

**UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ**

**Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades**

**Prevalencia de esquizofrenia en mujeres abusadas sexualmente en la infancia**

**Andrea Vásconez Santacruz**

**Licenciatura en Psicología**

Trabajo de integración curricular presentado como requisito  
para la obtención del título de  
Licenciatura en Psicología

Quito, 15 de diciembre de 2019

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ  
COLEGIO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

**HOJA DE CALIFICACIÓN  
DE TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR**

**Prevalencia de esquizofrenia en mujeres abusadas  
sexualmente en la infancia**

**Andrea Vásconez Santacruz**

**Calificación:**

**Nombre del profesor, Título académico**

**Nergiz Turgut , PhD**

**Firma del profesor:**

\_\_\_\_\_

Quito, 15 de diciembre de 2019

## Derechos de Autor

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante:

---

Nombres y apellidos:

Andrea Vásconez Santacruz

Código:

00130092

Cédula de identidad:

1722441761

Lugar y fecha:

Quito, diciembre de 2019

## RESUMEN

El abuso sexual infantil (ASI) en mujeres es uno de los eventos que suceden de manera recurrente en la sociedad, el cual tiene varias consecuencias tanto a corto como a largo plazo en la víctima. Una de ellas se basa en la respuesta al estrés en el género femenino y el posible desarrollo de trastornos mentales, tales como psicopatologías del estado de ánimo y trastorno de estrés postraumático. El propósito de la investigación es comprobar si es que el abuso sexual infantil tiene repercusiones de mayor gravedad en la salud mental de la persona, en donde se encontró una correlación entre el ASI y la prevalencia de esquizofrenia en las mujeres que sufrieron este maltrato mediante el modelo de vulnerabilidad de estrés del trastorno esquizofrénico, explicando las alteraciones cognitivas como las funciones ejecutivas, neuroendócrinas, estructurales, entre otros de la víctima.

Palabras clave: Abuso sexual infantil, esquizofrenia, modelo de vulnerabilidad de estrés, trastorno de estrés postraumático, alteraciones, mujeres, prevalencia

## **ABSTRACT**

Child sexual abuse (CSA) in woman is one of the most recurrent events in society. This event has multiple consequences in the short and long run in the victim's life. One of them is based in women's answer to stress and possibly in the development of mental illnesses such as mood psychopathologies and post-traumatic stress disorder. The purpose of this investigation is to prove if CSA has repercussions of a major gravity in the person's mental health in which there is a correlation between CSA and the prevalence of schizophrenia while explaining the possible cognitive alteration like executive functions, neuroendocrine, structural, amongst others that can affect the victim.

Key words: Child sexual abuse, schizophrenia, model of vulnerability of stress, post-traumatic stress disorder, alterations, women, prevalence.

## TABLA DE CONTENIDO

1. Introducción .....	7
2. Desarrollo del Tema.....	9
2.1 Respuesta neurobiológica del estrés.....	9
2.2 Diferencia de género ante la respuesta al estrés.....	11
2.3 Abuso sexual infantil.....	14
2.4 Trastorno de estrés postraumático.....	20
2.5 Modelo de vulnerabilidad y estrés de esquizofrenia.....	21
2.6 Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.....	23
3. Diseño y Metodología.....	24
3.1 Diseño.....	24
3.2 Población.....	26
3.3 Instrumentos y materiales.....	26
3.4 Procedimiento de Recolección de datos.....	29
3.5 Análisis de datos.....	30
4. Consideraciones éticas.....	31
Conclusiones .....	32
Referencias bibliográficas.....	35
Anexo A: Título .....	37
Anexo B: Título .....	38

## INTRODUCCIÓN

### 1. Planteamiento del Problema

¿Cuál es la prevalencia de esquizofrenia en mujeres abusadas sexualmente en la infancia?

El abuso sexual infantil es uno de los principales problemas de la sociedad que no han recibido los estudios y la importancia debidas, de acuerdo con Pereda, & Gallardo, (2011) la prevalencia de ASI en el mundo occidental promedio entre un 10% a un 20%. La permanencia de este evento negativo en la población tiene varias consecuencias, tanto en el aspecto físico, social y en la estabilidad emocional y psicológica del niño que sufre el trauma. Centrándonos específicamente en el segundo factor mencionado, se pueden desarrollar diferentes efectos relacionados con la maduración del sistema nervioso y el sistema endócrino, generando graves problemas con relación a la personalidad, adaptación y estrés. Este último mencionado es uno de los principales reactores para desarrollar diferentes tipos de trastornos, tales como trastorno de estrés postraumático, (Mesquita, Varela, & Medina, 2010).

El abuso sexual infantil es uno de los tipos de maltrato que suceden de manera común dentro de la sociedad, y que durante los años ha sido considerado como un tema “tabú”, por lo cual la mayoría de los casos y de las víctimas han pasado por desapercibido, lo cual es una de las consecuencias más graves que se observa en la actualidad. Asimismo, es importante reconocer los diversos efectos causados por los prejuicios y estigmatización de la sociedad para este tema, debido a que puede llegar a causar inestabilidad emocional y psicológica para el infante víctima del maltrato y como ya fue mencionado, resultar en el desarrollo de diferentes desórdenes mentales. Es importante aclarar la diversidad que existe para el desarrollo de diversos trastornos mentales y la activación de estrés en los géneros. Debido a que la mayoría

de los casos y denuncias de abuso sexual infantil han sido reportadas por mujeres, esta investigación se basa únicamente en el género mencionado. En vista de los cambios y disfuncionalidades cerebrales mencionadas, es posible argumentar el desarrollo de psicopatologías, tales como espectros de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. El propósito de esta propuesta de investigación radica en comprobar una relación entre el abuso sexual infantil y una prevalencia de los trastornos psicóticos mencionados, en donde la hipótesis del estudio se basa en un resultado positivo del propósito, es decir, que efectivamente sí existe una prevalencia de esquizofrenia en mujeres abusadas sexualmente en la infancia.

## DESARROLLO DEL TEMA

### 2. Marco Teórico

#### 2.1 RESPUESTA NEUROBIOLÓGICA DEL ESTRÉS

El estrés es considerado como una reacción del ser humano que ocurre antes de situaciones amenazantes o de excesiva demanda (Leira, 2011). “Uno de los componentes principales de respuesta al estrés es el eje HPA (Hipotálamo-Pituitaria-Adrenal), el cual es considerado como un fenotipo hiperreactor vulnerable. El mismo es configurado por diferentes componentes ubicados en el núcleo del hipotálamo, los cuales forman un ciclo formado por diferentes neuronas encargadas de la regulación del sistema neuroendócrino, autónomo y conductual. Estas neuronas proyectan a los lugares de control de respuesta autónoma y al sistema límbico, provocando respuestas de ansiedad. Para que todo esto suceda, se tiene que liberar la neurohormona CRF (corticotrofina) al sistema porta, el cual conecta el hipotálamo con la adenohipófisis. De esta manera se produce la estimulación y la liberación de corticotrofina al torrente sanguíneo, activando la formación de glucocorticoides (Cortisol) en la corteza suprarrenal, generando de esta manera en eje HPA (Leira, 2011). “Uno de los principales efectos del eje HPA en el Sistema Nervioso Autónomo (SNA) son el aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria, dilatación en las pupilas, aumento de sudoración e inhibición de la motilidad digestiva; y la liberación hacia el torrente sanguíneo de catecolaminas, tales como la adrenalina y la noradrenalina” (Leira, 2011, p. 181). Una de las principales características acerca de este eje se basa en su capacidad para poder considerar la interacción tanto del genoma como la influencia del ambiente en el individuo, lo cual comprueba que existe cierta vulnerabilidad genética relacionada con experiencias traumáticas tempranas y diferentes cambios neurobiológicos cerebrales, y endócrinos. Es importante

definir que el eje HPA es caracterizado por una reacción de estrés exagerada o desmedida frente a situaciones cotidianas, la cual produce una hiperactividad del factor liberador de corticotrofina y resulta en alteraciones de neuroplasticidad y un predominio significativo de emociones negativas (Bonet, 2016).

La exposición crónica o repetitiva a estrés tiene efectos a largo plazo en el cerebro mediante la activación del eje HPA y la liberación de glucocorticoides, resultando en un mayor impacto en las estructuras que se están desarrollando al momento en el que se da la exposición al estrés. Durante la niñez, el hipocampo es una de las regiones del cerebro más vulnerable a los efectos de una exposición constante a estrés, mayormente cuando la liberación de estrés en el organismo incrementa el canal de CRH en el hipocampo. Debido a que el mismo tiene la capacidad para modular la actividad del eje HPA, una función alterada del hipocampo puede causar hipersecreción de glucocorticoides en casos de abuso severo físico, psicológico o sexual en la infancia (Lupien, McEwen, Gunnar, & Heim, 2009). Una de las formas más efectivas para comprender la relación entre la exposición a un evento traumatizante en la edad temprana y el riesgo de una enfermedad mental es conociendo la relevancia que tienen las emociones en la producción de estrés, siendo el mismo un efecto del episodio de adversidad en la vida del niño. Las emociones intervienen en la valoración subjetiva de la experiencia del estímulo estresor desde las partes subcorticales y corticales, es decir, evaluar diferentes aspectos como la calidad de vida, motivación, entre otros (Leira, 2011). Otro de los factores influyentes para desarrollar una enfermedad mental en relación con una adversidad temprana es comprender que se genera un “sujeto hiperreactor” frente a situaciones de estrés en el futuro. La adversidad en edades tempranas de la vida tiene la posibilidad de intervenir en el desarrollo y maduración de las vías emocionales como neuroendócrinas relacionadas con la regulación de estrés y el eje HPA (Bonet, 2016). La actuación mencionada en los circuitos neurobiológicos que forman la

respuesta al estrés puede resultar en respuestas alteradas o desadaptativas y consecuencias a largo plazo.

## 2.2 DIFERENCIA DE GÉNERO ANTE LA RESPUESTA AL ESTRÉS

Asimismo, es importante tomar en cuenta el rol del género cuando se trata de estrés y la manera en la que hombres y mujeres lo manejan. Lastimosamente, hasta la actualidad no se han generado varios estudios que realicen este tipo de comparaciones en relación con estrés en los seres humano. De igual manera, según Wang, Korczykowski, Rao, Fan, Pluta, Gur, Detre. (2007) han demostrado que efectivamente existe un patrón en la diferenciación de género, principalmente en la respuesta neuronal generada al estrés fisiológico. Una de las principales pautas que se tiene para realizar esta afirmación es la evidencia cuantitativa y cualitativa de la prevalencia relacionada a trastornos mentales y físicos y la especificidad con la que se presentan continuamente en hombres y mujeres. Según estudios, el género masculino es más susceptible a enfermedades infecciosas como lo son hipertensión, conducta agresiva, y abuso de drogas o alcohol. Por otro lado, el género femenino es más dispuesto a enfermedades autoinmunes, como por ejemplo dolor crónico, depresión y trastornos de ansiedad. Asimismo, históricamente, las mujeres han sido afectadas negativamente en mayor cantidad por los eventos interpersonales experimentados que los hombres (Wang et al., 2007).

Uno de los principales enfoques que se pueden tomar para el respaldo de esta teoría se basa en las diferencias evolutivas del manejo de estrés entre hombres y mujeres. En el caso del sexo masculino los hombres han sido condicionados a confrontar el estresor ya sea vencéndolo o huyendo, en cambio las mujeres han aprendido a responder frente al estrés mediante la crianza y afiliándose a grupos sociales que tengan la capacidad de maximizar la supervivencia en tiempos de adversidad, es decir, han sido condicionadas a tomar un rol pasivo frente al

estímulo estresor que se presenta, dependiendo de otras personas para mantener su existencia segura y la de las personas a las cuales ellas cuidan, las cuales generalmente son sus hijos e individuales que todavía no alcanzan una etapa de madurez suficiente para enfrentar este tipo de amenazas (Wang et al., 2007). Aunque con el paso del tiempo el rol de la mujer ha ido evolucionando en varios aspectos, incluyendo la forma de afrontar el estrés, la historia evolutiva anteriormente mencionada tuvo un rol muy importante al momento de moldar el cerebro del género femenino y sus diferentes respuestas hacia estos estímulos.

Según Wang et al., (2007) se lleva a cabo una actividad asimétrica prefrontal en hombres y en mujeres se observa principalmente una activación límbica. Como ya fue mencionado anteriormente, la respuesta fisiológica al estrés generalmente se basa en una activación del sistema nervioso simpático y principalmente del eje HPA. Asimismo, es conocido que mayormente existen dos tipos de respuesta hacia el estrés, las cuales son: “fight or flight (pelea o vuela) y “tend and befriend” (cuidar y hacerse amigo). La respuesta de mujeres al estrés puede basarse específicamente en procesos de apego-cuidado, la cual amortigua la excitación del eje HPA y el SNS. Es por esto, que se puede inferir que las mujeres están más ligadas a la segunda respuesta mencionada. Como fue comentado anteriormente, los resultados provocados por el estrés neuronalmente en las mujeres se caracterizan específicamente por el sistema límbico, el mismo incluye el estriado ventral, putamen, la ínsula y la corteza cingulada (Wang et al., 2007). Particularmente, el estriado ventral es un sustrato crítico para el sistema de recompensa, el cual posee grandes cantidades de oxitocina, vasopresina, dopamina y endorfina. En estudios anteriores, se ha demostrado que la activación conjunta del estriado, la corteza cingulada, la ínsula y el putamen son activadas en el momento de experimentar apego social como lo pueden ser el amor maternal o romántico. Es por esta razón que las mujeres están más relacionadas a la respuesta “tend and befriend” frente al estrés,

teniendo en cuenta que la misma es un indicador del mecanismo neurobiológico de la mujer para activar el sistema de recompensa mientras que el estímulo estresor está presente, y por lo tanto causando una baja regulación de la respuesta “fight or flight”. (Wang et al., 2007).

Al momento de realizar una diferenciación entre la respuesta al estrés de los dos géneros, es importante tomar en cuenta que las experiencias estresantes no están limitadas únicamente a eventos estresores específicos, pero también incluyen las condiciones de vida difíciles de manejar en el día a día del individuo; los cuales pueden ser referidos como estresores crónicos, es decir, estresores que tienen una tendencia a persistir en la vida de la persona por periodos prolongados de tiempo (Matud, 2004). El rol que toma el tipo de género en este tipo de estrés se da en la forma en la que afecta al proceso del mismo, como se observa en la entrada del estímulo estresor al cerebro, determinando qué tipo de situación será considerada o percibida como estresora; al igual que en la salida del estresor hacia el tipo de comportamiento que el individuo realizará después de analizarlo, como podrían ser las respuestas de afrontamiento y las implicaciones en cuanto a la salud de la persona. A lo largo de la historia, se ha comprobado mediante diferentes estudios que las mujeres tienen mayor probabilidad de experimentar estrés crónico a comparación de los hombres, afirmación que va altamente relacionada a la cantidad de exposición a estrés diario asociados con el funcionamiento y la rutina de su rol en la sociedad (Matud, 2004). A lo largo de la historia, las mujeres han reportado más eventos del hogar y de la familia como estresantes, además de ser características de experimentar estresores específicos a su género en mayores cantidades que los hombres, tales como violencia de género, la cual incluye el abuso sexual, físico y psicológico por parte de personas dentro de su círculo social o desconocidos, así como discriminación sesgada a su género (tanto en la infancia, en la adolescencia y la adultez). Este tipo de violencia y maltrato hacia la mujer ha sido comprobado como un estímulo que puede

llegar a desarrollarse en problemas físicos, al igual que trastornos psicológicos, como lo son trastornos de estado de ánimo (ansiedad, depresión, entre otros) (Matud, 2004)..

### 2.3 ABUSO SEXUAL INFANTIL

Como se puede observar, el estrés es una de las respuestas del ser humano que se representan con mayor exposición en la vida diaria. En los últimos años, se ha realizado varios estudios relacionados con el tipo de reactores de estrés, calificando al abuso sexual infantil como uno de los eventos que experimenta un ser humano que resulta en una cantidad de estrés excesiva, la cual puede llegar a ser distorsionada neurológicamente con el paso del tiempo y el tipo de exposición que se tiene a la misma. Es necesario mencionar que las investigaciones mencionadas tienen un enfoque más actual, lo cual se debe a varias razones. Una de ellas puede basarse en el estigma que existía en la sociedad anteriormente, el cual consideraba a la sexualidad y a la práctica de la misma como un pecado, principalmente al momento de tratarse de la vida sexual de la mujer. En décadas anteriores, el género femenino llegó a ser afectado de diferentes maneras si es que expresaba su sexualidad, ya sea consensuada o no. Un ejemplo muy claro acerca de esta afirmación son los diferentes tipos de violencia generados por la sociedad hacia este segmento de las mujeres, tales como agresiones verbales (insultos y denigraciones), al igual que agresiones físicas, tales como golpes o abuso sexual. Todo esto resultó en cierta opresión y discriminación hacia la mujer, causando el cese de sus preocupaciones y expresiones al haber experimentado un acto sexual violento. De igual manera, se llegó a desarrollar el sentimiento de culpabilidad y vergüenza, por lo cual también se dejó de compartir este tipo de experiencias, siendo el motivo principal el miedo de la reacción de los demás y la reacción agresiva por parte de la mayoría de la sociedad. Con el paso del tiempo, este estigma y discriminación mencionada hacia la mujer que deciden expresar y comentar sus vivencias sexuales ha ido bajando la intensidad, por lo cual una mayoría de

mujeres han decidido empezar a contar la historia de sus abusos sexuales, incluyendo la persona que las agredió, la edad que tenían, etc.

Debido a que este tipo de acusaciones de violencia sexual empezaron a ser mencionadas de manera recurrente, diferentes investigaciones se empezaron a realizar, comparando el estado de salud de una persona que fue víctima de este tipo de traumas con las de personas que no tuvieron este tipo de vivencias a lo largo de su vida. Los resultados de los mismos mostraron que definitivamente si existe una diferencia en cuanto a la salud física y emocional, la sociedad empezó a preocuparse potencialmente por la prevalencia de este tipo de eventos, alentando a los niños pequeños y mujeres adultas a reportar cualquier caso de violencia o agresión sexual.

Concentrándonos únicamente en el abuso sexual infantil, el cual a partir de ahora será referido en esta investigación como “ASI”: se encuentran varias teorías que explican este fenómeno desde diferentes puntos. Según Finkelhor, Browne, (1985), ASI puede ser analizado principalmente en cuatro factores “causadores de trauma”, los cuales son: sexualización traumática, traición, falta de poder o impotencia y estigmatización. Se podría decir que la unión de estos cuatro factores en un evento específico hace que el ASI sea un trauma único para los menores. Una de las principales razones son las alteraciones cognitivas y emocionales para percibir la sociedad y el mundo en su totalidad, creando en el niño una imagen del autoconcepto distorsionada a la establecida por la norma, además de deteriorar sus capacidades afectivas. Como fue mencionado anteriormente, existen cuatro factores que describen al AS (Finkelhor et al., 1985). Primero podemos encontrar a la sexualización traumática, la cual hace referencia a la sexualidad del niño, tanto en la sexualización de sentimientos como en la de sus actitudes. Esta teoría argumenta que la sexualidad del individuo es formada y desarrollada inapropiadamente y también es capaz de afectar a cómo evolucionan las habilidades interpersonales del niño. Este factor puede ocurrir cuando el menor es ofrecido varias

recompensas por parte del agresor a cambio de conductas sexuales inapropiadas para la edad y el nivel de madurez del individuo. Los tipos de recompensas que se pueden ofrecer es atención, afecto, privilegios, y objetos materiales como regalos. Esto causa que el niño aprenda a utilizar su conducta sexual como una estrategia de manipulación para recibir los tipos de recompensas mencionadas anteriormente en caso de sentir necesidad o deseo de las mismas (Finkelhor et al., 1985).

Por otro lado se puede encontrar el factor traición. El mismo es considerado como una de las causas principales de trauma y desestabilización emocional a corto y largo plazo del menor. Se basa en la etapa del ASI en la cual el niño descubre que una persona en la cual ellos confiaban y dependían sustancialmente les causó o causa daño. Se puede representar esta afirmación mediante varios eventos (Finkelhor et al., 1985). Uno de ellos se puede dar debido a que el niño pasa por un proceso de concientización acerca de lo que está ocurriendo o que ocurrió (generalmente con ayuda externa) y se genera la idea de que el agresor, siendo una persona en la que él confiaba lo manipuló mediante mentiras, una tergiversación de los estándares de moral comunes o los trató con indiferencia e insensibilidad. Como fue mencionado anteriormente, el ASI es un tipo de violencia que puede generar una maduración anormal de las relaciones interpersonales del niño (Finkelhor et al., 1985). Uno de los casos más comunes es el sentimiento de traición que puede llegar a desarrollarse en el infante hacia las personas en las que tenía apego y confianza, debido a que no lograron protegerlo o creerlo al momento en el que se daba la agresión. Todos los casos anteriormente mencionados son mayormente reflejados en situaciones en las cuales el perpetrador es un miembro de la familia o una persona de confianza del infante, aunque también se pueden representar en agresiones sexuales en las que el agresor no es una persona conocida por el afectado (Finkelhor et al., 1985).

De igual manera podemos encontrar el factor impotencia o falta de poder por parte del menor. Una de las principales razones en donde se puede presentar este fenómeno, es al momento en el que el espacio y cuerpo de los niños son invadidos de manera repetitiva contra la voluntad del mismo (Finkelhor et al., 1985), aunque también depende del método de manipulación que utilice el abusador para poder violentar al individuo. Asimismo, se puede presentar el sentimiento de falta de poder del infante cuando intenta detener y avisar los constantes abusos por parte del perpetrador, lo cual concluye en una comunicación fallida del niño para hacer entender o creer a los adultos lo que está pasando. Además, se puede presentar la dependencia del abusador, dependiendo de la cantidad de la cercanía con el mismo y la manipulación, como ya fue mencionado anteriormente. Se pueden presenciar diferentes tipos de abusadores dentro del ASI que causan falta de poder, pero se puede afirmar que uno de los más peligrosos es el abusador autoritario, el cual exige por parte del niño una participación constante instada por amenazas de hacer daño físicamente a él y a sus seres queridos (Finkelhor et al., 1985). Se tiene que tomar en cuenta que un niño tiene un desarrollo de madurez menor, por lo cual cualquier situación en la cual ellos se sientan atrapados puede crear un sentimiento de impotencia y falta de poder en la persona.

Finalmente, se puede encontrar el último factor de estigmatización, lo cual puede ser representado mediante los sentimientos negativos que puede llegar a sentir el abusado, tanto como vergüenza, culpa, maldad, entre otros; los cuales son provocados por las experiencias relacionadas a las violaciones y que son comunicadas a los infantes como herramienta de manipulación, logrando que los mismos se integren en la personalidad y el autoestima del niño. Este tipo de mensajes pueden ser comunicados de varias maneras: directamente por el abusador, el cual puede culpar a la víctima por los eventos sucedidos, degradar al niño, o desarrollar un sentimiento de vergüenza efectivamente en el niño (Finkelhor et al., 1985). El

método para desarrollarlos es principalmente la presión por mantener los abusos en secreto, por lo cual el niño puede tergiversar la situación pensando que si se tiene que él tiene que invertir gran esfuerzo en esconder las violaciones es porque él está realizando las cosas mal, activando la culpa y le vergüenza (Finkelhor et al., 1985). Es importante hacer énfasis en la estigmatización que puede sentir el infante al relacionarse con otras personas y escuchar los comentarios e ideologías que se tienen acerca del abuso sexual, la cual es propensa de crecer significativamente al ver las reacciones de la sociedad ante este tipo de eventos, observando la desaprobación y la actitud negativa generada. De igual manera, la estigmatización puede llegar a ser presentada en el momento que el abusado decide informar acerca de lo sucedido, y las personas a las cuales contó reaccionan con shock o histeria (Finkelhor et al.,1985).

Una de las principales características del abuso sexual y las consecuencias que el mismo puede llegar a causar en el individuo, son las experiencias de estrés prolongado del infante, lo cual puede llevarlo a desarrollar diferentes cambios neurobiológicos de carácter permanente, los cuales a largo plazo pueden ser el factor principal para que se presente un trastorno de estado de ánimo o de ansiedad; causado por una reactividad crónica fisiopatológicas que involucran al sistema neuroendócrino, funciones estructurales, psicológicas, entre otros (Pereda & Gallardo, 2011). Es importante resaltar la mayor gravedad en la que este tipo de respuestas neuronales se pueden presentar en la infancia, debido a que las regiones y funciones cerebrales del individuo continúan en desarrollo y son más sensibles a ser formadas de manera permanente por la exposición prolongada a este tipo de estímulos (Pereda & Gallardo, 2011).

Como fue mencionado anteriormente, se pueden visualizar cambios dentro del sistema neuroendócrino, el cual involucra principalmente al eje HPA: se presentan desregulaciones en cuanto al funcionamiento de este eje, lo cual conlleva a mayores concentraciones urinarias de

diferentes hormonas, tales como la dopamina y noradrenalina, así como en la liberación de cortisol, la cual tiene una estrecha relación con el posible desarrollo de una psicopatología después de experimentar situaciones estresantes. Asimismo, se puede dar el desarrollo de alteraciones en las estructuras cerebrales, en donde como consecuencia de estímulos estresantes recurrentes (ASI) durante la infancia, se observa un menor tamaño intracraneal y cerebral (Pereda & Gallardo, 2011). Esto se puede explicar debido a la relación positiva que se tiene entre el volumen intracraneal y la edad en la que se haya iniciado el maltrato en donde se evidencia que el tamaño craneal de las víctimas que sufrieron maltrato en edades más jóvenes es menor; mientras que también se tiene una relación negativa en cuanto a la duración del maltrato sexual, en donde se observa un menor tamaño intracraneal en los individuos que sufrieron de ASI en un tiempo más prolongado. De igual manera, se encontró una asimetría significativa en la reducción del lóbulo frontal, al igual que un tamaño cerebral menor, pérdida neuronal en el cíngulo anterior, y alteraciones en el desarrollo cerebral general, principalmente en el sistema límbico (Pereda & Gallardo, 2011).

Por otro lado, se puede evidenciar cierto tipo de alteraciones funcionales, en las cuales se presenta una respuesta neuronal generalizada, indicando una mayor activación del cerebelo, tálamo, giro frontal, entre otros, los cuales se activan al momento del presentarse un recuerdo o historia relacionado con el maltrato sexual infantil del cual fueron partícipes (Pereda & Gallardo, 2011). De igual manera, se presentan descensos en el flujo sanguíneo de la persona en diversas áreas del organismo, como son: corteza orbitofrontal, cíngulo anterior y prefrontal media, al igual que partes del hipocampo. Se desarrolla también una activación aumentada en la corteza cíngulo posterior, inferotemporal izquierda, motoras y de asociación visual. En cuanto a las alteraciones psicológicas, se puede desarrollar un malfuncionamiento de los

procesos básicos del individuo, como son la memoria, atención y concentración (Pereda & Gallardo, 2011).

Es importante recalcar que todos las alteraciones mencionadas anteriormente en las diferentes áreas y funciones cerebrales, las cuales fueron desarrolladas por una actividad que involucra varios estímulos estresantes, tanto en el periodo de anticipación como durante el mismo, se puede evidenciar el desarrollo de diferentes trastornos mentales, como son trastornos de ansiedad, depresión o trastorno de estrés postraumático (Pereda & Gallardo, 2011).

## 2.4 TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

El trastorno de estrés postraumático o también conocido como TEPT, es uno de los trastornos más conocidos en la actualidad. Por el cual varios investigadores iniciaron sus estudios debido a las guerras mundiales llevadas a cabo en el siglo XIX, en donde varias personas que fueron partícipes en los diversos enfrentamientos bélicos empezaron a presentar síntomas parecidos que inducían a un desarrollo de psicopatología. Después de varias décadas se ha concluido que el abuso sexual infantil es una de las principales causas de este trastorno (Ayala, & Ochotorena, 2004). En donde se ha establecido una estrecha relación en cuanto a los síntomas que presentan personas que hayan sido víctimas de ASI y los requeridos para ser diagnosticados con TEPT. Es importante mencionar que las investigaciones que respectan la relación entre estos dos factores dependen de las denuncias que se realicen los individuos que hayan experimentado ASI, lo cual, como fue mencionado anteriormente, durante la historia ha tenido poca evolución debido a los prejuicios de la sociedad en cuanto a este tema, al miedo, entre otros; imposibilitando la obtención de datos y una valoración epidemiológica (Ayala, & Ochotorena, 2004). Tomando en cuenta la dificultad mencionada de los estudios, se ha podido evidenciar una relación entre ser víctima de maltrato sexual infantil y un riesgo

significativamente alto de desarrollar trastorno de estrés postraumático. Uno de los principales factores a ser tomados en cuenta, es la importancia del factor de riesgo en relación con el desarrollo de los síntomas establecidos para este trastorno en particular. Es evidenciable una mayor vulnerabilidad de mujeres víctimas de abuso sexual infantil para el cumplimiento de estos mismos requisitos, los cuales se pueden encontrar en el DSM-V.

## 2.5 MODELO DE VULNERABILIDAD Y ESTRÉS DE ESQUIZOFRENIA

Uno de los posibles caminos para el desarrollo de los síntomas positivos de la esquizofrenia mediante el trauma es el trastorno de estrés postraumático. Cada uno de los grupos sintomáticos del TEPT poseen gran influencia en el curso de la esquizofrenia, resultando en últimas instancias en relapsos frecuentes y una mayor severidad de los síntomas. Esto se da mediante la reexperimentación de los hechos ocurridos que causaron el trastorno postraumático, tales como las memorias y los pensamientos constantes del trauma, los cuales actúan como estímulos estresores (Resnick, & Bond, 2003).

El modelo de vulnerabilidad y estrés de esquizofrenia postula que diversos síntomas psiquiátricos emergen siempre que el umbral de estímulos estresores del individuo excedan el nivel de vulnerabilidad del mismo. Es por esto por lo que la interacción de estresores psicosociales y que están relacionados con una vulnerabilidad biológica para esquizofrenia, pueden resultar en una estimulación de los síntomas iniciales del trastorno esquizofrénico (Resnick & Bond, 2003). Diferentes estudios afirman que la experimentación de un trauma (abuso sexual infantil) puede llegar a ser considerado como uno de los estresores psicosociales más significativos, ya sea que el maltrato haya sido prolongado o haya representado un grave impacto en la víctima; para el desarrollo de esquizofrenia, encontrando una relación positiva en cuanto al ASI y una contribución de un desarrollo de niveles altos de síntomas positivos

establecidos en el trastorno mencionado. En cuanto a la diferenciación en género, existe una relación consistente entre la severidad del abuso sexual infantil y la severidad de síntomas de angustia emocional general del trastorno de estrés postraumático en mujeres (Resnick & Bond, 2003).

Uno de los principales resultados obtenidos de los estudios acerca de este modelo, indican que se pueden llegar a desarrollar deficiencias en el procesamiento de la información duraderos relacionados con características ligadas a la vulnerabilidad de individuos que son propensos a tener desórdenes mentales relacionados con esquizofrenia. Estas deficiencias se pueden demostrar en la memoria selectiva, respuestas inmediatas a diferentes estímulos, memoria a corto plazo y memoria semántica de la víctima, al igual que malfuncionamiento en el procesamiento de la información, y en tareas que requieran atención prolongada (Neurchterlein, & Dawson, 1984). Las deficiencias en áreas funcionales del cerebro son detectables a en diferentes etapas de procesamiento son relacionadas con una reducción en la capacidad de procesamiento para actividades y tareas cognitivas durante diferentes periodos del trastorno esquizofrénico.

Se ha demostrado que los pacientes que tienen tendencia a desarrollar esquizofrenia son más sensibles a eventos de la vida diaria, los cuales poseen una gran influencia en el curso y en el desenlace de desórdenes esquizofrénicos. Es por esto por lo que el abuso sexual infantil ha sido asociado con mayores niveles de sintomatología y de posible recaída del trastorno. Asimismo, se ha demostrado que las víctimas que fueron afectadas por victimización del trauma en la infancia han sido asociadas con niveles incrementados de psicosis y desarrollo de síntomas positivos de esquizofrenia (Myin-Germeys, & Van Os, 2007). Dentro de los cambios observables en el cerebro, se ha comprobado niveles más altos de reactividad ante el estrés y situaciones afectivas mediante la activación del eje HPA.

## 2.6 ESPECTRO DE LA ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS

El trastorno esquizofrénico es considerado como uno de los desórdenes mentales que produce desestabilidad y aflicción emocional por toda la vida. Es común que este trastorno aparezca durante la adultez del individuo (20-30 años de edad). Diversos estudios han demostrado que las causas de este trastorno no son conocidas por completo hasta la actualidad, teniendo diferentes factores de influencia como genética y epigenética. Existen varios desórdenes mentales desencadenados de la esquizofrenia, los cuales son: trastorno esquizotípico (de la personalidad), trastorno psicótico breve, trastorno esquizofreniforme, esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastorno psicótico inducido por sustancias o medicamentos (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013, p. 49), los cuales hasta la actualidad ha sido caracterizado como permanente.

Dentro de los principales y criterios requeridos por el DSM-V dentro de la esquizofrenia, podemos encontrar lo síntomas positivos y negativos del trastorno. Dentro de los positivos se encuentran delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento catatónico; mientras que en los síntomas negativos de la enfermedad se pueden encontrar abulia y expresiones emotivas disminuidas. De igual manera, se encuentran los diferentes criterios que hablan acerca del nivel de funcionamiento de la víctima en la mayoría de los ámbitos de su vida, tales como el trabajo, relaciones interpersonales, cuidado personal, entre otros. Asimismo, se tiene que tomar en cuenta que los síntomas mencionados persistan en el individuo por un periodo mínimo de seis meses (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

### **3. Diseño y Metodología**

#### **3.1 Diseño.**

El tipo de diseño definido para esta investigación es el experimental. Esto se debe a que se utilizan ciertas variables dependientes e independientes, las cuales fueron analizadas posteriormente para determinar los resultados y con estos, el rechazo o no de la hipótesis establecida. Asimismo, se puede afirmar que el experimento consta con un diseño de medidas repetitivas, debido a que las mismas encuestas y evaluaciones fueron aplicadas a todos los participantes seleccionados. Como variables independientes, podemos encontrar como primera el tipo de población seleccionada. El primer sesgo que se utilizó para elegir a las participantes es su estado de salud mental, debido a que indispensablemente tenían que ser personas diagnosticadas con un trastorno del espectro de la esquizofrenia o psicótico. De igual manera, se realizó una investigación exhaustiva acerca de su pasado, para así incluir en el experimento solamente a mujeres que hayan sido víctimas de abuso sexual durante su niñez. La edad de las participantes también fue un factor indispensable, debido a que tenían que ser mujeres entre los 40 a 63 años de edad. Asimismo, se puede considerar como variable independiente el lugar de donde fueron seleccionadas las participantes, ya que todas son pacientes actuales del área de psiquiatría del Hospital San Juan de Dios en Quito. Por otro lado, se obtuvo como variables dependientes del experimento a el tipo de abuso sexual que experimentaron las participantes, ya sea un tipo de abuso prolongado o no, es decir, la cantidad de tiempo que duró el abuso. Asimismo, se considera dentro de esta variable al individuo que realizó el abuso, ya sea por un familiar o un desconocido. De igual manera, se considera como variable dependiente el tipo de trastorno de esquizofrenia que sufre el paciente, tales como: trastorno esquizotípico de la personalidad, trastorno delirante, esquizofrenia, esquizoafectivo, trastorno psicótico debido a otra afección médica, catatonía, trastorno de esquizofrenia especificado y no especificado. A la par de estas variables, se pudieron encontrar cierto tipo de variables de confusión, tales como la temperatura, lenguaje, hora, entre otros, del lugar en donde se realizaron las

encuestas y las pruebas psicométricas utilizadas como medición de esquizofrenia. A la par, se utilizó un grupo control y un grupo experimental, siendo el grupo de participantes el primero, y los individuos que no sufrieron en la infancia abuso sexual infantil.

En cuanto al procedimiento para la recolección de datos fue sumamente metódico y con gran atención al detalle. Esto se debe a las diversas variables de confusión que se podían llevar a cabo si es que no se tomaba especial precaución al momento de reclutar la muestra para la investigación. Primeramente, se eligió el establecimiento de donde serían los participantes. Para esto, se tomó también se tomó en cuenta los diferentes Centros de Equidad y Justicia dentro del Distrito Metropolitano de Quito. Una de las principales características de los mismos es la oportunidad de albergue para mujeres y niños abusados sexualmente en cualquier etapa de su vida. Aunque este es una de las características para la realización del experimento, era de vital importancia que el factor esquizofrenia esté presente; razón por la cual se escogió como sede de la investigación al Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios como sede del experimento.

De igual manera, el motivo por el cual el género de los participantes se enfoca únicamente en mujeres, se debe a la incidencia y prevalencia de abuso sexual a este sexo específico de la sociedad, por lo cual cuenta con una mayor cantidad de evidencia y casos judiciales acerca de este tipo de eventos. Como fue explicado anteriormente, la edad de los participantes fue sesgada de tal manera que solo se contó con individuos de 40 a 63 años, debido a que era necesario contar con una muestra que tenga un Trastorno Esquizofrénico diagnosticado por el DSM-V, el cual debía ser provocado en gran parte o en su totalidad por el modelo de vulnerabilidad de esquizofrenia.

### **3.2 Población.**

Como fue mencionado anteriormente, el tipo de población utilizada para el experimento tuvo varias especificidades. Una de las principales es el establecimiento en

donde las participantes eran habitantes, siendo este el Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios, localizado en la Valle de los Chillos en la ciudad de Quito. Asimismo, el género de los individuos fue un factor muy importante a considerar, debido a que como el título de la investigación lo indica, se está intentando comprobar la “prevalencia de esquizofrenia en mujeres abusadas sexualmente en la infancia”, por lo cual fue crucial que todos los participantes del experimento sean de género femenino. De igual manera, se tomó en cuenta la edad de los individuos, tomando en cuenta que se debe tener un desarrollo de esquizofrenia determinado: la muestra consistió en mujeres de la edad de 40 a 63 años de edad. Por otro lado, se tuvo que tomar en cuenta la salud mental de las mujeres, específicamente el trastorno mental de esquizofrenia y otros espectros de esa psicopatología.

Como se puede observar, fueron varios los criterios de inclusión y exclusión que se tomaron en cuenta para la realización de la investigación. El nivel de rigurosidad con el que fue realizada la obtención de la muestra es de suma importancia debido a que se pudo haber cometido diversos errores en los resultados, los cuales se los pudo haber considerado como variables de confusión provocadas por el examinador y hubiese resultado en una mala aplicación de los exámenes, y finalmente, en un sesgo para la comprobación de la hipótesis.

### **3.3 Instrumentos y materiales.**

Como ya fue mencionado anteriormente, uno de los principales materiales utilizados en este estudio fue la encuesta para verificar si es que la paciente fue víctima de abuso sexual durante su infancia. Debido a que se consideró el tipo de individuos al cual se iba a dirigir la misma, se tomó especial atención a las palabras utilizadas, al igual que la conjugación de las mismas. Como fue detallado anteriormente, uno de los criterios de la esquizofrenia es la afectación de funciones ejecutivas tales como un discurso desorganizado, alucinaciones, entre otras. Como se puede observar (Anexo A) el

vocabulario utilizado es muy básico, oraciones directas y cortas. Asimismo, se utilizó los formularios de consentimiento informado y el formulario de ética, los cuales fueron presentados a los participantes. Los mismos se dividen en diferentes secciones, las cuales son: una pequeña descripción de la introducción del estudio, el propósito del estudio, una descripción de los procedimientos, los riesgos y beneficios, la confidencialidad de los datos, derechos y opciones de los participantes, información del contacto de la persona que realiza la investigación, el consentimiento informado, y finalmente el espacio para las firmas de las personas involucradas, las cuales son: el participante, el testigo y la del investigador.

Finalmente, se utilizaron las pruebas psicométricas anteriormente mencionadas. Una de ellas es The MATRICS Consensus Cognitive Battery (MCCB), la cual fue creada por el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH). Para comprender esta batería, se tiene que conocer el significado de las siglas MATRICS, el cual es: Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia. La misma, ha sido considerada desde su creación como una evaluación base para el mejoramiento de los procesos cognitivos en los diferentes ensayos clínicos de esta patología mental (Rodríguez, Bagney, García, Aparicio, López, Moreno, Jimenez, Santos, Lobo, Kern, Green, Nuechterlein, & Palomo, 2012). El MCCB incluye un total de 10 pruebas neuropsicológicas seleccionadas para la medición de del cambio y dominio de las funciones cognitivas durante ensayos clínicos realizados a individuos diagnosticados con trastornos esquizofrénicos estipulados por el DSM-V (Rodríguez et al., 2012). Las 10 evaluaciones mencionadas son: Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia, subprueba que facilita la codificación de símbolos; Category fluency test, el cual está enfocado en la habilidad de la persona de nombrar diferentes tipos de animales, midiendo la velocidad de procesamiento; Continuous Performance Test, el cual contiene una versión de pares idénticos, y busca medir la atención y vigilancia;

Wechsler Memory Scale (3rd ed.), una subprueba enfocada en el tramo espacial; Letter–Number Span test, enfocada en la memoria de trabajo; Hopkins Verbal Learning Test—Revised, utilizado para el aprendizaje verbal de los individuos; Brief Visuospatial Memory Test—Revised, el cual mide el aprendizaje visual; Neuropsychological Assessment Battery, mazes subtest, batería utilizada para el razonamiento y resolución de problemas; y finalmente Mayer–Salovey–Caruso Emotional Intelligence Test, el cual se encarga de manejar y medir la rama emocional de la persona, enfocada en la cognición social (Rodríguez et al., 2012).

Es importante tomar en cuenta la presentación de las pruebas al momento de aplicar el MCCB, debido a que tienen que ir en un orden específico para que tenga la funcionalidad deseada por el administrador. Esto conlleva a una interpretación de los puntajes o resultados de la evaluación a que sean interpretados mediante co-normas, las cuales pueden ser identificadas como datos normativos de la batería administrados como una unidad. Es importante tomar en cuenta los sesgos que se pueden llegar a presentar si es que la prueba se toma en un idioma diferente a la cual está hecha y regularizada (inglés), llamada como influencia cultural. Asimismo, se pueden encontrar diferencias en los resultados en relación con la edad, género y la educación de los individuos; efecto que nuevamente se intenta reducir mediante la selección rigurosa de la muestra del experimento. En cuanto a la validez y confiabilidad, mediante la comprobación de varios estudios se ha demostrado una validez y confiabilidad de nivel 7 (Nuechterlein, Green, Kern, Baade, Barch, Cohen, Essock, Fenton, Frese, Gold, Goldberg, Heaton, Keefe, Kraemer, Mesholam-Gately, Seidman, Stover, Weinberger, Young, Zalcman, Marder, 2008).

Otra de las pruebas psicométricas mencionadas hace referencia a The Brief Assessment Of Cognition in Schizophrenia (BASC). La misma fue desarrollada para actuar como un punto final para juicios clínicos al momento de referirse a la cognición en los

diversos trastornos esquizofrénicos. Una de las principales características acerca de este tipo de prueba, se basa en las señales clínicas que ofrece acerca de la discapacidad cognitiva y la posible razón de esta discapacidad en los pacientes con esquizofrenia (August, Kiwanuka, McMahon, & Gold, 2011).

Las diferentes categorías cognitivas que son medidas son varias, tales como la memoria, lenguaje, subpruebas de visión-percepción, funciones motoras y ejecutivas, y memoria de trabajo. Adicionalmente, se utiliza las escalas utilizadas por la mayoría de las pruebas BASC, en donde se evalúa memoria verbal, rapidez motora, atención y fluidez verbal. Una de las principales características acerca esta prueba es su fácil portabilidad, haciendo asequible y fácil de administrar; tomando en cuenta que dura 30 minutos. En cuanto a la validez y confiabilidad de la batería, se obtiene un resultado de 8 (Keefe, Goldberg, Terry, Havery, Gold, Poe, & Coughenour, 2003).

### **3.4 Procedimiento de Recolección de datos.**

En cuanto al procedimiento del experimento, se realizó una investigación exhaustiva acerca de la mayor población de personas diagnosticadas con esquizofrenia o algún espectro de la misma habitantes en un lugar específico. Este primer paso fue de suma ayuda para minimizar tiempo en la localización de personas afectadas por esta enfermedad mental. Como continuación, se obtuvo el permiso del hospital para realizar la investigación dentro de sus instalaciones. Asimismo, se realizó un formulario de consentimiento informado y un formulario de ética, el cual fue presentado a todos los participantes seleccionado. Primeramente, reunió a todas las personas diagnosticadas bajo el DSM-V con esquizofrenia u otro trastorno relacionado, para que junto con los profesionales en el campo de la psiquiatría del hospital se separa a las mujeres con una capacidad mental que no haya estado completamente afectada por el trastorno, es decir, que tenga el control farmacológico y terapéutico de la enfermedad necesario para que no afecte a sus funciones

cognitivas exponencialmente y tengan la habilidad de leer y comprender los diferentes textos que se les presentó. Como consiguiente, se hizo una presentación del experimento y se les preguntó a las pacientes si es que estaban interesadas en participar, entregándoles los formularios anteriormente mencionados, realizando el experimento únicamente a las personas que decidieron firmar voluntariamente los mismos. Como segundo paso, se les aplicó dos pruebas psicométricas a los participantes, las cuales son: The Matrics Consensus Cognitive Battery (MCCB) y Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia – BACS. Después, se revisó los resultados de estas evaluaciones y se los comparó con las escalas de aprobación de las mismas, reuniendo únicamente a las participantes que aprobaron.

Como consiguiente, se aplicó la encuesta que identifica a personas que hayan sido víctimas de abuso sexual, al igual que se les pide una descripción del incidente, tanto como la edad, descripción del perpetrador (persona de confianza o no), el tiempo de duración, entre otros. Finalmente, se mantuvo un periodo de 2 semanas (15 días) en observación con los participantes con la finalidad de observar y analizar su comportamiento, su forma de pensar, entre otros.

### **3.5 Análisis de datos.**

Uno de los principales métodos para el análisis de datos de esta propuesta de investigación, sería observar la correlación que existe entre el abuso sexual infantil en mujeres y la prevalencia de esquizofrenia, teniendo la oportunidad de demostrar si es que la mismo es positiva o negativa. Debido a que este experimento es catalogado como no paramétrico, se tiene que utilizar una prueba para demostrar la normalidad del mismo, para lo cual se puede utilizar la prueba Kolmogorov-Smirnov. Asimismo, se tiene que aplicar medidas de dispersión, las cuales funcionan para indicar proceso de alejamiento de los datos recolectados de la media, los cuales son la desviación estándar, el rango, la varianza, entre otros. De igual manera, es necesario utilizar pruebas de medidas para obtener los

resultados cuantitativos del experimento, para lo que se utilizaría una prueba t de 1 muestra. Esto se debe a que se está utilizando solo un tipo de requerimientos de la población para que sean partícipes del estudio, es decir, se tiene como muestra únicamente a mujeres abusadas sexualmente en la infancia, y se intenta probar si es que el factor abuso sexual infantil es un componente para la prevalencia de esquizofrenia en la sociedad. Este método de obtención de datos sería comparado con las escalas de medición de las baterías aplicadas anteriormente (BASC, MCCB), debido a que las mismas examinan varios literales, se realiza una ponderación de los resultados obtenidos y se llega a una escala universal de toda la prueba de 1 a 7 en el caso del BASC, y en The Matrics Consensus Cognitive Battery se llega a una escala de puntuación del 1 al 10. Esto ayudará a que el experimento tenga base numérica para aplicar la prueba de 1 muestra.

#### **4. Consideraciones éticas**

Como ya fue mencionado anteriormente, una de las principales consideraciones éticas utilizadas para la realización del estudio fue el consentimiento informado de la USFQ (Anexo B) que se presentó a las participantes previo a su participación, el cual cuenta con diferentes especificaciones acerca de los objetivos del estudio, la participación voluntaria de los individuos, la cual no conlleva ningún tipo de implicación laboral, o de actividades que resulten ser negativas para la misma; además de aclarar que los participantes pueden retirarse del estudio en cualquier momento. Una de las principales consideraciones éticas que se tomaron en cuenta al momento de realizar la investigación, es la forma en la que se mantuvo en anonimato las identidades de los participantes. Al momento de realizar un estudio dentro de un hospital psiquiátrico que será aplicado a los pacientes que residen en el mismo, las respectivas autoridades de la institución nos hicieron realizar un acuerdo de confidencialidad, el cual especificaba que no se podía comentar o publicar ningún contenido que tenga relación con la investigación en cuestión, el cual fue supervisado por las autoridades anteriormente

mencionadas, el representante legal del Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios y la persona que llevó a cabo el estudio.

De igual manera, se dejó totalmente claro que ninguna de las actividades y evaluaciones que iban a ser realizadas en la investigación podían causar algún tipo de daño hacia el individuo. Como es mencionado por la Asociación Americana de Psiquiatría (2013), uno de los principios principales es: beneficia y no malicia, lo cual significa que el investigador tiene como propósito principal el bienestar de sus participantes, tomando en cuenta sus derechos. De igual manera, se toma en cuenta el principio de fidelidad y responsabilidad, tanto con los participantes como con la institución que se realizó la investigación. Asimismo, se desarrolló el principio de justicia, integridad, y finalmente, respeto por los derechos y dignidad de las personas. Como principal estrategia para cumplir con todos los anteriores, se analizó cuidadosamente los tipos de pruebas y baterías que serían presentadas a los participantes, fijándose en la funcionalidad del mismo, validez, confiabilidad, entre otros, y la forma en la que cumplían con el propósito del estudio.

## **CONCLUSIONES**

En cuanto a las fortalezas y limitaciones de la propuesta de investigación, se puede considerar al número de personas a las cuales se les aplicó el estudio. Considero que para poder realizar y establecer la prevalencia de un trastorno mental en la sociedad se tiene que tomar en cuenta una población más grande e inclusiva, considerando todos los aspectos necesarios para que el estudio cumpla el propósito (haber sido abusados sexualmente en la infancia y haber sido diagnosticadas con esquizofrenia o algún espectro de la misma). Asimismo, la edad debería tener un rango de edad más grande e inclusivo, al igual que extraer a participantes que sean de diversos hospitales psiquiátricos, centros de apoyo, pacientes voluntarios que no necesariamente se encuentren habitando en una institución,

entre otros. Otra de las limitaciones observadas durante el experimento fue la falta de aplicaciones para Latinoamérica de las pruebas psicométricas propuestas, donde único idioma disponible es en inglés y complicaría la aplicación del mismo a una población ecuatoriana con este el tipo de trastorno mental propuesto.

Por el lado de las fortalezas del estudio, es importante recalcar que sería de las primeras investigaciones y estudios que existirían relevantes al tema en particular, es decir, al abuso sexual y la relación que el mismo tiene para la demostración de la prevalencia de esquizofrenia ligada a el tipo de evento traumático para la persona. Debido a esto, este estudio podría ser considerado como innovador, el cual abriría más campos de investigación acerca de los temas y aportaría a la investigación empírica tanto del abuso sexual infantil, la respuesta del estrés en los dos géneros y principalmente, una de las causas por las cuales se puede desarrollar la esquizofrenia en seres humanos.

Una de las principales recomendaciones para esta propuesta de investigación es el de realizar un análisis post hoc de la prevalencia de esquizofrenia en hombres abusados sexualmente en la infancia; al igual que en individuos de los dos géneros que hayan sido víctimas de abuso sexual en edades mayores (adolescencia, adultez temprana y mayor, etc.) y poder observar de esta manera si es que son un factor que puede influir en la prevalencia de esquizofrenia en la población. Asimismo, se recomienda realizar el estudio con una muestra más representativa y en diferentes lugares del mundo, en donde las costumbres y cultura son diferentes a la ecuatoriana y se podría encontrar una variabilidad de datos, principalmente al momento de encontrar una muestra de personas abusadas sexualmente en la infancia.

Por otro lado, es importante profundizar en el hecho de por qué motivo escogí este tema. Como es mencionado a lo largo de la propuesta de investigación, el abuso sexual infantil es un factor que está presente en la mayoría de las sociedades, para lo cual en comparación con las

medidas que se toma para prevenir el hecho y de igual manera ofrecer ayuda y aporte hacia las personas que sufrieron el mismo son escasas. Es por esto, que no se conoce todos los alcances que el mismo puede llegar a representar en la vida de una persona, como sería un trastorno que todavía no tiene cura como lo es la esquizofrenia y todos los derivados de la misma.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.
- August, S., Kiwanuka, J., McMahon, R., & Gold, J. (2012). The MATRICS Consensus Cognitive Battery (MCCB): Clinical and cognitive correlates. *Schizophrenia Research*, *134*(1), 76–82.
- Ayala, J., & Ochotorena, J. (2004). Post-traumatic stress disorder in victims of traumatic events. *Psychology in Spain*, *9*(1), 57-62.
- Bonet, J. (2016). *Cerebro, emociones y estrés: Las respuestas de la psiconeuroinmunoendocrinología*, Buenos Aires, Argentina: Ediciones B Argentina S.A
- Finkelhor, D., & Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, *55*(4), 530–541.
- Keefe, R. (2004). The Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia: reliability, sensitivity, and comparison with a standard neurocognitive battery. *Schizophrenia Research*, *68*(2-3), 283–297.
- Leira, M. (2011). Manual de bases biológicas del comportamiento humano. Obtenido 26 de abril 2019 de <https://www.cse.udelar.edu.uy/wp-content/uploads/2018/10/Manual-de-bases-biolo%CC%81gicas-del-comportamiento-humano.pdf>
- Lupien, S., McEwen, B., Gunnar, M., & Heim, C. (2009). Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nature Reviews Neuroscience*, *10*(6), 434–445.
- Matud, M. (2004). Gender differences in stress and coping styles. *Personality and Individual Differences*, *37*(7), 1401–1415.
- Mesquita, J., Varela, A., & Medina, J. (2010). Trauma and the endocrine system. *Endocrinología y Nutrición*, *57*(10), 492–499.
- Myin-Germeys, I., & Van Os, J. (2007). Stress-reactivity in psychosis: Evidence for an affective pathway to psychosis. *Clinical Psychology Review*, *27*(4), 409–424.
- Nuechterlein, K., & Dawson, M. (1984). A Heuristic Vulnerability/Stress Model of Schizophrenic Episodes. *Schizophrenia Bulletin*, *10*(2), 300–312.
- Nuechterlein, K., Green, M., Kern, R., Baade, L., Barch, D., Cohen, J., Cohen, J., Essock, S., Fenton, W., Frese, F., Gold, J., Goldberg, T., Heaton, R., Keefe, R., Kraemer, H., Mesholam-Gately, R., Seidman, J., Stover, E., Weinberger, D., Young, A., Zalcman, S., Marder, S. (2008). The MATRICS Consensus Cognitive Battery, Part 1: Test

Selection, Reliability, and Validity. *American Journal of Psychiatry*, 165(2), 203–213.

Pereda, N., & Gallardo, D. (2011). Revisión sistemática de las consecuencias neurobiológicas del abuso sexual infantil. *Gaceta Sanitaria*, 25(3), 233–239.

Resnick, S., Bond, G., & Mueser, K. (2003). Trauma and posttraumatic stress disorder in people with schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(3), 415–423.

Rodriguez, R., Bagny, A., Garcia, C., Aparicio, A., Lopez, R., Moreno, M., Jimenez, M., Santos, J., Lobo, A., Kern, R., Green, M., Nuechterlein, K., & Palomo, T. (2012). The MATRICS Consensus Cognitive Battery (MCCB): Co-norming and standardization in Spain. *Schizophrenia Research*, 134(2-3), 279–284.

Wang, J., Korczykowski, M., Rao, H., Fan, Y., Pluta, J., Gur, R., McEwen B., & Detre, J. (2007). Gender difference in neural response to psychological stress. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 2(3), 227–239.

## ANEXO A: INSTRUMENTOS

### ENCUESTA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL INFANTIL

Nombre:	
Edad:	
PREGUNTAS	RESPUESTAS
1. ¿Cuál es tu nivel de estudios?	
2. ¿Tienes hijos?, De ser positiva la respuesta, ¿cuántos?	
3. ¿Tienes hijos?, De ser positiva la respuesta, ¿cuántos?	
4. ¿A qué edad sufrió su primer abuso?	
5. ¿A qué edad sufrió su último abuso?	
6. ¿Con qué frecuencia sucedieron los abusos?	
7. ¿El mismo fue perpetrado por un familiar o persona conocida?	
8. ¿Alguien de tu familia o círculo cercano ha sido o es víctima de abuso sexual infantil?	
9. ¿Recibiste ayuda psicológica con anterioridad?	

## ANEXO B: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO
<p><b>Introducción</b> <i>Debe tomarse en cuenta que el lenguaje que se utilice en este documento no puede ser subjetivo; debe ser lo más claro, conciso y sencillo posible; deben evitarse términos técnicos y en lo posible se los debe reemplazar con una explicación</i></p>
<p>Ejemplos de texto: Este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio. Usted puede hacer todas las preguntas que quiera para entender claramente su participación y despejar sus dudas. Para participar puede tomarse el tiempo que necesite para consultar con su familia y/o amigos si desea participar o no.            Usted ha sido invitado a participar en una investigación sobre (describir) porque (criterio de inclusión)</p>
<p><b>Propósito del estudio</b> Incluir una breve descripción del estudio, incluyendo el número de participantes, evitando términos técnicos e incluyendo solo información que el participante necesita conocer para decidirse a participar o no en el estudio</p>
<p><b>Descripción de los procedimientos para llevar a cabo el estudio</b> Breve descripción de cada actividad en la que participarán los sujetos y el tiempo que tomará. No describir procesos en los que los participantes no tomarán parte.</p>
<p><b>Riesgos y beneficios</b> Explicar los riesgos para los participantes en detalle, aunque sean mínimos, incluyendo riesgos físicos, emocionales y/o psicológicos a corto y/o largo plazo, detallando cómo el investigador minimizará estos riesgos; incluir además los beneficios tanto para los participantes como para la sociedad, siendo explícito en cuanto a cómo y cuándo recibirán estos beneficios</p> <p>Riesgos            Cómo se minimizarán            Beneficios individuales            Beneficios sociales            Cómo, cuándo y dónde se recibirán</p>
<p><b>Confidencialidad de los datos</b> <i>Debe describirse cómo se protegerá el anonimato de los participantes, y también cómo se garantizará la seguridad de los datos en todas las etapas del estudio: reclutamiento, ejecución, análisis, publicación, postestudio (almacenamiento). Es importante explicar quién será el custodio de los datos recolectados..</i></p> <p>Ejemplo de texto:            Para nosotros es muy importante mantener su privacidad, por lo cual aplicaremos las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales:            1) La información que nos proporcione se identificará con un código junto con su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo los investigadores mencionados al inicio de este documento tendrán acceso.            Una vez finalizado el estudio se borrará su nombre y se mantendrán solo los códigos.</p>

- 2) No se compartirán los videos con ninguna persona, solo con los investigadores. Las filmaciones se guardarán solamente en los computadores de los investigadores hasta el final de la investigación, cuando serán borradas.
- 3) Se removerá cualquier identificador personal que permita la identificación de usted y sus estudiantes al reportar los datos.
- 4) Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones.
- 5) El Comité de ética de la investigación en seres humanos (CEISH) de la USFQ, podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuando a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.
- 6) Al finalizar el estudio los datos serán almacenados en xxx por nn años; o serán entregados a xxx para que sean guardados por nn años.

#### **Derechos y opciones del participante**

Ejemplo de texto:

Usted puede decidir no participar y si decide no participar solo debe decírselo al investigador principal o a la persona que le explica este documento. Además aunque decida participar puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin que ello afecte los beneficios de los que goza en este momento.

Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

#### **Procedimientos para verificar la comprensión de la información incluida en este documento**

Ejemplos:

- ¿Puede explicarme cómo va a participar en este estudio?
- ¿Qué hace si está participando y decide ya no participar?
- ¿Cuáles son los posibles riesgos para usted si decide participar? ¿Está de acuerdo con estos riesgos?
- ¿Qué recibirá por participar en este estudio?
- ¿Hay alguna palabra que no haya entendido y desearía que se le explique?

#### **Información de contacto**

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor envíe un correo electrónico a xx

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. Iván Sisa, Presidente del CEISH-USFQ USFQ, al siguiente correo electrónico: [comitebioetica@usfq.edu.ec](mailto:comitebioetica@usfq.edu.ec)

<b>Consentimiento informado</b>	
<p>Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.</p> <p>Al firmar este formulario, usted acepta voluntariamente participar en esta investigación. Usted recibe una copia de este formulario.</p> <p><i>IMPORTANTE: Para cualquier procedimiento específico, como fotografías, grabaciones, toma de muestras, almacenamiento de muestras para uso futuro, renuncia al anonimato, debe incluirse un consentimiento específico. Por ej:</i></p> <p><b>Acepto que se grabe mi entrevista      SI (    )    NO (    )    N/A (    )</b></p>	
Nombres y apellidos del participante:	Fecha
Firma /huella del participante	CC
Nombres y apellidos del testigo:	Fecha
Firma /huella del testigo	CC
Nombres y apellidos del investigador:	Fecha:
Firma del investigador	CC
<b>Negativa del consentimiento</b>	
Nombres y apellidos del participante:	Fecha
Firma /huella del participante	CC
Nombres y apellidos del testigo:	Fecha
Firma /huella del testigo	CC
Nombres y apellidos del investigador:	Fecha
Firma del investigador	CC
<b>Revocatoria del consentimiento</b>	
Nombres y apellidos del participante:	Fecha
Firma /huella del participante	CC
Nombres y apellidos del participante:	Fecha
Firma /huella del testigo	CC
Nombres y apellidos del investigador:	Fecha
Firma del investigador	CC

