
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



TESIS:

“RELACION DEL ABUSO SEXUAL CON EL INTENTO SUICIDA EN ESTUDIANTES DE EDUCACION MEDIA Y MEDIA SUPERIOR”

SUSTENTANTES:

**Aneel Montserrat Aguiñaga Martínez
Rosario Araceli Ramírez Valencia**

***Director de Tesis :
Lic. Jorge Ameth Villatoro Velázquez***

México, D.F. Julio de 2006.

INDICE

Introducción	4
Capítulo I Adolescencia	
1.1. Definición de adolescencia	6
1.2. Cambios físicos durante la adolescencia	6-7
1.2.1. Características sexuales primarias	7-8
1.2.2. Características sexuales secundarias	8-9
1.3. Preocupación por los cambios físicos	9-10
1.4. Desarrollo cognoscitivo	10-11
1.5. Desarrollo emocional	11-13
1.6. Desarrollo Social	13-16
1.7. Problemas de adaptación	16-18
Capítulo II Abuso sexual	
2.1. Definición	18-19
2.2. Tipos de abuso sexual	19
2.3. El menor víctima de abuso sexual	20
2.4. Factores sociales y culturales del abuso sexual	20-21
2.5. El agresor sexual	21-24
2.6. Aspectos legales del abuso sexual en México	24-27
2.7. El contexto familiar de las víctimas de abuso sexual	27-28
2.8. Efectos posteriores al abuso sexual	28-29
Capítulo III 3. Conducta Suicida	
3.1. Definición	29
3.2. Clasificación de la conducta suicida	30
3.2.1. Ideación suicida	30
3.2.2. Intento suicida	30-31
3.2.3. Otras conductas parasuicidas	31-32
3.3. Aproximaciones teóricas de la conducta suicida	32
3.3.1. Enfoque Social	32-33
3.3.2. Enfoque Psiquiátrico	33-34
3.3.3. Enfoque Psicológico	34-35
3.3.4. Enfoque Cognoscitivo	35-37
3.4. Investigaciones realizadas en México sobre la conducta suicida	38
Capítulo IV Método	
4.1. Planteamiento del problema	38
4.2. Objetivo General	38
4.3. Objetivos Específicos	38
4.4. Variables	38
4.4.1. Definición Conceptual de variables	38
4.4.2. Definición Operacional de variables	39
4.4.3. Variables sociodemográficas	40
4.5. Población y Muestra	40-41
4.6. Instrumento	42

4.7. Procedimiento	43-44
Capítulo V Resultados	
5.1. Análisis estadístico de datos	44
5.1.1. Intento suicida y abuso sexual por nivel educativo	44
5.1.2. Ocasiones en que se llevó a cabo el intento suicida	45-47
5.1.3. Razones para llevar a cabo el intento suicida	48
5.1.4. Método más usado para el intento suicida	49
5.1.5. Relación de la víctima con el agresor	51
5.1.6. Relación del abuso sexual con el intento suicida	52
	53-57
Capítulo VI Discusión y Conclusiones	
Referencias	58-62

INTRODUCCIÓN

El abuso sexual, como todo acto de violencia, es un acto social, y sus consecuencias rebasan el ámbito de la salud; por tanto, no puede conceptualizarse como un fenómeno exclusivamente médico o legal, sino que se manifiesta como un tema complejo con ramificaciones morales, socioculturales, políticas y personales. Esta forma de violencia es un problema social, sin embargo, una manera de dirigir la atención de diferentes sectores a este problema es reconocer los efectos que puede generar en la salud, con el fin de prevenirlo y tratarlo adecuadamente (Ramos, Saldivar, Medina-Mora, Rojas y Villatoro ,1998).

Este tipo de experiencias son consideradas extrañas y desagradables para el menor. Investigaciones realizadas en México señalan que solo se denuncian entre el 5% y 50% de los delitos sexuales y que si se calcula que en la ciudad de México el promedio por día es de 8 delitos sexuales puede estimarse que se cometen entre 16 y 160 diariamente. En 1993 la PGRDF reportó que este delito ocupaba el segundo lugar de los notificados, su incidencia era del 24.1% y casi en su totalidad eran agresiones cometidas a menores de 13 años (González, Ramos, Vignau y Ramírez, 2001).

Este tipo de abuso parece construir un predictor significativo de deterioro en la salud mental durante la adolescencia y la edad adulta. Se han notificado como secuelas: baja autoestima, depresión, miedo al éxito; habilidades sociales inadecuadas; relaciones sexuales e interpersonales problemáticas; confusión sexual y conductas sexualizadas, prácticas sexuales sin protección, una tendencia a la revictimización, agresión, ira, síntomas postraumáticos, trastornos de la alimentación, experiencias disociativas en la edad adulta particularmente de quienes fueron abusados durante la infancia sexual y físicamente, mas riesgo de involucrarse en la prostitución, sobre todo si el abuso ocurrió a edades tempranas (Ramos, et al.1998).

Los agresores son casi exclusivamente varones, y una proporción de ellos son conocidos y familiares de los menores. Se ha encontrado que el 62% de los casos, el agresor fue el hermano, padre o padrastro y el tío, el 21% fue un conocido y el 17%, el agresor fue un extraño. Así mismo llama la atención que entre el 81 y 92% de las víctimas son del sexo femenino y que las agresiones sexuales a varones parecen presentarse en edades más tempranas (Ramos et al.1998).

Es necesario aclarar que la severidad de la sintomatología parece depender de la combinación de varios factores, tales como la edad en que ocurrió el abuso; la relación con el perpetrador; la duración, la frecuencia y la severidad del abuso; el uso de fuerza involucrado, así como el número de agresores.

Se destacan en las consecuencias del abuso sexual en menores, las alteraciones de: hábitos cotidianos y del sueño, así como miedo, demanda de afecto, y bajo rendimiento escolar. A largo plazo en las y los sobrevivientes adultos resaltan: mala imagen corporal, autodevaluación, culpa, sensación de ser diferente a los demás, y vergüenza.

En el caso de las mujeres se han encontrado como efectos a largo plazo del abuso sexual infantil, el trastorno por estrés postraumático, depresión, ideación y el intento suicida. Por otro lado, en los hombres aunque en menor frecuencia los efectos son: la sensibilidad interpersonal, la ansiedad fóbica, el abuso de sustancias, la depresión y la obsesión-compulsión, baja autoestima, ideación e intentos suicidas (Ramos et al. 1998).

Si bien, el abuso sexual repercute como mencionamos anteriormente en la salud física y mental de las víctimas es importante aclarar que además de causar estos daños, puede ser un factor de riesgo que provoque consecuencias más graves como el atentar contra la propia vida e incluso el suicidio (Ramos et al. 1998). En las investigaciones anteriores que señalan la posible relación entre el abuso sexual y el intento suicida demostraron que el 7% de las mujeres y 2% de los varones reportaron haber experimentado abuso sexual y el 11% de las mujeres y 4% de los hombres habían intentado suicidarse. Los varones no reportaron de forma conjunta ambos problemas, se sabe que existe cierta dificultad para poder detectar estos problemas en ellos, mientras que de las 49 mujeres que habían intentado suicidarse, el 12% también había sido víctima de abuso sexual (González-Forteza, et. al., 2001).

El suicidio es un acto totalmente consciente e intencional, que busca como resultado final producir la propia muerte. Durkheim (1965) aclara que no solo los factores individuales sino las condiciones alienantes de la sociedad favorecen su desintegración y contribuyen a describir y explicar las tasas de suicidios.

De acuerdo a Ramos (1995), el suicidio ocupa el sexto lugar dentro de las causas de pérdida entre edades de 15 a 44 años, siendo particularmente en el D. F. donde en 1998 se detectó la conducta suicida en 4.3% en hombres y 12.1% en mujeres adolescentes de secundaria y bachillerato. Siendo las principales causas: el abuso sexual ya que se reportó una incidencia de 4.3% entre estos estudiantes.

Por la posible relación entre el abuso sexual y el intento suicida que documenta la literatura internacional, y la presencia de estas problemáticas en la población adolescente estudiantil de nuestro país, resulta fundamental conocer no solo su perfil epidemiológico, sino también sus características para orientar los esfuerzos de prevención. No basta detectar la asociación entre el abuso sexual y el intento suicida, que pudieron haber experimentado los adolescentes, sino que resulta imperativo evaluar su impacto sobre el estado emocional actual, en

particular en términos del malestar depresivo y la ideación suicida, ya que dichos acontecimientos pueden ser factores de riesgo emocional a corto y largo plazo para desarrollar otros problemas de salud mental.

Con base a lo anterior en este trabajo se considera de importante relevancia la problemática de abuso sexual con relación a la violencia y el intento suicida. Así como saber ¿Cual es la prevalencia del abuso sexual como una forma de violencia y el intento suicida en estudiantes de educación media y media superior del Distrito Federal?, y si existe alguna relación entre estos

De esta manera los objetivos del presente trabajo son:

- A) Identificar si existe relación entre el abuso sexual y el intento suicida.
- B) Identificar la prevalencia de abuso sexual y el intento suicida en estudiantes del Distrito Federal.
- C) Conocer las formas mas frecuentes de intento suicida que se da en hombres y mujeres adolescentes del distrito federal.

Capítulo 1. Adolescencia

1.1. Definición de adolescencia

La adolescencia, es el periodo definido culturalmente entre la infancia y la edad adulta. Esta se encuentra influenciada por los valores y circunstancias psicoculturales. Desde el punto de vista social, el adolescente ya no es niño, pero tampoco adulto y aunque casi todas las culturas reconocen este estado de transición, la duración de esta etapa varia de una a otra (Coon, 1998).

Desde el punto de vista etimológico el término adolescencia se remonta al latín “adolescere” que significa “crecer hacia” o “crecer”.

Freud (1917), definió la adolescencia como una época de grandes conflictos, ansiedad y tensión.

Por otro lado, Gessell (1958), define la adolescencia como un periodo predominantemente rápido e intenso en cuanto al desarrollo físico acompañado por profundos cambios que afectan a toda la economía del organismo.

Horracks (1986), desde el punto de vista biológico se refiere a la adolescencia como el inicio de la pubertad pero en realidad este periodo principia con la acción de las hormonas secundarias. Al terminar la pubertad, el individuo adquiere la capacidad para reproducirse.

Otros autores señalan que la adolescencia es la crisis pasajera que separa a la infancia de la edad adulta, y esto se debe a la pubertad (Piaget, 1964).

En muchas ocasiones la adolescencia es confundida con la pubertad. Sin embargo, la *pubertad* es un hecho biológico, no un estado social. Durante la pubertad, los cambios hormonales promueven el rápido crecimiento físico y la madurez sexual. Para las niñas, el inicio de esta ocurre normalmente entre los 11 y 14 años de edad. En cambio para la mayoría de los niños el rango de edad está entre los 13 y 16 años.

1.2. Cambios físicos durante la adolescencia

Durante la adolescencia hay una serie de cambios físicos importantes que están relacionados con el aumento de estatura y peso siendo esto considerado como un signo temprano de maduración.

Los cambios físicos en esta etapa, sin exceptuar la maduración sexual y el crecimiento acelerado, son iniciados por una mayor producción de hormonas activadoras de la glándula pituitaria anterior, situada inmediatamente debajo de la base del encéfalo. La señal para este incremento de la producción hormonal, a su vez, proviene del hipotálamo, parte importante y compleja del encéfalo, pero sólo después de que el hipotálamo ha madurado lo suficiente, lo cual puede ocurrir a edades distintas en diferentes individuos (Giraldo, 1981).

Se inicia de igual forma en este periodo un crecimiento casi repentino de las gónadas y demás genitales siendo un periodo de madurez sexual y de características sexuales secundarias.

Otro rasgo propio de esta etapa es el rápido crecimiento del cuerpo, crecimiento que realmente se inicia en las niñas uno o dos años antes que en los niños. El crecimiento en los niños es más intenso ya que su aparición es tardía, lo cual permite un periodo extra de crecimiento, el cual ocurre a diverso ritmo entre las diferentes partes del cuerpo (Giraldo, 1981).

Estos cambios significan para el adolescente una serie de experiencias, en las cuales frecuentemente no está preparado. A menudo en nuestra cultura la niña llega a la primera menstruación sin tener idea de la existencia de este fenómeno, el joven por otro lado suele alcanzar las primeras erecciones y poluciones nocturnas (sueños húmedos) sin tener idea de lo que sucede o si está enterado de ello, o es una actitud sencilla o natural, sino maliciosa o perturbadora por lo limitado de sus conocimientos. Estos fenómenos producen

en los adolescentes grandes incertidumbres que los llevan a cuestionarse acerca de lo que les ocurre (Giraldo, 1981).

1.2.1. Características sexuales primarias

Estas se refieren a los órganos, sexuales y reproductores: la vagina, los ovarios y el útero en el caso de las mujeres, y el pene, los testículos, y el escroto en los hombres (Coon, 1998).

La primera indicación externa de la inminente maduración sexual en los varones consiste por lo común en un aumento de la tasa de crecimiento de los testículos y del escroto (la estructura en forma de bolsa que contiene a los testículos).

Poco después, de la aparición del bello púbico puede observarse aproximadamente un año más tarde, una aceleración en el crecimiento del pene acompaña al comienzo del tamaño de la estatura.

En este período el pene queda erecto con gran facilidad, ya sea espontáneamente o en respuesta a toda una variedad de estímulos psicosexuales; "visiones provocativas, sonidos, olores, frases o cualquier cosa que sea; el adolescente varón (de menor edad) habita un espacio vital libidinizado, en el que casi todo puede adquirir un significado sexual.

La eyaculación inicial del fluido seminal puede ser motivo de preocupación. La primera eyaculación del chico adolescente probablemente ocurrirá al cabo de un año de iniciado el crecimiento en cuanto a la estatura, alrededor de los 14 años, aunque puede ocurrir desde los 11 o demorarse hasta los 16. La primera eyaculación puede producirse a consecuencia de una masturbación o de una emisión nocturna. En ocasiones algunos chicos que se masturban, con sensaciones acompañantes agradables pero sin eyaculación, pueden llegar a pensar que la eyaculación del fluido seminal es nociva o indicativa de que algo anda físicamente mal en ellos (Coon, 1998).

1.2.2. Características sexuales secundarias

Dichas características son rasgos sexuales más superficiales, que aparecen en la pubertad como respuesta las señales Hormonales y a la glándula hipófisis, (pituitaria).

En las mujeres, dichos rasgos se relacionan con el desarrollo de los senos, el ensanchamiento de las caderas, y otros cambios en la forma del cuerpo.

El desarrollo de los senos suele ser la primera señal de madurez sexual, aun cuando en cerca de una tercera parte de las niñas puede anteceder la aparición de bello en el pubis.

El crecimiento del útero y de la vagina ocurre simultáneamente con el desarrollo de los senos y también se agrandan, los labios y el clítoris. La menarquia (es decir, la edad a que comienza la menstruación) se produce relativamente tarde en la serie de desarrollo, y caso invariable después de que el crecimiento en cuanto a estatura ha comenzado a frenarse. Señalando el alcance de su madurez sexual.

De este modo comienza la ovulación mensual. La ovulación es la liberación de óvulos de los ovarios. Desde la primera ovulación hasta la menopausia (el final de los ciclos de fertilidad mensual regulares), las mujeres pueden tener hijos (Coon, 1998).

Frecuentemente hay un período que puede durar de un año a un año y medio después del comienzo de la menstruación, durante el cual la chica adolescente no es capaz aún fisiológicamente de concebir. De manera semejante, los chicos son capaces de tener relaciones sexuales mucho antes de la aparición de espermatozoides vivos (Coon, 1998).

Para la joven adolescente, la menstruación es mucho más que un simple reajuste fisiológico. Es un símbolo de madurez sexual, de su estatus futuro como mujer. Porque las reacciones de una chica a la menstruación pueden generalizarse ampliamente, tiene importancia capital que su experiencia inicial sea lo más buena posible (Coon, 1998).

Por otro lado, los hombres desarrollan bello facial, y corporal, y su voz se hace más grave. El bello axilar (corporal) y facial comúnmente hacen su primera aparición unos 2 años después del comienzo del vello pubiano, aun cuando la relación es lo suficientemente variable como para que, en algunos chicos, el vello axilar aparezca en primer lugar (Coon, 1998).

La voz se hace patentemente más baja o grave. En algunos chicos este cambio de voz, es más bien brusco y dramático, en tanto que en otros ocurre tan gradualmente que casi no es perceptible. Durante este proceso, la laringe (o manzana de Adán) aumenta significativamente y las cuerdas vocales que contiene duplican aproximadamente su longitud.

Así como el comienzo de la menstruación puede ser causa de preocupaciones para la joven, la erección incontrolada y la eyaculación inicial pueden sorprender y preocupar a algunos varones púberes. Aún cuando la estimulación genital, así como otras formas de estimulación corporal, es agradable para el niño, la erección y la estimulación genital comúnmente llevan

consigo un mayor sentido de apremio sexual durante esta etapa. Estos cambios señalan que se está listo para la reproducción (Coon, 1998).

1.3. Preocupación por los cambios físicos

Una de las primeras cosas que tiene que conseguir el adolescente es asimilar los rápidos cambios físicos que está experimentando, su cuerpo y su voz cambian, aparecen los caracteres sexuales secundarios y todo ello hace que la imagen que tiene de si mismo se modifique. La imagen corporal es algo importante en todas las edades, pero para el adolescente temprano puede llegar a ser algo crucial, por varias razones (Delval, 2000).

En primer lugar, los cambios no tienen lugar en todos los adolescentes a la vez, algunos adolescentes crecen demasiado deprisa, y son mucho mas altos que sus compañeros; otros, en cambio, empiezan a crecer mas tarde y siguen siendo niños frente a los compañeros de su misma edad, lo que les provoca el miedo de quedarse pequeños, también el peso es objeto de preocupación muy frecuente entre las adolescentes ya que buscan perder peso, y en ocasiones esto puede conducirlos a problemas graves como la bulimia o anorexia (Delval, 2000).

En segundo lugar, el adolescente presta mayor atención a la opinión que los otros tengan de él, además tiende a sentirse el centro de las miradas de todos, como parte de la manifestación de egocentrismo social. Por otro lado, a muchos adolescentes les preocupa el acné, que frecuentemente aparece en la cara y que se debe a un exceso de producción de grasa de las glándulas sebáceas. El incremento de los pechos en las mujeres es también un motivo de preocupación, tanto si es lento, como si es rápido, por esa tendencia a no alejarse de la medida establecida (Delval, 2000).

Es así como la extroversión propia del adolescente lo induce a notar la diferencia que existe entre él y los ideales que impone la sociedad (Craig, 1997), lo que puede originar ciertas preocupaciones o inquietudes en ellos sobre lo que deben ser. En ocasiones estas preocupaciones pueden prevalecer en algunos adolescentes debido a que en nuestra cultura se exageran estas inquietudes, por la importancia que se atribuye a la imagen corporal y a ser atractivo/a, sobre lo que se insiste continuamente en los medios de comunicación (Delval, 2000).

En relación con la depresión, influyen los ideales de belleza, que traen un desprecio a su apariencia física y consecuente malestar (Craig, 1997).

En la adolescencia se observan, entonces importantes cambios en el concepto de si mismo o autoconcepto, que es el conjunto de representaciones que el individuo elabora sobre si mismo y que incluye aspectos corporales,

psicológicos, sociales y morales, es el producto resultante de las aspiraciones propias y de la imagen que devuelven los demás (Delval, 2000).

Esa imagen reflejada es esencial, pero no siempre exacta y pueden llegar a producirse deformaciones de esta, ya que algunos experimentan grandes oscilaciones, que van de sentirse excepcional, a situarse por debajo de los demás compañeros (Delval, 2000).

Al parecer, los/las adolescentes contemporáneos están mejor desarrollados/as y es menos probable que les preocupen tales sucesos del desarrollo como la menstruación o las emisiones nocturnas que a los/as jóvenes de generaciones anteriores. No obstante, muchos/as jóvenes, de cualquiera de los sexos, especialmente en los primeros años de la adolescencia, no reciben instrucción adecuada de parte de sus padres, las escuelas o sus iguales y se torturan a sí mismos con miedos innecesarios.

Así, los adolescentes tratan de sintetizar sus experiencias anteriores, y se apoyan en el sentimiento de confianza o inseguridad que han adquirido en las distintas etapas de la infancia, para alcanzar una identidad personal estable; el haber superado satisfactoriamente las crisis anteriores hace posible abordar ésta con más posibilidades de éxito (Delval, 2000).

1.4. Desarrollo cognoscitivo

El adolescente es un individuo que puede construir sistemas y teorías, además de estar interesado por los problemas inactuales, es decir, que no tienen relación con las realidades vividas día a día. De igual forma cuenta con mucha facilidad para elaborar teorías abstractas, por ejemplo, hay algunos que escriben sobre filosofía o política, mientras que otros se dedican a expresar este cúmulo de ideas que de una u otra manera pretenden transformar al mundo. Sin embargo, la mayoría incluso no habla demasiado acerca de sus producciones personales y se limitan a perfeccionarlas de modo íntimo y secreto (Piaget, 1964).

La producción de esta nueva forma de pensamiento, por ideas generales y construcciones abstractas, se efectúa de manera continua, a partir del pensamiento concreto propio de la segunda infancia. A partir de los doce años es donde se sitúa dicho proceso de desarrollo, el cual poco a poco se dirige hacia la reflexión libre y desligada de lo real dando paso a la fantasía.

En algunos casos aproximadamente entre los once y doce años tiene lugar una transformación en el pensamiento que marca su final con relación a las operaciones construidas durante la segunda infancia: esto es el paso del pensamiento concreto al pensamiento "formal", es decir hipotético-deductivo (Piaget, 1964).

Hasta esa edad las operaciones de la inteligencia infantil son únicamente concretas, es decir, que no se refieren más que a la realidad en sí misma y especialmente a los objetos tangibles que pueden ser manipulados y sometidos a experiencias afectivas.

Después de los once años el pensamiento formal se hace posible es decir, las operaciones lógicas se trasponen del plano de la manipulación concreta al plano de ideas expresadas en un lenguaje cualquiera (lenguaje de las palabras o símbolos matemáticos, etc.). El pensamiento formal es por tanto hipotético-deductivo, por lo que se es capaz de deducir las conclusiones que hay que sacar de hipótesis no solo de una observación real (Piaget, 1964).

La inteligencia formal da paso a la libre actividad de la reflexión espontánea en el adolescente, y es así como este toma una postura egocéntrica intelectualmente donde el yo es lo bastante fuerte como para reconstruir el universo y lo bastante grande como para incorporarlo. El egocentrismo metafísico del adolescente concluye poco a poco con una reconciliación entre el pensamiento formal y la realidad, es decir, el equilibrio se alcanza cuando la reflexión comprende que la función que le corresponde no es la contradecir sino la de anticiparse e interpretar la experiencia (Piaget, 1964).

1.5. Desarrollo emocional

La adolescencia como periodo de transición es prolongada, sobre todo por el tiempo que toma aprender los papeles adultos. Para lograr el status del adulto, los adolescentes deben establecer una identidad o yo integrado y las apropiadas independencias o interdependencia que son los objetivos de su desarrollo esto puede llevarlos a experimentar confusiones emocionales, pero no por necesidad.

Conforme el desarrollo cognoscitivo avanza hacia las operaciones formales, los adolescentes se vuelven capaces de ver las incoherencias y los conflictos entre los roles que ellos realizan y los demás, incluyendo a los padres. La solución de estos conflictos ayuda a los individuos a elaborar su nueva identidad con la que permanecerán el resto de sus vidas.

Además de la introspección los jóvenes obtienen su identidad de un grupo de referencia y otros grupos significativos.

Erickson (1963), creía que uno de los periodos mas decisivos es la adolescencia; en ella el elemento fundamental es obtener una identidad personal y evitar la confusión de papeles. Aunque el individuo haya adquirido confianza, autonomía e iniciativa.

En los estadios precedentes, este periodo puede estar lleno de conflictos, agitación y ansiedad. Cambian rápidamente los papeles y actos preferidos. El joven suele revelarse contra las figuras de autoridad por pensar que le impiden descubrir y ser lo que realmente desea ser. Si se permite al adolescente libertad de acción y se le alienta para que se encuentre así mismo, estará en condiciones de resolver su confusión mediante experimentación y el descubrimiento de valores, actitudes y papeles que consideran son los acertados. A esta etapa Erickson (1963), le llama identidad frente a la confusión de roles, que se encuentra dentro de la teoría del desarrollo psicosocial.

Marcia (1980) modificó esta obra para definir cuatro estados de identidad que los adolescentes pasan mientras desarrollan su identidad, en el primero si han hecho compromisos sin sufrir una crisis de identidad, se dice que se encuentran en el estado de exclusión. Si no lo han sufrido no han hecho compromisos, están en el estado de difusión. Y aquellos que se encuentran en una crisis o respondiendo cuestiones acerca de sus compromisos se dicen que pasan por el estado de moratoria y por último, quienes han resuelto con éxito su crisis y han realizado sus compromisos se ubican en el estado de consecución de la identidad. El estado de cada individuo está influido por diversos factores que incluyen expectativas sociales, la imagen personal y reacciones al estrés (Craig, 1997).

En general, la mayoría de los adolescentes experimentan grandes cambios a nivel afectivo (libidinal), debido a las intensas pulsiones instintivas que caracterizan esta etapa, sin embargo, muchos reaccionan a esto de manera diferente y personal. Lo que es una realidad sin duda, es que en la época actual, con los avances tecnológicos y la hostilidad del medio ambiente, han hecho que el aparato psicológico y el desarrollo del adolescente se vean afectados para tener, la necesidad de incorporar estas condiciones del medio para la adaptación que tanto se busca en todas las etapas de la vida.

Dentro del número de fenómenos que intervienen en los procesos característicos del adolescente, se enfatiza la existencia de la regresión en la adolescencia. La cual permite a los jóvenes retomar las relaciones tempranas infantiles (objetos internalizados tempranos) y reelaborar los conflictos que existen en torno a estas relaciones.

Este funcionamiento específico es el productor característico de las principales reacciones y “experiencias psicológicas globales”, que representan al adolescente en esta etapa, haciéndolo desenvolverse de manera inestable, voluble, ambivalente, impredecible, o entusiasta e hiperactivo.

López (1988), enfatiza la variedad y cantidad de *objetos*, pasados y presentes, que son importantes a nivel emocional para el individuo a lo largo de su vida.

La teoría psicoanalítica se refiere a las representaciones emocionales que dichos objetos logran crear en cada persona. Es decir, que cada objeto va acompañado de cierta atención emocional, una respuesta afectiva. A esta respuesta afectiva Freud la llamó “Libido”, fuerza promotora del desarrollo y establecimiento de las relaciones objetales adultas y de la relación de pareja (López, 1988).

Al establecer el hecho de la libido como la “motivación” del joven de crear representaciones emocionales, se plantea la tendencia a la movilización que esta libido experimenta en la adolescencia. De esta manera, los padres pierden importancia para el adolescente cobrando importancia otras figuras presentes como amigos y compañeros cercanos. Además de que las representaciones pasadas de los padres recobran la importancia perdida como figuras omnipotentes e idealizadas, gratificantes y frustradas (López, 1988).

Una vez entrada la adolescencia, estos impulsos recobran fuerza y los mecanismos de defensa, hasta la fecha utilizados, ya no son suficientes para mantenerlos reprimidos junto con los objetos primarios. Si los impulsos siguieran adheridos a estos objetos primarios no sería posible que el joven estableciera relaciones reales con figuras del presente, del sexo opuesto, ni tampoco podría adquirir un contacto estable con la realidad (López, 1988).

1.6. Desarrollo Social

La sociedad, a través de sus instituciones, influye en los individuos para que adquieran las actitudes, normas y pautas de conducta que les permitan integrarse como miembros activos en el sistema socio-cultural establecido. Este proceso es llamado socialización, el cual pasa por una etapa conflictiva durante la adolescencia (Bukner, 1975).

Una de las metas más importantes de la adolescencia es conseguir la heterosociabilidad (Miller, 1990), en donde el proceso de desarrollo psicosocial, los/as niños/as pasan por tres etapas: La *autosociabilidad*: que corresponde al periodo de desarrollo temprano del preescolar, donde el placer y la satisfacción provienen del/a propio/a niño/a. La *homosociabilidad*: que corresponde al periodo de desarrollo de primaria, donde el/la niño/a obtiene placer y satisfacción por estar con otros de su mismo sexo (Bukowski, Gauze, Hoza y Newcomb, 1993), y la *heterosociabilidad*: que corresponde al desarrollo del/la adolescente y el adulto donde el placer de los individuos se obtiene de las amistades con personas de ambos sexos (Goff, 1990).

El desarrollo social y las relaciones de los/las adolescentes abarcan al menos seis necesidades importantes: (Rice, 2000).

1.- Necesidad de formar relaciones afectivas significativas, satisfactorias.

2.- Necesidad de ampliar las amistades de la niñez conociendo a personas de diferente condición social, experiencias e ideas.

3.- Necesidad de encontrar aceptación, reconocimiento y estatus social en los grupos.

4.- Necesidad de pasar del interés homosocial y de los compañeros de juegos de la niñez mediana a los intereses y las amistades heterosociales.

5.- Necesidad de aprender, adoptar y practicar patrones y habilidades en las citas, de forma que contribuyan al desarrollo personal y social, a la selección inteligente de pareja y un matrimonio con éxito.

6.- Necesidad de encontrar un rol sexual masculino o femenino y aprender la conducta apropiada al sexo.

La maduración sexual trae consigo nuevos sentimientos y necesidades emocionales, la búsqueda de la independencia, la emancipación de los padres, y el apoyo que antes era proporcionado por la familia se busca en otros adolescentes comúnmente de su misma edad (Rice, 2000).

La necesidad de conformidad depende también del ajuste de los/las adolescentes a su familia: los/as jóvenes con un buen ajuste familiar y que cuentan con el cariño de sus padres, tienen menos necesidad de acceder a las demandas de otros/as adolescentes, al menos en algunas áreas; por ello cuando se enfrentan a las decisiones, se aceptan las opiniones de los padres por encima de las de los/as compañeros/as (Rice, 2000). Algunos varones tienden a no expresar preocupaciones ni sentimientos emocionales en cambio, las adolescentes de todas las edades muestran una mayor comunicación emocional tanto con los padres como con los demás adolescentes, sin embargo, algunos varones tienden a no expresar preocupaciones ni sentimientos emocionales (Papini, Farmer, Clark, Micka y Barnett, 1990).

La necesidad de tener buenos amigos se convierte en una cuestión muy importante en la adolescencia (Rice, 2000), pues es con otros/as adolescentes con quienes buscan formar relaciones y comparten intereses comunes. A medida que se hacen mayores necesitan amigos/as cercanos que permanezcan junto a ellos/as dándoles comprensión y cuidados (Rice, 2000). La búsqueda de pertenecía y conformidad comúnmente sirve para reforzar la imagen propia por lo cual, el ser rechazado o ignorado por los demás se convierte en un problema crucial.

Por lo tanto, la meta es ser aceptado por los miembros de una pandilla o de un grupo al que admiran, en donde cada uno de estos tiene su propia personalidad, es decir, los miembros se distinguen por su ropa, nivel

académico, participación extraescolar, habilidades sociales, estatus socioeconómico, reputación y rasgos de personalidad. Pues es en este periodo cuando son muy sensibles a la crítica o las reacciones negativas de otros.

Una de las razones por las que las amistades son cruciales, para los/as adolescentes es que pueden sentirse inseguros/as y ansiosos/as con respecto a si mismos (Rice, 2000). En consecuencia, buscan relacionarse con amistades que les ayuden a establecer límites personales y en ocasiones aprender habilidades sociales necesarias para obtener un autoconcepto de la sociedad que les ayudara a formar parte del mundo adulto mas adelante.

Otra forma de encontrar aceptación y la aprobación del grupo es por medio del dominio de habilidades (en los deportes, como miembro de un club, actividades recreativas o materias académicas) (Rice, 2000).

También las cualidades personales y las habilidades sociales son criterios significativos de popularidad, y se han considerado bastante importantes para ganar aceptación social. (Meyers y Nelson, 1986). Por el contrario, la conducta agresiva y /o hostil puede ser inaceptable en la sociedad, pero en ocasiones es necesaria para pertenecer a alguna banda o grupo marginal.

El estatus socioeconómico también está en correlación con la conformidad adolescente. Los/as adolescentes de mas alto estatus tienen mayor grado de conformidad que los/as de estatus socioeconómico bajo (Rice, 2000).

El/la adolescente debe adaptarse a los requerimientos del sistema socioeconómico, ya que la sociedad le exige que sea responsable; es decir, que comience a ser productivo y que se prepare con seriedad para la vida adulta y sin embargo, no le ofrece ni un status, ni un rol bien definido, se le sigue tratando como niño, pero se le demanda que se comporte como adulto (Brukner, 1975).

Esta posición ambivalente de la sociedad con respecto al/a la adolescente influye en como se presentan en él/ella la crisis de identidad.

Cuando el/la adolescente sale del mundo infantil se enfrenta con una realidad socioeconómica que hasta entonces no comprendía, con la opresión social, entre otras cosas, que la competencia es importante para subsistir en el sistema capitalista en el que se ve influido. Es de esta manera como él/ella busca su autonomía y responde revelándose ante dicha situación, pero se siente atrapado por el sistema social. Por esta razón, formula teorías que le serán de utilidad para la confrontación de este sistema. Originando así la ideología propia del adolescente, la cual condiciona su comportamiento y le da características distintas al resto de las personas; por ello, se habla de una subcultura de la adolescencia.

El rechazo a lo establecido y la falta de sumisión, pueden conducir al adolescente hacia dos direcciones: a estructurar una personalidad obediente a las formas sociales o convertirlo en agente de cambio socio-cultural (Brukner, 1975).

Por otro lado, junto con el desarrollo de las relaciones reales o imaginadas reciprocas aparece la experiencia de estar enamorado, algunos de los adolescentes mas jóvenes pueden tener un enamoramiento intenso por alguien que realmente no conocen y harán fantasías románticas sobre sus encuentros con dicha persona (Rice, 2000). Así mismo aquellos adolescentes que logren establecer un vínculo afectivo con otra persona se abrirán camino en su conducta sexual prematrimonial llevándola hasta el punto de querer establecer otro tipo de compromisos como lo es vivir juntos, casarse o hasta tener hijos.

Lo anterior puede traer como consecuencia para algunas adolescentes, enredarse en un círculo autodestructivo en donde se presentan problemas como no terminar sus estudios, el embarazo prematuro, incapacidad para establecer una vida familiar estable y dependencia del apoyo de otros.

Al ser la adolescencia una "moratoria de tipo social", en la que se permite al joven experimentar algunas conductas, mientras se le restringe al acceso a muchas otras, es necesario que exista una infraestructura que sostenga a los jóvenes, proporcionándoles actividades de tipo formativo, informativo, productivo y recreativo que les permitan posponer la adquisición de compromisos considerados de la vida adulta como por ejemplo el trabajo, el matrimonio y el embarazo.

1.7. Problemas de adaptación

Cuando los adolescentes llegan al pensamiento operacional formal y eligen un conjunto de valores morales, son capaces de considerar alternativas y servirse de la lógica para meditar sobre su pasado y futuro. Adoptando un código ético personal que conlleva a la solución de la crisis de identidad.

Así mismo Kohlberg (1969) propuso seis estadios de razonamiento moral comprendidos por el *nivel 1 Preconvencional* (4-10 años de edad). Los niños, bajo controles externos, obedecen reglas para obtener recompensas o evitar castigo. *Nivel 2 moralidad de la conformidad del papel convencional* (edades de los 10 a los 13 años). Los niños han internalizado las normas de las figuras de autoridad. Obedecen reglas para agrandar a otros o para mantener el orden y el *nivel 3 Moralidad de los principios morales autónomos* (Edad: 13 o mas tarde, o nunca). La moralidad es completamente interna. La gente reconoce conflictos entre las normas morales y escoge entre ellas (Papalia, 1998).

Kohlberg concluyó que el nivel de razonamiento moral está relacionado con el nivel cognoscitivo de una persona, muchas personas llegan a la larga a juicios morales independientemente más que simplemente internalizando las normas de los padres maestros o iguales (Papalia, 1998).

Hoffman (1970) propone que el desarrollo de la moralidad está afectado por diferentes factores a distintas edades, en la adolescencia, el empleo de este tipo de pensamiento, con su introspección y su razonamiento hipotético completan el proceso (Craig, 1997).

Tras encontrarse en el desarrollo de las etapas anteriores uno de los mayores problemas que enfrentan los adolescentes y que tienen que resolver es el de la soledad, la cual es descrita como un vacío, aislamiento y aburrimiento (Rice, 2000).

Los varones parecen tener mayores problemas con la soledad que las mujeres, probablemente porque es más difícil para ellos expresar sus sentimientos (Rice, 2000).

Los adolescentes están solos por diversas razones. Algunos tienen problemas para relacionarse, otros tienen dificultades para mostrar una conducta adecuada y para aprender como comportarse o adaptarse en situaciones diferentes, algunos tienen baja autoestima y se sienten muy vulnerables a la crítica, anticipan el rechazo evitando las situaciones que podrían provocarles vergüenza. Por lo tanto, evitan el contacto social y la intimidad con otros para que estos no se puedan aprovechar de ellos (Rice, 2000).

También pueden tener problemas para enfrentar el estrés. Presentando como consecuencia de este depresión, empujamiento, rebeldía, drogadicción o suicidio. La depresión entre los jóvenes puede tener implicaciones muy graves y suele ocurrir en combinación con otros problemas, como los desórdenes de nutrición y la insubordinación (Myers, 2000).

La depresión se halla vinculada a una forma negativa y pesimista de explicar e interpretar los fracasos, el estado de ánimo también afecta el comportamiento. Una persona que se encuentra deprimida suele manifestar su estado de ánimo al exterior y propiciar con esto el rechazo social (Myers, 2000).

Otros factores desadaptativos pueden ser la ansiedad y el estrés. Algunas personas se avergüenzan con facilidad y sienten ansiedad al pensar que están siendo evaluadas, ante esta situación la tendencia natural es protegerse a sí mismo: hablar menos, evitar los temas que revelen su ignorancia y controlar sus emociones.

La timidez es una forma de ansiedad social que está constituida por la inhibición y la preocupación por lo que los demás puedan pensar. Las personas

tímidas interpretan los eventos incidentales como relevantes para ellas, tienden a ver las cosas de manera exagerada, este puede ser el caso de algunos de los adolescentes teniendo consecuencias.

Estas situaciones someten a los adolescentes bajo estrés, el cual afecta el sistema inmunológico, dejándolo vulnerable, además este puede producir desesperanza y con ello reforzar la conducta depresiva (Myers, 2000).

Es posible que los adolescentes se integren a un grupo equivocado y lleguen a involucrarse con otros problemas como la delincuencia juvenil situación más común en hombres de áreas urbanas, miembros de las minorías e hijos de madres solteras. La delincuencia también está asociada a rasgos psicológicos como la necesidad de afiliación o la falta de voluntad para aprender a controlar los actos impulsivos (Craig, 1997).

La drogadicción y otras conductas arriesgadas que a menudo ocurren en la adolescencia tienen varias razones. En parte son intentos por reducir el estrés, en otros aspectos están delineadas por el funcionamiento cognoscitivo, los comportamientos de alto riesgo pueden ser el resultado de una experimentación cognoscitiva o de algo tan opuesto como la búsqueda del placer. Con frecuencia, los adolescentes ven su consumo como señal de ser adultos (Craig, 1997).

Una vez que el adolescente logró atravesar los problemas que enfrenta en la crisis de identidad y así mismo adquiere una nueva base de valores morales se encuentra listo para hacer compromisos con el trabajo y el amor que sostendrán su identidad recién adquirida durante la vida adulta (Craig, 1997).

Capítulo 2. Abuso sexual

2.1. Definición

De acuerdo con (Finkelhor, 1980) el abuso sexual es definido como el contacto sexual "manual, oral o genital sin consentimiento, hecho por el agresor con los genitales y con cuerpo del la víctima".

Para Galdos (1996), se entiende por abuso sexual desde el punto de vista con respecto al maltrato infantil, a toda acción sexual que una persona adulta impone, sea con engaños, chantajes o fuerza, a un niño o niña que no tiene la madurez para saber de lo que se trata. Por otro lado, en el texto Maltrato infantil de la UNICEF, se especifica que el abuso sexual se presenta en varias formas: desde palabras insinuantes, caricias, besos, manipulación física y exhibición de órganos sexuales, hasta la violación.

El abuso Sexual Infantil (ASI) es considerado un tipo de Maltrato Infantil caracterizado por contactos e interacciones entre un niño y un adulto, cuando el adulto en su rol de agresor usa al niño para estimularse sexualmente, estimular al niño o a otra persona, incluye abuso por coerción (con fuerza física, presión o engaño) y el de la diferencia de edad entre la víctima y el agresor; los que impiden una verdadera libertad de decisión y hacen imposible una actividad sexual común, ya que entre los participantes existen marcadas diferencias en cuanto a experiencias, grados de madurez biológica y expectativas (Martínez, Serrano y Hernández, 2003). También es visto como la explotación sexual del niño, niña o adolescente por otra persona con el fin de obtener un beneficio económico (como la prostitución y la pornografía) es también abuso sexual (Castro, 2001).

González (2004), define al abuso sexual como "cualquier hecho en el que se involucra una actividad sexual inapropiada para la edad de la/el menor, se le pide que guarde el secreto sobre dicha actividad y/o se le hace percibir que si lo relata provocará algo malo a sí mismo, al perpetrador y/o a la familia. Este tipo de experiencias son consideradas extrañas y desagradables para la/el menor. El abuso sexual incluye la desnudes, la exposición a material sexualmente explícito el tocamiento corporal, la masturbación, el sexo oral, anal y/o genital, el exhibicionismo, las insinuaciones sexuales, conductas sugestivas, el presenciar que abusen sexualmente de otro menor, la exposición a actos sexuales entre adultos, la prostitución, y la pornografía.

Sgroi (1982), considera que el abuso es un contacto sexual impuesto a un menor que carece de desarrollo emocional y cognitivo.

Habiendo señalado lo anterior podemos entender que el abuso sexual es una forma de violencia, hacia un individuo a través de ciertos hechos que no siempre son perpetrados con agresión pues debemos recordar que pueden

haber maneras más sutiles de esta, y en este sentido se da por medio de caricias, besos, manipulación de los órganos genitales y frotamiento de los mismos cuando es llevado a cabo sin el consentimiento para el acto.

2.2. Tipos de abuso sexual

La agresión esta considerada como una acción que causa miedo e influye las acciones dirigidas contra alguien que pueden suponer un daño real o fáctico, se considera a la agresión como al ataque del violador como a la defensa de la víctima (Soria, 1994).

La relación entre la agresividad y sexualidad se ha encontrado en el comportamiento humano y en el animal, esto da paso a la discusión sobre la influencia de la genética y el aprendizaje en este tipo de comportamientos. Sin embargo, ahora no solo se deben tomar en cuenta estos dos factores pues se sabe que depende de aspectos históricos, sociales y hasta legales. Como lo menciona (Soria, 1994).

Las personas que llevan a cabo conductas delictivas normalmente se dejan llevar por sentimientos que pueden conducir o dar paso a la agresión provocando una conducta antisocial, como el abuso sexual.

Dentro del componente de agresión sexual, Mancilla, (1991), diferencia tres tipos de abuso sexual: el incesto, que se lleva a cabo cuando algún miembro de la familia, ya sea padres o hermanos mayores, intentan tener relaciones sexuales con un menor.

Esta se define por cualquier hecho que sobrepase los límites corporales y psicológicos de la persona. Es una acción forzada en la cual hay o no penetración familiar, anal u oral del pene o de cualquier otro sustituto del mismo, con carencia de consentimiento. Este tipo de agresión da como resultado un rompimiento de equilibrio físico, emocional, social y sexual del individuo (González, 1995).

Desde el punto de vista psicosocial la violación tiene su origen en la literatura feminista de los años setenta y toma en cuenta la desigualdad de géneros en donde algunas culturas la llevan acabo por medio del comportamiento violento y la dominación en las mujeres.

Por otro lado, se encuentra la explotación sexual, donde una persona adulta utiliza el cuerpo de un menor para sacar ventaja o provecho de carácter sexual y/o económico, en base a una relación de poder; considerándose explotador al que intermedia u ofrece la posibilidad de la relación sexual a un tercero y al que mantiene la misma con el menor sin importar que tan frecuente, ocasional o permanente sea. Dentro de esta categoría también se encuentra la prostitución

infantil, la producción, distribución y consumo de pornografía infantil, el turismo sexual y la venta y tráfico de menores. (Castro, 2001).

2.3. El menor víctima de abuso sexual

Por otro lado, existen ciertos aspectos que caracterizan al menor víctima de abuso sexual, como primer punto se tiene a los niños que presentan alguna discapacidad física o mental ya que algunos de los menores desarrollan actitudes de sumisión al punto de tolerar abusos por parte de sus supervisores o por quienes manifiestan sentimientos de dependencia y así mismo, están los niños adventicios que son producto de la relación previa de la madre en familia reconstruida (entendado) ya que se reatribuye un rol minusválido (Castro, 2001).

La mayoría de los menores que han sufrido de abusos sexuales se muestran afectados negativamente por la experiencia. Y lo que es más importante el malestar generado suele continuar en la edad adulta si no reciben un tratamiento psicológico adecuado. (Lameiras, 2002). Según la American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1998) los niños más pequeños entre 2 o 3 años de edad, no pueden saber que implica el ser abusado y, por lo tanto, pueden desarrollar problemas como resultado de su inhabilidad para hacerle frente a esta situación (Cía, 2001).

El trauma es el resultado del acontecimiento al que la persona no encuentra significado, y que experimenta como algo insuperable e insufrible. Finkelhor y Browne (1986) definen la *dinámica traumagénica* como aquella que altera el desarrollo cognitivo y emocional de la víctima, distorsionando su autoconcepto, la vista al mundo y las habilidades afectivas. El trastorno de estrés postraumático se manifiesta en las personas después de un acontecimiento catastrófico e inhabitual. Lameiras (2002), establece que los síntomas más frecuentes del trauma son, vueltas al pasado y sueños con representación del suceso ocurrido, insomnio y depresión. Síntomas que suelen persistir durante mucho tiempo, años, y a veces, durante toda la vida.

También estos actos sexuales pueden provocar sentimientos de confusión emocional, miedo y en ocasiones de placer, si embargo este tipo de experiencia son consideradas extrañas o desagradables para el menor. Una variante poco estudiada hasta el momento es la que se produce cuando el menor participa en la experiencia y la disfruta, lo cual puede ocurrir en el caso de algunas adolescentes, que llegan a fantasear en torno a una relación estable con el agresor, lo que les produce más culpa o autoreproche.

Las reacciones varían de acuerdo a la edad, madurez emocional, historia del menor o naturaleza del incidente y duración de la presión (Lameiras, 2002).

Cuando los abusos sexuales ocurren en la familia, el niño puede desarrollar diferentes sentimientos hacia quien lo abusa y a la vez, puede sentir miedo a los sentimientos y reacciones de los otros miembros de la familia (de ira, celos, credibilidad de lo ocurrido o vergüenza). A partir de la edad de 5 años el niño ya conoce, y aprecia al que lo abusa, se siente atrapado entre su afecto por esa persona y el conocimiento de que lo que está pasando es malo (Cía, 2001).

El menor puede demostrar: necesidad de estar solo, pesadillas, llanto injustificado, miedo de ir a la casa o al colegio, ya en otros casos, actitudes extremas (hiperactividad o recogimiento). Además, se pueden presentar enuresis, ecopresis, disminución del desempeño académico, manifestar comportamientos de provocación sexual y en algunos casos intentos de suicidio (Lameiras, 2002). A menudo, este daño emocional severo en los niños, se expresa recién en la adolescencia o aun más tarde, cuando muchos de ellos se convierten en padres abusivos y maltratan a sus propios hijos. Por lo que se sugiere dar un tratamiento cuanto antes para minimizar las consecuencias a largo plazo que se habían mencionado anteriormente (Cía., 2001).

2.4. Factores sociales y culturales del abuso sexual

Dentro de nuestra cultura existen muchas ideas fundamentales que caracterizan aspectos importantes de la relación hombre-mujer, que aunque haya aparecido hace mucho tiempo se vuelven a plantear en el presente.

La primera de ellas, es que una mujer como inferior al hombre, encuentra su legítimo lugar en la sociedad al complementar el destino del hombre es decir ya no tiene destino propio, su papel y placer se encuentra dictado de acuerdo a los deseos del hombre (Morrison, 1980).

En la segunda idea se encuentra el hecho de que las mujeres realmente pertenecen a los hombres y son de su propiedad, con frecuencia con un valor monetario dependiente. Según este principio la mujer solo encuentra su valor relacionándose con el hombre (Morrison, 1980). Para González (1995), la sexualidad es utilizada como un instrumento que marca de manera impactante la imposición de poder y la ira sobre otro ser el cual se deshumaniza, degrada y despoja de sus capacidades de libre elección sobre su cuerpo y el ejercicio de su sexualidad. El poder sobre los menores confiere fuerza y dominio a los adultos sobre estos.

A través de nuestro desarrollo cultural la tercera idea planteada es aquella en que las mujeres son importantes para los hombres como símbolos de su poder y como premios por su valentía, otorgándoles a los hombres cierta categoría social entre sus amigos, pero que tiene poca importancia en la relación de pareja. Cuanto más difícil de obtener sea la mujer, más valiosa es para

poseerse. (Morrison, 1980). También Funk (1993), menciona que al tomar el control de las mujeres y menores los hombres se posesionan como controladores de la vida, la limitación impuesta a la mujer en su estilo de vida y en su cuerpo da efecto a los hombres la sensación de controlar la vida misma. Al ser propietarios de mujeres y menores los hombres crean un sistema de violencia totalmente justificada dentro de la realidad patriarcal.

Finkelhor (1984), sostiene que la victimización sexual puede ser tan común en nuestras sociedades debido al grado de supremacía masculina que existe.

Pero hay además otros factores de orden cultural y social que facilitan la permisividad social frente a la violencia sexual. Los diez tipos según Castro (2001) son:

- 1.- Ritual en la circuncisión.
- 2.- Social en pandillaje o banda y por concierto (entre dos agresores).
- 3.- Punitiva, por venganza.
- 4.- Genérica, la que hace a las mujeres víctimas privilegiadas.
- 5.- Institucionalizada, que reconoce el derecho al padrinazgo.
- 6.- Permanente, que se sustenta en el machismo.
- 7.- Patológica, derivada de tendencias sado-masoquistas.
- 8.- Esporádica, por celos.
- 9.- Por chantaje, como se da en planos conyugal-familiar.
- 10.- Como abuso sexual asumiendo la expresión de maltrato infantil.

2.5. El agresor sexual

De la misma forma como existen aspectos que se destacan en la personalidad del menor víctima de abuso, a continuación se describen dos tipos de manifestaciones pedofílicas en el caso del agresor, la primera es la llamada "invariante" o "primaria", la cual se refiere a un individuo que siempre ha estado involucrado en relaciones sexuales con niños o adolescentes de forma exclusiva, este se caracteriza por no presentar ningún interés sexual ni social con personas adultas. Posee una personalidad rígida, con un campo limitado de intereses y actividades, lo cual a menudo lo lleva a la soledad y no presenta sentimientos de culpa o vergüenza al cometer el abuso.

El segundo tipo es llamado "psiconeurótico o secundario" y se presenta como un individuo con relaciones sexuales con adultos heterosexuales, pero presenta diversos trastornos en el curso de las mismas como impotencia ocasional, cierto grado de apatía sexual y algún tipo de tensión o conflicto con sus parejas. Este individuo tiende a realizar el acto de abuso a intervalos regulares en respuesta aparente a una situación oportunista o a un episodio de estrés, después de realizarlo muestra fuertes episodios de culpa y vergüenza.

Sin embargo, este comportamiento es un hecho persistente y a menudo dentro de las relaciones con personas adultas hace uso de fantasías pidoófilas de forma constante. Ambos tipos comparten como característica común un profundo sentimiento de temor y rechazo hacia la sociedad adulta normal (Vázquez, .1995).

Las tendencias desviadas de los agresores sexuales tienen su origen en las experiencias de su niñez y juventud, las cuales les ocasionan vulnerabilidad que combinada con pobres habilidades sociales, impide al individuo en fase de crecimiento satisfacer sus necesidades de modo socialmente adecuado. Así mismo los mensajes socioculturales que reciben del medio en que se desenvuelven les llegan a dotar de cierto poder y privilegios, los cuales al ser interiorizados con el paso del tiempo van preparando el terreno para que aparezcan y se consoliden las agresiones sexuales (Marshall y Fernández, 2001).

Su comportamiento sexual está trastornado en el sentido en que parecen estar obsesionados con el sexo y afrontan los altibajos de la vida con comportamientos sexuales anormales. También es importante señalar que muchos de estos abusadores fueron víctimas de abusos en la infancia y que algunos muestran una serie de conductas desviadas, comportamiento social e anómalo, percepciones y actitudes distorsionadas que les impiden entablar relaciones satisfactorias, justificando así sus practicas desviadas (Marshall y Fernández, 2001).

El déficit en habilidades sociales hetero/homosexuales facilita la aparición de conductas de no respeto a los derechos de otros. Se ha considerado que la agresión sexual es la manifestación de un fracaso en la relación sexual personal, ya que si las han sostenido todas ellas se caracterizan por la ausencia de una implicación emocional, es decir, han fracasado en adquirir las habilidades necesarias para establecer relaciones íntimas o consiguen dichas relaciones pero estas los conducen a la soledad y a una disposición agresiva donde proponen a otras personas relaciones sexuales bajo amenaza en un intento por reparar y superar su soledad (Soria, 1994).

El agresor sexual sería una persona con incapacidad de mantener relaciones sociales y afectivas sólidas, carente de autoestima o asertividad. De acuerdo a la hipótesis de la inmadurez social, que busca gratificación fuera de cauces establecidos hay una gran presencia de fantasías sexuales frente a encuentros reales, normalmente estos agresores cometerán los delitos de forma impulsiva (Soria, 1994).

Por otro lado, el modelo médico de la agresión sexual considera que los agresores son enfermos sociales con trastornos mentales, específicamente aquellos referentes a los desordenes de la personalidad o de las parafilias,

considerando así a los agresores como víctimas de un impulso incontrolado (Soria, 1994).

Desde la neurobiología de la agresividad, Rodríguez (1990), menciona que la serotonina tiene un papel inhibitor de la conducta agresiva; por lo tanto al haber una reducción de la serotonina neuronal hay un incremento de las reacciones hostiles, la agresividad y la violencia (Soria, 1994).

Las teorías de aprendizaje señalan que la agresión sexual es similar al troquelado, donde una experiencia personal en la cual un estímulo que se asocia a energía sexual puede convertirse en un estímulo condicionado sexualmente en otras ocasiones y estas situaciones pueden producirse especialmente durante la pubertad, esas respuestas con el objeto sexual pueden verse reforzadas por experiencias posteriores de condicionamientos, fantasía y masturbación (Soria, 1994).

Castro (2001), señala que las características que conforman la personalidad del agresor sexual son las siguientes:

Falta de control de los impulsos: Que es característica de los trastornos negativista-desafiante, de la conducta alimentaría, adicciones, facilita tendencia al alcoholismo y los comportamientos suicidas, lo que desde una perspectiva biológica responde a una segregación irregular de la noradrenalina y serotonina.

Baja autoestima: No ha adquirido la autonomía que le permita desenvolverse por sí mismo, de modo que sus contactos interpersonales son carentes o traumáticos, por lo que busca de forma obsesiva el contacto físico con el cuerpo del otro, pero de forma asimétrica, donde dominar es más importante que el respeto hacia otro.

Baja tolerancia a heridas narcisistas: Considera que los demás son objetos a ser utilizados. Sin embargo, cuando su conducta es mermada su reacción puede ser violenta, lo que explicaría el maltrato físico que sufre la víctima.

Desde el punto de vista cognitivo, el agresor tiende a ser egocéntrico, etnocéntrico, fanático, inflexible, actúa defensivamente y coloca el locus de control de sus impulsos fuera de sí. No es él quien victimiza, sino el otro quien lo provocó (Castro, 2001).

Habitualmente, estos individuos suelen presentar otras perversiones tales como; voyeurismo, exhibicionismo o sadomasoquismo.

De acuerdo a ciertos patrones de personalidad, puede comportarse acorde a dos tipos diferentes: *Tipo regresivo;* cuando a pesar de establecer relaciones aparentemente adecuadas con personas adultas, se comporta regresivamente

con sus hijos y *Tipo obsesivo o fijado*; donde por su tipo de personalidad perversa, no puede establecer relaciones con adultos y se relaciona obsesivamente con su hijo y niño ajeno (Castro, 2001).

Resulta importante señalar, que dentro del ciclo que sigue el abuso sexual se pone en evidencia la serie de pasos que toma el abusador para llevarlo a cabo y son:

- 1º. Fantasías acerca de tener poder y estar en control de las cosas.
- 2º. Toma de decisión para realizar el acto abusivo.
- 3º. Sobreponerse a restricciones personales y sociales.
- 4º. Planear la forma de lograr su propósito.
- 5º. Comisión del abuso.
- 6º. Negación o minimización de la falta o delito.
- 7º. Utilización de los sentimientos de vergüenza y culpa para hacer falsas promesas a los demás y así mismo, acerca de no cometer la misma falta.

Lo anterior conlleva a dos consideraciones importantes, primero que nada, que el abuso sexual no es un acto erótico sino por el contrario agresivo y, en segundo lugar, que el comportamiento del agresor es similar al del adicto, persiste compulsivamente (Castro, 2001).

2.6. Aspectos legales del abuso sexual en México

La conducta criminal es un comportamiento complejo y multivariado (Soria, 1994), que ha sido investigado por la ciencias en numerosas ocasiones, entre ellas se encuentran la criminología, la sociología y la biología del delito.

Como algunas de las principales, la criminología es decir el estudio científico de conductas criminales llevo a considerar que algunas personas nacen con tendencia de delincuencia innata, por otra parte la sociología interviene en aspectos que tienen que ver con la relación grupal y el delito, aunque en el delito sexual sus aportaciones son mas interesantes en cuanto hacen referencia a las relaciones de poder y a los valores dominantes que admiten esta situación. Las teorías biológicas del delito consideran el comportamiento de un hombre impulsivo como tendente a satisfacer la necesidades biológicas la base del impulso se puede encontrar por algún daño en la genética del individuo o en la función cerebral (Soria, 1994).

La psicología del delito es la ciencia encargada del estudio de la conducta y los procesos mentales del delincuente, hay que tener presente que el concepto delito que no es psicológico mas bien depende de la función política del criminal y de el tipo de gobierno con la que se rija en ese momento (Soria, 1994).

La psicología incorpora el delito al estudio del conjunto de las conductas asóciales, que es el objetivo de la psicología criminal, incluyendo aquellos comportamientos no procesados penalmente (Soria, 1994).

Como parte de las conductas asóciales tenemos la agresión sexual entendida como una forma de comportamiento humano que tiene un doble componente, la violencia y la sexualidad en una misma conducta. La agresión sexual puede ser entendida como la eliminación de un derecho individual como la libertad sexual que pone a la persona en una situación asocial susceptible de ser castigada (Soria, 1994).

También podemos observar que la agresión sexual es, desde una perspectiva psicojurídica un fenómeno sociocultural que posee un perfil transcultural (Soria, 1994).

Por otro lado, la libertad sexual no se opone sustancialmente al de libertad personal, sino que se trata de una manifestación de esta que singulariza la facultad general de auto manifestación voluntaria, refiriéndola al sector de la esfera sexual (Lameiras, 2002).

Las leyes en México toman en consideración aquellos delitos contra la libertad sexual que pueden ser la violación, el incesto, principalmente, así como otros delitos sexuales como la explotación sexual, acoso sexual y conductas desviadas como lo es la pedofilia y el exhibicionismo. Estos delitos contra la libertad sexual aparecen en el Código Penal para el Distrito federal en México.

Dentro de la ley el elemento característico de los tipos de agresión sexual se concreta al empleo de la violencia o la intimidación, que a diferencia de aquellos delitos como el abuso sexual que explícitamente carecen de estos dos elementos, es decir, el uso de violencia o intimidación no son castigados con la misma superioridad de penalidad.

Podemos definir a la violencia como toda energía física exterior a la víctima que, proyectada inmediatamente sobre ésta, la determina, por haber vencido su resistencia seria y continuada, a realizar o padecer un determinado acto sexual. Bajo este parámetro entonces la violencia debe contar con un carácter físico, cabe señalar que la violencia puede aparecer bajo diversas formas, desde golpear o sujetar al sujeto pasivo (es decir a en quien se delinque) a maniatarle mientras se encuentra dormido) (Lameiras, 2002).

Como una forma de violencia física o moral contra la libertad sexual la violación inflingida sobre personas de cualquier sexo y de cualquier edad, se castiga con prisión sin alcanzar multa.

Sin embargo, la ley también castiga a quienes cometan el delito sobre el ofendido bajo su custodia y/o se aprovechen la confianza depositada en el que obtengan su consentimiento por medio de cualquier tipo de engaño. Sin

precisamente llegar a la violencia. En nuestro país esto suele ser el caso del acoso sexual que alcanza una pena de seis meses a tres años de prisión.

Por otra parte, todo abuso sexual requiere de los siguientes elementos: una acción lubrica, realizada sin violencia ni intimidación y también sin el consentimiento prestado por el sujeto (Lameiras, 2002). En México, si esto se cumple se castigara con el aumento de pena cuando además se ejerza con violencia con una pena de uno a seis años de prisión sin multa.

El abuso sexual tal y como lo entendemos desde nuestra perspectiva cultural, implica una trasgresión del “adulto”, ya sea de los grandes tabúes de la humanidad (caso del incesto), ya sea de las normas sociales vigentes. Estas normas sociales además se encuentran reflejadas de una forma u otra en los diferentes códigos penales, asumiéndose, por tanto, que “la trasgresión del adulto es un acto “reprobable” y que atenta contra las normas de convivencia y los derechos del menor (Vásquez, 1995).

El abuso sexual sobre los niños se manifiesta de dos formas principales. La primera está constituida por los actos propiamente incestuosos o “incestos” y la segunda por las experiencias paidofílicas (o abusos sexuales extra familiares) hay que tener en cuenta que la implicación del niño en actividad sexual con el adulto casi siempre se encuadra en un contexto más o menos familiar, conocido del menor y muy raramente el abuso sexual ocurre aislado del contexto particular del niño (Vásquez, 1995).

El abuso sexual se contempla sobre de menores doce años para la parte pasiva, de la misma manera se toma en cuenta a mayores de doce años y menores de dieciocho quizás porque se considera que los menores de esta edad no tienen la capacidad, la madurez suficiente como para conocer el significado de la sexualidad y conducirse en consecuencia. Imponiendo penas a quien salga de este rango. Sin embargo quienes caen dentro de estas edades por ejemplo aquellos menores inmediatos de dieciocho años poseen la comprensión necesaria para conocer el significado de la sexualidad.

Tomando en cuenta que los menores son los que pudieran estar mayormente expuestos, también existe la posibilidad de delinquir contra la persona aquejada por un trastorno mental que no comprenda adecuadamente el significado del acto sexual realizado, en nuestro país se protege a las personas que presentan esta situación tanto en a la parte activa como a la parte pasiva.

La protección legal del menor en casos de abuso sexual es un aspecto bien regulado por nuestro código penal al igual como en otros países.

En España se contemplan a menores de trece y dieciocho años y además la violación alcanza una pena de ocho a doce años. Mientras que en nuestro país se impone una pena de prisión de seis a diecisiete años considerando la

violencia de por medio. Lamentablemente, esto no soluciona el problema de los menores víctimas de abuso o algún tipo de agresión sexual pese a las sanciones impuestas por la ley en algún caso sin alcanzar multa, esto puede ser por diversos motivos como a que la política represora frente al agresor sexual no viene acompañada de ningún tipo de política de tratamiento para éste, es cuestionable que la pena privativa de la libertad acabe con un problema donde el aspecto emocional y relacional juega un papel muy importante como se observa en casos como el incesto, no se tiene en cuenta que el abuso sexual suele darse en presencia de otro tipo de abuso infantil como maltrato además, no se especifica en nuestro código penal si la pena se acumula dependiendo de la cantidad de víctimas que fueron perpetradas por el delincuente al igual que para aquellos delitos en los que se alcanzan multa.

Finalmente las penas impuestas por la ley no son del todo suficientes para algunas de las víctimas ya que la agresión sexual trae en consecuencia daños que tienen tanto consecuencias físicas como psicológicas graves:

- Dolor, golpes, quemaduras o heridas en la zona genital o anal.
- Enfermedades venéreas en ojos, boca, ano o genitales, desarrollo de Hepatitis, sífilis, gonorrea y en algunos casos hasta el VIH por mencionar algunas.
- Daño emocional importante: Fugas, cambios de conducta, estrés postraumático.
- Enuresis, ecopresis.
- Embarazo inesperado (Vásquez , 1995).

Es así como este problema debe ser abordado tomando en cuenta factores sociopsicoculturales que permitan el desarrollo de campañas preventivas en nuestro país pues ya es visto que el solo hecho del aumento e implementación de penas no es una solución definitiva.

2.7. El contexto familiar de las víctimas de abuso sexual

El contexto familiar es importante para que se de o no el abuso sexual ya que este puede funcionar un factor protector. Dentro de las características familiares y relacionales que protegen al individuo de un posible abuso sexual de acuerdo con (Castro, 2001) se propone las siguientes condiciones:

- Calidez Familiar, cohesión, apoyo y buena comunicación.
- Buena relación por lo menos con uno de los padres.
- Los padres facilitan un grado de autonomía adecuada a su edad.

- Los padres están accesibles en momentos de fracasos o preocupación
- Los padres son capaces de amortiguar y proteger al menor frente a situaciones de estrés excesivo.
- Los padres establecen reglas razonables y consistentes.
- Presencia de un sistema de valores positivos.
- Ventajas socio-económicas.

De acuerdo con el esquema del modelo circuplejo de Olson (1979), que explica los diferentes tipos de sistemas maritales y familiares, basado en las dimensiones de cohesión y adaptabilidad. Donde la primera presenta dos componentes: los lazos emocionales que los miembros de la familia mantienen entre si y el grado de autonomía individual que una persona experimenta dentro del sistema familiar que implican las fronteras o límites, amigos, toma de decisiones diversiones etc. Y por otro lado, la adaptabilidad que incluye cuatro niveles; el de familia rígida, estructurada, flexible y caótica, de las cuales (Olson, 1979) señala que se encuentran como factores de riesgo los siguientes tipos de familias:

- Familia enmarañada o altruista.
- Familia caótica, promiscua o usurpadora.
- Familia Rígida, absolutista o totalitaria.

De estas estructuras emergen situaciones de aislamiento social, confusión de roles, temor al abandono conflictos maritales, sobre secularización o erotización traumática, supervisión deficiente permisividad hacia el uso de licor y otras drogas, aceptación abierta o encubierta de practicas sexuales aberrantes, que pueden dar paso a la tolerancia y/o utilización del menor prostituido. La familia del menor abusado puede quedar desintegrada sobretodo cuando se revela el hecho y/o el abusador es sancionado.

Habitualmente, los rasgos de personalidad de los padres en estas familias se inclinan hacia el autoritarismo del padre y la dependencia de la madre (Castro, 2001).

Dentro e este tipo de familias los roles de cada miembro son difusos e invasivos entre unos y otros, existe un déficit en las habilidades de negociación, resultan poco eficaces en la solución de problemas, son poco claros en su comunicación y se muestran poco dispuestos a responsabilizarse de sus acciones, pensamientos y sentimientos (Vázquez, 1995).

El tono vital de sus miembros tiende a ser cínico y desesperado, aparece una coalición destructiva entre los padres, rechazo, sobreimplicación en los hijos originando disonancia cognoscitiva, distorsión de la realidad del yo, baja autoestima, ansiedad y depresión (Vázquez, 1995).

El conflicto marital y el rompimiento familiar que propician el incumplimiento de las funciones parentales, como el abandono y el rechazo físico o emocional del menor son factores que contribuyen al riesgo del abuso sexual (Finkelhor, 1980).

2.8. Efectos psicológicos posteriores al abuso sexual

Rosas (1996), resume las consecuencias psicosociales del abuso sexual de la siguiente manera.

Surgen sentimientos de desesperanza, minusvalía, vergüenza, culpa e ira, que en los varones se traducen en conductas como agresión o violencia hacia los demás y en las mujeres en mutilaciones, cortaduras, golpes e intentos suicidas.

También, presentan gran dificultad para confiar, poca habilidad para establecer relaciones con padres, encontrar pareja, pero si lograra establecer esta última existe la tendencia de la víctima a ocupar una posición asimétrica o inferior en la relación de pareja, resulta frecuente que la mujer abusada en la infancia sea maltratada en la edad adulta. De igual forma aparece cierto temor de convertirse en agresor/a (Castro, 2001).

La agresión que llega a sufrir la víctima suele convertirse en un factor que inciden directamente en la aparición de trastornos en la identidad sexual, con perturbación de un rol genérico y sentimientos de culpa, síndrome de estrés postraumático, especialmente en relación a abuso sexual extrafamiliar (Pelcovitz, Kaplan y Goldemberg, 1994), trastornos de la conducta alimentaria, en particular Anorexia Nervosa estos son físicos (Vize y Cooper, 1995), trastorno por déficit de atención con hiperactividad y de conducta, trastornos afectivos del tipo de las distimias, con alta peligrosidad suicida (Castro, 2001). Además las conductas como la ansiedad, baja autoestima, hostilidad, temores, dificultades sociales, abuso de sustancias y prostitución suelen estar presentes (Cía, 2001).

Al considerar las diferencias entre los dos sexos, se destaca que en las mujeres se han reportado como efectos a largo plazo del abuso sexual infantil problemas como el trastorno por estrés postraumático, la depresión, la ideación y el intento suicida, la insensibilidad emocional, dolores de cabeza, trastornos gastrointestinales, disfunciones sexuales, victimización sexual posterior y maltrato por parte de la pareja. (González-Forteza, Ramos, Vignau, Ramírez y Villarreal, 2001).

En los hombres, por otro lado, se han encontrado, entre los efectos de esta agresión, la sensibilidad interpersonal, la ansiedad fóbica, la depresión y la obsesión-compulsión, así como baja autoestima, ideación e intento suicidas y el abuso de sustancias (González-Forteza, et al., 2001).

Capítulo 3. Conducta Suicida

3.1. Definición

Etimológicamente, la palabra suicidio resulta de la unión de dos palabras latinas Sui (sí mismo) y Caedere (matar), siendo su significado literal "Acción de matarse a sí mismo". Se podría definir como toda aquella conducta, generalmente consciente, que va encaminada hacia la autodestrucción, aunque sea difícil comprobar la intencionalidad e independientemente de que la persona sepa o no el móvil de su conducta suicida.

Para García y Tapia (1990), el suicidio no es solo un ataque contra uno mismo sino también es una forma de llamar la atención o de pedir auxilio, es una exigencia de socorro inmediata, pero al mismo tiempo un reproche a los demás por la situación que atraviesa el individuo.

Las experiencias humillantes, como el arresto policíaco, el fracaso escolar o laboral, los conflictos interpersonales y la frustración, así como el maltrato físico y el abuso sexual son } factores precipitantes de la conducta suicida (Martínez y De la Peña, 2000).

3.2. Clasificación de la conducta suicida

Desde el punto de vista operativo, hay que distinguir tres conceptos relacionados con el término suicidio: la ideación suicida, la conducta suicida no letal (conducta propiamente auto lesiva cuyo resultado no es letal) y el suicidio consumado (muerte por lesiones auto infligidas en la que existía la intención de causarse la propia muerte). Así mismo, el término parasuicidio se refiere a conductas cuya intención no es acabar con la propia vida, sino modificar el ambiente y que suelen aparecer en la adolescencia, en personas inmaduras, como forma de reacción ante un conflicto, siendo estas conductas diagnosticadas en numerosas ocasiones como trastornos de personalidad. Suelen catalogarse de llamadas de atención y en ocasiones pueden tener carácter de chantaje emocional (Martínez y De la Peña, 2000).

Pokorny (1986) de acuerdo a la nomenclatura y clasificación del Nacional Institute of Mental Health, propone el término "suicidio consumado" para la muerte por suicidio y "conductas suicidas" para una serie de de términos relacionados. Habla de tres grandes categorías de conductas suicidas: el suicidio consumado, el intento suicida y las ideas suicidas.

3.2.1 Ideación suicida

Es una situación mental de aceptación de la autodestrucción, que si bien no implica la muerte como tal, sí es un paso previo a la misma. Es decir, de todo pensamiento suicida no sigue la conducta autodestructiva, pero sí a todo suicidio le precede un estado mental de interiorización del mismo. Este estado mental está caracterizado por la desesperanza, baja autoestima y auto imagen

deteriorada, predictores de fracaso, depresión e instrumentalización del suicidio como medio de resolver las dificultades (Clemente y González, 1999).

Los pensamientos de terminar con la propia existencia pueden adoptar formas de presentación tales como *Idea suicida sin un método específico*: Donde el sujeto tiene deseos de matarse pero aún no tiene un método definido para llevarlo a cabo. Por otro lado se encuentra la *Idea suicida con un método específico no planificado*: En la cual el sujeto desea suicidarse y elige un método determinado para llevarlo a cabo, pero aún no tiene idea de cuándo lo va a ejecutar, en qué preciso lugar, ni tampoco tiene en consideración las debidas precauciones que ha de tomar para no ser descubierto y cumplir con sus propósitos de autodestruirse. Y finalmente el *plan suicida o idea suicida planificada*: Aquí el individuo elige un método habitualmente mortal, un lugar donde lo realizará, el momento oportuno para no ser descubierto, los motivos que sustentan dicha decisión que ha de realizar con el propósito de morir (Clemente y González, 1999).

En cuanto a la preferencia de uso del método para cometer el acto suicida se sabe que esta puede estar ligada a la influencia del entorno socio-cultural, en donde existe un método preferido por el individuo y también la experiencia familiar de suicidios con dicho método (Madrigal, E, 2004).

3.2.2 Intento suicida

También denominado *parasuicidio, tentativa de suicidio, intento de autoeliminación o autolesión intencionada*. Es aquella conducta o acto que realiza el individuo sin resultado de muerte en el cual la persona deliberadamente, se hace daño a sí misma (Durkheim, 1987).

Durkheim (1847), después de definir el suicidio señala que la tentativa suicida es lo mismo pero de manera interrumpida. Es una conducta que responde a diferentes motivaciones y fines, pero que puede diferenciarse a partir de los siguientes criterios: la gravedad del intento, la eficacia del método, si existe reflexión previa, o por el contrario la autoagresión ha sido impulsiva (Clemente y González, 1999).

Diekstra (1989), concluye que el suicidio y la tentativa responden a diferentes objetivos, siendo los del suicidio, la muerte y los de la tentativa, un intento de incidir en la realidad, expresar una situación conflictiva o llamar la atención en los adolescentes.

Por otro lado Farberow (1994), hace una distinción entre Conductas *Autodestructivas Directas (CAD)*, que se relacionan con todas aquellas conductas que realiza el individuo para atentar contra su propia vida y conducta. En estas con frecuencia se utiliza la “demanda de ayuda” en sus diversas formas.

Autodestructivas Indirectas (CAI) que pretenden explicar todas las conductas que sin provocar directamente la muerte ponen en riesgo la vida del sujeto. Existe una falta de conciencia de sus efectos destructivos y la conducta está racionalizada, intelectualizada o negada, su comienzo es siempre gradual aunque la muerte aparezca como brusca y normalmente el sujeto no busca ayuda. En estas además de las enfermedades como la anorexia también se incluye la interrupción del medicamento, la drogadicción, el consumo de tabaco, los excesos de alcohol, etc.

Las CAD se diferencian en dos aspectos: En su temporalidad, ya que las CAI pueden prolongarse años, y en la falta de conciencia de los efectos autodestructivos.

3.2.3. Otras conductas parasuicidas

Dentro de esta categoría se encuentran, todas aquellas conductas donde el sujeto de forma voluntaria e intencional se produce daño físico, cuya consecuencia es el dolor, desfiguración o daño de alguna función y /o parte de su cuerpo, sin la intención aparente de quitarse la vida. En esta definición se incluyen las auto laceraciones como cortes en las muñecas, los autoenvenenamiento o sobredosis de medicamentos y las quemaduras (Diekstra, 1989).

Para Diekstra (1989), el parasuicidio supone un comportamiento autolesivo para el sujeto que lo lleva a cabo, pero con la conciencia o intención de no ser mortal: así se dice que el parasuicida, hace intentos de dañarse así mismo, sin que el objetivo final sea el de quitarse la vida.

Por su parte Farberow y Shneidman (1994) señalan que existe otro tipo de suicidio, el suicidio lento, en el que la persona se deja morir con conductas orientadas a la muerte. En este caso las personas podrían suicidarse sin estar siquiera concientes de ello. Como por ejemplo; fumar en exceso, trabajar demasiado, etc. Un tipo específico es el autosuicidio que se refiere a correr ciertos riesgos como manejar sin precaución teniendo el peligro inminente de tener un accidente que puede llegar a ser mortal.

3.3. Aproximaciones teóricas de la conducta suicida

Diferentes autores han planteado algunas aproximaciones teóricas con el fin de dar explicación a la conducta suicida y de este modo encontrar la mejor manera de abordarla para su estudio. Algunos de los antecedentes, a partir de los cuales se empezaron a desarrollar estos modelos de interpretación teórica para la conducta suicida se presentan a continuación.

A lo largo de la historia muchos autores se han interesado por darle explicación a esta conducta para poder contrarrestarla de una forma eficiente.

Así, Platón consideraba el suicidio como una ofensa contra la sociedad, aunque reconocía excepciones en respuesta a acontecimientos muy graves. Por otro lado, Aristóteles lo rechazaba, de forma determinante, considerándolo un acto de cobardía.

Durante la Edad Media el suicidio también fue rechazado, con la excepción de que tuviese como objeto evitar una violación. Así mismo a los suicidas se les negaba sepultura en lugar sagrado y sus propiedades eran confiscadas.

Las aproximaciones teóricas intentan dar una explicación a la conducta suicida, sin embargo, hasta ahora no existe alguna que pueda explicar de manera integral este fenómeno. En ellas se encuentran elementos interesantes de cara al estudio de esta conducta y que pueden ser de utilidad para una posterior aplicación terapéutica.

3.3.1. Enfoque social

Para Durkheim (1965), el suicidio se trata de todo caso de muerte mediante una acción, producida por la víctima misma y ante la cual tiene absoluta conciencia del resultado a producirse, además de que solo puede explicarse en función de las variables sociales.

Construye una tipología de los suicidios en función de las características sociales:

- a. *El altruista*, propio de individuos excesivamente integrados y subordinados a la voluntad colectiva.
- b. *El egoísta*, donde el individuo se orienta más por sus intereses particulares que por los de su grupo de referencia. Se da en sociedades disgregadas con poca cohesión.
- c. *El anómico*, Surge un conflicto entre los deseos individuales, y las reglas sociales que le impiden realizarlos, desanimándose y perdiendo el interés por una vida que no coincide con lo que desea.
 1. Anómico conyugal, fruto de la ruptura del equilibrio doméstico del sujeto, influido por el gran valor otorgado socialmente al matrimonio.
- d. *El fatalista*, Es opuesto al anómico, se deriva de una excesiva regulación social.

Durkheim (1965), establece que en función del grado de integración social, reglamentación y capacidad persuasiva de la autoridad, cada sociedad provoca en sus miembros una mayor tendencia al suicidio ya que es incapaz de motivarle para vivir, y los hace más vulnerable a las dificultades que se les planteen en el desarrollo de su vida (Clemente y González, 1999).

Por otro lado, Garfinkel (1986) considera que un apoyo social deficiente es un factor de vulnerabilidad. Propone el modelo de patogénesis del suicidio en donde se incluyen elementos psicosociales el cual defiende que los individuos vulnerables que sufren estrés son incapaces de utilizar la ayuda de las

personas de su entorno y cuando tienen un método disponible pueden suicidarse.

3.3.2. Enfoque Psiquiátrico

De acuerdo a este enfoque se han considerado dos orientaciones para poder abordarlo; la orientación clásica y la orientación epidemiológica.

La primera de ellas explica el suicidio desde el concepto de enfermedad mental; esto es, desde un aspecto normal y otro patológico. La versión más radical establece que el suicidio es una enfermedad mental mientras que la moderada lo ve como consecuencia de una enfermedad mental (Estruch y Cárduz ,1982).

En la actualidad algunos autores mantienen la determinación biológica de la conducta suicida, en función de los niveles de ciertos neurotransmisores y dentro del tipo de disfunción orgánica. La perspectiva biológica del suicidio defiende la existencia de ciertas anormalidades biológicas entre los individuos suicidas, como la disfunción en la regulación de la serotonina (Estruch y Cárduz ,1982).

Por otro lado, la orientación epidemiológica psiquiátrica trata de relacionar aspectos individuales y sociales, es decir, que enlaza aspectos psicopatológicos personales con variables sociales. En la actualidad existen varios estudios epidemiológicos del suicidio los cuales se han centrado en la identificación de grupos de riesgo y de las características del mismo.

De acuerdo a ellos la probabilidad de que se manifieste una conducta suicida está determinada por factores de riesgo, de los que se distinguen: variables sociodemográficos (estado civil, sexo, edad), psicopatológicas (enfermedad mental, alcoholismo) y sociales (nivel económico, hospitalización) (Estruch y Cárduz ,1982).

Las críticas que se le hacen a la orientación clásica son: que no explican las diferentes tasas de suicidio de acuerdo a las diferentes sociedades; también que algunas personas que sufren de enfermedades mentales se suicidan y otras no; por otro lado no toma en cuenta las vivencias del sujeto los problemas y situaciones que ha vivido a lo largo de su existencia y por último en muchos casos, el diagnóstico de enfermedades mentales se realiza a posteriori y por causa del suicidio en sí (Villardón, 1993).

3.3.3. Enfoque Psicológico

Freud, señaló que había dos clases de impulsos, el instinto de vida, Eros o impulso sexual y el otro instinto de muerte, Tanatos o impulso agresivo o destructivo y que ninguno de los dos puede funcionar independientemente del otro (Gómez, 1996).

La condición de una unión entre los impulsos sexuales y destructivos es muy importante; ya que la actividad autodestructiva surge cuando el funcionamiento del elemento neutralizante del amor es ineficaz. Por lo tanto, en una persona que se suicida, el impulso destructivo de repente sale de sus límites, asalta el poder y pone fin inmediato a la existencia del individuo. Los impulsos hostiles surgen cuando el organismo se ve frustrado en satisfacer sus necesidades, aunque la agresión también puede dirigirse hacia adentro lo que se puede reflejar en enfermedades somáticas, en la falta de dominio de sí mismo, en los estados depresivos y en las tendencias autodestructivas (Gómez, 1996).

Así Menninger, establece, que el comportamiento suicida aparece cuando el impulso sexual se convierte en agresivo, dando lugar a una conducta autodestructiva y además señala que son tres los elementos esenciales del comportamiento suicida: el deseo de matar, el deseo de ser muerto y el deseo de morir (Gómez, 1996).

Desde la perspectiva fenomenológica, Sheidman, (1976) señala componentes psicológicos de la conducta suicida en su opinión, son la hostilidad, la perturbación, la constricción y el cese.

El primer componente se refiere a la hostilidad hacia si mismo, que en los momentos previos al suicidio se ve aumentada. La perturbación que es el segundo elemento, se refiere al grado en que una persona se encuentra inquieta, preocupada, etc. La perturbación entonces está relacionada con estados emocionales negativos como pueden ser el malestar, la pena. La culpa, la amargura.

El tercer componente del suicidio es la constricción, que reúne ciertas características cognitivas como la imposibilidad de la persona suicida para percibir todos los aspectos de la realidad. De modo que solo hacen conciente los aspectos negativos, visión de túnel y del pensamiento dicotómico.

Cuando el estado psíquico de una persona se caracteriza por una alta hostilidad hacia si misma, una elevada perturbación y constricción la potencialidad suicida es alta. Es entonces cuando la idea del cese, de muerte, de “dormir eternamente” se presenta como una posible solución (Clemente y González, 1999).

3.3.4. Enfoque Cognoscitivo

De acuerdo con este enfoque uno de los elementos cognoscitivos más asociados con la conducta suicida, es la desesperanza; sin embargo, no siempre se observa que este sea un predictor significativo del intento suicida. Cole (1989), señaló otros factores cognoscitivos como: la creencia en la auto eficacia y las habilidades de entrenamiento, entre las más representativas, que a su vez influían en la relación entre la desesperanza y el suicidio, especialmente entre los hombres. Por otra parte la incapacidad para resolver problemas interpersonales y la negativa de buscar ayuda, tan bien han sido asociados con la conducta suicida (Martínez y De la Peña, 2000).

Schotte y Clum (1987) presentan un modelo de vulnerabilidad al estrés que se explica por un déficit cognitivo en la resolución de problemas en los individuos suicidas; es decir, por una cierta vulnerabilidad psicológica de los individuos. Se comprueba que los sujetos en cuestión muestran deficiencias en la resolución de problemas impersonales e interpersonales así como más estrés y desesperanza.

Sin embargo, no todos los sujetos que llagan a experimentar desesperanza y una fuerte ideación suicida intentan suicidarse, por lo tanto, si el sujeto no cuenta con fuertes razones para vivir puede ser mas propenso a resolver el estrés y la desesperanza a través de la conducta suicida, pasando de la ideación a niveles más altos en peligrosidad (Villardón, 1993).

Linehan y Shearin (1988), defienden que la combinación de ciertas características situacionales con determinados factores personales e la mejor forma de percibir la conducta suicida, siendo esta el resultado de la interacción entre el individuo y el ambiente. Estos autores defienden que las conductas suicidas incluyendo el parasuicidio y el suicidio son un intento por parte del sujeto de resolver sus problemas (Villardón, 1993).

Por otro lado, la teoría del aprendizaje social, acoplada con la teorías de la psicología del refuerzo social y la teoría de la psicología cognitiva, que la experiencia continuada de ineficacia en el curso de la vida, puede llevar al sujeto a un estancamiento y absorción de las propias limitaciones, impuestas por el ambiente, rompiéndose el vinculo entre ambos por agotamiento o simple inconformismo con el estatus o rol socialmente impuesto. Señalando, que para que las personas se puedan desarrollar de forma optima y deseen desarrollarse, necesitan refuerzos vitales y un umbral mínimo de logro, determinados por el control que sobre los sucesos de su vida tengan y la satisfacción de sus necesidades (Martínez y De la Peña, 2000).

3.7. Investigaciones realizadas en México sobre la conducta suicida

El suicidio en la adolescencia es una de las tres primeras causas de muerte en la mayoría de los países y en algunos, sólo le supera otro tipo de muerte

violenta y tiende a incrementarse de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) (González-Forteza, Villatoro, Alcántar, Medina-Mora, Fleiz, Bermúdez y Amador, 2002).

Según, el conteo de Población y Vivienda de 1995 señala que de los 91 millones de habitantes de todo el país, el 68% son menores de 29 años edad. De estos, el 30% está entre los 15 y 29 años con proporciones similares de hombres y mujeres. Para Desjarlais, Eisenberg, Bryon y Kleinman (1995), el suicidio en los jóvenes se encuentra dentro de las 10 primeras causas de muerte en los países que también mantienen un registro estadístico.

En México en el año 2005 los resultados demostraron que 3.1% de los varones y 10.7% de las mujeres habían presentado por lo menos un episodio de DAI (Daño Auto inflingido); la edad del primer DAI fue a los 13 años en varones y mujeres; la edad promedio del último episodio de DAI fue de 13 en varones y 14 en mujeres (González-Forteza, Alvarez-Ruiz, Saldaña-Hernández y Carreño-García, 2005).

Gunnell (2000), establece que en diversos países hay un incremento en la tendencia epidemiológica, por esta razón el suicidio es considerado como un problema importante para la salud pública.

En México se han realizado algunos estudios durante los últimos 25 años (González, 2003). En 1996 se registraron 2.33 suicidios consumados de causas conocidas; siendo el método mas frecuente utilizado por las mujeres los medicamentos (42.7%) y en los hombres el uso de objetos punzo cortantes con 55.6%, donde casi ocho de cada diez suicidios se realizaron en la casa habitación del suicida. Según esta fuente, el promedio mensual fue de 179 suicidios y los meses con más casos fueron: abril, mayo, septiembre y diciembre. Por cada diez suicidios registrados, la estrangulación fue el medio utilizado en cinco, el arma de fuego en tres y el veneno ingerido en uno de cada diez casos. Otro estudio reveló que las mujeres jóvenes entre 20 y 24 años de edad son las que presentan un mayor riesgo suicida relativo, sobre todo debido a problemas desencadenantes que se ubican en las relaciones amorosas y familiares (González, Ramos, Vignau y Ramírez, 2001).

En el registró de 1999 según los datos del INEGI se registraron 340 intentos suicidas y 2459 suicidios consumados a nivel nacional en comparación al 2004 donde se reportaron 3324 suicidios consumados siendo la causa más común de este, el disgusto familiar con 280 casos registrados. Llama la atención que en más de la mitad de esta población (2087) se desconoce la causa exacta del suicidio.

Sabemos que además de ser un problema multifactorial, el suicidio tiene un curso más o menos definido, con diferentes instancias y categorías de análisis Diekstra (1987), señala que se han obtenido datos en donde la principal razón

para llevar a cabo esta conducta es llamar la atención, acabar con el sufrimiento y vengarse de alguna figura de autoridad.

En un estudio sobre la prevalencia de intento suicida en estudiantes de la ciudad de México, se encontró que en 1997, la prevalencia del intento suicida fue de 8.3%(N= 849) y en 2000 se incrementó a 9.5% (1,009 casos). En el mismo año, las delegaciones con prevalencia mas alta fueron: Cuahutemoc (11.3%), Tlalpan (10.1%), Iztacalco (9.9 %) y Benito Juárez (9.6%) y en 2000 (por arriba de 10.5%) fueron: Benito Juárez (12.3 %), Venustiano Carranza (12.1%), Gustavo A. Madero (11.8 %) y Cuahutemoc (10.6%). También en la medición correspondiente al año 2000. Encontró que la prevalencia global del intento suicida fue de 9.5% (N= 1,009) correspondiente a el 15.1% (N=802) en las mujeres y 3.9% (N=207) para los hombres, sin embargo, es necesario enfatizar que los hombres son los que consuman el acto (González, et. al. ,2001).

En el 2000 se encontró que la conducta suicida se llevo a cabo en los últimos años de primaria y durante la secundaria, por lo cual se considera conveniente que dentro de estos niveles educativos se propicie la prevención de dicha conducta (González, et. al. ,2001). En ese mismo año correspondiente a la edad actual de los adolescentes, el promedio fue de 12.6 (S =2.6), 14.9 (S =2.3) en las mujeres, mientras que en los hombres el único o ultimo intento suicida se llevó a cabo hace aproximadamente dos años en promedio. En las mujeres fue hace casi de un año y medio, proporción que aumento a uno de cada tres en comparación de uno por cada cinco obtenida en 1997 con respecto a los varones y uno de cada cuatro en mujeres. También se encontró que en cuanto al intento suicida único o recurrente las mujeres reportaron mayor intento con (73.6%) a diferencia de los hombres con un (70%), donde se muestra una vez más que son las mujeres las que presentan con mayor frecuencia dicha conducta (González, et. al., 2002).

Los motivos fueron un claro predominio en la esfera emocional (sentimientos depresivos); teniendo como métodos: el mas frecuente y con una tendencia al aumento fue cortarse con un objeto punzo cortante (frecuentemente, una navaja o un pedazo de vidrio); (Villatoro, Hernández, Hernández, H, Fleiz, Blanco, Medina-Mora, 2004).

En el 2000 se observó un incremento en este método ya que fue utilizado por casi la mitad de los adolescentes con intento suicida (48.5%) (González-Forteza, et. al., 2002).

Cerca de la mitad de los hombres y de las mujeres reportó que no le importaba si vivía o moría (48.7% y 48.2%, respectivamente); más de la tercera parte indicó que deseaba morir (33.8% y 36.8%); y la menor proporción señaló que no quería morir (17.4% y 15.0%) (González-Forteza, Villatoro, Alcanzar, Medina-Mora, Fleiz, Bermúdez, Amador, 2002).

Mondragón, Borges, y Gutierrez (1998), coinciden en que debido a los registros de la Secretaria de Salud, la tasa de mortalidad para el suicidio es considerada alarmante por su incremento notorio en los últimos años, además es un factor precipitante de muertes prematuras.

Por lo tanto mas allá de la importancia en la prevención a fin de evitar la disponibilidad y el acceso a elementos que les faciliten el intento, será necesario el fortalecimiento del vinculo entre el adolescente y su red de apoyo social en primera instancia pues como lo comenta la literatura, algunos adolescentes hacen alusión a que no siempre quieren morir como fin ultimo; sino que definen al intento suicida como un escape ante situaciones percibidas como intolerables, frecuentemente relacionados a problemas dentro de su entorno social y familiar (Madrigal, E, 2004).

Debido a lo anterior se vuelve prioritario el trabajo de investigación para explicar y comprender de una mejor manera las causas y los elementos por los que puede originarse, proponer e integrar mecanismos tanto de prevención como de intervención con el fin de aminorar las consecuencias y la posible relación con otros problemas de salud importantes.

Capítulo IV. Método

Los datos que se utilizarán para este estudio, provienen de la encuesta sobre el consumo de drogas, alcohol y tabaco en población de enseñanza media y media superior de la Ciudad de México, realizada en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”. (medición otoño, 2003).

4.1. Planteamiento del problema

¿Cuál es la prevalencia del abuso sexual en estudiantes de educación media y media superior del Distrito Federal?, ¿Cuál es la prevalencia del intento suicida en estudiantes de educación media y media superior del Distrito Federal? ¿Están relacionados el abuso sexual y el intento suicida?

4.2. Objetivo general

- a) Identificar si existe relación entre el abuso sexual y el intento suicida en estudiantes de nivel medio y medio superior del Distrito Federal.

4.3. Objetivos específicos

- Identificar la prevalencia de abuso sexual en estudiantes del Distrito Federal.
- Identificar la prevalencia de intento suicida en estudiantes del Distrito Federal.
- Conocer las formas más frecuentes de intento suicida que se da en hombres y mujeres adolescentes del distrito federal.
- Identificar quiénes son los agresores de abuso sexual.

4.4. Variables

Variable Predictoria: Abuso sexual

Variables Criterio: Intento suicida

4.4.1. Definición conceptual de variables

Abuso sexual

Cualquier hecho en el que se involucra una actividad sexual inapropiada para la edad de la/el menor, se le pide que guarde el secreto sobre dicha actividad y/o se le hace percibir que si lo relata provocará algo malo a sí mismo, al perpetrador y/o a la familia. Este tipo de experiencias son consideradas extrañas y desagradables para la/el menor (Gonzalez –Serratos, 1995).

Intento suicida

Respecto al estudio del intento suicida, cabe señalar que si bien las definiciones clásicas hacen hincapié en que es un acto propositivo y consciente para tratar de quitarse la vida (Durkheim, 1897).

4.4.2. Definición Operacional de variables

Abuso sexual

El indicador para medir esta problemática fue evaluado previamente (Villatoro, 2003) y se incluyó en la encuesta nacional de uso de drogas en la comunidad escolar, así como en la encuesta de drogas, alcohol y tabaco en estudiantes del Distrito Federal: Medición otoño 2003.

Este permite registrar la presencia del abuso sexual. También se incluyeron preguntas para conocer la relación de la víctima con el agresor y si éste era 5 años mayor que esta.

Con base a estas opciones y considerando la edad del agresor, se construyeron 2 categorías de análisis:

- 1.- Abuso sexual: Cuando el alumno respondía que si o que no estaba seguro del abuso sexual, y el agresor era por lo menos 5 años mayor que el o ella.
- 2.- Sin abuso sexual: Cuando la respuesta a la pregunta era negativa.

Intento Suicida

Se evaluó con indicadores previamente evaluados en estudios anteriores, que se incluyeron en la encuesta de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco en estudiantes del Distrito Federal: medición otoño 2003. Estos indagan si lo intentó y el número de veces que los hizo en su vida; la edad que tenía la única o última vez; el motivo para intentarlo y el método utilizado.

Las categorías de análisis para detectar la frecuencia con la que intentó suicidarse alguna vez en la vida fueron las siguientes:

1. Intento suicida definido: Cuando contestó afirmativamente a la pregunta: “¿Alguna vez, a propósito te has herido, cortado, intoxicado o hecho daño, con

el fin de quitarte la vida?” y respondió las siguientes preguntas: número de veces, edad a la que lo intentó, los motivos y los métodos.

2. Intento suicida probable: Cuando contestó afirmativamente a la pregunta arriba señalada, pero no respondió alguna de las siguientes preguntas; o bien, se registró sólo la intención de tratar de quitarse la vida, pero sin llegar a ponerla en práctica, por ejemplo: “me iba a tomar unas pastillas”.

3. Sin intento suicida se refiere a la respuesta negativa a la pregunta mencionada (González-Forteza, Villatoro, Alcántar, Medina-Mora, Fleiz, Bermúdez y Buenabab, 2002).

4.4.3. Variables sociodemográficas

Sexo

Se refiere al sexo biológico considerado como la “condición orgánica que distingue a las personas en hombres y mujeres (Censo, 1990).

Sexo: hombre y mujer

Edad

Periodo entre la fecha de nacimiento y la fecha del último cumpleaños del sujeto (Censo, 1990).

Edad: 12-19 años

4.5. Población y Muestra

El total de sujetos, a los que se les aplicó la escala de abuso sexual e intento suicida y que se ubicó en la forma “B” del cuestionario fueron 3458 (casi una tercera parte de la muestra) de edades entre 12 y 19 años; La unidad de análisis sobre la cual se obtuvo información la constituyen los estudiantes de enseñanza media y media superior inscritos en el ciclo escolar 2002-2003 en las escuelas públicas y privadas del Distrito Federal.

Se consideraron tres dominios de estudio:

- Estudiantes de secundaria
- Estudiantes de bachillerato
- Estudiantes de escuelas técnicas y comerciales

El total de la comunidad escolar del DF estuvo cubierta por el estudio, sólo que por razones de tipo operativo y dado su pequeño número se excluyeron las escuelas militarizadas y las de arte.

El marco muestral se elaboró con base a los registros oficiales de los estudiantes de enseñanza media y media superior del ciclo escolar 2002-2003 de la SEP. Fue sometido a validaciones y depuraciones. Para lo cual, se obtuvo una muestra aleatoria del 5% de las escuelas de cada dominio de estudio, en las que se validó la información del marco muestral, con la finalidad de disponer de información lo más confiable posible para evitar inconsistencias en las estimaciones.

El diseño de muestra plantea la estimación de las tendencias sobre el uso de drogas en los estudiantes de enseñanza media y media superior de la ciudad de México, especificando el grado de contribución de cada delegación política a la magnitud del problema.

Para la estimación del tamaño de muestra se consideró:

A) La distribución del uso de drogas por sexo, grupos de edad, nivel escolar y tiempo dedicado al estudio.

B) Las prevalencias a nivel Delegacional para el uso de alcohol y tabaco por sexo, grupos de edad, nivel escolar y tiempo dedicado al estudio.

C) Las prevalencias a nivel Delegacional para el uso de inhalables, estimulantes tipo anfetamínico, marihuana, tranquilizantes y cocaína, por sexo, grupos de edad, nivel escolar y tiempo dedicado al estudio.

De acuerdo a la información de la Encuesta sobre el Uso de Drogas entre la Comunidad Escolar de 2000, se determinaron los Coeficientes de Variación (CV) del uso de marihuana, cocaína e inhalables. Se consideró a la variable con el mayor CV, una tasa de no respuesta y un efecto de diseño igual al de la encuesta de 1997. Con estos parámetros, se consideró una tasa de no-respuesta del 15% que es la que se ha encontrado en estudios previos. El nivel de confianza de la muestra fue del 95%, con un error absoluto promedio del 0.004. La prevalencia más baja a considerar fue para la cocaína con un 2% para el consumo del último año. Con base en estos parámetros se calculó una muestra aproximada, tomando en cuenta la tasa de no-respuesta, de 348 grupos escolares, con una media de 35 alumnos por grupo. De las escuelas seleccionadas, solamente 9 rechazaron participar.

Las escuelas se seleccionaron aleatoriamente al interior de cada una de las 16 delegaciones políticas. El diseño de muestra fue estratificado, bietápico y por conglomerados, la variable de estratificación fue el tipo de escuela: secundarias, bachilleratos y escuelas técnicas o comerciales a nivel bachillerato. La unidad de selección en la primera etapa fueron las escuelas y después el grupo escolar al interior de estas. Se planeó por conglomerados (grupos) con la finalidad de optimizar los tiempos de los aplicadores y disminuir costos de trabajo de campo. La muestra obtenida de grupos y alumnos es autoponderada por delegación, con objeto de facilitar el mecanismo de estimación y el procesamiento de datos.

Debido a que la selección de la muestra parte de un esquema autoponderado de grupos y alumnos, se estableció lo siguiente:

- Se calculó una fracción de muestreo general para aplicarse en los estratos que conformaron cada una de las delegaciones políticas.
- Se realizó el acumulado de grupos según tipo de escuela por Delegación.
- Se seleccionaron nuevos "arranques" aleatorios dentro de cada uno de los estratos para lograr la selección independiente de los grupos escolares.

El "arranque" aleatorio se obtuvo al azar entre el número cero y el intervalo de selección calculado.

4.6. Instrumento

Para el presente proyecto de tesis, se hará uso de un instrumento previamente validado y cuyos indicadores principales se han mantenido en las diversas encuestas, este, fue aplicado en tres versiones debido a su extensión, con un tiempo promedio de 75 minutos. De esta manera, las secciones que se mantuvieron iguales para todos los sujetos fueron: Datos sociodemográficos, nivel socioeconómico percibido, consumo de drogas, alcohol y tabaco, problemas relacionados con el consumo de drogas, conducta y actitud antisocial, intento e ideación suicida, disponibilidad de drogas, tolerancia social y percepción de riesgo del consumo de drogas, normas y ambiente familiar y autoestima, ajuste social, conducta sexual y abuso sexual y estrés psicosocial.

Para nuestro instrumento tomamos las secciones de intento e ideación suicida y conducta sexual, correspondientes a la **forma B** que junto con las **formas A y C** se aplicaron a una muestra de tamaño similar.

La definición *abuso sexual*, incluye exclusivamente, las formas asociadas con el tocamiento. La pregunta fue: "¿Alguna vez alguien-sea o no de tu familia- te tocó o acarició alguna parte de tu cuerpo que no querías que te tocara o acariciara? ¿O te forzó o presiono a tener un contacto sexual? Es decir, ¿Te obligó a que tú lo/la tocaras sexualmente, o tuviste relaciones con esta persona en contra de tu voluntad, cuando tu no querías hacerlo?"

Las opciones de respuesta fueron "sí", "No estoy seguro(a), tengo un recuerdo muy borroso" y "No".

Con base a estas opciones y considerando la edad del agresor, se construyeron 2 categorías de análisis:

A) Abuso sexual: Cuando el alumno respondía que sí o que no estaba seguro del abuso sexual, y el agresor era por lo menos 5 años mayor que el o ella.

B) Sin abuso sexual: Cuando la respuesta a la pregunta era negativa.

Por otro lado, el *intento suicida* se midió a través de las preguntas: “Alguna vez, ¿te has herido, cortado, intoxicado, etc., con el fin de quitarte la vida? Y ¿Qué edad tenías en la única ó última vez que te hiciste daño a propósito con el fin de quitarte la vida?, las cuáles se han utilizado en estudios con población adolescentes por González-Forteza (1993 y 1998). Además incluye dos preguntas abiertas, con la finalidad de que el adolescente exponga sus razones así como los métodos empleados en el intento suicida para precisar la información, contenidas en 11 preguntas localizadas en el reactivo-58^a hasta 58k-(Anexo).

La codificación se hace con las siguientes categorías: tomé pastillas o medicamentos, me corte con un objeto filoso, me disparé con un arma de fuego, trate de ahorcarme o asfixiarme, tomé veneno, me intoxicué con drogas, me aventé de una parte alta hacia el piso, dejé de comer, me aventé al tránsito y lo hice de otra forma. También hay un indicador para obtener respuestas abiertas, en donde se puede saber con más detalle el método con el cual se llevo a cabo el intento. En caso de respuestas múltiples se toma en cuenta lo siguiente:

En caso de que el motivo no sea claro pero el método usado haya sido una clara conducta autodestructiva y además se contesto de forma afirmativa que deseaba morir (Con 2= No te importa si vivías o morías, o 3 = Deseabas morir) se considerara como intento definido.

Cuando se hace referencia al último intento, este es el que se toma en cuenta sin importar la letalidad. Si no tiene referencia al último intento, se debe tomar en cuenta el más letal. Si el motivo no es claro, no se considera dato perdido, se codifica como: no especifico, tomando en cuenta el deseo de morir =2 ó 3.

Los reactivos se evalúan en 3 áreas:

- Intención: 58 f
- Motivo: 58 g
- Método: 58 i

4.7. Procedimiento

El diseño operativo de la encuesta incluyó un Coordinador Central, 6 Supervisores y 23 encuestadores, seleccionados entre un total de 30 encuestadores capacitados. El curso de capacitación tuvo una duración de 12 horas, e incluyó aspectos conceptuales relacionados con las adicciones, antecedentes y los objetivos del proyecto, el manejo del cuestionario y las instrucciones para su aplicación y para la selección de los grupos.

Se puso especial cuidado en que los encuestadores supieran transmitir instrucciones que garantizaran a los alumnos la confidencialidad y el anonimato de sus respuestas. Además, se trataron todos los aspectos administrativos relacionados con la función de los encuestadores.

El coordinador fue responsable del control del trabajo de campo, de la entrega de los materiales y del ejercicio financiero. Los supervisores vigilaron el trabajo de campo en una zona o delegación específica, además ayudaron a los encuestadores a solucionar problemas como localización y permisos de entrada a las escuelas. Los encuestadores realizaron la selección predefinida de grupos en la escuela y la aplicación de los cuestionarios.

Al final de la aplicación, a los alumnos se les entregó el folleto preventivo

“¿Qué onda con tu vida?”. Con la indicación “Este folleto es para ti, por favor revísalo”.

Después de la aplicación, para fines de codificación, tanto los supervisores como el coordinador central hicieron una verificación adicional con el fin de: I) clasificar las sustancias reportadas por los estudiantes, II) verificar que se trataba de una droga y que se usara con motivos de intoxicación, y III) detectar, corregir o, en su caso, eliminar cuestionarios inconsistentes.

Para la captura y validación de la información, se elaboró un programa de cómputo, que verifica la congruencia de las respuestas y posteriormente se llevó a cabo una nueva depuración a través de programación para la revisión directa de los cuestionarios.

Capítulo V. Resultados

5.1. Análisis estadístico de datos

Con objeto de lograr lo planteado en el presente proyecto; en primer lugar se obtendrá un perfil de las personas que han sido abusadas sexualmente, a través de diferentes cruces de variables y análisis de ji-cuadrada.

Para comparar los porcentajes de la presencia de intento suicida y abuso sexual entre hombres y mujeres, se utilizará también la ji-cuadrada.

En cuanto a la relación entre el abuso sexual, el sexo, el nivel educativo con el intento suicida, se utilizará la regresión logística.

Con la finalidad de conocer la prevalencia de abuso sexual en estudiantes de nivel medio y medio superior del Distrito Federal, así como del intento suicida se utilizó la X^2 y se establecieron diferencias por nivel educativo.

5.1.1. Intento suicida y Abuso sexual por nivel educativo

Podemos apreciar las diferencias reportadas por los estudiantes de nivel educativo medio y medio superior de la siguiente manera: En el caso de las mujeres (Tabla 1), se encontró que el abuso sexual se presenta en mayor porcentaje en el bachillerato (12.6%), en comparación con los de secundaria

(7.3%) ($X^2 = 40.5$, gl. = 1 p=.000). En cuanto a los hombres, la presencia de abuso es menor que en las mujeres pero similar en ambos niveles educativos.

El intento suicida (Tabla 1), se presenta en forma similar en ambos niveles educativos, tanto en las mujeres (16.0% y 17.2%) como en los hombres (5.4% y 6.2%, respectivamente). De hecho los niveles de significancia en ambos análisis son mayores al 0.05

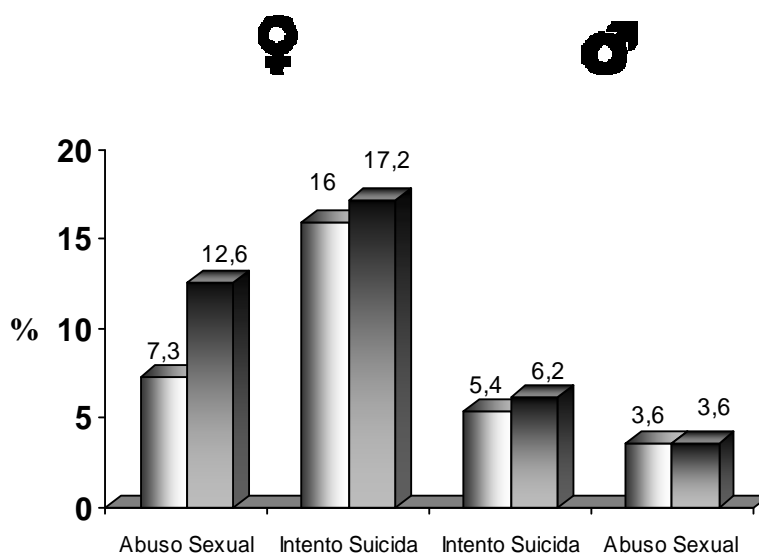
En el caso de los hombres, los estudiantes de bachillerato (6.2%) han intentado suicidarse en proporción similar a los estudiantes de secundaria (5.4%). En cuanto al abuso sexual tanto los hombres de secundaria como de bachillerato presentan un porcentaje igual de casos (3.6%).

Tabla 1: Abuso sexual e intento suicida por nivel educativo

	Secundaria		Bachillerato		Total		X^2	Prob.
	N	%	N	%	N	%		
Mujeres								
Intento Suicida	494	16.0	377	17.2	871	16.5	1.230	.267
Abuso Sexual	225	7.3	275	12.6	500	9.5	40.545	.000
Hombres								
Intento Suicida	175	5.4	135	6.2	310	5.8	1.331	.249
Abuso Sexual	116	3.6	78	3.6	194	3.6	NA	NA

NA= No se puede interpretar la Chi cuadrada por exceder el número de celdas con frecuencias mínimas inferiores a las esperadas.

Gráfica 1. Abuso Sexual e Intento Suicida por nivel educativo



5.1.2. Ocasiones en que se llevó a cabo el Intento suicida

Por otro lado, las mujeres de bachillerato reportaron haber intentado quitarse la vida por lo menos una vez (54.3%) en proporción similar a las de secundaria (48.8%) ($X^2 = 2.249$ gl. = 1, $p = .134$). Llama la atención que casi el 50% de las mujeres que lo han intentado, lo han hecho en más de una ocasión (Tabla 2).

Otro de los puntos principales que se encontraron es sobre que pasó esa o esas veces que se hicieron daño. Los datos indican que las estudiantes de preparatoria lo hicieron en una mayor proporción (57.2%) que las de secundaria (42.4%) ($X^2 = 18.742$ gl. = 1, $p = .000$).

Es importante señalar que solo el 20.3% de ellas realmente no quería suicidarse, en tanto que el otro casi 80%, no le importaba si vivía o moría o realmente quería morir.

Tabla 2: Ocasiones que han intentado suicidarse

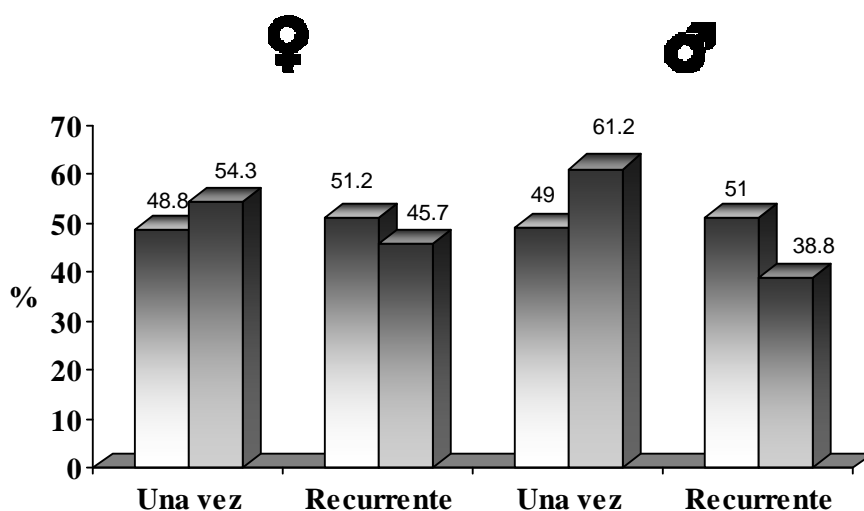
	Secundaria		Bachillerato		Total		X^2	Prob.
	N	%	N	%	N	%		
Mujeres								
Lo has intentado								
Una vez	219	48.8	194	54.3	413	51.2	2.249	.134
Recurrente	230	51.2	163	45.7	393	48.8		
¿Qué pasó esa o esas veces que te hiciste daño?								
Sólo lo pensé	113	23.2	61	16.2	174	20.1	18.742	.000
Estuve a punto de hacerlo	168	34.4	100	26.6	268	31.0		
Lo hice	207	42.4	215	57.2	422	48.8		

<p>Cuando te hiciste daño ¿qué querías?</p> <p>No quería morir, quería seguir viviendo</p> <p>No me importaba si vivía o moría</p> <p>Quería dejar de vivir, quería morir</p>	90	18.9	82	22.0	172	20.3		
	239	50.3	166	44.6	405	47.8	2.839	.242
Hombres								
Lo has intentado								
Una vez	71	49.0	71	61.2	142	54.4	3.415	.065
Recurrente	74	51.0	45	38.8	119	45.6		
¿Qué pasó esa o esas veces que te hiciste daño?								
Sólo lo pensé	45	26.8	21	16.0	66	22.1	6.384	.041
Estuve a punto de Hacerlo	53	31.5	39	29.8	92	30.8		
Lo hice	70	41.7	71	54.2	141	47.2		
Cuando te hiciste daño ¿qué querías?								
No quería morir, quería seguir viviendo	38	23.8	14	10.9	52	18.0	8.162	.017
No me importaba si vivía o moría	81	50.6	74	57.4	155	53.6		
Quería dejar de vivir, quería morir	41	25.6	41	31.8	82	28.4		

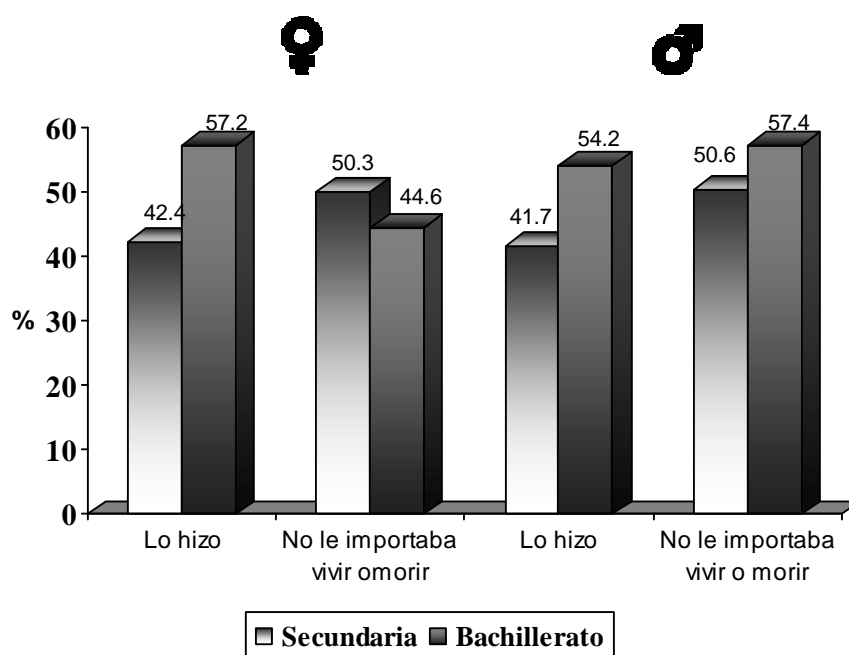
Por otro lado, los hombres de Bachillerato son quienes más han tratado de suicidarse por lo menos una vez en su vida (61.2%). Al preguntarles que había sucedido cuando intentaron suicidarse los hombres de secundaria señalan que el (26.8%) solo lo pensaron, el (31.5 %) estuvo a punto de llevarlo a cabo y el (41.7%) lo hizo. Sin embargo, los estudiantes de bachillerato intentaron suicidarse un mayor número de ocasiones (54.2%).

Los hombres de secundaria reportaron que no les importaba vivir o morir (50.6%) mientras que los de bachillerato respondieron a esto con un (57.4%). Cabe señalar que al realizar esta pregunta los alumnos de bachillerato mencionan que querían seguir viviendo a pesar de llevar a cabo el intento (10.9%).

Gráfica 2. Ocasiones que intentado suicidarse



Gráfica 3. Porcentaje de estudiantes que Intentaron suicidarse sin importar las consecuencias



5.1.3. Razones para llevar a cabo el Intento suicida

En cuanto al motivo por el cual lo han intentado (Tabla 3), para las mujeres, tenemos que el principal motivo, tanto para las mujeres de preparatoria (47.2%) como las de secundaria (41.0%), es la depresión ($X^2=3.134$ gl.= 1, $p =.077$). Por otro lado, las estudiantes de secundaria reportaron como la razón menos frecuente el abuso sexual (3.4%), mientras que para las de preparatoria existe una proporción similar entre el abuso sexual y otra razón con un (2.7%) ($X^2 =.224$ gl=1, $p=.636$).

Tabla 3: Motivo para llevar a cabo el intento suicida

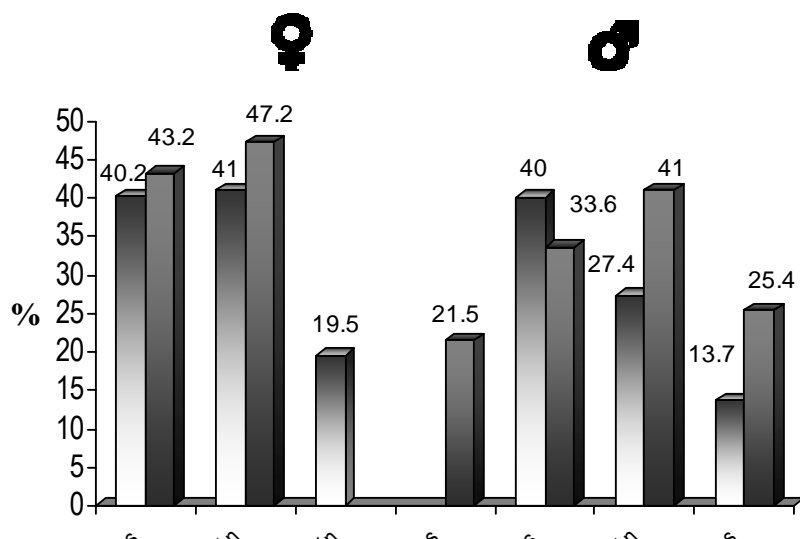
Te hiciste daño por	Secundaria		Bachillerato		Total		X^2	Prob.
	N	%	N	%	N	%		
Mujeres								

Problemas familiares	198	40.2	163	43.2	361	41.5	.710	.400
Problemas con mi pareja	90	18.3	73	19.4	163	18.7	.107	.743
Problemas con amigos	30	6.1	25	6.6	55	6.3	.035	.851
Depresión	202	41.0	178	47.2	380	43.7	3.134	.077
Problemas en la escuela	64	13.0	48	12.7	112	12.9	.000	.995
Incomprensión	96	19.5	53	14.1	149	17.1	4.039	.044
Problemas personales	82	16.6	81	21.5	163	18.7	2.993	.084
Llamar la atención	23	4.7	18	4.8	41	4.7	NA	NA
La muerte de alguien	34	6.9	23	6.1	57	6.6	.110	.740
Abuso sexual	17	3.4	10	2.7	27	3.1	.224	.636
Otra razón	31	6.3	10	2.7	41	4.7	5.504	.019
Hombres								
Problemas familiares	70	40.0	45	33.6	115	37.2	1.077	.299
Problemas con mi pareja	25	14.3	30	22.4	55	17.8	2.874	.090
Problemas con amigos	6	3.4	10	7.5	16	5.2	1.761	.185
Depresión	48	27.4	55	41.0	103	33.3	5.734	.017
Problemas en la escuela	19	10.9	22	16.4	41	13.3	1.585	.208
Incomprensión	23	13.1	20	14.9	43	13.9	.080	.777
Problemas personales	24	13.7	34	25.4	58	18.8	6.023	.014
Llamar la atención	2	1.1	9	6.7	11	3.6	5.339	.021
La muerte de alguien	13	7.4	7	5.2	20	6.5	.300	.584
Abuso sexual	1	.6	5	3.7	6	1.9	2.493	.114
Otra razón	11	6.3	11	8.2	22	7.1	.172	.524

NA= No se puede interpretar la Chi cuadrada por exceder el número de celdas con frecuencias mínimas inferiores a las esperadas.

Para los hombres, uno de los principales motivos para llevar a cabo el intento suicida son los problemas familiares (40%) en el caso de los de secundaria y (33.6%) en los de bachillerato ($X^2=1.077$ gl.= 1, $p =.299$). De acuerdo a sus respuestas los estudiantes de preparatoria señalan a la depresión como el principal motivo con un (41.0%). Así mismo los estudiantes de secundaria señalan que lo que menos los motivaría a hacerse daño sería el abuso sexual (0.6%) en comparación con los de bachillerato (3.7%) ($X^2=2.493$ gl.= 1, $p =.114$).

Gráfica 4. Motivo para llevar a cabo el Intento Suicida



5.1.4. Método más usado para el Intento suicida

De acuerdo a las respuestas de los estudiantes tenemos que en cuanto el método mas usado (Tabla 4); encontramos el cortase en el caso de las mujeres de secundaria (46.5%) y bachillerato (48.5%) ($X^2=.266$ gl.=1, $p=.606$).

Esto seguido de tomar pastillas (35.0%) para las mujeres de secundaria y bachillerato (41.6%) ($X^2=3.776$ gl.=1, $p=.052$) y el dejar de comer (20.1%) para las de secundaria y un (18.0%) para las de bachillerato ($X^2=.471$ gl.=1, $p=.493$). Mientras que el menos empleado fue el de dispararse (1%) y aventarse al tránsito (1.2%) para la población total de mujeres. ($X^2=.556$ gl.=1, $p=.456$).

De igual forma, se observa que en el caso de los hombres de secundaria (41.7%) cortarse fue el método más usado y de manera similar para los de bachillerato con un 41.5% ($X^2=.000$ gl.=1, $p=1.000$) Seguido de el tomar pastillas (17.7%) para hombres de secundaria y (20.0%) para los hombres de bachillerato ($X^2=.133$ gl.=1, $p=.715$) así como el ahorcarse presentándose mayormente en los de secundaria (10.3%). En cuanto al método que usaron los estudiantes con menor frecuencia fue el de dispararse con un (2.2%) para los de preparatoria y el de aventarse al transito (3.4%) para los de secundaria.

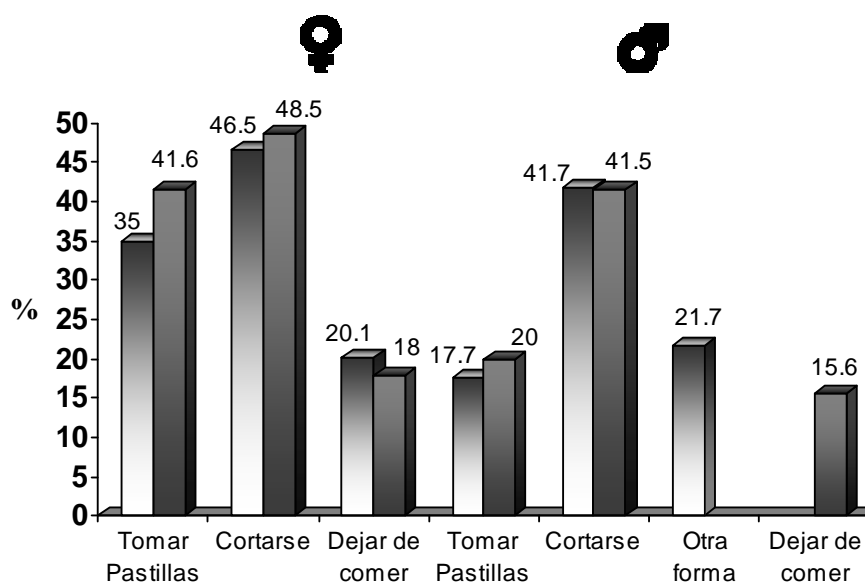
Tabla 4: Método más usado

¿Cómo lo hiciste?	Secundaria		Bachillerato		Total		X^2	Prob.
	N	%	N	%.	N	%		
Mujeres								
Tome pastillas	172	35.0	157	41.6	329	37.9	3.776	.052
Me corté	229	46.5	183	48.5	412	47.4	.266	.606
Me disparé	1	.2			1	.1	NA	NA
Trate de ahorcarme	47	9.6	20	5.3	67	7.7	4.832	.028
Tomé veneno	13	2.6	8	2.1	21	2.4	.074	.786
Me intoxicqué con drogas	13	2.6	3	.8	16	1.8	3.070	.080

Me aventé de un lugar alto	10	2.0	6	1.6	16	1.8	.050	.822
Dejé de comer	99	20.1	68	18.0	167	19.2	.471	.493
Me aventé al trancito	4	.8	6	1.6	10	1.2	.556	.456
Lo hice de otra forma	46	9.3	17	4.5	63	7.2	6.7353	.009
Hombres								
Tome pastillas	31	17.7	27	20.0	58	18.7	.133	.715
Me corté	73	41.7	56	41.5	129	41.6	.000	1.000
Me disparé	9	5.1	3	2.2	12	3.9	1.050	.305
Trate de ahorcarme	18	10.3	10	7.4	28	9.0	.458	.499
Tomé veneno	8	4.6	7	5.2	15	4.8	NA	NA
Me intoxicqué con drogas	9	5.1	12	8.9	21	6.8	1.152	.283
Me aventé de un lugar alto	13	7.4	6	4.4	19	6.1	.718	.397
Dejé de comer	19	10.9	21	15.6	40	12.9	1.108	.292
Me aventé al trancito	6	3.4	4	3.0	10	3.2	NA	NA
Lo hice de otra forma	38	21.7	17	12.6	55	17.7	3.742	.053

NA= No se puede interpretar la Chi cuadrada por exceder el número de celdas con frecuencias mínimas inferiores a las esperadas.

Gráfica 5. Motivo más usado



5.1.5. Relación de la víctima con el agresor

Analizando la información sobre el abuso sexual, en cuanto a la relación de la víctima con el agresor Tabla 5, se tiene que en el caso de las estudiantes de secundaria (39.9%) y preparatoria (45.0%) los principales agresores sexuales, han sido familiares ($X^2=7.208$ gl.=1, $p=.206$). Mientras que las autoridades con las que se relacionan (2.8%) para las de secundaria y (1.5%) en bachillerato son las que en menos ocasiones han abusado de ellas.

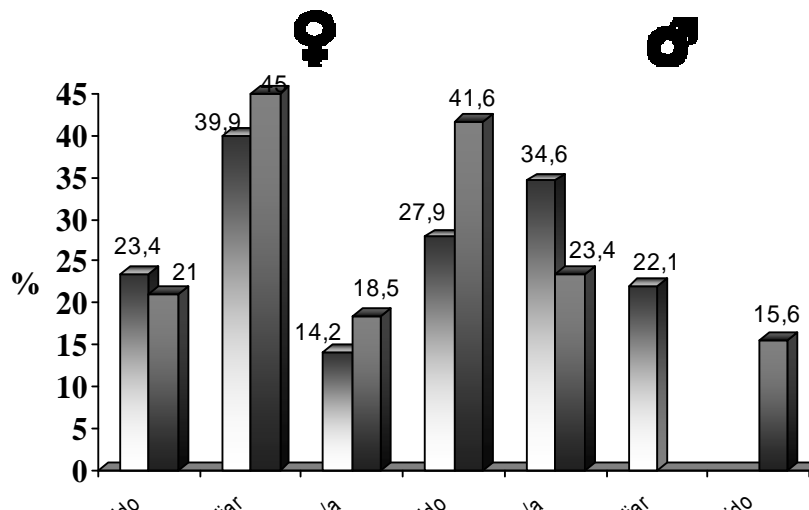
Finalmente en el caso de los hombres se encontró que son mayormente abusados por parte de un amigo/a conocido/a tanto los de bachillerato (41.6%) a diferencia de los de secundaria donde el principal agresor ha sido el novio/a (34.6%) ($X^2=9.539$ gl.=5, $p=.089$). Cabe señalar que se encontró con menos

frecuencia que los estudiantes de secundaria son abusados por parte de una autoridad (2.9%) y para los de preparatoria se tiene que los compañeros de escuela o de trabajo son los que llevan a cabo con menor frecuencia el abuso hacia ellos (2.6%).

Tabla 5: Relación de la víctima con el agresor

	Secundaria		Bachillerato		Total		X ²	Prob
	N	%	N	%	N	%		
Mujeres								
¿Qué relación tenias con la persona que te forzó?								
Amigo(a), conocido(a)	51	23.4	57	21.0	108	22.1	7.208	.206
Novio(a)	31	14.2	50	18.5	81	16.6		
Familiar	87	39.9	122	45.0	209	42.7		
Compañero(a) de escuela o trabajo	13	6.0	7	2.6	20	4.1		
Autoridad	6	2.8	4	1.5	10	2.0		
Desconocido	30	13.8	31	11.4	61	12.5		
Hombres								
¿Qué relación tenias con la persona que te forzó?								
Amigo(a), conocido(a)	29	27.9	32	41.6	61	33.7	9.539	.089
Novio(a)	36	34.6	18	23.4	54	29.8		
Familiar	23	22.1	10	13.0	33	18.2		
Compañero(a) de escuela o trabajo	5	4.8	2	2.6	7	3.9		
Autoridad	3	2.9	3	3.9	6	3.3		
Desconocido	8	7.7	12	15.6	20	11.0		

Gráfica 6. Relación de la víctima con el agresor



5.1.6. Relación del abuso con el Intento suicida

Posteriormente, se realizó un análisis de regresión logística, con la finalidad de evaluar el impacto de los diversos predictores en forma conjunta. Los datos para el análisis relacionado con la presencia de abuso sexual (Tabla 6) indican que hay casi 4 veces más probabilidad de que exista un intento suicida en aquellos estudiantes que han sido abusados sexualmente. Por otro lado, las mujeres tienen una probabilidad dos veces mayor que los hombres de llevar a cabo el intento suicida.

Tabla (6) Regresión logística para la presencia intento suicida

	Exp(B)	I.C.95.0%	Sig.
Abuso sexual	4.929	4.147-5.859	.000
Sexo	2.926	2.546-3.362	.000
Nivel educativo	1.025	.962-1.165	.706

Capítulo VI. Discusión y conclusiones

Durante la medición de 1997, se encontró que la prevalencia del intento suicida en estudiantes adolescentes de la Ciudad de México fue de 8.3% (González-Forteza, Villatoro, Alcanzar, Medina-Mora, Fleiz, Bermúdez y Amador, 2002). Mientras que 1998 se reportó que la conducta suicida apareció en 4.3% de los hombres y 12.1 % en las mujeres adolescentes de secundaria y bachillerato (González-Forteza, Ramos, Vignau, y Ramírez, 2001). Para el 2000 se incrementó a 9.5%. Los datos epidemiológicos muestran que en la adolescencia el suicidio es una de las tres primeras causas de muerte en la mayoría de los países (González, et. al., 2002). De acuerdo a Ramos (1995), el suicidio ocupaba el sexto lugar dentro de las causas de muerte en edades entre 15 y 44 años.

Al igual que en los estudios anteriormente mencionados en el presente trabajo, encontramos que el porcentaje del intento suicida, se presentó en forma similar en los niveles educativos correspondientes a secundaria y bachillerato tanto en las mujeres (16.0% y 17.2%, respectivamente); como en los varones (5.4% y 6.2%).

Es importante mencionar que de la población que ha intentado suicidarse, los hombres (45.6 %) y las mujeres (48.8%) han tenido porcentajes similar de recurrencia al intento suicida, aunque evidentemente impacta más a las mujeres ya que ellas lo han intentado en mayor porcentaje. Lo anterior es similar a lo señalado por la literatura del año 2000 donde se encontró que en cuanto al intento suicida único o recurrente las mujeres reportaron mayor intento con (73.6%) a diferencia de los hombres con un (70%), donde se muestra una vez más que son las mujeres las que presentan con mayor frecuencia dicha conducta (González, et. al., 2002).

Dentro del presente trabajo encontramos que solo el 20% de las mujeres no querían suicidarse y el otro casi 80%, no le importaba si vivía o moría. En tanto, los hombres de secundaria reportaron que no les importaba vivir o morir (50.6%) mientras que los de bachillerato mencionaron que querían seguir viviendo a pesar de llevar a cabo el intento en un (10.9%).

Los estudios indican que cerca de la mitad de los hombres y de las mujeres reportó que no le importaba si vivía o moría (48.7% y 48.2%, respectivamente); más de la tercera parte indicó que deseaba morir (33.8% y 36.8%); y la menor proporción señaló que no quería morir (17.4% y 15.0%) (González-Forteza, Villatoro, Alcanzar, Medina-Mora, Fleiz, Bermúdez, Amador, 2002).

Por otro lado, en cuanto a los métodos más utilizados dentro de nuestro análisis encontramos que tanto hombres como mujeres intentaron quitarse la vida a través de cortarse con un (48.5% y 41.7%, respectivamente) a través de un objeto punzo cortante (cutter o trozo de vidrio); Seguido de tomar pastillas (41.6%) para hombres y (20.0%), en el caso de las mujeres. La información registrada por parte de los estudios acerca del modo en como se llevó a cabo el único-último intento suicida indica que en el 2000 se observó un incremento

en este método ya que fue utilizado por casi la mitad de los adolescentes con intento suicida (48.5%) (González-Forteza, et. al., 2002).

Ante el posible intento suicida sabemos que cualquier método empleado puede llegar a ser mortal y que el incremento del peligro aumenta en consideración de la disponibilidad del método. En este caso el objeto punzo cortante siempre está disponible y puede llegar a ser más letal, probablemente por ello es el método que más utilizan los adolescentes.

Además, la preferencia de uso puede estar ligada a la influencia del entorno socio-cultural, en donde existe un método preferido por el individuo y también la experiencia familiar de suicidios con dicho método. Por lo tanto más allá de la importancia en la prevención a fin de evitar la disponibilidad y el acceso de estos elementos será necesario el fortalecimiento del vínculo entre el adolescente y su red de apoyo social en primera instancia pues como lo comenta la literatura, algunos adolescentes hacen alusión a que no siempre quieren morir como fin último; sino que definen al intento suicida como un escape ante situaciones percibidas como intolerables, frecuentemente relacionados a problemas dentro de su entorno social y familiar (Madrigal, E, 2004).

Con respecto a los motivos para suicidarse en los hombres y mujeres de bachillerato y mujeres de secundaria la principal causa fue la depresión en un (47.2% y 41.0%, respectivamente) y en el caso de las de secundaria alcanzaron un (41.0%), mientras que el principal motivo para los varones del mismo nivel educativo fueron los problemas familiares con un 40%. Diekstra (1987), señala que se han obtenido datos en donde la principal razón para llevar a cabo esta conducta es llamar la atención, acabar con el sufrimiento y vengarse de alguna figura de autoridad. Así como un claro predominio en la esfera emocional como los sentimientos depresivos (Villatoro, et. al. 2004).

Esto se ve reflejado en los resultados encontrados en el presente estudio, ya que otro de los principales motivos por los que intentan quitarse la vida es por los problemas familiares, con esto podemos ver que nuevamente uno de los pilares más importantes para el buen desarrollo de la vida social, y emocional de los adolescentes como lo es la familia se ve afectado por lo que posiblemente estos se sienten sin apoyo y desprotegidos lo cual los lleva a cometer actos que no son propicios para ellos.

Llama la atención que los hombres de secundaria (0.6%) reportaron como la razón menos frecuente del intento suicida, haber sido abusados sexualmente, en comparación con las mujeres de secundaria (3.4%), en el caso de los estudiantes de bachillerato esta diferencia es menor ya que para el caso de los hombres es de (3.7%) y para las mujeres es de (2.7%).

En las investigaciones anteriores que señalan la posible relación entre el abuso sexual y el intento suicida demostraron que el 7% de las mujeres y 2% de los varones reportaron haber experimentado abuso sexual y el 11% de las mujeres y 4% de los hombres habían intentado suicidarse. Los varones no reportaron de forma conjunta ambos problemas, mientras que de las 49 mujeres que

habían intentado suicidarse, el 12% también había sido víctima de abuso sexual (González-Forteza, et. al., 2001).

Aunque la diferencia es mínima entre las mujeres de secundaria y los hombres de bachillerato con relación al intento suicida por abuso sexual, resulta de gran atención como estos últimos reportaron haberse hecho daño en su mayoría. Esto una vez mas enfatiza la necesidad de atender este tipo de problemas no sólo en las mujeres, sino también en los varones pues ya se ha mencionado que existe cierta dificultad para poder detectar estos problemas en ellos (González-Forteza, et. al., 2001).

Además este hecho afecta de manera más significativa a las mujeres más jóvenes pues como ya se vio anteriormente son las mujeres de secundaria quienes tienen un mayor porcentaje de daño por abuso sexual en comparación con las mujeres de educación media superior, lo que nos lleva a determinar que es necesario el apoyo prematuro por parte de la familia y la escuela con el fin de prevenirlo, pues son los mas jóvenes quienes podrían estar mayormente expuestos.

También nuestros resultados indican que una mujer sin importar el nivel educativo que tenga tiene dos veces más de probabilidad de que intente suicidarse que un hombre. Cabe señalar que de acuerdo al panorama epidemiológico sobre el suicidio consumado o de su intento, es que en la mayoría de los países los hombres se suicidan más que las mujeres; pero ellas lo intentan más que los hombres (González-Forteza, Ramos, Mariño y Pérez, 2002). En esta misma tendencia en el estado de Guanajuato en el año 2005, los resultados demostraron que 3.1% de los varones y 10.7% de las mujeres habían presentado por lo menos un episodio de DAI (daño autoinflinjado) (González-Forteza, Álvarez-Ruiz, Saldaña-Hernández y Carreño-García, 2005).

Así mismo, nuestros datos indican que un estudiante que haya sido abusado sexualmente tiene cuatro veces más posibilidades de intento suicida que aquellos que no han sido abusados. En este contexto, la literatura señala que la mayoría de los menores que han sufrido de abuso sexual se muestran afectados negativamente por la experiencia (Lameiras, 2002).

El trauma es el resultado del acontecimiento al que la persona no encuentra significado, y que experimenta como algo insuperable e insufrible. Finkelhor y Browne (1986) establecen que el trauma altera el desarrollo cognitivo y emocional de la víctima, distorsionando su autoconcepto, la vista del mundo y las habilidades afectivas. Además como consecuencia de esto el resultado es la ansiedad, baja autoestima, culpa, hostilidad, temores, dificultades sociales, abuso de sustancias, prostitución y/o alteraciones sexuales, trastornos somáticos, depresión y suicidio o pensamientos suicidas (Cía, 2001). Lo que les impide desarrollarse de manera mas adecuada en su vida en comparación a los adolescentes que no han sido abusados sexualmente.

A veces puede ocurrir que el abuso sexual en algunos de los adolescentes no sea reportado sino hasta varios años después de lo ocurrido o en algunos casos ni siquiera lo hayan detectado porque ocurrió durante su infancia. Según

la American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1998) los niños más pequeños entre 2 o 3 años de edad, no pueden saber que implica el ser abusado y, por lo tanto, pueden desarrollar problemas como resultado de su inhabilidad para hacerle frente a esta situación (Cía, 2001), y lo que es más importante el malestar generado suele continuar en la edad adulta si no reciben un tratamiento psicológico adecuado. (Lameiras, 2002).

Tal vez lo mas importante que lleva a un adolescente a intentar suicidarse no es en si, el hecho de sentirse triste o padecer de malestar depresivo o alguno de los problemas que se desencadenan después de haber sido abusado/a, sino el entorno mismo en el que se desenvuelve este y se desarrolla dicha problemática, por ello la fomentación de un ambiente adecuado y el respaldo por parte de sus redes de apoyo familiares en primera instancia, amigos y maestros son necesarios para la contribución del bienestar del adolescente, de lo contrario esto podría generar en el temor y desconfianza profundizando más el malestar en el que se encuentra y agravando las secuelas que el abuso sexual puede provocar.

Sin embargo, desafortunadamente, en cuanto a la relación de la víctima con el agresor se tiene que tanto para las mujeres de secundaria como de bachillerato (39.9% y 45.0%, respectivamente); el principal agresor ha sido algún miembro de la familia, y en el caso de los hombres se tiene que los hombres de bachillerato han sido abusados por parte de un amigo/a o conocido/a (41.6%) a diferencia de los de secundaria donde el principal agresor ha sido el/a novio/a (34.6%). Mientras que las autoridades para mujeres (2.8% y 1.5%, respectivamente); y para varones (2.9% y 3.9%, respectivamente); son las que han abusado en menor proporción.

Es preocupante como en las mujeres el abuso sexual se presenta con mayor frecuencia dentro de su familia. Esto resulta paradójico ya que la familia se supone debería fungir como un factor protector. Cuando los abusos sexuales ocurren en la familia, el niño puede desarrollar diferentes sentimientos hacia quien lo abusa y a la vez, puede sentir miedo a los sentimientos y reacciones de los otros miembros de la familia (de ira, celos, credibilidad de lo ocurrido o vergüenza). A partir de la edad de 5 años el niño ya conoce, y aprecia al que lo abusa, se siente atrapado entre su afecto por esa persona y el conocimiento de que lo que esta pasando es malo (Cía, 2001).

Una razón es que en ocasiones las quejas que puedan tener los menores sobre algún acercamiento que les incomoda pueden ser silenciadas o devaluadas ya que por un lado los agresores pueden estar haciendo uso de estrategias verbales para evitar que los denuncien o también porque los otros miembros de la familia no les crean y por lo tanto a la víctima le sea más difícil protegerse o evitar el abuso (Ramos et. al, 1998).

De esta manera cuando se es víctima de un abuso sexual prolongado y repetido, se comienza a perder la autoestima, existe la sensación de que no vale nada y se adquiere una perspectiva anormal de lo que es la sexualidad. Por estas razones la víctima comienza a tener problemas al relacionarse con otras personas. Otras veces, ellos mismos se convierten en adultos que

abusan de otros niños o se entregan a la prostitución. A menudo, este daño emocional severo en los niños, se expresa recién en la adolescencia o aun más tarde, cuando muchos de ellos se convierten en padres abusivos y maltratan a sus propios hijos. Por lo que se sugiere dar un tratamiento cuanto antes para minimizar las consecuencias a largo plazo que se habían mencionado anteriormente (Cía., 2001).

La prevención del abuso sexual en menores es una tarea conjunta en donde deben intervenir tanto todos los miembros de la familia como las personas externas a ella.

Por esta razón, es importante educar a los padres de familia así como a los maestros y autoridades con el fin de que puedan reconocer y dar apoyo a los problemas de los adolescentes, así mismo fomentar la confianza, la comunicación fortaleciendo el vínculo entre los mismos y desarrollar a la par programas de prevención con estrategias orientadas a la educación para la salud emocional de los/las estudiantes.

Como ya hemos mencionado antes este problema debe ser abordado tomando en cuenta factores sociales, psicológicos y culturales que permitan el desarrollo de campañas preventivas integrales en nuestro país, pues ya es visto que el solo hecho del aumento e instrumentación de penas hacia los agresores no parece ser suficiente para parar con dicha problemática.

Aquí el papel de la familia es sumamente importante porque hay que recordar que es dentro de ella donde se encuentran una serie de factores que pueden proteger o exponer al menor. Por ejemplo, el conflicto marital y el rompimiento familiar que propician el incumplimiento de las funciones parentales, como el abandono y el rechazo físico o emocional del menor son factores que contribuyen al riesgo del abuso sexual (Finkelhor, 1980). El amor y la aceptación en la infancia otorgan una confianza básica, que es el núcleo de una personalidad sana, esa confianza se expresa en autoestima y capacidad para discernir y fuerza para resistir la presión de las conductas de riesgo (Castro y Llañes, 2002).

Además de esto, también hay que recordar que es aquí donde un individuo se autoafirma y esta es el primer medio de contacto con la sociedad, por ello es importante fomentar el respeto hacia los demás, la importancia de los valores, la confianza en cada miembro de la familia, para asegurar un desarrollo óptimo dentro de ella. De igual forma, la educación que se da en la familia es esencial y se complementa con la que se proporciona en la escuela. De hecho siempre se ha insistido en que la familia y la escuela forman una unidad dinámica en la educación (Castro y Llanes, 2002).

Es importante también concientizar a las autoridades sobre la protección que debe ser otorgada para los menores de edad, pues se sabe que el abuso sexual trae consecuencias muy graves tanto físicas como psicológicas, no solo en el momento en el que se consumó el acto si no de por vida. Se sabe que la mayoría de los menores que han sufrido de abusos sexuales se muestran afectados negativamente por la experiencia. Y lo que es más importante, el

malestar generado suele continuar en la edad adulta si no reciben un tratamiento psicológico adecuado y, aunque las reacciones pueden variar de acuerdo a la edad, madurez emocional, historia del menor o naturaleza del incidente, el menor puede presentar enuresis, encopresis, disminución del desempeño académico, manifestar comportamientos de provocación sexual y en algunos casos intentos de suicidio (Lameiras, 2002).

El nivel básico de prevención, y para muchos la mejor protección, está dado por el desarrollo saludable de los individuos, cuando satisfacemos adecuadamente las necesidades básicas (físicas, emocionales, mentales y sociales) de los niños y adolescentes (Castro y Llañes, 2002).

Por ello es importante que las autoridades den el suficiente apoyo y facilidades para que existan más espacios para brindar apoyo a las familias afectadas y protección al menor así como del adecuado tratamiento a los victimarios.

Otro de los puntos que también es importante destacar, es que aunque son cada vez más los estudios que se realizan con el objetivo de conocer las diferentes problemáticas que afectan a los adolescentes y sin restarles la importancia y utilidad que estos tienen para desarrollar nuevos programas de intervención y prevención dentro de las diversas problemáticas de los adolescentes, sería bueno indagar más sobre la parte de abuso sexual con el fin de obtener mayor información que podría ser de utilidad para conocer más afondo lo que hay detrás de este problema. (Ver Anexo).

Referencias

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1998) "El abuso sexual a los niños". Pagina Informativa N°9, 4/98.

Borges, G. & Mondragón, L. (2003). Epidemiología de la conducta suicida en la Ciudad de México. *A pie. Crónicas de la ciudad de México, 1*, 19-24.

Brukner, P. (1975). Psicología social del autoritarismo. ed. Siglo XXI. México.

Castro, M Y Llanes, J (2002). Como proteger a los preadolescentes de una vida con riesgos habilidades de prevención para padres y maestros. ed. Pax México.

Castro, M. J. (2001). Niñas, niños y adolescentes. Exclusión y desarrollo psicosocial. Lima-Perú, IFEJANT. Tomo II.

Cía, A.H. (2001) Trastorno por estrés postraumático. Diagnostico y tratamiento. ed. Imaginador. Buenos Aires.

Clemente, M. y González A. (1999). El suicidio. Una alternativa social. ed. Biblioteca Nueva. Madrid, España.

Cole, D.A. (1989). Psychopathology of adolescent suicide: Hopelessness, doping beliefs, and depression. *Journal of abnormal Psychology*, 98 pp.248-255.

Coon, D. (1998). Psicología. Exploración y Aplicaciones 8ª ed. Thomson México D.f.

Craig, G. (1997). Desarrollo Psicológico 7º ed. Prentice-Hall. Hispanoamericana, S.A.

Dejarlais, R, Eisenberg, L, Byron, G. y Reliman, A. (1995). *World Mental Health. Problems and priorities in low income countries.* Oxford University Press, oxford.

Delval, J (2000) *Aprender en la vida y en la escuela* ed. Morata. Madrid.

Diekstra, R. (1989). Epidemiology of suicide and parasuicide. *Acta Psychscand*, suppl:37: 1920.

- Diekstra, R. (1990). Suicide and Parasuicides social correlates of recent trends. *El seiver science Publishesrs B.V. (Biomedical Division), Psychiatry: A world Perspectiva*, 1, (853-9).
- Durkeheim, E. (1987). *El suicidio*. Madrid: Akal Editor. Original publicado en 1965.
- Erickson, E. (1963), *Childhood and society* 2da. Ed. New York: W. W. Norton.
- Estruch y Cardús. (1982). *Los suicidios*. Barcelona, España.
- Farberow, N,L. y Shneidman, E,S, (1994). *¡Necesito ayuda! : un estudio sobre el suicidio y su prevención*. Ed. Fournier, México.
- Finkelhor, D, y Browne, A. (1986). Impact of child sexual abuse: Arevisita on the research. *Psicol. Bull*, 99: 66-77.
- Finkelhor, D. (1980). *Abuso sexual al menor: causas, consecuencias y tratamiento psicosexual*", México, Editorial Pax, 3ª reimpresión.
- Finkelhor, D. (1984). *Chile Abuse New Theory*. Free Press.
- Freud, S. (1917). Duelo y Melancolía. En Freíd, S. (1976). *Obras completas Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico, trabajo sobre metapsicología y otras obras*. Vol XIV,241-255.Buenos Aires. Amorrortu Editores.
- Funk, E. (1993). *Stopping rape: A challenge for men*, Estados Unidos: Plenum Press.
- Galdos, S. (1996). Prevención del Maltrato y Abuso Sexual Infantil; en: "Atención y Tratamiento de Niños y Adolescentes", Curso para sub-oficiales PNP. *Textos Complementarios*, pp3-46. Lima, Convenio PNP-Radda Barnen.
- García ME & Tapia A (1990). Epidemiología del suicidio en el estado de Tabasco en el periodo 1979-1988. *Salud Mental*, 13, 29-34.
- Gesell, A. (1958). *El adolescente de 10 a16 años*. Argentina: Paidos 4ª edición.
- Giraldo O. (1981). *Explorando las sexualidades humanas. Aspectos psicosociales*, ed. Trillas tercera edición México D.f.
- Gonzáles C. Ramos L. , Vignau L. Ramírez C. El abuso sexual y el intento suicida asociados con el malestar depresivo y la ideación suicida de los adolescentes salud mental, vol. 24, No. 6, dic 2001.

- González C, Ramos L, Mariño Ma. del C, Pérez E :Vidas en riesgo: Conducta suicida en adolescentes mexicanos. *Acta psiquiátrica Psicol. Amlat.* 48(1-4):74-84,2002.
- González C, Villatoro J, Alcántar I, Medina-Mora ME, Fleiz C, Bermudez P, y Amador N,: Prevalencia de intento suicida en estudiantes adolescentes de la ciudad de México:1997 y 2000.*Salud Mental*,25(6):1-12,2002.
- González Serratos Ruth Leticia. Experiencia Universitaria y de otras Instituciones. El abuso sexual al menor. La violencia social en México: Explotación sexual de niñas, niños y adolescentes México: Programa Universitario de Investigación en Salud. UNAM (11-45), 2004.
- González-Forteza C, Berenzon S, Tello AM, Facio D, & Medina-Mora ME (1998). Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes. *Salud Pública de México*, 40, 430-437.
- González-Forteza C, Mariño MC, Rojas E, Mondragón L, & Medina-Mora ME (1998). Intento de suicidio en estudiantes de la ciudad de Pachuca, Hgo. y su relación con el malestar depresivo y el uso de sustancias. *Revista Mexicana de Psicología*, 15, 165-175.
- González-Forteza C, Ramos L, Mariño MC, & Pérez-Campuzano E (2002). Vidas en riesgo: conducta suicida en adolescentes mexicanos. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 48, 74-84.
- González-Forteza, Jiménez A. Veinticinco años de investigación sobre suicidio en la dirección de investigaciones Epidemiológicas y psicosociales del Instituto de Nacional psiquiatría Juan Ramón de la Fuente. *Salud mental*,26 (6), 2003.
- González-Serratos R. Informe preliminar sobre algunos aspectos de la investigación en sobrevivientes de abuso sexual en la infancia. *Salud Reproductiva Sociedad*, 6(7):14-17, 1995.
- González-Serratos, R. (1995) Reporte preliminar de algunos aspectos de la investigación en sobrevivientes de abuso sexual en la infancia. El colegio de México. México, D.F:
- Gunnell, D, (2000). The epidemiology of suicide *Internal Review of Psiquiatry* 12 12-16.
- Hass, Kurt. (1987). *Understanding sexuality* third edition Phd Mosby Missouri United States of America.
- Hoffman, M, (1970). *Moral Development. Manual of child psychology*.3° ed. Vol.2. New York.
- Horrocks, J. E, (1986) *Psicología de la adolescencia*. México: Trillas.

INEGI: "Instituto Nacional de Estadística, Geografía e informática". Estadísticas de Intento de Suicidio y suicidios cuaderno N°4, México, 1999.

Jiménez, J. & González-Forteza, C. (2003). Veinticinco años de investigación sobre suicidio en la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. *Salud Mental*, 26, 35-46.

Kohlberg (1969) viene en papalia

Lamerías F. Maria (2002). Abusos sexuales en la infancia" Abordaje psicológico y jurídico. ed. Biblioteca Nueva Madrid España.

Madrigal, E, (2004) Boletín latinoamericano de adolescencia. Suicidio. Nueva Epoca N.10. Unidad de investigación epidemiológica y en servicios de la salud. Enero-Junio. Guadalajara, Jalisco. México.

Mansilla, M. E. (1991), El abuso sexual de los niños en el Perú, Lima, Cuadernos de ADOC.

Marcia, J. (1980). Identity In adolescence (ed).Handbook of adolescence psychology, New York.

Martínez, P. y De la Peña F., (2000). El suicidio y los adolescentes. Información Clínica. Instituto Mexicano de Psiquiatría 11 (2): 1112, febrero

Medina-Mora ME (1990). El homicidio y el suicidio en México. *Información Clínica*, 1(2), 9-11.

Myers G.David (2000) "Psicología Social" 6° ed. Edit. Mc Graw-Hill, Colombia.

Olson, D,Sprenkel,D y Russell,C,(1979) Circumplex model of marital and family system: cohesion and adaptability dimensions family types, and clinical applications; *Family process*, 18(1). Pp3-28.

Papalia, D (1998) Psicología del desarrollo ed. McGraw-Hill. Colombia.

Pelcovitz, D, Kaplan, S, Goldemberg, B, Mandel, F, Lehane, J. y Guarrera, B, (1994). Posttraumatic Stress Disorder in Physically Abused Adolescents, *J. Am. Acad. Child Adolescents. Psychiatry*, 33(3) pp305-312.

Piaget Jean (1964) Seis estudios de Psicología. ed. Ensayo Seix Barral México.

Pick, S (1988) Planeando tu vida. Ed. Grupo editorial Planeta. México.

Ramos L, Saldivar. Medina-Mora ME, Rojas E; y Villatoro, J: Prevalencia de abuso sexual en estudiantes y su relación con el consumo de drogas, *Salud Publica de México* 40 (3) (221-233), 1998.

Ramos L, Saltijeral MT, y Caballero MA, (1995). The impact of violence on mental health Current status and Outlook", *Mexican Institute of Psychiatry*.1-20

- Rice, f. (2000) *Adolescencia: desarrollo, relaciones y cultura* ed. Prentice Hall. Madrid.
- Rosas, M. I. (1996), *Violencia sexual contra niñas y niños: una aproximación socio jurídica*, Lima, CLADEM-Perú.
- Saltijeral, M. & Terroba, G, (1988). Aspectos psicosociales del suicidio en el Distrito Federal. In AMEPSO (editor), *La Psicología Social en México. Vol. II* (pp. 297-303). México: AMEPSO.
- Saltijeral, M.& Terroba, G, (1987). Epidemiología del suicidio y del parasuicidio en la década de 1971 a 1980 en México. *Salud Pública de México, 29(4)*, 345-360.
- Sgroi, S,(1982).*Handbook of clinical Intervention in child sexual abuse*. New York. The free press.
- Soria, V, Hernández, M. y Sánchez, J. (1994). *El agresor Sexual y la victima*. ed. Boixareu Universitaria Marcombo Barcelona España.
- Stengel E. (1965) "Psicología del suicidio y de los intentos suicidas". Buenos Aires, Ed. Paidos.
- Terroba G, Saltijeral MT, & Gómez M (1988). El suicidio y el intento de suicidio: una perspectiva general de las investigaciones realizadas durante los últimos años. In INPRFM (editor) (Ed.), *IV Reunión de Investigación* (pp. 310-315).México:IMP.
- UNICEF. *Estado de la niñez, la adolescencia y la Mujer en el Perú 1993-1994*, Lima, IEP/UNICEF, 1994.
- Vásquez M. B. (1995). *Agresión sexual. Evaluación y tratamiento en menores*. ed. Siglo XXI de España Editores, S.A.
- Villardón, G.L. (1993). *El pensamiento de suicidio en el adolescente*. España: Instituto de Ciencias de la Educación.
- Villatoro J, Alcántar I, Medina-Mora ME, Fleiz C, González-Forteza C, Amador N, & Bermúdez P (2003). El intento suicida y el consumo de drogas en adolescentes. ¿Dos problemas entrelazados? *Servicios de Salud Mental, 2*, 5-12.
- Villatoro,J.,Hernández,I.,Hernández,H.,Fleiz,C.,Blanco,J. y Medina-Mora, ME, (2004) .Encuesta de Consumo de drogas de Estudiantes III. 1993-2003. SEP-INPRFM. Disco Compacto.
- Vize,C. Y Gooper, P, *Sexual Abuse in Parents with Eating Disorder, Patients with Depression and Normal Controls* , *British Journal of Psychiatry, 167:80-85*, 1995.

ANEXO

A continuación se presentan algunos puntos que pueden ser de utilidad para los padres como medidas de prevención del abuso sexual.

- Platique con su hijo, tome tiempo para escucharlo y observarlo. Aprenda todos los detalles posibles sobre las actividades y sentimientos de su hijo. Anímelo para compartir preocupaciones y problemas con Usted.
- Dígale a su hijo que su cuerpo pertenece únicamente a el/ella y que tiene el derecho de decir no a cualquier persona que intente tocarlo.
- Enseñe a su hijo que no debe obedecer ciegamente lo que le demande algún mayor
- Dígale que algunos adultos pueden intentar lastimar a niños y hacerlos que hagan cosas que los hagan sentir incómodos a través de regalos como dulces, juguetes o dinero. A menudo estas personas adultas llaman lo que están haciendo un secreto entre ellos y el niño.
- Explique que algunos adultos pueden amenazar a los niños diciéndoles que sus padres pueden ser lastimados o matados si el niño comparte el secreto. Acentué que el adulto que hace algo como esto esta haciendo algo mal.
- Recomiende a su hijo mantenerse alerta cuando se acerque algún extraño a pedirle algún tipo de información porque puede aprovechar su distracción para alejarlo de las personas que lo acompañan.
- Pídale que no de información personal (teléfono, domicilio u horarios) ni envíe fotos a personas con quien chatea y no conoce.
- Dígale a su niño que adultos a quienes ellos conocen, en que confían y quieren o alguien que puede estar en una posición de autoridad (como una niñera, un tío, un profesor, hasta un policía) puede intentar hacer algo como esto. No trate de asustar a sus niños—acentué que la mayoría de adultos nunca hacen esto y la mayoría de adultos están profundamente preocupados en proteger a los niños del daño.

En el caso de los menores que han sido abusados seria importante tomar en cuenta lo siguiente:

- Es necesario llevarlo a una consulta médica, pues hay indicios que sólo un médico o un psicólogo pueden diagnosticar.

- Si el menor recurre a usted, es porque le está pidiendo ayuda y apoyo. Agradezca su confianza, anímelo a hablar sin presionarlo y escúchelo con atención.
- El menor puede sentirse culpable si el abusador es un miembro o persona cercana a la familia. Hágale saber y sentir que no es su culpa y asegúrele que hizo bien al confiarle a usted lo sucedido.
- Aclárele que la acción del agresor es incorrecta.
- Explíquele que cometió un abuso que debe ser castigado por la ley y al mismo tiempo trate de darle seguridad.
- No lo presione, evite preguntas o gestos que puedan llegar a incomodarlo
- Prepárelo para recibir ayuda por parte de un especialista, explíquele que tiene que contar a otras personas lo sucedido y que todo será bueno para el.

Por otro lado, sabemos que es importante la prevención del abuso sexual ya que genera sentimientos de vergüenza, culpabilidad, enojo, tristeza, angustia, apatía, incomprensión y miedo, lo cual puede traer consecuencias más graves como la ideación suicida o incluso el intento suicida, algunas recomendaciones que pueden ser útiles tanto para los padres como para las personas que estén a cargo en ese momento del menor ante este problema son las siguientes:

- ❏ Tratar a su hijo con respeto
- ❏ Tome en serio lo que le dice
- ❏ Crea lo que su hijo le manifiesta
- ❏ Escuche con mucha atención
- ❏ Permítale expresar sus sentimientos (llanto, ira, disgusto)
- ❏ Indague si realmente existe un riesgo de que su hijo atente contra su vida. Preguntándole que ha pensado hacer ante lo que le esta pasando.
- ❏ No haga preguntas a su hijo que puedan contestarse con si o no.
- ❏ Señale la importancia que tiene el saber afrontar sus problemas, responsabilizando al adolescente de su propia vida.
- ❏ Ayúdelo a buscar alternativas para darle solución a sus problemas.
- ❏ Pídale permiso para involucrar a otras personas que también puedan ayudarlo, como a sus amigos o familiares que también puedan colaborar en su mejoría.
- ❏ Garantice varias opciones para contactar con la persona que presta la ayuda psicológica, sea el padre, la madre, los maestros, tutores, etc.

Es importe contar con espacios que puedan servir de apoyo, éstos pueden encontrarse dentro de las mismas escuelas, donde el profesor podrá dirigirlos proporcionándoles ayuda u orientación a los padres en primera instancia así como a los adolescentes. En estos espacios se podrán explorar temas como:

- ❖ Identificar de manera oportuna las emociones que el/la adolescente experimenta a partir de diferentes situaciones y de esta forma procurará alejarse de riesgos psicosociales defiriéndonos a estos como a las reacciones ante los eventos negativos de la vida, a conductas que se

clasifican en la categoría de antisociales como el consumo de drogas y todas aquellas que afecten la salud en general del individuo.

- ❖ Orientación sexual, proporcionando información acerca de los cambios físicos y psicológicos que los adolescentes presentan a lo largo de su desarrollo como el conocimiento de su imagen corporal y sexualidad.

Un ejercicio que permite ver la trascendencia de los cambios que sufre el adolescente en su apariencia física y su manera de sentir es haciendo que los padres traten de recordar los propios haciéndose preguntas como; ¿cómo se sentía? ¿Cómo veía su cuerpo? ¿Qué esperaba de los demás? Etc. (Castro y Llanes, 2002).

- ❖ Fortalecer la confianza entre los padres, maestros e hijos y el vínculo entre los mismos con el fin de desarrollar la comunicación y la tolerancia. Esto se logrará a través del establecimiento de empatía, dando mensajes consistentes y no contradictorios, escuchar con atención e interés, crear un clima propicio que facilite la comunicación, pedir la opinión de los demás, ser claros cuando se pida algo, expresar y compartir los sentimientos.

Una forma de facilitar la comunicación entre el adolescente y sus padres puede ser solicitándoles que escriban una carta a sus padres en donde comenten algún aspecto que les ha resultado difícil hablar con ellos de esta manera el adolescente podrá comunicar sus sentimientos y expresarlos de manera honesta y no agresiva, cuidando la forma de transmitir el mensaje utilizando, un lenguaje preciso y congruente (Pick, 1988).

- ❖ Formación de valores, estos son los elementos que guían mejor nuestra conducta, ya que funcionan como una orientación para la vida y señalan los rumbos que debemos seguir para desarrollarnos de manera adecuada.

Practicar la expresión libre de los valores y el respeto por los valores de los demás, pidiendo a los adolescentes que escriban los cinco valores más importante para ellos, posteriormente compartir su ordenamiento con los demás miembros de la familia y compañeros de clase.

- ❖ Desarrollo y fortalecimiento de la autoconfianza, autoconcepto, el autodominio centrándolos en el potencial de cada adolescente y la identificación de sus propias emociones y sentimientos como miedo, ira, vergüenza, alegría y placer. Con el fin de proporcionar una perspectiva sobre su autocuidado y seguridad.

Simbolizar la percepción que el adolescente o los padres tiene de sí mismo, pidiéndoles que moldeen un símbolo que lo represente así mismo, dando un tiempo de 10 minutos para la elaboración de la tarea, al terminar se les pedirá que expresen sus sentimientos de manera voluntaria acerca del trabajo (Pick, 1988).

- ❖ Entrenamiento en asertividad es otro de los factores a tomar en cuenta ya que puede ser de gran ayuda en una adecuada toma de decisiones,

resolución de problemas y solicitar ayuda cuando así lo requieran. Esto también ayuda a expresar libremente alguna idea, como por ejemplo es importante recordar el derecho que todos tenemos de decir No y ponerlo en práctica cada vez que no se este de acuerdo con algo.

Distinguir las frases asertivas de las que no lo son, donde el maestro deberá elaborar una lista con frases asertivas como no asertivas por ejemplo; Cuando tu tengas tiempo saldremos, yo puedo esperar, no voy a estar esperándote toda la vida, siento que soy algo especial para ti, no quiero tener relaciones sexuales contigo, etc. Posteriormente pedirá a cada miembro que indique cuales son las asertivas y discutan sobre la razón de su clasificación (Pick, 1988).

El adolescente debe tomar en cuenta los siguientes puntos:

- ✚ Rechaza a las personas que te hagan sentir incómodo.
- ✚ Respeta las reglas de protección que te indican tus padres.
- ✚ No platiques a solas con personas extrañas ni aceptes sus invitaciones.
- ✚ No guardes secretos que te hagan sentir mal.