



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
Programa de Maestría en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud
Salud Mental Pública

**“Frecuencia de acoso sexual y variables asociadas en estudiantes de la
facultad de medicina.”**

Tesis
que para optar por el grado de:
Maestra en ciencias

Presenta:
Janett Silva Perea

Tutores:
María del Carmen Elizabeth Lara Muñoz
Felipe Vázquez Estupiñan
Facultad de Medicina

México, D.F. Enero de 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Índice

Introducción.....	1
La violencia sexual.....	2
<i>Consecuencias de la violencia sexual</i>	3
<i>La violencia sexual como un delito</i>	4
El acoso sexual.....	6
<i>Historia del concepto: acoso sexual</i>	8
<i>Acoso sexual: una agresión sexual entre sexos</i>	9
<i>Mitos del acoso sexual según la Organización Internacional del Trabajo</i>	10
<i>El acoso sexual en los ambientes de trabajo</i>	11
<i>Las leyes y el acoso sexual</i>	12
Acoso sexual en estudiantes universitarios.....	14
Acoso sexual en la escuela de medicina.....	15
Planteamiento del problema.....	18
Pregunta de investigación.....	19
Objetivos.....	19
<i>Objetivo general</i>	19
<i>Objetivos específicos</i>	19
Hipótesis.....	20
Material y métodos.....	21
<i>Diseño del estudio</i>	21
<i>Sujetos, selección y tamaño de la muestra</i>	21
<i>Definición de variables</i>	21
<i>Instrumentos de medición</i>	22
<i>Procedimiento</i>	24
<i>Análisis de datos</i>	25
Resultados.....	25
<i>Confiabilidad del instrumento</i>	25
<i>Frecuencia de acoso sexual por sexo</i>	26

<i>Comparación de frecuencias de acoso sexual en la facultad de medicina según la forma de interrogarlo.....</i>	<i>28</i>
<i>Descripción por ambiente y sexos.....</i>	<i>28</i>
<i>Perpetradores de acoso sexual en estudiantes de medicina.....</i>	<i>30</i>
<i>Comportamientos de los profesores de medicina que sobrepasan lo académico.....</i>	<i>30</i>
<i>Apoyo institucional en caso de acoso sexual en la facultad de medicina.....</i>	<i>31</i>
<i>Medidas que toman los estudiantes de medicina ante situaciones de acoso sexual.....</i>	<i>31</i>
<i>Acoso sexual en algún momento de la vida.....</i>	<i>32</i>
<i>Discusión.....</i>	<i>33</i>
<i>Conclusiones.....</i>	<i>38</i>
<i>Referencias.....</i>	<i>39</i>
<i>Anexo 1. CASEM.....</i>	<i>46</i>
<i>Anexo 2. Consideraciones éticas.....</i>	<i>48</i>
<i>Anexo 3. Consentimiento informado.....</i>	<i>51</i>
<i>Anexo4. Descripción del estudio piloto.....</i>	<i>52</i>
<i>Anexo 5. Folleto acerca del acoso sexual en la escuela de medicina.....</i>	<i>56</i>

Introducción

El acoso sexual es una de las formas más sutiles de violencia sexual, expresada como una conducta ofensiva y no deseada; en esta forma de violencia se encuentran inmersas expresiones de poder o autoridad manifestadas en forma sexual (Cooper, 2001). Entre los comportamientos que se consideran acoso sexual encontramos los de naturaleza física, los verbales y los no verbales.

La presentación del acoso sexual se observa en todos los ambientes, incluyendo la escuela de medicina, siendo esto una desviación del proceso educativo, donde los principales objetivos deben ser enseñar las actividades del médico, así como también transmitir valores necesarios para la promoción de un mejor desarrollo sobre todo al pertenecer al área de las humanidades. Además, es importante mencionar la tendencia que tienen los médicos de estar poco interesados en su propia salud, desconocen el impacto que tienen sus estilos de vida y la poca importancia que le dan a la promoción de su salud y la búsqueda de ayuda al requerirlo.

A pesar de que se ha estudiado desde hace mucho tiempo y de que se han reportado cifras elevadas de acoso sexual en esta población, sigue siendo un problema que no se ha resuelto. Otro punto importante es la falta de instrumentos de medición que sean universales, que permitan una mejor generalización de los resultados, lo que hizo necesario que para este estudio se adaptara y validara un cuestionario. Teniendo en cuenta lo anterior y tratando de aportar elementos que evidencien la presencia de acoso sexual y promuevan la reflexión encaminada a desarrollar acciones que favorezcan un ambiente propicio para la formación en medicina, es que se presenta este estudio, cuyos objetivos son conocer la frecuencia de acoso sexual en estudiantes de medicina en México, así como identificar las variables que se encuentran relacionadas con éste.

La violencia sexual

Una forma de violencia es la sexual, la cual es definida por la Organización Mundial de la Salud (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, Lozano, 2002) como “todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo”.

Basada en esta conceptualización, la Secretaría de Salud de México define a la violencia sexual como *“el acto que con fines lascivos cometa una persona de cualquier sexo contra otra para obligarla a realizar actos sexuales sin su consentimiento, con o sin fines de cópula, valiéndose de su posición jerárquica, derivada de relaciones laborales, docentes, domésticas o cualquier otra que implique subordinación, así como sometimiento por fuerza física o moral. Incluye el asedio o la ejecución de un acto sexual, aún con el consentimiento, cuando se trate de una persona menor de doce años o que no tenga la capacidad de comprender el significado del hecho o que por cualquier causa no pueda resistirlo”* (SSA, 2004a).

La violencia sexual es un problema mundial, se estima que 12 millones de personas al año son víctimas de delitos sexuales en todo el mundo (Drezett, 2002); pero no hay datos exactos acerca de la incidencia y la prevalencia de sus diferentes formas debido a las diferencias conceptuales y operacionales que impiden la comparación de los estudios, además de otros problemas como la forma de captación y documentación por múltiples causas, entre ellas, las mujeres no reconocen la violencia sexual debido al contexto sociocultural que lo normaliza, minimiza, tolera o promueve; otra causa frecuente es el silencio de las mujeres por miedo o pena (Ramos, Saltijeral, Romero, Caballero, Martínez, 2000).

Consecuencias de la violencia sexual

Las consecuencias de la violencia sexual son muchas, se pueden agrupar en categorías somáticas, psicofisiológicas y psicológicas, en esta última categoría encontramos la sintomatología depresiva e ideación suicida (Stepakoff, 1998). También se puede asociar con problemas con el uso de sustancias y el alcohol; (Fazzone, Holton, Reed, 1997). En la evaluación de las víctimas se han encontrado cuadros clínicos de estrés postraumático y la susceptibilidad a ser nuevamente víctimas (Foa, Rothbaum, 1998). La tabla 1 resume algunas de las consecuencias de la violencia sexual.

Las consecuencias reportadas de la violencia sexual se han clasificado en somáticas, psicológicas y psicofisiológicas, entre las somáticas se encuentran las médicas agudas, que incluyen las físicas, genitales y no genitales y enfermedades de transmisión sexual; las enfermedades crónicas como el dolor pélvico y otros trastornos de dolor crónicos; los efectos en la salud relacionados con el estrés, como percibir la propia salud menos favorable y presentar mas síntomas de la enfermedad. Las consecuencias psicológicas son los cambios cognitivos como alteraciones en los esquemas cognitivos, malestar, síntomas psicológicos como miedo y ansiedad, reacciones afectivas: depresión, ideación suicida y conducta suicida, problemas con el funcionamiento sexual, problemas de ajuste social, reacciones psicofisiológicas como sobresalto, síntomas cardiacos, musculares cuando aparecen los recuerdos e incremento de la excitación fisiológica (Ramos, Saltijeral, Romero, Caballero, Martínez, 2000).

Tabla 1. Consecuencias de la violencia sexual.

Consecuencias somáticas

Consecuencias médicas agudas (lesiones físicas, genitales y no genitales, y enfermedades sexualmente transmisibles)
Enfermedades crónicas (dolor pélvico y otros trastornos de dolor crónicos)
Efectos en la salud relacionados con el estrés (percibir la propia salud menos favorable y reportar más síntomas de enfermedad)

Consecuencias Psicológicas

Cambios cognitivos (alteraciones de los esquemas cognitivos)
Malestar
Síntomas psicológicos (miedo y ansiedad)
Reacciones afectivas (depresión, ideación suicida y conducta suicida)
Problemas en el funcionamiento sexual
Problemas del ajuste social

Reacciones psicofisiológicas

Reacciones de sobresalto
Reacciones cardíacas y musculares cuando aparecen los recuerdos
Incremento en la excitación fisiológica

Fuente: Ramos, Romero, Caballero, Martínez, 2000. Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de usuarias en un centro de salud.

La violencia sexual como un delito

Los delitos sexuales que se encuentran tipificados en las leyes de México son la violación, la violación instrumentada, la violación entre cónyuges, el abuso sexual, los atentados contra la integridad sexual de las personas y el hostigamiento o el acoso sexual, cuyas descripciones se encuentran resumidas en la tabla 2.

En México, la violencia sexual es un delito, sin embargo, se estima que sólo una de cada diez agresiones sexuales en el país se denuncian (Saucedo, 2002), sugiriéndose que las razones de este silencio son la falta de información del tema, la vergüenza y la principal es que algunas formas de este tipo de violencia son difíciles de identificar, especialmente, el acoso sexual.

Tabla 2: Definición de delitos relativos a la violencia sexual contenidos en el marco legal de México. Revisión para 2004

Violación	Violación instrumentada	Violación equiparada	Violación entre cónyuges	Abuso sexual o atentados contra la integridad sexual de las personas	Hostigamiento o acoso sexual
Es la cópula anal, vaginal u oral obtenida mediante violencia física o moral. La primera significa la utilización de medios físicos y la segunda la utilización de medios psicológicos.	Consiste en la introducción forzada de objetos, instrumentos o partes del cuerpo distintas al miembro viril, en la cavidad anal o vaginal de la víctima.	Es la cópula anal, oral o vaginal aunque se haya obtenido consentimiento, con una persona menor de doce, trece o catorce años, o bien una persona que vive con una discapacidad mental o física que le impide comprender o resistir el acto.	Se refiere a las relaciones sexuales forzadas entre cónyuges o concubinos. Solo está tipificado como delito en 12 estados. **	Conducta consistente, en general, en la ejecución sobre una persona, sin su consentimiento, de un acto erótico sexual sin el propósito directo o inmediato de llegar a la cópula.	Consiste en el asedio reiterado que con fines lascivos (molestia sexual) se realiza sobre personas de cualquier sexo.

Fuente: Ortega, Tilemy, 2004; *Marco Jurídico de la violencia en México*; Ipas, México.

El acoso sexual

El Diccionario de la Lengua Española define la palabra acosar como “una acción de persecución. Perseguir, apremiar, importunar a una persona con molestias o requerimientos”. Un término empleado como sinónimo es el hostigamiento, del verbo hostigar que significa también perseguir, molestar. El mismo diccionario lo define así, “molestar a uno, ya burlándose de él, ya contradiciéndolo, o de otro modo. Incitar con insistencia a alguien para que haga algo...”. Podemos definir el acoso sexual gramaticalmente como la acción de molestar y/o perseguir a alguien con motivos o intenciones sexuales. Ambos términos pueden utilizarse indistintamente, sin embargo el hostigamiento sexual es preferido por la legislación penal mexicana.

El acoso sexual es un concepto al que se le ha restado importancia en el campo del estudio de la violencia, sin embargo, no debe soslayarse ya que su importancia es similar a la de otras formas de violencia como el abuso sexual y la violación, que si bien son fenómenos más definidos e investigados, afectan la salud mental y el bienestar personal de formas muy semejantes (López, Fuentes, 1994).

El acoso sexual, también llamado hostigamiento sexual, es una de las formas más sutiles de violencia sexual, expresada como una conducta ofensiva y no deseada; en esta forma de violencia se encuentran inmersas las expresiones de poder o autoridad manifestadas en forma sexual (Cooper, 2001). Entre los comportamientos que se consideran acoso sexual encontramos los de naturaleza física, los verbales y los no verbales, no solicitados y no deseados que causan malestar.

En los de naturaleza física se incluyen los tocamientos, acercamientos innecesarios, roces y otras formas de contacto. Los comportamientos verbales se refieren a los comentarios y preguntas sobre el aspecto, el estilo de vida, la orientación sexual, llamadas de teléfono ofensivas, etcétera. Por último, los comportamientos no verbales considerados formas de acoso sexual, incluyen los

silbidos, los gestos de connotación sexual, miradas, presentación de objetos pornográficos, el exhibicionismo, por mencionar algunas (Cooper, 2001).

El concepto de acoso sexual se ve influenciado por la cultura, es por eso que se pueden encontrar diferentes conceptos del término, por ejemplo en Sudáfrica solo se incluyen en la definición de acoso los tocamientos o las caricias no deseadas (Denga, Denga, 2004).

Barak en 1997, en su revisión de acoso sexual en 29 culturas concluyó que el acoso sexual no es un fenómeno diferente entre los países, sino la forma en la que se manifiesta conductualmente; por lo que se puede considerar el acoso sexual como universal y su expresión diferente según las culturas (Donovan, Drasgow 1997, Gelfand, Fitzgerald, Drasgow, 2002).

La incidencia de acoso sexual al parecer es más alta en poblaciones con ciertas características (Barickman, Paludi, Rabinowitz, 1992): las mujeres de color, mujeres en campos de predominio masculino, mujeres lesbianas. Otras variables que se han asociado al acoso sexual son la edad, los roles de género, las experiencias pasadas de acoso sexual y la percepción de la tolerancia del acoso, lo que a la vez predice las actitudes hacia el acoso sexual.

Existen varias teorías que han tratado de explicar el fenómeno de acoso sexual, la primera teoría se centra en las diferencia de poder patriarcal en las sociedades, ya sea que se deriven de las normas sociales, las jerarquías de organización o las características interpersonales, las asimetrías de poder tanto formales como informales aumentan la posibilidad de acoso (Bernard, Magley, Waldo, 1996; O'Connell, Koranil, 2000; Wilson, Thompson, 2001). De esta hipótesis se desprenden tres posibles sub-hipótesis, la primera referida a las víctimas vulnerables, ya sea la vulnerabilidad por jerarquía de la organización (Wilson, Thompson 2001), o indirectamente a través de una cultura de la organización o cultura que dictan poder o distribuciones (O'Connell, Koranil, 2000; Wilson y Thompson, 2001). La segunda referida al poder de amenaza, esta hipótesis plantea que las mujeres que conviven con la dominación masculina, por ejemplo

en ocupaciones dominadas por hombres tienen más probabilidad de ser víctimas (De Coster, Estes, Mueller, 1999; Rubenstein, 1992). La tercera hipótesis es acerca de las sociedades en transición, las mujeres que violan las tradiciones de normas relacionadas a vestimenta y comportamiento son castigadas con el acoso sexual (Walkowitz, 1998).

Historia del concepto: acoso sexual

El acoso sexual como tema de discusión e investigación despertó interés en la década de los setenta, sin embargo, se sabe que es un fenómeno que ha existido desde siempre. Esto es claro en la cultura popular ya que se han encontrado registros de cómo el acoso se ha normalizado en letras de canciones como la siguiente:

Parado en la esquina, viendo pasar a las
chicas,

Parado en la esquina, mirando a todas las chicas... (Wise and Stanley, 1987)

En poesías para niños:

Georgie Porgie, rollizo rapaz,

Besaba a las niñas y las hacía llorar;

Cuando los niños venían a jugar;

Georgie Porgie se apresuraba a escapar (Wise Stanley, 1987).

La conceptualización del acoso sexual se dio en 1974 cuando mujeres feministas norteamericanas discutieron algunas de las situaciones que estaban viviendo con hombres en los lugares de trabajo (Wise y Stanley, 1987). Posteriormente se le reconoció como un problema social, que de acuerdo con Spector y Kisuse (1977) un problema social se constituye cuando cualquier hecho natural o social es reconocido como indeseable y merecedor de investigación, y medidas correctivas. Durante mucho tiempo el acoso sexual se ha minimizado, ante la visión de la actividad sexual como fundamental para la perpetuación del ser humano, por lo que en las relaciones humanas las personas pueden participar en conductas

sexuales, que pueden ser agradables o desagradables, (Fichten Tagalakis, Judd, Wright, 1992; Henningsen, 2004; Metts, Spitzberg, 1996).

Acoso sexual: una agresión sexual entre sexos

El acoso sexual también es considerado como una alteración de las relaciones entre los sexos, siendo que por lo general el que acosa es el hombre y el acosado la mujer. También se han mencionado las diferencias de percepción de la intención sexual según el sexo (Lindgren, Parkhill, George, Hendershot, 2008), considerándose que las mujeres observan un mayor rango de comportamientos como acoso sexual que los hombres, sin embargo hay un debate en esto (DeJudicibus, Mc Cabe, 2001; Rotundo, Nguyen, Sackett, 2011).

En un estudio acerca de las percepciones de las actitudes sexuales según el sexo. Teniendo evaluadores y evaluados de ambos sexos, se encontró que los evaluadores hombres percibían mayor intención sexual en las mujeres y sentían a su vez mayor atracción por las mujeres evaluadas, con respecto a las mujeres evaluadoras. Debido a este hallazgo se concluyó que los hombres tienen una tendencia general hacia la percepción de intención sexual en los comportamientos de las mujeres (Lindgren, Parkhill, George, Hendershot, 2008).

Desde hace mucho se habla de que por naturaleza los machos y las hembras de cualquier especie están en conflicto por el control de la reproducción, esto al parecer es similar en los humanos, el acoso masculino hacia las mujeres buscando oportunidades de apareamiento y las mujeres evitando este acoso, siendo en ocasiones una de las consecuencias la violencia sexual.

Un ejemplo que describe lo primitivo y la naturaleza del acoso se ha demostrado en los guppy Trinidad (*Poecilia reticulata*), una especie de pequeños peces de agua dulce en el que se han observado niveles extremadamente altos de acoso de los machos hacia las hembras. En esta especie, los machos pasan la mayor parte de su tiempo en la búsqueda de las hembras, empleando tanto el cortejo como la fuerza en las tácticas de apareamiento (Magurran, 2005). Este tipo de

comportamiento tiene implicaciones sociales y en hábitat, ya que las hembras emigran de las zonas donde se encuentran los machos de manera similar a cuando hay animales depredadores, y disminuye así la socialización con otras hembras de la misma especie (Magurran, 2005; Darden, James, Ramnarine, Croft, 2009).

Mitos del acoso sexual según la Organización Internacional del Trabajo

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) en el 2008, señala que existen algunos mitos acerca del acoso sexual entre la población general que favorecen la persistencia del fenómeno, entre ellos encontramos:

“El acoso sexual es un problema poco común y le ocurre a unos cuantos”. Es fácil hacerse ajeno a esta situación y/o negar la realidad de este problema, favoreciendo al sub-registro.

“El acoso sexual es una realidad a la que se tendrá que acostumbrar la gente”. El minimizar y normalizar la conducta del acosador en el medio es muy común, esto hace que no se reconozca, y mucho menos se pueda denunciar y sancionar.

“Es tan común que es inútil erradicarlo”. Este pensamiento está en contra de lo real, es un problema de violencia que puede ser castigado y solucionado.

“La mayoría de los acusados no quieren ofender a las mujeres, frecuentemente los hombres malinterpretan una actitud amistosa de las mujeres”. Generalmente se acusa a las mujeres de provocativas y se les acusa de las actitudes de los hombres.

“Si las mujeres quieren que las traten igual que a los hombres en el trabajo, no pueden esperar un trato especial”. El acoso sexual no es un tema que compete sólo al sexo, por lo tanto, deben ser tratadas con igualdad, pero el ambiente del trabajo debe ser de respeto entre todos.

“Los hombres tienen más apetito sexual que las mujeres por su propia naturaleza”. Esta es una frase que no tiene otro objeto que normalizar un delito.

“Muchas demandas de hostigamiento sexual son falsas y se deben a que cuando un hombre rechaza a una mujer ésta toma venganza”. Es una situación muy poco frecuente, lo que se observa y se demuestra en los estudios, es que el acoso sexual realmente ocurre más de lo que se denuncia.

“La carrera de una persona puede ser destruida por una acusación de acoso sexual, mientras que la denunciante queda intacta”. La persona que es víctima de acoso sexual sufre consecuencias psicológicas, e incluso puede ser rechazada por denunciar lo que está viviendo.

“A menudo las compañeras utilizan ropa para seducir a los hombres”, “las mujeres mandan señales ambiguas”, “la mitad de las veces que dicen “no” quieren decir “sí”. Tratar de suponer lo que otra persona trata de hacer es una de las excusas menos válidas en este contexto.

“Toda la atención que se da al acoso sexual le da ideas a las mujeres, haciéndolas imaginar problemas donde no los hay”. Más bien las hace reconocer lo que están viviendo.

El acoso sexual en los ambientes de trabajo

Gran parte del tiempo de las personas lo viven en los hogares, las escuelas y el trabajo, siendo identificado el acoso sexual más fácilmente en este último ambiente, donde se han realizado más investigaciones al respecto, y se desarrollaron términos como el de “acoso sexual” y otros conceptos que posteriormente se han aplicado a otros lugares.

La OIT (2002), define el acoso sexual como un comportamiento en función del sexo, de carácter desagradable y ofensivo para la persona que lo sufre. Para que se trate de acoso sexual es necesaria la confluencia de ambos aspectos negativos.

De acuerdo con esta agencia internacional, el acoso sexual puede presentarse de dos formas:

- *Quid Pro Quo*, cuando se condiciona a la víctima con la consecución de un beneficio laboral: aumento de sueldo, promoción o incluso la permanencia en el empleo para que acceda a comportamientos de connotación sexual, o
- *Ambiente laboral hostil* en el que la conducta da lugar a situaciones de intimidación o humillación de la víctima.

Las leyes y el acoso sexual

Posterior a la observación del acoso sexual en diferentes países algunos lo han considerado como delito. En Alemania, una encuesta realizada entre 2000 mujeres, reveló que el 72% de las entrevistadas eran víctimas de acoso sexual en centros de trabajo, por lo que el Centro de Investigación Social de Dortmund elaboró una propuesta que introdujo la figura de un «consejero» laboral y la redacción de un código de conducta modelo para las empresas.

Existe una ley sobre hostigamiento sexual en el empleo en Puerto Rico desde 1988, en la que se señala de manera clara la responsabilidad del empleador en el hostigamiento sexual de sus empleados.

En Argentina existe un proyecto de ley contra el acoso sexual en el trabajo, incluye una indemnización y la responsabilidad solidaria para el empleador que, debidamente notificado, no tome las medidas conducentes para el cese de la persona acosadora.

En diciembre de 1991 en la ciudad de San José, Costa Rica, se realizó el primer encuentro Centroamericano y del Caribe, del «CEFEMINA» el tema fue «La violencia contra la mujer» y se abordó el problema del acoso sexual; 65 mujeres de 18 países propusieron luchar porque el hostigamiento sexual sea tipificado como delito, con sanciones, atención integral y reformas a los códigos de trabajo. Además se recomendó a los ministerios de Educación Pública, las universidades, los colegios de técnicos y vocacionales así como todo centro de enseñanza, la regulación, por ley, del hostigamiento sexual.

El tribunal de Trabajo en el Reino Unido ha condenado a un empresario a pagar una multa de 3.200 libras por acoso sexual.

En México se han realizado acciones para proteger acerca de este tipo de violencia sexual. Han sido ratificados acuerdos y convenios internacionales como la Declaración sobre la eliminación de la Violencia contra la Mujer (1993) y los aprobados en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, CIPD 1994) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995). Todos estos convenios condenan la violencia contra las mujeres, en cualquiera de sus formas, y destacan la responsabilidad del estado de garantizar condiciones favorables para que las mujeres ejerzan sus derechos y asegurar que la violencia no suceda y, en caso de presentarse, tener la posibilidad de denunciar y acceder a procesos justos.

En 1995, la Secretaría de Salud (SS) y la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal (PGJDF) realizaron un convenio de colaboración para iniciar servicios integrales a víctimas de violencia sexual en tres hospitales públicos de la SS en diferentes zonas de la ciudad (SS, 1995).

En el año 2000, la Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Nuevo León, la Secretaría de Salud de Nuevo León, la Universidad de Monterrey, Ipas México, la Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia (FEMEGO) y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) organizaron el primer evento en México sobre violencia hacia las mujeres en donde reflexionaron sobre su papel en el tema de violencia. La reunión internacional *Violencia: Ética, Justicia y Salud para la Mujer*, tuvo como resultado la *Declaración Monterrey 2000 sobre Violencia Familiar y Sexual hacia la Mujer* (Granados, Ortiz, Campos, 2011).

Acoso sexual en estudiantes universitarios

En las universidades el acoso sexual es observado con frecuencia, a pesar que las principales tareas deberían ser la investigación, la docencia y el aprendizaje. Además de que se encuentra presente no es reportado; en 1978 en el Proyecto de la Condición Jurídica y Educación de la Mujer de la Asociación del Colegio Americano esto se describió como un tema oculto, ya que ante esta circunstancia se destacaba el silencio.

En 1995 se informó que la mayoría de los estudiantes que se exponían a presiones y las bromas de índole sexual, no lo percibían como acoso (Tang, Yik, Cheung, Choi, Au, 1996). Hill y Silva en 2005 reportaron los resultados de una encuesta representativa donde un tercio de los estudiantes universitarios entrevistados se quejaron de acoso sexual físico y que tanto hombres como mujeres son igualmente propensos a experimentar el acoso y que los hombres son más propensos que las mujeres a acosar.

En el 2003 DeSousa y Solberg revisaron la incidencia de acoso sexual en estudiantes universitarios de Austria, Brasil, China, Italia, Israel, Pakistán, Puerto Rico, Suecia y Turquía, encontrándose en todos ellos una incidencia relativamente alta de acoso sexual.

Lombardo y colaboradores en 1996, encontraron que el 48,2% de estudiantes de las mujeres en Italia reportaron haber experimentado alguna forma de acoso sexual; comentarios acerca de sus cuerpos, el 29,3%; al 3,4 le ofrecieron recompensa por participar en actividades sexuales, la coacción fue de 4,5%.

En Austria Gardner y Felicity (1996) encontraron que el 91,3% de las estudiantes mujeres reportaron haber experimentado al menos una vez comportamiento de acoso sexual de profesores o sus compañeros.

El ambiente en la enseñanza de pregrado es importante no sólo para aprender sino también para crear una actitud positiva, para la identidad profesional y el aprendizaje de por vida. Las actitudes, positivas o negativas, adoptadas durante

los estudios universitarios tendrán un impacto sobre los valores y el comportamiento de los estudiantes en su futura vida laboral, lo que hace que se formen mejores profesionales y personas o que persista la cadena de violencia. (Rautio, Sunnari, Noutinen, Laitala, 2005; Iglesias, Saldívar, Bermúdez, Guzmán, 2005)

Acoso sexual en la escuela de medicina

El maltrato es percibido por los estudiantes de pregrado en los Estados Unidos como una fuente importante de estrés, tales percepciones y sus consecuencias son más frecuentes entre los estudiantes de medicina de lo que se cree (Larsson, Hensing, Allbeck, 2003; Maida, et al. 2003; White, 2000; Lebenthal, Kaiserman, Lernau, 1996; Uhari, et al. 1994; Rautio, Sunnari, Noutinen y Laitala, 2005; Iglesias, Saldívar, Bermúdez, y Guzmán, 2005).

En 1982, Silver informó que los estudiantes que ingresaban a la facultad de medicina presentaban entusiasmo y emoción, sentimientos que posteriormente se convertían en tristeza, miedos e incluso sentimientos de frustración, dichas características son comparadas con las encontradas en niños maltratados, por lo que lo llamó fenómeno de “abuso del estudiante de medicina” (Silver, 1982; Silver, HK. 1990; Nagata-Kobayashi, et al. 2006).

Un número de estudios posteriores han continuado la investigación acerca del abuso en estudiantes de medicina, encontrando que la formación en medicina ha sido considerada difícil, lo que a la vez se ha considerado normal y parte de un proceso educativo (Nagata-Kobayashi, et al, 2006; Maida, et al, 2003; Komaromy, Bindman, Haber, Sande, 1993).

Más de un tercio de los estudiantes en la escuela de medicina del continente americano contempla la posibilidad de abandonar la carrera, y un cuarto de ellos habría elegido una profesión diferente si hubieran sabido de antemano sobre el

alcance de los malos tratos que experimentarían (Sheehan, Sheehan, White, Leibowitz, Baldwin, 1990).

Resultados similares se han obtenido en Finlandia donde se realizó una encuesta entre estudiantes de diferentes facultades, teniendo como resultados que una alta proporción de los participantes reportaron haber sufrido malos tratos así como haber presentado consecuencias psicopatológicas (Learsson, Hensing, Albeck, 2003), tales como el estrés, que además aumentaba durante el internado afectando la salud mental y el bienestar lo que a su vez repercutía en su trabajo y desempeño. La segunda forma de maltrato en este grupo de estudio fue el acoso sexual, los principales acosadores fueron los profesores, al igual que el maltrato de género. Los presuntos casos de malos tratos provenían de profesores y compañeros, aumentando con el número de años de estudio; se encontró que el acoso es 2.4 veces más frecuente durante o después del 4º año y se reporta con mayor frecuencia por los estudiantes de la facultad de medicina (Rautio, Sunnari, Noutinen, Laitala, 2005).

En una universidad de Canadá en 1991, se encontró que 46% (54/117) de las mujeres y 19% (43/230), de los hombres reportaron acoso sexual durante la formación médica, identificando como los principales autores a los profesores y compañeros; también se reportaron en este estudio complicaciones psicológicas secundarias a las diferentes formas de abuso entre el grupo que lo reconoció. Es importante mencionar que un grupo grande de estudiantes opinaba que el abuso en la escuela de medicina no existía o no era un problema importante. Se observa también cómo se perpetúa el abuso de estudiantes con los de grados inferiores y hacia pacientes y compañeros (Nagata-Kobayashi et al. 2006; Moscarello, Margittai, Rossi, 1994).

En otra investigación en estudiantes de 10 escuelas de medicina de EEUU, se reportaron altos índices de cualquier forma de maltrato (96,5%), siendo para acosos sexual del 55%. Los residentes (84,6%) y los médicos tratantes (79,1%), se citaron con mayor frecuencia como fuentes de este maltrato. Con excepción de más casos de acoso sexual por parte de estudiantes mujeres, el maltrato percibido

no difirió significativamente entre hombres y mujeres (Baldin, Daugherty, Eckenfels, 1991).

En Japón se realizó un estudio sobre abuso en estudiantes de seis escuelas de medicina del último año, de septiembre de 2003 hasta enero 2004 con una muestra de 559 estudiantes. De éstos 276 (49,4%: 178 hombres y 98 mujeres) completaron el cuestionario. El acoso sexual fue experimentado por el 54,1% de mujeres y el 14,6% de hombres. Los profesores fueron los que más se reportaron como abusadores en el 45,2% de los casos. El acoso sexual se produjo con mayor frecuencia durante las rotaciones quirúrgicas 42,0% de los casos, seguido por las residencias médicas 25,1% y las rotaciones de anestesia 21,8 (Nagata-Kobayashi et al. 2006). Alrededor del 30% de los encuestados afirmó que la experiencia de acoso no fue reconocido como tal en el momento en que sucedió (Nagata-Kobayashi et al. 2006).

En un estudio sueco de la facultad de medicina de la universidad de Gotemburgo, en 1348 estudiantes de pregrado y posgrado se distribuyó un cuestionario por correo electrónico, con una tasa de respuesta del 62%, de los cuales el 22% informaron incidentes de acoso sexual y 9% casos graves de acoso sexual. Las mujeres sufrían más de acoso sexual que los hombres, siendo como principales acosadores los profesores, médicos y compañeros estudiantes, el tipo más frecuente fue el de tipo verbal (Larsson, Hensing, Allebeck, 2003).

Otro estudio realizado en Colombia con una muestra de 205 estudiantes universitarios, de los primeros años, se indagó sobre el acoso sexual antes y después de ingresar a la universidad, quién efectuó el acoso, la opinión de los estudiantes sobre qué se considera acoso sexual, quién lo propicia y cómo debe ser castigado; así como la orientación sexual, la facultad y el semestre al que pertenecía el estudiante. Se observó una frecuencia de acoso sexual de 6,8% durante la permanencia en la universidad, la cual se presentó únicamente en los 4 primeros semestres y fue efectuada por docentes 50% y compañeros de clase 21,4%, hombres y mujeres en la misma proporción, sólo 7,1% de los casos fue denunciado y de éstos únicamente 66,7% recibió ayuda. En contraste, 47,1% de

los acosados ha sido víctima de chantaje e intimidación para evitar que denuncie. Sin embargo, 23,5% de las víctimas consideran que en parte propiciaron el acoso (Castaño, et al, 2010).

Las diferencias de género también se han estudiado en las escuelas de medicina de las universidades de Boston y Harvard, y del Centro de Investigación Murray de Cambridge, Massachussets. En 3332 profesionales se indagó acerca de sus experiencias y percepciones de discriminación y acoso sexual, más de la mitad de las mujeres informaron tales comportamientos, mientras que sólo unos pocos hombres lo hicieron. La discriminación sexual fue informada por la mujer con una frecuencia 2.5 mayor que por el hombre, y alrededor de la mitad de las participantes refirieron haber experimentado alguna forma de acoso sexual (Cortés, et al., 2005).

Planteamiento del problema

El acoso sexual es un problema de salud pública que se ha observado en todos los ambientes, laboral, escolar, etc., puede ser sufrido por cualquier persona sin distinción de sexo, etnia, edad y escolaridad. El acoso sexual es una de las formas más sutiles de violencia, por lo tanto, de las menos percibidas, reportadas o denunciadas. Un ambiente donde existe el acoso sexual ocasiona un medio hostil que impacta de manera importante la salud mental de las personas, lo que conlleva a la necesidad de tratamiento y manejo por parte del personal de salud, lo que hace necesario formar profesionales de estas áreas, específicamente estudiantes de medicina en ambientes propicios para su formación.

Su estudio en el mundo apareció hace más de tres décadas, con los movimientos feministas inicialmente en los ambientes laborales (Wise, Stanley, 1987) posteriormente fue estudiado en otros escenarios. Para su estudio se han diseñado cuestionarios para ambientes laborales el primero de ellos el Sexual Experiences Questionarios (SEQ) (Fitzgerald, et al. 1988), del cual se han

derivado varias versiones, la más importante para nuestro estudio es la versión desarrollada por Cortina en 2001, de la cual hubo la necesidad de la adaptación para nuestra población de estudio, ya que no existen cuestionarios validados para la investigación del acoso sexual en estudiantes de medicina.

Los estudiantes de medicina se exponen al acoso sexual, de manera frecuente, incluso más de lo que se cree (Larsson, Hensing, Alebeck, 2003; Maida, et al, 2003; White, 2000; Lebenthal, Karserman, Lernau, 1996; Uhari, et al,1994; Rautio, Sunnari, Noutinen y Laitala, 2005; Iglesias, Saldivar, Bermúdez, Guzmán, 2005. Las investigaciones han encontrado que muchos comportamientos de acoso sexual se consideran normales durante la educación en medicina, ya que son razonados como circunstancias difíciles y normales a las que se debe enfrentar los estudiantes (Nagata-Kobayashi, et al., 2006; Maida, et al. 2003).

Lo anterior nos muestra la magnitud del problema del acoso sexual en esta población, lo que hace necesario evidenciarlo en nuestro medio y poder sugerir estrategias de prevención y atención.

Pregunta de investigación

¿Cuál es la frecuencia del acoso sexual en estudiantes de medicina y qué variables psicosociales se asocian a éste?

Objetivos

Objetivo general

- Determinar la frecuencia del acoso sexual, en los estudiantes de medicina e identificar las variables psicosociales relacionadas con éste.

Objetivos específicos

- Validar un instrumento para la medición de acoso sexual en estudiantes de medicina.
- Determinar la relación entre el sexo y la ocurrencia de acoso sexual.

- Precisar en qué ambientes (aulas o clínico) ocurre con mayor frecuencia el acoso sexual en estudiantes de medicina.
- Identificar quiénes son los principales perpetradores del acoso sexual dentro de los ambientes de la escuela de medicina.
- Determinar qué medidas toman los estudiantes de medicina frente al acoso sexual recibido.
- Determinar la relación entre la ocurrencia de acoso sexual en algún momento de la vida y su ocurrencia durante el estudio de medicina.

Hipótesis.

- La frecuencia de acoso sexual en estudiantes de medicina, se espera que sea de 4,6% basando en datos obtenidos de México (Iglesias, Saldívar, Bermúdez, Guzmán, 2005).
- La presencia de acoso sexual en estudiantes de medicina, será mayor en mujeres que en hombres.
- El acoso sexual se presentará con mayor frecuencia en los ambientes clínicos en comparación con las aulas.
- Se espera que los principales perpetradores de acoso sexual sean los maestros.
- Se espera que exista una asociación entre acoso sexual como estudiante de medicina y haberlo presentado previamente.

Material y métodos

Diseño del estudio

Se realizó un estudio descriptivo, transversal.

Sujetos, selección y tamaño de la muestra

Estudiantes de medicina, seleccionados de una universidad pública del interior de la república, quienes habían terminado el año de internado.

Se evaluó a todos los estudiantes que se encontraban reunidos para la selección de plazas del servicio social, ya que este grupo de estudiantes tienen las experiencias de haber estado en los dos ambientes a evaluar: las aulas y los ambientes clínicos.

Se incluyó a todos los estudiantes que aceptaron contestar el cuestionario, y que se encontraban presentes el día de la aplicación.

Definición de variables

- ***Acoso sexual:*** es una de las formas más sutiles de violencia sexual, expresada como una conducta ofensiva y no deseada, en las que están implicadas las relaciones jerárquicas. Entre los comportamientos que se consideran acoso sexual encontramos los de naturaleza física, los verbales y los no verbales.
 - Físicos: tocamientos, acercamientos innecesarios, roces y otras formas de contacto.
 - Verbales: comentarios y preguntas sobre el aspecto, el estilo de vida, la orientación sexual, llamadas de teléfono ofensivas, etcétera.
 - No verbales: silbidos gestos de connotación sexual, miradas, presentación de objetos pornográficos, exhibicionismo, etcétera.

- **Datos sociodemográficos:** datos personales de cada sujeto que sirvieron como referencias descriptivas de la muestra de este estudio: la edad, el sexo. Se interrogaron mediante preguntas incluidas en el cuestionario (Ver anexo).

Instrumentos de medición

El primer intento para evaluar la prevalencia del acoso sexual lo realizaron Fitzgerald y sus colaboradores en 1988, quienes desarrollaron el Sexual Experiences Questionnaire (SEQ), y actualmente es considerado “el estándar de oro” en esta área.

Para la elaboración de este cuestionario tomaron como definición conceptual de acoso sexual la establecida por la Comisión de Igualdad de Oportunidades: “avances sexuales no deseados, petición de favores sexuales y cualquier conducta física o verbal de naturaleza sexual”.

El SEQ fue utilizado para evaluar el nivel de acoso en juicios entablados contra empleadores; el estudio piloto se realizó inicialmente en estudiantes. Los autores del SEQ expusieron que éste es un modelo que articula la relación entre la estructura jurídica y psicológica, sin equipararlas

La primera publicación del SEQ fue en 1988, consistía de 50 reactivos sobre las experiencias de estudiantes en la educación superior, se administró a 468 estudiantes de pregrado y posgrado, hombres y mujeres. En este instrumento la pregunta principal fue ¿He sido víctima de acoso sexual? Después de este estudio piloto se descartaron 28 ítems, obteniendo un coeficiente de consistencia interna de 0,92, en la prueba de test-retest de 0,86. En el mismo año se aplicó a una muestra de 642 trabajadores, realizando previamente las modificaciones para esta población y fue llamado el SEQ 2, en el que se obtuvo una α de Cronbach de 0,86 (Fitzgerald, et al, 1988).

En 1995 Fitzgerald et al, describen los errores del SEQ y SEQ2, por lo que iniciaron su trabajo con la versión revisada del instrumento. En 1997 describen un

modelo tripartito de acoso sexual. El primer componente es la coerción sexual (*análogo al acoso quid pro quo*), el segundo, el acoso de género y no deseado, y el tercero la atención sexual, todos ellos relacionados con el ambiente de trabajo hostil. Aplican una nueva versión en estudiantes mujeres de posgrado (SEQ-E), conformado por 17 ítems que evaluaban los 3 componentes del modelo, acoso de género (5 ítems) con una $\alpha = 0,82$, atención sexual no deseada (7 ítems) con una $\alpha:0,85$ y la coerción sexual (5 ítems) con una $\alpha = 0,42$.

La utilización de este cuestionario ha sido muy debatida por críticas acerca de la validez. A pesar de esto, existen varias versiones revisadas y adaptadas para otras poblaciones, entre ellas la diseñada por Donovan y Drasgow, en 1999 para ser utilizada en mujeres y hombres de las fuerzas armadas, y el departamento de defensa de EEUU, el SEQ-DOD.

Otra versión, y de mas interés para este estudio, es la desarrollada para mujeres latinas por Cortina en 2001, la cual consta de 16 ítems, escala de calificación dicotómica. Para esta versión se realizaron grupos focales con mujeres latinas, predominantemente mexicanas, se tradujeron y cambiaron a términos más utilizados por esta cultura; evalúa tres factores principales hostilidad sexista, hostilidad sexual y atención sexual no deseada, las α oscilaron entre 0,67 a 0,99.

En los estudios de prevalencia de acoso sexual en medicina se han realizado diferentes cuestionarios, o apartados de cuestionarios que no cuentan con una validación y con preguntas similares a las formuladas en el cuestionario SEQ-L.

Para fines de esta investigación el instrumento de medición empleado fue el Cuestionario de Acoso Sexual para Estudiantes de Medicina (CASEM), el cual fue adaptado de la versión latina del Cuestionario de Experiencias Sexuales de Cortina del 2001 y probado en un estudio piloto previo (ver anexo). La versión final consta de 14 reactivos.

Procedimiento

Teniendo en cuenta las consideraciones éticas seguidas para esta investigación (ver anexo 2), se realizó la selección de la población de una universidad pública del interior de la república, una vez seleccionada la población, cumpliendo con los criterios de inclusión; previa presentación y aprobación por el comité de investigación local se acude en la fecha seleccionada para la asignación de plazas para el servicio social (momento en el que estarían la totalidad de los estudiantes), el día 13 de enero de 2012.

La aplicación se realizó de forma grupal, previa lectura del consentimiento verbal (ver anexo) que incluía el objetivo del estudio, información acerca de la voluntariedad de su participación, explicaciones e instrucciones para el autorreporte.

Posteriormente se entregó a cada alumno el cuestionario foliado informándoles que si estaban de acuerdo en participar procedieran a contestar el cuestionario o en caso contrario a retirarse del aula, así como si durante el llenado del mismo decidían retirarse podrían hacerlo. La aplicación del cuestionario se realizó con la presencia de dos psiquiatras y dos médicos generales, sin observarse ningún malestar por parte de los sujetos. Todos los alumnos entregaron sus cuestionarios al final de la aplicación.

Análisis de datos

Posterior al levantamiento de datos se elaboró una base en Excel y se procedió a realizar el análisis estadístico mediante el programa SPSS versión 18.

La frecuencia de acoso sexual fue calculada por medio de porcentaje de estudiantes que reportaron por lo menos una conducta de acoso.

Para determinar la diferencia entre hombres, mujeres, ambientes de aulas y clínicos así como la asociación entre acoso sexual como estudiante de medicina y el acoso sexual previo se estimó por medio de la X cuadrada.

Resultados

En el estudio participaron 261 estudiantes de medicina que habían terminado el internado y se encontraban reunidos para la selección de plazas del servicio social, 146 mujeres (55.9%) y 115 hombres (44.1%), con una mediana de 24.4 años de edad, un rango entre 22 a 37 años de edad y una moda de 24 años.

Confiabilidad del instrumento

Para medir la confiabilidad del instrumento se determinó el alpha de Cronbach, obteniéndose el general de 0.80 lo que permite afirmar un buen funcionamiento del CASEM.

Las alpha de Cronbach individuales para los reactivos fueron mayores a 0.77. En cuanto a las correlaciones entre los ítems y el puntaje total fueron elevadas en 8 de los reactivos, siendo la más alta el de los ruidos o gestos incómodos del 0.58 y solo 4 con relaciones menores a 0.20 como se muestra en la tabla 3.

En la correlación con el total, el coeficiente de α de Cronbach para la pregunta ¿en general te sentiste acosado(a) durante la estancia en la escuela de medicina? fue incluso la más alta de las correlaciones.

Tabla 3: Confiabilidad del instrumento: alpha de Cronbach

N: 261	Alpha de Cronbach	Correlación con el total
Comportamientos verbales		
Invitaciones que incomoden*	0.77	0.49**
Bromas de índole sexual*	0.78	0.48**
Llamadas telefónicas con finalidad sexual indirecta	0.80	0.29
Comentarios lascivos por tu forma de vestir*	0.79	0.38**
Comentarios libidinosos*	0.76	0.57**
Solicitud de favores sexuales a cambio de beneficio	0.80	0.31
Llamadas telefónicas con finalidad sexual	0.80	0.20
Solicitud de favores sexuales con amenaza explícita	0.80	0.20
Apodos inapropiados como "mamacita"/ "papacito", etc.*	0.78	0.44**
Comportamientos no verbales		
Desvestido con la mirada*	0.77	0.46**
Ruidos o gestos como besos, silbidos o guiños *	0.77	0.58**
Comportamientos físicos		
Tocamientos innecesarios	0.79	0.31
Acercamientos innecesarios*	0.78	0.41**

*Reactivos adaptador del cuestionario de Cortina 2001.

** Alpha de Cronbach mayores a 0.35, fiabilidad importante.

Frecuencia de acoso sexual

De los estudiantes evaluados 138 estudiantes (53%), 85 mujeres (61.6%) y 53 hombres (38.4%), respondieron afirmativamente a por lo menos un comportamiento de acoso sexual.

Frecuencia de acoso sexual por sexo

Como se muestra en la tabla 4, se evaluaron los comportamientos de acoso sexual en verbales, no verbales y físicos, encontrándose porcentajes de respuestas afirmativas mayores del 20% en los tres tipos de comportamientos.

También se observa en la tabla 4, que la pregunta acerca de las bromas de índole sexual presenta el porcentaje más alto de respuesta afirmativa siendo del 31.7%, con una frecuencia de ocurrencia similar en ambos sexos, en mujeres del 30.8% y en hombres del 33%.

La pregunta acerca de los comentarios libidinosos reporta una frecuencia elevada, con respuesta afirmativa en el 24.9%, con una diferencia significativa en la frecuencia de ocurrencia en mujeres (31.5%) y hombres (16.5%).

Tabla 4: Frecuencias de respuestas afirmativas y sus porcentajes de comportamientos de acoso sexual por sexo.

	Total	Mujer	Hombre
	F (%)	F (%)	F (%)
	261 (100)		
Comportamientos verbales			
Invitaciones que incomoden*	59 (22.6)	45 (30.8) ^a	14 (12.2)
Bromas de índole sexual*	83 (31.7)	45 (30.8)	38 (33)
Llamadas telefónicas con finalidad sexual indirecta	9 (3.4)	7 (4.8)	2 (1.7)
Comentarios lascivos por tu forma de vestir*	15 (5.7)	9 (6.2)	6 (5.2)
Comentarios libidinosos*	65 (24.9)	46 (31.5) ^b	19 (16.5)
Solicitud de favores sexuales a cambio de beneficio	3 (1.1)	2 (1.4)	1 (0.9)
Llamadas telefónicas con finalidad sexual	2 (0.8)	2 (1.4)	0 (0)
Solicitud de favores sexuales con amenaza explícita	1 (0.4)	0 (0)	1 (0.9)
Apodos inapropiados como “mamacita”/ “papacito”, etc.*	42 (16.1)	29 (19.9)	13 (11.3)
Comportamientos no verbales			
Desvestido con la mirada*	53 (20.3)	45 (30.8) ^a	8 (7)
Ruidos o gestos como besos, silbidos o guiños *	44 (16.9)	37 (25.3) ^a	7 (6.1)
Comportamientos físicos			
Tocamientos innecesarios	12 (4.6)	7 (4.8)	5 (4.3)
Acercamientos innecesarios*	54 (20.7)	43 (29.5) ^a	11 (9.6)

^a Comparación entre sexos mediante χ^2 con una p igual a 0.00

^b Comparación entre sexos mediante χ^2 con una p igual o menor a 0.01

Las respuestas con menor frecuencia encontradas fueron aquellas que cuestionaban acerca de las finalidades sexuales de la forma más directa, siendo la de menor porcentaje la pregunta acerca de la solicitud de favores sexuales con amenaza explícita, la cual fue reportada afirmativamente solo por un estudiante (0.4%).

Las diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres con un mayor porcentaje de mujeres con respuestas afirmativas fueron: haber recibido invitaciones que le incomodaban, comentarios libidinosos, haber sido desvestidas con la mirada, recibir ruidos o gestos como besos, silbidos o guiños, así como acercamientos innecesarios.

Comparación de frecuencias de acoso sexual en la facultad de medicina según la forma de interrogarlo

Ante lo complicado del tema y la difícil comprensión e identificación de los comportamientos de acoso sexual, se encontró diferentes reportes de frecuencia de acoso sexual según la forma de interrogarlo.

El 53% de los estudiantes reportó por lo menos un comportamiento de acoso sexual. A la pregunta ¿te has sentido acosado(a) sexualmente durante la estancia en la escuela de medicina?, el 13.7% respondieron afirmativamente 84,2% mujeres y 15,8% hombres. A la pregunta ¿cuántas veces te has sentido acosada sexualmente?, el 30.2% señalaron alguna frecuencia, 13% una vez, 8.8% dos veces, 2.2% tres veces, 6.1% más de tres veces.

Descripción por ambiente y sexos

En cuanto a la frecuencia de los comportamientos de acoso sexual según los ambientes estudiados, se encontró que en las aulas fueron reportados por el 10.7% y para el ambiente clínico por el 32% de los estudiantes, presentando una diferencia estadísticamente significativa.

Como se observa en la tabla 5, por un mismo estudiante fueron reportados comportamientos de acoso en ambos ambientes, siendo percibidos con mayor frecuencia en ambos ambientes por mujeres.

La pregunta de comportamientos de acoso sexual con mayor número de respuestas afirmativas en ambos ambientes, fue la de bromas de índole sexual 28 (100%) en aula y 50 (58.8%) en clínica.

De las respuestas positivas ocupan el segundo lugar en frecuencias, en el ambiente de aulas la pregunta acerca de los gestos de connotación sexual 28 (100%), y para el ambiente clínico la de los comentarios libidinosos 41 (48.2%).

Tabla 5: Frecuencia de comportamientos de acoso sexual, según el ambiente y sexo.

N: 261	AULAS n: 28 (10.7%)			CLÍNICO n: 85 (32%) ^a		
	Total n (%)	Mujer n (%)	Hombre n (%)	Total n (%)	Mujer n (%)	Hombre n (%)
Comportamientos verbales						
Invitaciones que incomoden*	9 (32.1)	7 (77.8)	2 (22.2)	37(43.5)	30(81.1)	7(18.9)
Bromas de índole sexual*	28 (100)	16(57.2)	12 (42.8)	50(58.8)	28 (56)	22 (44)
Llamadas telefónicas con finalidad sexual indirecta	1 (3.7)	1 (100)	0(0)	7 (8.2)	6(85.7)	1(14.3)
Comentarios lascivos por tu forma de vestir*	14 (50)	9(64.3)	5(35.7)	10 (11.7)	6 (60) ^a	4 (40)
Comentarios libidinosos*	8 (28.5)	4(50)	4(50)	41 (48.2)	29(70.7) ^a	12(29.3)
Solicitud de favores sexuales a cambio de beneficio	3 (10.7)	2(66.7)	1 (33.3)	3 (3.5)	2 (66.7)	1 (33.3)
Llamadas telefónicas con finalidad sexual	2 (7.1)	0 (0)	2 (100)	2 (2.3)	2 (100)	0(0)
Solicitud de favores sexuales con amenaza explícita	1(3.7)	0 (0)	1(100)	1 (1.1)	0 (0)	1(100)
Apodos inapropiados como "mamacita"/"papacito", etc.*	7 (25)	2(28.6)	5 (71.4)	16(18.8)	11(68.8)	5(31.3)
Comportamientos no verbales						
Desvestido con la mirada*	8 (28.5)	6(75)	2 (25)	36 (42.3)	29 (80.6)	7(19.4)
Ruidos o gestos como besos, silbidos o guiños *	28 (100)	23(82.1)	5(17.8)	29 (34.1)	25 (86.2)	4(13.8)
Comportamientos físicos						
Tocamientos innecesarios	10 (35.7)	7(70)	3(30)	8 (9.4)	5(62.5)	3 (37.5)
Acercamientos innecesarios*	8(28.5)	6(75)	20(71.4)	30(35.2)	25(83.3)	5(16.7)

*Reactivos adaptados de la versión latina del Cuestionario de Experiencias Sexuales de Cortina del 2001.

^a Comparación entre sexos mediante χ^2 con una p igual a 0.00

Aunque se observa una marcada diferencia de frecuencia en ambos ambientes entre sexos, solo las preguntas acerca de comentarios libidinosos y desvestir con la mirada dieron diferencias estadísticamente significativas como lo indica la tabla 5.

Perpetradores de acoso sexual en estudiantes de medicina

Para dar respuesta al objetivo de identificar quiénes son los principales perpetradores del acoso sexual dentro de los ambientes de la escuela de medicina se encontró que los hombres son los acosadores más frecuentes, sobre todo los profesores (41.6%), quienes acosan principalmente a las mujeres (81.8%), aunque también los hombres eran afectados (18.2%), en segundo lugar los residentes hombres con el 30%, de igual forma con mayor proporción en mujeres 74%, los compañeros hombres en un 22.4% con menor diferencia entre los dos sexos, 58% hombres y 42% mujeres lo que se muestra en la tabla 6.

Las mujeres fueron menos perpetradoras de acoso, las profesoras en un 16,6%, residente mujer en un 15,2%, y las compañeras en un 14.4%.

Tabla 6: Perpetradores de acoso sexual.

	Total	Mujer	Hombre
	F (%)	F (%)	F (%)
Profesor	66(41.6)	54(81.8)	12(18.2)
Residente hombre	50 (30)	37(74)	3(26)
Compañero	31(22.4)	18(58)	13(42)
Otro	31(22.4)	19(61)	12(39)
Profesora	23(16.6)	7(30)	16(70)
Residente mujer	21(15.2)	4(19)	17(81)
Compañera	20(14.4)	18(90)	13(65)

Comportamientos de los profesores de medicina que sobrepasaban lo académico.

Como parte del cuestionario se realizaron 3 preguntas acerca de conductas de los profesores que sobrepasan lo académico, sustentándonos en la relación entre el acoso sexual y la relación de poder. Como se muestra en la tabla 7, se encontró que el 6.5% de los alumnos reportó atenciones que sobrepasaban lo académico, el 17.6 % reportó invitaciones a comer y el 18.8% invitaciones a salir.

Tabla 7. Comportamientos de profesores que sobrepasaban lo académico.

	Total	Mujer	Hombre
	F (%)	F (%)	F (%)
Atenciones que sobrepasan lo académico	17 (6.5)	12(70.5)	5 (29.5)
Invitaciones a comer	46 (17.6)	27 (58.6)	19 (41.3)
Invitaciones a salir	49 (18.8)	31 (63.2)	18 (36.7)

Apoyo institucional en caso de acoso sexual en la facultad de medicina

De las preguntas de apoyo institucional en caso de acoso sexual, se encontró que 15 estudiantes (10.8%) realizaron el reporte de acoso sexual, de los cuales 14 de ellos fueron mujeres (93.3%) y 1 hombre (0.1%). De los 15 estudiantes que reportaron el acoso, once recibieron ayuda (73.3%), 10 mujeres (90.9%) y el hombre que lo reportó (0.1%).

Medidas que toman los estudiantes de medicina ante situaciones de acoso sexual

Para entender por qué no es reportado el acoso sexual en la facultad de medicina se realizaron preguntas al respecto. En la tabla 6 se resumen las medidas que tomaron los estudiantes que no reportaron los comportamiento de acoso sexual al percibirlo. Lo más frecuente es creer que la situación puede ser manejada por ellos mismos (54.3%). Las diferencias entre hombres y mujeres se muestran en la tabla 8.

Tabla 8: Medidas que toman los estudiantes de medicina ante situaciones de acoso sexual.

	Total	Mujer	Hombre
	F (%)	F (%)	F (%)
Manejaron la situación	75 (54.3)	54 (72) ^b	21 (18)
No fue reconocido como acoso	61 (44.2)	49 (80.3) ^a	12(19.7)
No le dieron importancia	55 (39.8)	42 (76.4) ^c	13 (23.6)
El reportarlo no generaría cambio	41 (29.7)	32 (76.2)	9 (23.8)
Miedo a las calificaciones	28 (20.2)	23 (82.1)	5 (17.9)
Temor a la falta de confidencialidad	22 (15.9)	20 (90.9) ^c	44 (51.2)
Dudas acerca de la justicia	19 (13.7)	15 (78.9)	4 (21.1)
Temor a ser etiquetado	19 (13.7)	16 (84.2)	3 (15.8)
Miedo a que no le creyeran	18 (13)	16 (88.9)	2 (11.1)
Desinformación acerca de con quién reportarlo	11 (7.9)	10 (90.9)	1 (9.1)

^a Comparación entre sexos mediante χ^2 con una p igual a 0.00^b Comparación entre sexos mediante χ^2 con una p igual o menor a 0.01

^c Comparación entre sexos mediante χ^2 con una p menor de 0.02

Acoso sexual en algún momento de la vida

Finalmente para dar respuesta al objetivo de determinar la relación entre la ocurrencia de acoso sexual en algún momento de la vida y su ocurrencia durante su estancia en la facultad de medicina, se realizó la pregunta acerca de acoso sexual previo al ingreso a la facultad de medicina se reportó por 16 estudiantes (6.1%), de los cuales 13 (81.2%) eran mujeres y 3 (18.7%) hombres, mostrándose una diferencia estadísticamente significativa entre los sexos, con una χ^2 de 0.02.

El tipo de acoso verbal fue reportado antes del ingreso a la facultad de medicina en un 68.7% por las mujeres y el 31.2% por los hombres, sin encontrarse una diferencia estadísticamente significativa. El tipo de acoso no verbal se reporto en un 62,5% por mujeres y en el 37.5 por hombres, presentando una diferencia estadísticamente significativa con una χ^2 de 0,003 y en cuanto al acoso sexual de tipo físico fue reportado 50% por hombres y mujeres con una χ^2 de 0.02.

Discusión

El objetivo general fue determinar la frecuencia del acoso sexual, en los estudiantes de medicina e identificar la relación del sexo, ambiente (aulas y clínico) y antecedente de acoso previo con la presencia del acoso sexual en la escuela de medicina.

Para poder realizar el estudio y al no contar con un instrumento que permitiera medir la frecuencia de acoso sexual en esta población, fue necesario tomar como inicio el cuestionario "Sexual Experiences Questionnaire" en su versión latina (SEQ-L) publicado por Cortina en 2001, se incluyó el 71% del este cuestionario, y se adicionó con datos de otros estudios. De esta forma quedó compuesto el cuestionario para estudiantes de medicina (CASEM) por una parte inicial de 14 reactivos que determinan la presencia o ausencia de los diferentes tipos de comportamientos de acoso sexual

El CASEM fue probado inicialmente mediante un estudio piloto con una muestra de 133 estudiantes de medicina, obteniéndose un alpha de Cronbach de 0.77, lo que mostró una adecuada consistencia interna.

La muestra total del estudio en el que se investigó la frecuencia de acoso sexual fue de 261 estudiantes. Respecto a la confiabilidad, las alphas de Cronbach individuales para los reactivos fueron mayores a 0.80. Las correlaciones entre los ítems y el puntaje total fueron elevadas solo en 4 se encontraron relaciones menores a 0.20 lo que indica un funcionamiento adecuado del CASEM.

Respecto a la frecuencia del acoso sexual se encontró que el 53% de los estudiantes participantes en este estudio respondieron afirmativamente a por lo menos un comportamiento de acoso sexual; resultado similar al encontrado en 1991 en EEUU donde la frecuencia fue del 55% (Baldin, Daugherty, Eckenfels, 1991). Sin embargo los resultados del estudio son más altos que los porcentajes reportados en otros países, uno de ellos Canadá donde en 1991 se reportó una frecuencia del 27,9%(Nagata-Kobayashi, et al. 2006; Moscarello, Margittai, Rossi,

1994); posteriormente en Gotemburgo se reportó una frecuencia del 22%, (Larsson, Hensing, Allebeck, 2003); y en Japón en el 2006 se reportó una frecuencia de del 28,6% (Nagata-Kobayashi, et al. 2006).

La presencia elevada de acoso sexual en estudiantes de medicina, podría explicarse por la “cultura del abuso” como lo exponen Kassebaum y Cutler en 1998, quienes la definen en los ambientes médicos como parte de la formación e incluso útil para el aprendizaje. Podría pensarse que ser abusado y abusar es considerado como un proceso de socialización necesario para obtener la fortaleza que requiere ser médico. Otra explicación es la presencia en este ambiente de las jerarquías y la competencia lo que también podrían propiciar esto (Fekkes, Pijpers, y Verloove, 2005; O’Connell, Koranil, 2000; Wilson, Thompson, 2001).

Las discrepancias entre los porcentajes entre los países citados anteriormente y México han sido explicadas por las diferentes expresiones del acoso según las culturas (Donovan, Drasgow 1997, Gelfand, et al. 2002), así como la falta de universalización de instrumento de medición.

En cuanto a la variable del sexo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el total y por reactivo siendo mayor la ocurrencia en mujeres que en hombres. Encontramos que el 61.6% de las mujeres y 38.4% de los hombres respondieron afirmativamente a por lo menos un comportamiento de acoso sexual, resultado que concuerda con el de Canadá en 1991, en el que se encontró diferencias significativas entre los sexos, 46% en mujeres y 19% en hombres (Nagata-Kobayashi, et al. 2006; Moscarello, Margittai, Rossi, 1994). En Japón (2006) también se presentó con mayor ocurrencia en mujeres 54,1% que en hombres 14,6% (Nagata-Kobayashi, et al. 2006). En Gotemburgo también se presentó en mayor proporción en mujeres (Larsson, Hensing, Allebeck, 2003). A diferencia de EE UU donde no se encontraron diferencias entre mujeres y hombres (Baldin, Daugherty, Eckenfels, 1991).

Estas diferencias también se han estudiado en las escuelas de medicina de las universidades de Boston y Harvard, y del Centro de Investigación Murray de

Cambridge, Massachussets, siendo informado por las mujeres 2.5 veces más que por el hombre, y alrededor de la mitad de las participantes refirieron haber experimentado alguna forma de acoso sexual (Cortés, et al, 2005).

Existen varios argumentos que tratan de explicar la diferencia de frecuencias entre hombres y mujeres. Arcos et al, en el 2006 mencionan que mientras a los estudiantes hombres se les juzga por parámetros intelectuales, a las mujeres se les mide su atractivo sexual; siendo el sexismo y la ideología de *mujer objeto sexual* como parte de la experiencia universitaria. Estos autores plantean que la mujer necesita usar su atractivo sexual para tener éxito intelectual y mejores calificaciones, lo que implica que el acoso sexual es responsabilidad de la mujer. Los mismos estudiantes asumen la desvalorización de lo femenino (Kiratzis, 2001) y su inferioridad en las relaciones de poder. Otro argumento que parece respaldar el poder de los hombres sobre las mujeres es la cultura, la cual define los roles sociales que son comportamientos asignados a cada sexo (Herrera, 2000; Meneghel, et al., 2003), donde los determinantes sociales de identidades tradicionales son filtrados por la familia como instancia mediadora y reforzados por la escuela y medios de comunicación masiva (Arcos, et al. 2006) los que sitúa a las mujeres como vulnerables ante el acoso sexual.

En este estudio se encontraron reportes mayores del 20% de los tres tipos de comportamientos de acoso sexual. Al revisar la literatura se observa que no todos los estudios abordan este aspecto, en los reportados se encuentra que el tipo más frecuente fue verbal, mientras que el menos prevalente fue la física (Owoaje, Uchendu, Ige, 2012; Larsson, Hensing, Allebeck, 2003); además que los instrumentos o cuestionarios de acoso sexual que se han revisado se observa mayor número de reactivos que interrogan acerca de los comentarios verbales de acoso sexual, por lo que podría afirmarse que son los más comunes.

Otra información que nos proporcionó el estudio son las diferencias entre las frecuencias de acoso sexual, según la forma en que se interrogan los comportamientos, obteniéndose en el CASEM una frecuencia del 53% ante la respuesta afirmativa a por lo menos un comportamiento, 13,7% a la pregunta

acerca de si se ha sentido acosado sexualmente, el 30,2%, de cuantas veces se ha sentido acosado sexualmente. Aunque no se encontró una explicación específica podríamos argumentar en primer lugar que la cultura del abuso existente en la formación médica, como lo exponen Kassebaum y Cutler (1998), han normalizado algunos de los comportamientos de acoso sexual lo que puede dificultar la percepción del mismo. Otro argumento es lo difícil del abordaje del tema, la falta de universalidad de los instrumentos, lo que hacen que los resultados sean más imprecisos.

En cuanto a la frecuencia de los comportamientos de acoso sexual según ambiente, se encontró que en las aulas fueron reportados por el 10.7% y para el ambiente clínico por el 32% de los estudiantes, presentando una diferencia estadísticamente significativa. Otros estudios anteriores han evidenciado un incremento en la percepción de acoso sexual en el internado, Siendo reportado hasta 2.4 veces más durante o después del 4º año (Rautio, Sunnari, Noutinen, Laitala, 2005). Este patrón común que se observa en el ambiente clínico se ha atribuido a la mayor interacción y proximidad entre los estudiantes de medicina y los médicos (profesores), a un mayor poder impulsado por la presencia de la autoridad (Kassebaum, Cutler, 1998; Nagata-Kobayashi, 2006) y las largas horas de trabajo propias del internado (Maida, Herskovic, Pereira, Salinas-Fernández L, Esquivel C, 2006).

Los perpetradores del acoso sexual fueron en mayor número los profesores, siendo señalados en mayor proporción por mujeres, pero siendo también afectados los hombres. En segundo lugar los residentes hombres, y por último los compañeros hombres. Estos resultados concuerdan con los encontrados en otros estudios donde los principales acosadores son los hombres, profesores, médicos y compañeros (Larsson, Hensing, Allebeck, 2003). Los residentes (84,6%) y los médicos tratantes (79,1%), se citaron con mayor frecuencia (Baldin, Daugherty, Eckenfels, 1991). Los profesores son reportados por otros autores como responsables del 45,2% de los casos. (Nagata-Kobayashi, et al. 2006) el 50% y compañeros de clase 21,4%(Castaño, et al. 2010). Con respecto a esto Mangus,

Hawkins y Miller, lo explican por la posición de jerarquía y el poder sobre los estudiantes de medicina, al igual que otros autores (Fekkes, Pijpers, Verloove-Vanhorick 2005)

Para entender por qué no es reportado el acoso sexual en la facultad de medicina se realizaron preguntas en cuanto a este aspecto, encontrándose que los estudiantes creían que la situación podía ser manejada por ellos mismos en el 54.3%, no lo reconocieron en el momento como acoso en el 44.2%, no le dio importancia el 39.8, el reportarlo no le generaría cambio el 29.7%, miedo a las calificaciones el 20.2%, tenía temor a la confidencialidad del reporte el 15.9%, tenían dudas acerca de la justicia, temor a ser etiquetados y miedo a ser etiquetado el 13.7% cada uno. Con respecto a este punto Fekkes, Pijpers, y Verloove-Vanhorick (2005) atribuyen esta responsabilidad a las autoridades de las instituciones que carecen de servicios de apoyo y bienestar para sus profesionales, con un ausente sistema de recompensas, justicia y control, y en ocasiones, de valores, lo que haría que los sujetos prefieran manejar la situación ellos mismos e incluso ignorarla.

Por último para dar respuesta al objetivo de determinar la relación entre la ocurrencia de acoso sexual en algún momento de la vida y su ocurrencia durante el estudio en la facultad de medicina, se realizó la pregunta acerca de acoso sexual previo al ingreso a la facultad de medicina se reportó por 16 estudiantes, no encontrándose una diferencia significativa entre hombres y mujeres.

Conclusiones

- El acoso sexual se presentó en más de la mitad de los estudiantes de medicina encuestados, habiendo experimentado uno o más tipos de comportamiento de acoso sexual (verbales, no verbales y físicos) durante su formación.
- El cuestionario de acoso sexual para estudiantes de medicina (CASEM) es un cuestionario adaptado y validado para esta población
- Los estudiantes mujeres eran más propensas a experimentar todos los diversos tipos de comportamientos de acoso sexual.
- Hay mayor ocurrencia de comportamientos de acoso sexual en el ambiente clínico.
- Los principales perpetradores del acoso sexual dentro de la escuela de medicina. fueron profesores y médicos residentes.
- Un gran porcentaje de estudiantes de medicina no perciben el acoso en el momento que lo sufren y la mayoría de los que lo perciben no lo reportan ya que dicen poder manejar la situación ellos mismos.
- No se estableció una relación entre la ocurrencia de acoso sexual en algún momento de la vida y su ocurrencia durante la escuela de medicina.

Referencias

Arcos, E., Molina, I., Trumper, R., Larrañaga, L., Del Río, M., Tomic, P., Guerra, D., Uarac, M., Szmulewicz, P. (2006). Estudio de perspectiva de género en estudiantes y docentes de la universidad austral de Chile. *Estudios Pedagógicos XXXII*, 2, 27-45.

Baldwin, D., Daugherty, S., Eckenfels, E.(1991). Student perceptions of mistreatment and harassment during medical school-A survey of ten United States schools. *West J Med*, 155,140-145.

Barak, A., (1997). Cross-cultural perspectives on sexual harassment. In W. O'Donahue (Ed.) *Sexual Harassment: Theory, research, and treatment* (pp 263-300). Boston: Allyn & Bacon.

Barickman, R., Paludi, M., Rabinowitz, V. (1992). Sexual harassment of students: Victims of the college experience. In E. Viano (Ed.), *Victimization: An international perspective*. New York: Springer.

Berdahl, J., Magley, V., Waldo, C. (1996). The sexual harassment of men? Exploring the concept with theory and data. *Psychology of Women Quarterly*, 20, 527-548.

Castaño-Castrillón, J., González, E., Guzmán, J., Montoya, J., Murillo, J., Páez-Cala, M., Parra, L., Salazar, T., Velásquez, Y. (2010). Acoso sexual en la comunidad estudiantil de la universidad de Manizales (Colombia) 2008. Estudio de corte transversal. *Rev Colomb Obstet Ginecol*, 61,18-27.

Cooper, J. (2001). Hostigamiento sexual y discriminación. Una guía para la investigación y resolución de casos en el ámbito laboral. Jennifer A. Programa Universitario de Estudios de Género. UNAM. México.

Cortés, A., Fuentes, C., López, M., Velázquez, G., Farías, M., Olivares, J., González, A., (2005). Medicina académica y género. La mujer en especialidades quirúrgicas. *Gac Méd Méx*, 141, 341-344.

Cortina, L. (2001). Assessing sexual harassment among Latinas: Development of an instrument. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 7, 164-181.

Darden, S., James, R., Ramnarine, I., Croft, D. (2009). Social implications of the battle of the sexes: sexual harassment disrupts female sociality and social recognition. *R. Soc. B.*, 276, 2651-265.

De Coster, S., Estes, S., Mueller, C. (1999). Routine activities and sexual harassment in the workplace. *Work and Occupations*, 26, 21-49.

Declaración de la OIT relativa a los principios y derechos fundamentales en el trabajo. (2008).

DeJudicibus, M., McCabe, M. (2001). Blaming the target of sexual harassment: Impact of gender role, gender role stereotyping and work role. *Sex Roles*, 44, 401-417.

Denga, D., Denga, H. (2004). "Sexual harassment: A student's view point from a Nigerian university". *The African Symposium*, 4.

Donovan, M., Drasgow, F. (1997). Establishing the measurement equivalence of measure of sexual harassment across five samples: A multiple comparison of differential functioning. *Paper presented at the annual meeting of the Society for Industrial-Organizational Psychology*, St. Louis, MO.

Drezett, J., (2002) "Violência sexual e aspectos éticos da assistência"; en *Ética em ginecologia e obstetricia; Cuadernos CREMESP, Conselho Regional de Medicina de São Paulo*, p.71-78.

Fazzone, P., Holton, J., Reed, B. (1997). Substance abuse treatment and domestic violence. Treatment Improvement Protocol (TIP), Series, No. 25.

Fekkes, M., Pijpers, M., Verloove-Vanhorick, S. (2005). Bullying: who does what, when and where? Involvement of children, teachers and parents in bullying behavior. *Health Edu. On*, 20, 81-91.

Fichten, C., Tagalakis, V., Judd, D., Wright, J., Amsel, R. (1992). Verbal and nonverbal communication cues in daily conversations and dating. *Journal of Social Psychology*, 132,751–769.

Fitzgerald, L., Gelfand, M., Drasgow, F. (1995). Measuring sexual harassment: Theoretical and psychometric advances. *Basic and applied Social Psychology*, 17, 425-445.

Fitzgerald, L., Shullman, S., Bailey, N., Richards, M., Swecker, J., Gold, A., Ormerod, A., Weitzman, L. (1988). The incidence and dimensions of sexual harassment in academia and the workplace. *Journal of Vocational Behavior*, 32,152-175.

Foa, E., Rothbaum, B. (1998). Treating the trauma of rape. Cognitive-behavioral therapy for PTSD. Nueva York: The Guildford Press.

Gardner, J., Felicity, A. (1996). Sexual and gender harassment at university: experiences and perceptions of Australian women. *Aust. Psychol*, 31, 210–216.

Gelfand, M., Fitzgerald, L., Drasgow, F.(2002) The structure of sexual harassment: a confirmatory analysis across cultures and settings. *J.Vocat. Behav*, 47: 164–177.

Granados, M., Ortiz, J., Campos, L., Declaración Monterrey 2000 sobre violencia familiar y sexual hacia la mujer. Monterrey, Nuevo León: Ipas México.

Henningsen, D. (2004). Flirting with meaning: An examination of miscommunication in flirting interactions. *Sex Roles*, 50, 481–489.

Herrera, P. (2000). Rol del género y funcionamiento familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16, 568-573.

Iglesias, B., Saldívar, D., Bermúdez, V., Guzmán, A. (2005). Maltrato del estudiante de medicina. Percepción de 404 alumnos de cuarto, quinto y sexto años de la carrera. *Medicina Universitaria*, 7, 191-202.

Kassebaum, D., Cutler, E. (1998). On the culture of student abuse in medical school. *Acad Med*,73,1149-58.

Kiratzis, A. (2001). Children's gender indexing in language: from the separate worlds hypothesis to considerations of culture, context, and power, *Research on Language and Social Interaction*, 34, 1-13.

Komaromy, M., Bindman, A., Haber, R., Sande, M. (1993). Sexual harassment in medical training. *N Engl J Med*, 328, 322–326.

Krug, E., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A., Lozano, R. (2002), *Informe mundial sobre la violencia y la salud*; Ginebra, OMS.

Larsson, C., Hensing, G., Allbeck, P. (2003). Sexual and gender-related harassment in medical education and research training: results from a Swedish survey. *Med Educ*, 37, 39-50.

Lebenthal, A., Kaiserman, I., Lernau, O. (1996). Student abuse in medical school: a comparison of students' and faculty's perceptions. *Isr J Med Sci*, 32,229-238.

Lindgren, K., Parkhill, M., George, W., Hendershot, C. (2008). Gender differences in perceptions of sexual intent: A qualitative review and integration. *Psychology of Women Quarterly*, 32, 423-439.

López, F.; Fuentes, A. (1994). *Para comprender la sexualidad*. Editorial Verbo Divino. Quinta Edición. España.

Magurran, A. (2005). *Evolutionary ecology: the Trinidadian guppy*. Oxford series in ecology and evolution. Oxford, UK: Oxford University Press.

Maida, A., Vasquez, A., Herskovic, V., Calderon, J., Jacard, M., Pereira, A., Widdel, L. (2003). A report on student abuse during medical training. *Med Teach*, 25,497-501.

Meneghel, S., Barbiani, R., Steffen, H., Wunder, A., Dalla, M., Rotermund J., Brito, S., KORNDORFER, C. (2003). Impacto de grupos de mulheres em situação de vulnerabilidade de género. *Cadernos de Saúde Pública*, 19, 955-963.

Metts, S., Spitzberg, B. Sexual communication in interpersonal contexts: A script-based approach. In: Burleson BR, editor. *Communication yearbook*. Vol. 19. Thousand Oaks, CA: Sage; 1996. pp. 49–92.

Moscarello, R., Margittai, K., Rossi, M. (1994). Differences in abuse reported by female and male Canadian medical students. *Faapcan Med Assoc J*, 15, 357-371.

Nagata-Kobayashi, S., Sekimoto, M., Koyama, H., Yamamoto, W., Goto, E., Fukushima, O., Ino, T., Shimada, T., Shimbo, T., Asai, A., Koizumi, S., Fukui, T. (2006). Medical Student Abuse During Clinical Clerkships in Japan. *J Gen Intern Med*, 21, 212–218.

Norma Oficial Mexicana NOM 190 SSA1-1999 para la prestación de los servicios de salud. Criterios para la atención medica de la violencia familiar.

O'Connell, C., Korabik, K. (2000). Sexual harassment: *The relationship of personal vulnerability, work context, perpetrator status, and type of harassment outcomes*. *Journal of Vocational Behavior*, 56, 299–329.

Ortega, A., Tilemy, S. *Marco Jurídico de la violencia en México*; Ipas, México. 2004.

Ramos, L., Saltijeral, M., Romero, M., Caballero, M., Martínez, N. (2001). *Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de usuarias de un centro de salud*. *Salud Pública de México* 43,182-191.

Rautio, A., Sunnari, V., Nuutinen, M., Laitala, M.(2005). Mistreatment of university students most common during medical studies. *BMC Med Educ*, 5, 36.

Real Academia española, *Diccionario de La Lengua Española* 21ª. Ed., Espasa Calpe.

Rotundo, M., Nguyen, D., Sackett, P. (2001). A meta-analytic review of gender differences in perceptions of sexual harassment. *Journal of Applied Psychology*, 86, 914–922.

Saucedo, I. (2002), “*De la amplitud discursiva a la concreción de las acciones: los aportes del feminismo a la conceptualización de la violencia*”, *Estudios sobre las mujeres y las relaciones de género en México: aportes desde diversas disciplinas*. México, COLMEX.

Sheehan, K., Sheehan, D., White, K., Leibowitz, A., Baldwin, D. (1990). A pilot study of medical student "abuse". *JAMA*, 263:533–537.

Silver, H. (1982). Medical students and medical school. *JAMA*, 247, 309–310.

Silver, H., Glicker, A. (1990). Medical student abuse. Incidence, severity, and significance. *JAMA*, 263, 527–32.

Spector, M., Kitsuse, J. *Constructing Social Problems*. (1997). Menlo Park, CA: Cummings.

Stepakoff, S. (1998). Effects of sexual victimization on suicidal ideation and behavior in U.S. college women. *Suicide Life-Threaten Behav*, 28, 107-126.

Tang, S., Yik, M., Cheung, F., Choi, P., Au K. (1996). Sexual harassment of Chinese college students. *Arch Sex Behav*, 25, 201-15.

Uhari M, Kokkonen J, Nuutinen M, Vainionpaa L, Rantala H, Lautala P, Väyrynen M. (1994). Medical student abuse: An International Phenomenon. *JAMA* 271, 1049-1052.

Walkowitz, J. (1998). *Going public: Shopping, street harassment, and streetwalking in late Victorian London*. *Representations*, 62: 1–30.

White, G. (2000). Sexual harassment during medical training: the perceptions of medical students at a university medical school in Australia. *Med Educ*, 34,980-986.

Wise, S., Stanley, L. El acoso sexual en la vida cotidiana. Barcelona, Paidós, 1987.

Wilson, F., Thompson, P. (2001). Sexual harassment as an exercise in power. *Gender. Work and Organizations*, 8, 61–83.

Anexo 1.

CASEM

Sexo: Edad: Estado civil:

Las siguientes preguntas deben ser contestadas de acuerdo a lo que tú has percibido durante tu estancia en la Escuela de Medicina con tus compañeros, profesores, residentes, médicos adscritos y personal hospitalario:

	SI	NO
1. ¿Has recibido invitaciones que te incomoden?		
2. ¿Te han hecho bromas de índole sexual?		
3. ¿Has recibido llamadas telefónicas con finalidad sexual indirecta que te molesten?		
4. ¿Te han hecho comentarios lascivos por tu forma de vestir?		
5. ¿Te han desvestido con la mirada?		
6. ¿Te han hecho comentarios libidinosos?		
7. ¿Te han pedido favores sexuales a cambio de algún beneficio?		
8. ¿Te han tocado alguna parte de tu cuerpo que te haya hecho sentir incómodo (a)?		
9. ¿Has recibido llamadas telefónicas con finalidad sexual que te molesten?		
10. ¿Has sentido que se te han acercado de manera innecesaria?		
11. ¿Te han pedido favores sexuales con amenaza explícita?		
12. ¿Han dirigido ruidos o gestos como besos, silbidos o guiños de forma incomoda hacia ti?		
13. ¿Te han llamado por apodos inapropiados como “mamacita”/ “papacito”, etc.?		
14. ¿En general, te has sentido acosado (a) sexualmente?		
15. Si respondiste SI, alguna de las experiencias anteriores ¿lo reportaste con alguien con autoridad?		
16. Si reportaste estas experiencias: ¿recibiste algún tipo de ayuda?		
17. Antes de ingresar a la escuela de medicina sufriste algún tipo de acoso sexual?		

Las siguientes tres preguntas se refieren a las actitudes de tus profesores:

18. ¿Te han brindado atenciones que sobrepasen lo académico?
19. ¿Te han invitado a comer?
20. ¿Te han invitado a salir?

21. ¿Qué año académico cursabas cuando se presento alguna de las circunstancias anteriores? (puedes señala más de uno)
 - a. Primero _____
 - b. Segundo _____
 - c. Tercero _____
 - d. Cuarto _____
 - e. Internado _____

22. ¿Por parte de quien fueron realizados los actos anteriores? (puedes señalar más de uno)

- | | |
|---------------------------|------------------------------------|
| a. Profesor _____ | f. Residente mujer _____ |
| b. Profesora _____ | g. Médico de base _____ |
| c. Compañero _____ | h. Médica de base _____ |
| d. Compañera _____ | i. Otro personal de hospital _____ |
| e. Residente hombre _____ | |

23. ¿Cuántas veces te has sentido acosada? (Señala uno)

- a. Una vez _____
- b. Dos veces _____
- c. Tres veces _____
- d. Más de tres _____
- e. Nunca _____

24. Si has experimentado alguna de las situaciones anteriores en algún momento de tu vida y no lo has reportado, cual es el motivo?:

	SI	NO
a. No lo reconocí en el momento como acoso		
b. Pensé que no era importante reportarlo		
c. Pensé que al reportarlo no ganaría nada		
d. Miedo a que me trajera problemas con mis calificaciones		
e. Maneje la situación yo mismo (a)		
f. No sabía a quién reportarlo		
g. Temía a que no fuera confidencial el reporte		
h. No pensé que el problema sería tratado con justicia		
i. No quería ser etiquetado (a)		
j. Tenía miedo que no me creyeran		

Anexo 2.

Consideraciones éticas

Este estudio cumple con los principios fijados por la XVIII Asamblea Médica Mundial en la declaración de Helsinki, la cual determina las recomendaciones para orientar a los médicos que realizan investigaciones biomédicas que incluyen sujetos humanos adoptadas por la XVIII Asamblea Médica Mundial Helsinki, Finlandia, Junio 1964 y enmendadas por la XXIX Asamblea Médica Mundial Tokio, Japón, Octubre 1975, la XXXV Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia Octubre 1983, la XLI Asamblea Médica Mundial, Hong Kong Septiembre 1989 y por la XLVIII Asamblea General Somerset West, República de Sudáfrica, Octubre 1996, la LII Asamblea General Edimburgo, Escocia, octubre 2000, la LIX Asamblea General Seúl, Corea, 2008. De los cuales se tendrán en cuenta los siguientes principios.

Se considerará el bienestar de las personas que participan en la investigación. Se siguieron las normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

Fueron considerados las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en México, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. Se protege la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. El proyecto y el método del estudio es descrito en un protocolo de investigación, el cual contiene las presentes consideraciones éticas que se tomarán en cuenta y como se han considerado los principios de esta declaración.

El protocolo fue enviado al comité de investigación de la facultad de medicina donde se realizó la investigación, siendo aprobado y asignado el permiso para su aplicación el 13 de enero de 2012.

La participación de los estudiantes de medicina fue voluntaria y se tomaron todas las precauciones para resguardar su intimidad y la confidencialidad de su

información personal por lo que los cuestionarios fueron anónimos, la forma de identificarlos fue a través de números de folio exclusivamente y a partir de la captura en bases de datos es imposible identificarlo, el manejo de los datos se realizó sólo por el investigador encargado, lo que redujo al mínimo el rompimiento de la confidencialidad y privacidad.

Se brindó la información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, afiliaciones institucionales de los investigadores, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del estudio y todos los aspectos pertinentes de la investigación. Los estudiantes fueron informados del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Después de asegurarse de que el estudiante comprendió la información, el responsable del estudio solicitó verbalmente el consentimiento informado, libre y voluntario.

Los resultados de la investigación serán publicados como documentos de investigación y contendrá toda la información recabada. El presente estudio también cumple con el reglamento de la Ley General de Salud consignados en el Título Quinto que se refiere al desarrollo de la Investigación en salud en humanos. (Artículos 96 y 100)

Se pretende que el estudio contribuirá al conocimiento en la salud mental pública, servirá además de base para realizar posteriormente campañas de prevención y control del acoso sexual en los estudiantes de medicina. Se adaptará a los principios éticos que justifican la investigación, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud como el acoso sexual. El estudio es considerado de riesgo mínimo por lo que no se expondrá a los estudiantes a riesgos innecesarios. Se contará con el consentimiento por escrito del estudiante, si se presenta algún riesgo o malestar el estudiante podrá retirarse del estudio, incluso de considerarlo necesario el responsable de la investigación también podrá detener su participación.

Cumpliendo tanto con la Declaración de Helsinki y los requisitos de la Ley General de Salud se informarán por parte del responsable del estudio al estudiante participante acerca todos los aspectos pertinentes del estudio, incluyendo la información por escrito (consentimiento informado), donde se incluirán y explicarán los riesgos, beneficios y confidencialidad de los sujetos. Todo lo anterior aprobado por parte del comité de ética de la facultad medicina seleccionada.

Se brindará un folleto con información sobre el acoso sexual y las instancias a las cuales podrán acudir en caso de que así lo soliciten o requieran.

Anexo 3.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PARA EL PROYECTO DE ACOSO SEXUAL EN ESTUDIANTES DE MEDICINA

Estimado colaborador: mi nombre es Janett Silva Perea, estudiante de Maestría y Doctorado de la UNAM, me encuentro realizando mi trabajo de tesis sobre acoso sexual en estudiantes de medicina y el cual consiste en aplicar un cuestionario sobre dicho tema. El propósito de este cuestionario es conocer la frecuencia en que se experimentan los estudiantes de medicina comportamientos de contexto sexual durante su formación. Este estudio podrá permitir tomar acciones que puedan prevenir la presencia del fenómeno y proveer atención en las personas que sufran de ello.

Responder el cuestionario no te tomará más de 15 minutos, será anónimo, es decir, no pondrás tu nombre y será identificado solo por número de folio, una vez entregues el cuestionario se guardará en un lugar donde sólo tendrá acceso el investigador responsable, quien estará presente durante su aplicación.

Tú fuiste seleccionado de manera azarosa al igual que los demás participantes, una vez que se capturen los datos, no será posible identificar a los sujetos ya que se convertirán en datos estadísticos, los resultados finales serán utilizados para publicarse como documento de tesis y un artículo científico.

Es posible que el cuestionario aborde temas sensibles acerca de algunas experiencias de vida, que pueden evocar recuerdos y emociones que lleguen a ocasionar malestar, por lo que de considerarlo necesario podrás suspender el llenado del cuestionario o contactar al responsable del proyecto de investigación.

Tú participación no generará un beneficio directo para ti, sin embargo con tu contribución podremos obtener información que puede ser de utilidad para sugerir programas de prevención y atención sobre el acoso sexual.

En el momento que lo decidas puedes retirarte del estudio sin que esto ocasione alguna repercusión.

Los datos de contacto del investigador responsable son: correo electrónico: janettsp@hotmail.com, el número telefónico es 5540707195.

=====

Sí estás de acuerdo y has comprendido la información para participar en el estudio y confirmas tu intención de participar libremente, te pedimos que llenes el cuestionario y lo entregues al completarlo.

Anexo 4.

Descripción del estudio piloto

Para la realización de este estudio se adaptó un instrumento para medir el acoso sexual en estudiantes de medicina a partir del Cuestionario de Experiencias Sexuales SEQ por sus siglas en inglés de Fitzgerald, et al, 1988, en la versión latina SEQ-L, publicado por Cortina en el 2001, así como de la revisión de cuestionarios y preguntas formuladas sobre acoso sexual en otros estudios en las facultades de medicina de todo el mundo (Castaño J, et al, 2010; Iglesias B, Saldívar D, Bermúdez V, Guzmán A, 2005; Komaromy M, Bindman AB, Haber RJ, Sande MA, 1993; Lebenthal A, Kaiserman I, Lernau O, 1996).

Objetivos

General

- Adaptar un cuestionario valido y confiable que permita la presencia de acoso sexual en estudiantes de medicina.

Específicos

- Determinar las dimensiones del fenómeno de acoso sexual (comportamientos físicos, los verbales y los no verbales).
- Identificar los reactivos que miden cada dimensión.
- Determinar los contenidos de las preguntas del instrumento.

Material y métodos

El diseño y validación de la escala se llevó a cabo en tres fases: Fase I. Diseño de reactivos, Fase II. Prepiloto y jueceo, y Fase III. Piloto. A continuación se describe cada una de estas etapas.

Fase I. Diseño de reactivos

Paso 1. Plan de trabajo

El primer paso consistió en definir el plan de trabajo y el orden en que iba a ser llevado a cabo el procedimiento.

Paso 2. Definición de contenido de los reactivos

Se realizó una revisión de la literatura en búsqueda de estudios del acoso sexual en estudiantes de medicina, y se analizaron las preguntas realizadas en lo referente sin encontrar ninguno específico, por lo que se tomó como punto de partida la versión latina del Cuestionario de Experiencias Sexuales de Cortina 2001, el cual posteriormente se corroboró que sus preguntas se repetían en otros estudios que fueron realizados en estudiantes de medicina, por lo que de éste se emplearon 10 de los 16 reactivos, eliminando los referentes a la discriminación sexual y racial que no es objeto de este estudio. Se agregaron 4 reactivos que se habían reportado con frecuencia en otros estudios. Se incluyeron preguntas específicas sobre actitudes de los profesores ya que de acuerdo a la literatura son los principales acosadores.

Fase II. Prepiloto y jueceo

Se aplicaron 22 cuestionarios a médicos residentes de psiquiatría, interesados en colaborar con el estudio, se explicó inicialmente el objetivo del estudio y las condiciones de voluntad y anonimato del mismo, se aplicó la primera versión del cuestionario que constaba de 17 reactivos; fue aplicado en 13 mujeres (59%) y 9 hombres (40%). Además de contestar el cuestionario, se pidieron sugerencias en la formulación de las preguntas y las opciones de respuestas que consideraran necesario.

Del análisis de las sugerencias se hicieron modificaciones (versión 2 del cuestionario), principalmente en la manera en la que se redactaron que

inicialmente eran más orientadas a las mujeres, así como se modificaron algunas opciones de respuesta en la parte complementaria del cuestionario.

Posteriormente fue enviado el cuestionario a personal experto en el tema (4 jueces) con experiencia mayor a 5 años de estudios en el tema, recibiendo sugerencias acerca de la formulación de las preguntas, modificaciones que se realizaron antes de pasar a la aplicación del piloto, dando como resultado la tercera versión con 14 reactivos.

Fase III. Piloto

En esta fase se aplicó la tercera versión del cuestionario de acoso sexual que consta de 14 reactivos a 133 estudiantes de medicina de la facultad seleccionada.

El procedimiento en esta etapa consistió en los siguientes pasos:

1. Contacto con profesores

El primer paso fue contactar con al maestro de la facultad de medicina seleccionada, ante la disposición del docente de permitir la aplicación del cuestionario durante sus horas de clase, se acordó la fecha, el aula y la hora para la aplicación del cuestionario.

2. Aplicación del cuestionario a los estudiantes de medicina.

Según la hora acordada con el profesor, se llegó al salón de clase y se explicó a los estudiantes el objetivo del estudio, así mismo se les comunicó que su colaboración era voluntaria y anónima. El consentimiento informado fue de manera verbal y consistió en explicar los objetivos del estudio y en informar a los participantes que quien no quisiera contestar el cuestionario podía dejarlo en blanco y devolverlo. Antes de entregar los cuestionarios se preguntaba si había dudas y de haberlas se contestaban antes de que ellos pudieran ver el cuestionario. Una vez que regresaban los cuestionarios, se guardaban en un sobre al momento de recibirlos, se les daban las gracias y se daba por concluida la aplicación.

Análisis de resultados

El cuestionario fue aplicado con una distribución por sexo de mujeres de 56% y hombres del 44%, con una media de edad para mujeres de 21, 14 y hombres de 22,15.

Análisis de confiabilidad (Alpha de Cronbach)

El alpha de Cronbach de la escala resultó ser de 0.77, misma que no se modificó, ya que las preguntas que podían afectar este valor eran importantes para el estudio.

Las alpha de Cronbach individuales para los reactivos fueron mayores a 0.70. En cuanto a las correlaciones entre los ítems y el puntaje total fueron elevadas en 8 de los reactivos, siendo la más alta el de los ruidos o gestos incómodos del 0.70.