22**
08-11	06	09	**15**
12-15	06	05	**11**
16-19	---	---	**---**
Sin indicar	02	---	**02**
Total	**28**	**37**	**65**

No todos los niños quedan en atención en FONDENIMA, 5 fueron remitidos al Servicio de Higiene Mental del Hospital "J.M. de los Ríos".

Representante en atención	15-20	21-26	27-32	33-38	39-44	45-50	51-56	57-62	Total
Padre	---	---	03	02	01	---	---	---	**06**
Madre	01	08	19	05	07	02	---	---	**42**
Padrastro	---	---	---	---	---	---	---	---	**---**
Madrastra	---	---	---	---	---	---	---	---	**---**
Abuelo	---	---	---	---	---	---	01	---	**01**
Abuela	---	---	---	---	---	03	01	01	**05**
Otro	---	01	---	---	---	---	---	---	**01**
Otro Familiar	01	---	---	---	---	---	---	01	**02**
No señala	02	01	---	01	01	---	---	---	**05**
Totales	**04**	**10**	**22**	**08**	**09**	**05**	**02**	**02**	**62**

Plan de Acción	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	TOTAL
Triajes Citados	---	02	01	01	01	01	01	01	16	20	33	15	**92**
Triajes Atendidos	---	02	01	01	01	01	01	01	16	17	24	10	**75**
Triajes Inasistentes	---	---	---	---	---	---	---	---	---	03	09	05	**17**
Remisión a Evaluación	---	---	---	---	---	---	01	---	01	04	03	---	**09**
Atención Individual	---	---	01	---	---	---	---	01	02	05	05	03	**17**
Remisión a Otro Centro	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	01	02	**03**
Remisión a Higiene Mental	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	04	01	**05**
Escuela para Padres	01	01	---	---	01	01	---	---	05	03	09	02	**23**
Orientación	---	---	---	---	---	---	---	---	03	---	04	---	**07**
Nueva Cita	---	---	01	---	---	---	---	---	05	03	04	01	**14**

E		F		M		A		M		J		J		A		S		O		N		D		Total	
A	I	A	I	A	I	A	I	A	I	A	I	A	I	A	I	A	I	A	I	A	I	A	I	A	I
---	---	02	---	01	---	01	---	01	---	01	---	01	---	01	---	16	---	17	03	24	09	10	05	**75**	**17**

Tipo de Maltrato	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	Total
Físico	6	6	8	9	9	8	6	8	5	2	8	2	**77**
Psicológico	2	1	4	3	2	2	2	2	--	4	1	--	**23**
Negligencia	--	2	1	1	3	1	--	1	1	--	--	1	**11**
Abuso Sexual	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	**--**
Todas las Anteriores	--	--	--	1	--	--	--	--	--	--	--	--	**1**
Total	**8**	**9**	**13**	**14**	**14**	**11**	**8**	**11**	**6**	**6**	**9**	**3**	**112**

*	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	Total
Prevención	2	7	4	5	5	4	3	10	6	2	2	1	**51**

En el maltrato infanto-juvenil el que mas predomina es el físico con 77 niños (as) y adolescentes, en el psicológico 23 casos, negligente 12 casos. No se puede dejar de considerar que en todo maltrato físico y negligente esta implícito el maltrato psicológico.

TRIAJES ASISTENTES E INASISTENTES

E		F		M		A		M		J		J		A		S		O		N		D		Total	
A	I	A	I	A	I	A	I	A	I	A	I	A	I	A	I	A	I	A	I	A	I	A	I	A	I
8	--	9	20	13	27	14	29	14	36	18	33	112	24	23	29	17	24	10	19	20	27	7	12	**163**	**125**

CASOS DE MALTRATO EN NIÑOS (AS) Y ADOLESCENTES

Plan de Acción	**E**	**F**	**M**	**A**	**M**	**J**	**J**	**A**	**S**	**O**	**N**	**D**	**TOTAL**
Triajes Citados	8	20	27	29	36	33	24	29	24	19	27	12	**288**
Triajes Atendidos	8	9	13	14	14	18	10	23	17	10	20	7	**163**
Triajes Inasistentes	--	11	14	15	22	15	14	6	7	9	7	5	**125**
Remisión a Evaluación	1	2	2	1	4	3	2	2	2	1	7	5	**32**
Atención Individual	1	4	2	4	3	2	4	1	--	4	6	--	**31**
Remisión a Otro Centro	--	3	--	--	1	1	1	--	--	--	--	--	**06**
Remisión a Higiene Mental	--	--	--	--	--	1	--	--	--	--	--	--	**01**
Escuela para Padres	2	3	2	4	14	9	3	--	27	8	8	3	**83**
Orientación	--	--	--	--	--	6	7	10	8	6	10	6	**53**
Nueva Cita	1	3	1	4	8	8	2	1	1	1	3	--	**33**
Psicoterapia Breve	3	2	1	3	2	2	3	1	3	2	1	1	**24**
Grupo de Adolescentes	--	--	4	1	1	--	--	--	--	1	4	--	**11**
Grupo de Adultos	--	1	3	--	--	--	--	--	--	1	1	2	**08**

En el plan de acción se atendieron 163 casos en triaje de 288 casos citados. Es importante señalar que de estos 288 se incluyen los de inquietud personal que generalmente se refieren de forma inmediata a Escuela para Padres si así se determina, igualmente son referidos a otros centros sin concertar previa cita. No obstante se incluyen en el libro de registro que se lleva a cabo en trabajo social, por ello se reflejan en la estadística de los casos citados. Continuando con el análisis tenemos 125 inasistencias estas incluyen a los representantes que perdieron las citas entre una y dos oportunidades. Por otra parte tenemos que las evaluaciones tienen un total de 32 pacientes, en atención individual 31 pacientes, en escuela para padres, 83 pacientes, donde en el mes de septiembre tuvo una demanda de 27 personas que incluyen tanto los de iniciativa propia como los remitidos de diversas instituciones.

CASOS DE MALTRATO EN NIÑOS (AS) Y ADOLESCENTES
MALTRATADOR (FILIACIÓN)

Representante en atención	15-20	21-26	27-32	33-38	39-44	45-50	51-56	57 o mas	No indica	Total
Padre	2	1	4	8	9	2	2	1	--	**29**
Madre	6	11	11	11	4	3	1	1	1	**49**
Padrastro	--	3	1	--	1	--	--	--	--	**5**
Abuela	--	--	--	--	--	1	--	1	--	**2**
Otro Familiar	3	--	--	--	--	--	--	--	2	**5**
Otros	--	--	--	--	--	--	--	--	3	3
Totales	**11**	**15**	**16**	**20**	**24**	**6**	**3**	**3**	**6**	**94**

En este cuadro se evidencia que las madres una vez mas son las victimarias en maltrato infanto-juvenil con una cantidad de 49 incurrencias. Las edades que predominan son las que van desde 21-38 años con 11 incidencias. Sucesivamente se ubican las edades entre 15-20 años que incurren en este tipo de situación con 6 en total. Los padres por su lado están representados con 29 incidencias, destacándose las edades entre 39-44 años con 9 de ellas. Seguidamente se encuentran los padrastros con 5 incurrencias. En este análisis no podemos dejar de retornar el cuadro de los representantes en atención, donde se observa que las madres tuvieron mayor demanda del servicio de FONDENIMA, siendo estas en su mayoría las que incurrieron en maltrato físico, psicológico y negligente.

Representante en atención	15-20	21-26	27-32	33-38	39-44	45-50	51-56	57-62	63 o mas	No indica	Total
Padre	1	2	3	7	7	3	1	--	--	--	**24**
Madre	3	14	12	15	7	3	--	--	1	1	**56**
Padrastro	--	1	2	--	1	--	--	--	--	--	**4**
Abuelo	--	--	--	--	--	--	1	--	--	--	**1**
Abuela	--	--	--	--	--	3	2	--	3	2	**10**
Otro	--	--	--	--	--	--	--	--	--	1	**1**
Otro Familiar	2	--	--	--	--	--	--	--	--	--	**2**
Totales	**6**	**17**	**17**	**22**	**15**	**9**	**4**	**--**	**4**	**4**	**98**

Se atendieron 98 representantes de las víctimas de maltrato. Se observa que las madres son las que tendieron a solicitar el servicio de triaje bien sea por iniciativa propia o que fueron remitidas de diferentes centros como: el Hospital de Niños "J.M. de los Ríos", Fiscalía, Tribunal de Protección entre otros. Las madres se encuentran con una cantidad de 56 solicitudes, destacándose las edades entre 33-38 año con 15 atenciones. Mientras que los padres con 24 atenciones, centrándose entre las edades 33-44 años. Se observa que las abuelas tienen 10 atenciones, el resto lo componen los padrastros, abuelos y otro familiar.

CASOS DE MALTRATO EN NIÑOS (AS) Y ADOLESCENTES

EDAD	F	M
00-03	14	9
04-07	9	20
08-11	8	22
12-15	13	10
16-19	5	2
Sin indicar	--	--
Total	**49**	**63**
Total General	**112**	

En FONDENIMA, se atendieron 112 niños y adolescentes en edades comprendidas entre 0 a 19 años, víctimas del maltrato físico, psicológico y negligente *. Donde su gran mayoría estuvo concentrada en el sexo masculino entre las edades entre las edades 08 a 11 años, con una cifra de 22 niños. Seguidamente tenemos las edades entre 04 a 07 años con una cifra de 20 niños, luego se ubican las edades entre 12 a 15 años con un total de 10 adolescentes, el resto los componen otras edades de una población de 63 niños y adolescentes masculinos. Por su parte se encuentran 49 víctimas de maltrato en el sexo femenino, donde la mayor tendencia estuvo dirigida a las edades entre 0 a 03 años, con una cantidad 14 niñas, luego 13 adolescentes entre las edades de 12 a 15 años, con mayor índice de maltrato infanto-juvenil.

* Los casos de abuso sexual se trabajaron en otra estadística, solicitarla si lo requiere.

CASOS DE MALTRATO EN NIÑOS (AS) Y ADOLESCENTES

ESTADÍSTICAS 2001

Procedencia	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	Total
J.M. de los Ríos	--	--	1	1	1	4	1	2	3	1	2	--	**16**
Inquietud Personal	2	7	4	5	5	4	3	10	6	2	2	1	**52**
Fiscalía	1	--	1	1	2	3	1	--	--	1	2	--	**12**
Otra	1	1	1	3	--	3	--	3	--	--	4	1	**17**
Tribunal Protección	1	2	2	2	6	2	2	5	2	2	5	1	**32**
INAM	--	--	--	1	--	1	1	2	--	--	1	--	**6**
Juzgado	--	--	--	--	1	--	--	1	--	--	--	1	**3**
Defensoría	--	1	--	--	--	1	--	--	1	--	1	--	**4**
Casa de la Mujer	--	--	2	--	--	--	--	--	2	1	--	--	**5**
U.E.	1	--	2	3	2	4	2	--	--	2	1	--	**17**
Total	**6**	**11**	**13**	**16**	**17**	**22**	**10**	**23**	**14**	**9**	**18**	**4**	**163**

En la procedencia de los casos atendidos(*), predominan las de inquietud personal con 52 demandas. Seguidamente se encuentran los Tribunales de Protección con 32 remisiones y en tercer lugar tenemos las unidades educativas con 17 remisiones.

* Unicamente se consideraron en la estadística los pacientes que asistieron y se le abrieron sus respectivas historias.

LUGAR DE ORIGEN	TOTAL
OESTE	19
ESTE	2
NORTE	2
SUR	3
INTERIOR	4
TOTAL GENERAL	30

El lugar de origen de los casos atendidos, señala que el mayor porcentaje proviene del oeste de Caracas, con una cifra de 19 niños (as) y adolescentes. Posteriormente se encuentra el interior del país con 4 procedencias.

CASOS DE ABUSO SEXUAL 2001

Plan de Acción	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	TOTAL
Remisión a Evaluación	--	--	--	--	1	--	--	--	--	1	--	--	**2**
Atención Individual	--	--	1	1	2	--	2	--	--	--	1	2	**9**
Remisión a Otro Centro	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	1	1	**2**
Remisión a Higiene Mental	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	1	**1**
Escuela para Padres	--	--	--	--	1	1	--	--	--	--	--	--	**2**
Orientación	--	--	--	--	--	--	--	--	--	1	--	1	**2**
Nueva Cita	--	--	1	--	2	--	--	--	2	1	1	--	**7**
Psicoterapia Breve	--	--	2	--	--	2	1	--	--	--	--	1	**6**
Grupo de Adolescentes	--	--	--	1	1	1	1	1	--	--	1	--	**6**
Grupo de Niños Abusados	--	1	1	--	1	--	--	1	2	--	--	--	**6**
Grupo de Madres de N. A.	--	--	--	--	--	--	--	--	2	--	1	--	**3**
Grupo Familiar	--	--	--	--	--	1	--	--	1	--	--	--	**2**
TOTAL	**--**	**1**	**5**	**2**	**8**	**5**	**4**	**2**	**7**	**3**	**5**	**6**	**48**

En el plan de acción se trabajo con una población de 48 personas, comprendidas entre las víctimas y los representantes de las mismas. Observándose que las atenciones individuales tiene un total de 9 asistencias, las nuevas citaciones (seguimiento de los casos) con 7 solicitudes por parte del equipo interdisciplinario. Posteriormente las psicoterapias, grupo de adolescentes, grupo de niños, con 6 personas en cada tratamiento. Cabe destacar que en un mismo caso de niños (as) y adolescentes en algunas ocasiones se le suministra diferentes tratamientos por etapas (una vez culminado un plan de acción se aplica otro)

CASOS DE ABUSO SEXUAL

MALTRATADOR (FILIACIÓN)	10-14	15-20	21-26	27-32	33-38	39-44	45-50	51-56	57 o mas	No indica	Total
Padre	--	--	--	--	--	--	--	--	1	--	**1**
Madre	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Padrastro	--	--	1	--	2	--	--	--	--	--	**3**
Abuelastro	--	--	--	--	--	--	--	1	--	2	**3**
Primo	3	2	--	--	--	--	--	--	--	2	**7**
Abuelo	--	--	--	--	--	--	--	--	1	1	**2**
Amigos	2	1	--	--	--	--	--	--	--	2	**5**
Otro Familiar	1	2	--	--	--	--	--	--	--	--	**3**
Vecino (a)	1	3	--	--	--	--	--	--	--	2	**6**
Otros	--	--	1	--	--	--	--	--	--	**3**	**4**
Totales	**7**	**8**	**2**	**--**	**2**	**--**	**--**	**1**	**2**	**12**	**34**

2 Amigos en un mismo caso

2 Primos 10-14

En cuanto a los victimarios en abuso sexual se encuentran 34 maltratadores, con una mayor incidencia la filiación de primos, con 7 maltratadores, observándose que las edades entre 10-20 años tienen 5 incurrencias y 2 de ellos se desconoce la edad. Seguidamente se destaca la filiación de vecinos, igualmente entre las edades de 10-20 años con 4 maltratadores y 2 de ellos se desconoce la edad. Posteriormente se ubican la filiación de los amigos entre las edades de 10-20 con 3 victimarios (en un caso se pudo determinar que intervinieron dos maltratadores con la filiación de primos, y en otro caso incurrieron dos maltratadores bajo la filiación de amigos en las edades mencionadas anteriormente). Lo ante expuesto es una situación de alarma y de urgente intervención estratégica social.

Representante en atención	15-20	21-26	27-32	33-38	39-44	45-50	51-56	57-62	63 o mas	Total
Padre	--	1	1	1	--	--	--	--	--	**3**
Madre	--	3	11	10	3	--	--	--	--	**27**
Padrastro	--	--	--	1	--	--	--	--	--	**1**
Madrastra	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Abuelo	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Abuela	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Otro	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Otro Familiar	--	--	--	2	1	--	--	--	1	**4**
No señala	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Totales	**--**	**4**	**12**	**14**	**4**	**--**	**--**	**--**	**1**	**35**

En cuanto a los representantes en atención tenemos una población de 35 personas que se le brindo asistencia social, donde predominan las madres con 27 atenciones, entre la edades de mayor tendencia están de 27-32 años con 11 asistencias, en segundo lugar se ubican otros familiares con 4 atenciones.

CASOS DE ABUSO SEXUAL
NIÑOS (AS) Y ADOLESCENTES MALTRATADOS

EDAD	F	M	Actos lascivos	Violación	TOTAL
00-03	1	1	2		2
04-07	5	7	8	4	12
08-11	5	3	4	4	8
12-15	8	1	6	3	9
16-19	1		1		
Sin indicar					
Total	**20**	**12**	21	11	32
	32				

En los casos de abuso sexual se atendió una población de 32 niños (as) y adolescentes víctimas de este tipo de maltrato. Encontrándose el sexo femenino con mayor índice de maltrato, destacándose las edades entre 12-15 años con mas tendencia a ser abusadas, con una cifra de 8 en total. Seguidamente las edades entre 08-11 años con 5 tendencias, de una población de 20 niñas y adolescentes. Por otro lado el sexo masculino con 12 víctimas, centrándose en los niños de edades entre 04-07 años con 07 en total.

El tipo de abuso sexual más frecuente entre el sexo femenino y masculino, se ubica en primer lugar los actos lascivos con 21 incidencias. Por otro lado están las violaciones con 11 víctimas. Es importante señalar que el 98 % de las violaciones estuvieron centradas en el sexo masculino, esta información no se demuestra estadísticamente en el cuadro, sin embargo durante la revisión exhaustiva de las historias se pudo detectar tal situación.

OFICIOS REMITIDOS DE ABUSO SEXUAL

ESTADÍSTICAS 2001

Procedencia	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	Total
J.M. de los Ríos	--	--	1	--	2	2	3	--	2	--	1	--	**11**
Inquietud Personal	--	2	--	--	2	--	--	--	1	1	1	1	**8**
Fiscalía	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	**--**
Otra	--	--	1	2	--	2	1	1	--	--	2	--	**9**
Tribunal Protección	--	--	--	--	--	--	--	--	1	--	--	--	**1**
INAM	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	1	--	**--**
Juzgado	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	**--**
Total	**--**	**2**	**2**	**2**	**4**	**4**	**4**	**1**	**4**	**1**	**5**	**1**	**30**

La procedencia de los casos atendidos en abuso sexual tenemos un total de 30 remisiones, predominando las del Hospital de Niños "J.M. de los Ríos" con 11 remisiones, otras instituciones con 9 remisiones, inquietud personal con 8 solicitudes. Un dato que no se puede obviar es que en este tipo de remisiones y solicitudes el índice de inasistencia se ubica en 1% del total de la población.

DENUNCIA – ABUSO SEXUAL

EDAD	F	M	TOTAL
00-03	2	4	6
04-07	9	4	13
08-11	5	--	5
12-15	2	--	2
16-19	--	--	--
Sin indicar	--	--	--
Total	**18**	**8**	**26**

En la recepción de denuncia de Maltrato en Abuso Sexual, tenemos una población de 26 niños (as) y adolescentes. En la misma se evidencia que las niñas y adolescentes tuvo 18 receptoria de denuncias, predominando las edades de 04-07 años, con 9 receptorias y 5 denuncias entre las edades 08-11 año. Por otro lado se encuentran los niños de 00-03 años de edad con 4 denuncias y los de 04-07 años de edad con 4 denuncias. Las edades más vulnerables al abuso sexual como lo demuestra la estadística están comprendida entre las edades de 04-07 años, con 13 denuncias en total.

MALTRATO EN NIÑOS (AS) Y ADOLESCENTES

EDAD	F	M
00-03	7	3
04-07	13	11
08-11	10	9
12-15	7	6
16-19		1
Sin indicar		
Total	**37**	**30**
	67	

En la recepción de las denuncias se pudo conocer una población de 67 niños (as) y adolescentes maltratados. Donde el sexo femenino tuvo 37 receptorias, observándose que las edades de 04-07 con 13 denuncias, y las edades de 08-11 con 11 denuncias, el resto la componen las otras edades. Por otro lado, se encuentran 30 víctimas de maltrato en el sexo masculino. Siendo su mayor tendencia en las edades de 04-07 años con 11 denuncias, luego 9 niños de 08-11 años. Se evidencia en la estadística que las edades mas vulnerables a la incidencia del Síndrome de maltrato son las comprendidas entre 04-07 años con 24 víctimas y en segundo lugar los de 08-11 años, con 19 víctimas.

DENUNCIA – ABUSO SEXUAL

MALTRATADOR	10-14	15-20	21-26	27-32	33-38	39-44	45-50	51-56	57 o mas	No indica	Total
Padre	--	--	--	--	3	--	1	--	--	--	**4**
Madre	--	--	2	--	--	--	--	--	--	--	**2**
Padrastro	--	--	--	1	1	--	--	--	--	1	**3**
Abuelastro	--	--	--	--	--	1	1	1	1	--	**4**
Primo	1	2	--	--	--	--	--	--	--	--	**3**
Amigos	1	1	--	--	--	--	--	--	--	--	**2**
Vecinos	1	--	--	--	--	--	--	--	--	--	**1**
Otros	--	1	--	--	1	--	--	--	1	--	**3**
Totales	**3**	**4**	**2**	**1**	**5**	**1**	**3**	**1**	**3**	1	**24**

Se denuncio una población de 24 maltratadores. Entre ella se destaca la filiación del padre con 4 denuncias. La estadística señala que la edad mas recurrente es la de 33-38 años, con 3 denuncias. En segundo lugar se ubica la filiación del abuelastro, con 4 denuncias, en esta figura no hay una edad predominante. En tercer lugar se ubica la filiación del padrastro, con 3 denuncias, igualmente no se observa una edad con mas incidencia. Seguidamente se encuentran los primos, con 3 receptorias entre las edades que van de 10 a 20 años. El resto de las denuncias estuvieron dirigidas a otras filiaciones.

DENUNCIA – MALTRATO

MALTRATADOR	10-14	15-20	21-26	27-32	33-38	39-44	45-50	51-56	57 o mas	No indica	Total
Padre	--	--	--	1	4	2	2	1	1	1	**12**
Madre	--	--	7	5	4	1	--	--	--	1	**18**
Padrastro	--	--	--	1	2	--	--	--	--		**3**
Abuela	--	--	--	--	--	--	--	--	2		**2**
Primo	1	2	--	--	--	--	--	--	--		**3**
Amigos	1	1	--	--	--	--	--	--	--		**2**
Otros	1	1	--	--	1	2	2	2	3		**12**
Totales	**3**	**4**	**7**	**7**	**11**	**5**	**4**	**3**	**6**	2	**52**

Se denuncio una población de 52 maltratadores. Entre ellos se destaca la filiación de las madres, quienes más incurrieron en maltrato, con 18 receptorias. Las edades que predominan con mayor incidencia son las de 21-26 años, con 7 denuncias. Seguidamente se ubican las de 27-32 años, con 5 denuncias. Por su parte, se encuentran la filiación de los padres, con 12 denuncias, la edad que mas se destaca en ellos es la de 33-38 años con 4 denuncias.

RECEPTORIA DE DENUNCIAS

ESTADISTICAS 2001

MES	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	TOTAL
DENUNCIAS	2	3	6	5	5	3	5	2	2	3	10	--	**46**

Tipos de Denuncia *1	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	TOTAL
Físico	--	3	2	3	--	2	2	--	1	1	3	--	**17**
Psicológico	--	--	--	--	1	--	--	--	--	--	--	--	**1**
Negligencia	--	--	--	1	2	--	--	--	--	--	1	--	**4**
Abuso Sexual	1	--	2	1	2	1	1	2	1	2	6	--	**19**
Todas las anteriores	1	--	2	--	--	--	2	--	--	--	--	--	**5**
Total	**2**	**3**	**6**	**5**	**5**	**3**	**5**	**2**	**2**	**3**	**10**	**--**	**46**

En FONDENIMA se tramitaron 46 denuncias de maltrato infanto-juvenil de tipo: física, psicológica, negligente y abuso sexual. Donde las denuncias de abuso sexual tuvo mayor demanda, con 19 receptorias. En segundo lugar se encuentran las de maltrato físico, con 17 receptorias, seguidamente la categoría de todas las anteriores conformada por las: físico, psicológico, negligente y abuso sexual, con una recepción de 5. Posteriormente 4 denuncias por negligencia y 1 por maltrato psicológico. El mes que tuvo mas recepción de demanda fue noviembre con 10 receptorias y marzo con 6 receptorias.

EN CIFRAS
AVESA | EMBAJADA DE AUSTRALIA
Boletín 1, 2001

Violencia Doméstica

■ **Durante 1999, la *División contra la violencia hacia la mujer y la familia*** del Cuerpo Técnico de Policía Judicial registró 4.467 denuncias, de las cuales procedieron 915. El resto de las denuncias correspondían, en su mayoría, a casos que ya habían sido denunciados previamente ante otras instancias, por lo que la División no abrió los expedientes. De los casos iniciados ante este cuerpo policial, 520 correspondieron a VIOLENCIA FÍSICA y 263 a VIOLENCIA PSICOLÓGICA. En 553 casos se dictaron medidas cautelares, tales como orden de salida de la residencia común para la parte agresora, arresto transitorio para el agresor hasta por 72 horas, prohibición de acercamiento al lugar de trabajo o estudio de la víctima y otras medidas; y en 66 casos se procedió al arresto.

■ **Para el año 2000, esta misma División recibió 3.598 denuncias** y se abrieron 1.378 expedientes por violencia en el hogar, un número mayor de casos iniciados si se compara con el año anterior. El delito más denunciado fue el de VIOLENCIA PSICOLÓGICA (472 casos), seguido por el de VIOLENCIA FÍSICA-PSICOLÓGICA, reportados en una misma denuncia (441 casos) y el de VIOLENCIA FÍSICA (363 casos). Se dictaron medidas cautelares en 1.099 casos y se ejecutaron 212 arrestos.

■ **Durante los primeros 4 meses del año 2001 comparecieron ante esta División** 4.144 personas: 4.042 mujeres y 102 hombres. Se iniciaron 524 casos y se remitieron a la Fiscalía 1.089 casos, aplicándose 491 medidas cautelares y 67 arrestos.

■ **En cuanto al tipo de violencia, las cifras del CTPJ ponen en evidencia** la significativa proporción en que se presenta más de un tipo de violencia por denuncia. Según registros de diversas ONG y OG, tales como AVESA, PLAFAM y la OFICINA DE ATENCIÓN A LA VIOLENCIA EN LA PAREJA, de la Alcaldía de Chacao/ FUNDAMUJER, las mujeres en general manifiestan haber sufrido de al menos 2 de los tipos de violencia (psicológica, física, sexual y antecedentes de abuso sexual).

■ **La diferencia entre el número de denuncias recibidas por la División del CTPJ** y el número de casos en los que finalmente se apertura el expediente, parece indicar la necesidad de optimizar el proceso de recepción de denuncias por parte de los diversos órganos involucrados, ya que un porcentaje significativo de los y las denunciantes tienen que acudir a más de una de estas instancias, y esto puede ser un factor disuasivo para efectuar la denuncia.

■ **Según información aportada por la Jefa de la División contra la Violencia hacia la Mujer y la Familia** del CTPJ, el 80% de los y las denunciantes son profesionales universitarios.

■ **En el primer trimestre del año 2001, sólo el 18% de las mujeres** que reciben atención psicológica en AVESA por violencia doméstica, ha colocado la denuncia ante las autoridades. PLAFAM también detectó, para el año 2000, un porcentaje bajo de denuncias, ya que el 27% de los casos que reciben atención psicológica, está en proceso de trámites legales.

■ **De los 378 casos atendidos en la Defensoría Nacional de los Derechos de la Mujer** durante el segundo semestre del año 2000, la violencia en el hogar ocupó el mayor porcentaje (42%), muy por encima de las otras problemáticas atendidas.

EN%CIERAS
AVESA | EMBAJADA DE AUSTRALIA | Boletín 2, 2001

Violencia Sexual y Doméstica

■ **Según estimaciones de una investigación del *Centro de estudios para la paz*** de la Universidad Central de Venezuela, sólo en Caracas, cada doce días un hombre mata a una mujer en el contexto de la relación de pareja.

■ **Algunas estimaciones indican que el 70% de las manifestaciones de violencia** contra las mujeres tienen lugar dentro del hogar (ATHENIA MONTEJO, UNICEF); de allí la urgencia de crear en Venezuela refugios para mujeres víctimas de violencia.

■ **De un estudio realizado por la *Fundación para la Promoción de la Mujer*** (1998), sobre la base de 865 historias médicas de pacientes femeninas que ingresaron por emergencia a algunos hospitales caraqueños, se desprende que: (i) la mitad eran mujeres jóvenes entre los 15 y 34 años; (ii) sólo en una pequeña parte de estas historias (4%) se indicaba como causa específica de las lesiones, la violencia intrafamiliar; (iii) el 32% indicaba como causas las llamadas "caídas de sus pies"; (iv) el 10% de los casos fue atendido por "caídas de altura"; (v) otro 10%, por heridas de armas blancas; (vi) y un 5% por quemaduras, sin especificar si se trataba o no de un acto intencional perpetrado por un tercero. Llama la atención que la mayoría de las mujeres entre 15 y 34 años, ingresaron a emergencia por traumatismos producto de "caídas de sus pies" (45% de estos casos), en contraposición a las mujeres de la tercera edad (11%).

■ **Llama también la atención que los días de mayor riesgo para accidentes** por violencia doméstica sean los fines de semana (especialmente los domingos); y que el día que se reciben más denuncias por violencia doméstica sea el lunes.

■ **Con respecto a los delitos sexuales, el Cuerpo Técnico de Policía Judicial** recibió en 1999 un total de 6.384 denuncias a nivel nacional, de las cuales 3.135 fueron de violaciones, lo que significa un promedio de 8 violaciones al día. Este promedio de violaciones diarias se mantuvo igual en los primeros cinco meses del año 2000.

■ **Sólo en el área metropolitana, el Cuerpo Técnico de Policía Judicial** recibió 32 denuncias por acoso sexual durante 1999, año en que entró en vigencia le ley especial que tipifica este delito, por lo que se espera un incremento de las denuncias para los próximos años (DIVISIÓN DE ESTADÍSTICA, DEPENDENCIAS OPERATIVAS DEL CTPJ).

■ **800-MUJER es una línea telefónica que, a nivel nacional,** ofrece una primera atención psicológica y legal a mujeres y hombres víctimas de violencia intrafamiliar y de cualquier otra forma de violencia de género. El 62% de las llamadas que se reciben son hechas por mujeres y el 95% de los casos de violencia reportados, son de violencia intrafamiliar.

■ **Los y las usuarioas de esta línea reportan ser maltratadas** diariamente en un 16% de los casos; 5% vive situaciones de violencia sólo durante los fines de semana. Un 10% de las personas afectadas llama al 800- MUJER entre 2 y 4 veces.

■ **En el estado Vargas, la Prefecta reporta que 7 de cada 10** denuncias recibidas durante el año 2001, corresponden a violencia contra la mujer.

■ **Es limitada la información disponible sobre población afectada** por las distintas expresiones de violencia de género. Los datos existentes son registros parciales que no permiten conocer la verdadera incidencia de este grave problema, a lo que se agrega la falta de visión de género en el marco de las políticas públicas que favorece la ausencia de registros de violencia hacia la mujer a todo nivel. Los datos epidemiológicos contemplados por la División de Estadística del Ministerio de Salud, por ejemplo, no contemplan las diversas expresiones de la violencia de género contra la mujer, lo que impide determinar si los registros de enfermedades, accidentes, homicidios y suicidios guardan relación directa o indirecta con un episodio de violencia de género (Informe "Violencia de género contra las mujeres: situación en Venezuela" (AVESA-PNUD, 1999).

EN CIFRAS
AVESA | EMBAJADA DE AUSTRALIA
Boletín 3, 2001

Abuso Sexual Infanto Juvenil

■ **En 1999 el CTPJ recibió 28 denuncias por incesto** y 3 por incitación a la prostitución en todo el territorio nacional. Durante los primeros cinco meses del año 2000, este cuerpo policial sólo recibió 12 casos de denuncia por incesto y ninguna por incitación a la prostitución a nivel nacional. Una vez más, por ausencia de denuncias, queda en evidencia el subregistro de casos de abuso sexual infanto-juvenil (DIVISIÓN DE ESTADÍSTICA, DEPENDENCIAS OPERATIVAS DEL CTPJ).

■ **Durante 1999 el Instituto Nacional del Menor atendió 696 casos** de niños y niñas víctimas de violencia: 69% por maltrato físico y 31% por violación y otras formas de abuso sexual.

■ **En el 68% de estos casos (todos niños y niñas institucionalizados/ as por el INAM)** la violencia ocurrió en el hogar de la víctima; 12%, en otro hogar y 10%, en la calle. En el 69% de los casos, los agresores fueron familiares; en 20%, otras personas y en 6% otro niño o adolescente. (INAM, 2000)

■ **En el 82% de los casos de abuso sexual atendidos en AVESA** (1er trimestre del año 2001), la víctima fue agredida en el hogar o en la casa de allegados, y la persona agresora era un familiar (47%) o conocido cercano de la víctima (33%).

■ **Estas tendencias se aprecian también en los casos de abuso sexual** conocidos por CECODAP, encontrándose que en el 60% de los casos, el agresor era un familiar de la víctima, y en un 30% era conocido cercano. FONDENIMA, por su parte, reporta para el año 2000 que cerca del 75% de los agresores fueron familiares del la víctima.

■ **En cuanto a la edad de los niños, niñas y adolescentes** objeto de maltrato (incluye abuso sexual), FONDENIMA reporta denuncias para el año 2000 de casos de niños que aún no cumplían el año de edad. De los casos denunciados, el 77% correspondió a niñas y mujeres adolescentes.

■ **El rango de edad de los niños y niñas atendidas en AVESA** por abuso sexual durante el primer trimestre del año 2001, oscila entre los 18 meses y los 11 años, con una edad promedio de 5.3 años, correspondiendo el 71% a niñas y 29% a niños.

■ **Según Funda-ICI, durante 1994-1998, se estima que la prostitución infantil** aumentó entre un 15 y 20%. Esto significa que debe haber cuarenta o cincuenta mil niños/ as y adolescentes afectados/ as por el problema.

■ **Se estima que, semanalmente, 100.000 adultos demandan** los servicios sexuales de niños, niñas y adolescentes en nuestro país (FUNDA-ICI, 2000).

■ **En la región capital, la Coordinación de Enfermedades de Transmisión Sexual** de la Dirección Regional de Salud atiende, anualmente, un promedio de 40.000 trabajadoras sexuales solamente en Caracas, y se calcula que más de la mitad de ellas no se controla, porque tienen menos de 18 años.

■ **Se ha detectado que el 33% de las adolescentes** que asiste al Centro Juvenil de PLAFAM por otros motivos de consulta, ha sido víctima de violencia basada en género.

■ **En las Defensorías del Niño y del Adolescente ya comienza a visibilizarse el abuso sexual.** Para el primer semestre del año 2000, el 5% de los casos atendidos en las Defensorías del Estado Miranda, eran de abuso sexual, y en las Defensorías del Estado Vargas, ocupa el 6% de los casos (CECODAP, 2000: SOMOS NOTICIA).