



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

**Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas,
Odontológicas y de la Salud**

Antecedentes de abuso sexual en adultos
jóvenes que acuden a tratamiento por
problemas con el consumo de alcohol

T E S I S

**QUE PARA OBTENER GRADO DE
MAESTRA EN CIENCIAS**

P R E S E N T A :

MIRIAM ARROYO BELMONTE

**Directora de Tesis
Dra. Luciana Ramos Lira**

Facultad de Medicina



MÉXICO, D.F.

2012



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

*Yo no estimo tesoros ni riquezas,
y así, siempre me causa más contento
poner riquezas en mi entendimiento
que no mi entendimiento en las riquezas.
Sor Juana Inés de la Cruz*

*Aquí, dónde está mi mente, está mi corazón, dónde está mi corazón, caminan mis pies.
Cynthia M.A. Gandulfo*

Agradecimientos

A la **Universidad Nacional Autónoma de México** y al **Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud**, por ayudarme a forjar mi mente y espíritu.

Al **Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”** y al **Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares**, por el apoyo y las facilidades brindadas en el desarrollo de este trabajo.

A mi tutora, la **Doctora Lucina Ramos Lira**, por su orientación, paciencia y dedicación en la realización de este proyecto, pero sobre todo, por su apoyo invaluable, calidad humana y ejemplo de vida.

A mí jurado integrado por la **Dra. Martha Híjar**, la **Dra. Jazmín Mora**, la **Dra. Zuraya Monroy** y la **Dra. Frida Díaz**, por su comprensión, tiempo y valiosos comentarios que enriquecieron este trabajo. Gracias, sin su ayuda este trabajo no hubiera sido el mismo.

Al **Dr. Mario Torruco**, la **Mtra. Martha Cordero** y el **Mtro. Francisco de la Rosa**, quienes con su entusiasmo, conocimientos y solidaridad, acompañaron este trabajo.

A mis **compañeros, profesores y jefes de proyecto** del Instituto Nacional de Psiquiatría, que apoyaron y dieron sentido a mi trabajo.

A los/as **pacientes del CAAF** y a los/as **sobrevivientes de abuso sexual infantil** por compartir sus vivencias y mostrarnos con su experiencia el valor de la vida.

Dedicatorias

A mis padres y hermanas, que con su amor constante y paciente, han dado sustento a mi vida, gracias por compartir el vuelo.

A mi familia, por su cariño, apoyo y generosidad.

A mis amigos y amigas de ayer, de hoy, de mañana, de siempre, porque como apuntó el sabio Lao-tsé, el agradecimiento es la memoria del corazón.

A todos los hombres y a las mujeres que han tocado mi vida, especialmente a Haydeé, Vertha, Israel, Luciana, Roberto, Tere, Antonio, Karina, Paco, ellos y ellas son encantadores jardineros que hacen florecer mi espíritu.

A Paul por hacer de la vida, ese paréntesis.

A Dios, a la vida, a ti, a mí que somos uno.

Índice

Resumen	1
Introducción	3
1. Abuso sexual en la infancia	10
1.1 Antecedentes conceptuales	10
1.2 Clasificación y definiciones.....	17
1.2.1 <i>Definiciones</i>	18
1.3 Magnitud y características del fenómeno.....	22
1.3.1 <i>Prevalencia</i>	22
1.3.2 <i>Circunstancialidad</i>	25
1.4 Repercusiones a largo plazo.....	28
1.4.1 <i>Diferencias entre hombres y mujeres</i>	30
1.5 Impacto traumático	32
1.5.1 <i>Trastorno por estrés postraumático</i>	32
1.5.2 <i>Trauma complejo</i>	36
1.5.3 <i>Factores que influyen en el impacto traumático</i>	41
1.5.4 <i>Dinámicas del impacto traumático</i>	43
2. Consumo de alcohol	43
2.1 Antecedentes	43
2.2 Panorama sobre el consumo de alcohol.....	44
2.2.1 <i>Patrón de consumo en México</i>	46
2.3 Trastornos por uso de alcohol: Abuso y dependencia.....	48
2.4 Problemas asociados al consumo de alcohol.....	52
2.4.1 <i>Problemas de salud</i>	52
2.4.2 <i>Problemas psicosociales</i>	54
2.4.3 <i>Repercusiones en las mujeres</i>	55
3. Abuso sexual y consumo de alcohol	57
3.1 Impacto del abuso sexual en la infancia en el consumo de alcohol.....	57
3.2 Factores mediadores entre el abuso sexual y los trastornos por uso de alcohol	60
3.2.1 <i>Síntomas postraumáticos</i>	61
3.2.2 <i>Motivos de consumo y estrategias de afrontamiento</i>	65
3.3 Planteamiento del problema.....	70

3.3.1 Preguntas de investigación	71
4. Fase cuantitativa	73
4.1 Método	73
4.1.1 Propuesta conceptual	73
4.1.2 Esquema conceptual.....	75
4.1.3 Preguntas de Investigación.....	76
4.1.4 Objetivo general y específicos.....	76
4.1.5 Hipótesis.....	77
4.1.6 Escenario	78
4.1.7 Diseño.....	79
4.1.8 Definición conceptual y operacional de las variables	81
4.1.9 Muestra.....	89
4.1.10 Criterios de inclusión.....	90
4.1.11 Criterios de exclusión.....	90
4.1.12 Instrumentos.....	91
4.1.13 Procedimiento	92
4.2 Resultados	95
4.2.1 Descripción de la muestra: características sociodemográficas, del consumo alcohol y del abuso sexual.....	96
4.2.2 Descripción de la muestra por sexo	107
4.2.3 Características del consumo de alcohol por experiencias de abuso sexual.....	120
4.2.4 Experiencias de abuso sexual y características sociodemográficas	129
4.3 Discusión	130
4.3.2 Abuso sexual infantil y características del consumo del alcohol	140
4.3.3 Limitaciones.....	142
5. Fase cualitativa	142
5.1 Método	142
5.1.1 Propuesta Conceptual.....	142
5.1.2 Esquema conceptual.....	145
5.1.3 Pregunta de Investigación.....	146
5.1.4 Objetivo General	146
5.1.5 Hipótesis teórica.....	146
5.1.6 Objetivos específicos	147
5.1.7 Escenario	148

5.1.8 Diseño.....	148
5.1.9 Participantes.....	148
5.1.10 Criterios de inclusión.....	149
5.1.11 Criterios de exclusión.....	149
5.1.12 Guía de entrevista y materiales.....	150
5.1.13 Procedimiento	150
5.1.14 Estrategia de análisis.....	151
5.1.14 Consideraciones éticas.....	153
5.2 Resultados	155
5.2.1 Información Descriptiva	156
5.2.2 Ordenamiento Conceptual	159
5. Consumo de alcohol: motivos y atribuciones	180
5.2.3 Integración conceptual de las categorías	185
5.2.4 Propuesta conceptual	186
5.3 Discusión	190
5.3.1 Limitaciones.....	196
Conclusiones	198
Referencias	208
Anexos	218
Anexo 1 Guía de entrevista.....	218
Anexo 2 Presentación de la entrevista.....	227
Anexo 3 Consentimiento informado.....	230
Anexo 4 Acuerdo de aceptación voluntaria.....	232
Anexo 5 Folleto Informativo	233

Resumen

Diversas investigaciones han documentado la asociación entre el consumo de alcohol y el abuso sexual vivido en la infancia, particularmente en mujeres. Este vínculo se ha explicado hipotéticamente (hipótesis de la automedicación), considerando el uso del alcohol u otras drogas como medio para reducir las secuelas traumáticas del abuso sexual. El presente trabajo identifica la prevalencia de abuso sexual y el impacto de esta experiencia en las características del uso de bebidas alcohólicas, en adultos jóvenes (hombres y mujeres) que acuden a tratamiento por trastornos relacionados con el consumo de alcohol. Asimismo, explora el significado que dos sobrevivientes de abuso sexual atribuyen a esta vivencia, a su actual consumo de alcohol y al posible vínculo entre ambos hechos, a fin de perfilar algunos elementos que permitan explicar dicha asociación.

Los datos fueron extraídos de una muestra aleatoria estratificada por sexo, de 207 expedientes clínicos de pacientes de un centro de atención al consumo de alcohol en la Ciudad de México. Se conformó una base de datos en programa estadístico SPSS (Versión 15) y se realizaron análisis descriptivos y pruebas de hipótesis bivariadas, para identificar diferencias en las características del consumo de alcohol entre aquellas personas con y sin antecedentes de abuso sexual, así como entre hombres y mujeres. Por otro lado, se realizaron un par de entrevistas temáticas a pacientes del mismo centro de atención. Las entrevistas fueron transcritas y analizadas usando algunos procedimientos metodológicos de la teoría fundamentada.

Este estudio confirma la alta prevalencia de abuso sexual en poblaciones con trastornos por uso de alcohol, más del 25% de los hombres y 58% de las mujeres reportaron haber sido abusados sexualmente en la infancia. Comparadas con las personas que no reportan abuso sexual, las que sí lo hicieron comenzaron el consumo de alcohol más jóvenes, tienen mayor número de problemas físicos, familiares, psicológicos y sociales asociados al mismo, presentan mayor

dependencia a la sustancia, uso de otras drogas a lo largo de la vida y refieren como principal causa de consumo su inestabilidad emocional.

Mediante la estrategia cualitativa se comenzaron a perfilar motivos de regulación afectiva como posibles mediadores entre las experiencias de abuso sexual y el consumo de alcohol y se proponen algunas hipótesis. Las implicaciones en el tratamiento y en la prevención de estos hallazgos son discutidas.

Introducción

La relación entre una historia de abuso sexual y el desarrollo de alguna psicopatología es reconocida en la práctica clínica; asimismo, diversos estudios han documentado la asociación del abuso físico y sexual a edades tempranas con un incremento en el riesgo de experimentar diversos problemas de salud mental (Beltrán, 2007; Bulik, 2001; Caballero, Ramos, González y Saltijeral, 2002; González-Serratos, 2004).

Se han realizado encuestas para examinar la relación entre los reportes retrospectivos del abuso sexual infantil y la morbilidad psiquiátrica en la edad adulta. En éstos, se ha evidenciado el vínculo del abuso sexual con un amplio rango de trastornos psiquiátricos, incluyendo depresión, abuso de sustancias, trastornos de ansiedad e ideación e intento suicida (McMillan, 2001; Monlar 2001).

Específicamente en cuanto al vínculo entre los trastornos por uso de alcohol y las experiencias de abuso sexual en la niñez, diversos estudios reportan prevalencias de abuso sexual en personas en tratamiento por consumo de alcohol, que van del 30 al 90% (Pérez, 2000). Se ha observado que quienes han sufrido violencia sexual, están en mayor riesgo de desarrollar abuso del alcohol en la adultez, de tener un mayor número de recaídas durante el tratamiento, más problemas asociados al consumo y de incurrir en el uso de otras sustancias (Baigent, 2005; Ullaman, Filipas, Townsend y Starzynski, 2005; Epstein, Saunders, Kilpatrick y Resinick 1998). Las experiencias de abuso sexual también se han asociado con el inicio temprano de uso de sustancias (Bensley, 1999), lo que parece poner a las personas en una situación de vulnerabilidad al desarrollo de abuso y dependencia.

Se ha observado que los trastornos por uso de alcohol y otras sustancias están fuertemente vinculados a la presencia de diversas psicopatologías. Se han encontrado altas prevalencias de desórdenes de ansiedad, especialmente trastorno por estrés postraumático; del estado de ánimo, como depresión; de personalidad, principalmente antisocial y límite, así como esquizofrenia en poblaciones

consumidoras (Peñate, 1999; Torruco, 2007; Volkow, 2009); se calcula que aproximadamente el 60% de las personas con algún trastorno por uso de sustancias presentan simultáneamente un trastorno mental comórbido (Volkow, 2009). Asimismo, se ha detectado un alto porcentaje de experiencias traumáticas entre usuarios de sustancias (como lo es el abuso sexual), observándose una relación funcional trauma-consumo, la cual parece estar mediada por trastornos de ansiedad (Kaysen *et al.*, 2007), cuyos síntomas pueden ser “aliviados” mediante el consumo de alcohol u otras sustancias.

A pesar de las evidencias encontradas que señalan la implicación de la violencia sexual en el abuso posterior de alcohol, poco se sabe de los factores y procesos que podrían estar mediando dicha relación. Diversos autores han propuesto como posible elemento mediador el efecto traumático del abuso vivido, el cual ha sido medido en diversas investigaciones a través del trastorno por estrés postraumático. Así, para algunas víctimas de abuso sexual, el alcohol puede servir como mecanismo para lidiar con el trauma asociado al abuso sexual y sus consecuencias (Ramos, 2004; Widom y Strumhöfel, 2001; Eipstein *et al.*, 1998; Najavits, Weiss y Shaw, 1997).

Pareciera que el efecto desintegrador y traumático de demandas psicológicas extremas, como el abuso sexual, provoca que los individuos recurran a alguna estrategia para evitar enfrentar o reducir los efectos negativos del evento. El optar por el consumo de alcohol para aminorar los efectos postraumáticos del abuso sexual; a la larga, puede ser una estrategia efectiva, pero mal adaptativa, para disminuir las secuelas del abuso sexual. Este planteamiento está relacionado con la denominada “hipótesis de la automedicación”, según la cual las personas con trastornos por uso de sustancias seleccionan una droga en particular por su capacidad para modificar emociones negativas, las cuales no pueden ser controladas por sí mismas (Khantzian, 1997).

Estos elementos dejan ver la importancia y necesidad de conocer la forma en que las experiencias de abuso sexual impactan y se relacionan con los trastornos por uso de alcohol y sus características, sobre todo en poblaciones clínicas. El presente proyecto exploró la asociación entre la exposición a la violencia sexual y el uso de alcohol en población en tratamiento. Se propusieron dos fases de investigación, en la primera, mediante la recolección de información de expedientes clínicos de pacientes de primera vez, se determinó la prevalencia de abuso sexual y su vínculo con las características y los problemas asociados al consumo de alcohol. En un segundo momento y con fines exploratorios, se realizaron un par de entrevistas temáticas a un hombre y una mujer con problemas de consumo de alcohol y con antecedentes de abuso sexual en la niñez, con el fin de explorar de qué manera ellos significan y vinculan estas experiencias, para identificar algunos elementos que pudieran estar mediando la relación entre ambas problemáticas.

El presente trabajo está organizado en cinco capítulos, en el primero se hace una revisión de los antecedentes conceptuales, clasificación y definiciones del abuso sexual en la infancia. Asimismo, se aportan algunos datos sobre la prevalencia y características de esta problemática, para después revisar las consecuencias a largo plazo y el impacto traumático de este tipo de vivencias. El capítulo permite definir y contextualizar el fenómeno estudiado, además de brindar algunos elementos para comprender las consecuencias de abuso sexual infantil a largo plazo, e identificar qué procesos lo pueden estar vinculando con el posterior consumo de alcohol.

El segundo capítulo está dedicado al consumo de alcohol, en él se exponen el panorama epidemiológico y patrón de consumo característico en México. También se describen los trastornos por uso de alcohol, sus características y algunas de sus consecuencias psicosociales y en la salud. Estos elementos sirven de marco de referencia para comprender la dimensión del fenómeno y el impacto que éste puede generar en la vida de las personas.

En el capítulo tres se aborda la relación entre el abuso sexual en la infancia y el posterior consumo de alcohol. Primero se revisan algunos hallazgos sobre el impacto del abuso sexual en las características y patrón de consumo de alcohol; enseguida se exponen algunos de los factores que pueden estar explicando la relación entre ambos fenómenos, y finalmente se describe el planteamiento del problema que guía el presente estudio. Esta información ayuda a identificar algunos elementos y procesos mediadores en el binomio abuso sexual-consumo de alcohol, así como comprender el posible impacto de la violencia sexual en los trastornos por uso de alcohol.

Los capítulos cuatro y cinco están dirigidos a presentar los aspectos metodológicos y los resultados de la fase cuantitativa y cualitativa respectivamente. En ellos se detallan la propuesta conceptual, los objetivos, el diseño y el procedimiento llevado a cabo en cada una de estas etapas, así como los resultados obtenidos y una discusión de los mismos. Finalmente, en la sección de conclusiones se brindan una serie de reflexiones en torno los principales hallazgos y algunas sugerencias para seguir investigando el tema.

Los resultados confirmaron la alta prevalencia de abuso sexual entre consumidores de alcohol que acudieron a tratamiento: 26% en hombres y 58% en mujeres, porcentajes que están muy por arriba del promedio reportado en población mexicana urbana (que es alrededor del 5.4%). Asimismo, entre los individuos con una historia de abuso sexual, se observó un uso de la sustancia más severo, una edad de inicio de consumo y de uso frecuente más tempranos, mayor número de tratamientos, uso de otras drogas, atribuciones diferenciadas sobre el origen del consumo -sobre todo de índole emocional-, y más problemas asociados: familiares, sociales, síntomas psicológicos y físicos.

Por otro lado, las observaciones hechas en la fase cualitativa muestran que las situaciones de abuso sexual no sólo pueden desencadenar trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, sino que provocan alteraciones profundas a nivel cognitivo y

en la regulación afectiva, especialmente cuando no se cuenta con figuras de apoyo o contención al momento del abuso. Entre las alteraciones identificadas están la falta de control de la ira y la constante desconfianza hacia los demás. Igualmente se pudo detectar que para los dos entrevistados, el consumo de alcohol es un medio para controlar emociones, en especial sentimientos de enojo y ansiedad. Además, para el hombre entrevistado el consumo le permite olvidar el abuso sexual y soportar el mantenerlo en secreto. Para la mujer entrevistada, el consumo le permite disminuir el estrés que le provocan las relaciones sociales y facilita su convivencia con los demás.

Los hallazgos permiten proponer que el vínculo entre el abuso sexual en la infancia y el posterior consumo problemático de alcohol se comprende mejor por la mediación del trauma complejo. Esta categoría diagnóstica ha sido propuesta por algunos autores (Herman, 1992; Van Der Kolk, 2001) para los casos en que la exposición al trauma ha sido prolongada o ha condicionado el desarrollo del individuo. Se trata de un conjunto de síntomas que conllevan cambios duraderos en la personalidad, que se caracterizan por alteraciones en la regulación de la afectividad y de los impulsos, en la percepción de sí mismo, en la percepción del agresor, en las relaciones y en los sistemas de significado (Herman, 1992). Estos elementos se pudieron identificar en las entrevistas realizadas, por lo tanto, se sugiere hacer otros estudios para probar dicha hipótesis.

Otro elemento que se detectó en el presente trabajo es la relevancia que parecen tener los motivos para beber en la comprensión del vínculo abuso sexual-trauma-uso de alcohol. A través del análisis de los expedientes, se detectó que el origen del consumo entre los sobrevivientes de violencia sexual se atribuye principalmente a razones emocionales, destacando la inestabilidad emocional como principal motor, inestabilidad que, muy probablemente, es “regulada” mediante el uso de la sustancia. Esta situación se corroboró durante las entrevistas, las que también mostraron que el manejo de emociones (principalmente ira y ansiedad) mediante la sustancia adquiere especial

relevancia. De esta forma, además de identificarse elementos que sustentan la teoría de la automedicación, se pudo precisar que para esta muestra, la dificultad en la regulación de afectos es la principal causa de consumo, problema que a su vez parece relacionarse con el impacto traumático del abuso sexual vivido en la infancia.

Estos resultados muestran que es crucial indagar la presencia de antecedentes de abuso en pacientes que buscan tratamiento por su consumo de alcohol (sobre todo en mujeres) y así planear un tratamiento diferenciado. Habría que atender el manejo que tienen estos pacientes de sus afectos, dándoles herramientas para configurar nuevas estrategias de afrontamiento a situaciones estresantes y desencadenadoras de emociones negativas y por tanto del consumo. Una visión de género permitiría un mejor tratamiento y comprensión del impacto del abuso sexual en la vida de hombres y mujeres, y su implicación diferenciada en el consumo de alcohol. Asimismo, se tendría que evaluar la presencia de manifestaciones depresivas, ansiosas y otros trastornos comórbidos, reconociéndolos como posibles elementos del trauma y no sólo como categorías nosológicas.

A nivel social el estudio ha generado información que puede tomarse en cuenta en el desarrollo de programas de prevención selectiva e indicada dirigidos a jóvenes con experiencias de abuso sexual o con uso de alcohol. También se obtuvieron datos para que los profesionales de la salud, identifiquen tempranamente la presencia de abuso sexual en la infancia y su probable efecto traumático en consumidores de alcohol, y de esta manera, puedan manejar de forma integral el problema del abuso y/o dependencia al alcohol y los efectos postraumáticos del abuso sexual cuando ambas condiciones coexistan, o bien, canalicen los casos a instancias especializadas en el tratamiento de la violencia.

La complejidad de estos fenómenos demanda un mayor estudio. A través de este trabajo se propusieron dos modelos hipotéticos: uno sobre el impacto que el abuso sexual puede tener en las características del consumo de alcohol, y otro más

explicativo sobre la relación entre ambos fenómenos, los cuales requieren ser estudiados a mayor profundidad. Se sugiere el empleo de perspectivas metodológicas y poblaciones distintas, por ejemplo, trabajar con sobrevivientes de abuso sexual sin problemas de consumo, para identificar posibles factores de protección que disminuyan la probabilidad de padecer trastornos por consumo de alcohol en este tipo de poblaciones.

CAPÍTULO 1

Abuso sexual en la infancia

*"No hay mayor agonía que la de cargar un cuento sin contar."
Hombre sobreviviente de abuso sexual en la infancia*

*Niña Mía
Niña indefensa, niña perdida, niña mía...
niña que luchó por ser comprendida.
Niña que luchó por no estar perdida,
niña que luchó pero sigue escondida,
no te rindas en la lucha de los días,
supiste proseguir sin entender,
puedes vivir sin temer...
Mujer sobreviviente de abuso sexual en la infancia*

*El abuso sexual infantil es un problema que crece en el secreto.
Hablar abierta y públicamente de él, es el primer paso para prevenirlo.
Esther Deblinger. The National Child Traumatic Stress Network*

1. Abuso sexual en la infancia

El abordaje del abuso sexual es sin duda complejo, ya que se han de enfrentar y reconocer diversos problemas como la diversidad de opiniones en cuanto a su definición y clasificación, las dificultades metodológicas en su abordaje, el desconocimiento de la verdadera proporción de dicha problemática, sus profundas raíces culturales e históricas y una diversidad de consideraciones sobre sus repercusiones; pero sobretodo, los prejuicios y tabúes que hay sobre del tema.

Sin perder de vista estos aspectos, el presente capítulo tiene como propósito definir el abuso sexual desde la salud pública y considerando algunas de las características de las relaciones que se dan entre los géneros. Se dedica un apartado especial a las repercusiones a largo plazo de este tipo de vivencias, con el fin de posibilitar una visión global sobre la relevancia social y humana del tema y precisar los conceptos básicos para el presente trabajo.

1.1 Antecedentes conceptuales

A pesar de los esfuerzos de promover criterios uniformes para la definición del abuso sexual en la infancia, aún hay variaciones en los vocablos adaptados por los investigadores. Existe una confusión entre términos como agresión, violencia y abuso, ya que suelen ser usados indistintamente.

Haciendo referencia a la raíz etimológica, el vocablo violencia proviene del término latino *violentia* que significa fuerza y poder, y en su acepción más amplia lo mismo puede referirse a la violencia de la fuerzas de la naturaleza que a las de las acciones humanas (Vargas, 1997).

Con base en el Diccionario de Sinónimos y Antónimos de la Lengua Española (Alboukrek y Fuentes, 2003), algunos sinónimos de violencia son:

ímpetu, ira, furor, furia, arrebató, frenesí, fuerza, pasión, brusquedad, salvajismo, poder, viveza.

Violencia designa fuerza o ímpetu, tanto natural como inducido, e incluye aquellos acontecimientos súbitos que pueden resultar en un daño, pero no necesariamente. Para algunos autores, hablar de violencia implica la existencia de una intención o propósito dirigido hacia algo o alguien, es una imposición que limita la libertad o decisión de otro/a, una fuerza que obliga a individuos o grupos a realizar actos en contra de su voluntad (Jiménez, 2002). La violencia puede darse en distintos áreas (física, verbal, psicológica, entre otras), y emplearse distintas estrategias como la amenaza, la persuasión o la dominación como forma de ejercicio de poder (Domínguez, 2003).

De esta forma, hablar de violencia hace referencia a algo o alguien que obra con ímpetu o fuerza, y que se dirige a un objetivo con la intención de obligarlo o someterlo. Las definiciones de mayor uso incorporan dimensiones de cuán intencional es la conducta y la gravedad de sus consecuencias. Así, se consideran violentas aquellas conductas que disminuyen la duración o la potencialidad de la vida, que provocan una alteración más allá de ciertos límites, los cuales pueden estar determinados por una sociedad. Por lo tanto, no hay que perder de vista que la violencia que se da en el plano de las relaciones interpersonales, tienen un elemento de interpretación social y cultural al momento de definir esos “límites”.

Por otro lado, existe una confusión teórica entre los términos agresión y violencia, ya que suelen usarse como sinónimos. El sólo empleo de la palabra agresión se ha aplicado al comportamiento combativo del hombre que defiende su vida frente un ataque, al asaltante que mata a su víctima, o incluso, a los impulsos hacia “el triunfo” de un vendedor.

Etimológicamente, el término agresión procede del latín *aggredi* que significa ir contra alguien para producirle un daño (Domínguez, 2003). Según el Diccionario de Sinónimos y Antónimos de la Lengua Española (Alboukrek y Fuentes, 2003), algunos de los sinónimos de agresión:

Acometida, ataque, asalto, atraco, golpe, embestida y acorralamiento.

De esta forma, agresión es acometer contra alguien para hacerle daño, es una conducta destructiva o punitiva dirigida hacia una persona u objeto (Corsini, 1999, p. 29). Es atacar, lanzarse contra alguien para herirle, golpearle o causarle daño. Es el comportamiento que lleva a dañar o destruir algo, ya sea otro organismo u objeto inanimado.

De esta manera, la violencia incluye conductas que pueden someter o dañar a otros/as ya sea física, psicológica, económicamente o en otras áreas, implicando el uso de la fuerza u amenazas explícitas o implícitas y conductas no verbales. Mientras que la agresión es una conducta física que potencialmente causa daño o la muerte. Al respecto, Martín-Baró (1988) indica que la violencia es un concepto más amplio que el de agresión, al hacer referencia a los fenómenos o actos en los que se aplica un exceso de fuerza, al tiempo que el término agresión es más limitado y sirve para referirse a la intención de causar daño a otro.

Por otro lado, Ramos (2010) distingue entre agresión y violencia, señalando que la primera se refiere a la defensa del entorno y derechos cuando estos son transgredidos, y en el momento en que se pone en peligro la sobrevivencia; mientras que la segunda, hace referencia a los componentes de tipo social que se organizan para utilizar el poder y la ira, en beneficio del control social y supremacía de individuo o grupo dominante.

Por su parte, el término abuso viene del latín *abusus*, que significa uso indebido. Etimológicamente el término abusar consta de dos elementos latinos: la preposición *ab* que expresa la idea de exceso, de superación, y del verbo *usare* que significa valerse de, servirse de. Algunos de los sinónimos para el término son:

propasarse, excederse, extralimitarse, aprovecharse, explotar, engañar (Alboukrek y Fuentes, 2003).

La palabra abuso refiere a un exceso, a un control obligado que una persona ejerce sobre otra. De esta forma, abuso puede emplearse para calificar un tipo de acto violento, es decir, el abuso sexual sería un tipo de violencia. Por otro lado, el término agresión parece estar más vinculado a los hechos en los que la fuerza física está presente, implicaría una mayor “violación” del cuerpo y de la voluntad, ésta última a través de la intimidación y la coerción presentes.

Pareciera que ambos conceptos (abuso y agresión) forman parte de un continuo delimitado por la gravedad de la conducta que se lleva a cabo. Así por ejemplo, en el código penal español se distingue entre agresión y abuso sexual. La agresión sexual implica la presencia de fuerza o intimidación; mientras que el abuso involucra toda acción lúbrica realizada sin violencia ni intimidación, pero sin consentimiento válido (Suárez-Mira, 2002). En el caso del Código Penal del Distrito Federal (Gaceta Oficial del Distrito Federal, 2011), las penas por violación o abuso sexual aumentan en caso de que se haga uso de violencia física o moral, es decir, si el acto es más o menos agresivo en cuanto al uso de la fuerza física o moral. También contempla aumento de penas en el caso de que la víctima no tenga la capacidad de comprender el significado del hecho o, que por cualquier causa, no pueda resistirlo, por la identidad del agresor (si hay consanguinidad) y la edad del agredido (menor de 12 años) esto es, entre más abusivo sea el acto, mayor la penalidad. Sin embargo, en el caso de este código, lo que diferencia a la violación del abuso sexual, es el acto de introducir el pene u otro objeto en el cuerpo humano por vía vaginal, anal o bucal (cúpula). El artículo 174 establece

que comente violación aquel que por medio de la violencia física o moral realice cópula con persona de cualquier sexo; mientras que el abuso se da cuando alguien sin consentimiento de una persona y sin el propósito de llegar a la cópula, ejecuta en ella un acto sexual, la obligue a observarlo o la haga ejecutar (Artículo 176 del Código Penal del Distrito Federal).

Estas definiciones dejan ver las dificultades que pueden presentarse para llegar a un consenso en los términos utilizados para referirse a los actos sexuales (que no sólo impliquen penetración), cometidos hacia los/as niños/as por parte de otra persona con la que mantienen una relación de desigualdad. La sociedad brinda un marco para dar significado a las palabras usadas y cada disciplina o mirada teórica, favorecerá el uso de uno u otro término dependiendo de su posición frente al objeto de estudio¹.

Desde el campo de la salud el término más usado para hacer referencia a estos actos el de abuso sexual, sin embargo, algunos investigadores han señalado que los criterios sobre la educación de los/as niños/as en diferentes culturas discrepan a tal grado, que resulta difícil alcanzar un consenso sobre qué prácticas son abusivas. En este sentido, existen patrones de crianza culturalmente arraigados que se reproducen dentro la familia, la cual, a pesar de ser el principal referente de seguridad para los/as niños/as, se estructura en torno a un eje donde la violencia puede ser utilizada como una forma de educar y obtener poder sobre los demás, convirtiéndose así, en valor para mantener el orden existente, legitimándose como un derecho de quien tiene el poder (González-Serratos, 2004).

¹ De acuerdo con la revisión hecha, el término que mejor describe esta situación es el de *abuso sexual*, y es el que justamente tiene un mayor consenso en la comunidad científica del área de la salud. En este trabajo se hará referencia a dicho al término, aunque con el fin de evitar la repetición constante de la palabra, especialmente cuando también se expone lo relacionado al *abuso* de alcohol, se usará el término violencia como sinónimo, con la conciencia de que dicha palabra es más abarcadora e incluye al abuso. Algunos autores usan el término violencia sexual en general, en esos casos se respeta el término usado, en otros los usan para referirse al abuso, en esos casos se aclarará dentro del texto.

Diversas investigaciones de corte antropológico han reconocido la existencia de factores socioculturales que facilitan los abusos sexuales. Las culturas que presentan un sistema de dominación del género masculino, contribuyen a la desigualdad tanto social como sexual de las mujeres y los/as niños/as en particular, quienes son más vulnerables a vivir violencia (De la Garza-Aguilar y Díaz-Michel, 1997).

Asimismo, en todo el mundo las estadísticas revelan enfáticamente que la violencia sexual en general se ejerce en contra las mujeres y las niñas, siendo perpetrada principalmente por hombres. La violencia sexual hacia hombres y niños por otros hombres es un problema que también llega a presentarse, y se registran igualmente coacciones a hombres jóvenes por parte de mujeres mayores para mantener relaciones sexuales, pero las cifras son menores (WHO,² 2002).

Ante estos hechos, diversos autores han analizado el fenómeno de la violencia sexual y el abuso sexual infantil en particular, considerando las diferencias del ejercicio de poder entre los géneros. Desde este enfoque, el abuso sexual significa el uso de la sexualidad como un medio de ejercer poder; no es la satisfacción de un impulso físico o de un instinto, sino más bien un acto de control (González-Serratos, 2004).

Autores como Funk (1997) proponen que la violencia sexual y otras formas de violencia, ocurren en un continuo de comportamiento que avala los estereotipos masculinos. Tradicionalmente, el hombre tiene una posición de mayor poder y asume derechos sobre acceder a la sexualidad de otros, en donde ciertos grados de fuerza, coerción o abuso son normales. La violencia necesita de este tipo de desbalance y dinámicas para que ocurra. Cuando alguien fuerza a un infante, una

² Por sus siglas en inglés: World Health Organization (Organización Mundial de la Salud [OMS]).

mujer o a otro hombre a ser sexuales cuando él o ella no quieren, puede ser más por un deseo de control que por un deseo sexual.

De esta forma, el abuso sexual es el resultado del desbalance de poder entre las partes que se relacionan. La mínima diferencia que existe entre autoridad y dominación, es justamente lo que pone en desventaja a las niñas y los niños.

Asimismo, el fenómeno del abuso sexual infantil ha permanecido oculto en la mayoría de las sociedades. Fue hasta principios de los años ochentas que comenzó a visualizarse como tal, gracias a los movimientos feministas y de protección a los menores pusieron a debate este problema, así como los hallazgos de diversas investigaciones que rompieron estereotipos y creencias acerca del mismo; por ejemplo, se puso de manifiesto que el abuso ocurre principalmente en manos de los familiares y que éste por lo regular se extiende por un largo período de tiempo (Finkelhor, 1984).

Varios organismos alrededor del mundo han comenzado a identificar a los niños y niñas como un segmento de la población particularmente vulnerable frente a prácticas de abuso. La Organización Mundial de Salud (OMS) ha reconocido la violencia como un problema mundial de salud (WHO, 2002), e identifica a la violencia hacia la población infantil como una de las más graves.

En este contexto resulta fundamental identificar algunos criterios para el estudio y la conceptualización del abuso sexual infantil desde el enfoque de salud. En el siguiente apartado se revisan ciertos elementos que pueden ayudar a delimitar delimitarlo, por ejemplo, el límite de edad del niño/a, los criterios utilizados para definir una experiencia sexual abusiva, la inclusión o exclusión de ciertas prácticas, entre otros. Asimismo, se retoman algunas definiciones que sobre el tema han sido propuestas por organismos internacionales, grupos especializados y profesionales, a fin de tener un punto de referencia para el presente trabajo y usar un lenguaje común desde el cual iniciar las discusiones.

1.2 Clasificación y definiciones

La delimitación conceptual del abuso sexual en la infancia está condicionada por los significados atribuidos a los tres términos claves que conforman el concepto: abuso, sexualidad e infancia; en ellos convergen desencuentros que dificultan su definición, pero al mismo tiempo invitan a la reflexión.

El primer término se definió de manera general en la sección anterior (abuso como uso indebido), sin embargo, ese “uso indebido” puede estar condicionado por contexto social o de cada situación de abuso en particular, por lo que se requieren otros elementos para delimitarlo. En general, las definiciones legales y de investigación en salud, reconocen en los actos de abuso sexual un desbalance de poder entre el perpetrador y el/la niño/a. De esta manera, existen condiciones abusivas cuando la persona:

- Es mayor que el niño/a o tiene una ventaja sobre él/ella en el nivel de desarrollo.
- Está en una posición de autoridad, confianza, poder o cuidado en relación al niño/a.
- Hace uso de la fuerza, el engaño y/o la seducción.

Todas estas condiciones indican un desbalance de poder en la relación y violan la noción de consenso en los actos (Finkelhor, 1994).

Por otro lado, se ha de tener en cuenta la noción de sexualidad de la que se parta. A pesar de los avances en las últimas décadas, no se ha superado del todo la mirada androcéntrica, genitalizado, coital, adulto y reproductor de la sexualidad. En esta visión se le otorga un papel prioritario a los órganos sexuales, especialmente a los órganos masculinos y al protagonismo de su placer, al tiempo que deslegitima la sexualidad fuera del período adulto-reproductor, negando a la infancia y a la vejez su condición de seres sexuados, y desde el que la sexualidad como tema tabú, favorece actitudes negativas y culpabilizadoras (Lameiras, 2002).

El límite que permite hablar de una sexualidad abusiva, se produce en el momento en que el menor pierde el control sobre su propia sexualidad, se le involucra en actividades que implican estimulación sexual (no sólo coital), que son instrumentadas en beneficio de una persona con la que está en una relación de asimetría de algún tipo de poder: control, edad, madurez psicológica o biológica.

Por otra parte, es necesario clarificar el significado atribuido al concepto infancia. En la literatura sobre el tema existe cierto consenso que indica como límite superior de edad inicio de la pubertad. En la mayoría de los estudios la edad máxima para el infante oscila entre los 17 y 12 años. El límite legal de la infancia cambia entre países, no obstante, se suele considerar abuso sexual a las experiencias que tienen lugar entre niños/as o adolescentes de entre los 15 y 18 años (Durand, 2004). En el caso del código Penal del D.F. (Gaceta Oficial del Distrito Federal, 2011), la edad considerada es hasta los 12 años, y se hace una distinción en la figura jurídica de la violación cuando se da en infantes mayores de doce pero menores de 18 años, señalándose como estupro (Artículo 180).

Una vez aclarados estos puntos elementales para la comprensión del fenómeno, se presentan algunas definiciones de abuso sexual propuestas desde el enfoque de la salud por diferentes autores y organizaciones.

1.2.1 Definiciones

Desde la salud pública se han hecho esfuerzos para brindar un marco que permita comparar datos entre los países en torno a la violencia sexual en general, y al abuso sexual infantil en particular. De acuerdo con la Organización Mundial de Salud (WHO, 2002), la violencia sexual comprende una gran diversidad de actos como las relaciones sexuales bajo coacción en el matrimonio y en las citas, las violaciones por parte de extraños, las violaciones sistemáticas durante los conflictos armados, el acoso sexual (incluida la petición de favores sexuales a

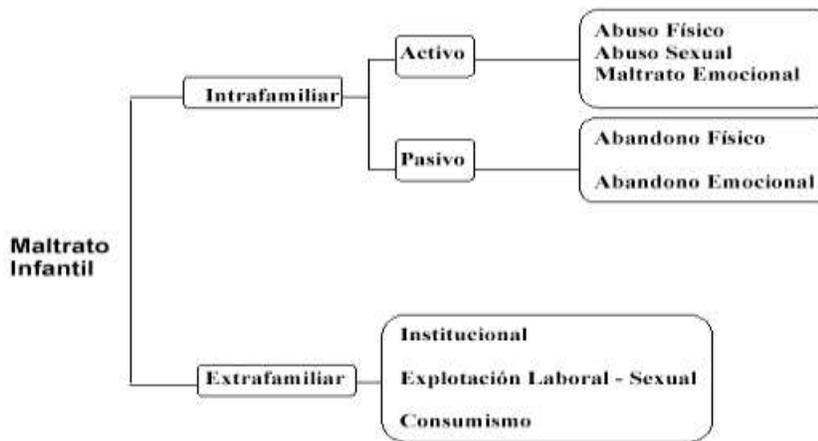
cambio de trabajo o calificaciones escolares), los abusos sexuales de menores, la prostitución forzada y la trata de personas y los actos violentos contra la integridad sexual de las mujeres, como la mutilación genital y las inspecciones obligatorias de la virginidad. Esta organización considera el abuso sexual como parte de la violencia interpersonal, reconociendo que es ejercida principalmente dentro de la familia o por otras personas a cargo del cuidado de los/as niños/as:

Consiste en involucrar a un niño/a en actividades sexuales que no comprende en su totalidad, que no está preparado/a en su desarrollo para dar un consentimiento, o que violan tabúes sociales y legales. Se caracteriza por una actividad entre un niño/a y un adulto u otro infante que por su edad o desarrollo tiene una relación de responsabilidad, confianza o poder sobre el niño/a, que está encaminada a la gratificación o la satisfacción sexual de la otra persona. Estas pueden incluir el inducir o coaccionar a un niño/a a mantener cualquier actividad sexual impropia a su edad; la explotación o el uso de un niño en la prostitución o prácticas sexuales ilegales y usar a los niños/as en materiales pornográficos (WHO, 2006, p. 1).

La definición dada por la Organización Mundial de la Salud es una de las más consensuadas, ya que conjunta elementos fundamentales de varias definiciones; sin embargo, existen otras clasificaciones. Arredondo y colaboradores (1998) distinguen entre los abusos que ocurren al interior de la familia y aquellos que ocurren al exterior de ésta, reconociendo que el abuso sexual se da no sólo en el contexto familiar (Figura 1).

Figura 1

TIPOLOGÍA DEL MALTRATO INFANTIL



Fuente: Arredondo, V., Donoso, M., Lira, G., Silva, A., Zamora, I. (1998). *Maltrato Infantil: Elementos Básicos para su Comprensión*. Chile: PAICABÍ.

En la definición brindada por la OMS no se explicitan los comportamientos que se incluyen dentro las denominadas “actividades sexuales”. En cambio, hay otras definiciones que hablan de las acciones o actos que componen el abuso sexual. En este sentido, Batrés (1997) distingue entre la violencia³ sexual directa e indirecta:

Violencia sexual indirecta: Consiste en someter a la niña o niño a mirar pornografía, a realizar actos de índole sexual para satisfacción del perpetrador; como ver sus genitales, o mostrarlos a los infantes y/o tomarles fotografías.

Violencia sexual directa: Incluye el tocar y masturbar a la niña/o con fines sexuales en diferentes áreas de sus cuerpos, especialmente las erógenas; hacer que la niña/o acaricie al adulto, lo masturbe o practique el sexo oral. Rozar el pene con el cuerpo del infante, u otras partes del cuerpo para buscar excitación, o penetrar la vagina o el ano, con el pene, el dedo u otro objeto.

³ Esta autora utiliza el término violencia, pero la definición que brinda es más cercana al concepto abuso

Por su parte, González-Serratos (2004) brinda una definición de abuso considerando las diferencias de género, reconociendo que se trata de relaciones sexuales entre una persona (por lo regular varón) y un/a niño/a, en donde existe un desbalance de poder, basada en la posición dominante y omnipotente del perpetrador adulto/a, es decir, es un evento sin consentimiento mutuo. Dicha definición, además de hacer explícitas las conductas que integran el abuso, habla de los sentimientos que estos actos provoca en el agredido/a y de las estrategias del quien lo ejecuta:

Todo hecho en el que se involucra una actividad sexual inapropiada para la edad del menor (niña o niño), se le pida guarde el secreto sobre dicha actividad y/o se le hace percibir que si lo relata provocará algo malo a sí mismo, al perpetrador y/o la familia. Estos actos sexuales provocan sentimientos de confusión emocional, miedo y en ocasiones de placer, sin embargo, este tipo de experiencias son consideradas extrañas y desagradables para el menor. El abuso sexual incluye la desnudez, la exposición a material sexualmente explícito, el tocamiento corporal, la masturbación, el sexo oral, anal y/o genital, el exhibicionismo, las insinuaciones sexuales, el presenciar como abusan sexualmente de otro menor, la exposición a actos sexuales entre adultos, la prostitución y pornografía infantil (p. 14).

González-Serratos (2004) también hace la distinción entre abuso sexual e incesto, conceptualización que tiene importantes implicaciones en el trauma sexual debido a la profanación de la confianza y los límites del menor, el cual, además de ser una actividad sexual inapropiada para la edad basada en el desbalance de poder, es:

un evento en donde existe una liga de confianza y/o consanguínea entre el agresor y la víctima, es decir, no es sólo el contacto sexual entre miembros de una familia y parientes (incluyendo la familia mediata e inmediata), sino entre personas (menor y agresor) con lazos emocionales y afectivos (p. 14).

Estas definiciones dejan ver que el abuso sexual no sólo hace referencia al acto coital, sino que comprenden acciones que van desde el exhibicionismo hasta el tocamiento y la penetración; actos que adquieren la connotación de abuso cuando

se dan en un contexto de desbalance de poder, en el que el niño/a no tiene los elementos para dar su consentimiento. Son actos que provocan en los infantes una gran confusión y en los que puede estar o no involucrada la coerción física.

Finalmente, si bien las definiciones mencionadas pueden considerarse adecuadas desde una perspectiva didáctica y teórica; en la realidad es difícil encontrar casos que coincidan exactamente a los planteamientos descritos, siendo bastante común la presencia de situaciones en las que no sólo este presente el abuso sexual, sino otras formas de maltrato como el emocional y el físico.

Estas dificultades, además de las evidentes complicaciones conceptuales y metodológicas, han provocado que la magnitud del problema no se conozca con precisión. Las estimaciones sobre su prevalencia varían enormemente según las definiciones usadas y la manera en que se recopila la información. La mayoría de los datos con los que se cuenta provienen de casos notificados por parte de reportes judiciales, centros clínicos y organizaciones no gubernamentales, sobre todo en mujeres; y si se toma en cuenta que este tipo de maltrato es menos reportado por los prejuicios, la vergüenza y por considerársele del mundo privado, el conocimiento real del problema se limita aún más. Sin perder de vista estas consideraciones, en el apartado siguiente se perfilan algunas cifras.

1.3 Magnitud y características del fenómeno

1.3.1 Prevalencia

A través de estudios con adultos que informan retrospectivamente sobre su propia niñez, se ha podido identificar que la prevalencia del abuso sexual en la niñez entre los varones varía de 1% —una definición restringida de contacto sexual que implica presión o fuerza— a 19%, cuando se emplea una definición más amplia. En las

mujeres adultas, la prevalencia de abuso sexual en la infancia varía de 0,9%, usando la violación (penetración) como definición del abuso, a 45% con una definición más amplia (WHO, 2002). Los resultados informados en los estudios internacionales realizados desde 1980 revelan una tasa media de prevalencia a lo largo de toda la vida de la victimización sexual en la niñez de 20% en las mujeres y de 5% a 10% en los varones (*ibid.*, 2002; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2006).

De acuerdo con una revisión de varios estudios, en la región de Latinoamérica se calcula que entre el 8 y el 27% de las mujeres y las niñas han sufrido violencia sexual por parte de alguien que no era su pareja (Ellsber, 2005 en Contreras, Bott, Guedes y Dartnall, 2010). Por otro lado, Finkelhor (1984) hace una revisión de estudios realizados en diversos países y señala que entre un 7 y 36% de las mujeres y entre un 3 a 29% de los hombres han sufrido abuso sexual en la infancia.

En México son pocas las investigaciones que se han dedicado al estudio de este tema, sin embargo, con el paso de los años y la difusión de la información se han producido trabajos que brindan un primer acercamiento al fenómeno. Dentro de estos esfuerzos se encuentra la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, en la que se detectó que el 5.4% de la población urbana reporta haber experimentado abuso sexual y 3.9% violación, siendo los menores y adolescentes los más expuestos a la violencia sexual, con reportes a partir de los 5 años y pocos casos nuevos después de los 20 años (Medina-Mora *et al.*, 2005).

A través de la Encuesta de Maltrato Infantil y Factores Asociados (Villatoro, Quiroz, Gutiérrez, Díaz y Amador, 2006) realizada en una muestra representativa de estudiantes de secundaria de cuatro estados de la República Mexicana, se detectó que el 5.8% de esta población reportó haber sufrido de abuso sexual.

Por otro lado, datos arrojados por la Encuesta Nacional de la Violencia contra las Mujeres-2003, realizada a mujeres usuarias de servicios de salud públicos, mostraron que un 5.2% de ellas fueron tocadas sexualmente u obligadas a hacer algo sexual en contra de voluntad por parte de un hombre de su familia antes de la edad de 15 años (Ferdinand, 2005).

Otros reportes señalan que en México entre 1997 y el año 2003, un menor era violado cada hora (Informe sobre el Estado Mundial de la Infancia, en Alcántara, 2005). De igual manera, de acuerdo con los datos presentados en Segundo Foro Regional contra la Explotación Sexual Comercial Infantil, alrededor de 20 mil menores son víctimas de explotación sexual comercial, de los cuales cerca del 70% sufrieron de abuso sexual en su propia casa (Arreola, 2005, Agosto 17).

De acuerdo con los datos del Programa de Prevención al Maltrato Infantil del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF-PREMAN), de los menores atendidos en el DIF por maltrato infantil en el 2004, 3.8% fue por abuso sexual y .2% por explotación sexual comercial. Cabe señalar que un menor pudo haber sufrido más de un tipo de maltrato (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI], 2006).

En lo que respecta al comportamiento del fenómeno en la Ciudad de México, una encuesta realizada por el Instituto de las Mujeres del D.F., reveló que en uno de cada 3 hogares los menores de edad son víctimas de maltrato familiar, y en uno de cada diez, se cometen abusos sexuales. Esta cifra podría ser mayor, ya que la mayoría de las personas prefiere no hablar de estos hechos por amenazas o debido a que la los agresores suelen ser los padres, abuelos o hermanos (Cancino, 2006, Abril 18).

1.3.2 Circunstancialidad

El abuso sexual de menores generalmente es perpetrado por un adulto o alguien de edad más avanzada que utiliza su posición de poder para coaccionar a la niña/o a tener actividad sexual. La mayoría de los perpetradores son conocidos por las víctimas (padres, padrastros, familiares, amistades, vecinos) que se aprovechan de su posición dominante; el abuso suele ocurrir más de una vez y puede durar varios años (Contreras *et al.*, 2010).

De acuerdo con una revisión de la literatura hecha por Beltrán (2007) orientada a medir características del abuso sexual, la media de edad en la que sucede el abuso sexual es de 7.9 años, con un valor mínimo de 4.9 años y un máximo de 11.5 años. Aproximadamente en el 62% de los casos, el perpetrador es un integrante de la familia, de estos, en el 30% se trata del padre biológico, seguido en porcentaje por los cometidos por tíos y hermanos.

Las niñas corren alrededor del doble de riesgo que los niños de que abusen sexualmente de ellas en la infancia y a menor edad (González-Forteza, Ramos, Vignau, Ramírez y Villarreal, 2001). Son cometidas principalmente por hombres adultos quienes buscan gratificación sexual haciendo uso de un desbalance de poder en la relación menor-adulto (Ramos, Saldívar, Medina-Mora, Rojas y Villatoro, 1998).

En relación con las características de los eventos de abuso sexual, un estudio hecho en un centro de atención a la violencia familiar y sexual de la Ciudad de México, encontró que aproximadamente 50% de los agresores por violación son conocidos de sus víctimas y con frecuencia pertenecen a la familia de la víctima; esto es especialmente importante en menores de 10 años y en jóvenes de 13 a 19 años (Garza-Aguilar y Díaz-Michel, 1997).

Finkelhor (1984) hizo una exhaustiva revisión de las condiciones y circunstancias en las que el abuso sexual infantil se da. Este autor une los conocimientos acerca de los agresores sexuales, las víctimas y su familia, así como factores sociológicos y psicológicos, para construir un modelo denominando de “Las Cuatro Precondiciones del Abuso Sexual”, haciendo referencia a cuatro niveles por los que pasa un agresor al cometer el abuso, considerando en cada uno factores psicológicos y del contexto, a continuación un resumen de ellos.

1. Factores relacionados con la motivación a abusar sexualmente.

Existen tres fuentes de motivación en el agresor: 1. *congruencia emocional*, relacionada con la necesidad de ser dominante y poderoso; 2. *excitación sexual*, en donde el niño/a se convierte en objeto de gratificación sexual; y 3. *obstrucción*, cuando las alternativas de gratificación sexual adultas no están disponibles o son menos satisfactorias. Estas situaciones se relacionan a nivel social con el uso de la pornografía infantil, con la tendencia a sexualizar las necesidades emocionales y con las normas represivas sobre el sexo.

2. Factores que disminuyen las inhibiciones internas

Estos incluyen desórdenes en los impulsos y fallo en la dinámica familiar; que a su vez se relaciona con la permisividad de la pornografía infantil, las sanciones legales débiles a los abusadores, la ideología patriarcal, la inhabilidad para identificarse con las necesidades de los/as niños/as y las prerrogativas del padre.

3. Factores que predisponen a superar las inhibiciones externas

Aquí se contemplan situaciones como una madre ausente, enferma, no cercana o dominada por el padre; aislamiento social de la familia, las oportunidades de estar solo con la niño/a y con las condiciones de la vivienda. Estas circunstancias están

a la vez relacionadas a nivel sociocultural, con la desigualdad de la mujer respecto al hombre, la erosión de las redes sociales y la ideología de la “santidad familiar”.

4. Factores predisponentes a superar las resistencias del niño/a

Estos hacen referencia a infantes emocionalmente inseguros o desfavorecidos, con escaso conocimiento de la sexualidad, en una situación de confianza con el abusador; situaciones a la vez relacionados con factores sociales como la indefensión social de la infancia y el escaso acceso a la educación sexual de los/as niños/as.

Concretamente en México, un reporte sobre la circuntancialidad de abuso sexual infantil en mujeres sobrevivientes de abuso atendidas en el Programa de Atención Integral a Víctimas y Sobrevivientes a Agresión Sexual (PAIVSAS) de la UNAM,⁴ identificó que la mayoría de ellas habían sufrido de abuso sexual incestuoso sin penetración; el abuso consistió principalmente en tocamiento general del cuerpo y genital. La edad de la víctima al iniciar el abuso era entre los 5 y 6 años; el agresor era conocido por la víctima, siendo principalmente hermanos, seguidos por primos y tíos; la edad de los atacantes oscilaba entre los 12 y 19 años; las víctimas fueron amenazadas con golpes y se les trato rudamente; el lugar de abordaje y ataque fue principalmente la casa de la víctima seguida por la del agresor (González-Serratos, 2004).

Estas estadísticas no son únicamente números –por atemorizantes que puedan ser sólo en ese nivel-, se trata de seres humanos. El abuso sexual es un crimen que afecta a gente real justo en el centro de quienes son. En la siguiente sección se profundizará en las consecuencias que este tipo de eventos tienen en la vida de las personas.

⁴ Universidad Nacional Autónoma de México.

1.4 Repercusiones a largo plazo

El daño físico y mental del abuso sexual es frecuentemente devastador. Este tipo de experiencias altamente traumatizantes y desorganizadoras, pueden generar en los/as sobrevivientes importantes secuelas. El impacto de las vivencias de abuso sexual en una etapa de la vida en la que aún no se tienen los elementos para hacer frente y comprender lo sucedido como lo es la infancia, va más allá de las consecuencias que puede tener un hecho traumático aislado, ya que se generan alteraciones profundas a nivel cognitivo, perceptual, en la regulación afectiva, en la autopercepción y en la personalidad (Van der Kolk, 2001).

La mala salud causada por la violencia sexual constituye una porción significativa de la carga mundial de morbilidad. Se ha reportado la aparición de problemas psiquiátricos y psicosociales a corto y largo plazo como depresión, ansiedad, abuso de sustancias, trastorno por estrés postraumático, pensamiento e ideación suicida, así como problemas conductuales, delincuencia, pobre desempeño escolar, desórdenes del sueño y de la alimentación, entre otros (Caballero *et al.*, 2002; Garbarino y Eckenrode, 1999; González-Serratos, 2004; WHO, 2002).

Actualmente hay pruebas de que enfermedades importantes de la edad adulta - entre ellas la cardiopatía isquémica, el cáncer, la enfermedad pulmonar crónica, el síndrome del colon irritable y la fibromialgia- están relacionadas con experiencias de violencia en general durante la niñez (WHO, 2002).

El abuso sexual en la infancia en particular parece constituir un predictor significativo del deterioro en la salud mental durante la adolescencia y la edad adulta. Un estudio reciente de la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2007) estimó el impacto a lo largo de la vida del abuso sexual infantil, encontrando que da cuenta de aproximadamente: el 6% de los casos de depresión, el 6% de abuso y

dependencia de alcohol y drogas, el 8% de los intentos de suicidio, el 10% de los ataques de pánico y el 27% de los casos de trastorno por estrés postraumático.

En México, Ramos y colaboradores (1998) hicieron una revisión de los hallazgos de diversas investigaciones respecto a las repercusiones a largo plazo del abuso sexual en la niñez, notificando baja autoestima y depresión; ideación y el intento suicidas; habilidades sociales inadecuadas; relaciones sexuales e interpersonales problemáticas; confusión sexual y conductas sexualizadas; conductas extremas; prácticas sexuales sin protección; mayor riesgo de involucrarse en la prostitución, sobre todo si el abuso ocurrió a edades tempranas; disfunciones sexuales; insensibilidad emocional; una tendencia a la re victimización y agresión; síntomas postraumáticos; trastornos de la alimentación; experiencias disociativas en la edad adulta –particularmente en quienes sufrieron tanto abuso físico como sexual en la infancia, o bien, abuso infantil y re victimización en la adolescencia o edad adulta–; dolores pélvicos crónicos; dolores de cabeza, trastornos gastrointestinales y dependencia al alcohol o las drogas.

Nelson (2002) examinó la asociación entre el abuso sexual en la infancia y el trastorno depresivo mayor, el intento e ideación suicidas, los trastornos de conducta, la dependencia al alcohol y a la nicotina, la ansiedad social, la violación y el divorcio en la edad adulta, controlando la variable entorno familiar que comprendió peleas de los padres, conflicto de los padres, presencia de padrastros y madrastras, el descuido de los padres y el abuso físico, ello con el fin de determinar si estas secuelas son directamente atribuibles al abuso, encontrando que aumentan las consecuencias negativas para los individuos con historia de abuso sexual, independientemente de la variable entorno familiar.

Desafortunadamente, no se tiene el vocabulario para describir adecuadamente ni la experiencia ni el impacto de este tipo de actos. El abuso es forzar al cuerpo a hacer lo que el cuerpo puede no querer hacer o no está preparado para hacer. Cuando

se abusa de los menores, se les fuerza a ser sexuales, sin estar preparados o listos. Los sobrevivientes de un abuso sexual pierden el control sobre su propio cuerpo: ella o él experimenta que otra persona atacó la parte íntima de quien es – frecuentemente de manera agresiva-. Como resultado, mucho de lo que se cree acerca de los derechos inherentes de la autonomía personal y la integridad corporal se destruyen completamente. Además, cuando las mujeres o los hombres son asaltados por conocidos, el ataque cambia su creencia en su habilidad de escoger a las personas en las que confían. Todo esto tiene un impacto en el resto de la vida de la persona que ha sobrevivido a un abuso sexual (Funk, 1997).

1.4.1 Diferencias entre hombres y mujeres

El abuso sexual es una de las experiencias más dolorosas que cualquiera –hombre o mujer- podría sufrir. Pocos estudios, sin embargo, han abordado las diferencias entre hombres y mujeres respecto a las repercusiones del abuso sexual en la edad adulta.

Al respecto, McMillan y colaboradores (2001) evaluaron la aparición de trastornos psiquiátricos en una muestra de población general y compararon el desarrollo de psicopatología entre aquellos que reportaron una historia en la infancia de abuso sexual, con los que no la reportaron, haciendo una diferenciación entre hombres y mujeres. Una historia de abuso sexual infantil se asoció con altas prevalencias de trastornos de la ansiedad, dependencia o abuso de alcohol y comportamiento antisocial. Las personas con una historia de abuso tenían más probabilidad de tener uno o más trastornos que aquellos que no la reportaron. Las mujeres sobrevivientes de abuso tuvieron altas tasas de trastornos de la ansiedad, trastorno depresivo mayor, abuso o dependencia de alcohol y otras drogas, así como de conducta antisocial. Para los hombres, la prevalencia de los trastornos tendía a ser más alta entre aquellos que reportaron la exposición al abuso sexual, pero sólo

fueron estadísticamente significativos la dependencia y el abuso de alcohol. Con excepción de los trastorno de ansiedad, la fuerza de asociación entre una historia de abuso y el trastorno psiquiátrico fue de mayor magnitud para las mujeres que para los hombres.

Por otra parte, Dilorio (2002) encontró que los hombres con abuso sexual durante la infancia tienen más posibilidad de reportar actividad sexual no deseada en la adultez, compra y venta de sexo, problemas relacionados con el alcohol, uso de drogas y presentan una frecuencia más alta de actos sexuales sin protección y más parejas sexuales; colocándolos en una situación de riesgo para el contagio del VIH-Sida.

Ramos (*et al.*, 1998) reporta que en el caso los hombres, se han notificado como efectos a largo plazo del abuso la sensibilidad interpersonal, la ansiedad fóbica, la depresión y el trastorno obsesivo-compulsivo, así como baja autoestima, ideación e intento suicidas y abuso de sustancias.

En definitiva, al igual que las mujeres, los hombres también se ven afectados por las experiencias de abuso sexual, sanar de un ataque sexual para ellos es también un proceso de vida. Socialmente cuentan con menos recursos para recuperarse debido a los estigmas que hay alrededor del abuso sexual masculino: se tiene la idea que a los hombres no se les viola, o que quienes han vivido algún evento de este tipo pueden volverse homosexuales, viéndose obligados a guardar el secreto del abuso por mucho más tiempo, dificultando el proceso de curación. En este sentido, los hombres violados suelen describir que se sienten “*emasculados*” -vueltos mujeres- (Funk, 1997).

Cabe aclarar además que las manifestaciones físicas, conductuales y emocionales del abuso, varían de persona en persona, dependiendo de la edad y la etapa del desarrollo en que ocurrió el abuso, el tipo de abuso, la frecuencia, la severidad del

abuso, la relación con el perpetrador, y otros factores en el contexto (National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect, 2004).

Aunque el impacto del abuso sexual suele ser analizado en términos de las consecuencias físicas, psicológicas y del comportamiento, esta división es teórica. Los problemas psicológicos frecuentemente se manifiestan como comportamientos de alto riesgo. La depresión y la ansiedad, por ejemplo, pueden hacer que una persona sea más propensa a fumar, abusar de las bebidas alcohólicas o drogas ilícitas o comer en exceso.

1.5 Impacto traumático

En la sección anterior se hizo un recuento de las secuelas a largo plazo de abuso sexual en la infancia, sin embargo, dados los objetivos de la presente investigación, es necesario conocer algunas de las propuestas teóricas que dan cuenta de cómo es que estas secuelas se producen. Para ello, en este apartado se analizan las repercusiones del abuso sexual en la infancia desde la perspectiva del trauma.

1.5.1 Trastorno por estrés postraumático

De acuerdo con diversos teóricos durante el abuso sexual se producen en la víctima alteraciones cognoscitivas y emocionales, traumas que distorsionan en la víctima el concepto de sí misma, de su valor, de la visión del mundo y de sus capacidades afectivas (Meichenbaum, 1994; Van der Kolk, 2001).

Se entiende por trauma a la presencia de trastornos emocionales en los individuos, producto de la exposición a eventos de naturaleza grave y amenazante. Los sucesos traumáticos tienen un impacto determinante en los sentimientos y en los sistemas de creencias de las personas, siendo capaces de producir una sensación

de pérdida en diversas áreas: en la creencia de uno mismo, en la seguridad del mundo, en la confianza hacia los demás y en la propia identidad (Meichenbaum, 1994, p. 49).

El tema central del trauma, es la realidad de lo sufrido. El elemento crítico que torna traumático a un suceso es la evaluación subjetiva de la víctima acerca de cuan desamparada o amenazada se ha sentido, es decir, se refieren al significado que el individuo le asigna al suceso y a sus consecuencias, el cual, es tan relevante como el evento traumático en sí mismo (Cía, 2001). Los desórdenes asociados al trauma pueden ser muy severos y de largo plazo, especialmente cuando el factor estresante tiene que ver con la acción humana, como sucede en la tortura, la violencia doméstica o el incesto.

Desde la Primera Guerra Mundial, las respuestas al estrés traumático han sido etiquetadas de muy diversas formas a lo largo de los años, y es hasta 1980 que el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III) reconoció por primera vez el trastorno por estrés postraumático (TEPT) como una entidad diagnóstica diferenciada. Fue categorizado como un trastorno de ansiedad por la característica presencia de ansiedad persistente, hipervigilancia y conductas de evitación fóbica (Meichenbaum, 1994).

El trastorno por estrés postraumático es una respuesta sintomatológica que una persona desarrolla después de haber estado expuesta a un suceso altamente estresante, debido a que ha amenazado su integridad física, su vida o la de otras personas. La violencia sexual, los ataques físicos, asaltos, los secuestros, el abuso sexual, el ser testigo de muerte o de lesiones graves a otra persona, y el saber de la muerte o asalto a un familiar o amigo cercano, son sucesos que el DSM-IV menciona como susceptibles de producir TEPT (Medina-Mora *et al.*, 2005).

Si la persona expuesta a estos sucesos responde con miedo intenso, impotencia o terror, puede pensarse en la presencia de este diagnóstico (Cía, 2001). Asimismo, requiere la presencia de síntomas de acuerdo con los siguientes criterios:

- Síntomas de reexperimentación del trauma: recuerdos intrusivos, pesadillas, flashbacks, estímulos internos y externos que simbolizan el suceso traumático, etc.
- Síntomas de evitación y embotamiento: evitación de pensamientos o conversaciones sobre el suceso, evitación de lugares, actividades o personas que reflejen el trauma, restricción de la vida afectiva, disminución de interés en actividades importantes.
- Síntomas de hiperactivación autonómica: dificultades para conciliar o mantener el sueño, irritabilidad o ataques de ira, hipervigilancia, sobresaltos, etc.

Para el diagnóstico del trastorno, estos síntomas deben durar más de un mes y provocar malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas vitales de la persona (Cía, 2001).

En los Estados Unidos se calcula que la prevalencia anual de TEPT es de 7,8%; y en el ámbito mundial, aproximadamente el 8% de las personas desarrollará este trastorno en algún momento de sus vidas.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (2002), 68% de la población mexicana urbana ha estado expuesta al menos a un suceso estresante durante su vida, exposición que varía por sexo y edad. La prevalencia de trastorno por estrés postraumático reportada fue de 1.45%; resultando mayor entre las mujeres. Las prevalencias más elevadas fueron las asociadas a la persecución o acoso, la violación, el secuestro, el abuso sexual y el haber sido

víctima de violencia por parte de los padres. La edad promedio cuando se manifiesta el síndrome es de 19.7 años, con momentos de mayor actividad en la infancia, alrededor de los 20, entre los 25 y 35, y después de los 60 años (Medina-Mora *et al.*, 2005).

En cuanto a la edad, los hombres reportan más experiencias violentas en la adolescencia y adultez y las mujeres en la infancia. También se observó que las mujeres son más agredidas por sus parejas y familiares, mientras que los hombres por amigos, conocidos o extraños.

La manera como el TEPT afecta el funcionamiento global varía de persona a persona. A pesar de la capacidad humana para adaptarse y sobrevivir, los sucesos y recuerdos traumáticos pueden alterar aspectos vitales de algunos individuos. Se calcula que solamente un cuarta parte quienes se exponen a un evento traumático desarrollan TEPT (Medina-Mora *et al.*, 2005).

Existen varios factores que incrementan la posibilidad de su presentación y cronicidad, como experimentar el evento en etapas tempranas, que se padezcan múltiples hechos traumáticos, su severidad, el género de quien lo experimenta, una historia personal de estrés y de problemas conductuales o psicológicos, psicopatología comórbida, factores genéticos, historia familiar de psicopatología, historia de TEPT en los padres o una exposición subsiguiente a suceso medioambientales reactivantes (Palacios y Heinze, 2002).

El grado de desarrollo psicobiológico es importante al momento de presentarse un suceso traumático. Las experiencias traumáticas en la infancia, como el abuso físico y sexual, se asocian con un mayor riesgo de presentación del trastorno y con síntomas más severos en la adultez; asimismo, el cerebro en desarrollo del niño es más sensible a las agresiones traumáticas pudiendo afectar la maduración

neurobiológica (Bolger y Patterson, 2001; *ibid.*, 2002). En particular, existe un período crítico en el desarrollo del ser humano en el que la experiencia de trauma puede conllevar cambios neurobiológicos permanentes, que aumentan la posibilidad de desarrollar trastornos de ansiedad y del estado del ánimo como respuesta a la experiencia de otros estresores posteriores en la vida de la persona.

El curso clínico del TEPT es con frecuencia crónico; solamente 50% de los pacientes se recupera dentro de los dos primeros años posteriores al incidente. Muchos de los que no se recuperarán tendrán síntomas hasta 15 años después. Luego de varios años, la reacción traumática se adapta y se convierte en parte del estilo de afrontamiento del individuo (Palacios y Heinze, 2002).

En muchos casos, el trastorno presenta además una alta comorbilidad con diagnósticos como la depresión, los trastornos por uso de sustancias, principalmente alcohol, la fobia social, trastornos de la personalidad, trastornos disociativos y ataques de pánico (Medina-Mora *et al.*, 2005; Palacios y Heinze, 2002).

1.5.2 Trauma complejo

Ante la alta comorbilidad del TEPT, algunos autores postulan la necesidad de un nuevo diagnóstico conocido como “trauma complejo” o Trastornos de Estrés Extremo no especificados en otra categoría (DESNOS, por sus siglas en inglés) para los casos en que la situación traumática se haya producido repetidamente y a lo largo de mucho tiempo o en situaciones de traumatización extremas que comprometan el sentido del yo y las relaciones de confianza en periodos críticos del desarrollo (Cía, 2001; Ford y Kidd, 1998). De esta manera, la exposición al trauma condiciona el desarrollo de la personalidad del individuo, provocando alteraciones en la regulación de afectos e impulsos, en la conciencia y atención, en la auto percepción, en la percepción del perpetrador, en las relaciones personales y en el sistema de significado (Van der Kolk, 2001). Este es el caso de situaciones de

abuso sexual, cautiverio, prisioneros de campos de concentración, prisioneros de guerra, víctimas de la tortura, violencia doméstica, abuso físico y emocional, explotación sexual, entre otros (Van der Kolk, Lewis, Terr, s/f, en Suárez, Pedreira y Porras, 2006).

Las situaciones de abuso sexual tienen importantes implicaciones en la degradación de la identidad y de la vida relacional del individuo, provocan alteraciones profundas a nivel cognitivo, perceptual y de la regulación afectiva, de ahí la alta presencia de trastornos que suelen ser clasificadas como condiciones comórbidas, en lugar de ser reconocidas como parte del trauma (Van der Kolk, 2001).

Suárez y colaboradores, sugieren que además de la aplicación de escalas y cuestionarios para analizar la magnitud y cronicidad de los eventos traumáticos, siete áreas deben ser detectadas para el DESNOS:

1. Alteraciones en la regulación de los afectos e impulsos (por ejemplo, dificultades para controlar la ira o el afecto, conducta sexual compulsiva, ideación suicida, autolesiones, conductas de riesgo, disforia persistente).
2. Alteraciones en conciencia y atención (por ejemplo, episodios disociativos, amnesia, despersonalización transitoria, desrealización).
3. Alteraciones en la percepción del sí mismo (por ejemplo, sensación de estar permanentemente apesadumbrado y dañado, culpabilización, responsabilidad excesiva, dificultades de comprensión, sensación de deshonra o estigma, sentido de ser completamente diferentes a otros).
4. Alteración de la percepción de la figura del abusador (idealización del victimario en el abuso sexual, preocupación excesiva por el bienestar del victimario, preocupación por la venganza).

5. Alteraciones en la relación con otros (incapacidad para tratar con otros, procesos de re victimización, victimización a otros, aislamiento, desconfianza persistente, búsqueda de un “socorrista”).
6. Somatizaciones (quejas continuas, problemas digestivos, cardiovasculares, síntomas de conversión motora o sensorial, síntomas sexuales, dolor crónico).
7. Alteración del sistema de significados (desesperanza, indefensión, cambios drásticos en las creencias sostenidas previamente).

Por su parte, Meichenbaum (1994) sugiere agrupar los diferentes aspectos del impacto traumático por categorías de respuesta: emocional, cognitiva, biológica, conductual y caracterológica. Es así como propone un listado de las secuelas traumáticas ante abusos prolongados:

Emocional: Sorpresa, estupor, rabia, terror, sentimientos de culpa, sensaciones de pérdida y vulnerabilidad, irritabilidad, desesperanza, hostilidad, disgusto, depresión, angustia, tristeza, temor al abandono y a quedarse solo, temores de que reaparezca o se reavive el trauma, dificultades para poder expresar los sentimientos, explosiones temperamentales, autoculpabilización, desvinculación afectiva (aislamiento), sentirse extrañado o adormecido.

Cognitiva: Falta en concentración, confusión, autculpa, evitación, disminución de la autoestima y de la eficacia, pensamientos intrusivos, desorientación, alteraciones de la memoria, sensación de pérdida de control.

Biológica: Fatiga, somnolencia, insomnio, pesadillas, hipervigilancia, respuestas vivias, quejas psicósomáticas, alteraciones de los patrones del sueño.

Comportamental: Retraimiento social, desvinculación del medio, un mayor grado de estrés o discordia dentro de las relaciones habituales, tendencia al abuso de sustancias, comportamientos arriesgados, decremento en la ejecución de tareas, alta incidencia de divorcios, matrimonios múltiples, trastornos laborales y vocacionales.

Caracterológica: Se refiere a que las víctimas de abuso prolongados desarrollan cambios característicos de personalidad, en las que se incluyen alteraciones de las relaciones interpersonales o de la identidad.

Caso especial es la evitación, ya que puede responder a la evitación de sentimientos (numbing), de conocimiento del suceso (amnesia), de conducta (respuesta fóbica) y de comunicar el suceso.

Específicamente en lo que se refiere al impacto postraumático de la experiencia de abuso sexual en la infancia, González-Serratos (2004) presenta los síntomas postraumáticos más reportadas por sobrevivientes de abuso sexual que acudieron a un centro de tratamiento especializado, considerando el impacto dentro de las áreas: autoimagen, autoconcepto, sexualidad, relaciones interpersonales, depresión, síntomas psicósomáticos y trastornos de conducta (Cuadro 1).

Por su parte Epstein (1991, citado en Meichenbaum, 1994) reporta el impacto del abuso sexual en el sistema de creencias:

1. Hay una violación y desafío de supuestos y creencias básicas.
2. Puede llevar a sentimientos de pérdida y a una falta de creencia en sí mismo, de que el mundo es seguro y de confiar en los otros.
3. Sensación de una pérdida de identidad y de la capacidad de relación.
4. Desafío a la sensación de seguridad de la persona.
5. Pueden llevar a las/os sobrevivientes a culparse por haber sido victimizadas/os.

Cuadro 1

SÍNDROME POSTRAUMÁTICO EN SOBREVIVIENTES DE VIOLENCIA SEXUAL EN LA INFANCIA

Síntomas Psicossomáticos	
<ul style="list-style-type: none">• Sensación de adormecimiento mental asociado a un recuerdo, emoción o situación particular• Bloque de la memoria en la infancia	<ul style="list-style-type: none">• Problemas gastrointestinales• Flashes de memoria (flashbacks)• Dolor de cabeza
Trastornos generales de la conducta	
<ul style="list-style-type: none">• Pesadillas• Trastornos de la alimentación (anorexia, bulimia, comer compulsivamente)• Conducta compulsiva	<ul style="list-style-type: none">• Terror a ser asaltada/o• Terror a ser atrapado• Extrema privacidad para usar el baño• Consumo excesivo de café, dulces, cigarro
Autoimagen	
<ul style="list-style-type: none">• Mala imagen corporal (sensación de fealdad)	<ul style="list-style-type: none">• Sensación de no ser uno mismo• Usar ropa que esconda el cuerpo
Sexualidad	
<ul style="list-style-type: none">• Dificultad para vincular sexualidad con emociones	<ul style="list-style-type: none">• Sentirse sucia sexualmente
Autoconcepto	
<ul style="list-style-type: none">• Autodevaluación• Sensación de ser diferente• Vergüenza• Sensación de inadecuación• Sensación de tener un secreto horrible• Desconfianza para creer en la felicidad	<ul style="list-style-type: none">• Necesidad de ser perfectamente bueno• Sensación de estar marcado• Sensación de parecer tonto• Control rígido de los propios pensamientos• Creación de identidades fantasiosas
Relaciones interpersonales	
<ul style="list-style-type: none">• Enojo contante• Necesidad de controlar• Incapacidad para decir “no”• Incapacidad para confiar en los demás• Miedo de perder el control• Incapacidad para establecer límites a los demás• Miedo a estar solo• Ser en general nervioso, callado• Miedo a que sea revelado su secreto• Distanciarse del medio que le rodea	<ul style="list-style-type: none">• Facilidad para sobrecogerse• Patrón de relación con personas de mayor edad• Urgencia de contar su secreto• Necesidad de ser poderosa• Ansiedad de ser observada• Hacer sin pensar lo que los demás desean• Patrón de ambivalencia en las relaciones interpersonales• Aversión a ser tocado• Miedo al abandono• Sensación de estar siendo observado
Depresión	
<ul style="list-style-type: none">• Sintomatología depresiva• Culpa• Falta de cuidado de la salud propia• Entrar fácilmente en crisis	<ul style="list-style-type: none">• Cualquier presión desemboca en estrés• Rabia• Miedo a la propia ira

Fuente: González-Serratos, R. (2004). Capítulo II. Experiencia universitaria y de otras instituciones. El abuso sexual al menor

Meichenbaum (1994) señala que los cambios fenomenológicos se reflejan en las narraciones de las víctimas, por ejemplo, es común que quienes experimentan TEPT se hagan preguntas como las siguientes:

- ¿Qué me pasó?,
- Esto no me puede estar pasando,
- no me puede pasar
- ¿Por qué yo?
- Y si....
- Si sólo hubiera....
- Debí de...
- ¿Por qué lo hizo?
- ¿Por qué tuvo que pasar?
- ¿Qué he hecho?
- ¿Qué debí de hacer?
- ¿Dónde puedo estar seguro?
- ¿En quién puedo confiar?
- ¿Con quién pudo contar?
- ¿Cuánto control puedo tener?
- ¿Por qué tengo que pasar por esto?
- No puedo dejar de pensar que va a volver a suceder
- ¿Qué me está pasando?
- ¿Qué va a pasar conmigo?
- ¿Cómo Dios dejó que me sucediera?
- No quiero enfrentar nada nunca más
- Duele tanto que no quiero enfrentarlo
- ¿Por qué pasan estas cosas?
- Nadie entiende mi dolor
- Soy una persona diferente

1.5.3 Factores que influyen en el impacto traumático

Es importante determinar el contexto en el que el abuso sexual infantil se da, ya que las consecuencias que produce este tipo de eventos pueden agravarse considerando las circunstancias en que el mismo se presenta.

Finkelhor (1984) afirma que el abuso tendrá consecuencias más negativas si se prolonga por un largo período de tiempo, si sucede con una persona muy cercana (con una sensación de traición), si está acompañado por agresión, si los padres reaccionan de manera negativa a la denuncia y si se guardó el abuso como secreto o no.

Otro aspecto que parece influir en los efectos del abuso es encontrar sentido a la victimización (aún después de varios años), ya que facilita un mejor enfrentamiento del problema y, en consecuencia, disminuir el malestar psicológico (Ramos *et al.*, 1998).

De acuerdo con Meichenbaum (1994), algunos de los factores que influyen en el impacto traumático del abuso sexual en la infancia son:

1. *Las características de la relación abusiva*

- a) Duración y frecuencia del abuso
- b) Tipo de relación con el abusador
- c) Un perpetrador vs. varios perpetradores

2. *Rasgos del abuso*

- a) Uso de la fuerza
- b) Severidad en la forma de invadir o contacto sexual más íntimo

3. *Momento del abuso en el curso del desarrollo psicosocial de la víctima*

4. *Soporte de los padres respecto al abuso* (por ejemplo, reacción de apoyo, castigo, incredulidad, negación o estigmatización) y cohesión familiar.

5. *Contexto familiar de la víctima* (por ejemplo: maltrato, negligencia, consumo de alcohol de los padres, síntomas de estrés familiar, psicopatología de los padres, falta de supervisión, peleas entre los padres).

6. *Estilos de atribución y estrategias de afrontamiento respecto al abuso.*

De esta manera, la severidad del abuso (duración y frecuencia, actos sexuales más intrusivos, el uso de la fuerza, que el perpetrador sea una figura afectiva), la existencia de varios abusadores, la falta de apoyo social (reacciones de los padres ante el abuso), y el auto culparse (estilo de atribución), son factores asociados a un mayor impacto del abuso.

1.5.4 Dinámicas del impacto traumático

Basados en la revisión de la literatura sobre los efectos del abuso sexual en la infancia, Finkelhor y Browne (1985, en Batres 2006) sugieren que la experiencia de abuso sexual puede ser analizada en términos de cuatro factores traumatizantes o “*dinámicas traumagénicas*” -la sexualización traumática, la traición, la impotencia y la estigmatización- (Cuadro 2). Estas dinámicas ocurren también en otras clases de trauma, pero la conjunción de éstas cuatro es lo que convierte al trauma del abuso sexual en algo único, diferente de otros traumas de la niñez tales como la separación de los padres o el ser la víctima de abuso físico (Batres, 2006).

Cuadro 2

LAS DINÁMICAS TRAUMAGÉNICAS EN EL IMPACTO DEL ABUSO SEXUAL

I SEXUALIZACIÓN TRAUMÁTICA	II ESTIGMATIZACIÓN	III TRAICIÓN	IV IMPOTENCIA
Dinámicas			
<p>El niño es premiado por una conducta sexual inapropiada para su nivel de desarrollo El ofensor cambia atención y afecto por el sexo. Las partes sexuales del niño son resaltadas. El ofensor trasmite concepciones erróneas acerca de la conducta sexual y la moralidad sexual.</p>	<p>El ofensor culpa, denigra a la víctima El ofensor y otros presionan al niño para que mantenga el secreto. El niño infiere actitudes de vergüenza acerca de las actividades. Otras personas se escandalizan por el hecho. Otras personas culpan al niño por los hechos. La víctima es estereotipada como un bien dañado.</p>	<p>Se manipula la confianza y la vulnerabilidad Se viola la expectativa de que otras personas proveerán el cuidado y la protección. Se descuida el bienestar del niño Falta el apoyo y la protección de los padres.</p>	<p>El territorio del niño es invadido en contra de su voluntad. El niño continúa siendo vulnerable a la invasión a través del tiempo. El ofensor utiliza la fuerza o la manipulación para involucrar al niño. El niño se siente incapaz de protegerse y terminar con el abuso. La experiencia de miedo se repite. El niño es incapaz de hacer que otras personas le crean</p>
Impacto psicológico			
<p>Se da una creciente importancia a los aspectos sexuales. Confusión acerca de la identidad sexual y las normas sexuales. Confusión del sexo con el amor y el dar y recibir cariño Asociaciones negativas con las actividades sexuales y las sensaciones de excitación. Aversión a la intimidad sexual.</p>	<p>Culpabilidad, vergüenza Una pobre autoestima La sensación de ser diferente a los demás</p>	<p>Dolor, depresión. Dependencia extrema. Daños a la habilidad para juzgar que otras personas son de confianza. Desconfianza; particularmente de los hombres. Enojo, hostilidad.</p>	<p>Ansiedad, Miedo. Una sensación pobre de eficacia. La percepción del yo como víctima. Necesidad de control. Identificación con el agresor.</p>
Manifestaciones conductuales			
<p>Presencia de preocupaciones y conductas sexuales compulsivas Actividad sexual precoz. Se dan comportamientos sexuales agresivos. Prostitución Disfunciones sexuales Se evita o se presentan fobias a la intimidad sexual. Se presenta una sexualización inapropiada de los padres.</p>	<p>Aislamiento. Abuso del alcohol o de las drogas. Conducta criminal. Automutilación. Suicidio.</p>	<p>Aferramiento. Vulnerabilidad a un futuro abuso y explotación. Permiso para que los niños sean víctimas. Aislamiento. Incomodidad en las relaciones íntimas. Problemas matrimoniales Comportamiento agresivo. Delincuencia.</p>	<p>Pesadillas. Fobias. Enfermedades somáticas; desórdenes en los hábitos de comer y dormir. Depresión. Disociación. Fugas. Problemas escolares y/ o laborales, ausentismo. Vulnerabilidad a futuras victimizaciones. Conducta agresiva Delincuencia Llegar a ser un abusador</p>

Fuente: Batres, G. (1997). *Del ultraje a la esperanza. Tratamiento de las secuelas de incesto. Costa Rica: Programa Regional de Capacitación contra la Violencia Doméstica. Naciones Unidas-ILANUD.*

Estas dinámicas alteran la orientación cognitiva y emocional hacia el mundo y crean un trauma al distorsionar el autoconcepto de la persona, la visión del mundo y las capacidades afectivas. Cada una de las distintas dinámicas traumatogénicas se asocia con un conjunto de síntomas, aunque algunos síntomas pueden deberse a dos o más de estas dinámicas. Los problemas conductuales y emocionales que han sido relacionados con una historia de abuso sexual, pueden ser organizados y teorizados a través de este modelo.

Este tipo de modelos teóricos ayudan a comprender las consecuencias de abuso, ya que integran un marco descriptivo y explicativo que va más allá de la relación directa abuso sexual-psicopatología, al analizar los efectos del abuso en el desarrollo psicológico de los sobrevivientes y el ámbito de sus relaciones interpersonales.

Las dificultades señaladas en este capítulo para determinar qué se entiende por abuso sexual en la infancia, muestran que no existe una definición única o acabada, sin embargo, una característica central de abuso, es la posición dominante o de ventaja que le permite a la persona, forzar o coaccionar a un niño/a a involucrarse en una actividad sexual. El abuso sexual infantil no se limita únicamente al contacto físico o coital, sino que puede incluir el abuso sin contacto, tal es el caso del exhibicionismo, el voyerismo y la pornografía.

La falta de consenso en la definición, el sub registro, el estigma social, entre otros factores, hacen que sea difícil recolectar cifras precisas sobre la prevalencia del abuso sexual. No obstante, hay un acuerdo general entre los profesionales de la salud, de que el abuso sexual es un problema serio y es más frecuente de lo que suele estimarse.

Las vivencias de abuso sexual suelen tener importantes repercusiones en la salud de los/as sobrevivientes tanto a corto como a largo plazo. Si bien no es posible establecer al abuso sexual en la infancia como un factor etiológico único y

específico en el desarrollo de trastornos psiquiátricos en la adultez, se ha reportado una relación manifiesta entre ésta y el desarrollo de morbilidad en salud mental en la vida adulta, tal es el caso de los trastornos por uso de sustancias, y en especial, del consumo de alcohol.

Capítulo 2

Consumo de alcohol

Esa noche los amigos, que durante meses no pronunciaron más palabras que las prescritas por la indispensable cortesía, se emborrachan juntos, se hacen confidencias, lloran las mismas penas, se descubren hermanos y a veces, para probarse, se matan entre sí.
Octavio Paz, *El laberinto de la soledad*

*“El alcohol calma la angustia a la corta,
pero la aumenta muchísimo a la larga.
Ese es uno de los espejismos más perturbadores:
es un veneno del que aparentemente él mismo es su propio antídoto.*
Hugo Hiriart, *Vivir y beber*

2. Consumo de alcohol

Con el fin de posibilitar una visión global de la relevancia social y humana del consumo de alcohol, en el siguiente apartado se exponen algunos datos sobre la magnitud y las consecuencias de éste, destacando sus efectos a nivel individual y colectivo. Estos datos permiten contextualizar y conocer de manera global la magnitud del problema, cifras que, aunque no captan la complejidad que caracteriza a estos fenómenos, exhiben sus rasgos principales en los últimos años.

2.1 Antecedentes

El alcohol es un depresor del sistema nervioso central que produce un estado de relajación al individuo. Es una de las drogas de más fácil acceso y gran difusión en el mundo, contando con importantes niveles de uso entre los jóvenes. Se trata de una sustancia permitida por las leyes a partir de los 18 años, por lo que su uso no amerita una sanción. Su consumo es aceptado en lugares como bares, discos, restaurantes, reuniones sociales, y suele usarse como “lubricante social”, por lo que se ha llegado a asociar con la falsa idea de que “si está permitido, entonces no hace daño”, pero su consumo frecuente acarrea consecuencias adversas en varias áreas de la vida del individuo. El uso de esta droga es promovido en los medio de comunicación asociándolo con valores deseables como el poder, el dinero, la juventud y la elegancia (Medina-Mora, Natera y Borges, 2002).

Esta sustancia llega al sistema nervioso central a través de la sangre y los efectos comienzan a manifestarse casi de inmediato, tanto los subjetivos (la forma en que el bebedor siente que cambia su estado de ánimo y su percepción de las cosas), como los objetivos (la conducta que exhibe). En pequeñas cantidades, las bebidas con alcohol parecen estimular, ya que inhiben funciones cerebrales que se relacionan con el aprendizaje, el juicio y el control. Esa desinhibición inicial y la euforia que puede presentarse con pocas cantidades, han hecho creer equivocadamente que las bebidas son estimulantes. Su consumo modifica las

capacidades físicas, mentales y conductuales del consumidor, sea cual sea su grado de intoxicación; sin embargo, el tipo y la magnitud de sus efectos son el resultado de sistemas relativamente complejos; dependiendo de la integración entre el individuo y el ambiente en el que ocurre el consumo (Valdez, 2005).

Medina-Mora (1998) menciona que son muchos los factores que intervienen para que los efectos producidos por el alcohol sean positivos o negativos; considera entre los factores más importantes: el estado emocional del individuo en el momento de consumo, el género, la edad, la frecuencia en que se consume, las ocasiones y circunstancias por las que se consume y las expectativas de los individuos que lo rodean cuando ocurre la ingesta.

Las teorías etiológicas del abuso de alcohol enfatizan factores biológicos, psicológicos, socio-culturales o bien una combinación de ellos. Todo lo que se sabe hasta ahora sobre el alcoholismo, lleva a considerar la existencia de diversos factores predisponentes y desencadenantes. No hay pues, una causa única de esta enfermedad, sino varias. La característica principal del abuso de alcohol es su complejidad como fenómeno individual y social.

2.2 Panorama sobre el consumo de alcohol

Actualmente el alcohol ocupa uno de los primeros lugares entre los riesgos para la salud; de acuerdo con el Informe sobre la Salud en el Mundo (Organización Mundial de la Salud, 2002), el 4% de la carga de morbilidad y el 3.2% de la mortalidad mundial son atribuibles al alcohol y éste representa el principal riesgo para la salud en los países en desarrollo con baja mortalidad, y el tercero en los países desarrollados. En el reporte también se señala que hasta un 10% de todas las muertes comprendidas entre los 16 y los 74 años y un 20% de todos los ingresos hospitalarios agudos pueden relacionarse con el alcohol. Igualmente, se

estima que el consumo de alcohol se encuentra implicado en uno de cada tres accidentes (tráfico, domésticos, laborales).

El riesgo de dependencia de alcohol a lo largo de la vida es alrededor de un 10% en los varones y del 3% al 5% para las mujeres en los países occidentales. Si también se considera el abuso del alcohol, los porcentajes se duplican. Se ha observado que un 10% de los varones y un 5% de las mujeres sufren problemas generales y persistentes a causa del consumo excesivo de alcohol, siendo este uno de los problemas más comunes en las consultas de atención primaria, donde entre un 8% y un 20% de los pacientes aseguran haber sufrido problemas de este tipo (Martínez, 2004).

Específicamente en el continente americano, el consumo de alcohol ocupa el primer lugar entre los riesgos para la salud, excepto en Canadá y Estados Unidos, donde ocupa el segundo lugar (Organización Panamericana para la Salud [OPS], 2005a). Por si esto fuera poco, el consumo de alcohol en América es en promedio un 50% mayor que en el resto del mundo. Asimismo, los altos niveles de trastornos asociados a su consumo superan consistentemente al promedio en otros continentes, destacando en este rubro los Estados Unidos, Colombia y México. En América, la mayoría (82.1%) de los trastornos y morbilidad ocasionados por el uso de esta sustancia ocurre en edades tempranas, entre grupos poblacionales por debajo de los 45 años de edad (OPS, 2005b).

Específicamente en México, el consumo de bebidas se relaciona de manera importante con festividades cívicas y religiosas, cuyo patrón de consumo ha sido descrito como episódico y explosivo, ya que se observa con poca frecuencia pero con grandes cantidades consumidas por ocasión (Medina-Mora *et al.*, 2002; Consejo Nacional contra las Adicciones [CONADIC], Instituto Nacional de Psiquiatría, Instituto de Salud Pública, Fundación Gonzalo Río Arronte, 2009).

Encuestas Nacionales en el país (CONADIC *et al.*, 2003, 2009) han documentado una disminución en la edad de los episodios de consumo excesivo, junto con un

incremento en el consumo entre las mujeres. Por otro lado, de acuerdo con lo reportado por Borges y colaboradores (2007), la prevalencia de abuso o dependencia de alcohol alguna vez en la vida en población mexicana de zonas urbanas es de 7.6%: 14.5% en hombres y 1.3% en mujeres. Por otra parte, de acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Adicciones-2008 [ENA-2008] (CONADIC *et al.*, 2009), 5.5% de la población mexicana presenta abuso o dependencia del alcohol; de éstos, 9.7% son hombres y 1.7% mujeres.

A continuación se describen los patrones de consumo en hombres, mujeres y jóvenes de zonas urbanas, de acuerdo con datos del Observatorio Mexicano en Tabaco, Alcohol y otras Drogas (Medina-Mora *et al.*, 2002), con el fin de profundizar en las características y diferencias en el consumo de estos grupos.

2.2.1 Patrón de consumo en México

En los varones que habitan zonas urbanas, el consumo de grandes cantidades por ocasión de consumo que ocurre mensual o semanalmente, es el patrón característico. De acuerdo con lo reportado en el Observatorio, el 28% de los hombres bebe menos de una vez al mes, el 8.5% son bebedores frecuentes de bajas cantidades y el 40% se ubican en los patrones mensuales o semanales que se asocian con altas cantidades. Este patrón ocurre en los grupos más jóvenes hasta alcanzar su máxima expresión entre los 30 y 39 años.

El consumo en el sector femenino se ha incrementado en los últimos años, ya que hubo una disminución de casi el 13% en las tasas de abstinencia, que pasaron de 63.5% en 1988 a 55.3% en 1998. Por otro lado, las mujeres inician el consumo en edades posteriores a las de los varones: 35% por ciento de los varones y 27% de las mujeres bebieron su primera copa completa de alcohol antes de cumplir los 18 años de edad; entre ellas, la edad más frecuente para iniciar el consumo es entre los 18 y 29 años, mientras que en ellos se encuentran dos puntos importantes:

entre los 12 y 15 años y al llegar a la mayoría de edad. A pesar de que las mujeres beben menos que los varones, tienden a consumir cantidades mayores.

Junto con las mujeres, los adolescentes están copiando los modelos de consumo masculinos adultos, en los que se asocia el consumo y la embriaguez. El uso de alcohol sigue siendo como antes, un elemento importante de paso a la edad adulta, pero ahora se suma un mayor número de mujeres y en ambos casos ocurre a edades más tempranas. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones-2002 (Medina-Mora *et al.*, 2002), cerca de tres millones de adolescentes entre 12 y 17 años consumió una copa completa de bebidas con alcohol en el año previo al estudio, los cuales representan al 25.7% de la población en este grupo. De esta manera, el índice de consumo de los adolescentes presentó un incremento de 27% en 1998 a 35% en 2002 entre los varones, y de 18% a 25% respectivamente entre las mujeres.

La cantidad de consumo por ocasión es de 1 a 2 copas en las mujeres y de 5 a 7 copas en los varones adolescentes. El índice de consumo fuerte, 5 copas o más por ocasión, al menos una vez por mes, es alto y alcanza al 3.6% de los varones y al 1.5% de las mujeres de entre 12 y 17 años. Cerca de 2% de los adolescentes respetaron haber manifestado en el último año al menos tres de los síntomas de dependencia a la sustancia.

Por otra parte, la Encuesta sobre el Consumo de Drogas entre Estudiantes de Educación Media y Media Superior (Villatoro *et al.*, 2005), encontró que aproximadamente el 20% de los adolescentes comienza a consumir alcohol y tabaco antes de los 13 años. En este mismo estudio se observó un incremento en el consumo del alcohol del 2%, aunque el índice general de consumo se mantiene estable. Igualmente, se encontró que el 23.8% de los adolescentes habían consumido por lo menos cinco copas en una sola ocasión durante el último mes previo al estudio. También se observó un cambio en la proporción de hombres y

mujeres en los índices de consumo, de tal manera que la prevalencia de consumo de alcohol y tabaco de las mujeres presenta valores similares a la de los hombres.

Estos datos resultan por demás importantes si se considera que las personas que comienzan a beber antes de los 15 años, tienen una probabilidad cuatro veces mayor de desarrollar dependencia al alcohol que aquellas que esperan hasta cumplir 21 años. Cada año adicional que no se beba reduce la probabilidad de dependencia de alcohol en 14% (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2004).

2.3 Trastornos por uso de alcohol: Abuso y dependencia

Para determinar cuando el uso del alcohol puede convertirse en un consumo problemático, los criterios DSM-IV⁵ (American Psychiatric Association [APA], 1994), son los mejor definidos para el diagnóstico de abuso y dependencia al alcohol, estableciendo que esta *dependencia* existe cuando repetidamente se presentan dificultades relacionadas con el alcohol en al menos 3 de 7 áreas de funcionamiento. Estas incluyen cualquier combinación de:

- Tolerancia.
- Síndrome de abstinencia.
- Consumir cantidades de alcohol superiores o por más largo tiempo que lo que se pretendía.
- Incapacidad para controlar su uso.
- El tema del alcohol ocupa mucho tiempo del individuo.
- Abandonar actividades importantes por culpa del alcohol.
- Continuar el consumo a pesar de que existan ya consecuencias físicas o psíquicas manifiestas.

⁵ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition

No todas las personas que beben dependen necesariamente de la bebida. La dependencia es el estado extremo de un continuo espectro de problemas relacionados con el consumo de alcohol. Por ello se define el *abuso de alcohol* como la repetición de problemas asociados al alcohol en una de las siguientes cuatro áreas vitales:

- Incapacidad para cumplir las obligaciones principales.
- Consumo en situaciones peligrosas como la conducción de vehículos.
- Problemas legales.
- Consumo a pesar de dificultades sociales o interpersonales asociadas.

En el cuadro 3 se presentan los criterios textuales del DSM-IV (APA, 1994) para definir el abuso de alcohol, y en el cuadro 4 la dependencia.

Puede observarse que los criterios de abuso y dependencia expuestos descansan en la existencia de un conjunto de dificultades asociadas al consumo de alcohol y no tanto en la cantidad o frecuencia con la que se realiza el consumo. Con ello se deja entrever que establecer un umbral de ingesta como criterio para el diagnóstico de estos problemas es algo arbitrario, si se tiene en cuenta que sus efectos varían enormemente dependiendo de las características personales de cada individuo (sexo, edad, peso, etc.), así como del tipo de bebida ingerida, entre otros factores.

Cuadro 3

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA EL ABUSO DE SUSTANCIAS DEL DSM-IV

A. Un patrón desadaptativo de abuso de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, manifestado por uno (o más) de los siguientes, durante un período de 12 meses:

- a) Consumo recurrente de la sustancia, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (p. ej., ausencias repetidas o pobre rendimiento laboral relacionados con el consumo de la sustancia; ausencias relacionada con la sustancia, suspensiones o expulsiones de la escuela; descuido de los niños o de las obligaciones del hogar).
- b) Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p. ej., conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia).
- c) Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (p. ej., arrestos por comportamiento escandaloso debido al alcohol).
- d) Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos del alcohol (p. ej., discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física).

B. Estos síntomas no cumplen nunca los criterios de dependencia de la sustancia

Fuente: DSM-IV: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th Edition*

Cuadro 4

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA LA DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS DEL DSM-IV

Un patrón desadaptativo de abuso de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, manifestado por tres (o más) de los siguientes, durante un período de 12 meses:

(1) Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

- (a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
- (b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.

(2) Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

- (a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia.
- (b) se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

(3) La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.

(4) Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.

(5) Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia o en la recuperación de los efectos de la sustancia.

(6) Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.

(7) Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p. ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera).

Fuente: DSM-IV: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th Edition*

El abuso de alcohol tiene importantes repercusiones en distintas áreas de la vida del individuo, los que a su vez impactan a nivel social. En la siguiente sección se ahondará al respecto.

2.4 Problemas asociados al consumo de alcohol

2.4.1 Problemas de salud

Las repercusiones del abuso de alcohol en la salud, ligadas a los eventos de intoxicación, son frecuentes. El uso problemático del alcohol puede dañar el organismo de diversas maneras. El etanol altera fundamentalmente el sistema nervioso central al modificar la fluidez biometabólica de las membranas neuronales, en consecuencia la actividad sináptica. Las membranas neuronales sometidas de forma continua al consumo de alcohol no sólo son menos permeables, sino que modifican su funcionalidad, e incluso después de dejar este hábito, no recuperan su estado anterior (Valdez, 2005).

En el siguiente cuadro se presentan algunos de los trastornos asociados con el consumo del alcohol.

Cuadro 5

TRASTORNOS ASOCIADOS AL CONSUMO DE ALCOHOL

<p>A) Sistema Nervioso:</p> <ul style="list-style-type: none">- Intoxicación aguda.- Amnesia temporal (“blackouts”).- Trastornos del sueño.- Neuropatía periférica por déficit de tiaminaSíndrome de Wernicke y Korsakoff (trastornos amnésicos inducidos por el alcohol).- Degeneración cerebelosa (1% de los alcohólicos con desnutrición).- Alteraciones cognitivas graves y alucinaciones- Apnea obstructiva del sueño. <p>B) Aparato Digestivo:</p> <ul style="list-style-type: none">- Esofagitis y gastritis, síndrome de Mallory-Weiss debido a vómitos repetidos.- Varices esofágicas por hipertensión portal.- Hemorragias duodenales y diarreas.- Pancreatitis aguda o crónica.- Esteatosis hepática, hepatitis alcohólica y cirrosis. <p>C) Cáncer: El alcohol es fundamentalmente un co-carcinógeno. Las zonas más frecuentemente afectadas son la cabeza y cuello, esófago, cardias, hígado, páncreas, mama y colorectal.</p> <p>D) Sangre:</p> <ul style="list-style-type: none">- Anemia macrocítica.- Aumento o disminución de granulocitos y alteración de su función.- Trombocitopenia.	<p>E) Cardiovascular:</p> <ul style="list-style-type: none">- Aumento de HDL y disminución de la tensión arterial a pequeñas dosis de alcohol.- Hipertensión arterial a dosis mayores.- Miocardiopatía.- Ictus hemorrágicos (sobre todo en las 24 horas tras consumo excesivo).- Incremento del riesgo de infarto de miocardio.- Arritmias de fin de semana. <p>F) Alteraciones genitourinarias:</p> <ul style="list-style-type: none">- Atrofia testicular, amenorrea, infertilidad.- Problemas durante el embarazo (un 14% de las mujeres continúan bebiendo alcohol durante el embarazo, elevando con ello el riesgo de abortos espontáneos o la aparición del llamado “síndrome alcohólico fetal”: retraso del crecimiento, deformidades faciales y disfunción del SNC). <p>G) Trastornos mentales y neurológicos</p> <ul style="list-style-type: none">• Aumento de comportamiento violento y/o arriesgado.• Depresión• Ansiedad• Estrés• Alteración de la memoria• Ideación e intento suicida• Trastornos de la respuesta sexual• Trastornos de personalidad
---	--

Fuente: Martínez, M. A. (2004). *Alcohol y salud pública*, Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Navarra.

De este modo, el alcohol es el principal factor de riesgo para la mortalidad y la discapacidad en México: la proporción de muertes relacionadas con el alcohol en México es del 15.3% en hombres y 2.4% en mujeres, proporción alta entre hombres si se compara como otras regiones similares de América (Rehm, 2006, citado en Borges *et al.*, 2007).

2.4.2 Problemas psicosociales

Además de las consecuencias fisiopatológicas causadas por el alcohol, también deben considerarse los efectos que crea en el ámbito del comportamiento y las relaciones humanas, destacando en este terreno el incremento de accidentes de todo tipo derivados de su uso (tráfico, laborales, etc.), así como los numerosos problemas de convivencia en forma de altercados, disputas o agresiones (Medina-Mora, 1998). Las consecuencias sociales del consumo problemático de alcohol pueden ser tan perjudiciales como las consecuencias médicas directas. Casi el 20% de los bebedores reconocen padecer problemas habituales con los amigos, la familia, el trabajo o la policía debidos a su hábito de beber alcohol (Martínez, 2004).

Estudios realizados en diferentes ciudades de México muestran que uno de cada cinco ingresos a salas de urgencia por eventos traumáticos, presentan niveles positivos de alcohol en sangre. Se ha estimado que el consumo de alcohol incrementa en casi siete veces el riesgo de ingresar a un servicio de urgencia por traumatismo independientemente de su origen; incrementa 30 veces el riesgo cuando el ingreso está relacionado con violencia infligida por otros y 58 veces, cuando el ingreso es por una violencia auto infligida (Medina-Mora *et al.*, 2002).

Estas situaciones tiene importantes repercusiones económicas, en Estados Unidos por ejemplo, los costos directos del país para el sistema de atención de salud relacionados con el alcohol ascienden a unos \$19 mil millones de dólares; y para la economía estadounidense considerada en conjunto, esa cifra puede llegar hasta los \$148 mil millones (OPS, 2005a).

En México, el abuso de este producto representa un elevado costo para el país por su contribución en mortalidad prematura debida a problemas de salud y como resultado de accidentes y violencias. Los padecimientos asociados al consumo de alcohol en México que más pérdida de días de vida saludable provocan, son la

cirrosis hepática (39%), las lesiones por accidente de vehículo de motor (15%), la dependencia alcohólica (18%) y los homicidios (10%) (Frenk, 1999, citado en Medina-Mora *et al.*, 2002).

De acuerdo con Mora-Ríos, Natera y Juárez (2005), el abuso de alcohol incrementa el riesgo de experimentar con otras drogas, principalmente en el caso de los hombres, y de incurrir en prácticas sexuales de riesgo y en intentos de suicidio. Igualmente, se ha observado que el abuso de esta sustancia se asocia a los principales riesgos que ocurren en la adolescencia y juventud, como tener relaciones sexuales sin protección bajo los efectos del alcohol; el intento de suicidio, que es dos veces más frecuente entre los jóvenes que beben; el riesgo incrementado de experimentar con otras drogas; el conducir después de haber bebido o el subirse en el auto de un conductor que ha bebido demasiado, así como sufrir eventos traumáticos u accidentes (Medina-Mora *et al.*, 2002; Mora-Ríos *et al.*, 2005).

2.4.3 Repercusiones en las mujeres

La mujer es más vulnerable al consumir alcohol en comparación con el hombre. Por un lado, están los aspectos biológicos al desarrollar problemas con menores dosis y tiempos de consumo que el varón; y los sociales, al ser objeto de un mayor rechazo cuando desarrolla problemas en su consumo.

Estudios clínicos indican que existen diferencias significativas en la susceptibilidad a los efectos adversos del alcohol y diferencias en el metabolismo en función del sexo. En general, el organismo femenino tolera menos el alcohol y desarrolla dependencia antes que el del hombre (Urbano y Arostegi, 2004).

Por otro lado, en la cultura occidental el consumo problemático de alcohol en mujeres es mal visto, ya que resulta ser algo prohibido que la devalúa, mientras

que esta misma conducta en los hombres, es más abierta y tolerada, que incluso les da prestigio. Estas normas sociales crean para las mujeres una condición social de estigmatización que actúa como barrera para el tratamiento, y a su vez, favorece la victimización en otras áreas de su vida (Romero, Gómez, Ramiro y Díaz, 1997)

Otra de las consecuencias del consumo es el mayor abandono en el que se sumergen las mujeres en el proceso adictivo y en el momento de las recaídas (más intensas y dramáticas), haciendo que las pérdidas sean mayores. Existen procesos de marginación importantes, frecuentemente acompañados de episodios de prostitución, prácticas de riesgo para la adquisición de VIH/SIDA y enfermedades de transmisión sexual u otro tipo de enfermedades y embarazos no deseados (Navarro, 2000). De acuerdo con la OPS (2007), las mujeres en estado de ebriedad, tanto adolescentes como adultas, son más vulnerables al abuso sexual, poniéndolas en riesgo de adquirir enfermedades de transmisión sexual, incluyendo VIH.

Asimismo, la desestructuración personal se generaliza y contribuye a la pérdida de la pareja, el trabajo, la familia, las amistades, la estigmatización por la “falta de cuidado hacia los hijos”, entre otros aspectos. Aquí un testimonio de las consecuencias del abuso de alcohol en mujeres consumidoras, retomada de un estudio en España (Navarro, 2000):

Al hombre siempre se le han permitido más los vicios. Mi madre me decía, no te vayas con él al bar, haz porque él no vaya. Siempre se ha visto peor a la mujer. Además, como está ligado a la prostitución, eso hace que se lleve peor. Incluso, cuando sales después del tratamiento, si lo hablas con alguien lo ve peor. Hay menos mujeres que consumen, se lleva de una manera oculta. Mi madre le preguntaba a mi hermana si había bebido vino como los hombres (p. 15).

Igualmente se ha observado que es más probable que las mujeres con abuso de alcohol tengan parientes en la misma situación, incluyendo a su pareja y a su madre. Además, esta adicción se puede relacionar con problemas alimentarios, abuso de otras drogas, problemas emocionales y comportamentales, falta de apoyo social, menor apoyo paterno, abusos sexuales en la niñez y predisposición genética. Específicamente entre las adolescentes, se ha observado que aquellas que suelen beber en exceso se encuentran deprimidas, tienen baja autoestima o un déficit de habilidades para resolver problemas cuando han de enfrentarse a fallas escolares y pérdidas. En cambio, en el alcoholismo en la mujer adulta se añade a la depresión y la baja autoestima, problemas familiares, eventos traumáticos, estrés, bajo autoconcepto y sentimientos de incapacidad (Urbano y Arostegi, 2004).

En definitiva, el enjuiciamiento social y el papel que se le atribuye a las mujeres desarrollan un papel fundamental en la vivencia que ellas tienen de su consumo de alcohol y las repercusiones que este trae a su vida. Asimismo, la tendencia a considerar la enfermedad como típicamente masculina limita el diagnóstico y el tratamiento.

Capítulo 3

Abuso sexual y consumo de alcohol

"En una copa de alcohol, me olvido del dolor"

Mujer de 22 años

"...la única manera de sacarme la vergüenza de encima era tomando. Cuando tenía alcohol en la sangre me desinhibía. Así es que empecé a tomar. Para mis amigos era una gracia. Ellos también tomaban, pero la diferencia es que para mí, era una necesidad, era la única forma de salir"

Hombre de 30 años

3. Abuso sexual y consumo de alcohol

Diversos estudios han documentado la asociación del abuso sexual, sobre todo a edades tempranas, con un incremento en el riesgo del consumo de alcohol. En el siguiente apartado se ahondará al respecto, haciendo énfasis en los posibles factores y mecanismos mediadores.

3.1 Impacto del abuso sexual en la infancia en el consumo de alcohol

Hay una amplia evidencia obtenida de estudios epidemiológicos que apoyan la las observaciones clínicas que la exposición al abuso infantil es un factor de riesgo para el desarrollo de un trastorno del alcohol (Zlotnick *et al.* 2006). Dentro de estos estudios se incluye un llevado a cabo con gemelos, en el que se ha encontrado que la prevalencia a lo largo de la vida de dependencia del alcohol es significativamente mayor entre los gemelos con historias de abuso sexual infantil, que para aquellos que no reportaron abuso, incluso después de controlar variables familiares como psicopatología en los padres y otras adversidades en la infancia (Kendler *et al.*, 2000 en Hien, Cohen y Campbell, 2005).

Congruente con estos resultados, estudios en muestras clínicas han encontrado que mujeres con problemas relacionados con el alcohol reportan tasas considerablemente más elevadas de abuso sexual en la infancia (Miller, Downs, y Testa, 1993). Por otro lado, estudios realizados en mujeres con historia de abuso sexual o físico reportan también altas tasas de abuso alcohol (Baigent, 2005).

De acuerdo con Pérez (2000), diversos estudios han estimado un rango de historia de maltrato en la infancia de entre el 30 y 90%, en personas con abuso de sustancias. Los jóvenes que han estado expuestos a la violencia reportan una mayor frecuencia en el consumo de drogas, un inicio más temprano en el abuso y el consumo de una amplia variedad de sustancias, en comparación con los que no reportan una historia de violencia.

Estas evidencias ponen de manifiesto al abuso sexual como factor que no sólo incrementa la posibilidad del abuso de sustancias *per se*, sino que aumenta las complicaciones clínicas en el tratamiento de este abuso, al añadir un componente psicológico y comportamental que incrementa la probabilidad de presentar otros trastornos psiquiátricos, problemas legales o de comportamiento, necesidades especializadas de tratamiento, un curso de tratamiento más complicado con pobres resultados y una mayor severidad del trastorno por abuso de sustancias (Moncrieff *et al.*, 1996).

En muestras clínicas con trastornos del alcohol, se encontró que pacientes con antecedentes de abuso físico beben más tragos por día (Rice *et al.*, 2001 en Zlotnick *et al.* 2006), aunque otro estudio no encontró asociación entre la severidad de la dependencia al alcohol y el trauma en la infancia (Langeland, Draijer y Van den Brink, 2002).

Asimismo, Hycuksun, Grace y Hazen (2010) caracterizaron el patrón de consumo de distintas drogas en población abierta de adolescentes, observando que las mujeres con una historia de abuso sexual en la infancia tenían cinco veces más riesgo de ser poli usuarias de drogas y presentar síntomas de dependencia, que aquellas sin historia de abuso, aún después de que en los análisis estadísticos se controlaron variables como edad, pertenencia étnica, consumo de sustancia por parte de los padres o amigos psicopatología u otras formas de maltrato en la infancia. Sin embargo, no se detectó este riesgo entre los hombres.

Además, la investigación sugiere que el abuso en la niñez está relacionado con disfunciones sociales y psiquiátricas en pacientes con problemas de alcohol. Por ejemplo, un estudio encontró que pacientes con intento de suicidio tenían puntuaciones significativamente más altas de abuso infantil que los que nunca habían intentado suicidarse (Roy, 2001 en Zlotnick *et al.*, 2006). En otros estudios, se ha observado que en pacientes con trastornos de alcohol, el abuso sexual está asociado al trastorno de personalidad antisocial, intentos de suicidio y trastorno por estrés postraumático (Langeland *et al.*, 2002).

A continuación se enlistan, algunas de las características del consumo de alcohol que se han vinculado con una historia de abuso sexual:

- Una edad más temprana en el inicio del consumo, en el consumo regular y en el consumo problemático (Brems *et al.*, 2004).
- Más tiempo de estar bebiendo (Robbins y Martin, 2000).
- Más problemas asociados al consumo (Moncrieff *et al.*, 1996).
- Presencia de síntomas psicológicos severos (Brems *et al.*, 2004).
- Mayor severidad del consumo (Marcenko, M., Kemp, S., & Larson, N. (2000).
- Dependencia a la sustancia (Moncrieff *et al.*, 1996; Ullman *et al.*, 2003).
- Conducta criminal (más arrestos a lo largo de la vida) (Brems *et al.*, 2004).
- Presencia de trastorno por estrés postraumático (Epstein *et al.*, 1998; Widom y Strumhöfel, 2001).
- Consumo de otras sustancias (Pérez, 2000).
- Mayor número de problemas físicos, emocionales, financieros y legales (Brems et a., 2004).

3.2 Factores mediadores entre el abuso sexual y los trastornos por uso de alcohol

A pesar de que los resultados de investigación señalan la implicación del abuso sexual en la infancia –sobre todo en las mujeres- en el abuso posterior de sustancias, poco se sabe de los factores y mecanismos que podrían estar mediando dicha relación. La propuesta más aceptada y difundida para explicar dicha asociación es la *hipótesis de la automedicación*, en la que se sugiere que las sustancias se utilizan para aliviar el estrés producido por el trauma interpersonal. En concreto, se postula que el abuso infantil perturba el desarrollo de las capacidades de la regulación afectiva y las sustancias son usadas por los/as sobrevivientes como un mecanismo “mal adaptativo” para manejar o tolerar los efectos (Hien *et al.*, 2005).

De acuerdo con autores como Widom y Strumhöfel (2001), se han podido identificar como posibles factores mediadores: los síntomas postraumáticos en relación al abuso sufrido (medidos principalmente a través del trastorno por estrés postraumático), las habilidades de afrontamiento y el comportamiento antisocial.

En lo que respecta al comportamiento antisocial como mediador de la relación entre el maltrato en la infancia y el abuso de alcohol, estudios en niños y adolescentes que han sufrido maltrato, encontraron que ciertas conductas “externalizantes” y antisociales (violencia, hiperactividad y delincuencia) pueden ser consecuencia de la victimización. A su vez, las conductas antisociales se han asociado fuertemente al abuso de alcohol y otras drogas. Los investigadores han especulado que los adolescentes que presentan conductas delictivas frecuentemente se ven involucrados en grupos de pares que promueven el uso de alcohol y drogas (Widom y Strumhöfel, 2001).

Por su importancia en este estudio, se profundizará en los síntomas postraumáticos y en las habilidades de afrontamiento como factores mediadores.

3.2.1 Síntomas postraumáticos

El análisis de la asociación entre el estrés postraumático y el abuso de sustancias comenzó con estudios sobre los veteranos de guerra. Fue hasta años recientes (en la década de los 80`s), que se comenzó a estudiar su asociación con otro tipo de eventos traumáticos, sobre todo en mujeres. De acuerdo Najavits y colaboradores (1997), la presencia del efecto traumático ante el abuso infantil ha sido asociada con el desarrollo de abuso de sustancias. Nishith y colaboradores (2001), proponen que la relación positiva entre la severidad de algún trauma y los problemas en el consumo de alcohol, pueden ser debido al trastorno por estrés postraumático, el cual está asociado tanto a la severidad del trauma como al abuso de alcohol.

En este sentido, Back y colaboradores (2003) advierten que una importante proporción de personas con abuso de sustancias presentan trastorno por estrés postraumático (TEPT). En su estudio reportan que en los Estado Unidos, entre el 19 y 59% de los individuos con problemas de abuso de sustancias tienen TEPT. Por su parte, Najavits, Weiss y Shaw (1997) señalan que mujeres con problemas de abuso de sustancias, tienen altas tasas de TEPT (30 al 59% dependiendo de la muestra), comúnmente derivado de una historia repetida de abuso físico o sexual en la infancia. Las prevalencias del TEPT en pacientes con consumo de sustancias resultan ser mucho más altas si se les compara con la de la población abierta, que en Estados Unidos se han reportado entre el 11 y 12%.

De acuerdo con la Organización Panamericana para la Salud (2000), el abuso de alcohol y de otras sustancias adictivas son complicaciones frecuentes de los trastornos de estrés y de ansiedad. La medida en que se usa normalmente el alcohol en una sociedad dada, puede determinar la frecuencia de los problemas relacionados con el alcohol en pacientes con TEPT (Keane *et al.*, 1988, en OPS).

Estudios que, por el contrario, han evaluado las tasas de abuso de sustancias en individuos diagnosticados con trastorno por estrés postraumático, confirman la fuerte asociación entre ambos trastornos. Un estudio reveló que el 43% de adultos de zonas urbanas con TEPT, presentan abuso de sustancias, comparado con el 24% en la población general (Resink, en Ullamn *et al.*, 2005). Por su parte, en una muestra a nivel comunidad, Pirard y colaboradores (2005) encontraron que el 52% de los hombres con TEPT, también fueron diagnosticados con abuso o dependencia de alcohol, frente al 15% de hombres que no padecían TEPT, pero que reportaron abuso o de dependencia. En el caso de las mujeres, el 28% de las diagnosticadas con TEPT, reportaron abuso o dependencia de alcohol, comparado con el 14% que tuvieron trastornos por consumo de alcohol, pero que no presentaron TEPT.

Cuando está presente el trastorno por estrés postraumático, el uso de alcohol y drogas está relacionado con un pronóstico más negativo y mayor rechazo social. Se ha observado que los pacientes con ambos trastornos presentan una mayor severidad en el consumo y más complicaciones a nivel psicológico, social y en el tratamiento pudiendo incurrir en el consumo de varias drogas (OPS, 2005a). Se ha documentado que los síntomas postraumáticos empeoran con el síndrome de abstinencia, quizá porque el uso de la sustancia ya no enmascara los síntomas del estrés postraumático.

En este sentido, se ha reportado que las mujeres con TEPT son particularmente vulnerables a las recaídas en el abuso. De acuerdo con Epstein y colaboradores (1998), desde la perspectiva de los pacientes, los síntomas del TEPT son el disparador del uso de sustancias, el cual a su vez, puede agudizar los síntomas del trastorno. Asimismo, observaron que las mujeres con problemas relacionados con el consumo de sustancias, tienen altas probabilidades de ser re victimizadas, lo que puede relacionarse con una mayor probabilidad de presentar síntomas postraumáticos y aumentar el consumo.

Diferencias entre hombres y mujeres

Se ha observado que hombres y mujeres tienen un patrón diferenciado en la relación abuso de sustancias-trastorno por estrés postraumático. Se sabe que las mujeres con problemas de abuso de sustancias tienen más probabilidad de ser diagnosticadas con TEPT que los hombres. Asimismo, a pesar que los hombres son más diagnosticados con problemas de dependencia de alcohol, las mujeres dependientes tienen un mayor riesgo de morir por causas relacionadas al alcohol. Igualmente, las altas tasas de re victimización y múltiples traumas son notablemente mayores entre las mujeres con abuso de alcohol (Back, Sonne y Killen, 2003).

En estudios que han comparado la presencia de TEPT entre hombres y mujeres con abuso de sustancias, se reporta que las mujeres tienen de dos a cuatro veces más posibilidad de presentar el TEPT que los hombres. En población general, las mujeres tienen dos veces más riesgo de padecer este trastorno que los hombres (Najavits *et al.*, 1997).

El evento desencadenante del TEPT parece marcar una diferencia. Se ha observado que mientras las mujeres con abuso de sustancias frecuentemente reportan una historia de abuso sexual o físico en la infancia, los hombres presentan bajas tasas de este tipo de traumas, al tiempo que reportan mayor número eventos como victimización criminal, desastres en general y exposición a combates (*ibid.*, 1997).

En México, un estudio identificó las prevalencias de TEPT en relación a la violencia interpersonal en población urbana, encontrando que de los hombres que experimentaron algún tipo de violencia, 3.7% cubrieron los criterios del TEPT, mientras que 22.4% de las mujeres presentaron TEPT en relación a la violencia vivida. Este mismo estudio se concluye que la violencia sexual, la recurrencia de ésta, la perpetrada en la infancia y la ejercida por un familiar cercano y/o por la pareja, están asociadas con una alta probabilidad de desarrollar TEPT (Baker *et al.*, 2005).

Estos hallazgos pueden sugerir que los tipos de trauma a los que se exponen las mujeres pueden desencadenar más fácilmente TEPT, o quizá ellas sean particularmente vulnerables este trastorno, la relación aún no es clara. Algunos investigadores sugieren que estas diferencias pueden deberse a cómo hombres y mujeres responden al estrés. Por ejemplo, una propuesta es que los hombres se expresan más a través de conductas externalizadas (como las conductas violentas) y las mujeres están más propensas a internalizar el miedo y el sufrimiento, manifestando conductas autodestructivas, incluyendo el abuso de sustancias (Widom y Strumhöfel, 2001). En este sentido, los motivos para beber y las estrategias de afrontamiento de hombres y mujeres podrían ser un indicador importante de cómo es que las experiencias de abuso sexual en la infancia, el trastorno por estrés por traumático y el consumo posterior de alcohol se están vinculando. En el siguiente apartado se ahonda al respecto.

3.2.2 *Motivos de consumo y estrategias de afrontamiento*

Si bien son muchos los factores que contribuyen a que una persona beba alcohol, se considera que el origen común de esta conducta es motivacional. Este concepto hace referencia a los fines que se persiguen con el consumo, en decir, se basa en el supuesto de que las personas beben con el fin de obtener determinados efectos (Cooper, 1994, citado en Kuntsche, Knibbem, Gmel y Engels, 2005). También asume que el consumo de alcohol está motivado por distintas necesidades o responde a distintas funciones, y que los motivos específicos para beber están asociados con un patrón único de consumo y consecuencias. Por ejemplo, el consumo problemático es más frecuente entre personas que han tenido experiencias estresantes y beben con el fin de hacerles frente, al tiempo que aquellos que tienen amigos que beben en exceso, pueden consumir por motivos sociales. De esta forma, los motivos o razones dados para beber representan una decisión subjetiva basada en la experiencia personal, el contexto y las expectativas (Kuntsche *et al.*, 2005).

Cox y Linger (1988, en Chau, 1999) propusieron un modelo que clasifica los motivos del consumo en un continuo de dos dimensiones que reflejan la valencia positiva y negativa y la fuente (interna o externa) de los resultados que un individuo espera obtener cuando bebe. De esta forma, las personas podrían beber con el fin de obtener un resultado positivo o evitar uno negativo, fuesen éstas internas (como el manejo de estados emocionales); o recompensas externas, (como la aceptación social y la aprobación). Mediante esta clasificación, se dimensionan cuatro clases de motivos:

- De afrontamiento, son los generados internamente de refuerzo negativo: se bebe para reducir o regular las emociones negativas.

- De estimulación, que se vinculan a los generados internamente y por reforzamiento positivo: se bebe para elevar el efecto positivo o sentirse bien.
- De conformidad, son aquellos desencadenados externamente de refuerzo negativo: beber para evitar censura o el rechazo social.
- Sociales, que hacen referencia a aquellos generados externamente y de refuerzo positivo: se bebe en celebraciones, por convivencia y aceptación social.

Los estudios se han focalizado principalmente en dos motivos: beber para regular el afecto negativo (de afrontamiento), y beber para obtener recompensas sociales positivas (sociales). En este sentido, se ha observado que los motivos de orden social están más relacionados con patrones de consumo moderado; mientras que los primeros están más vinculados con el consumo problemático (Chau, 1999).

Grayso y Nolen-Hoeksema (2005) propusieron dos modelos para relacionar las estrategias de regulación afectiva y los problemas relacionados con el consumo de alcohol en mujeres con una historia de abuso sexual infantil. Por un lado, sugirieron el modelo de “enfrentamiento al estrés”, en el que se probó sólo un motivo para beber: el hacer frente a las emociones negativas relacionadas. Por otro lado, probaron el modelo de “regulación afectiva”, en donde se consideraron dos motivos mediadores: beber para hacer frente a las emociones negativas y beber para aumentar las emociones positivas; encontrando que ambos motivos median parcialmente relación abuso sexual-consumo de alcohol.

Una explicación a este vínculo, es que las personas con experiencias de abuso sexual en la infancia, usan el alcohol para atenuar y hacer frente a los efectos negativos y síntomas traumáticos relacionados con el abuso (Ramos, 2004; Widom y Strumhöfel, 2001; Eipstein *et al.*, 1998; Najavits *et al.*, 1997).

De esta manera, se ha sugerido que para algunas víctimas de abuso infantil, el alcohol puede servir como un mecanismo de afrontamiento para lidiar con el trauma asociado al abuso y sus consecuencias.

De esta forma, el abuso del alcohol puede ser una efectiva, pero mal adaptativa, estrategia para disminuir los efectos negativos de abuso sexual. Reacciones clínicamente significativas ante eventos estresantes de la vida, como los manifestados en los síntomas del trastorno por estrés postraumático, podrían estar fuertemente relacionados con el uso de sustancias (Arellánez, Díaz-Negrete, Wagner y Pérez-Islas, 2004; Kilpatrick *et al.*, 2000). Sin embargo, la evaluación de los síntomas del TEPT no capta un importante aspecto de la respuesta ante el abuso, a saber, cuán bien y de qué manera la persona enfrenta el problema. Este “hacer frente” se ha denominado “estrategias de afrontamiento”, las cuales hacen referencia a las maneras que tienen las personas de evaluar un evento como estresante y de reaccionar ante él (Shalev, 2000). Las estrategias de afrontamiento ante el estrés incluyen:

- a) Una acción directa destinada a reducir el impacto del estresor.
- b) Las medidas que se toman para seguir de cerca la respuesta de tipo emocional de uno mismo.
- c) El esfuerzo que se haga por comprender y evaluar la situación en que uno se encuentra. Esto último incluye la evaluación de la realidad externa y de los propios recursos y la capacidad para responder.

Los denominados “mecanismos de afrontamiento”, están destinados a proteger y conservar funciones mentales vitales contra el efecto desintegrador de demandas psicológicas extremas, como la capacidad de pensar claramente y para actuar de manera organizada. El estrés postraumático abarca aquellos acontecimientos en

los cuales las defensas normales están quebrantadas, sobrecargadas y resultan claramente insuficientes. Las consecuencias psicológicas de tales acontecimientos extremos, suelen ser dañinas y pueden llevar a trastornos mentales prolongados.

Waller y Rumball (2004) señalan que quienes desarrollan problemas asociados con el alcohol u otras drogas pueden afrontar los problemas en formas similares, independientemente de la sustancia de la que se abusa. Estos autores identifican dos estrategias de afrontamiento: se puede tratar de enfrentar el problema y resolverlo (problem-focused coping) o tratar de lidiar con el malestar causado por el problema (emotion-focused coping). Es último estilo de afrontamiento parece ser el más utilizado en los consumidores problemáticos.

En esta conceptualización, el abuso de alcohol representa una estrategia para enfrentar el estrés producido por la violencia vivida y reducir las emociones negativas. Algunos autores han utilizado el término “auto-medicación”, en el sentido de que se trata de un proceso mediante el cual se abusa del alcohol, como forma de aliviar problemas de ansiedad, miedo u otros síntomas emocionales (Widom y Strumhöfel, 2001). Individuos que carecen de los mecanismos de afrontamiento apropiados, pueden usar de alcohol para sentirse mejor.

Específicamente, Beckman (1992, citado en Jasinski, Williams y Siegel, 2000) sugiere que las mujeres con problemas en el consumo de alcohol, usan la sustancia para hacer frente a la ansiedad e incrementar los sentimientos de confianza, poder y control. En este mismo sentido, este autor propone que en los/as sobrevivientes de abuso sexual en la infancia, quienes frecuentemente tienen dificultades para controlar sus emociones o tienen un autoconcepto negativo, el alcohol puede ser consumido con el fin de ganar control sobre esas emociones. Por otra parte, disturbios emocionales y sentimiento de aislamiento son comunes tanto entre los/as sobrevivientes de abuso sexual, como entre las personas con abuso de alcohol. De acuerdo con Wilsnack (1991, citado en Jasinski

et al., 2000), estos factores en común podrían explicar la relación entre el consumo de alcohol y el abuso.

Las víctimas de abuso sexual también pueden usar el alcohol para aliviar los sentimientos de culpa o incomodidad, especialmente cuando están asociados a disfunciones sexuales y/o para hacer frente a la ansiedad respecto al sexo o a las exigencias sexuales de la pareja. Igualmente se ha señalado que algunas personas con TEPT presentan trastornos del sueño, y se ha observado que pueden consumir alcohol cuando están por irse a dormir, como una estrategia para “aliviar” el insomnio (Brems *et al.*, 2004).

Una respuesta común a los eventos estresantes de la vida, es recurrir alguna estrategia para evitar o reducir los efectos negativos del evento. A pesar de que muchas de estas estrategias son una respuesta normal ante estresores severos, hay algunas que son poco efectivas. El recurrir al consumo de alcohol para evitar los efectos negativos del abuso sexual puede ser una estrategia afrontamiento mal adaptativa, ya que el alcohol cubre -en vez de curar- los síntomas del estrés, al tiempo que el problema del alcohol puede persistir o incrementarse.

3.3 Planteamiento del problema

La revisión de la literatura demuestra que el abuso sexual puede ser un factor que no sólo contribuye al desarrollo del consumo de sustancias, sino que complica el cuadro clínico de éste, agregándole un componente psicológico que incrementa la posibilidad de comorbilidad de otros trastornos psiquiátricos, más problemas asociados y un curso de tratamiento más complicado. La mayoría de los estudios al respecto se han realizado en otros países, por lo que resulta fundamental conocer la prevalencia de abuso sexual en población mexicana en tratamiento por uso de alcohol, y sus posibles repercusiones en las características de dicho consumo. Las cifras reportadas de abuso sexual en población en tratamiento por consumo de sustancias van del 30% hasta casi el 90% por arriba del promedio.

Gran parte de las investigaciones se han abocado al estudio de esta problemática en mujeres, sin embargo, es importante tener datos de muestras que no estén restringidas a un sólo sexo, ya que hombres y mujeres tienen un patrón epidemiológico diferenciado en cuanto a la violencia sexual y al abuso de alcohol, y habría que explorar los factores que pueden dar cuenta de dicha diferencia.

A pesar de las evidencias encontradas que señalan la implicación de abuso sexual en el consumo posterior de alcohol, poco se sabe de los factores y procesos que están mediando dicha relación. Algunos investigadores han propuesto varias hipótesis para explicar por qué las víctimas de maltrato en la infancia tienen mayor riesgo de abusar del alcohol durante la edad adulta. Es así como se ha sugerido que para algunas víctimas de abuso sexual, el alcohol puede servir como mecanismo de afrontamiento para lidiar con el trauma asociado al abuso y sus consecuencias (Ramos, 2004; Arellánez, Díaz-Negrete, Wagner y Pérez-Islas, 2004; Widom y Strumhöfel, 2001; Eipstein *et al.*, 1998; Najavits *et al.*, 1997).

La complejidad del problema requiere por tanto explorar las experiencias de abuso sexual entre los consumidores de alcohol e indagar cómo éstas impactan el consumo. En esta tesis se plantea que las personas que han estado expuestas a al abuso sexual, se encuentran en mayor riesgo de transitar al abuso del alcohol, y que dicha asociación puede estar mediada por el efecto traumático de la violencia, cuyos síntomas pueden ser “aliviados” a través del abuso de alcohol.

3.3.1 Preguntas de investigación

- ¿Cuál es la prevalencia de abuso sexual y su impacto en el patrón de consumo de alcohol de hombres y mujeres que acuden a tratamiento por problemas relacionados con el alcohol?
- ¿Qué factores pueden perfilarse para explicar dicho impacto?

Con el fin de dar respuesta a estas interrogantes, el estudio se divide en dos fases de investigación: una de corte cuantitativa y otra cualitativa. En la primera se investigó la prevalencia de abuso sexual en pacientes que solicitaron tratamiento por problemas en su consumo de alcohol, así como la relación entre estas experiencias y las características del consumo. En la segunda fase, de carácter más exploratorio, se indagó de qué manera los consumidores vinculan su consumo de alcohol con las vivencias de abuso.

Capítulo 4

Fase Cuantitativa

“Lo importante es no dejar de preguntar. La curiosidad tiene su razón de existir.”
Albert Einstein

4. Fase cuantitativa

4.1 Método

4.1.1 Propuesta conceptual

Con base en la revisión de la literatura, en la figura 2 se presenta el esquema conceptual de esta etapa de la investigación, en el cual se propuso que entre los consumidores de alcohol que llegan a un servicio en busca de tratamiento, una alta proporción tiene antecedentes de abuso sexual en la infancia. En el esquema, de derecha a izquierda, se pueden observar el consumo de alcohol (variable dependiente) y las características que de éste que se consideran en el estudio:

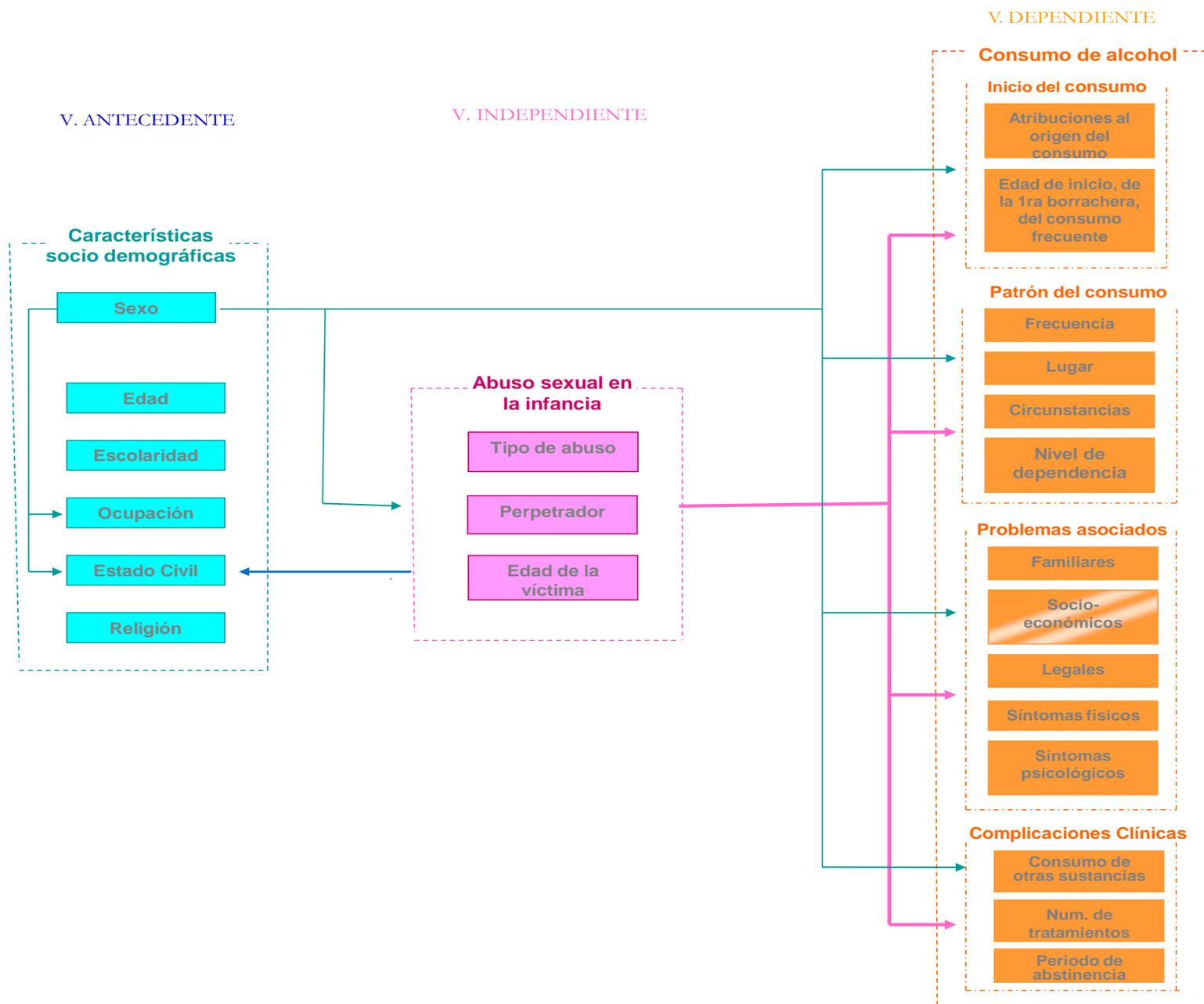
- a) El inicio del consumo, en el que se incluyeron las atribuciones al origen al del mismo, la edad de inicio, de la primera borrachera y en la que la ingesta de alcohol se volvió problemática.
- b) El patrón de consumo, incluidas la frecuencia, lugar y circunstancias del consumo, así como el grado de dependencia a la sustancia.
- c) Los problemas asociados al consumo a los ámbitos, familiar, social, legal, así como los síntomas físicos y psicológicos.
- d) Complicaciones clínicas, como el consumo de otras sustancias, número de tratamientos recibidos por el consumo de alcohol y el periodo de abstinencia.

En especial, las atribuciones que las personas hacen sobre el origen de su consumo, las cuales podían estar vinculadas tanto a las experiencias de abuso sexual, como a las características del consumo, por lo que brindaban algunos indicios sobre la relación entre ambas problemáticas.

Se esperaba que las personas con antecedentes de abuso sexual tuvieran un patrón de consumo más grave, más problemas asociados y más complicaciones clínicas. Por otro lado, en la parte media del esquema se ilustra el abuso sexual (la variable independiente) y los rasgos que de éste se indagaron en el estudio: si existen antecedentes de abuso sexual, el tipo de abuso, la relación con el agresor y la edad en que éste ocurrió.

Finalmente están las variables antecedentes, en este caso, las características sociodemográficas de la población seleccionada al momento de que acuden a tratamiento: sexo, edad, estado civil, escolaridad, ocupación y religión. En el caso del sexo, pueden existir diferencias entre hombres y mujeres respecto al abuso sexual sufrido, al inicio del consumo, así como a las características, los problemas y las complicaciones clínicas asociadas al mismo.

Figura 2
4.1.2 Esquema conceptual



4.1.3 Preguntas de Investigación

Ante las evidencias teóricas y empíricas que ponen de manifiesto al abuso sexual como factor que no sólo incrementa la probabilidad del abuso de alcohol, sino que se vincula con un aumento en las complicaciones clínicas de este abuso, surgen las siguientes preguntas de investigación:

¿Cuál es la prevalencia de abuso sexual y su impacto en el patrón de consumo de alcohol de hombres y mujeres que acuden a tratamiento por problemas relacionados con el alcohol?

4.1.4 Objetivo general y específicos

General:

Identificar la prevalencia de abuso sexual en la infancia y la asociación de esta experiencia con las características del consumo de alcohol en adultos jóvenes (hombres y mujeres) que acuden a un centro de tratamiento por trastornos relacionados con el alcohol.

Específicos:

- Describir las características sociodemográficas de los adultos jóvenes que acuden a un centro de tratamiento para el consumo de alcohol.
- Describir las características del consumo de alcohol, los problemas relacionados a éste, y las atribuciones del origen del mismo, que hacen adultos jóvenes que acuden a un centro de tratamiento para el consumo de alcohol.
- Identificar la prevalencia de abuso sexual en adultos jóvenes que acuden a un centro de tratamiento por problemas en el consumo de alcohol, e identificar las

características de esta experiencia en cuanto a edad en que ocurrió, quien fue el agresor y el tipo de abuso

- Identificar las diferencias por sexo en cuanto a las características del consumo de alcohol, los problemas relacionados a éste, las atribuciones del origen del mismo y experiencias de abuso sexual.
- Identificar la relación entre el abuso sexual, las características de consumo de alcohol, los problemas asociados y el origen atribuido al consumo, en adultos jóvenes que acuden a un centro de tratamiento por problemas en el consumo de alcohol.

4.1.5 Hipótesis

Existe un alto porcentaje (mayor al reportado en población general) de experiencias de abuso sexual entre los consumidores de alcohol que acuden a tratamiento especializado por este motivo, porcentaje que es mayor en las mujeres.

Los antecedentes de abuso sexual en personas con problemas por su consumo de alcohol que acuden a tratamiento, aumentan la probabilidad de presentar un inicio de consumo más temprano de la sustancia, un consumo problemático a menor edad, una mayor dependencia a la sustancia, más problemas asociados (físicos, psicológicas, sociales-financieros, legales), el consumo de otras sustancias y un mayor número de tratamientos, así como atribuciones diferenciadas al origen del mismo, en comparación con las personas que no han tenido este tipo de experiencias.

4.1.6 Escenario

Previa autorización, el lugar base a partir del cual se realizó la recolección y captura de la información fue el Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares del Instituto Nacional de Psiquiatría, ubicado en el Centro Histórico de la Ciudad de México.

Con el fin de brindar un panorama general de los principales rasgos de este centro atención, así como para contextualizar la información obtenida en el presente estudio, en el siguiente apartado se describe de manera general los objetivos de dicho centro y las principales características del lugar donde se ubica.

El Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares

El CAAF forma parte de la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”. Tiene como objetivo brindar atención a personas con problemas por consumo de alcohol y sus familiares, mediante líneas de trabajo encaminadas a la atención terapéutica (sólo maneja tratamiento en consulta externa), la investigación y el apoyo a la docencia a través de cursos, conferencias y estancias.

Los servicios clínicos que proporciona el CAAF son: desintoxicación, terapia psicológica individual y familiar, y en su caso, tratamiento psiquiátrico, además, cuenta con las áreas de trabajo social, enfermería y una sección administrativa (Mariño *et al.*, 1999).

Anualmente se atienden en primera entrevista de 400 a 600 personas, entre familiares y usuarios. Es un hecho que en este tipo de centros la deserción es alta, sin embargo, cada especialista realiza en promedio de tres a cinco entrevistas por paciente. Cuando es necesario, el paciente es enviado a otras instituciones y se trabaja conjuntamente con grupos de autoayuda como Alcohólicos Anónimos. El

servicio se proporciona de lunes a viernes de ocho de la mañana a ocho de la noche, las consultas pueden concertarse vía telefónica o acudir sin previa cita (Natera y Valencia, 2001).

Desde su fundación en 1978, el CAAF se encuentra en la planta alta del Mercado Abelardo Rodríguez, entre las calles de República de Venezuela esquina con Rodríguez Puebla, en el Centro de la Ciudad de México, colonia Morelos. El contexto de alto riesgo para problemas de consumo de alcohol, imprime una naturaleza *sui generis* a la ubicación del CAAF. El área se caracteriza por ser uno de los lugares donde las bebidas alcohólicas están más disponibles que en el resto de la ciudad, ya que se cuenta con una alta concentración de tiendas que venden alcohol (Natera, Tenorio, Figueroa y Ruiz, 2002). Esta zona también se ha convertido en una verdadera aglomeración de vendedores ambulantes, atrayendo a una gran cantidad de personas a sus calles. Esta situación a su vez ha provocado el aumento de la delincuencia en el área. De acuerdo con Otero (2002, 6 de junio), la zona norte del Centro Histórico es una de las más inseguras de la ciudad, donde los delitos más frecuentes son el robo a transeúntes, asalto a repartidores y a comercios.

4.1.7 Diseño

Con el fin de cumplir con los objetivos planteados en esta fase de la investigación, se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo, transversal, en el que se revisaron los cuestionarios de la consulta inicial, la cédula de preconsulta y la Escala de Dependencia al Alcohol (EDA) que se aplican a todos los pacientes que acuden a este centro de atención por primera vez.

Los datos fueron extraídos de expedientes clínicos seleccionados al azar de hombres y mujeres que solicitaron los servicios del CAAF por problemas en el consumo de alcohol del 1 de enero de 2005 al 17 de mayo de 2007. De esta

manera, se conformó una base de datos a partir de los expedientes y datos seleccionados. La revisión de los datos tuvo lugar en el mismo centro de atención del 20 de mayo del 2007 al 3 de agosto de 2007.

4.1.8 Definición conceptual y operacional de las variables

VARIABLES ANTECEDENTES

SEXO

Se han observado diferencias significativas en cuanto al abuso sexual entre hombres y mujeres. En estudios publicados de adultos que informan retrospectivamente sobre su propia niñez, la prevalencia del abuso sexual en la infancia entre los varones varía de 1% —usando una definición restringida de contacto sexual que implica presión o fuerza— a 19%, cuando se empleó una definición más amplia. En las mujeres adultas, la prevalencia a lo largo de toda la vida de la victimización sexual en la niñez varía de 0.9%, usando la violación como definición del abuso, a 45% con una definición más amplia (WHO, 2002).

En cuanto al consumo de alcohol, esta práctica sigue siendo característica de la población masculina. De acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Adicciones (Medina-Mora *et al.*, 2002), el 72% de los varones que habitan zonas urbanas reportó haber bebido en los 12 meses previos a la encuesta, en tanto que esta conducta sólo se observó en el 42% de las mujeres.

Definición conceptual: Características físicas de los hombres y las mujeres (Batres, 2006)

Definición operacional: ¿Es usted?, con dos categorías de respuesta que son: "Mujer" y "Hombre".

Tipo de variable: Nominal

ESCOLARIDAD

El abandono o la suspensión de estudios y la baja adherencia escolar se han asociado con el uso de sustancias lícitas como el alcohol y tabaco (Arelláñez *et al.*, 2004). Por otro lado, como consecuencia a mediano plazo del abuso sexual infantil se ha documentado la presencia de problemas escolares (Ramos *et al.*, 1998).

Definición conceptual: Grado de estudio más alto aprobado en los niveles del Sistema Educativo Nacional.

Definición operacional: ¿Cuál fue su último grado de estudio?, contando con las categorías de respuesta: analfabeta, sólo sabe leer y escribir, primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa, preparatoria incompleta, preparatoria completa, carrera técnica incompleta, carrera técnica completa, licenciatura incompleta, licenciatura completa y postgrado. Para el análisis de los datos, esta variable fue recodificada en las categorías: primaria, secundaria, preparatoria, técnico y profesional.

Tipo de variable: Ordinal

OCUPACIÓN

El consumo recurrente de alcohol puede dar lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, provocando el abandono del mismo. Por otro lado, de acuerdo con Bachean y colaboradores (2000, citado en Raskin y Jackson, 2005), la gente que obtiene un empleo de tiempo completo presenta un ligero incremento en el consumo recurrente de alcohol y una pequeña disminución en el abuso severo.

Definición conceptual: Trabajo o actividad en la que el entrevistado gasta la mayor parte del tiempo, por la cual puede recibir remuneración.

Definición operacional: ¿A qué se dedica usted?, con las categorías de respuesta: Sin ocupación, ama de casa, estudiante, subempleado o eventual, empleado, comerciante, profesionista.

Tipo de variable: Nominal

ESTADO CIVIL

Raskin y Jackson (2005), mencionan que diversos investigadores han encontrado un efecto en el consumo de alcohol después del matrimonio: las mujeres casadas disminuyen su consumo, mientras que en los hombres se presenta un ligero aumento. El convertirse en padres también se ha asociado con una disminución en el consumo de alcohol tanto en hombres como en mujeres.

Definición conceptual: Condición de unión o matrimonio de la persona en el momento de la entrevista, de acuerdo con las leyes o costumbres del país.

Definición operacional: ¿Cuál es su estado civil?, con las categorías: soltero, casado, unión libre, separado, divorciado, viudo.

Tipo de variable: Nominal

RELIGIÓN

El tener una creencia religiosa o fe en una fuerza superior, puede constituir un factor protector ante el consumo de alcohol y otras drogas, especialmente en población joven (Sepúlveda, Roa y Muñoz, 2011).

Definición conceptual: Afiliación de carácter religiosa o espiritual a alguna secta de culto.

Definición operacional: ¿Tiene alguna religión? Con las opciones de respuesta: sí y no, ¿Cuál? de contestación abierta, ¿La practica? con las categorías: sí, no.

Tipo de variable: Nominal

VARIABLE INDEPENDIENTE

ABUSO SEXUAL

El haber sufrido abuso sexual, sobre todo a edades tempranas, incrementa el riesgo de consumo de alcohol (Ullaman *et al.*, 2005).

Definición conceptual: “Todo acto en que se involucre “a un niño/a en actividades sexuales que no comprende en su totalidad, que no está preparado/a en su desarrollo para dar un consentimiento, o que violan tabúes sociales y legales. Se caracteriza por una actividad entre un niño/a y un adulto u otro infante que por su edad o desarrollo tiene una relación de responsabilidad, confianza o poder sobre el niño/a, que está encaminada a la gratificación o la satisfacción sexual de la otra persona” (WHO, 2006, p. 1).

Definición operacional: ¿Alguien ha abusado sexualmente del paciente alguna vez?, con las categorías de respuesta: sí, no.

Tipo de variable: Nominal

TIPO DE ABUSO

Uno de los factores que influyen en el impacto traumático del abuso sexual es la severidad en la forma de invadir o el contacto sexual más íntimo (Meichenbaum, 1994).

Definición conceptual: Tipo de contacto sexual establecido por el agresor.

Definición operacional: Tipo de abuso sexual experimentado, con las categorías de respuesta: Penetración, tocamiento, sexo por la boca.

Tipo de variable: Nominal

PERPETRADOR

De acuerdo con Michenbaum (1994), las características de la relación abusiva influyen en el impacto traumático del abuso sexual. El abuso tendrá consecuencias más negativas si se prolonga por un largo período de tiempo, si sucede con una persona muy cercana (con una sensación de traición) y si está acompañado por agresión (Finkelhor, 1984).

Definición conceptual: Relación del paciente con la persona que perpetró el abuso sexual.

Definición operacional: ¿Quién abuso sexualmente del paciente? Respuesta abierta.

Tipo de variable: Nominal

EDAD DEL ABUSO

Uno de los factores que parecen influir en los efectos del abuso es el momento de desarrollo en que el abuso ocurrió (Meichenbaum, 1994).

Definición conceptual: Años cumplidos al momento del abuso.

Definición operacional: Dado que no existe dentro de la cédula de consulta inicial una pregunta directa sobre la edad del paciente en que el abuso sucedió, se buscó la información dentro del expediente. Se creó la variable poniéndose la edad en años en la que ocurrió en abuso, siempre y cuando este dato se encontrara dentro del expediente, en caso contrario se dejaba como caso perdido.

Tipo de variable: Nominal

VARIABLE DEPENDIENTE

CARACTERÍSTICAS DEL CONSUMO

Tener una historia de abuso sexual se ha asociado con ciertas características de consumo de alcohol: una edad de inicio más temprano, más problemas asociados al consumo, síntomas psiquiátricos asociados, más arrestos a lo largo de la vida y una mayor severidad en el consumo (Brems *et al.*, 2004).

Definición conceptual: Modelo que sirve para definir el consumo de alcohol de una persona.

Definición operacional: Características del consumo de alcohol en cuanto a:

- A. Causa atribuida al problema del consumo de alcohol por parte del propio consumidor. Se evaluó a través de la pregunta abierta: ¿a qué atribuye usted su problema con el alcohol?. Se construyeron las siguientes categorías de respuesta: problemas familiares o de pareja, problemas en la infancia, falta de control, placer o diversión, olvidar problemas, aceptación de los demás, padres o familiares consumidores, problemas de salud, malestar emocional, otros motivos y no sabe.
- B. Edad de inicio del consumo (en años).
- C. Edad de la primera borrachera (en años).
- D. Edad en que el consumo se volvió problemático (en años).
- E. El contexto del consumo:
 - Lugar donde regularmente bebe: Pregunta abierta que fue codificada a partir de las respuestas de los pacientes. Se propusieron las siguientes categorías: casa, calle, bar o cantina, antro o disco, fiesta, tienda o expendio, casa de amigos o parientes y otros lugares. Una persona podía mencionar más de una opción.
 - Circunstancias del consumo: Pregunta abierta que hace referencia a las personas con las que se suele beber. Se categorizó en: solo, amigos, familiares, pareja y otros, encontrando reportes con más de una opción de respuesta.
- F. Frecuencia del consumo: Número de veces por semana que consume alcohol.
- G. Consumo de otras drogas:
- H. Abstinencia: Tiempo que ha transcurrido desde la última vez que consumió alcohol al momento de la entrevista.
- I. Si ha dejado de consumir alcohol por su propia voluntad
- J. Número de tratamientos recibidos por su consumo de alcohol
- K. Grado de dependencia a la sustancia: Medido a través de la Escala de Dependencia al Alcohol.

PROBLEMAS ASOCIADOS AL CONSUMO DE ALCOHOL

El abuso de alcohol genera consecuencias adversas tanto para el individuo como para la familia y la sociedad en su conjunto. Estas consecuencias tienden a agravarse conforme el consumo aumenta. En la sociedad occidental, el consumo problemático del alcohol en mujeres es mal visto, mientras que esta misma conducta en los hombres es más abierta y tolerada (Romero, Rodríguez, Durand-Smith y Aguilera, 2003).

La mujer presenta una doble vulnerabilidad al consumir alcohol, debido a aspectos biológicos, al desarrollar problemas con menores dosis y tiempos de consumo que el varón, y los sociales, al ser objeto de un mayor rechazo de los demás cuando desarrolla problemas en su consumo (Durand, 2004).

Definición conceptual: Problemas asociados al consumo de alcohol en distintos ámbitos de la vida del individuo: físico, psicológico, familiar, legal y socioeconómico.

Definición operacional: Problemas reportados por el paciente y detección por parte del clínico en cuanto a:

- Síntomas físicos
- Síntomas psicológicos
- Problemas legales
- Problemas familiares
- Problema económico-sociales

Tipo de variable: nominal

4.1.9 Muestra

Se llevó a cabo un muestreo aleatorio simple estratificado por sexo de todos los expedientes de las personas de 18 a 30 años que acudieron al CAAFF del 1 de enero de 2005 al 17 de mayo de 2007.

Tamaño de la muestra

Se calculó el tamaño de muestra para una proporción (prevalencia) para cada uno de los estratos (hombres y mujeres), mediante la siguiente fórmula:

$$n = N p * q / (N - 1) D + p * q$$

Donde:

$$D = B^2 / 4$$

n = Tamaño de muestra

N = Total de la población

p = Proporción de interés

q = p - 1

B = Magnitud del límite de error

El tamaño de la muestra fue calculado para dar estimaciones por sexo, con base en un nivel de confianza del 95%, un efecto de diseño de 2, un error máximo esperado de 5%, una tasa de no respuesta esperada de 20%, para una proporción esperada del 30%. De esta forma, para tener una muestra que permitiera conocer la prevalencia de abuso sexual entre las personas que acuden al CAAF en un año, se seleccionaron 140 expedientes de hombres y 67 de mujeres.

Selección de la muestra

Mediante la base de datos que tiene la institución de los pacientes atendidos en las fechas antes indicadas, se seleccionaron todos los expedientes de personas entre los 18 y los 30 años: 267 eran de hombres y 102 de mujeres. Se estratificó a la población por sexo para la mejor representatividad de la muestra a nivel de estos subconjuntos, de esta forma, se obtuvieron tamaños de muestra distintos para cada uno de ellos. Una vez obtenida esta información, se crearon dos bases de datos con los números de expediente: una para hombres y otra para mujeres. Mediante el programa estadístico SPSS⁶ (versión 15), se seleccionaron al azar (aleatorización simple) aquellos expedientes que serían considerados para su captura.

4.1.10 Criterios de inclusión

Expedientes de hombres y mujeres que acudieron por primera vez al CAAF del 1 de enero de 2005 al 17 de mayo de 2007, y que contenía la carta de consentimiento de consulta de la información firmado por los/as pacientes.

4.1.11 Criterios de exclusión

Cuestionarios que por falta de legibilidad, de consentimiento por parte del usuario o de información, es decir, que contuvieran menos del 80% de las respuestas a las preguntas seleccionadas, fueron eliminados. Aquellos expedientes que no fueran de pacientes consumidores de alcohol, o que no estuvieran físicamente archivados, fueron sustituidos de acuerdo con el número de expediente, por el siguiente en orden ascendente que cumpliera con los criterios de inclusión y que no hubiera sido elegido previamente en la selección aleatoria.

⁶ Statistical Package for the Social Sciences

4.1.12 Instrumentos

Se retomó la información seleccionada en el presente estudio de la cédula de preconsulta, de consulta inicial y de la Escala de Dependencia al Alcohol, que se aplican a todos los pacientes que acuden al CAAF.

Pre Consulta y Consulta Inicial del CAAF

Como parte del procedimiento de ingreso de los consumidores al CAAF se emplea una cédula de preconsulta y de consulta inicial. En la primera se interroga acerca de los datos sociodemográficos, la zona de procedencia y residencia, el motivo de consulta, las expectativas de tratamiento y la atribución hecha por el propio paciente sobre su problema con el alcohol.

En la cédula de consulta inicial, se indaga respecto a la historia de consumo de alcohol, la frecuencia y la cantidad de consumo, el tipo de bebida, la historia de tratamientos previos, los antecedentes de abuso sexual, el tiempo de consumo, así como los problemas físicos, psicológicos, familiares, legales y sociales.

Escala de Dependencia al Etanol

La Escala de Dependencia al Alcohol (EDA) se aplica a la mayoría de los pacientes que acuden al CAAF en la primera consulta. Es un instrumento que cuantifica las diferencias individuales en el grado de deterioro físico, psicológico y social ocasionado por el consumo de alcohol y diferencia cuatro niveles de dependencia: bajo, moderado, sustancial y severo (Cordero, 2008).

La EDA ha sido adaptada y utilizada en México en investigaciones con consumidores de alcohol. Solís y colaboradores (2007) encontraron que el instrumento diferencia los niveles de dependencia, ya que al ser comparado con los criterios del DSM-IV y con un punto de corte de 8, el instrumento muestra una

alta sensibilidad y especificidad (96/98) con adecuados intervalos de confianza; así mismo, presentó una consistencia interna global de .96 (α Cronbach).

4.1.13 Procedimiento

Una vez que se obtuvieron al azar los números de expedientes que serían incluidos en el estudio, se buscaron físicamente dentro de los archivos de la institución. Si el expediente no se encontraba físicamente, si no correspondía a un consumidor de alcohol, le faltaba más del 80% de la información o no tenía firma de consentimiento por parte del paciente, se sustituyó por el siguiente en orden ascendente que reuniera los criterios de selección. En total se sustituyeron seis expedientes por alguna de estas causas. Una vez localizados, se entregaba al personal a cargo una relación con los números de expedientes sustraídos para su consulta y captura, y eran devueltos al mismo personal al terminar su revisión. En el espacio asignado por las autoridades del CAAF, se llevó a cabo la captura de la información, creándose una base de datos en el programa estadístico SPSS versión 15. Al día se procesaba la información de entre cinco y siete expedientes.

Se retomaron los datos seleccionados (con base en los objetivos planteados) de tres secciones del expediente:

- De la cédula de preconsulta se retomó la información sobre el sexo, la edad, la escolaridad, la ocupación, el estado civil y la religión del paciente, así como la atribución que hace de su problema con el alcohol.
- En la consulta inicial se recabó la información sobre la edad de inicio, la edad de la primera borrachera y la edad en la que comenzó a consumir con mayor intensidad, los días y las circunstancias de consumo, cuánto bebió la última vez que consumió, el uso de otras drogas, los tratamientos recibidos,

los antecedentes de abuso sexual, así como los problemas físicos, emocionales, legales, familiares y sociales asociados al consumo.

- Finalmente, si el expediente contaba con la EDA, se capturó toda la escala con el fin de conocer si existía dependencia al alcohol y en qué grado.

En aquellos casos en los que se detectaron antecedentes de abuso sexual, se revisó el expediente completo con el fin de identificar la edad del paciente en la que se dio el abuso.

Terminada la captura, los expedientes eran archivados nuevamente, cuidando la confidencialidad de la información y el orden en que eran acomodados (por número de expediente, de acuerdo con los lineamientos de la institución).

Materiales

Se empleó una laptop con el programa estadístico SPSS para capturar la información seleccionada, así como un cuaderno y lápiz para llevar un control de la captura y diario de campo.

Estrategias de análisis

Se realizó un análisis descriptivo de la información obteniéndose las frecuencias y porcentajes para todas las variables seleccionadas. Se hicieron análisis estadísticos bivariados distinguiendo entre aquellas personas con y sin antecedentes de abuso sexual, así como entre hombres y mujeres. Se usó el programa estadístico SPSS (Versión 15) para el análisis de los datos.

4.1.14 Consideraciones éticas

El CAAF tiene dentro de sus funciones la investigación, por lo que solicita a los pacientes la firma de un consentimiento para consultar la información de sus expedientes con fines estadísticos y de investigación. En este estudio se consideraron sólo aquellos expedientes que contaban con la firma del consentimiento por parte del paciente.

Todo el tiempo se cuidó el manejo confidencial de la información. El procedimiento de consulta de los expedientes se apegó al sistema de seguridad de acceso propuestos por las autoridades del centro. Nunca se consultó ni registró el nombre de los pacientes, la revisión y captura de la información se hizo a través del número de expediente y dentro de la misma institución. Se cuidó la integridad y exactitud de la información recolectada, así como la confiabilidad y consistencia en la captura de información. El acceso a la base de datos generada se limitó a la autora de este trabajo y al asesor en estadística. Asimismo, el documento en electrónico estuvo protegido con contraseña como medida de seguridad.

4.2 Resultados

En este apartado se hace una descripción de los principales hallazgos obtenidos en la primera fase de la investigación. Para conocer mejor a la población de estudio, se detallan las características sociodemográficas, del consumo y la prevalencia de abuso sexual detectados. Cabe aclarar que el tamaño de la muestra para cada estrato tiene repercusiones en el análisis de la información, ya que los resultados totales representan principalmente las características del consumo y de abuso de los hombres, al ser ellos mayoría (dado el patrón de asistencia al CAAF). Por ello, en un apartado anexo se describen las diferencias por sexo de estas mismas variables. Sin embargo, esta subdivisión hace que para ciertas variables las “n” sean pequeñas, disminuyendo la potencia de los análisis estadísticos de detectar diferencias o efectos donde los haya. Cabe aclarar que habiéndose podido presentar esta información en conjunto (totales y datos por sexo), se presentan por separado fin de resaltar las diferencias entre hombres y mujeres, y facilitar visualización de los resultados en tablas evitando su saturación.

Por otro lado, con el fin de evaluar las hipótesis de estudio, en la segunda sección se presentan los resultados de la comparación entre las personas que han vivido abuso sexual y las que no, esto para identificar cómo es que el abuso se vincula con las características del consumo y con otras áreas de la vida de los individuos.

4.2.1 Descripción de la muestra: características sociodemográficas, del consumo alcohol y del abuso sexual

Para caracterizar a la población de estudio, en esta sección se muestran los resultados generales en cuanto a los rasgos sociodemográficos: edad, escolaridad, ocupación, estado civil y religión; las características del consumo: edad de inicio, de la primera borrachera y del consumo frecuente, las atribuciones al origen del mismo, los días, los lugares y las circunstancias del consumo, el uso de otras drogas, el nivel de dependencia alcohol y los problemas asociados al consumo; así como la prevalencia del abuso sexual y sus principales características: edad en que ocurrió, quién fue el agresor y el tipo de relación abusiva.

Características sociodemográficas

Teniendo en cuenta que para este estudio fueron seleccionadas personas de 18 a 30 años, se obtuvo una media de edad de 25.3 años. De acuerdo con los datos de la tabla 1, la mayoría de los individuos cuentan con un nivel escolar medio y medio superior (34% y 29% respectivamente). La gran parte están empleados (23%) o estudiando (22%), aunque destaca un alto porcentaje de personas sin ocupación (21%); más de la mitad están solteros, sobresaliendo un 19% de personas separadas o divorciadas. Finalmente, aunque casi un 80% dice ser católicos, sólo un 31% practica su religión.

Tabla 1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

	Total	
	n	%
Edad (años)		
18-21	44	21.3
22-25	53	25.6
26-29	82	39.6
30	28	13.5
Escolaridad		
Primaria	19	9.2
Secundaria	70	33.8
Preparatoria	60	29.0
Técnica	11	5.3
Profesional	47	22.7
Ocupación		
Sin ocupación	44	21.3
Hogar	17	8.2
Estudiante	46	22.2
Subempleado/eventual	23	11.1
Empleado	48	23.2
Comerciante	25	12.1
Profesionista	4	1.9
Estado Civil		
Soltero	113	54.6
Casado	26	12.6
Unión libre	28	13.5
Separado o divorciado	39	19.3
Religión		
Ninguna	32	17.9
Católico	142	79.3
Otra	5	2.8
Practica la religión		
No	94	68.6
Sí	43	31.4

Características del consumo de alcohol

En la tabla 2 se presentan los datos sobre la edad en que se inició el consumo, la edad de la primera borrachera y del consumo frecuente, así como las causas atribuidas por los individuos a su problema con el alcohol.

La media de edad de inicio del consumo para este grupo de personas fue de 14.6 años, un año después se presenta la primera borrachera, y cuatro años más tarde comienzan a beber con mayor frecuencia. En general, la mayoría (18%) atribuye su consumo de alcohol a la inestabilidad emocional que viven, seguida por falta de control e impulsividad (17%), así como a los problemas familiares o de pareja (16%). Si se consideran los problemas emocionales en conjunto (tristeza, ansiedad, soledad, enojo e inestabilidad emocional), estos constituyen la principal causa de consumo (48.5%).

Por otra parte, en lo referente a las características del consumo en el momento actual, en la tabla 3 se muestran los resultados en cuanto a la frecuencia, el lugar y las circunstancias del consumo, el período de abstinencia con que llegan algunos de los pacientes, si han dejado de beber por propia voluntad, el número de tratamientos recibidos por el consumo y el uso de otras drogas.

De esta manera, se observa que los individuos consumen en promedio tres días a la semana. El lugar donde se consume con mayor frecuencia es el hogar (43%), seguido por la calle (33%) y las cantinas o bares (23%). Llama la atención que un 13% reporta consumir es su centro de trabajo. En cuanto a las circunstancias del consumo, la mayoría suele consumir en compañía de sus amistades o solos.

Tabla 2. INICIO DEL CONSUMO DE ALCOHOL

	Total (n=207)		
	n	x	D.E.
Inicio del consumo			
Edad de inicio	207	14.6	3.4
Edad de la primera borrachera	205	15.6	3.1
Edad de consumo frecuente	205	19.1	3.6
Causas atribuidas al consumo			
	(n=206)		
	n	%	
Problemas familiares o de pareja	33	16.0	
Problemas en la infancia	11	5.3	
Falta de control	35	17.0	
Placer o diversión	29	14.1	
Olvidar problemas	26	12.6	
Aceptación de los demás	12	5.8	
Amigos, redes sociales	19	9.2	
Padres o familiares alcohólicos	13	6.3	
Problemas físicos	13	6.3	
Depresión, tristeza	23	11.2	
Ansiedad	16	7.8	
Soledad	12	5.8	
Enojo	11	5.3	
Inestabilidad emocional	38	18.4	
Otros motivos	27	13.1	
No sabe	15	7.3	

De las personas que llegaron en abstinencia al CAAF, la mayoría (13%) tenía más de un mes pero menos de seis sin beber y habían acudido antes a algún tratamiento por su consumo. En lo que respecta al consumo de otras sustancias, aproximadamente tres de cada cuatro personas han probado drogas en algún momento de su vida, y un 38% las consume al momento de acudir a la institución (tabla 3).

Tabla 3. CARACTERÍSTICAS DEL CONSUMO DE ALCOHOL

	Total (n=207)		
	n	x	D.E.
Días de consumo			
Días a la semana de consumo	179	3.4	2.2
Tratamientos			
Número de tratamientos por consumo	207	1.2	1.3
Lugar de consumo			
	(n=181)		
	n	%	
Casa	78	43.1	
Calle	59	32.6	
Bar o cantina	41	22.7	
Antro o disco	17	9.4	
Fiestas	31	17.1	
Tienda o expendio	20	11.0	
Trabajo	25	13.8	
Casa de amigos/parientes	20	11.0	
Otros	10	5.5	
Circunstancias del consumo			
	(n=183)		
Solo	102	55.7	
Amigos	121	66.1	
Familiares	17	9.3	
Pareja**	13	7.1	
Otro	12	6.6	
Abstinencia			
	(n=207)		
Tiene más de un mes que no bebe	27	13.0	
Tiene más de seis meses que no bebe	4	1.9	
Tiene más de doce meses que no bebe	19	9.2	
A jurado o dejado de beber por voluntad	82	39.6	
Drogas			
Consumo de drogas alguna vez en la vida	153	73.9	
Consumo de drogas actualmente	58	38.2	

Con el fin de identificar el nivel de dependencia al alcohol, en la tabla 4 se presentan los resultados de la Escala de Dependencia al Alcohol. La mayoría de los asistentes al CAAF, llegan con un nivel moderado de dependencia a la sustancia, seguidos por los casos de dependencia sustancial y severa. Es así como casi un 80% de los asistentes tienen un nivel de dependencia que va del moderado a severo, y sólo en un 9% de los casos se descarta la dependencia a la sustancia. La puntuación media de la escala fue de 21.3, esto significa que el nivel de dependencia al alcohol en esta muestra es sustancial.

Tabla 4. NIVEL DE DEPENDENCIA

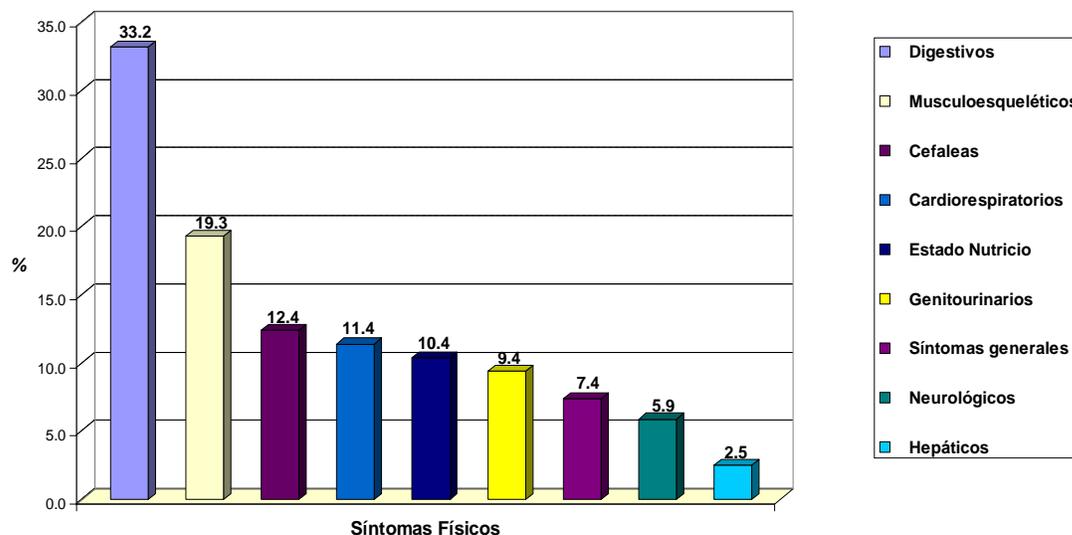
	Total (n=207)		
	n	x	D.E.
Escala de Dependencia al Etanol	169	21.3	9.8
	(n=169)		
Nivel de dependencia	n	%	
No hay evidencia	15	8.9	
Bajo	20	11.8	
Moderado	61	36.1	
Sustancial	37	21.9	
Severo	36	21.3	

Problemas asociados al consumo

A continuación se detallan los síntomas físicos y psicológicos, así como los problemas familiares, legales y sociales asociados al consumo de alcohol.

En la gráfica 1 se ilustran los principales síntomas físicos reportados por los asistentes al CAAF. El mayor porcentaje de síntomas asociados son de índole digestivo (ardor de estómago, diarrea, úlceras, vómito, entre otros), seguidos por problemas musculo-esqueléticos (dolor de articulaciones, extremidades, fracturas) y dolores de cabeza.

Gráfica 1. SÍNTOMAS FÍSICOS ASOCIADOS AL CONSUMO



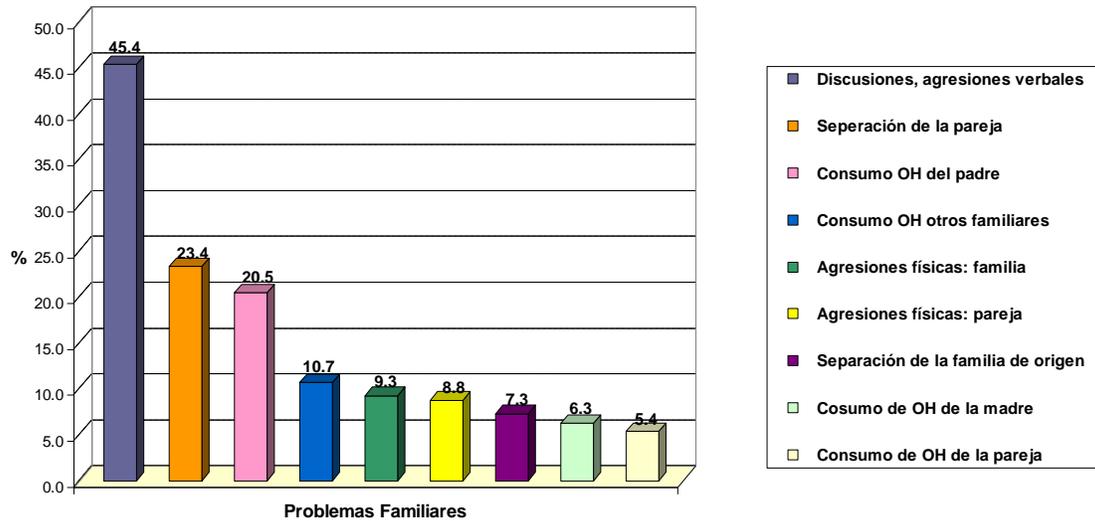
En lo referente a los síntomas psicológicos asociados al consumo, en la tabla 6 se observa que aproximadamente 3 de cada 7 individuos reportan estado de ánimo depresivo, 1 de cada tres se sienten ansiosos y casi 3 de cada diez presentan ideación suicida y/o problemas de insomnio (de hipersomnias sólo se registraron siete casos).

Tabla 6. SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS ASOCIADOS AL CONSUMO

Síntomas Psicológicos	Total (n=206)	
	n	%
Síntomas		
Miedos	20	10.0
Ansiedad	64	31.8
Estado depresivo	87	43.3
Disminución de interés	49	24.4
Fatiga, pérdida de energía	31	15.4
Sentimientos de devaluación y/o culpa	48	23.9
Labilidad emocional	13	6.5
Soledad y/o aislamiento	22	10.9
Agresividad y/o impulsividad	35	17.4
Irritabilidad	37	18.4
Disminución de atención y/o concentración	10	5.0
Pensamientos de muerte	60	29.9
Pérdida de memoria, olvidos	13	6.5
Autolesiones	9	4.5
Intento suicida	41	20.4
Alteraciones en la alimentación	19	9.5
Insomnio o hipersomnia	60	29.9
Pesadillas	8	4.0
Sueño no reparador	7	3.5
Alucinación	11	5.5
Otros	23	11.4

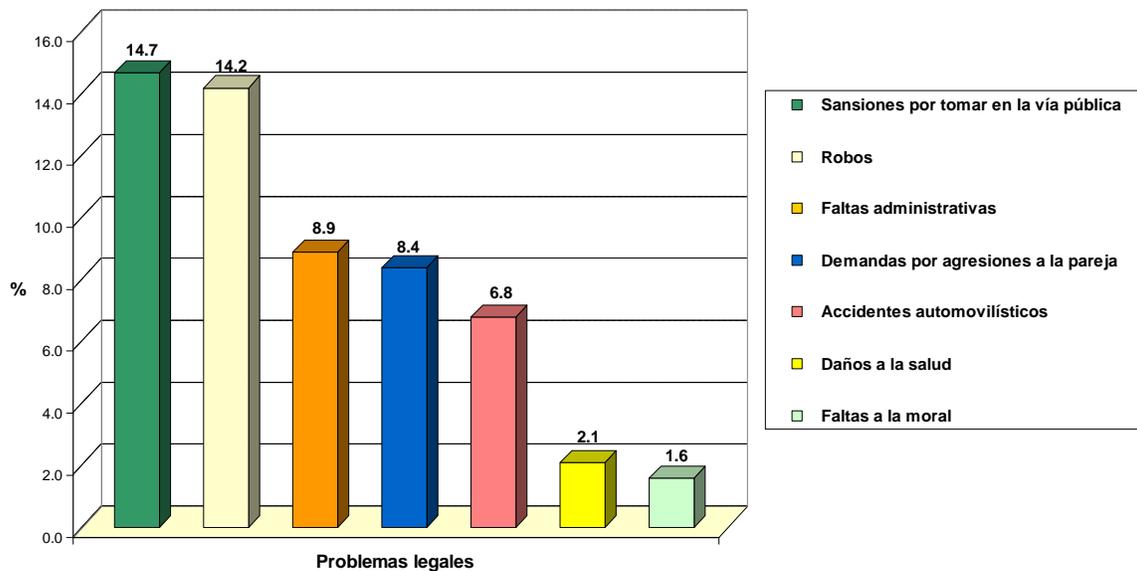
En cuanto a los problemas familiares, tal como lo ilustra la gráfica 2, la principal queja son las discusiones generadas principalmente por la manera de beber de la persona, seguida por la separación o abandono de la pareja y el consumo de alcohol por parte de la pareja.

Gráfica 2. PROBLEMAS FAMILIARES ASOCIADOS AL CONSUMO



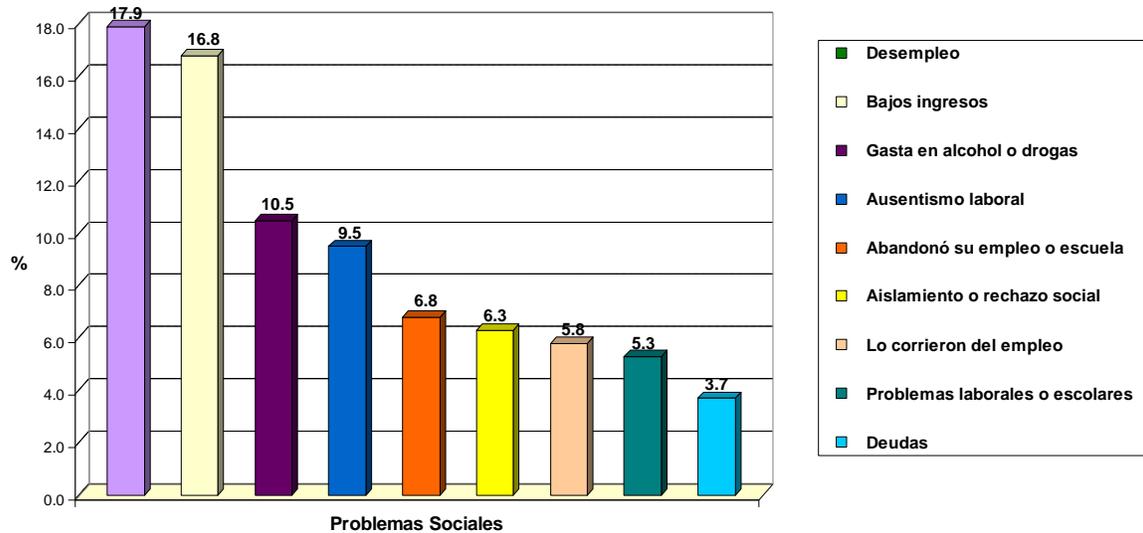
Entre los principales problemas legales vinculados al consumo (ver gráfica 3) se encuentran las sanciones por beber en la vía pública, el involucrarse en robos o asaltos, las faltas administrativas y las demandas por parte de la pareja debido a agresiones.

Gráfica 3. PROBLEMAS LEGALES ASOCIADOS AL CONSUMO



En la gráfica 4 se observa que las principales complicaciones sociales y económicas vinculadas al consumo son la falta de empleo, los bajos ingresos y el gastar en alcohol u otras drogas descuidando otros gastos.

Gráfica 4. PROBLEMAS SOCIALES ASOCIADOS AL CONSUMO



Finalmente, en cuanto al número de problemas asociados al consumo de alcohol, en la tabla 7 se observa que en promedio hay más síntomas psicológicos asociados que de otra índole.

Tabla 7. PROBLEMAS ASOCIADOS AL CONSUMO

Síntomas asociados	Total		
	n	x	D.E.
Número de problemas asociados			
Síntomas físicos	201	1.5	1.5
Síntomas Psicológicos	201	3.8	2.9
Problemas familiares	205	1.3	1.0
Problemas legales	191	0.6	0.7
Problemas sociales	191	0.9	0.8

Abuso sexual

Para conocer las experiencias de abuso reportadas, en la tabla 8 se muestran los resultados obtenidos al respecto. En este grupo se encontró una prevalencia de abuso sexual del 34%, es decir que aproximadamente 2 de cada 6 personas que acuden al CAAF han vivido abuso sexual en la infancia. En promedio, el abuso ocurrió entre los 8 y 9 años de edad; los principales perpetradores fueron familiares de las víctimas (sobresaliendo los cometidos por tíos y primos) y conocidos (vecinos, amigos de la familia, maestros, entre otros). El abuso consistió principalmente en penetración (50% de los casos) y tocamientos. Si se consideran las experiencias de abuso más intrusivas (penetración y sexo oral), aproximadamente 6 de cada 10 tuvieron este tipo de experiencias.

Tabla 8. ABUSO SEXUAL

	Total (n=207)		
	n	%	
Abuso sexual	74	34.1	
	(n=71)		
	n	%	
Agresor			
Padre	7	9.9	
Padraastro	4	5.6	
Hermano	8	11.3	
Tío	12	16.9	
Primo	11	15.5	
Vecino	9	12.7	
Conocidos	17	23.9	
Desconocido	3	4.2	
	(n=69)		
	n	%	
Tipo de abuso			
Penetración	29	42.0	
Tocamiento	28	40.6	
Sexo oral	6	8.7	
Penetración y sexo oral	6	8.7	
	n	x	D.E.
Edad			
Edad en que ocurrió el abuso	40	8.7	4.2

4.2.2 Descripción de la muestra por sexo

Dada la importancia de la variable sexo en las experiencias de abuso sexual y del consumo de alcohol, así como la imposibilidad de hacer análisis estadísticos considerando las variables sexo y abuso sexual en su conjunto (debido al tamaño de muestra), en este apartado se presentan los resultados de las diferencias entre hombres y mujeres para cada una de las variables seleccionadas en el estudio. Se corrieron las pruebas de hipótesis correspondientes (X^2 , U de Mann Whitney y t de student) para cada una de las variables. Sólo se reportan los resultados de las pruebas donde se detectaron diferencias estadísticamente significativas, estos se registran al final de las tablas y se identifican mediante un asterisco o más, según corresponda a cada variable.

Características sociodemográficas por sexo

Con el fin de determinar si había diferencias por sexo en cuanto a las variables sociodemográficas, se realizaron las pruebas de hipótesis U de Mann Whitney en el caso de edad y escolaridad, y X^2 para ocupación, estado civil y religión. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los análisis realizados. A pesar de ello, se observa que la mayoría de las mujeres tienen estudios de preparatoria, y los hombres de secundaria, sin embargo, un 25% de ellos han alcanzado estudios de licenciatura, al tiempo que sólo un 17% de las mujeres tienen este nivel de estudios. En cuanto a la ocupación, las mujeres están dedicadas mayormente al hogar o son estudiantes. Por su parte, la principal actividad de los hombres es el trabajo remunerado o se encuentran desempleados. Existe un mayor porcentaje de mujeres casadas que de hombres. Asimismo, hay más mujeres separadas o divorciadas que hombres. Hay más hombres que dicen profesar alguna religión que mujeres.

Tabla 9. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS POR SEXO

	Hombres (n=140)		Mujeres (n=67)	
	n	%	n	%
Edad (años)				
18-21	28	20.0	16	23.9
22-25	34	24.3	19	28.4
26-29	57	40.7	25	37.3
30	21	15.0	7	10.4
Escolaridad				
Primaria	14	10.0	5	7.5
Secundaria	49	35.0	21	31.3
Preparatoria	35	25.0	25	37.3
Técnica	7	5.0	4	6.0
Profesional	35	25.0	12	17.9
Ocupación				
Sin ocupación	32	22.9	12	17.9
Hogar "	1	0.7	16	23.9
Estudiante	31	22.1	15	22.4
Subempleado o eventual	19	13.6	4	6.0
Empleado	36	25.7	12	17.9
Comerciante	18	12.9	7	10.4
Profesionista"	3	2.1	1	1.5
Estado Civil				
Soltero	81	57.9	32	47.8
Casado	15	10.7	11	16.4
Unión libre	19	13.6	9	13.4
Separado o divorciado	25	17.9	15	22.4
Religión				
Ninguna	20	15.7	12	23.1
Católico	104	81.9	38	73.1
Otra"	3	2.4	2	3.8
Practica la religión				
No	68	68.7	26	68.4
Sí	31	31.3	12	31.6

"= No se incluyeron en las pruebas de hipótesis

Características del consumo de alcohol por sexo

En este apartado se muestran las características del consumo de alcohol en hombres y mujeres. Igualmente se presentan los resultados de las pruebas de hipótesis que resultaron ser significativas, esto con el fin de identificar diferencias en el consumo (X^2 y t de student).

En cuanto a la edad de inicio del consumo, en la tabla 10 se puede observar que hombres y mujeres comienzan a consumir, tienen la primera borrachera y aumentan su consumo aproximadamente a la misma edad. En lo que respecta a las atribuciones causales dadas por hombres y mujeres a su consumo, se encontraron diferencias significativas. De esta forma, la proporción de hombres que argumentan la falta de control como motivo de consumo es mayor que la proporción de mujeres que reportan el mismo motivo ($X^2=12.38$, $gl=1$, $p=.000$). Por otro lado, beber para olvidar los problemas es reportado por un mayor número de mujeres que de hombres, obteniéndose una $X^2=7.32$, $gl=1$, $p=.007$. En general, los hombres mencionan como causa de su consumo el gusto y placer que encuentran al consumir o su falta de control, mientras que las mujeres dan más razones de índole emocional.

Tabla 10. INICIO DEL CONSUMO DE ALCOHOL POR SEXO

	Hombres (n=140)			Mujeres (n=67)		
	n	x	D.E.	n	x	D.E.
Inicio del consumo						
Edad de inicio	140	14.6	2.9	67	14.5	4.2
Edad de la primera borrachera	139	15.5	2.5	66	16.0	4.0
Edad de consumo frecuente	139	19.1	3.4	66	19.1	4.1
Causas atribuidas al consumo						
	(n=139)		(n=67)			
	n	%	n	%		
Problemas familiares o de pareja	22	15.8	11	16.4		
Problemas en la infancia	7	5.0	4	6.0		
Falta de control*	33	27.3	3	2.0		
Placer o diversión	23	16.5	6	9.0		
Olvidar problemas**	11	7.9	15	22.4		
Aceptación de los demás	9	6.5	3	4.5		
Amigos, redes sociales	15	10.8	4	6.0		
Padres o familiares alcohólicos	10	7.2	3	4.5		
Problemas físicos	9	6.4	4	6.0		
Depresión, tristeza	14	10.1	9	13.4		
Ansiedad	10	7.2	6	9.0		
Soledad	7	5.0	5	7.5		
Enojo	8	5.8	3	4.5		
Inestabilidad emocional	23	16.5	15	22.4		
Otros motivos	18	12.9	9	13.4		
No sabe	10	7.2	5	7.5		

* $X^2=12.38$, $gl=1$, $p=.000$

** $X^2=7.32$, $gl=1$, $p=.007$

En lo referente a los rasgos del consumo, en la tabla 11 se observa que hombres y mujeres consumen alcohol en promedio tres días a la semana. Con respecto a los espacios de consumo se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en cuanto a la calle como lugar de consumo, en donde ellos suelen consumir con mayor frecuencia que las mujeres ($X^2=9.35$, $gl=1$, $p=.001$). Ninguna mujer reportó consumir en tiendas o expendios, por lo que no se pudo realizar la prueba de hipótesis. En general, las mujeres suelen consumir en espacios privados o donde el consumo es permitido (hogar, fiestas, antros o casa de amigos o familiares), mientras que los hombres consumen en espacios públicos (calle, expendio o tienda y lugar de trabajo).

De acuerdo con los datos de la tabla 11, las mujeres acostumbran consumir con mayor frecuencia acompañadas de alguna persona que los hombres. En el consumo con la pareja se encontraron diferencias estadísticamente significativas, siendo ellas quienes más acostumbran esta práctica ($X^2=5.62$, $gl=1$, $p=.018$). En general, llegan más mujeres en abstinencia que hombres, destacando el porcentaje de mujeres que tienen más de doce meses si beber, rubro en el que se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($X^2=3.92$, $gl=1$, $p=.048$).

Los hombres suelen recurrir al juramento o dejan de beber por propia voluntad con mayor frecuencia que las mujeres, esta diferencia resultó ser estadísticamente significativa ($X^2=6.73$ $gl=1$, $p=.009$). Por otro lado, los hombres tienen en promedio un mayor número de tratamientos y reportan más consumo de otras sustancias que las mujeres, sin embargo, estas diferencias no resultaron ser estadísticamente significativas.

Tabla 11. CARACTERÍSTICAS DEL CONSUMO DE ALCOHOL POR SEXO

	<u>Hombres (n=140)</u>			<u>Mujeres (n=67)</u>		
	<u>n</u>	<u>x</u>	<u>D.E.</u>	<u>n</u>	<u>x</u>	<u>D.E.</u>
Días de consumo						
Días a la semana de consumo	126	3.5	2.2	53	3.2	2.1
Tratamientos						
Número de tratamientos por consumo	140	1.3	1.5	67	1.0	0.1
Lugar de consumo						
	<u>(n=128)</u>		<u>(n=53)</u>			
	<u>n</u>	<u>%</u>	<u>n</u>	<u>%</u>		
Casa	51	39.8	27	50.9		
Calle*	51	39.8	8	15.1		
Bar o cantina	29	22.7	12	22.6		
Antro o disco	9	7.0	8	15.1		
Fiestas	18	14.1	13	24.5		
Tienda o expendio	20	15.6	0	0.0		
Trabajo	20	15.6	5	9.4		
Casa de amigos/parientes	14	10.9	6	11.3		
Otros	8	6.2	2	3.8		
Circunstancias del consumo						
	<u>(n=130)</u>		<u>(n=53)</u>			
Solo	61	46.9	20	37.7		
Amigos	85	65.4	36	67.9		
Familiares	11	8.5	6	11.3		
Pareja**	5	3.8	8	15.1		
Otro	10	7.7	2	3.8		
Abstinencia						
	<u>(n=140)</u>		<u>(n=67)</u>			
Tiene más de un mes que no bebe	17	12.1	10	14.9		
Tiene más de seis meses que no bebe	3	2.1	1	1.5		
Tiene más de doce meses que no bebe***	9	6.4	10	14.9		
A jurado o dejado de beber por voluntad****	64	45.7	18	26.9		
Drogas						
Consumo de drogas alguna vez en la vida	105	75.0	48	71.6		
Consumo de drogas actualmente	40	38.5	18	37.5		

* $\chi^2=9.35$, gl=1, p=.001

** $\chi^2=5.62$, gl=1, p=.018

*** $\chi^2=3.92$, gl=1, p=.048

**** $\chi^2=6.73$, gl=1, p=.009

Por otra parte, en lo concerniente al nivel de dependencia se observa que, aún cuando en promedio los hombres tienen un mayor nivel de dependencia a la sustancia que las mujeres (tabla 12), estas diferencias no son significativas estadísticamente.

Tabla 12. NIVEL DE DEPENDENCIA POR SEXO

	Hombres (n=140)			Mujeres (n=67)		
	n	x	D.E.	n	x	D.E.
Escala de Dependencia al Etanol	121	21.5	9.9	48	20.6	9.5
	(n=121)			(n=48)		
Nivel de dependencia	n	%		n	%	
No hay evidencia	11	9.1		4	8.3	
Bajo	12	9.9		8	16.7	
Moderado	45	37.2		16	33.3	
Sustancial	26	21.5		11	22.9	
Severo	27	22.3		9	18.8	

Problemas asociados por sexo

En este apartado se muestran los síntomas y problemas asociados al consumo haciendo la distinción entre hombres y mujeres. Cabe aclarar que no se pudieron realizar las pruebas de hipótesis en aquellos casos en donde la **n** por casilla fue menor a 5.

En la tabla 13 se analizan los síntomas físicos reportados. A excepción de los problemas digestivos, el porcentaje de mujeres con problemas físicos es mayor que el de los hombres, en especial, ellas reportan más problemas genitourinarios, sin embargo, no se detectaron diferencias significativas.

Tabla 13. SÍNTOMAS FÍSICOS ASOCIADOS AL CONSUMO POR SEXO

Síntomas Físicos	Hombres (n= 137)		Mujeres (n=65)	
	n	%	n	%
Síntomas				
Digestivos	46	33.6	21	32.3
Cardiorespiratorios	14	10.2	9	13.8
Neurológicos	8	5.8	4	6.2
Musculoesqueléticos	24	17.5	15	23.1
Genitourinarios	9	6.6	10	15.4
Hepáticos	3	2.2	2	3.1
Síntomas generales	9	6.6	6	9.2
Cefaleas	14	10.2	11	16.9
Estado Nutricio	12	8.8.	9	13.8
Otros	17	12.4	8	12.3

En lo que se refiere a los síntomas psicológicos, se detectaron diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuanto a lo siguiente: a) estado depresivo, b) labilidad emocional y c) ideación e intento suicida, siendo las mujeres quienes los reportan con mayor frecuencia (ver tabla 14).

Tabla 14. SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS ASOCIADOS AL CONSUMO POR SEXO

Síntomas Psicológicos	Hombres (n= 139)		Mujeres (n=67)	
	n	%	n	%
Síntomas				
Miedos	15	11	5	7.7
Ansiedad	41	30.1	23	35.4
Estado depresivo*	45	33.1	42	64.6
Disminución de interés	29	21.3	20	30.8
Fatiga, pérdida de energía	20	14.7	11	16.9
Sentimientos de devaluación y/o culpa	29	21.3	19	29.2
Labilidad emocional**	5	3.7	6	12.3
Soledad y/o aislamiento	15	11	7	10.8
Agresividad y/o impulsividad	27	19.9	8	12.3
Irritabilidad	20	14.7	17	26.2
Disminución de atención y/o concentración	7	5.1	3	4.6
Pensamientos de muerte***	34	25.0	26	40.0
Pérdida de memoria, olvidos	7	5.1	6	9.2
Autolesiones	4	2.9	5	7.7
Intento suicida****	19	14.0	22	33.8
Alteraciones en la alimentación	11	8.1	8	12.3
Insomnio o hipersomnia	36	26.5	24	36.9
Pesadillas	4	3.9	4	6.2
Sueño no reparador	4	2.9	3	4.6
Alucinación	8	5.9	3	4.6
Otros	20	14.7	3	4.6

* $X^2=16.55$, $gl=1$, $p=.000$

** $X^2=4.08$, $gl=1$, $p=.043$

*** $X^2=4.04$, $gl=1$, $p=.045$

**** $X^2=9.51$, $gl=1$, $p=.001$

En la siguiente tabla se muestran los problemas familiares reportados por hombres y mujeres. En general, un mayor porcentaje de mujeres refieren problemas en este ámbito, encontrándose diferencias significativas en cuanto a agresiones físicas vividas con la pareja y la separación de la familia de origen, es decir, dejan su hogar para vivir solas o con otros familiares (tabla 15).

Tabla 15. PROBLEMAS FAMILIARES ASOCIADOS AL CONSUMO POR SEXO

Problemas Familiares	Hombres (n= 139)		Mujeres (n=67)	
	n	%	n	%
Discusiones, agresiones verbales	59	42.8	34	50.7
Agresiones físicas: pareja*	7	5.1	11	16.4
Agresiones físicas: familia	14	10.1	5	7.5
Seperación de la pareja	31	22.5	17	25.4
Separación de la familia de origen**	5	3.6	10	14.9
Consumo OH del padre	23	16.7	19	28.4
Cosumo de OH de la madre	8	5.8	5	7.5
Consumo de OH otros familiares	12	8.7	10	14.9
Consumo de OH de la pareja	1	0.7	10	14.9
Otros problemas familiares	17	12.3	9	13.4

* $X^2=5.90$, $gl=1$, $p=.015$

** $X^2=6.91$, $gl=1$, $p=.009$

En cuanto a los problemas legales, los hombres parecen verse más involucrados en accidentes automovilísticos, faltas administrativas y problemas con la autoridad por beber en la vía pública. Sobresale que hombres y mujeres se involucran por igual en robos. Ninguna diferencia resultó ser significativa (ver tabla 16)

Tabla 16. PROBLEMAS LEGALES ASOCIADOS AL CONSUMO POR SEXO

Problemas legales	Hombres (n= 139)		Mujeres (n=67)	
	n	%	n	%
Sansiones por tomar en la vía pública	21	15.7	7	12.5
Accidentes automovilísticos	11	8.2	2	3.6
Demandas por agresiones	9	6.3	4	7.1
Robos	19	14.2	8	14.3
Daños a la salud	3	2.2	1	1.8
Faltas a la moral	2	1.5	1	1.8
Faltas administrativas	13	9.7	4	7.1
Otras	4	3.0	5	8.9

En lo que concierne a los problemas sociales vinculados al consumo, en la tabla 17 se puede ver que con excepción del ausentismo laboral, una mayor proporción de mujeres reportan alguno de los problemas sociales considerados, destacando aquellas que dicen sufrir de aislamiento y rechazo social. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas por sexo.

Tabla 17. PROBLEMAS SOCIALES ASOCIADOS AL CONSUMO POR SEXO

Problemas Sociales	Sin historia de abuso (n=131)		Abuso Sexual (n=73)	
	n	%	n	%
Desempleado	19	15.8	15	22.1
Abandonó su empleo o escuela	7	5.8	6	8.8
Lo corrieron del empleo	7	5.8	4	5.9
Ausentismo laboral	13	10.8	5	7.4
Bajos ingresos	20	16.7	12	17.6
Deudas	2	1.7	4	5.9
Gasta en alcohol o drogas descuidando otros gastos	14	11.7	6	8.8
Aislamiento o rechazo social	3	2.5	9	13.2
Problemas laborales o escolares	6	4.6	5	6.8
Otros	9	7.5	10	14.7

Finalmente, en cuanto al número de problemas reportados, en la tabla 18 se observa que las mujeres tienen más problemas en el ámbito familiar y presentan más síntomas psicológicos que los hombres, encontrándose diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 18. PROBLEMAS ASOCIADOS AL CONSUMO POR SEXO

	Hombres			Mujeres		
	n	x	D.E.	n	x	D.E.
Número de problemas asociados						
Síntomas físicos	136	1.3	1.4	65	1.7	1.7
Síntomas Psicológicos*	201	3.2	2.5	65	4.9	3.3
Problemas familiares**	138	1.1	0.9	67	1.7	1.1
Problemas legales	134	0.6	0.7	57	0.5	0.6
Problemas sociales	133	0.9	0.7	58	0.9	1.0

*t= -3.6, gl=100, p=.000

**t= -3.9, gl=109, p=.000

Abuso sexual en hombres y mujeres

En lo que se refiere a las experiencias de abuso sexual reportadas por este grupo, en la tabla 19 se observa que el 58% de las mujeres y 26% de los hombres que acudieron al CAAF, indicaron haber tenido experiencias de abuso sexual, esta diferencia resultó ser estadísticamente significativa ($X^2=19.47$, gl=1, p=.000), por lo que, a comparación de los hombres, una mayor proporción de mujeres ha vivido abuso.

En general, los hombres son victimizados a edades más tempranas y son agredidos principalmente por vecinos, conocidos o primos, mientras que las mujeres sufren del abuso en un rango más amplio de edad (encontrando casos de abuso desde los 4 años hasta los 15 años de edad) y son atacadas principalmente por el padre u otros conocidos. En comparación con los hombres, ellas reportan con mayor frecuencia la penetración como forma abuso, al tiempo que ellos son obligados a tener sexo oral.

Tabla 19. ABUSO SEXUAL EN HOMBRES Y MUJERES

	Hombres (n= 140)		Mujeres (n=67)			
	n	%	n	%		
Abuso sexual*	36	25.9	38	57.6		
	(n=35)		(n=36)			
	n	%	n	%		
Agresor						
Padre	0	0.0	7	19.4		
Padraastro	1	2.9	3	8.3		
Hermano	4	11.4	4	11.1		
Tío	6	17.1	6	16.7		
Primo	8	22.9	3	8.3		
Vecino	7	20.0	2	5.6		
Conocidos	7	20.0	10	27.8		
Desconocido	2	5.7	1	2.8		
	(n=33)		(n=36)			
	n	%	n	%		
Tipo de abuso						
Penetración	12	36.4	17	47.2		
Tocamiento	13	39.4	15	41.7		
Sexo oral	3	9.1	3	8.3		
Penetración y sexo oral	5	15.2	1	2.8		
	n	x	D.E.	n	x	D.E.
Edad en que ocurrió el abuso	16	7.6	2.2	24	9.5	5.0

* $\chi^2=19.47$, gl=1, p=.000

4.2.3 Características del consumo de alcohol por experiencias de abuso sexual

Con el fin de conocer cómo es que las experiencias de abuso sexual se asocian con las características del consumo del alcohol, en esta sección se presentan las distribuciones y las pruebas de hipótesis (X^2 , U de Mann Whitney y t de Student), que se realizaron para identificar las características del consumo de las personas con y sin vivencias de abuso sexual. Al final de la sección se reportan las diferencias detectadas por experiencia de abuso en cuanto a las variables sociodemográficas, ya que dejan ver la influencia del abuso en otras áreas de la vida de los individuos.

Abuso sexual y características del consumo de alcohol

En este apartado se presentan las variables del consumo por experiencia de abuso sexual y se enfatizan los resultados de las pruebas de hipótesis (X^2 y t de student) donde se encontraron diferencias significativas.

En la tabla 20 se registraron las edades de inicio, de primera borrachera y de consumo frecuente de alcohol entre personas con y sin experiencias de abuso sexual. Puede observarse que las personas con vivencias de abuso, tienen en promedio una edad de inicio, de la primera borrachera y de consumo frecuente más temprana que aquellas que no reportan historia de abuso, detectándose diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la edad de inicio del consumo ($t=-3.84$, $gl=203$, $p=.00$) y de la primera borrachera ($t=-2.32$, $gl=201$, $p=.026$).

Por otro lado, las atribuciones al origen del consumo difieren entre quienes han experimentado abuso sexual y quienes no han tenido este tipo de vivencias. Las principales diferencias se encontraron entre los que mencionan la diversión y el placer como motor de su consumo ($X^2=4.16$, $gl=1$, $p=.041$), habiendo una mayor proporción de personas sin historia de abuso que recurren a este argumento,

frente a aquellos que han vivido abuso sexual. Asimismo, un mayor porcentaje de quienes han sido violentados sexualmente, refieren como motivo de consumo su inestabilidad emocional, en comparación con el porcentaje de personas sin historia de abuso que la mencionan como razón de su consumo, diferencia que resultó ser estadísticamente significativa ($X^2=7.57$, $gl=1$, $p=.003$).

Tabla 20. INICIO DEL CONSUMO DE ALCOHOL POR EXPERIENCIA DE ABUSO SEXUAL

	Sin historia de abuso (n=131)			Abuso sexual (n=74)		
	n	x	D.E.	n	x	D.E.
Edad de inicio*	131	15.3	3.1	74	15.5	3.5
Edad de la primera borrachera**	130	16.0	3.1	73	15.0	2.9
Edad de consumo frecuente	130	19.5	3.7	73	18.6	3.4
Causas atribuidas al consumo	(n=139)		(n=67)			
	n	%	n	%		
Problemas familiares o de pareja	22	16.8	10	13.7		
Problemas en la infancia	5	3.8	6	8.2		
Falta de control	27	20.6	8	11.0		
Placer o diversión*	24	18.3	5	6.8		
Olvidar problemas	14	10.7	12	16.4		
Aceptación de los demás	6	4.6	6	8.2		
Amigos, redes sociales	13	9.9	6	8.2		
Padres o familiares alcohólicos	6	4.6	7	9.6		
Problemas físicos	7	5.3	6	8.1		
Depresión, tristeza	17	13.0	6	8.2		
Ansiedad	10	7.6	6	8.2		
Soledad	5	3.8	7	9.6		
Enojo	5	3.8	6	8.2		
Inestabilidad emocional**	16	12.2	21	28.8		
Otros motivos	17	13.0	100	13.7		
No sabe	9	6.9	6	8.2		

* $X^2=4.16$, $gl=1$, $p=.041$

** $X^2=7.57$, $gl=1$, $p=.003$

En la tabla siguiente (tabla 21) se presentan las características del consumo organizados por abuso sexual. En cuanto al consumo por semana, no existen diferencias en el promedio de días de consumo. En lo que concierne al lugar de consumo, aunque no se identificaron diferencias significativas, existe una mayor proporción de personas con historia de abuso que consumen en la casa o en la calle, que personas sin vivencias de abuso. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el consumo en bares o cantinas ($X^2=4.07$, $gl=1$, $p=.044$), habiendo una mayor proporción de personas sin experiencias de abuso sexual (13%) que suelen consumir en estos espacios, en comparación con los individuos que reportaron haber sufrido abuso.

También en la tabla 21 se observa que las circunstancias del consumo son muy parecidas para ambos grupos (con y sin abuso), destacando sólo el consumo en pareja, que se reporta principalmente por aquellos que vivieron abuso sexual. Se aprecia que las personas con experiencias de abuso llegan con más tiempo de abstinencia que quienes no presentan abuso, siendo estas diferencias estadísticamente significativas entre quienes tienen más de doce meses sin beber ($X^2=9.51$, $gl=1$, $p=.002$).

El porcentaje de individuos con abuso sexual que han dejado de beber por voluntad propia o que han jurado es un poco más alto (41%), que los que no han vivido algún abuso sexual (38%), sin embargo, esta diferencia no es significativa estadísticamente. Quienes han sufrido de abuso han acudido a más tratamientos por su consumo de alcohol, que aquellos sin abuso, diferencia que fue significativa ($t=2.17$, $gl=203$, $p=.031$).

El consumo de drogas resultó ser mayor en las personas con historia de abuso que en aquellas sin vivencias de abuso, diferencia que resultó ser estadísticamente significativa ($X^2=5.33$, $gl=1$, $p=.021$). Al considerar el consumo actual de otras drogas, este resultó prácticamente igual entre quienes no reportaron abuso sexual (39%) y los que si (38%).

Tabla 21. CARACTERÍSTICAS DEL CONSUMO POR EXPERIENCIA DE ABUSO SEXUAL

	Sin Historia de abuso (n=140)			Abuso sexual (n=67)		
	n	x	D.E.	n	x	D.E.
Días de consumo						
Días a la semana de consumo	119	3.4	18.6	59	3.4	2.1
Tratamientos						
Número de tratamientos por consumo*	131	1.0	1.0	74	1.5	1.7
Lugar de consumo						
	(n=124)			(n=56)		
	n	%		n	%	
Casa	49	39.5		28	50.0	
Calle	37	29.8		22	39.3	
Bar o cantina**	34	27.4		7	12.5	
Antro o disco	11	8.9		6	10.7	
Fiestas	22	17.7		9	16.1	
Tienda o expendio	16	12.9		4	7.1	
Trabajo	20	16.1		5	8.9	
Casa de amigos/parientes	17	13.7		3	5.4	
Otros	9	7.2		1	1.8	
Circunstancias del consumo						
	(n=124)			(n=58)		
Solo	52	41.9		28	48.3	
Amigos	84	67.7		37	63.8	
Familiares	12	9.7		5	8.6	
Pareja	6	4.8		7	12.1	
Otro	7	5.6		5	8.6	
Abstinencia						
	(n=140)			(n=67)		
Tiene más de un mes que no bebe	15	11.5		12	16.2	
Tiene más de seis meses que no bebe	2	1.5		2	2.7	
Tiene más de doce meses que no bebe***	5	3.8		13	17.6	
A jurado o dejado de beber por voluntad	50	38.2		30	40.5	
Drogas						
Consumo de drogas alguna vez en la vida****	89	67.9		62	83.8	
Consumo de drogas actualmente	34	39.1		23	37.7	

*t=-2.17, gl=203, p=.031

**X²=4.07, gl=1, p=.044

***X²=9.51, gl=1, p=.002

****X²=5.33, gl=1, p=.021

Por otro parte, para conocer la relación entre el nivel de dependencia al alcohol y el abuso sexual, en la tabla 22 se presentan los resultados por grado de dependencia.

Las diferencias en los puntajes totales de la EDA para aquellas personas con y sin vivencias de abuso sexual, resultaron ser estadísticamente significativas ($t=-2.28$, $gl=151$, $p=.024$), de esta forma, las personas con historia de abuso tienen un mayor nivel de dependencia a la sustancia que quienes no han tenido esta experiencia. Para detallar este hallazgo, se buscó identificar diferencias por nivel de consumo, encontrando un porcentaje más alto de personas con abuso sexual que presentan un nivel de dependencia severa al alcohol, en comparación con la personas sin experiencias de abuso (U de Mann= 25185.7, $p=.047$).

Tabla 22. NIVEL DE DEPENDENCIA POR EXPERIENCIA DE ABUSO SEXUAL

	Sin historia de abuso (n=140)			Abuso sexual (n=67)		
	n	x	D.E.	n	x	D.E.
Escala de Dependencia al Etanol*	110	20.2	9.5	43	24.1	9.4
	(n=116)		(n=53)			
Nivel de dependencia al etanol *	n	%	n	%		
No hay evidencia	12	10.3	3	5.7		
Bajo	17	14.7	3	5.7		
Moderado	40	34.5	21	39.6		
Sustancial	27	23.3	10	18.9		
Severo	20	17.2	16	30.2		

* $t= -2.28$, $gl=151$, $p=.024$

U de Mann= 2518.5, $p=.047$

Abuso sexual y problemas asociados al consumo de alcohol

Enseguida se presentan los problemas vinculados al consumo de alcohol identificando las diferencias por experiencias de abuso.

En la tabla 23 se puede ver que las personas con experiencias de abuso sexual, en comparación con no han sufrido abuso, presentan más problemas cardiorrespiratorios, musculoesqueléticos y sufren más de dolores de cabeza, pero no se identificaron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 23. SÍNTOMAS FÍSICOS ASOCIADOS AL CONSUMO POR EXPERIENCIAS DE ABUSO SEXUAL

Síntomas Físicos	Sin historia de abuso (n=127)		Abuso Sexual (n=73)	
	n	%	n	%
Síntomas				
Digestivos	45	35.4	20	27.4
Cardiorespiratorios	10	7.9	13	17.9
Neurológicos	7	5.5	5	6.8
Musculoesqueléticos	20	15.7	19	26.0
Genitourinarios	8	6.3	11	15.1
Hepáticos	3	2.4	2	2.7
Síntomas generales	9	7.1	6	8.2
Cefaleas	12	9.4	13	17.8
Estado Nutricio	16	12.6	5	6.8
Otros	12	9.4	12	16.4

En cuanto a los síntomas psicológicos, las personas con vivencias de abuso reportan un estado depresivo y sentimientos de culpa y devaluación con mayor frecuencia que aquellos sin historia de abuso sexual, las diferencias fueron significativas (tabla 24).

Tabla 24. SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS ASOCIADOS AL CONSUMO POR EXPERIENCIAS DE ABUSO

Síntomas Psicológicos	Sin historia de abuso (n=128)		Abuso Sexual (n=72)	
	n	%	n	%
Síntomas				
Miedos	13	10.2	9.7	7.0
Ansiedad	39	30.5	24	33.3
Estado depresivo*	45	35.2	41	56.9
Disminución de interés	28	21.9	20	27.8
Fatiga, pérdida de energía	18	14.1	13	18.1
Sentimientos de devaluación y/o culpa**	24	18.8	23	31.9
Labilidad emocional	6	4.7	7	9.7
Soledad y/o aislamiento	15	11.7	7	9.7
Agresividad y/o impulsividad	18	14.1	17	23.6
Irritabilidad	20	15.6	17	23.6
Disminución de atención y/o concentración	7	5.5	3	4.2
Pensamientos de muerte	37	28.9	23	31.9
Pérdida de memoria, olvidos	3	2.3	10	13.9
Autolesiones	2	1.6	7	9.7
Intento suicida	20	15.6	20	27.9
Alteraciones en la alimentación	10	7.8	9	12.5
Insomnio o hipersomnia	34	26.6	26	36.1
Pesadillas	5	3.9	3	4.2
Sueño no reparador	5	3.9	2	2.8
Alucinación	6	4.7	5	6.9
Otros	15	11.7	8	11.1

* $X^2=8.058$, $gl=1$, $p=.005$

** $X^2=3.76$, $gl=1$, $p=.050$

En la tabla 25 se muestran las diferencias encontradas por experiencia de abuso en cuanto a problemas en la familia. Quienes vivieron abuso reportan más separaciones de pareja y antecedentes de consumo de alcohol en familiares que quienes no tuvieron abuso sexual. Diferencias estadísticamente significativas se encontraron en cuanto a las agresiones físicas dentro de la relación de pareja, siendo las personas abusadas las que las reportan con mayor frecuencia.

Tabla 25. PROBLEMAS FAMILIARES ASOCIADOS AL CONSUMO POR EXPERIENCIA DE ABUSO SEXUAL

Problemas Familiares	Sin historia de abuso (n=131)		Abuso Sexual (n=73)	
	n	%	n	%
Discusiones, agresiones verbales	74	56.9	36	49.3
Agresiones físicas hacia la pareja*	7	5.4	11	15.1
Agresiones físicas hacia familia	14	10.8	5	6.8
Separación de la pareja	25	19.2	23	31.5
Separación de la familia de origen	8	6.2	6	8.2
Consumo OH del padre	21	16.2	20	27.4
Consumo de OH de la madre	7	5.4	6	8.2
Consumo de OH otros familiares	12	9.2	10	13.7
Consumo de OH de la pareja	2	1.5	9	12.3
Otros problemas familiares	13	10.0	13	17.8

* $X^2=54.29$, $gl=1$, $p=.038$

En cuanto a problemas legales, las personas sin antecedentes de abuso sexual se involucran más en accidentes de tránsito y tienen más sanciones por tomar en la calle, que quienes han sido abusados. No se distinguieron diferencias significativas estadísticamente.

Tabla 26. PROBLEMAS LEGALES ASOCIADOS AL CONSUMO POR EXPERIENCIA DE ABUSO SEXUAL

Problemas legales	Sin historia de abuso (n=131)		Abuso Sexual (n=73)	
	n	%	n	%
Sanciones por tomar en la vía pública	20	16.3	8	12.3
Accidentes automovilísticos	11	8.9	2	3.1
Demandas por agresiones a la pareja/padre/madre	9	7.3	7	10.8
Robos	16	13.0	11	16.9
Daños a la salud	1	0.8	3	4.6
Faltas a la moral	3	2.4	0	0
Faltas administrativas	11	8.9	6	9.2
Otras	2	1.6	7	10.8

En lo que concierne a los problemas sociales vinculados al consumo de alcohol, aquellos con vivencias de abuso sexual presentan más problemas en todas las áreas consideradas, excepto en el gasto en alcohol, que es más reportado entre quienes no han vivido abuso sexual. No se detectaron diferencias significativas.

Tabla 27. PROBLEMAS SOCIALES ASOCIADOS AL CONSUMO POR EXPERIENCIA DE ABUSO SEXUAL

Problemas Sociales	Sin historia de abuso (n=131)		Abuso Sexual (n=73)	
	n	%	n	%
Desempleado	19	15.8	15	22.1
Abandonó su empleo o escuela	7	5.8	6	8.8
Lo corrieron del empleo	7	5.8	4	5.9
Ausentismo laboral	13	10.8	5	7.4
Bajos ingresos	20	16.7	12	17.6
Deudas	2	1.7	4	5.9
Gasta en alcohol o drogas descuidando otros gastos	14	11.7	6	8.8
Aislamiento o rechazo social	3	2.5	9	13.2
Problemas laborales o escolares	6	4.6	5	6.8
Otros	9	7.5	10	14.7

Finalmente en lo referente al número de síntomas asociados al consumo de alcohol, en la tabla 15 se muestra que existe un mayor número de problemas físicos, psicológicos, familiares y sociales entre quienes han vivido abuso sexual que entre aquellos sin este tipo de vivencias, dichas diferencias resultaron ser estadísticamente significativas (ver tabla 28).

Tabla 28. PROBLEMAS ASOCIADOS AL CONSUMO POR EXPERIENCIAS DE ABUSO

Problemas Asociados	Sin historia de abuso			Abuso sexual		
	n	x	D.E.	n	x	D.E.
Número de problemas asociados						
Síntomas físicos*	127	1.3	1.4	73	1.8	1.7
Síntomas Psicológicos*	128	3.2	2.5	72	4.9	3.3
Problemas familiares**	130	1.1	0.8	73	1.7	1.2
Problemas legales	124	0.6	0.7	66	0.6	0.7
Problemas sociales***	121	0.8	0.7	68	1.1	0.9

*t= -2.37, gl=198, p=.019

**t= -3.35, gl=198, p=.001

***t= -4.00, gl=111, p=.000

****t= -2.88, gl=187, p=.003

4.2.4 Experiencias de abuso sexual y características sociodemográficas

En la este apartado se analiza cómo es que el abuso se relaciona con las características sociodemográficas de los participantes e impacta distintas áreas de la vida de la persona. En la tabla 29 se puede observar que, en comparación con los individuos que no han vivido abuso, hay una mayor proporción de gente desempleada que reporta haber sufrido abuso sexual ($X^2=9.99$, $gl=4$, $p=.040$). Asimismo, en lo que respecta al estado civil, un mayor porcentaje de personas con experiencias de abuso están casadas o separados que aquellos que no sufrieron de abuso sexual, quienes en su mayoría están solteros ($X^2=13.44$, $gl=3$, $p=.004$). También se identificaron diferencias por sexo (ver cuadro 19).

Tabla 29. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS POR EXPERIENCIA DE ABUSO SEXUAL

	Sin historia de abuso (n=131)		Abuso Sexual (n=74)		Total (n=205)	
	n	%	n	%	n	%
Escolaridad						
Primaria	11	8.4	8	10.8	19	9.3
Secundaria	42	32.1	27	36.5	69	33.7
Preparatoria	39	29.8	20	27.0	59	28.8
Técnica	5	3.8	6	8.1	11	5.4
Profesional	34	26.0	13	17.6	47	22.9
Ocupación*						
Sin ocupación	24	18.3	20	27.0	44	21.5
Hogar"	6	4.6	11	14.9	17	8.3
Estudiante	38	29.0	8	10.8	46	22.4
Subempleado o eventual	16	12.2	6	8.1	22	10.7
Empleado	30	22.9	18	24.3	48	23.4
Comerciante	14	10.7	10	13.5	24	11.7
Profesionista"	3	2.3	1	1.4	4	2.0
Estado Civil**						
Soltero	83	63.4	29	39.2	112	54.6
Casado	13	9.9	13	17.6	26	12.7
Unión libre	17	13.0	10	13.5	27	13.2
Separado o divorciado	18	13.7	22	29.7	40	19.5
Religión						
Ninguna	25	21.7	6	9.7	31	17.5
Católico	88	76.5	53	85.5	141	79.7
Otra"	2	1.7	3	4.8	5	2.8

* $X^2=9.99$, $gl=4$, $p=.040$

"= No se incluyeron en las pruebas de hipótesis

** $X^2=13.44$, $gl=3$, $p=.004$

4.3 Discusión

Diversas investigaciones alrededor del mundo han puesto de manifiesto que las personas con antecedentes de abuso sexual tienen más riesgo de abusar del alcohol y de presentar mayores complicaciones clínicas (Baigent, 2005; Epstein *et al.*, 1998; Schäfer *et al.*, 2009; Ullman *et al.*, 2005). Ante este panorama, el presente estudio exploró en una primera fase la prevalencia de abuso sexual en pacientes (hombres y mujeres) que acudieron a un centro de tratamiento especializado en el consumo de alcohol de la Ciudad de México, y analizó la relación de la experiencia de abuso sexual con las características del consumo. La discusión de los hallazgos de esta etapa de la investigación está organizada en dos grandes secciones: 1) Características sociodemográficas, rasgos del consumo de alcohol y prevalencia de abuso sexual en la población de estudio, resaltando las diferencias detectadas por sexo; 2) Características del consumo de alcohol por experiencia de abuso sexual en la infancia.

4.3.1 Características sociodemográficas, del consumo de alcohol y prevalencia de abuso sexual en la población

a) Perfil sociodemográfico

De acuerdo con datos del CAAF, las personas que acuden a solicitar tratamiento por su consumo de alcohol se encuentran en su mayoría entre los 20 y 40 años de edad. La edad promedio de la muestra seleccionada fue de 25 años, sin olvidar que se consideraron para este estudio individuos entre 18 y 30 años, eligiéndose este rango de edad, por ser una etapa de alto riesgo para el consumo y la dependencia a la sustancia y dado el promedio de edad de los asistentes al CAAF. Se trata principalmente de personas con un nivel escolar medio y medio superior.

En este sentido, de acuerdo con Belló (2005, en Cordero, 2007) la probabilidad de asistir a tratamiento se incrementa conforme se incrementa el nivel de escolaridad y los ingresos, esto puede explicar el amplio porcentaje de personas con alto nivel escolar y de aquellas que continúan estudiando.

Aproximadamente la mitad de los individuos se encuentran involucrados en actividades laborales, ya sea de forma eventual o formal, al tiempo que el resto se encuentran estudiando o desempleados. Resalta el alto porcentaje de personas desempleadas, y aunque es difícil asegurar que esto responda al propio consumo de alcohol y no a la situación del país en cuestión de generación de empleos, si hay una marcada diferencia entre la tasa promedio de desocupación en el Distrito Federal que es de 5.6 (INEGI, en Gómez, 2008), y lo reportado en esta población.

Más de la mitad de los asistentes se encuentran solteros, aspecto relacionado con el rango de edad de la muestra seleccionada; sin embargo, destaca el porcentaje de personas separadas o divorciadas, lo que puede ser reflejo de los cambios en la estructura familiar, consecuencia del consumo de alcohol y/o vincularse con las experiencias de abuso sexual en la infancia. De acuerdo con datos del INEGI (2008), en México de las personas de 12 años o más, 38 de cada 100 son solteras; 54 viven en pareja –casadas o en unión consensual– y 8 están separadas, divorciadas o viudas, este último porcentaje está por debajo de lo reportado en esta población. La gran mayoría de los asistentes profesan la religión católica, no obstante, pocos son los que la practican.

En general, no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuanto a las características sociodemográficas. Sin embargo, las mujeres llegan un poco más jóvenes al CAAF que los hombres, y están dedicadas principalmente a estudiar o al hogar, contando con un nivel escolar de preparatoria. Hay una proporción ligeramente mayor de mujeres casadas o separadas que de hombres.

b) Consumo de alcohol

En promedio, los participantes comenzaron a consumir alcohol en la adolescencia (14 años), incrementando su consumo 5 años después de la edad de inicio (a los 19 años). Aunque un porcentaje importante de la población mexicana consume su primera copa antes de los 18 años, la población de este estudio parece haber iniciado su consumo a edades más temprana. De acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones-2002 (Medina-Mora *et al.*, 2002), el 35% por ciento de los varones y 27% de las mujeres bebieron su primera copa completa de alcohol antes de cumplir los 18 años de edad. Por otro lado, la Encuesta sobre el Consumo de Drogas entre Estudiantes de Educación Media y Media Superior, detectó que aproximadamente el 20% de los adolescentes comienza a consumir alcohol y tabaco antes de los 13 años (Villatoro *et al.*, 2005). La población de este estudio inició su consumo a edades tempranas, resultado que puede entenderse si se considera que las personas que comienzan a beber antes de los 15 años, tienen una probabilidad cuatro veces mayor de desarrollar dependencia al alcohol que aquellas que inician a los 21 años (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2004).

Por otro lado, los pacientes atribuyen su consumo principalmente a causas emocionales y a la impulsividad y falta de control, es decir, a factores internos (la causa del suceso reside en la persona); esta tendencia puede asociarse con las expectativas de los bebedores excesivos, quienes esperan que el alcohol reduzca el estrés y la tensión (Mora-Ríos *et al.*, 2005)

En promedio, las personas consumen alcohol tres veces a la semana, principalmente en el hogar y la calle, ya sea acompañados por amistades o solos. Según la descripción del perfil de los usuarios del CAAF, en promedio consumen 13.4 copas por ocasión de tres a cuatro veces por semana (Mariño, Medina-Mora y De la Fuente, 1999). En México, el patrón de consumo de alcohol ha sido

descrito como episódico y explosivo, ya que se observa con poca frecuencia (semanal o mensual) pero con grandes cantidades consumidas por ocasión (Medina-Mora *et al.*, 2002; CONADIC *et al.*, 2009). La OMS (2004) señala que los bebedores episódicos fuertes son aquellos que consumen cinco copas o más en una ocasión al menos una vez a la semana, cantidades que se encuentran muy por debajo de las consumidas por las personas que acuden al CAAF.

La mayoría de los asistentes a la institución presentan dependencia al alcohol que va de moderada a severa, dato que habla de la gravedad de su consumo, sobre todo si se compara con la prevalencia de abuso o dependencia de alcohol alguna vez en la vida de 7.6% identificada en población mexicana de zonas urbanas (Borges *et al.*, 2007), o al 5.5% de la población que actualmente presenta síntomas de abuso o dependencia (CONADIC *et al.*, 2009).

Un bajo porcentaje llega en abstinencia a la institución, de estos, la mayoría tienen más de un mes sin consumir alcohol pero menos de seis meses. Dos de cada cinco personas que acudieron al CAAF han recurrido al juramento o han dejado de beber por propia voluntad, como un intento para lograr la sobriedad. Esta práctica habla de los esfuerzos y recursos de los individuos para controlar su manera de beber, la cual ya es detectada como un problema. En México, es común acudir a diversos sitios de culto católico a “jurar” para permanecer abstemio durante determinado tiempo. Esta práctica parece ser efectiva como coadyuvante para lograr abstenerse del alcohol y debe ser tomada en cuenta para desarrollar una terapéutica empática y efectiva (Zabicky y Solís, 2000).

Considerando las características de consumo y el nivel de dependencia al etanol de esta población, se entienden los diversos problemas que se asocian a dicho consumo. Las principales quejas físicas que los individuos reportaron fueron problemas digestivos y musculoesqueléticos (dolores articulares, en las extremidades, fracturas). Actualmente están bien documentadas las repercusiones del consumo de alcohol en el sistema digestivo: se ha asociado a la presencia de

gastritis, esofagitis, síndrome de Mallory-Weiss debido a vómitos repetidos, varices esofágicas, hemorragias duodenales y diarreas (Martínez, 2004). Las molestias articulares, musculares o esqueléticas, pueden deberse a los múltiples accidentes y peleas en las que se ven involucrados los individuos.

En cuanto a los síntomas psicológicos, destacaron los reportes de un estado de ánimo depresivo y ansioso, pensamientos recurrentes de muerte e insomnio. De acuerdo con Martínez (2004), algunos de los trastornos mentales y neurológicos asociados al consumo del alcohol son la depresión, la ansiedad, alteraciones de la memoria, ideación e intento suicida y trastornos de la respuesta sexual. En este sentido, destaca el 20% de individuos que han tenido intentos de suicidio.

En el ámbito familiar, los individuos reportan múltiples discusiones y agresiones verbales, principalmente con la pareja y los padres. Uno de cada cinco reportó la separación de la pareja como consecuencia del consumo, así como el consumo de alcohol por parte del padre. En cuanto a los problemas legales asociados, casi un 15% había sido sancionado por beber en la vía pública, y un 14% ha participado en robos.

En el ámbito socioeconómico, sobresalen los reportes de desempleo y los bajos ingresos. También se observó que tres cuartas partes de la población ha consumido otras sustancias a lo largo de su vida, y casi un 40% está consumiendo otras drogas al momento de acudir a la institución, principalmente marihuana y cocaína. De este modo, las consecuencias sociales del consumo problemático de alcohol pueden ser tan perjudiciales como las consecuencias físicas directas.

Martínez (2004) menciona que casi el 20% de los bebedores reconocen padecer problemas habituales con los amigos, la familia, el trabajo o la policía debidos a su hábito de beber alcohol, en este caso por ejemplo, casi la mitad de los individuos reportan discusiones con familiares a causa del alcohol.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones-2008 (CONADIC *et al.*, 2009), las dificultades más frecuentes reportadas por consumidores con abuso o dependencia al alcohol son los problemas en el seno familiar (10.8%), las peleas (6%), los problemas legales (3.7%) y laborales (3.7%).

Igualmente se ha observado que el abuso de alcohol incrementa el riesgo de experimentar con otras drogas, principalmente en el caso de los hombres, y de incurrir en prácticas sexuales de riesgo y en intentos de suicidio (Mora-Ríos *et al.*, 2005). Destacan en este terreno el incremento de accidentes de todo tipo derivados de su uso (tráfico, laborales, etc.), así como los numerosos problemas de convivencia en forma de altercados, disputas o agresiones (Medina- Mora, 1998; Benjet, 2010).

c) Diferencias por sexo en el consumo de alcohol.

La edad de inicio, de la primera borrachera y de consumo frecuente es muy similar entre hombres y mujeres de la población estudiada. Esta situación destaca si se considera que en población abierta, de acuerdo con datos de la ENA-2002, las mujeres inician el consumo en edades posteriores a las de los varones; en ellas, la edad más frecuente para iniciar el consumo es entre los 18 y 29 años, en tanto que, en el caso de los varones, hay dos momentos importantes: entre los 12 y 15 años y al llegar a la mayoría de edad. Sin embargo, en los últimos años se ha registrado un cambio en el patrón de consumo de las mujeres, al iniciar el consumo a edades tempranas. Esta situación deja ver el riesgo que tienen las mujeres de esta población de desarrollar problemas de dependencia; además, están la carga social y las complicaciones físicas y psicológicas adicionales que agudizan aún más el cuadro de consumo en ellas.

En comparación con los hombres, las mujeres atribuyen su consumo de alcohol principalmente a aspectos de índole emocional o lo hacen con el fin de olvidar sus problemas. En este sentido, hay evidencia clínica y epidemiológica que el consumo de alcohol en las mujeres a lo largo del ciclo vital está ligado a la depresión (Romero, Mondragón, Cherpitel, Medina-Mora y Borges, 2001). Al mismo tiempo, una mayor proporción de hombres dice consumir por falta de control y voluntad. Dichas diferencias pueden comprenderse a través de una lectura de género, ya que culturalmente se espera que los hombres corran riesgos, se perciben como incapaces de contener sus impulsos (sobre todo de índole sexual), y muchos de sus comportamientos son justificados e incluso alentados, bajo la premisa de que sus instintos son más fuertes que ellos. Al tiempo que las causas manifestadas por las mujeres tienen que ver con la afectividad, característica atribuida a las mujeres.

En promedio, hombres y mujeres beben tres días a la semana; asimismo, el nivel de dependencia al alcohol fue muy parecido entre ambos grupos, aspecto que resulta relevante si se considera que las mujeres desarrollan problemas con menores dosis y tiempos de consumo que los varones: en general, el organismo femenino tolera menos el alcohol y desarrolla dependencia antes que el hombre (Urbano y Arostegi, 2004).

Ellas suelen consumir principalmente dentro de su hogar o en circunstancias y contextos donde el consumo es permitido como fiestas familiares y antros. Mientras tanto, los hombres consumen con mayor frecuencia en la calle, en tiendas o expendios o en su lugar de trabajo, sin embargo, las diferencias en cuanto a lugar de consumo no fueron estadísticamente significativas.

En comparación con los hombres, ellas beben en mayor proporción acompañadas, especialmente de la pareja. Las mujeres llegan al CAAF con un mayor período de abstinencia que los hombres (de doce meses o más), y recurren menos al

juramento para dejar de beber, diferencias que fueron significativas. Estos resultados dejan ver las relaciones entre el consumo de alcohol y el género. Se ha observado que es más probable que las mujeres con abuso de alcohol tengan parientes en la misma situación, incluyendo a su pareja (Urbano y Arostegi, 2004). En términos fisiológicos, el alcohol generalmente les afecta más a ellas, además, tienden a experimentar más estigmas sociales relacionados con el consumo del alcohol que los hombres. Asimismo, las mujeres beben con mayor frecuencia en privado, en contraposición con ellos que beben habitualmente en lugares públicos (OPS, 2007). Esto contribuye a la invisibilidad del uso de alcohol en mujeres, lo que a su vez, puede hacer que menos mujeres busquen ayuda debido a su consumo de alcohol.

El uso de otras drogas fue muy parecido entre ambos sexos, a pesar de que el consumo en población abierta es mayor en los hombres. De acuerdo con la ENA-2008, un 5.7% del total de la población de 12 a 65 años ha usado drogas ilegales alguna vez en su vida, al hacer la diferencia por sexo las proporciones son de 9.1% en los hombres y 2.6% entre las mujeres. Los resultados de este estudio ponen en evidencia el alto consumo de otras sustancias en la población, hallazgos congruentes con la literatura que identifica el consumo de alcohol como un factor de riesgo para el consumo de otras drogas (Mora-Ríos *et al.*, 2005). Estos datos también dejan ver la importancia de indagar el tipo de drogas consumidas por sexo. En este sentido, se ha visto que en mujeres consumidoras de alcohol, es frecuente encontrar consumo de otras drogas, especialmente de tranquilizantes, anfetaminas y somníferos (Durand, 2004).

Se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuanto a síntomas psicológicos asociados al consumo, siendo las mujeres las que reportaron con mayor frecuencia tristeza, pensamientos de muerte e intentos de suicidio, síntomas que hablan de un posible trastorno depresivo. También reportaron más separación de la familia de origen y agresiones físicas en la pareja; en general, ellas presentaron más síntomas psicológicos y problemas

familiares asociados a su consumo. Como menciona Romero y colaboradores (1997), para las mujeres existe una condición social de estigmatización que favorece la victimización en otras áreas de su vida. Comparado con los hombres, las mujeres con problemas de alcohol son más proclives a estar deprimidas, tener baja autoestima, problemas físicos relacionados al consumo, problemas de pareja o divorcios, parejas con problemas de alcohol, una historia de abuso sexual y abuso de alcohol en respuesta a las crisis, situaciones que se ven reflejadas en los resultados de esta investigación.

d) Prevalencia de abuso sexual infantil

De acuerdo con investigaciones a nivel internacional, la prevalencia de abuso sexual en población en tratamiento por consumo de sustancias va del 30% hasta casi el 90%, por arriba de la población general (Pérez, 2000). En este estudio se encontró una prevalencia de abuso sexual en los hombres del 26% y del 58% en las mujeres, cifras superiores a las reportadas en población abierta, en donde un 1.2% y un 1.3% de los hombres y un 9.3% y 6.3% de las mujeres de zonas urbanas del país, indican haber experimentado abuso sexual y violación (penetración) respectivamente (Medida-Mora *et al.*, 2005). Un estudio hecho con mujeres de la Ciudad de México que entraron al servicio de urgencias, mostró que aquellas calificadas como bebedoras riesgosas tenían 1.95 más riesgo de haber sido abusadas sexualmente en la infancia, que aquellas no bebedoras (Romero *et al.*, 2001). Por otro lado, en estudiantes de enseñanza media y media superior de todo el país, se ha observado una asociación entre las experiencias de abuso sexual y el consumo de sustancias (Ramos *et al.*, 1998).

Según datos brindados por Pirard y colaboradores (2005), dos tercios de todas las mujeres y más de un cuarto de los hombres en tratamiento por adicciones, reportan una historia de violencia sexual o física en la infancia, cifras que resultan muy cercanas a lo hallado en este trabajo. Otro estudio ha reportado historias de abuso

sexual en mujeres con abuso de sustancias, en rangos que van del 42 al 66% (Jasinski *et al.*, 2000). En Estados Unidos, un estudio hecho en pacientes que acudieron a una unidad de desintoxicación en alcohol, encontró una prevalencia de abuso sexual en hombres del 7% y de 31% en las mujeres (Brems *et al.*, 2004). Las cifras encontradas en el presente trabajo, corroboran lo hallado en otras investigaciones y dejan ver la alta prevalencia de abuso sexual entre las personas que acuden a tratamiento debido a su consumo de alcohol.

Es claro que, en comparación con los hombres, una mayor proporción de mujeres han vivido abuso sexual en la infancia; y aún cuando no se detectaron diferencias significativas por sexo en cuanto a las características del abuso, las mujeres de esta población son atacadas en un rango de edad más amplio, principalmente por familiares (padre, hermano, tío, primo), experimentando violación (penetración). Por su parte, los hombres son agredidos a edades más tempranas, y los agresores son fundamentalmente conocidos, destacando una alta proporción de vecinos.

Estos hallazgos concuerdan con lo reportado por Ramos y colaboradores (1998) en estudiantes de secundaria y preparatoria del país, en donde se observó que las mujeres habían sido atacadas principalmente por familiares y los hombres por amigos. No obstante, en este mismo estudio se observó que casi el 75% de los hombres sufrieron el abuso entre los 10 y 17 años y no a edades tempranas. Estos datos hacen pensar que el abuso sexual en los primeros años de vida, puede ser una variable relacionada con el posterior consumo de alcohol, en especial en los hombres. Habría que analizar a detalle este posible vínculo.

De acuerdo con datos de un centro de atención a sobrevivientes de abuso sexual en la Ciudad de México (González-Serratos, 2004), casi el 60% asiste a tratamiento por abuso sexual incestuoso sin penetración, es decir, el abuso consiste principalmente en tocamiento general del cuerpo y genitales; asimismo, se ha reportado que en comparación con los hombres, las mujeres son violentadas a edades más tempranas; situación contraria a lo que se observó en

esta población. Sin embargo, en esta muestra, poco más de la mitad de las personas con antecedentes de abuso sexual (tanto de hombres como mujeres), reportan penetración y/o sexo oral. En este sentido, Lee y colaboradores (2008) examinaron la relación entre violencia sexual en la infancia, depresión y estrategias de afrontamiento en población clínica con abuso de drogas, encontrando que las experiencias de abuso con penetración, a edades tempranas y la falta de confianza para enfrentar el abuso sexual se asociaron con depresión severa entre los usuarios de sustancias. Es así como el tipo de abuso sexual vivido y la edad en que sucedió, podrían ser características que se vinculan con el posterior consumo de alcohol, ya que han sido identificadas por varios autores como factores que influyen en el impacto traumático del abuso sexual en la infancia (Finkehor, 1984; Meichenbaum, 1994; Van der Kolk, 2001).

4.3.2 Abuso sexual infantil y características del consumo del alcohol

El abuso sexual no sólo parece asociarse con un riesgo mayor de consumo de alcohol en quienes lo han padecido, sino que complica el cuadro clínico de éste, agregándole un componente que incrementa la posibilidad de comorbilidad de otros síntomas físicos y psicológicos, así como problemas de comportamiento y un curso de tratamiento más complicado.

Los pacientes de este estudio que tenían antecedentes de abuso sexual infantil, tuvieron en promedio una edad de primera borrachera y de consumo frecuente más temprana que aquellas que no reportan historia de abuso, datos que coinciden con lo hallado por Brems y colaboradores (2004), quienes reportan que aquellas personas que tienen experiencias de abuso físico o sexual independientemente del sexo, comienzan a beber y a tener un consumo frecuente a edades más tempranas que quienes no vivieron abuso.

Las personas que han experimentado abuso sexual refieren como principal causa de consumo su inestabilidad emocional, suelen consumir en su propio hogar, principalmente solos o en pareja; mientras tanto, que aquellas sin antecedentes de abuso, atribuyen el origen de su consumo al placer o la diversión que les brinda el alcohol, suelen beber en cantinas o bares, ya sea con amigos o familiares. El promedio de días a la semana de consumo, es igual entre aquellos con y sin abuso. Relacionado con la causa de consumo dados por los pacientes con antecedentes de abuso sexual, Gryson y Nolen-Hoeksema (2005) encontraron que el beber para hacer frente a las emociones negativas y aumentar las emociones positivas, son motivos que medían parcialmente la relación entre el consumo de alcohol y el abuso sexual en la infancia, esto en el caso de las mujeres.

Por otro lado, las personas con historia de abuso suelen llegar a la institución con más tiempo de abstinencia: de doce meses o más sin beber. Igualmente presentan un mayor consumo de drogas a lo largo de su vida, que aquellos que no vivieron abuso. En este sentido, Pérez (2000), menciona que existe un mayor consumo de otras sustancias entre aquellos que han experimentado abuso sexual. Por su parte, Hyucksun y colaboradores (2010) reportaron que el abuso sexual en la infancia incrementa el riesgo en las mujeres de convertirse en poli usuarias de drogas durante la adolescencia.

Los individuos que reportaron abuso sexual presentan un nivel de dependencia al alcohol más alto que los que no han sufrido abuso; hallazgos similares reportan Epstein *et al.*, 1998 y Marcenko *et al.*, 2000. Asimismo, los/as sobrevivientes de abuso presentan un mayor número de problemas físicos, en especial cardio-respiratorios, genitourinarios y musculo-esqueléticos; psicológicos, sobre todo síntomas depresivos, sentimientos de devaluación y culpa, amnesia temporal y autolesiones; familiares, especialmente en lo que respecta a agresiones físicas y separaciones de la pareja; y sociales, sufriendo sobre todo de asilamiento y rechazo social. En cuanto a problemas legales, no se encontraron diferencias

significativas. Al respecto, Widom y Strumhöfel señalan que no existe una relación significativa entre maltrato infantil y en el comienzo de problemas por el consumo de alcohol en hombres, al tiempo que sí lo hay en las mujeres. Por su parte Langeland y Hartgers (1998), reportan que las historias de abuso sexual y físico incrementan el riesgo de abuso de sustancias y posteriores recaídas más en mujeres que en hombres. Estos reportes manifiestan la necesidad de indagar las diferencias por sexo.

Las experiencias de abuso sexual se relacionan con distintos hechos en la vida de las personas. En este sentido, se encontró una mayor proporción de personas con abuso sexual que se encuentran desempleados y están casados o separados, que aquellos sin historia de abuso. Como consecuencia a mediano plazo del abuso sexual infantil, se ha documentado la presencia de problemas escolares (Ramos *et al.*, 1998).

4.3.3 Limitaciones

Existieron varias limitaciones en esta fase de la investigación. Por un lado, la obtención de la información se hizo a través de una fuente secundaria (expedientes clínicos), por lo que los datos obtenidos se ciñeron a un instrumento que no está diseñado con fines de investigación, y cuyo registro puede verse afectado por la experiencia de la persona encargada de su llenado, en este caso, los terapeutas de la institución. Por un lado, esta situación representa una ventaja, ya que la información vertida está a cargo de profesionales de la salud mental, cuya experiencia y formación, facilitan y aseguran la recolección de datos. Por otra parte, dependiendo del entrenamiento, el interés y otras circunstancias personales del terapeuta y del contexto, el llenado de los expedientes pudo haber variado. Esta situación aumenta la posibilidad de sesgo en la clasificación de los datos, ya que, aunque se tuvieron claros los criterios para hacer la sistematización, la recolección de los datos pudo haber sido diferente, aunque realizada por expertos en el área.

Para futuras investigaciones se sugiere la construcción de un instrumento diseñado especialmente para el análisis de esta problemática con base en los puntos detectados en este estudio, poniendo especial atención en el diseño y aplicación del mismo.

Igualmente, al tratarse de una fuente retrospectiva de información, aumenta la posibilidad de sesgos de memoria y respuesta. Pudo existir también algún sesgo de mala clasificación de los participantes en cuanto a la exploración del abuso sexual, sobre todo porque al ser un tema tabú, es difícil que el paciente lo reporte en su primera cita o que lo acepte abiertamente, especialmente en el caso de los hombres, por lo que aún cuando la prevalencia encontrada es alta, es probable que sea mayor.

Por otra parte, el tamaño de la muestra fue limitado para hacer comparaciones por grupo (con y sin antecedentes de abuso sexual) y sexo, por lo que no se pudieron diferenciar las características del consumo de alcohol tomando en cuenta la posible interacción entre las experiencias de abuso y el sexo, por lo que se recomienda aumentar el número de participantes, en especial de mujeres.

La generalización de los resultados también se ve limitada. La muestra seleccionada proviene de un grupo de personas, la mayoría dependientes al alcohol, que solicitó tratamiento por sus problemas de consumo, por lo que los resultados solamente hacen referencia a este tipo de población, no incluyendo aquella con consumo problemático de alcohol u otras sustancias, que no ha buscado tratamiento o que proviene de otros contextos. Asimismo, el estudio no contó con una muestra de tipo control para dar mayor solidez a los hallazgos, por lo que se sugiere considerar para próximas investigaciones, uno o varios grupos control definidos por el nivel de consumo o por la experiencia de abuso sexual.

En resumen, a pesar de sus limitaciones, el presente estudio sugiere que el abuso sexual en la infancia tiene una alta prevalencia en población clínica que busca tratamiento por consumo de alcohol. Esta vivencia se vincula a un inicio más temprano del consumo, más problemas asociados, mayor severidad y causas diferenciadas atribuidas al origen del mismo.

La siguiente etapa del estudio permite identificar algunos elementos que pueden dar cuenta del vínculo entre las dos problemáticas. De esta forma, el acercamiento cualitativo (entrevista), posibilitó la exploración de factores relacionales y permitió proponer algunas explicaciones a los hallazgos de esta fase de la investigación.

CAPÍTULO 5

FASE CUALITATIVA

Kanek habló a Guy:

-Mira el cielo; cuenta las estrellas.

-No se pueden contar.

Canek volvió a decir:

-Mira la tierra; cuenta los granos de arena.

-No se pueden contar.

Canek dijo entonces:

Aunque no se conozca, existe el número de estrellas y el número de granos de arena.

Pero lo que existe y no se puede contar y se siente aquí dentro, exige una palabra para decirlo. Esta palabra en este caso sería inmensidad. Es como una palabra húmeda en misterio. Con ella no se necesita contar ni las estrellas ni los granos de aren. Hemos cambiado el conocimiento por emoción: que es también una manera de penetrar en la verdad de las cosas.

Emilio Abreu Gómez, 1940, Canek,

5. Fase cualitativa

5.1 Método

5.1.1 Propuesta Conceptual

La investigación cualitativa es un proceso de investigación comprensivo, basado en tradiciones metodológicas como la antropológica y la sociológica, en donde el investigador describe y reporta de manera compleja y holística la información recabada sobre algún problema social o humano (Ito y Vargas, 2005). Este tipo de abordaje se caracteriza por ser una aproximación que permite describir y analizar la cultura y el comportamiento humano y de los grupos desde el punto de vista los propios actores (WHO, 1994). En esta tradición, el investigador es parte del instrumento de recolección de datos, de ahí la importancia de su capacidad de empatía y comprensión del otro, pero sobre todo, del entendimiento de sí mismo y de su postura frente al mundo.

Tomando en cuenta estos elementos, en este apartado se describe brevemente el lugar desde dónde se comenzó a observar el fenómeno a investigar (el vínculo entre las experiencias de abuso sexual en la infancia y el consumo de alcohol), y aún cuando algunas posturas metodológicas sugieren llegar a campo sin concepciones teóricas preconcebidas, se prefirió hacer explícita la mirada desde donde se observó el fenómeno y los referentes a partir de los cuales se construyó la guía de entrevista. Fue así como se propuso un esquema conceptual basado en la revisión de la literatura (figura 3, página 145), el cual fue refinado y modificando según lo hallado en las entrevistas (ver figura 4, página 191)

De esta forma se planteó que entre las personas que llegan a un servicio en busca de tratamiento por consumo de alcohol, una alta proporción ha vivido abuso sexual en la infancia y presenta síntomas postraumáticos asociados; síntomas que a su vez podían ser el puente entre las experiencias de abuso sexual y el posterior

consumo de alcohol. Se propuso que el abuso de alcohol, ubicado en la extrema derecha de la figura 3, se asocia con el impacto traumático del abuso sexual vivido. Del abuso de alcohol, se consideró el patrón de consumo con el fin de caracterizar dicho abuso, conocer su evolución y poder identificar en qué momento se podía estar utilizando como medida para afrontar el impacto traumático del abuso sexual. Asimismo, se contemplaron las consecuencias de este consumo, para conocer la ampliación que ha tenido el uso de esta sustancia en la vida de las personas.

Asimismo se planteó abordar las expectativas y los motivos para beber en distintos momentos de la historia de consumo de la persona. Se esperaba identificar argumentos como el consumir alcohol para hacer frente a la ansiedad; incrementar los sentimientos de confianza, poder y control; disminuir sentimiento de aislamiento, entre otros relacionados con los síntomas traumáticos.

En este sentido, se había observado que mientras los bebedores “moderados” tienden a tener expectativas de tipo social al consumir alcohol, los bebedores excesivos esperan que el alcohol incremente su potencial de conducta agresiva y sexual, y que a la vez, reduzca el estrés y la tensión. Esto significaba que el consumo excesivo podía estar ligado con el estrés y el beber constituir un medio cuando para relajarse.

Las condiciones de vida actuales de los adultos jóvenes, tanto a nivel personal como familiar, podían estar vinculadas con la experiencia sexual vivida en la infancia, ello a través del impacto traumático y el significado de esa experiencia en la vida de la persona. Igualmente, estas condiciones de vida, sobre todo en el ámbito familiar, podrían verse afectadas por el abuso del alcohol en la época actual. Por otro lado, la forma en que los hombres y mujeres, al construirse como tales, viven e interpretan su mundo, podía estar vinculado con el significado que le dan al abuso sexual vivido, al impacto de esta experiencia en su vida y a sus experiencias con relación al abuso de alcohol.

La creencia de que el alcohol logra relajar o reducir el estrés, podía relacionarse con el abuso de alcohol para afrontar los efectos negativos del abuso sexual en la infancia. Estos efectos traumáticos se manifiestan a través de síntomas emotivos, cognitivos, conductuales y fisiológicos. De esta forma, se esperaba ubicar cuáles eran los síntomas que se están afrontando mediante el consumo de alcohol. Por otro lado, las consecuencias del abuso sexual pueden manifestarse a través de otros trastornos, especialmente del estado de ánimo, y tener impacto en otras áreas de la vida de la persona. Por ello, se puso atención durante la entrevista a la presencia de distintos cuadros sintomatológicos.

Siguiendo con la figura 3, la presencia de estos síntomas traumáticos podía estar relacionada con las características y la vivencia subjetiva del abuso sexual. Así, se esperaba que, por ejemplo, la severidad del abuso (duración y frecuencia, el tipo de abuso, el uso de la fuerza, que el perpetrador sea una figura afectiva), la falta de apoyo social (reacciones de los padres ante el abuso) y la manera cómo se vivió este evento, fueran factores asociados a un mayor impacto de este suceso en la vida del sobreviviente.

Por último, a la izquierda del esquema se colocaron las características del contexto familiar de los participantes en la época del abuso, las cuales podían estar vinculadas con la vivencia subjetiva e impacto de la violencia sexual experimentada. De la misma forma, podían vincularse con el posterior abuso de alcohol (al momento de la entrevista).

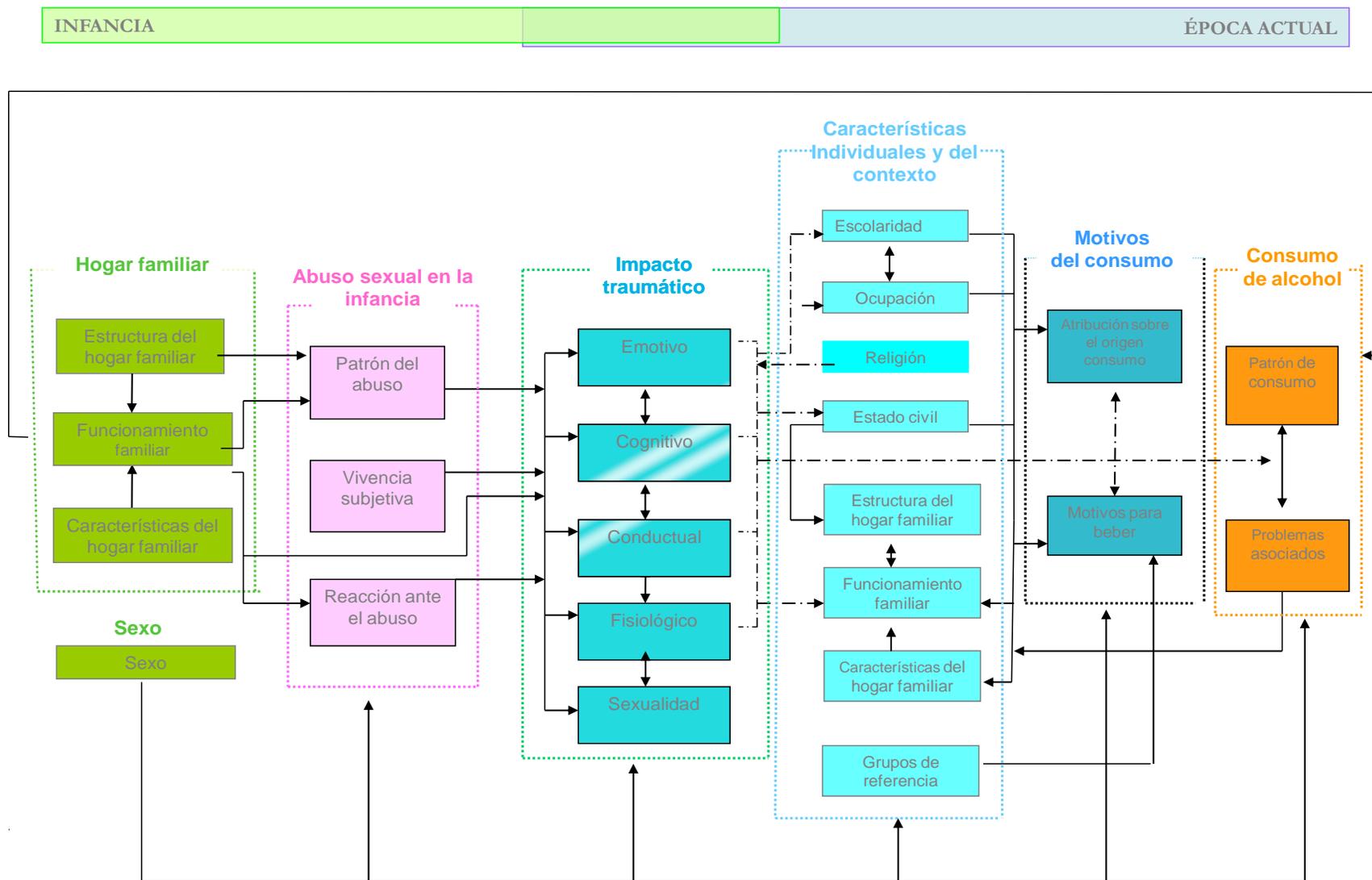
Figura 3
5.1.2 Esquema conceptual

V. ANTECEDENTES

V. INDEPENDIENTE

V. INTERMEDIAS

V. DEPENDIENTE



5.1.3 Pregunta de Investigación

A partir de la revisión bibliográfica en la que se observa que poco se sabe acerca del por qué de la asociación entre las vivencias de abuso sexual en la infancia y el posterior consumo de alcohol, resulta fundamental abordar este vínculo desde la perspectiva de las propias personas y comenzar a vislumbrar posibles relaciones, por lo que se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son algunos de los elementos que pueden perfilarse para explicar la relación entre el abuso sexual en la infancia y el posterior consumo de alcohol?

5.1.4 Objetivo General

Identificar el significado que atribuyen un hombre y una mujer con antecedentes abuso sexual infantil y con problemas en el consumo de alcohol a estos hechos, y si los consideran vinculados, en particular, por el impacto traumático posiblemente experimentado por el abuso sexual.

5.1.5 Hipótesis teórica

Las personas que han tenido experiencias de abuso sexual en la infancia están en mayor riesgo de abusar del alcohol durante la etapa adulta. Dicha relación está mediada por el efecto traumático del abuso sexual vivido, cuyos síntomas son enfrentados por los adultos jóvenes a través del abuso de alcohol.

Cabe señalar que aunque desde la perspectiva de la investigación cualitativa no habría por qué proponer una hipótesis, resultó conveniente hacer explícita la concepción que había detrás del objetivo de esta fase del estudio, además, sólo se manifestó una idea no acabada (en construcción) de lo que se consideraba podía estar sucediendo, y no se perdió de vista que era una propuesta que sería re-

elaborada, quedando siempre abierta la posibilidad de detectar otros elementos tanto del contexto como de la persona, que pudieran ayudar a comprender dicho vínculo.

5.1.6 Objetivos específicos

- Explorar de forma general las trayectorias de vida de dos adultos jóvenes (un hombre y una mujer) con problemas de consumo de alcohol y antecedentes de abuso sexual en la infancia.
- Reconocer las experiencias de abuso sexual vivido en la infancia y el significado atribuido a esta vivencia, en adultos jóvenes con problemas de consumo de alcohol.
- Indagar posibles síntomas postraumáticos asociados al abuso sexual en la infancia narrados por los entrevistados.
- Conocer las características, significados y trayectoria de consumo de alcohol de los entrevistados.
- Explorar si los entrevistados vinculan las experiencias de abuso sexual en la infancia, el impacto traumático de éstas y el consumo posterior de alcohol.
- Identificar los motivos y significados que los entrevistados atribuyen a la posible relación entre el abuso sexual en la infancia y el posterior consumo de alcohol.

5.1.7 Escenario

El Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares fue el espacio donde se realizaron las entrevistas, contando con la ventaja de ser precisamente un espacio en el cual se atienden personas con problemas de consumo de alcohol.

5.1.8 Diseño

Con el fin de conocer la perspectiva de las personas con antecedentes de abuso sexual en la infancia y con problemas con el consumo de alcohol respecto a su vivencia de abuso, el impacto traumático de ésta y su relación con el posterior consumo de alcohol, se realizó una fase exploratoria de corte cualitativa.

En esta fase del trabajo se usó como estrategia de recolección de datos la entrevista en profundidad, la cual se basa en el uso de una guía, esto es, una lista de las preguntas o tópicos que necesitan ser cubiertos durante la entrevista, con la flexibilidad de explorar temas que se presenten en el transcurso de la entrevista y que sean relevantes para la investigación. En este tipo de entrevista, el investigador trata de aprehender las experiencias de vida de las personas y las definiciones que éstas aplican a tales experiencias, su labor es hacer descripciones de manera compleja y holística, analiza palabras y reporta detalladamente la información recabada (Ito y Vargas, 2005).

5.1.9 Participantes

Participaron un hombre y una mujer con problemas en su consumo de alcohol, ambos de 30 años de edad, quienes experimentaron abuso sexual en la infancia. En esta perspectiva no se busca tener una muestra representativa de una población, ya que no se persigue cuantificar sino comprender el objeto de estudio, el objetivo es tener una representación teórica de la población de estudio. El

investigador elige lugares de estudio o informantes que representen un rango de variaciones en las características que le interesan comprender (WHO, 2001). Por lo tanto, para los fines de esta fase de la investigación se decidió incluir aquellas personas que cubrieran los siguientes criterios:

5.1.10 Criterios de inclusión

Hombres y mujeres que tuvieran problemas con su consumo de alcohol, sobrevivientes de abuso sexual en la infancia, que accedieran a participar, firmaran el consentimiento informado y que tuvieran el deseo de narrar su experiencia y las habilidades verbales mínimas para expresarla. Principalmente se buscó establecer *rapport* y empatía con los participantes para que pudieran compartir una parte importante de sus vidas, teniendo la seguridad de que la confidencialidad, el anonimato y el apoyo eran parte del acuerdo vía un consentimiento informado por escrito.

5.1.11 Criterios de exclusión

Personas con no hubieran tenido problemas con su manera de beber o que no tuvieran alguna experiencia de abuso sexual en la infancia (antes de los 15 años), que presentarán algún problema del lenguaje, estuvieran intoxicados al momento de la entrevista, o que no quisieran compartir sus experiencias o que no hubieran firmado el consentimiento informado.

Dado que el tamaño de la muestra depende del propósito de la investigación, y no de su representatividad estadística, uno de los elementos a considerar son los tiempos y los recursos con los que se cuenta para realizar la investigación (WHO, 2001). Lo más frecuente es que se continúe con la selección de participantes hasta el punto de la saturación teórica, sin embargo, por las dificultades que se

presentaron en el reclutamiento de los informantes, sólo se contó con un par de entrevistas.

5.1.12 Guía de entrevista y materiales

Las entrevistas en profundidad se realizaron utilizando una guía temática elaborada con base en la revisión teórica y los objetivos plateados (anexo 1). También se elaboró un folleto informativo con el fin de entregarlo a los participantes al final de la entrevista (anexo 5).

Materiales

Grabadora, pilas y cassettes de audio para grabar las entrevistas, así como lápiz y papel para tomar notas.

5.1.13 Procedimiento

Estrategias de contacto con los posibles entrevistados

Junto con las autoridades del CAAF, se buscó la manera de hacer contacto con los posibles entrevistados cuidando los aspectos éticos. A fin de proteger la integridad y resguardar la confidencialidad de la información del paciente, se decidió informar a los clínicos del CAAF sobre el estudio, pidiéndoles que si detectaban a pacientes que cubrieran con los criterios de inclusión, les explicara que se estaba realizando un estudio, y si así lo querían, se les podía hacer una cita con la investigadora para explicarles los objetivos del mismo e invitarlos a participar; siempre dejando claro que si participación era libre y que no afectaría en ningún momento su atención dentro de la institución.

Una vez que se establecía el contacto, con la investigadora se brindaba a la persona una explicación detallada del estudio, y en caso de aceptar, se leía y firmaba la carta de consentimiento informado (ver sección 5.1.15 Consideraciones éticas).

El trabajo de campo inició en mayo del 2007 y duró poco más de seis meses. En ese lapso y mientras se recababa la información cuantitativa de los expedientes, se esperaba contactar a los posibles entrevistados. A pesar de la petición a los terapeutas y clínicos de centro de detectar casos potenciales para el estudio, fueron pocos los que respondieron a la convocatoria, no obstante, quienes se comprometieron y detectaron a posibles entrevistados. De las personas convocadas y que se les dio cita con la entrevistadora, pocos asistieron a la reunión programada. Finalmente, de los accedieron participar en el estudio y que se les dio cita para la entrevista, sólo tres personas llegaron para su realización, y por problemas en la grabación, se obtuvieron un par de entrevistas.

5.1.14 Estrategia de análisis

Las entrevistas fueron audiograbadas y transcritas para su análisis usando algunos de los procedimientos metodológicos de la teoría fundamentada, buscando en este caso tener un abordaje analítico rico a nivel individual para dar cuenta de experiencias, vivencias y significados específicos, pero también enfatizando en los sucesos asociados con el abuso del alcohol, particularmente los procesos cognitivos y emocionales que les rodean.

La teoría fundamentada como forma de análisis cualitativo, consiste en la codificación de categorías a partir de los datos y permite analizar las relaciones relevantes que hay entre ellas. Es decir, a través de procedimientos analíticos, se construye teoría que está fundamentada en los datos. Dichos procedimientos son

el método de la comparación constante y el muestreo teórico. En la comparación constante el investigador recoge, codifica y analiza datos en forma simultánea para generar teoría, es decir, se trata de un proceso que conlleva una continua revisión y comparación de los datos capturados para ir construyendo teoría de la realidad. Por su parte, en el muestreo teórico se seleccionan los casos a estudiar según su potencial para ayudar a refinar o expandir los conceptos o teorías (Sonería, 2007).

Aunque en este trabajo no se logra cumplir con todos los requerimientos de dicha aproximación, y la estrategia de la comparación constante está limitada por el número de entrevistas, si se apegó a la recogida y captura sistemática de información, la comparación de los datos, la codificación y la reflexión analítica de notas. Se buscó descubrir y construir relaciones entre las categorías encontradas, tratando de generar una serie de hipótesis sobre el vínculo entre el abuso sexual en la infancia y el posterior consumo de alcohol.

De esta manera, una vez transcritas las entrevistas, se leyó cada una varias veces hasta familiarizarse con ellas, esto con el fin de identificar las categorías emergentes y relaciones entre sí, poniendo atención en aquellas respuestas inusuales. Se codificó cada texto por separado, asignando etiquetas a los segmentos de la transcripción correspondiente. El criterio que guió la identificación de las categorías, fue que tuvieran relación con los objetivos de investigación planteados. Después se compararon las categorías buscando los elementos comunes y discrepantes. Por último, se integraron las distintas categorías en ejes de análisis más amplios (en concordancia con los objetivos planteados) analizando las diferencias y semejanzas entre ambas entrevistas.

5.1.14 Consideraciones éticas

El consumo de alcohol y el abuso sexual, son temas tabú que pueden resultar altamente estigmatizantes para quien los vive, además de considerárseles del mundo privado y hacer referencia a situaciones íntimas, por lo que la realización de este trabajo implicó importantes retos metodológicos y éticos.

La prioridad fue proteger a los entrevistados, por lo que se explicó detalladamente a las autoridades del CAAF los objetivos e implicaciones de la investigación, y se acordó junto con ellos el procedimiento para contactar a los posibles participantes (ver sección 1.1.13 Procedimiento). Una vez que la investigadora entraba en contacto (previa cita) con los posibles participantes, se procuró crear un ambiente de confianza evitando los juicios críticos, teniendo un trato respetuoso hacia ellos, cuidando la confidencialidad de la información y dejando claro que la participación era voluntaria. Se les explicaba detalladamente en qué consistirá su participación (ver anexo 2), y si accedían, se le leía junto con ellos la carta de información (ver anexo 3) contestando todas las preguntas que tuvieran, para después firmar el consentimiento informado (ver anexo 4). Asimismo, se elaboró un folleto informativo sobre la problemática tratada y se les entregó a todos los asistentes, independientemente de que aceptaran o no participar.

De esta manera, se buscó que los posibles entrevistados recibieran información adecuada acerca de los objetivos de la investigación, sobre las personas responsables en realizarla, en qué consistiría su participación y los beneficios y riesgos de hacerlo. Se procuró que más allá de tener un consentimiento informado, los participantes tuvieran una explicación clara y completa del estudio, manifestando que su participación no condicionaría en ninguno momento su tratamiento.

El tipo de temas a discutir durante la entrevista eran dolorosos, lo que podía generar malestar o movilizar emociones intensas, inclusive de rememoración postraumática en los participantes. Por esto, desde el método se eligió una muestra que estuviera en tratamiento; asimismo, se contó con el apoyo de una experta en el tema, quien cuenta con años de experiencia en investigación sobre violencia, además de tener el apoyo de una red para canalización de tipo psicológica, psiquiátrica, legal y psicosocial, por si los participantes requerían algún tipo de orientación o intervención.

5.2 Resultados

Para describir la vivencia y significado del abuso sexual en la infancia en sobrevivientes que han tenido problemas con el alcohol, y con el fin de explorar si vinculan esta experiencia con su consumo, se realizaron un par de entrevistas a profundidad. Reconociendo las limitaciones de este primer acercamiento (al contar sólo con dos entrevistas), el objetivo es comenzar a vislumbrar e identificar algunos de los elementos y dinámicas que pueden estar vinculando ambas problemáticas. Dichas entrevistas se llevaron a cabo con base en una guía temática diseñada a partir de la revisión de la literatura sobre el posible vínculo entre el abuso sexual y el consumo posterior de alcohol.

Partiendo de los hallazgos de múltiples investigaciones que han demostrado la alta prevalencia de abuso sexual entre consumidores de alcohol, se propuso un modelo conceptual inicial en el que se planteó que las personas con problemas de consumo de alcohol y con antecedentes de abuso sexual en la infancia, presentan síntomas postraumáticos asociados a la violencia sexual vivida, los que a su vez vinculan el consumo de alcohol y con las experiencias de abuso, al usarse el alcohol como medio para lidiar o atenuar los síntomas traumáticos asociados al abuso (figura 3, página 145). Como se presenta más adelante, dicho esquema ha sido modificado y enriquecido con la información obtenida a través de las entrevistas.

Las entrevistas fueron analizadas tomando como base algunos aspectos metodológicos de la teoría fundamentada. El presente trabajo no logra cubrir todos los requerimientos de esta perspectiva, ya que solamente analiza dos casos, sin embargo, toma como referente esta aproximación para generar hipótesis sobre el problema planteado, esperando que en un futuro pueda implementarse en toda su extensión.

Es así como en el primer apartado de esta sección se hace una breve descripción de quiénes son los entrevistados y sus experiencias de abuso sexual y consumo de alcohol. Enseguida se detallan las categorías temáticas detectadas y sus propiedades, destacando los puntos en común y las principales diferencias entre ambos testimonios. Después de cada categoría identificada, se presenta la cita textual de los argumentos aportados por uno o ambos entrevistados, esto para sustentar la emergencia de cada categoría y respaldar las reflexiones teóricas de cada apartado, pero sobre todo, con el fin de dar voz a los entrevistados y dejar ver parte del impacto y significado sus vivencias.

Por último se propone un esquema conceptual con base en lo observado en las entrevistas y los referentes teóricos (figura 4, página 124), con el fin de hilar y entretejer las categorías y dinámicas detectadas y ser un punto de partida para nuevas propuestas de investigación y análisis.

5.2.1 Información Descriptiva

La historia de Natalia

Natalia (seudónimo) es una mujer de 29 años, con licenciatura inconclusa, empleada en su área de estudio, es la primera de cinco hermanos, vive con su familia de origen (su padre, madre, hermanos, hermana y un sobrino) pero está próxima a vivir sola. Actualmente no tiene pareja y se define como lesbiana. De pequeña vivía con sus padres, hermanos, un par de tíos y una tía, esto últimos migrantes a la Ciudad de México. Natalia comenta que hay cosas que ha olvidado de su infancia y en especial del abuso sexual. Ella sufrió de múltiples episodios de abuso de los 5 a los 11 años, no recuerda todos los eventos, pero si los más invasivos (masturbación hacia él, intento de penetración y penetración con los dedos).

El agresor era un tío con el que compartía el domicilio, quien la amenazaba con matar a su familia (con un arma punzo-cortante que guardaba en el domicilio), ó abusar de su hermana si revelaba lo sucedido o si no accedía a sus peticiones. El perpetrador esperaba los momentos en que ella y sus hermanos estaban solos, para llevarla a su cuarto y ahí abusar de ella. Natalia vivió esta situación con mucha confusión, y aunque tuvo cambios en su comportamiento, nadie supo lo sucedido, guardando el secreto hasta la adolescencia, cuando revela el abuso sexual a una prima en un momento de crisis (había vivido la pérdida de un ser querido).

En esa época tuvo tres intentos de suicidio. Le recomiendan entrar a terapia y así lo hace, acudiendo a tratamiento psiquiátrico, dejándolo poco después debido a los efectos secundarios de los medicamentos. Actualmente está en tratamiento psicológico. Ha revelado el abuso a más personas, incluidas su madre y hermanos, pero no lo ha querido revelar a su padre por miedo a su reacción y para evitarle el sufrimiento. Comenta que ya le es más fácil hablar de ello, aunque durante la entrevista se limitó a contestar las preguntas y se mostró un tanto ansiosa.

Natalia inicia el consumo de alcohol a los 13 años por curiosidad, incrementándose a los 20 años con su primera borrachera, la cual ocurre después de la pérdida de un ser querido. Ese mismo día inicia el consumo frecuente de cigarro por presión social y como un reto. El mayor consumo se da en esa época, con sus amigos, con quienes se iba a tomar cada ocho días, llegando a la embriaguez. Señala como motivo de consumo el relacionarse mejor con los demás y desinhibirse. Actualmente se define como “bebedora social”, sólo consume en fiestas y reuniones familiares. Fuma de cuatro a cinco cigarrillos al día, especialmente cuando está estresada o enojada. Está decidida a dejar el cigarro por los daños en su salud y por el tiempo que tiene consumiéndolo (casi diez años).

La historia de Juan

Juan (seudónimo) es un hombre 30 años de edad, tiene bachillerato inconcluso y es empleado de una empresa telefónica. Actualmente está casado, vive con su esposa y sus tres hijos (dos niños de 12 y 11 años y una niña de 6 años). Ha tenido problemas maritales, los cuales se agudizan a causa de su consumo de alcohol, llegando a las agresiones físicas. Es el segundo de cuatro hermanos (un hermano mayor, y dos medias hermanas). Cuando tenía 3 años, Juan fue separado de su padre, ya que su madre se lo llevó a él y a su hermano a otro estado de la República huyendo de su padre, quien fue acusado de asesinato. Se estuvieron escondiendo de él un tiempo, para luego regresar a la Ciudad de México.

Durante su infancia Juan y su hermano pasan largo tiempo solos debido al trabajo de su madre. Juan sufrió de abuso sexual a los 7 años. El perpetrador fue un vecino que lo atrajo con el pretexto de darle un juguete, lo amagó y con violencia abusó sexualmente de él (hubo penetración anal). Juan vivió el abuso con mucho enojo e impotencia, evitando acercarse al abusador y guardando en secreto lo sucedido, revelando “parcialmente” el abuso a su madre después de casi 20 años. También lo habla en grupo de AA, en una experiencia del “quinto paso”. Dice que no poder hablar fácilmente de lo sucedido por miedo a lo que pensarán de él las personas.

Juan inicia el consumo de alcohol a los 12 años con sus compañeros de secundaria, momento en el que también le ofrecen diazepam y pastillas, las cuáles prueba pero con las que no se “engancha”. Tiene su primera borrachera en tercero de secundaria, y a partir de ahí su consumo se incrementa, pudiendo solventar los gastos que éste conllevaba porque trabajaba en un negocio familiar. Lo corren de casa a los 17 años debido a su consumo, yéndose a vivir con unos familiares, situación que incrementa su consumo. Luego se va a vivir con una novia, de quien

dice lo engaña con su mejor amigo. Ese evento también se asocia con un incremento del consumo de alcohol.

Tiempo después se ve involucrado en una pelea, dejando a un hombre inconsciente, por lo que sale huyendo de la ciudad, hechos que incrementan su consumo de alcohol y pastillas. En esa época (él tenía 18 años) nace su primer hijo. Entre los 15 y 21 años tuvo tres intentos de suicidio. Regresa con su madre y él y otros amigos asaltan una vinatería. Tiempo después muere su hermano. Para soportar el dolor emocional que la pérdida le causa, empieza a consumir cocaína que su mismo hermano le daba pero que él no había consumido.

Juan se queda con el empleo de su hermano fallecido. Al entrar a trabajar aumenta su consumo de alcohol y cocaína: ahí consume con sus compañeros de trabajo y al final del día acaba bebiendo solo. También consume marihuana para “aminorar” los efectos del alcohol y la cocaína. Ingresa a una quinta en Pachuca. Después de un período de abstinencia de 2 años en AA recae.

5.2.2 Ordenamiento Conceptual

En esta sección se presentan las categorías temáticas que se identificaron a través de una cuidadosa y reflexiva lectura de las entrevistas. Dichas categorías se organizaron en cinco ejes de análisis, los cuales están relacionados con el objetivo planteado para esta fase de la investigación. Dichos ejes son:

1 Factores relacionados con el abuso sexual

- A) Carencias
- B) Ausencias
- C) Violencia

2 Factores relacionados con el consumo de alcohol

- A) Entre amigos
- B) Pérdidas
- C) Personas de apoyo

3 Vivencia del abuso sexual

- A) Sentimientos: de la confusión a la ira
- B) Impacto físico y reexperimentación del trauma
- C) Señales y respuestas

4 Consecuencias del abuso y estrategias para enfrentarlas

- A) Emocionales: regulación y expresión de afectos
 - a. Miedo y dificultad en la expresión de emociones
 - b. Traición, desconfianza y aislamiento
 - c. Ira y agresiones
 - d. Tristeza e intentos de suicidio
- B) Cognitivos: Alteraciones en la conciencia y en el sistema de creencias
 - a. Evitación y disociación
 - b. Creencias sobre sí mismo, los otros y el mundo
- C) Relaciones personales conflictivas
- D) Identidad y sexualidad

5 Consumo de alcohol: Motivos y atribuciones

- A) Inicio del consumo: Curiosidad y rebeldía
- B) La primera borrachera: Los amigos y las penas
- C) Aumento del consumo: Diversión, ansiedad y pérdida
- D) Dejar de consumir: Salud, sufrimiento, los hijos y el abandono
- E) Motivo principal: Calmarse, olvidar y evitar el dolor
- F) El vínculo: Liberar y controlar

No hay que perder de vista que esta división es sólo una propuesta de análisis, ya que los factores se encuentran íntimamente relacionados entre sí y responden a una realidad dinámica que es difícil de pasar al papel en toda su complejidad.

1 Factores relacionados con el abuso sexual

Hacen referencia a aquellos elementos del contexto del individuo que parecen haber estado vinculados con el abuso sexual y con el impacto de éste, según lo narrado por los propios entrevistados.

A) Carencias

Hay un contexto de ciertas carencias económicas y de migración propia o de familiares, circunstancias que facilitaron de cierta forma el abuso sexual. En el caso de Natalia, el tío que abusó de ella pasaba largas temporadas en su casa por cuestiones de trabajo y luego regresaba a su entidad.

Natalia: *porque toda la familia de mi mamá es de San Juan, entonces venían, y se quedaban una temporada, trabajaban y luego se regresaban a su pueblo, así estaban.*

En el caso de Juan estas carencias fueron aprovechadas por su agresor para atraerlo:

Juan: *...entonces tuvimos que salirnos de ahí, nos fuimos a San Martín [...] nos regresamos y empezamos a vivir aquí [...] donde pasó esta situación de la violencia ¿no?, mi madre siempre se iba, no teníamos dinero, los zapatos rotos, ... y yo quería un papalote, [...] y un cuate los hacía (exhala) y me decía te voy a hacer uno, [...] y el día que fui, pues no había nadie en mi casa, no había nadie en la casa de él, [...] pasó lo que tenía que pasar.*

B) Ausencias

Las largas ausencias por parte de uno o ambos padres a causa del trabajo, fue una constante en la vida de ambos entrevistados. Hecho que se configuró como una oportunidad para los perpetradores del abuso sexual. En el caso de Natalia, ambos padres trabajaban, dejándola a ella y a sus hermanos con los tíos con quienes compartían residencia.

Natalia: ... sí, cuando, cuando nos dejaban solos., [...] él aprovechaba, [...] y me encerraba en una recámara.

En el caso de Juan, su madre los dejaba solos a él y a su hermano por motivos laborales, y no podía estar pendiente de todas las necesidades de sus hijos:

Juan: pues sufrí la ausencia de una madre, por estar trabajando... no sé, mis boletas en la escuela me... ¡me las regresaban sin una firma! nadie iba a firmar. Me decía [mamá]: o comes o firmo, y ya no decía yo nada.

Para Juan, además de la ausencia de la madre por motivos de trabajo, la ausencia del padre biológico, así como el motivo de esa ausencia, cobra gran importancia en su vida, atribuyendo a este hecho parte de su problema con el consumo de alcohol:

Juan: pues lo que pasa es que yo, [...] este, mi padre pues, es un asesino ¿no?, o sea mi papá el que me engendró, [...] entonces, pues yo estaba muy chiquito... yo me acuerdo cuando mi mamá me sacó de la casa [...] y ya no volvimos a regresar [...] nos estaba escondiendo de él [...] y todo eso yo creo que me fue afectando ¿no?, y además mi mamá nunca estaba conmigo.

C) *Violencia*

En ambos casos, los padres ejercían violencia física o verbal hacia los entrevistados.

Natalia: *mi papá en ese tiempo, pues era de repente agresivo, pero con nosotros [los hermanos], con mi mamá no [...]...agresivo verbal y físicamente [...] dos o tres veces por semana nos pegaba. [...] nos pegaba con el cinturón, casi siempre.*

Juan: *sabíamos cómo era mamá con nosotros, yo creo que tantas eran sus presiones de trabajo, de darnos de comer, de entretenernos [...], entonces este... pues siempre nos tocaba nuestra tanda de golpes ¿no?, de chavillos, y yo siento que más era hacia mí.*

Es importante señalar que precisamente el miedo a la reacción violenta de los padres, fue uno de los aspectos principales que motivaron a los entrevistados a guardar el secreto del abuso:

Natalia: *Alguna vez intenté acercarme a mis papás, y no, o sea, era mucha agresión de mi papá, entonces yo tenía miedo, tanto de un lado como del otro [del agresor y de su padre]*

Al preguntarle a Juan si el agresor lo había amenazado o pedido que no revelara el abuso, él comenta:

Juan: *[...] simplemente ¿a quién le van a creer?, y era más miedo a lo que me iba a decir mi mamá, [...] yo creo que mi mamá me hubiera golpeado, es lo que yo pensaba.*

2 Factores relacionados con el consumo de alcohol

Se refiere a aquellos aspectos del contexto de los entrevistados que de alguna manera facilitaron o moderaron el uso de alcohol en algún momento de la trayectoria del consumo.

A) *Entre amigos*

El consumo de alcohol y drogas por parte de los compañeros de escuela o pares, facilitaron de cierta forma el inicio del consumo en los entrevistados. En ella, el uso frecuente de alcohol se da con sus amigos de universidad, sin embargo, inició el consumo con familiares. Él inicia el consumo de alcohol y pastillas con sus compañeros de secundaria. De esta manera, él inicia el consumo con pares, mientras que ella lo aumenta.

Juan: [...] me acuerdo que nos salíamos de la escuela [secundaria] y le dábamos al conserje cincuenta pesos, y nos iba a traer cervezas en bolsa, tons llegábamos a la escuela así, todos idiotas, todos babosos, pero o sea no era mal, [...] si había sí, sino no.

Aunque no lo habla abiertamente, el hermano de Juan también consume alcohol y otras drogas, situación que también influye en su consumo.

Juan: [...] mi hermano, él me daba [cocaína] [...] se compraba y le duraba [...], o sea no era adicto al montón, porque él me daba a mí y se compraba dos, una para él y otra para mí, a mí me duraba ¡juta mucho tiempo!, y [en los rosarios por la muerte de ese hermano] fue cuando me las empecé a consumir [...] y fue cuando tomé la adicción.

B) Pérdidas

Los entrevistados sufren la pérdida de seres queridos, él pierde a su hermano y ella a una tía. Esta situación hace que ella tenga su primera borrachera, y es una de las razones por las que intenta suicidarse, esta pérdida se presenta durante su adolescencia.

Natalia: *...fue porque, perdí a una persona muy querida, y yo estaba con mis primas y nos pusimos a recordar esos momentos, entonces nos pusimos a tomar, como, como... para olvidar, las penas.*

En él, la pérdida del hermano incrementa el consumo de alcohol y se vincula con el inicio del consumo de cocaína. La muerte se da al final de su adolescencia. En su caso, la pérdida y traición de una pareja también propician un aumento en su consumo.

C) Personas de apoyo

Hay personas en la vida de ambos entrevistados que los han ayudado a sobrellevar las situaciones adversas. Esto ha facilitado que ambos buscaran tratamiento. Natalia habla del abuso con una prima de quien recibe apoyo:

Natalia: *se lo comenté a ella [...] y me llevó con un psicólogo*

Él ha recibido el apoyo de su mamá y padrastro. Al hablar de éste último, Juan comenta:

Juan: *sí, es una persona maravillosa, sí, si tengo una necesidad recibo apoyo, yo le debo todo lo que tengo a él.*

3 Vivencia del abuso sexual

Aquí se hace referencia a la manera en que las personas recuerdan el abuso durante su infancia, considerando los sentimientos, las secuelas físicas y los cambios en la vida que sufrieron a raíz de la agresión sexual, así como la reacción de sus padres ante dichos cambios.

A) Sentimientos: de la confusión a la ira

Al inicio, ella vivió el abuso con mucha confusión, no entendía qué era lo que sucedía.

Natalia: *no, no, pues en principio yo no comprendía realmente que era lo que estaba pasando, yo no sabía cuál era la situación, ni tampoco sabía por qué se lo tenía que esconder a mis papás [...]*

En él, los sentimientos eran de frustración e impotencia

Juan: *[...] pues frustración, impotencia de no poder hacer nada, [...] pues le quería dar unos golpes, patadas [al agresor], muy muy mal, algo que no, no, casi no me gusta recordar.*

Con el paso del tiempo estas sensaciones y sentimientos dieron lugar a un gran odio hacia el agresor.

Natalia: *en un principio fue, no entender la situación, [...] ya más grande, fue, de, de coraje, de ira, de, de querer desquitarte a veces, pero pues sabía que yo no ganaba nada, el daño ya está hecho.*

El desprecio e ira que sienten ambos entrevistados por su agresor, los ha llevado hasta el deseo y plan de matarlo.

Natalia: *la última vez de hecho que lo vi, fue en el pueblo, y yo traía un rifle, entonces yo estuve a punto de, de dispararle, pero mi mamá me vio y me detuvo.*

Al hablar del agresor, Juan expresa su enojo y deseo de venganza:

Juan: *¡dio, odio, odio, demasiado odio!, luego hay veces que cuando lo recuerdo me pongo hasta temblar... si odio, demasiado, demasiado, es lo que digo que si no lo hubieran matado, yo lo hubiera matado a él.*

En ambos casos, los agresores han muerto. El desprecio y coraje hacia el agresor se refleja en las reacciones de ambos entrevistados hacia su muerte:

Natalia: *cuando me lo dijeron, dije que iba a hacer fiesta nacional y me mandó mensaje uno de mis tíos, y le dije, pues qué bueno que se haya muerto, solo como un perro.*

Juan: *[La hermana del agresor le comenta a Juan] mi hermano lo mataron en un asalto, yo le dije: ¡qué bueno!, [...] a mí sí me dio mucho gusto y dije que bueno, si no lo hubiera hecho él, lo hubiera hecho yo, [...] yo si estaba decidido a matarlo.*

B) Impacto físico y reexperimentación del trauma

Ambos entrevistados hablan de las secuelas físicas del abuso sexual a corto plazo, es decir, hablan de las secuelas inmediatas al abuso, reconociendo que el dolor más fuerte fue el emocional:

Natalia: [...] intentó penetrarme en tres, cuatro ocasiones y me lastimó obviamente, [...] cuando pues estas pequeño, vas al baño y ves sangre, te espantas... y pues es horrible ¿no?, la situación, el ardor y eso, el no poder decirle a nadie lo que está pasando

Juan: pues ese día...llegué a mi casa y me salí al patio y estuve llorando mucho tiempo y llegó a la casa mi mamá: ¿qué te pasa?, nada ... pues yo me acuerdo que me fui al baño y pues el sangrado [...] tenía miedo de decirle, porque seguro me iba a decir: pero es que te dije que no se salieran, ¿por qué no me obedecen?, es lo que yo tenía en mente [...] no pero, sí, sí, este mucho dolor más... que el dolor físico, el dolor emocional.

Los dos entrevistados hablan de haber tenido pesadillas y recuerdos constantes del abuso, sobre todo después de que sucedió. Al preguntar a Natalia si tenía recuerdos o pensamientos del abuso, comenta:

Natalia: era muy frecuente [en la infancia], era diario yo creo, y hasta soñaba con eso también, sí, las pesadillas eran muy frecuentes y actualmente, pues no, casi no.

Por su parte, Juan dice recordar vívidamente el abuso; durante su infancia tuvo varias pesadillas:

Juan: después de que pasó [el abuso] los primeros días o meses o años... si varias veces lo soñé, y que gritaba de plano, de hecho este desperté gritando y me dice mi mamá: ¿qué te pasa hijo? No sé, es que tuve una pesadilla, ya cálmate y ¿qué soñabas?, no no me acuerdo; pero si me acuerdo que estaba soñando eso.

C) Señales y respuestas

Los entrevistados identifican una vida antes y una vida después del abuso, fue un evento que los marcó y cambió su vida y su manera de ser, cambios que se mantuvieron a través del tiempo configurando su identidad (ver también identidad y sexualidad, página 180)

Natalia: [...] yo recuerdo que era una niña muy feliz hasta ese momento [antes del abuso], este no sé, era muy abierta, platicaba con todo mundo y después me volví muy retraída, o sea ya no quería hablar con la gente, me encerraba en mi mundo, me la pasaba dibujando no sé.

Juan: y claro cuando luego me decían: ¿por qué cambiaste? ¿por qué cambiaste? Este no, no...no se los puedo decir pero sí, sí si cambié mucho, demasiado totalmente, yo creo que di un giro de 90 grados.

A pesar de que después del abuso ambos entrevistados dan señales del mismo a través de cambios en su comportamiento, la respuesta de los padres es pobre. En el caso de Natalia, los padres responden castigando o agrediendo:

Natalia: [...] a pesar de que yo di varias señales y..y.. intenté, nunca se dieron cuenta, [...] pues de puro diez que tenía en primero y segundo de primaria, mi calificación bajo a siete, siete y ocho, este, esa fue la principal, y lo único que recibí, pues eran golpes por bajar las calificaciones, este no sé, a veces me orinaba en la cama de miedo y pues igual eran golpes, o sea la llamada de atención eran golpes.

En el caso de Juan, su madre se acerca y pregunta mostrando interés, pero sin que él pueda hablar (hasta la fecha no le ha podido contar cómo sucedieron las cosas):

Juan: *desde pequeño, desde que me pasó eso de la... de la violación y [...] desde ahí empecé, yo me di cuenta que desde ahí, al otro día fue el cambio, pues si se arrimó mi mamá: ¿qué te pasa? pues si no eras así, tú eras un niño muy lindo y llegabas y me abrazabas y llegabas con tu mamila, muchas veces mi mamá me lo dice.*

4. Consecuencias del abuso y estrategias para enfrentarlas

Este apartado versa sobre aquellos aspectos emocionales, cognitivos, relacionales y de identidad que se relacionaron o se identificaron como secuelas del abuso sexual.

A) Emocionales: Regulación y expresión de afectos

a. Miedo y dificultad en la expresión de afectos

Los entrevistados tienen miedo al rechazo de los demás, miedo que limita la expresión de sentimientos positivos a la gente que quieren

Natalia: *me ha costado mucho, hay mucha gente a la que quiero y de repente, y de repente quisiera llegar y darle un abrazo y me detengo [...] porque, para empezar, tengo miedo al rechazo y en segunda, pues esa situación no, es así como que, que va a pensar de mí, que va a decir, no entonces mejor no.*

Juan vive una importante confusión emocional que limita su expresión de afectos:

Juan: *o sea después de ahí [del abuso] como que mis sentimientos como que están hechos bolas, como que se enredaron ¿no?, porque quiero a mi pareja y no sé demostrárselo, o sea la quiero y la trato mal.*

Además del temor al rechazo, Juan tiene miedo de lo que piensen de él por haber sido abusado

Juan: *quería que nadie se enterara [del abuso] o sea, me sentía humillado, que la gente se va a empezar a burlar y hasta la fecha no he dicho.*

Natalia habla también del miedo que le provoca el ponerse violenta o agresiva y del miedo a perder el control:

Natalia: *si, hay veces que cuando me pongo muy agresiva, me da mucho miedo.*

Por su parte, Juan habla del miedo a ser homosexual:

Juan: *[...] vivía así inconforme porque ¿y si soy puto? o si yo iba a ser homosexual o algo así, pero no, después de que tuve mi primer relación se me olvidó así en automático, [...], porque luego había veces que cuando estaba más chavillo: "mira de ojos azules ¿está guapo, no?", o sea sí sufría, sí sufría, si así como angustia de que y si me gusta*

b. Traición, desconfianza y aislamiento

Los entrevistados hablan de un sentimiento que los hiere, resultado de su desacuerdo con la conducta de otros, de la violación a sus expectativas o de la sensación de ser abandonados.

Juan: *Me encuentro un novia que.. [...] fue todo una mentira, [...] y lo más triste es que, lo que me duele mucho es que anduvo con un amigo [...] y si me dolió mucho, inclusive la idea era buscar a mi amigo y pues....nos pusimos en la torre, siempre pura traición en todos lados.*

Frecuentemente, dicha sensación de traición se refleja en los sentimientos hacia sus padres, en especial, por sus ausencias o por su respuesta ante el abuso sexual:

Natalia: *[...] la relación con mis padres, se deterioro completamente [a partir del abuso], yo no confío en ellos digo, a veces hay cosas que si les puedo platicar y hay veces que no.*

El miedo al rechazo, la dificultad para expresar afectos y la constante desconfianza y sensación de traición, han hecho que exista cierta tendencia al retraimiento y al aislamiento en los entrevistados, situación que era más aguda después del abuso, y aunque dicen que esto se ha ido superado por la necesidad social de convivir con otros, existe una tendencia a distanciarse.

Natalia: *me llevo bien con muchos hombres, con, con sus mujeres pero, si tengo... guardo, guardo ciertas distancias y veo que sí, creo que yo me he vuelto un poco no sé, no, no sé qué palabra se usa para eso, pero...no soy muy afectiva, en general no soy muy afectiva, no demuestro mucho lo que siento por las personas.*

Juan: *me ha hecho mi trabajo un poco más sociable, tenía miedo antes de hablar con la gente, de hacer una pregunta, de hecho yo cuando llegaba a un lugar y me perdía, prefería dar mil vueltas antes de preguntar en la calle o sea ¿no? tímido, ahora se me ha ido quitando después de once, casi doce años de estar [trabajando], se me ha ido quitando.*

c. Ira y agresiones

Existe un gran sentimiento de enojo e ira no sólo hacia el agresor, sino hacia las personas en general, es una molestia constante que permea su vida. Al preguntarle a Natalia sobre qué le ha hecho sentir el haber vivido el abuso, comenta:

Natalia: *miedo, angustia, coraje, ira, ¡mucho ira!, y en general, no era con una persona en específico, sino dirigida hacia todas las personas, este pues eso, era lo, lo principal, y cómo lo he manejando, pues me gusta mucho el humor negro, entonces me gusta mucho, a veces burlarme de las situaciones, para, para evitar pensar que es malo.*

Juan: *me ha afectado [el abuso] que soy muy este... [...] luego luego, luego luego me doy a conocer... soy agresivo, soy demasiado agresivo, con la... con cualquier gente o sea, voy manejando y un taxista me mienta la madre y si me he bajado y le suelto unos golpes [...], pero sí, si afecta en lo emocional por que toda esa ira, bueno yo en mi caso que jure que nadie me iba a tocar, cualquier cosita ahí exploto.*

Ambos entrevistados son impulsivos, pero han desarrollado estrategias para modular esa ira. Como se observa en su testimonio, Natalia usa el humor negro, o bien reprime esa ira, la vuelca hacia sí misma (autolesiones) o comienza a tomar o fumar; al preguntarle sobre cómo maneja todo ese coraje, explica:

Natalia: *fumaba demasiado o sea, no me terminaba un cigarro cuando ya estaba prendiendo otro por el enojo, y, y muchas veces, yo llegaba a golpearme, o sea a golpear la pared, a golpearme las piernas, o sea, lo que fuera pegar o soltar un golpe.*

Él es más explosivo, estalla fácilmente recurriendo a los golpes o las agresiones, presenta conductas de riesgos y antisociales, ha sido gravemente herido (tienen varias puñaladas) y ha agredido a otros. En la entrevista comenta sobre una pelea en la calle:

Juan: *[...] hasta que de plano hubo un problema en la esquina, llegaron a bronquear a un amigo y salimos al que agarremos ¿no?, [...] yo salí y agarré al que estaba en la mera bronca, y me acuerdo que me dio un tabicazo y dije: si me caigo me va a matar este cuate ¿no?, [...] vi que estaba un palo y que se lo estrello en la cabeza, y pues sí vas, se aventó tres días en coma, yo me tuve que ir de aquí de donde vivo, para que no me agarrara la policía, una demanda, todo ese problema.*

Para controlarse, él se va a correr, hace ejercicio o bien consume drogas o alcohol. Al preguntarle sobre como maneja todo esa ira, menciona:

Juan: *pues me salgo a hacer ejercicio, no hay de otra ...una forma que siempre he tenido de hacer es salir y de aventarme unos tacos y unas dosis, ahora no, [...] pues si puedo me voy en la bicicleta o me voy al fútbol o voy al gimnasio.*

d. Tristeza e intentos de suicidio

Tanto Natalia como Juan hablan de sentimientos de rechazo, soledad y tristeza. Ambos tuvieron 3 intentos de suicidio en la adolescencia y principios de la juventud. Dichos intentos se dieron en un momento de crisis, en ante la pérdida de seres queridos.

Natalia: *en primera todo lo que pasé [el abuso], perdí a mi tía [...], la tercera pues fue el sentir esa soledad, el rechazo y pues empezar a aceptarme como soy, porque yo soy lesbiana, entonces todas esas situaciones, me orillaron a intentar suicidarme.*

Juan: *me acuerdo [del abuso] y luego cuando me acuerdo es cuando estoy este, deprimido, que estoy a la baja y entonces sí, varias veces me he intentado suicidar [...] cuando he intentado suicidarme, me siento avergonzado y he no sé qué palabra decir, me siento así como hueco. O sea como que ya no tiene valor la vida, como que nada más hasta ahí.*

B) Cognitivos: Alteraciones en la conciencia y en el sistema de creencias

a. Evitación y disociación

Aunque ambos entrevistados evitan recordar el abuso, se detectaron síntomas disociativos en Natalia, identificándose amnesia y despersonalización, tanto en el momento del abuso como actualmente.

Amnesia para los eventos traumáticos:

Natalia: *pues la verdad, no, no recuerdo, son pocas las, las cosas que recuerdo de esa, de esos momentos, y pues creo que recuerdo lo más agresivo, no recuerdo si fue paulatino, o si fue en un principio, no.*

Despersonalización:

Natalia: *...sí, de hecho, me gusta mucho escribir, y hay veces que escribo cosas que no sé ni por qué las escribo, y ya cuando las leo me sorprende, pero hay una cosa que escribí, algo así de que: quisiera que la verdad fuera mentira y la mentira no sé que, no me acuerdo [...]... es que es muy raro porque es*

como sí yo no escribiera, como si escribiera otra persona y luego ya después yo lo leo y me sorprende.

Ambos entrevistados prefieren no recordar las vivencias de abuso, comentando:

Juan: *ya el alcohol pues ya lo echaré con el tiempo, sí, pero nadie me dice que mañana no lo voy a soñar [el abuso] ó que hoy en la noche no lo voy a soñar, ó que mañana en la tele voy a ver a un programa de violación, que me va a relacionar las ideas a la cabeza, de eso no estoy seguro, de eso quisiera que se... no recordar.*

b. Creencias sobre sí mismo, los otros y el mundo

De sí mismo:

Los entrevistados se auto perciben como personas diferentes, raras o anormales, como se observa en los siguientes testimonios:

Natalia: *[...] soy una persona demasiado pues no sé, como... extraña.*

Al preguntarle a Juan cómo ha repercutido el abuso en su forma de ser comenta:

Juan: *pues ahí si no sabría decirle porque no sabría cómo iba a ser si fuera normal, no, no, sé como hubiera sido yo si fuera normal, [...], la verdad no sé cómo sería yo si mi vida hubiera sido normal ¿no?, ahí si no.*

Asimismo, se sienten de cierta forma culpables por abuso sexual vivido. Tanto en Natalia como en Juan, existe la idea de que tuvieron cierta responsabilidad. Ella habla de estar pagando algo, piensa en el abuso como una penitencia:

Natalia: *pus, no sé o sea... te digo que a veces pienso cosas muy raras y por ejemplo he pensado que aquí, estoy pagando algo que no sé que hice,*

entonces, es como un infierno, entonces, pues yo creo que la muerte a de ser como algo tranquilo, o al menos esa es la idea que tengo.

Él habla del abuso como consecuencia de su desobediencia:

Juan: *pero no, no me gusta recordarlo, es muy doloroso, no acordarse, si yo hubiera entendido y obedecido las palabras o recomendaciones de mi madre, nunca me hubiera pasado nada, pero el desobedecer, ahí están las consecuencias ¿no?*

De los otros:

Los “otros” son percibidos por los entrevistados como personas con segundas intenciones, en especial, ella desconfía de los hombres

Natalia: *si, en general te digo que es básicamente con los hombres, o sea yo veo caras hipócritas y siempre tienen una finalidad y lo único en lo que yo creo que piensan es, sexo*

Él sólo ve el lado negativo de las personas. Por lo tanto, le cuesta trabajo confiar en los demás:

Juan: *pues si tengo una manera muy frustrante de ver las cosas, [...] soy muy este...negativo demasiado negativo [...] si yo conozco a alguien nuevo este no hay ningún problema [...] el problema es ya cuando lo conozco más, es más constante y empiezo a ver los defectos, [...] entonces ya empiezo a ver el lado malo o sea, yo sólo el lado negativo y no el positivo, entonces es el problema después.*

Además, Juan suele estar hiperalerta, en especial ante desconocidos:

Juan: *siempre he estado alerta, siempre que ando en la calle ando al tiro y buscando si hay algunos güeyes que nada más volteen y... sí, sí siempre estoy a las... a las vivas.*

Estas percepciones hacen que constantemente exista una sensación de desconfianza hacia los demás y hacia el mundo en general.

Del mundo:

Los entrevistados piensan en el mundo como un lugar de traición e inseguridad, hay una pérdida de fe en el mundo en general. Natalia considera que la vida es un infierno, una pesadilla.

Natalia: *en un principio, yo quería tener un hijo y ahorita ya no por muchas circunstancias ya no [...], ese tipo de personas [haciendo referencia al agresor], el cómo está el mundo ahorita, no sé, traer a una personita a sufrir, no se me hace justo.*

Juan: *.... ó hasta el perro lo agarro y lo acaricio y empieza a morder ¿no? y ahí estoy: pinché perro, no se puede confiar.*

C) Relaciones personales conflictivas

Los entrevistados tienen importantes confusiones y conflictos al vincularse con los demás. Como se observa en las categorías anteriores, el no poder expresar afectos, el desconfiar en los demás y estar constantemente a la defensiva, el enojo generalizado y la sensación de traición, han provocado que ambos tengan relaciones personales conflictivas, en especial relaciones de pareja problemáticas.

Natalia: *cuando estaba con mi pareja eran cuestiones de celos....soy demasiado posesiva, entonces, este, me daba mucho miedo, tanto perder a mi pareja como a veces cómo me ponía.*

Juan: *soy pésimo cuando estallo, [...] una de las veces que estallé aventé la televisión, la mesa, un día que me dejó mi chava ¿no?, se llevó a mis hijos, y ¿ah sí?, pues llévate todo, que salgo y que aviento la mesa de cristal, que aviento la silla, la tele, el estéreo, la video, ¡todo!, y después cuando vi ya no tenía nada, y ahora ¿qué hago?.*

D) Identidad y Sexualidad

Natalia comenta que le fue difícil su primer contacto sexual, además de la fuerte crisis de identidad sexual que vivió en la adolescencia, identificándose ahora como lesbiana.

Natalia: *si claro, como la primera vez que tuve intimidad con alguien fue bastante difícil y hasta la fecha o sea me cuesta trabajo ciertas cosas todavía.*

Juan comenta también de los conflictos sobre su identidad sexual, sin embargo, él no habló de dificultades al tener su primera relación sexual, al contrario, fue un hecho muy gratificante y placentero, además de liberarse de sus dudas

Juan: *[..] al principio si tuve mis dudas, ¿y si voy a ser maricón?, ¿y si voy a serlo?, y si me estuve peleando con eso con eso hasta que llegó mi primer relación [...] me liberé porque sí, si siempre lo tuve en la mente, ¿y si me gusta? y si lo que me hicieron ¿me va a gustar?, o sea siempre tuve conflictos en la cabeza porque... este y ¿si me llega a gustar? o [...] a lo mejor no me acuerdo que si me gustó.*

Además de las cuestiones de la identidad sexual, el abuso configuró la personalidad de los entrevistados, situación que se hace más evidente durante la adolescencia.

Natalia: *después de que pasó, digo la etapa de la adolescencia, es la que te digo que es lo más difícil yo creo que he vivido, y fue en ese momento en el que sí me costó mucho trabajo varias situaciones.*

Juan: *[...] por eso cambió mi vida y por eso soy lo que soy [por el abuso] [...] nunca en mi vida yo quise ser malo o sea, no soy malo... por un conflicto mandé a este... a un cuate con golpes a tres días con coma, era él o yo, pero digo, ahí es donde yo siento que me afectó.*

El abuso les construyó una manera de ser y de relacionarse con el mundo, ella se define como poco afectiva y posesiva, Juan se define como una persona agresiva, impulsiva y rebelde (le gusta llevar la contra) a raíz del abuso:

Juan: *yo no era agresivo yo no era así, yo me acuerdo que no era así yo a mi mamá llegaba y le daba de besos e igual a mi hermano, después de eso [el abuso] ya no.*

5. Consumo de alcohol: motivos y atribuciones

Este apartado hace referencia a los motivos y razones dados por los participantes para consumir alcohol y su relación con el consumo de otras sustancias, en cuatro momentos distintos: al inicio del consumo, en la primera borrachera, al aumentar el consumo y al disminuirlo. Asimismo, se contemplan el motivo principal del consumo y la relación que identifican entre su consumo de alcohol y la experiencia de abuso sexual.

Atribución al origen del consumo y motivos para beber al:

A) Inicio del consumo: curiosidad y rebeldía

Natalia inicia el consumo de alcohol con familiares (sus primas) por curiosidad.

Natalia: *fue una viña, con mis primas [...] no tomábamos seguido o sea, creo que esa vez fue en un cumpleaños, si no mal recuerdo, y ya después, pues hasta como a los quince o diez y seis volví o tomar, así otra viña...*

Juan inicia su consumo de alcohol y prueba diazepam con sus compañeros de secundaria, dice hacerlo por rebeldía, actitud atribuida al abuso sexual. Aún en la actualidad, llega a consumir por "llevar la contra": *"si me sermonean, más consumo" sic.*

Juan: *[...] pues todos ahí, pero pues, yo siempre fui renuente porque ya me había pasado lo del abuso ¿no?, entonces, pues sí, siempre fui, muy, muy rebelde, muy este..., y yo lo voy hacer como yo quiera, no como usted diga.*

B) La primera borrachera: Los amigos y las penas

Natalia dice haber tenido su primera borrachera para olvidar las penas, porque recién había fallecido un ser querido. En ese momento también inicia el consumo frecuente de cigarro.

Natalia: *pues, por la misma situación de venir mis primos, falleció su mamá, cuando yo tenía quince años, bueno iba a cumplir quince años, [...] esa vez fueron los quince años de una de ellas [de las primas] y pues estábamos tomando tranquilamente y una de ellas empezó a decir: no, pues que vamos a tomar por mi mamá, entonces empezamos a brindar por su mamá, hasta que terminamos todos pedos.*

Juan tiene su primera borrachera con los compañeros de la secundaria, por convivencia y porque tenía “amigos” que también consumían.

Juan: [...] hasta que salí de tercero de secundaria y ya nos jugamos una borrachera, y después de ahí ya fue más seguido, mi mamá me corrió de la casa, [...] y yo tenía dinero [porque trabajaba], tenía amigos...supuestamente.

C) Aumento del consumo: Diversión, pérdidas y ansiedad

Natalia aumenta su consumo después de la primera borrachera con sus compañeros de la universidad por diversión. El aumento del consumo del cigarro se da para calmar su ira y nervios

Natalia: con mis compañeros de la universidad fue cuando consumí más

Juan aumenta su consumo por que tenía los recursos para consumir (ya que trabajaba), por las amistades que tenía y porque lo corren de su casa. Después aumenta el consumo por la pérdida y traición de una pareja, más adelante por involucrase en problemas legales, y después por la muerte de su hermano.

Cuando aumenta el consumo de alcohol inicia el consumo de otras drogas, agudizándose este consumo después de la muerte de su hermano:

Juan: y con dinero iba a donde yo quería, me quedaba donde yo quería y pagaba la noche de todos y era así constantemente, y luego me fui a juntar con unos, y pues se incrementó el alcoholismo.

D) Dejar de consumir: Salud, sufrimiento y pérdidas

Para Natalia las principales razones para dejar de consumir alcohol y cigarro son las consecuencias físicas de su uso

Natalia: *principalmente la cruda, no me gusta la cruda, y segundo por salud, como me ha bajado mucho la presión, y cada vez que consumo alcohol son unos dolores de cabeza terribles, entonces ya...*

En el caso de Juan, los principales motivos para dejar de consumir son el aumento en el consumo de otras drogas, el sufrimiento, los problemas en su trabajo, sus hijos, la indiferencia de su esposa y el perder lo que ha logrado materialmente hasta el momento

Juan: *[...] se podría decir que cuando uno lo deja, dice uno: “¡ay güey! me estoy haciendo mucho daño”, y ves que hasta....psss son tus hijos, y tú dices: ¡uta! raro, los veo raros, y mi esposa ya ni me pela, y si me habla y todo, pero así como con indiferencia, uno muy consciente de que la está regando, entonces ya lo que hago es dejarlo en paz.*

E) Motivo principal: Regular afectos (tranquilizar, olvidar y evitar el dolor)

Los entrevistados identificaron el motivo principal de su consumo, ella menciona que consume para desinhibirse y calmar los nervios que la convivencia con otros le genera:

Natalia: *pues el desmadre, cada vez que estoy con alguien y empezamos a tomar, pues es como, desinhibirte un ratito [...], me siento más en ambiente, cuando estoy con personas, soy extraña [...], entonces cuando empiezo a tomar como que ya empiezo a calmar mis nervios.*

Como motivo de consumo, Juan reporta la necesidad de olvidar, la rebeldía, la necesidad de no sentirse triste, calmar su ira y expresar sus sentimientos. Al preguntarle sobre el principal motivo menciona:

Juan: *¡pues para olvidar!, sí para olvidar, aparte de que uno se vuelve rebelde: no hagas esto porque te va a ir mal, ah pues lo voy a hacer, no vayas a tomar, a pues por eso voy a tomar, y sentía que nadie me comprendía, que, que, me guardaba el dolor para mí mismo, o sea todo, quería que nadie se enterara [del abuso] [...] con el alcohol sentía que lo liberaba, ya no me acordaba de eso [del abuso], y pues del alcohol venían las drogas y más fuertes, más fuertes, más fuertes y fue creciendo hasta volverse imparable. [...] tomo no porque me sienta feliz, o porque mi equipo ganó, no, no, no, nada de eso, es porque se siente uno mal, se siente solo.*

F) El vínculo: El escape

Al final de la entrevista se les preguntó a los participantes si creían que su consumo de alcohol y otras drogas (en el caso de él y de cigarro en el caso de ella) se relaciona de alguna manera con sus vivencias de abuso sexual. Ella reconoce el consumo como un medio para liberar tensión:

Natalia: *pues a veces siento que si se relacionan porque es como, bueno, yo lo veo así, es como un escape para liberar mis tensiones, frustraciones y demás.*

Él comenta que el abuso configuró su manera de ser, también lo reconoce como un medio para liberar el enojo, el dolor del secreto y la vivencia de abuso

Juan: *realmente si afecta mucho y por eso soy como soy: el alcoholismo y la drogadicción, tengo muchos rencores guardados en mi vida, algo que necesitaba platicar desde que era niño, pero no había sido así y siempre me lo guardé y por eso soy así, claro sí, sí tiene que ver.*

5.2.3 Integración conceptual de las categorías

A pesar de las diferencias en las historias y vivencias de Natalia y Juan, sus vidas de alguna manera se relacionan y brindan indicios sobre los posibles factores y dinámicas que vinculan al abuso sexual en la infancia con el posterior consumo de alcohol. En este apartado se presenta una nueva propuesta conceptual con base en la exploración de las entrevistas.

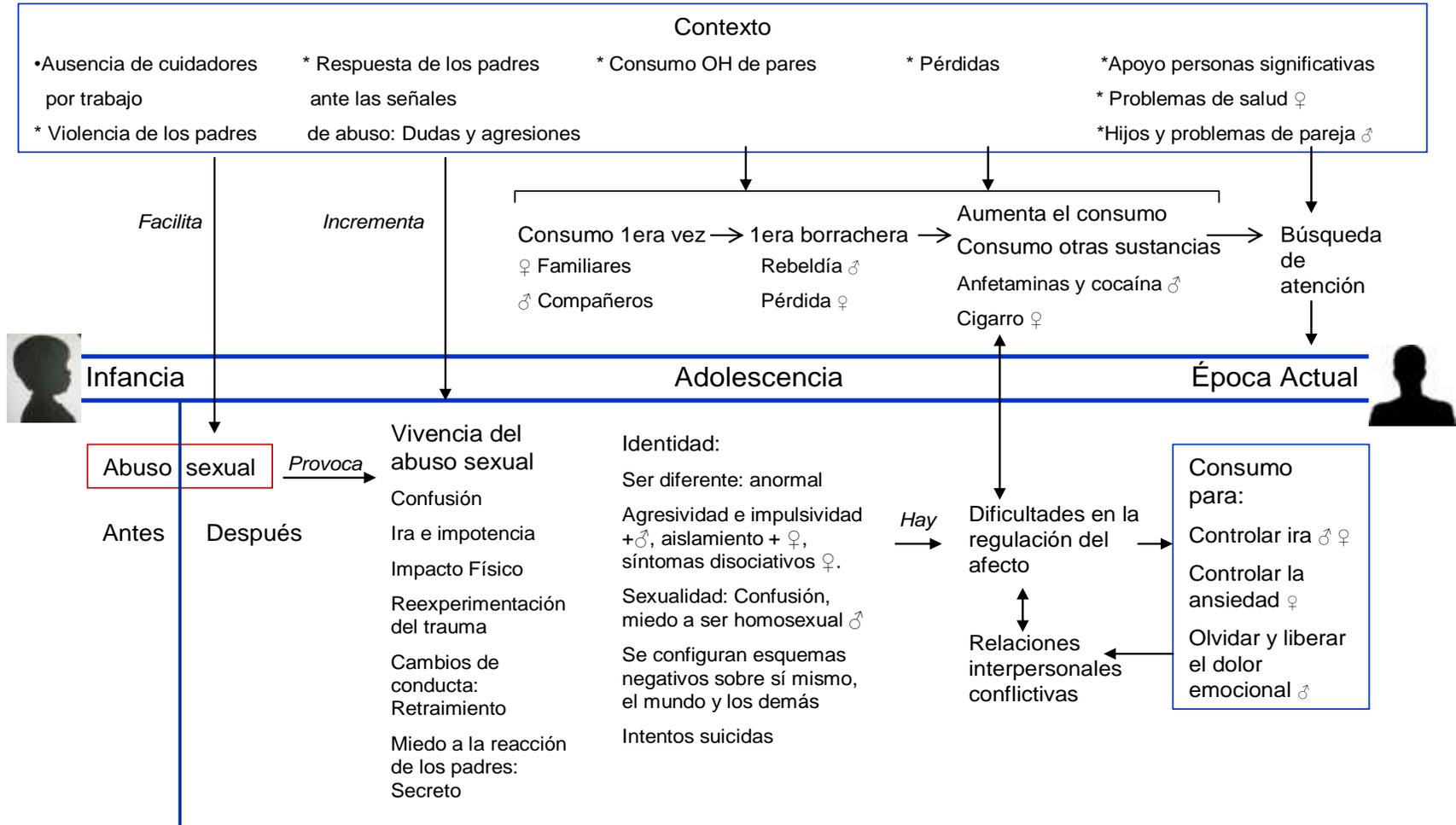
Una vez realizado el análisis de las historias de los entrevistados y con base en la revisión de la literatura, se modificó la propuesta conceptual inicial (ver propuesta en la página 145), considerando que no se trata de una propuesta acabada. Es sólo una primera aproximación que puede servir de guía y base para un análisis a mayor profundidad, por lo que el modelo puede ser refinado y enriquecido a través de nuevos testimonios y análisis.

El modelo (figura 4) está organizado en cuatro ejes principales, en el primero (de arriba hacia abajo) aparecen los elementos del contexto que se vincularon con el consumo de alcohol ó con el abuso sexual vivido en la infancia. En el segundo se indica la trayectoria y motivos de consumo de alcohol. El tercer eje es temporal, considerando tres etapas del desarrollo de la vida del individuo: infancia, adolescencia y época actual. La primera etapa representa a la época en que en abuso sexual ocurrió; la segunda, momento clave para la significación del abuso sexual vivido, el inicio del consumo de alcohol y las múltiples crisis que se presentan en ese período; y la época actual, momento en el que se realiza la entrevista. Finalmente, el cuarto eje hace referencia al significado, vivencia y repercusiones del abuso sexual y su relación con el consumo de alcohol. Los cuatro ejes están vinculados, de manera que hay diferentes factores del contexto que se relacionan con el abuso sexual o el consumo de alcohol en distintas etapas de la vida, al tiempo que se presentan vivencias y reacciones particulares.

Figura 4

5.2.4 Propuesta conceptual

Propuesta conceptual



De esta manera, observando el modelo de izquierda a derecha, se propone que el abuso sexual, facilitado en cierta forma por las ausencias de los padres por trabajo y por un contexto de carencias (circunstancias que son aprovechadas por los agresores para atraer a las víctimas y cometer el abuso), marca un antes y un después en la vida de los/as sobrevivientes. El abuso desencadena una serie de emociones y sensaciones negativas: en ella provoca una gran confusión, en él, frustración e impotencia. Dichas emociones se manifiestan a través de cambios de comportamiento: dificultad para expresar afectos, aislamiento, y en el caso de ella además, baja de calificaciones y enuresis. Los padres de ambos recurrían a las agresiones físicas y verbales como medios correctivos ante dichos cambios; los padres de ella reaccionaron de manera violenta, y en el caso de él, aunque hubo cierto interés y acercamiento de la madre, él no se atrevió a contar lo sucedido por miedo a una reacción violenta y culpabilizadora.

En ambos casos estuvo presente un sentimiento de miedo, que más que hacia el agresor, era hacia la posible reacción de los padres al enterarse del abuso, situación que provocó, junto con las amenazas del agresor en el caso de ella, que el abuso se guardara como un secreto.

Con el paso del tiempo, ella comprende lo sucedido, que da lugar a un gran sentimiento de ira; en él, este coraje se presentó poco tiempo después del abuso. Las emociones y cambios conductuales generadas por el abuso continúan durante la infancia, configurando en la adolescencia la identidad y personalidad de ambos sobrevivientes, es decir, se vuelven parte de la manera de ser y de ver el mundo de los entrevistados. La adolescencia es una época clave en la vida de ambos informantes, ya que además de ser el período en que se configura su personalidad, se desencadena una fuerte crisis de identidad sexual, dudas que terminan en él con la primera relación sexual, mientras que ella logra definirse como lesbiana tiempo después. En esta misma época se inicia el consumo del alcohol, ella lo hace con familiares por curiosidad y él con compañeros de escuela por rebeldía,

además, en él se incrementan las conductas violentas y antisociales. Estas problemáticas se ven agudizadas por las pérdidas (de seres queridos) que tienen ambos en ese periodo, situación que lleva a ella a tener su primera borrachera, y al él, a incrementar su consumo de alcohol y a consumir otras drogas. El uso de alcohol entre los pares facilitó de algún modo el consumo de alcohol en ambos. En el caso de él, contar con los recursos económicos para consumir (porque trabajaba), también facilitó el consumo. Todas estas situaciones en esa época de su vida, llevaron a ambos a tener tres intentos de suicidio en su adolescencia y juventud (entre los 15 y 21 años).

A lo largo del tiempo se configuraron esquemas a través de los cuales los individuos perciben y entienden su mundo y sus vivencias, en este caso, existen esquemas negativos sobre sí mismos, sobre el mundo y los demás, llevándolos a estar constantemente a la defensiva, a no confiar en los demás y a sentirse incómodos al establecer relaciones personales. Asimismo, persisten importantes dificultades en la regulación de los afectos, viviendo constante miedo a ser lastimados y traicionados, al tiempo que no saben cómo expresar y recibir afecto, provocando relaciones personales conflictivas. El sentimiento más fuerte y persistente es la ira, y no sólo hacia el agresor, sino hacia la vida en general. El odio hacia el agresor llega a ser tal, que ambos entrevistados hablan de su deseo y planes de matarlo. Para “manejar” la ira, él, aunque trata de controlarse haciendo ejercicio, ha optado por ser violento y agresivo: “juré que nunca nadie me iba a volver a tocar” *sic Juan*; también llega a consumir alcohol y cocaína por este motivo. Ella ha optado por controlarse (incluso siente miedo de perder el control y estallar), prefiere burlarse de las situaciones y gusta del humor negro, sin embargo, en ocasiones ha llegado hacerse daño a sí misma (autolesiones), se ha disociado y consume tabaco o alcohol para tranquilizarse.

El principal motivo para consumir alcohol en el caso de él, es olvidar: olvidar el abuso y liberar o escaparse del dolor, en especial, del dolor provocado por guardar el secreto de su vivencia de abuso. Para ella también representa un medio de

liberación pero de estrés, en especial, de la ansiedad que le provoca el convivir con los demás, particularmente con los hombres. Los momentos de tensión, estrés o crisis son factores que precipitan el consumo de alcohol (ya sea que lo aumenten o propicien una recaída), y en el caso de él, también favorece el consumo de otras drogas.

5.3 Discusión

El trastorno por estrés postraumático (TEPT) suele ser el diagnóstico psiquiátrico principal para pacientes traumatizados, y los/as sobrevivientes de abuso sexual no son la excepción. Es precisamente este trastorno, cuya comorbilidad es alta entre pacientes con abuso de alcohol (Ullman *et al.*, 2005), el que ha sido propuesto por varios autores como un posible mediador entre el abuso sexual y el consumo posterior de alcohol (Epstein *et al.*, 1998; Widom y Strumhöfel, 2001). De esta manera, a través de la hipótesis de la auto medicación, se sugiere que el consumo del alcohol es el resultado de los intentos de algunas personas con TEPT de hacer frente a los síntomas del trastorno, como son los recuerdo intrusivos, la hipervigilancia, los trastornos del sueño y la irritabilidad (WHO, 2007). No obstante, como se puede observar en los relatos de los dos entrevistados, las experiencias de abuso sexual tienen importantes implicaciones en la configuración de la identidad y personalidad de los/as sobrevivientes, al generar alteraciones profundas a nivel cognitivo y en la regulación afectiva, tal como proponen los modelos de Meichenbaum (1994), Finkelhor y Browne (1985, en Batres 2006) y del trauma complejo (Van der Kolk, 2001).

Aunque el diagnóstico del TEPT describe con precisión los síntomas que pueden presentarse en una persona al experimentar un evento traumático con una duración limitada (accidentes, desastres naturales, etc.), no captura el daño psicológico que puede producir un evento o eventos que comprometen el sentido del yo y las relaciones de confianza, sobre todo en un periodo crucial del desarrollo como lo es la niñez. La mayoría de las personas que han vivido un trauma de esta naturaleza sufren una variedad de problemas psicológicos que no se incluyen en el diagnóstico del TEPT, tales como síntomas depresivos y autolesiones, disociación y despersonalización, comportamientos agresivos y aislamiento (Ibid, 2001).

Muchas de esas complicaciones son clasificadas como condiciones comórbidas, en vez de ser reconocidos como parte del espectro del trauma. El diagnóstico del TEPT refleja el daño psicológico a corto y mediano plazo que ocurre en respuesta a experiencias psicológicamente abrumadoras, sin embargo, no provee información acerca de cómo el trauma contribuye a la génesis de una compleja constelación de síntomas ni captura sus implicaciones en el desarrollo. Diversos autores han conjuntado esos síntomas bajo el rubro del denominado “estrés postraumático complejo” ó “desórdenes de estrés extremo no especificados en otras categorías” [DESNOS por sus ciclas en inglés] (Cía, 2001; Suárez *et al.*, 2006; Van der Kolk, 2001). De acuerdo con esta propuesta, el trauma complejo sobreviene en función del nivel de desarrollo en el que el evento ocurrió, la relación entre la víctima y el agente responsable del trauma, la duración de la experiencia traumática y la disponibilidad de apoyo social (Van der Kolk, 2001).

De esta forma, si el evento se presenta a edades tempranas, el perpetrador es alguien cercano o de “confianza”, la experiencia traumática se extiende a lo largo del tiempo y no existe el apoyo de otras personas, es más fácil que se configure el trauma complejo. En sentido, se ha detectado que las personas que viven trauma complejo experimentan importantes alteraciones en la identidad, provocando cambios en su auto-concepto y la forma en que se adaptan a los acontecimientos estresantes (Whealin y Slone, 2005).

A través del análisis de las entrevistas, se observa que más allá de un posible diagnóstico de estrés postraumático, el cual probablemente se presentó durante la infancia, el abuso marcó un antes y un después en la vida de ambos sobrevivientes. Ambos son personas que tienen relaciones afectivas e interpersonales conflictivas e insatisfactorias, no pueden confiar en la gente porque la perciben con dobles intenciones o proclives a engañarlos; además, si no cumplen con las expectativas que ellos tienen, se sienten traicionados. Al mismo tiempo, tienen la necesidad recibir afecto, pero el miedo al rechazado y la

desconfianza hacia los demás, hacen que vivan constantemente a la defensiva o aislados, y tampoco son capaces de demostrar su cariño. De acuerdo con Van der Kolk (2001) muchos adultos con historias de abuso y negligencia, tienden a sufrir: 1) una falta de regularización del yo, 2) una pobre modulación de los afectos y control de impulsos, incluida la agresión hacia sí mismo y hacia otros, e 3) incertidumbre acerca de la confianza y predictibilidad de los otros, acarreado desconfianza, suspicacia, problemas con la intimidad y aislamiento social.

Las categorías detectadas en el análisis de los datos son coincidentes con los síntomas del trauma complejo (ver Cía, 2001; Herman, 1992; Meichenbaum, 1994; Suárez *et al.*, 2006; Van der Kolk, 2001). En este caso, aunque el informante hombre no vivió de abuso por un período prolongado, fue en una etapa del desarrollo en que aún no tenía los elementos para elaborar lo sucedido, de ahí que probablemente presente tantas complicaciones, aunque habrían que evaluarse otros aspectos como el apoyo social y recursos externos con los que contaba en ese momento, la sensación de pérdida de control, la traición a la confianza y el impacto de otros eventos traumáticos.

Los entrevistados se sienten especialmente traicionados por sus padres, ella dice ya no confiar en ellos y él habla de la ausencia de su madre (uno de los factores que para él facilitan su consumo). Para los/as niños/as la principal fuente de información acerca de quiénes son, está basado en la calidad de las relaciones que establezcan con sus padres, por lo tanto, no es de sorprenderse que los/as niños/as abusados enfrentan importantes cambios en la construcción del sentido de quien se es y en relaciones interpersonales seguras, más aún si los padres responden violentamente o ignoran las señales del abuso. En este sentido, Alexander (1992; en Pereda, 2006), retoma el concepto de apego como la vinculación que un niño/a hace con su cuidador, que asegura la proximidad con éste y tiene una función de protección y supervivencia para el menor, y propone que el abuso sexual conduce al niño/a a desarrollar una vinculación afectiva insegura con su cuidador (evitativa, resistente y desorganizada) que, a su vez,

conlleva al desarrollo de problemas posteriores como dificultades al establecer relaciones de afecto, para construir relaciones seguras con los demás, síntomas depresivos y ansiedad.

Tanto él como ella son afectados por el abuso sexual, pero las manifestaciones son distintas: para evitar ser lastimada y manejar la ira, ella adopta conductas internalizadas (aislamiento, disociación, autolesiones), y él conductas más bien externalizadas (impulsividad, violencia), situaciones que muy probablemente fueron modeladas por el género. Dichas estrategias se han vuelto parte de la manera de ser de los entrevistados; ya que tal como mencionan Suárez y colaboradores (2006), la exposición a este tipo de traumas condiciona el desarrollo de la personalidad del individuo. Estos mecanismos a su vez se vinculan con los motivos y razones dadas para el consumo.

Ambos entrevistados hablan del consumo como medio para modular su constante enojo (emoción vinculada al abuso). Además, él habla del consumo de alcohol y drogas como un medio para olvidar y liberarse del dolor emocional, y ella como un vehículo para disminuir el estrés, en especial la ansiedad que le provocan las relaciones personales. Es decir, en él parece haber más bien motivos de apertura y liberación emocional, mientras que en ella de control de sentimientos de enojo y ansiedad, compartiendo ambos la necesidad de modular sus emociones. Dichas diferencias podrían deberse por un lado a la construcción de género, y por otro, estar vinculadas al nivel de consumo de la sustancia, ya que ella presenta un consumo menor y no ha usado drogas ilícitas. En este sentido, Goldstein, Flett y Wekerle, (2010), examinaron los motivos para beber como mediadores entre el abuso infantil y el consumo de alcohol en estudiantes universitarios, encontrando que los motivos para “mejorar” o acceder a estados emocionales positivos median esta relación en los hombres, mientras que en el caso de las mujeres, los motivos están relacionados al enfrentamiento de síntomas depresivos.

Por su parte, Hein y colaboradores (2005) han propuesto que los sistemas autorreguladores podrían explicar el vínculo entre el trauma en la infancia y el consumo de alcohol en la adultez. La vitimización en la infancia y el trauma asociado puede influir en la maduración de los sistemas auto regulatorios. Los procesos de auto regulación son funciones organizativas internas que filtran, coordinan y organizan temporalmente la experiencia (Dodgem 1989, en Hein *et al.*, 2005). Esas funciones son esenciales para la autorregulación y coordinación de la emoción y la cognición, con su correspondiente vínculo comportamental. Los problemas de regulación emocional y funcionamiento interpersonal entre quienes han vivido abuso sexual en la infancia, pueden deberse a un daño en estos mecanismos. Por otro lado, alteraciones en este sistema se han encontrado también entre consumidores de alcohol.

Datos epidemiológicos y estudios clínicos han mostrado la relación entre afectividad y consumo de sustancias. Se han encontrado altas tasas de trastornos del estado de ánimo y de ansiedad en personas con trastornos por uso de sustancias (Torruco, 2007; Volkow, 2008). Este tipo de desórdenes también se han vinculado con déficits en la expresión y regulación emocional aún en ausencia de desórdenes afectivos como tales (Volkow, 2008).

A pesar de estos resultados, los modelos de la adicción en general no han proporcionado una explicación completa de la función del afecto en el consumo de sustancias; la mayoría de las investigaciones en este campo no consideran explícitamente cómo los procesos afectivos pueden mediar las conductas adictivas. La investigación reciente se ha centrado más en los sustratos neurobiológicos subyacentes a la adicción que en sus componentes afectivos, haciendo hincapié en cómo se alteran a través del tiempo los sistemas recompensa y estrés del cerebro en personas consumidoras (Volkow, 2008).

Cheetham, Allen, Yücel y Lubman (2010) hacen una revisión de la literatura sobre el papel de la regulación afectiva en el inicio y mantenimiento de los trastornos por uso de sustancias, presentando evidencia de la relación entre este tipo de trastornos y tres dimensiones de la afectividad: el afecto negativo (cómo es que emociones negativas pueden promover el uso de sustancias), el afecto positivo (cómo las sustancias pueden inducir estados afectivos positivos) y el control afectivo (cómo el afecto está relacionado con procesos de toma de decisiones disfuncionales y conductas de riesgo). Estos autores concluyen que los trastornos por uso de sustancia son también un desorden de la afectividad, idea que no sólo es compatible con otros modelos de la adicción, sino que permiten vincular las múltiples perspectivas teóricas y comprender de una mejor manera los procesos adictivos.

El análisis aquí hecho ilustra la importancia de recibir tratamiento especializado, tanto para las secuelas del abuso sexual como del consumo de alcohol. Es necesario tomar en cuenta la historia premórbida de violencia y abusos, las dificultades en la regulación de afectos y los recursos de afrontamiento que la persona ha desarrollado.

De particular importancia resulta evaluar la capacidad en la regulación de afectos de los pacientes que acuden a tratamiento por consumo de alcohol y que reportan experiencias de abuso sexual. Habría que atender ciertas señales, por ejemplo, si son capaces de estar disgustados sin hacerse daño a sí mismos, ponerse agresivos o disociarse. Por lo tanto, una parte substancial del tratamiento consistiría en la estabilización y desarrollo de estrategias para lidiar tanto con las secuelas del abuso, como con los cambios de la vida diaria y las emociones que estos provocan. Sería fundamental detectar y trabajar las estrategias de afrontamiento de los individuos con respecto a las causas atribuidas al consumo, brindando a los pacientes la posibilidad de configurar nuevas estrategias.

5.3.1 Limitaciones

Esta fase de la investigación tuvo varias limitaciones. En primer lugar, sólo tener dos entrevistas restringió la riqueza del análisis cualitativo de información. No se logró tener un mayor número de entrevistados debido a la dificultad para contactarlos, y una vez logrado esto, pocos fueron los que aceptaron participar y concertar una cita y menos aún aquellos que llegaron y estuvieron dispuestos hablar sobre el tema. Es evidente que el abuso sexual infantil es un tema muy delicado que muchos sobrevivientes no quieren divulgar o confrontar. Sin embargo, se obtuvo información en profundidad que ha permitido contextualizar los hallazgos de la fase cuantitativa y detectar algunos elementos que pueden dar cuenta de la relación entre el abuso sexual en la infancia y el posterior consumo de alcohol, y que podrían ser explorados con profundidad en otros estudios.

En cuanto al análisis de la información, se retomaron algunos de los principios de de la teoría fundamentada, más no se cubrieron todos los criterios. Una de las principales estrategias de esta aproximación es el método de la comparación constante, por lo que es necesario contar con más entrevistas para lograr una saturación teórica, y de esta forma tener categorías de análisis más sólidas. Asimismo, no hay que perder de vista que esta estrategia analítica descontextualiza la información obtenida, ya que el foco está en encontrar y configurar categorías, y no en lo que dijo cada participante en particular o la manera en cómo lo hizo. Codificar supone un corte y una fragmentación de los datos, para después agrupar la información, pero extrayéndola del texto original. Por otro lado, aunque de acuerdo con esta perspectiva se debe de ir construyendo el marco teórico conceptual a la par de la recolección y análisis de datos, no es posible iniciar la construcción del problema sin tener una postura previa. Por ello, en este trabajo se optó por aclarar desde dónde se observaría y analizaría el fenómeno, haciéndolo explícito y considerado sus limitaciones, con la flexibilidad y

la apertura para modificar y redimensionar dicha perspectiva de acuerdo con lo hallado a lo largo de toda la investigación.

Conclusiones

La oportunidad se encuentra en el centro de la dificultad
Albert Einstein

Lo que para la oruga es el fin del mundo, en realidad es una bellísima mariposa
Lao Tsé

Los resultados de la presente investigación confirmaron la alta prevalencia de abuso sexual entre personas que buscan tratamiento por su consumo de alcohol; y aún cuando en otros países ya se ha demostrado la relación entre ambas problemáticas (sobre todo en mujeres), en México existe poca evidencia al respecto. Se observó que poco más de un cuarto de los hombres y más de la mitad de las mujeres que acudieron al centro de tratamiento seleccionado, reportaron haber sido agredidos sexualmente en la infancia, porcentajes que están muy por encima de lo registrado en población abierta. Estas cifras no significan que todos aquellos que han sufrido de abuso sexual en la infancia necesariamente van a desarrollar problemas de alcohol en la adultez, pero sí hacen evidente el alto porcentaje de estas vivencias en poblaciones consumidoras que buscan tratamiento, demostrando el vínculo entre estos fenómenos.

Las experiencias de abuso sexual además de minar varias áreas de la vida de las personas, marcan una diferencia en el uso de alcohol. En este sentido, se detectó que entre los individuos con una historia de abuso sexual existe un mayor consumo de alcohol y más complicaciones físicas, emocionales, familiares y sociales asociadas al mismo; así como un inicio más temprano en el uso experimental y problemático del alcohol; consumo de otras drogas al menos alguna vez en la vida y reportan como principal causa de consumo su inestabilidad emocional.

Llama la atención que aunque el nivel de dependencia a la sustancia es más alta entre quienes han sufrido de abuso sexual, muchos de ellos llegan al centro de tratamiento en abstinencia. Esta situación puede estar indicando que se trata de un fenómeno cíclico: períodos de alto consumo asociados a estados de ánimo depresivos o ansiosos, seguidos por momentos de mayor estabilidad; o bien indicar un perfil diferenciado en la búsqueda de ayuda. Posiblemente los pacientes llegan a tratamiento por el temor a una recaída, por problemas en el estado de ánimo (síntomas depresivos o ansiosos) o ante la presencia de alguna situación problemática o estresante, ya que, como se pudo observar en las entrevistas, son precisamente los momentos de crisis y de pérdidas los que exacerbaban el consumo de alcohol. Estos elementos refuerzan la hipótesis de la automedicación, sin embargo, se tendrían que realizar otros estudios para profundizar al respecto.

Los resultados sugieren que el eje principal que está vinculando ambas problemáticas es la regulación afectiva: existe una serie de reacciones emocionales que parecen ser incontrolables, es ahí donde el alcohol juega un papel importante. Dichas emociones están en concordancia con la percepción que las personas tienen de sí mismos, de los otros y del mundo generadas a partir del abuso sexual: la sensación de ser diferentes o “anormales”, el pensar en los demás como personas con dobles intenciones y concebir el mundo con un lugar inseguro, hace que los individuos vivan con miedo constante al rechazo y a la traición, estén constantemente a la defensiva, oculten sus sentimientos “positivos”, y reaccionen con ira cuando se sienten atacados o traicionados. En este sentido, la falta de apoyo y protección por parte de los padres o cuidadores ante el abuso sexual, así como las prácticas de crianza violentas en la niñez, pudieron reforzar este tipo de ideas y limitar la capacidad para regular estados internos, de modo que no se pueden predecir y modular las respuestas emocionales. Esta situación puede estar provocando que el alcohol sea usado como medio para manejar dichas emociones, las cuales, como se mencionó, se ven exacerbadas por condiciones estresantes de la vida. La falta de regulación del yo se hace más evidente durante la adolescencia (etapa de crisis), momento en el que si además

se presentan pérdidas (como la muerte o separación de seres queridos), se generan emociones intensas que dan lugar a conductas como autolesiones (más frecuentes en mujeres), arranques de ira (más frecuente entre los hombres), intentos suicidas y el abuso de alcohol u otras sustancias.

El modelo más aceptado para entender cómo el abuso sexual u otras formas de violencia grave durante la infancia operan como un factor de riesgo para el desarrollo subsecuente de problemas de alcohol, ha sido la hipótesis de la automedicación. Esta hipótesis propone que para algunos individuos con historia de abuso sexual o físico, el consumo de alcohol u otras sustancias puede representar un esfuerzo para manejar o evitar los síntomas traumáticos asociados al abuso (aquellos relacionados con el trastorno por estrés postraumático) tales como los síntomas de reexperimentación (recuerdos intrusivos, pesadillas, flashbacks, etc.), de hiperactivación (como dificultades para conciliar o el sueño, irritabilidad, hipervigilancia) o las emociones dolorosas relacionadas con el abuso.

En este trabajo se pudo sustentar la hipótesis de la automedicación, sin embargo, se proponen algunas precisiones. Pareciera que más que afrontar las emociones negativas asociadas directamente con el abuso sexual, el alcohol se está usando para manejar las emociones negativas desbordadas, originadas por eventos estresantes de la vida y potencializadas por una visión del mundo hostil y peligroso donde no se puede confiar en los demás y ante el cual se debe estar constantemente a la defensiva y actuar con fiereza; pudiendo acudir al consumo de alcohol, entre otras estrategias, para manejar la emoción. La relación entre el trauma y el alcohol es probablemente cíclica, el consumo comienza y se incrementa ante situaciones de inestabilidad emocional, provocando un aumento o reincidencia del consumo de alcohol, el cual a su vez, puede de alguna manera en permitir a la persona regular sus afectos o bien agudizar los problemas provocando mayor desequilibrio y confusión emocional. De esta forma, las dificultades en la regulación de afecto pueden jugar un importante papel en la mediación de ambas problemáticas.

Por otro lado, los síntomas del trauma suelen ser diagnosticados a través del trastorno por estrés postraumático (propuesto en varias investigaciones como factor mediador entre el abuso sexual y el posterior consumo de alcohol), sin embargo, este diagnóstico no captura el grave daño que provocan las vivencias de abuso sexual, en especial a edades tempranas; ni refleja el impacto que pueden tener en la regulación afectiva y en el sistema de significados del individuo. Al respecto, el cuadro que mejor pudiera explicar dichos síntomas es el del “trauma complejo” o “DESNOS”, propuesto por varios autores para describir los síntomas de un trauma crónico. Por lo tanto, se propone para futuras investigaciones explorar este cuadro sintomatológico en relación con vivencias de abuso sexual u otros eventos traumáticos, especialmente aquellos que se han presentado a edades tempranas. Concretamente habría que reconocer cuál de las áreas del trauma complejo, explican mejor la relación entre el abuso sexual en la niñez y el posterior consumo de alcohol.

Por otro lado, los síntomas del trauma suelen ser diagnosticados como problemas de personalidad, tales como el trastorno límite, desórdenes disociativos o incluso debilidad de carácter, corriendo el riesgo de estigmatizar o re victimizar a los/as sobrevivientes del abuso. Por ello es necesario contar con programas que den cuenta de los efectos de la violencia bajo un enfoque no sólo psicopatológico, ya que como menciona Claramunt (2000) lo “anormal” de las experiencias de abuso son aceptadas y justificadas por las instituciones, y lo “normal” de las consecuencias, generalmente son asociadas con enfermedad y psicopatología. Lo importante es desarrollar métodos que permitan a los/as sobrevivientes recuperarse entre otros aspectos, del estigma y la culpa.

La minimización, el ocultamiento o la falta de reconocimiento del impacto del abuso sexual en el consumo de alcohol, hacen que el problema crezca. Por ejemplo, es más probable que las personas busquen ayuda en centros de atención primaria de la salud u otras instituciones, antes de que se acerquen a tratamientos

especializados en adicciones, demorando el proceso de atención. Por ello, habría que comenzar un trabajo de sensibilización y capacitación al personal de estas instancias, para la detección de estas problemáticas. Al mismo tiempo, se tendrían que se generar opciones de tratamiento sensibles a estos temas, entendiendo y trabajando la vergüenza y culpa que pueden tener las personas tanto al hablar del abuso sexual, como al reconocer que tienen un problema de consumo de alcohol.

En el presente trabajo se pudo detectar que el “control” (mujer) o “liberación” (hombre) de emociones, fueron los principales motivos de uso de alcohol dados por los entrevistados; mientras que el “desequilibrio emocional”, es la causa atribuida al origen del consumo más frecuente por parte de los asistentes a tratamiento con antecedentes de abuso sexual; además de ser ellos precisamente quienes presentan más problemas psicológicos (estado de ánimo deprimido, sentimientos de devaluación y culpa) asociados a su consumo. Teóricamente, las estrategias de afrontamiento y los motivos de consumo, además de la desregulación afectiva, pueden ser elementos conceptuales que permitan comprender el vínculo entre el consumo de alcohol y las experiencias de abuso sexual en la infancia. En este sentido, se ha observado que los motivos relacionados con la regulación de emociones y el afrontamiento a estados emocionales negativos, son frecuentes entre individuos con historias de maltrato que tiene problemas de consumo de sustancias, especialmente para enfrentar síntomas depresivos en el caso de las mujeres y para conseguir emociones positivas en el caso de los hombres (Golstein, Flett y Wekerle, 2010).

Por otra parte, dada la naturaleza del abuso sexual, es fundamental abordar y tratar este problema considerando las diferencias de género. El abuso sexual constituye una manifestación de la violencia basada en el desbalance de poder con importantes repercusiones sociales e individuales. Aunque este tipo acciones puede ejercerse contra hombres y mujeres, ellas son las víctimas más frecuentes como resultado del uso de la sexualidad por parte de los hombres como

mecanismo de control; y aún en el caso de los niños, los agresores suelen ser hombres heterosexuales.

En las intervenciones profesionales, el problema suele ubicarse más bien en las características de quienes la experimentan que en el hecho social (visión psicopatológica que, como se mencionó anteriormente, puede estigmatizar y re victimizar al sobreviviente), minimizándose el papel del abuso en el mantenimiento de la asimetría del poder entre hombres y mujeres.

Así como la diferencia de poder entre los géneros permite comprender mejor los orígenes de esta problemática, también da la oportunidad de entender las consecuencias del mismo. Los varones sobrevivientes del abuso sexual suelen hablar de su temor a “volverse homosexuales” y a ser señalados como tales, ya que son percibidos como “desviados” de la imagen de lo que un hombre debe ser. Nótese que ser “feminizado” es inherentemente una devaluación para el hombre, lo que continúa reforzando la idea de las mujeres como inferiores a los hombres. Durante la estancia en el centro de tratamiento donde se realizó la presente investigación, se pudieron detectar no sólo casos de hombres que temían convertirse en homosexuales a causa del abuso, sino que también estaban preocupados por volverse agresores. Por su parte, el abuso sexual durante la infancia puede ser un factor que predispone a las mujeres a involucrarse en relaciones abusivas y corren el riesgo de ser re victimizadas. Estas situaciones hablan no sólo de las diferencias de género, sino de la importancia de intervenir de manera diferenciada en esta población.

El alcohol es también un tema de género. Se detectaron diferencias entre hombres y mujeres en lo que se refiere a cómo beben y al tipo y grado de consecuencias familiares y de salud resultantes. Además, las mujeres tienen más probabilidades que los hombres de sufrir no sólo por su propio comportamiento de ingesta, sino también por el de su pareja y sus consecuencias, que incluyen violencia familiar y abandono de su familia de origen. Dichas diferencias pueden ser entendidas a

partir de la posición de hombres y mujeres dentro de la sociedad. Si bien actualmente se espera que ambos beban y se les alienta a hacerlo, las mujeres se enfrentan a un mayor control social en términos del cuándo y dónde debieran beber: haciéndolo especialmente en lugares privados (el espacio por excelencia de la mujer es el privado) o en lugares donde les es permitido, pero siempre acompañada y con sus restricciones. Aunque tanto hombres como mujeres optan por beber durante festividades, el beber hasta la embriaguez es más común entre hombres. Adicionalmente, a los hombres se les presentan mayores oportunidades para beber, ya que existen más ocasiones sociales que promuevan esta práctica (por ejemplo eventos deportivos), y es una actividad que incluso les da estatus.

Para la mayoría de los hombres, la socialización masculina les ha impedido aprender las habilidades para identificar, etiquetar y mostrar sus sentimientos; el consumo de alcohol y su contexto, puede representar un medio socialmente permitido para expresión afectiva, tal como el entrevistado lo expresó en este estudio. Estas situaciones permiten comprender por qué hay más hombres consumidores de alcohol, y cómo es que tienen mayor posibilidad de solicitar tratamiento en comparación con las mujeres, quienes enfrentan obstáculos de tipo cultural, familiar y de los servicios.

Tanto hombres como mujeres son afectados por las experiencias de abuso, pero las manifestaciones y estrategias para afrontarlas son distintas, ya que son moduladas por el género. En el caso de las personas entrevistadas en esta investigación, el consumo de ella se vincula principalmente con la ansiedad, mientras que para él es un medio para olvidar y “desahogar” el dolor emocional. En ambos, es un recurso entre otros, para modular la ira. Habría que explorar por lo tanto, si en las mujeres el alcohol es usado principalmente para disminuir o controlar la ansiedad, en especial la provocada por la percepción que se tiene de las personas como potencialmente peligrosas, o bien, si esta estrategia tiene que ver con un consumo más “moderado” de la sustancia. En los hombres, habría que

indagar si el consumo de alcohol representa una válvula de escape o de expresión emocional.

A través de esta investigación se lograron identificar algunos elementos que pueden servir de apoyo en la planeación y desarrollo de intervenciones preventivas y de tratamiento, tanto para el consumo de alcohol como para las experiencias de abuso sexual.

Para brindar un mejor tratamiento a personas que buscan apoyo debido a problemas por consumo de alcohol, se sugiere indagar la presencia de antecedentes de abuso sexual, especialmente en el caso de las mujeres. Si la persona indica una historia de violencia sexual, se puede evaluar el consumo de alcohol y de otras sustancias cubriendo áreas relevantes como son: consumo de otras sustancias; problemas asociados, especialmente en el ámbito de la familia, como violencia de pareja y separaciones del núcleo familiar; en la vida social, sobre todo aspectos como aislamiento y desempleo en hombres; en la salud, poniendo atención a complicaciones genitourinarias y cardiopulmonares; y en la esfera psicológica, en especial atendiendo manifestaciones depresivas y ansiosas e identificando posibles trastornos psiquiátricos comórbidos.

Por otro lado, se recomienda abordar el abuso sexual considerando la etapa de desarrollo en que éste se presentó, la reacción de los padres, el tipo de abuso y sus posibles secuelas en cuanto a regulación de afectos y sistema de creencias. Igualmente, habría que evaluar los motivos y causas atribuidas al consumo de alcohol y los mecanismos de afrontamiento y de manejo de las emociones, en especial de la ira, la ansiedad y los síntomas depresivos, brindando la posibilidad de configurar nuevas estrategias y potencializar aquellas positivas que el individuo ya ha desarrollado. Las situaciones estresantes y las crisis, pueden llevar a estos pacientes a un aumento del consumo de alcohol u otras drogas o bien facilitar una recaída, pudiendo presentar incluso conductas suicidas y autolesiones, por lo que se sugiere prestar especial atención a estas condiciones y brindar el apoyo

correspondiente. También resalta la necesidad de contar con el respaldo y orientación de alguna persona significativa en la decisión de búsqueda de ayuda. Los clínicos pueden tomar en cuenta esta situación para el manejo terapéutico de los casos o para su canalización a centros de atención a la violencia.

En el caso del diseño de programas de prevención para el consumo de alcohol también pueden considerarse algunos elementos detectados en este trabajo. Por ejemplo, se observó que el consumo inicia por convivencia y presión de pares (en hombres) y por curiosidad y con familiares en las mujeres, para después asociarse al control o manejo de afectos, sobre todo en momentos de crisis y pérdidas, situación que parece ser diferente en otros consumidores, para quienes el uso de alcohol se da por gusto y/o diversión. Se recomienda hacer intervenciones especialmente con adolescentes, ya que se advirtió que esta etapa de la vida es crítica tanto para el desarrollo de problemas con el consumo de alcohol como para la detección y tratamiento de las secuelas del abuso sexual.

Los resultados de este estudio también dejan de manifiesto la importancia de prevenir el abuso sexual en la infancia, resaltando la necesidad de contar con programas de prevención primaria, y de tener espacios y estrategias destinados a la detección temprana y tratamiento para disminuir sus secuelas. El principal obstáculo para revelar el abuso durante la niñez, aún cuando no hubo amenazas por parte del agresor, fue el miedo a la reacción violenta de los padres, aspecto que puede ser analizado y abordado en otros estudios. Del mismo modo, se pudo apreciar la situación tan confusa, desconcertante y dolorosa que viven las niñas/os que han sufrido o están sufriendo abuso sexual, y las señales que pueden indicar su presencia como cambios repentinos de comportamiento y humor, retraimiento, entre otros que pueden alertar a los adultos cercanos sobre el abuso. Igualmente se detectaron situaciones, como las largas ausencias de los padres, que pueden facilitar (más no provocar) el abuso.

Para mejorar los programas de tratamiento y prevención, sería importante detectar aquellos elementos que han permitido a los/as sobrevivientes de abuso sexual en la infancia no caer en un consumo problemático de alcohol, por lo que se sugiere realizar estudios en este tipo de poblaciones. Indagar qué pasa entre aquellos sobrevivientes de abuso sexual en la infancia que no han desarrollado problemas con el consumo de alcohol, puede ser crucial para refinar la comprensión del fenómeno.

Referencias

- American Psychiatric Association. (1994). *DSM-IV: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4a. ed.) Washington, DC, E.U.: American Psychiatric Association.
- Alboukrek, A. y Fuentes, S. *Diccionario de sinónimos y antónimos de la Lengua Española*. México: Ediciones Larousse.
- Alcántara, L. (2005, 15 de Diciembre). Niñez mexicana: Violencia y desigualdad. *El Universal*.
- Arellánez, A., Díaz-Negrete, D., Wagner, F. y Pérez-Islas, V. (2004). Factores psicosociales asociados con el abuso y dependencia de drogas entre adolescentes; análisis divariados de un estudio de casos y controles. *Salud Mental*, 27(3), 54-64.
- Arredondo, V., Donoso, M., Lira, G., Silva, A. y Zamora, I. (1998). *Maltrato Infantil: Elementos básicos para su comprensión*. Chile: PAICABÍ.
- Arreola, J.J. (2005, 17 de Agosto). Hay 20 mil víctimas de pornografía infantil. *El Universal*.
- Back, S., Sonne, S. & Killeen, T. (2003). Comparative profiles of women with PTSD and comorbid cocaine or alcohol dependence. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29 (1), 169–189.
- Baigent, M. (2005). Understanding alcohol misuse and comorbid psychiatric disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 18, 223-228.
- Beltrán, C. (2007). Características y factores precipitantes asociados al abuso sexual. *MedUNAB*, 19(1), 38-49.
- Batres, G. (1997). *Del ultraje a la esperanza. Tratamiento de las secuelas de incesto*. Costa Rica: Programa Regional de Capacitación contra la Violencia Doméstica- Naciones Unidas-ILANUD.
- Batres, G. (2006). *La socialización de los géneros y la violencia doméstica*. Costa Rica: Programa Regional de Capacitación contra la Violencia Doméstica y Naciones Unidas-ILANUD.
- Baker, C., Norris, F., Diaz, D., Perilla, J., Murphy, A. & Hill, E. (2005). Violence and PTSD in Mexico: Gender and Regional Differences. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 519-528.

- Benjet, C. (2010, Mayo). *Las consecuencias del abuso en adolescentes*. Documento presentado en el Simposio Alcohol y Políticas Públicas del Colegio Nacional, Ciudad de México.
- Bensley, L.S., Spieker, S.J., Van Enwyk, J. & Schoder, J. (1999). Self-reported abuse history and adolescent problem behaviors. *Alcohol and Drug Use Adolescent Health*, 24(3), 173 -180.
- Bocardo, A. y Ducoing, S. (2000). *Estudio descriptivo sobre el consumo de alcohol en estudiantes universitarios y su relación con las expectativas "social" y "sexual" del A.E.Q.* Tesis de licenciatura, Universidad Nuevo Mundo, Ciudad de México, México.
- Bolger, K. & Petterson, C.H. (2001). Developmental pathways from child maltreatment to peer rejection. *Child Development*, 72(2), 549-568.
- Borges, G., Medina-Mora, M.E., Lara, C., Zambrano, J., Benjet, C. y Fleiz, C. (2007). *Alcohol use and alcohol use disorders in Mexico*. *Contemporary Drug Problems*, September, 211-216.
- Brems, C., Jonson, M.E., Neal, D. & Freemon, M. (2004). Childhood abuse history and substance use among men and women receiving detoxification services. *Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 30 (4), 799-821.
- Bulik, C. (2001). Features of childhood sexual abuse and development of psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry*, 179, 444-449.
- Caballero, M.A., Ramos, L., González, C. y Saltijeral, M.T. (2002) Violencia familiar en adolescentes y su relación con el intento de suicidio y la sintomatología depresiva. *Revista Psiquiatría*, 18(3), 132-140.
- Cancino, F. (2006, 8 de Abril). Reciben maltrato familiar uno de cada tres menores. *El Universal*.
- Cheetham, A., Allen, N., Yücel, M. & Lubman, D. (2010). The role of affective dysregulation in drug addiction. *Clinical Psychology Review*, 30, 621–634.
- Chau, C. (1999). Consumo de bebida alcohólicas en estudiantes universitarios: motivaciones y estilos de afrontamiento. *Persona*, 2, 121-161.
- Cia, A. (2001). *Trastorno por Estrés Postraumático. Diagnóstico y tratamiento*. Buenos Aires: Imaginador.
- Claramunt, M. (2000). *Abuso sexual en mujeres adolescentes*. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. San José, Costa Rica: Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de <http://www.paho.org/Spanish/AD/GE/gph9.pdf>.

- Contreras, J.M., Bott, S., Guedes, A. y Dartnall, E. (2010). Violencia sexual en Latinoamérica y el Caribe: análisis de datos secundarios. Iniciativa de Investigación sobre la Violencia sexual. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría, Instituto de Salud Pública y Fundación Gonzalo Río Arronte (2009). *Encuesta Nacional de Adicciones-2008*. México: Autor.
- Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría, el Dirección General de Epidemiología e Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2003). *Encuesta Nacional de Adicciones-2002*. México: Autor.
- Cordero, M. (2007). Efectividad de la terapia centrada en soluciones en dependientes al etanol. Tesis de maestría, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México.
- Corsini, R.J. (1999). *The Dictionary of Psychology*. USA: Brunner-Mazel.
- Dilorio, C. (2002). Childhood sexual abuse and risk behaviors among men at high risk for HIV infection. *American Journal of Public Health*, 92(2), 214-219.
- De la Garza–Aguilar, J. y Díaz–Michel, E. (1997). Elementos para el estudio de la violación sexual. *Salud Pública de México*, 39 (6), 539 – 545.
- Domínguez, A.C. (2003). *La violencia: su conceptualización y socialización a través de televisión*. Tesis de doctorado, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México.
- Durand, A.L. (2004). *Experiencias de abuso sexual en la infancia y consume de sustancias adictivas en mujeres internas en centros de procuración de justicia del Distrito Federal*. Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México.
- Epstein, J., Sauders, B., Kilpatrick, D. & Resnick, H. (1998). PTSD as a mediator between childhood rape and alcohol use in adult women. *Child Abuse and Neglect*, 22(3), 223-233.
- Ferdinand, D.L. (2005). *Dimensionando la violencia sexual en las Américas*. Documento presentado en la Reunión “Alternativas de atención en el sector salud para mujeres sobrevivientes de violencia sexual”, OPS/OMS – IPAS 2, Washington D.C., Estados Unidos.
- Finkelhor, D. (1984). *Child Sexual Abuse. New Theory and Research*. New York: Free Press.

- Finkelhor, D. (1994). Current Information on the scope and nature of child sexual abuse. *The Future of Children*, 4(2), 31-53.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2006). *Hoja informativa sobre la protección de la infancia*. UNICEF. Recuperado de www.unicef.org/spanish.
- Ford, J. & Kidd, P. (1998). Early Childhood Trauma and Disorders of Extreme Stress as Predictors of Treatment Outcome with Chronic Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 11(4), 743-761
- Funk, R. (1997). *Stopping Rape. A challenge for men*. Philadelphia: New Society Publishers.
- Gaceta Oficial del Distrito Federal (2011). *Código Penal del Distrito Federal*. Recuperado el 20 de Mayo de 2012, del sitio web de la Contraloría General del Gobierno del Distrito Federal: <http://cgservicios.df.gob.mx>
- Galaif, E., Stein, J., Newcomb, M. & Berstein, D. (2001). Gender differences in the prediction of problem alcohol use in adulthood: Exploring the influence of family factors and childhood maltreatment. *Journal Studies on Alcohol*, 62, 486-493.
- Garbarino, J. y Eckenrode, J. (1999). *Por qué las familias abusan de sus hijos. Enfoque ecológico sobre el maltrato de niños y adolescentes*. España: Garnica.
- Goldstein, A. L., Flett, G. L. & Wekerle, C. (2010). Child maltreatment, alcohol use and drinking consequences among male and female college students: An examination of drinking motives as mediators. *Addictive Behaviors*, 35, 636-639.
- Gómez, L. (2008, 21 de Mayo). Abandona el DF el primer sitio en desempleo. *La Jornada*.
- González-Serratos, R. (2003). Formación profesional en violencia sexual y doméstica. En Uribe, R. y Billings, D. (Eds.). *Violencia sobre la salud de las mujeres ¿Por qué hoy?*. México: Femego-IPAS México A.C.
- González-Serratos, R. (2004). Capítulo II. Experiencia universitaria y de otras instituciones. El abuso sexual al menor. En: Programa Universitario de Investigación en Salud-Universidad Nacional Autónoma de México (Ed.). *La violencia social en México: Explotación sexual de niñas, niños y adolescentes*. México: PUIS/UNAM.
- González-Forteza, C., Ramos, L., Vignau, L.E. y Ramírez, C. (2001). El abuso sexual y el intento suicida asociados con el malestar depresivo y la ideación suicida de los adolescentes. *Salud Mental*, 24 (6), 16-25.
- Grayson, C.E. & Nolen-Hoeksema, S.J. (2005). Motives to drink as mediators between childhood sexual assault and alcohol problems in adult women. *Journal of Traumatic Stress*, 18(2), 137-45.

- Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.
- Hien, D. A., Cohen, L. R., & Campbell, A. N. (2005). Is traumatic stress a vulnerability factor for women with substance use disorders?. *Clinical Psychology Review*, 25, 813-823.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2000). *Ciudades Capitales: Una visión histórica urbana*. (Volumen 5), México: Autor.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2006). *Mujeres y hombres en México*. México: Autor.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2008). *Estadísticas a propósito del 14 de febrero, matrimonios y divorcios en México*. Recuperado el 3 de Marzo de 2009, de los archivos en línea del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática: <http://www.inegi.gob.mx>.
- Ito, M.E. y Vargas, I. (2005). *Investigación cualitativa para psicólogos. De la idea al reporte*. México: Porrúa - Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM.
- Jasinski, J., Williams, L. & Siegel, J. (2000). Child physical abuse and sexual abuse as risk factors for heavy drinking among American women: A prospective study. *Child Abuse and Neglect*, 24(8), 1061-1071.
- Jiménez, R. (2002). La violencia social y sus aspectos psicosociales. Ponencia presentada en el congreso México violento al fin del Milenio, realizado en el Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM, Ciudad de México.
- Kaysen, D., Dillworth, T., Simpson, T., Waldrop, A., Larimer, M. & Resick, P. (2007). Domestic violence and alcohol use: trauma-related symptoms and motives for drinking. *Addictive Behavior*, 32(6), 1272–1283.
- Khantzian, E.J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry*, 4(5), 231-244.
- Lameiras, M. (2002). Aproximación psicológica a la problemática de los abusos sexuales en la infancia. En: Lameiras, M. (Coord.), *Abusos sexuales en la infancia. Abordaje psicológico y jurídico*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Langeland, W. & Hartgers, C. (1998). Child sexual abuse and physical abuse and alcoholism: A review. *Journal of Studies on Alcohol*, 59 (May), 336-348.
- Langeland, W., Draijer, N., Van den Brink, W. (2002). Trauma and dissociation in treatment-seeking alcoholics: towards a resolution of inconsistent findings. *Comprehensive psychiatry*, 43(3), 195-203.

- Lee, S., Lyvers, M. & Edwards, M. S. (2008). Childhood sexual abuse and substance abuse in relation to depression and coping. *Journal of Substance Use*, 13(5), 349–360.
- Lew, M. (2004). *Victims no longer*. New York: Quill Editions.
- Mariño, M.C., Medina-Mora, M.A. y De la Fuente, J.R. (1999). Comparación de dos muestras de pacientes alcohólicos. *Salud Mental*, 22 (5), 28-33.
- Macmillan, H. (2001). Childhood abuse and life time psychopathology in a community simple. *American Journal of Psychiatry*, 158 (11), 1878-1883.
- Marcenko, M., Kemp, S., & Larson, N. (2000). Childhood experiences of abuse, later substance use, and parenting outcomes among low-income mothers. *American Journal of Orthopsychiatry*, 70(3), 316-326.
- Martín-Baró, I. (1988). Violencia y agresión social. En: *Acción e Ideología: psicología social desde Centroamérica*. San Salvador: UCA Editores.
- Martínez, M. A. (2004). *Alcohol y salud pública*. Recuperado el 24 de Agosto del 2007, del sitio web del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, de la Universidad de Navarra: <http://www.unav.es/preventiva/>.
- McMillan, H., Fering, J., Sreiner, L., Lin, E., Boyle, M., Duku, E., Wals, C. & Wong M. (2001). Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community simple. *American Journal of Psychiatry*, 158(11), 1878-1883.
- McLea, L. y Gallop R. (2003). Implications of Childhood Sexual Abuse for Adult Borderline Personality Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160, 369-37.
- Medina-Mora, M.E. (1998). *Manual para elaborar un diagnóstico del problema de las adicciones*. México: Secretaria de Salud, Consejo Nacional Contra las Adicciones y Organización Panamericana de la Salud.
- Medina-Mora, M.E., Natera, G. y Borges, G. (2002). Alcoholismo y abuso de bebidas alcohólicas. *Observatorio Mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas*. México: Secretaria de Salud - Consejo Nacional Contra las Adicciones.
- Medina-Mora, M.E., Borges, G., Lara C., Ramos, L., Zambrano, J. y Fleiz, C. (2005). Prevalencia de sucesos violentos y trastorno por estrés postraumático en la población mexicana. *Salud Mental*, 47 (1), 8-25.
- Meichenbaum, D. (1994). *A clinical handbook practical therapist manual. For assessing and treating adults whit post-traumatic stress disorder (PTSD)*. Canada: Institute Press.

- Miller, B., Downs, W. & Testa, M. (1993). Interrelationships between victimization experiences and women's alcohol use. *Journal of Studies on Alcohol*, 11, 109-17.
- Moncrieff, J., Drummond, C., Candy, B., Checinski, K. & Farmer, R. (1996). Sexual abuse in people with alcohol problems: A study of the prevalence of sexual abuse and its relationship to drinking behaviour. *British Journal of Psychiatry*, 169, 355-360.
- Molnar BE, Berkman LF, Buka SL. Psychopathology, child sexual abuse, and other childhood adversities: Relative links to subsequent suicidal behavior in the U.S. *Psychological Medicine* 2001; Vol. 31: 965-977.
- Mora-Ríos, J., Natera, G. y Juárez, F. (2005). Expectativas relacionadas con el alcohol en la predicción del abuso en el consumo en jóvenes. *Salud Mental*, 28 (2), 54-64.
- Najavits, L., Weiss, R. & Shaw, S. (1997). The link between substance abuse and posttraumatic stress disorder in women: A research review. *American Journal on Addictions*, 6(4), 273-283.
- Natera, G. y Valencia, E. (2001). Centro de Atención al Alcohólico y sus Familiares (CAAF): Una experiencia de atención al alcoholismo en México. En: *Tratamiento de conductas adictivas*. Ayala, H. y Echeverría, L. (compiladores). México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Natera, G., Tenorio, R., Figueroa, E. y Ruiz, G. (2002). Espacio urbano, a vida cotidiana y las adicciones. Un estudio etnográfico sobre alcoholismo en el Centro Histórico de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 25 (4), 17-31.
- Nelson, E. (2002). Association between self-reported childhood sexual abuse and adverse psychosocial outcomes. *Archives of General Psychiatry*, 59, 139-145.
- Nishit, P., Resick, P. & Mueser, K. (2001). Sleep Difficulties and Alcohol Use Motives in Female Rape Victims With Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 14 (3), 469-480.
- Navarro, J. (2000). *El consumo de alcohol y otras drogas en el colectivo femenino*. Madrid-España: Instituto de la mujer.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Informe sobre la salud en el mundo 2002. Reducir los riesgos y promover una vida sana*. Ginebra: OMS.
- Organización Panamericana para la Salud. (2005a). *La bebida causa problemas no sólo a los alcohólicos*. Washington, D.C.: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2005b). *Consumo de alcohol en las Américas: 50% más que en el resto del mundo*. Washington, D.C.: OPS.

- Organización Panamericana de la Salud. (2007). Alcohol y Salud Pública en las Américas. Un caso para la acción. Washington, D.C.: OPS. En <http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/A&SP.pdf>
- Otero. S. (2002). Evolucion de la violencia criminal: IPN. *El Universal*, 6 de Junio de 2002.
- Palacios, L. & Heinze, G. (2002). Trastorno por estrés postraumático: Una revisión del tema (primera parte). *Salud Mental*, 25 (3), 19-26.
- Pereda, N. (2006). *Malestar psicológico en estudiantes universitarios víctimas de abuso sexual infantil y otros estresores*. Tesis de doctorado, Universidad de Barcelona, Barcelona, España. Tesis de maestría, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México.
- Pérez, D. (2000). The relationship between physical abuse, sexual victimization and adolescent illicit drug use. *Journal of Drug Issues*, 3(3), 641-662.
- Peñate, M. (1999). Diagnóstico Dual. Hoja Informativa. Colegio Oficial de Psicólogos de las Palmas. España. Canarias
- Pirard, S., Sharon. E., Kang, S., Angarita, G. & Gastfriend, D. (2005). Prevalence of physical and sexual abuse among substance abuse patients and impact on treatment outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*, 78, 57-64.
- Ramos, L., Saldívar, G., Medina-Mora, M.A., Rojas. C. y Villatoro, J. (1998). Prevalencia de abuso sexual en estudiantes y su relación con el consumo de drogas. *Salud Pública de México*, 40(3), 221-233.
- Ramos, L. (2004). Propuesta de Investigación CONACYT: *Exposición a la violencia y abuso y dependencia a sustancias en jóvenes hombres y mujeres*. Inédito.
- Ramos, L. (2010). Una revisión de la violencia desde el campo de la salud mental. En: *Orígenes de la violencia en México*. Cabrera. M y García S.S. (compiladores). México: Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres e Iniciativa Ciudadana y Desarrollo Social, A.C.
- Raskin, H. & Jackson, K. (2005). Social and Psychological Influences on Emerging Adult Drinking Behavior. *Alcohol Research and Health*, 28, (3), 182-190.
- Romero, M., Gómez, C., Ramiro, M. y Díaz, A. (1997). Necesidades de atención a la salud mental de la mujer adicta. *Salud Mental*, 20(2), 38-47.
- Romero. M., Mondragón, L., Cherpitel, C., Medina-Mora, M.E. y Borges, G. (2001). Characteristics of Mexican women admitted to emergency care units. Alcohol consumption and related problems. *Salud Pública de México*, 43 (6), 537-543.

- Romero, M., Rodríguez, E.V., Durand-Smith, A. y Aguilera R.M. (2003). Veinticinco años de investigación cualitativa en salud mental y adicciones con poblaciones ocultas. Primera parte. *Salud Mental*, 26 (6), 76-83.
- Santana R., Tavira M.C. y Sánchez-Ahedo R.; Herrera E. (1998). El maltrato infantil: un problema mundial. *Salud Pública de México*, 40, 58-65.
- Sepúlveda J., Roa, J. y Muñoz, J. (2011). Estudio cuantitativo del consumo de drogas y factores sociodemográficos asociados en estudiantes de una universidad tradicional chilena. *Revista Médica de Chile*, 139 (7), 856-863.
- Shäfer, S., Vertheinb, U., Oechslerb, H. & Denekec, C. (2009). What are the needs of alcohol dependent patients with a history of sexual violence? A case-register study in a metropolitan región. *Drug and Alcohol Dependence*, 105, 118–125
- Shalev, A. (2000). *Estrés traumático y sus consecuencias. Manual para el personal de asistencia Profesional*. Washintong D.C.: Organización Panamericana para la Salud.
- Solís, L., Cordero M., Cordero, R. y Martínez, M. (2007). Caracterización del nivel de dependencia al alcohol entre habitantes de la Ciudad de México *Salud Mental* 30(6): 62-68.
- Suárez, M., Pedreira, J.L. y Porras, S. (2006). *Parcial, simple, complejo: Subtipos de estrés postraumático pendientes de inclusión en el DSM*. España: INTERPSIQUIS.
- Suárez-Mira, C. Los delitos de agresiones y abusos sexuales contra menores. En: Lameiras, M. (Coord.), 2002. *Abusos sexuales en la infancia. Abordaje psicológico y jurídico*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2004). *NSDUH Report: Alcohol Dependence or Abuse and Age at First Use*. United State: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Ullaman, S., Filipas, H., Townsend, S. & Starzynski, L. (2005). Trauma exposure, posttraumatic stress disorder and problem drinking in sexual assault survivor. *Journal of studies on alcohol*. 66 (Sep), 610-619.
- Urbano, A. y Arostegi, E. (2004). *La mujer drogodependiente especificidad de género y factores asociados*. España: Instituto Deusto de Drogodependencia, Universidad de Deusto.
- Valdez, J. (2005). *El consumo de alcohol en estudiantes del Distrito Federal y su relación con la autoestima y la percepción de riesgo*. Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México.

- Van der Kolk, B.A., Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F.S., McFarlane, A., & Herman, J.L. (2001). Dissociation, Somatization, and Affect Dysregulation: The Complexity of Adaptation of Trauma. *American Journal of Psychiatry*, 153(Suppl), 83-93.
- Vargas, L.E. (1997). *La violencia institucional y los niños*, área de investigación subjetividad y procesos sociales de la Universidad Autónoma Metropolitana. Unidad Xochimilco, México.
- Villatoro, J.A., Medina-Mora, M.E., Hernández, M., Fleiz, C., Amador, N.G. y Bermúdez, P. (2005). La encuesta de estudiantes de nivel medio superior y superior de la Ciudad de México: noviembre 2003. Prevalencias y evolución del consumo de drogas. *Salud Mental* 28 (1), 38-51.
- Volkow, N. (2008). Comorbidity: Addiction and Other Mental Illnesses. NIDA Research Report Series.
- Wagner, F.A., González-Forteza, C., Aguilera R. M., Ramos-Lira. L., Medina-Mora, M.E. y Anthony, J.C. (2003). Exposición a oportunidades para usar drogas entre estudiantes de secundaria de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 26 (2), 22-32.
- Waller, T. & Rumball, D. (2004). *Treating drinkers & and drug users in the community*. Union Kingdom: Blackwell Science.
- Widom, C. & Strumhöfel, S. (2001). Alcohol Abuse as a Risk Factor for and Consequence of Child Abuse. *Alcohol Research and Health*. 25(1), 52-57.
- World Health Organization. (2001). Qualitative research for the health programmes. Chapter 3, *Sampling issues in qualitative research*.
- World Health Organization. (2002). *World Report on Violence and Health*. Washintong D.C.: WHO.
- World Health Organization. (2006). *Child abuse and neglect*. En: <http://www.who.int/en/>. (Consultado el 6 de Junio de 2006).
- World Health Organization. (2005). *World Mental Health Survey Initiative (WMHSI)*. En: www.hcp.med.harvard.edu/wmh/. (Consultado el 29 de Diciembre de 2006).

Anexos

Anexos

Anexo 1 Guía de entrevista

No. de identificación: _____

Fecha de entrevista: _____

Nombre: _____

Hora de inicio: _____

Hora de término: _____

1. INTRODUCCIÓN

Objetivo: Proporcionar al entrevistado una idea general sobre el enfoque y los procedimientos de la entrevista.

Le agradezco que haya aceptado compartir sus opiniones y experiencias de vida. Podrá hablar con la seguridad de que a nadie se le dirá acerca de lo que usted diga. Para cuidar el anonimato de la entrevista cambiaremos su nombre, ¿cómo le gustaría llamarse?. Recuerde también puede cambiar los nombres de otras personas o evitar mencionarlos durante la entrevista

Encender grabadora

Como le había mencionado le haré preguntas sobre ciertas vivencias de su infancia, incluyendo la experiencia de violencia sexual y cómo ha sido su historia en relación al consumo de alcohol. Las preguntas han sido cuidadosamente elaboradas, sin embargo, usted puede no contestar las preguntas que le molesten y podemos terminar la entrevista en el momento en que quiera. Cualquier duda y comentario que tenga durante o después de la entrevista siéntase en libertad de preguntarme.

2. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS, ANTECEDENTES FAMILIARES

<p>Objetivo: Conocer los datos sociodemográficos del entrevistado relevantes al estudio, con el fin de ubicar al entrevistado dentro de su contexto social y familiar, así como para iniciar la interacción con él/ella en forma poco amenazante.</p>		
Preguntas guía	Profundizar	Identificar
¿Cuántos años tiene?		
¿Cuál fue el último año de escuela que usted completó?/ ¿Hasta qué año estudió?		
¿A qué se dedica usted?	<p>Me puede describir brevemente lo que hace ahí</p> <p>¿Cómo son las relaciones con su compañeros de trabajo?</p> <p>No⇒ ¿A qué se debe que no tenga trabajo?</p>	<p>* Si es una actividad que implique consumo de alcohol, contexto del trabajo</p> <p>* No tiene trabajo debido al consumo</p>
¿Tiene usted alguna religión?/¿Qué religión tiene?	¿Cómo participa en ella?	
¿Cuál es su estado civil?	<p>¿Tiene pareja?</p> <p>¿Desde cuándo se separó/pareja/casó?</p> <p>¿Tiene hijos/as?</p> <p>¿De qué edades?</p>	
¿Con quien/es vive?	<p>¿Qué parentesco tienen?</p> <p>¿Qué edades?</p> <p>¿A qué se dedican?</p>	<p>Vive en pareja, con familia de origen, solo.</p> <p>Familiograma</p>
¿Cómo es la dinámica en su hogar?/Podría describirme en general cómo se llevan.	<p>¿Usted, cómo se lleva con ellos?</p> <p>¿Cómo se llevan entre ellos?</p>	<p>Identificar antecedentes de violencia y consumo de alcohol en la familia</p>

Familiograma y comentarios:

3. PATRÓN Y MOTIVOS DE CONSUMO

<p>Objetivo: Caracterizar la trayectoria, los motivos y expectativas de consumo de alcohol de los entrevistados al inicio y al mantener dicho consumo y al acudir al CAAF.</p>	
<p>Ahora me gustaría que saber sobre su consumo de alcohol..... ¿Cómo ha sido desde que inició hasta el día de hoy?</p>	
Profundizar	Identificar
Patrón	
<p>*¿A qué edad probó el alcohol por primera vez?/ ¿Cuándo y cómo comenzó a consumir?</p> <p>*En ese entonces...¿Cada cuando tomaba?</p> <p>*En cada ocasión de consumo ¿Cuánto tomaba?</p> <p>*¿En qué situaciones tomaba?</p>	<p>Edad de inicio, de la primera borrachera</p> <p>y en que empezó a consumir con mayor intensidad</p> <p>Veces a la semana</p> <p>Cuántas copas y qué bebidas.</p> <p>En dónde y con quienes?</p>
Motivos	
<p>*¿Qué fue lo que lo motivó/llevó a iniciar el consumo?</p> <p>*¿Qué le hacía sentir? (Efectos positivos y negativos)</p> <p>¿Cuándo y cómo se agravó el consumo? ¿Qué lo motivó?</p> <p>¿Qué lo motivó a continuar el consumo?</p> <p>¿A dejar de consumir?</p> <p>Si hubo recaídas, ¿cuál fue la razón?</p> <p>**Repetir para cada cambio en el patrón de consumo</p>	<p>Identificar si se usó en algún momento para hacer frente a síntomas traumáticos asociados a la violencia sexual u otro evento</p> <p>Identificar periodos de aumento del consumo, abstinencia y tratamientos</p>
<p>En general, en perspectiva ¿Qué cree que lo llevó a este consumo?</p>	

Continúa... 3 PATRÓN Y MOTIVOS DE CONSUMO

Profundizar	Identificar
<p style="text-align: center;"><i>Problemas asociados</i></p> <p>A lo largo de todo este tiempo: ¿Qué le ha dejado el consumo de alcohol?</p> <p>¿Cómo ha impactado/ que le ha dejado su manera de beber en:</p> <p>Las relaciones con su familia/pareja?</p> <p>Las relaciones los demás (amigos, vecinos, etc.)?</p> <p>En su trabajo/escuela?</p> <p>En su salud (física y emocional)?</p> <p>Su economía/gastos?</p> <p>¿Cuál es la repercusión más importante?</p> <p>¿Ha probado alguna droga? Cuál? Cómo fue? Motivo</p>	<p>¿Ha tenido problemas por su manera de beber? ¿Cuáles y a partir de qué momento?</p> <p>Ha tenido problemas legales/con la ley? Ejem: accidentes, sanciones, detenciones</p> <p>Consumo de otras drogas</p>

Comentarios y observaciones:

4. ANTECEDENTES FAMILIARES DE LA INFANCIA

<p>Objetivo: <i>Identificar la estructura y dinámica del hogar-familia en la infancia (durante la época del abuso).</i></p>	
<p>Ahora vayamos hacia atrás en el tiempo, a su infancia, cuénteme cuando era niña/o:</p>	
<p>Preguntas guía</p>	<p>Identificar</p>
<p>¿Dónde vivía?</p>	<p>Si sigue viviendo en el mismo lugar</p>
<p>¿Con quiénes vivía?</p>	<p>Familiograma</p>
<p>Podría describirme en general ¿Cómo era la relación entre ustedes?/¿Cómo era la dinámica en su hogar?</p>	<p>Identificar antecedentes de violencia y consumo de alcohol en la familia</p>
<p>¿Cómo era la relación con sus padres?</p>	
<p>¿Cómo era la relación entre sus padres?</p>	
<p>¿Alguna de las personas de su familia o cercanas a usted consumía alcohol? ¿quién?</p>	

Familiograma y comentarios:

5. CARACTERÍSTICAS DEL ABUSO SEXUAL

<p>Objetivo: Que el entrevistado relate el abuso sexual vivido para posteriormente explorar el patrón de abuso y vivencias que no hayan sido especificados en el relato</p>	
<p>Ahora quiero que me platique sobre el abuso sexual que vivió durante la infancia. Entiendo que puede haber partes que le hagan sentir mal, por lo que le pido me haga saber si en algún momento se siente incómodo. Recuerde que usted sino quiere contestar alguna pregunta esta en todo su derecho.</p>	
<p>Podría platicarme ¿Qué sucedió? / ¿Qué fue lo que pasó?</p>	
Preguntas guía	Identificar
<p><i>Patrón</i></p> <p>¿Qué edad tenía usted cuando sucedió? ¿Quién era el agresor/es? ¿En qué consistió el abuso? ¿Cuánto tiempo duró el abuso? ¿Fue aumentando en intensidad?</p>	<p>Si no se mencionó explorar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad en la que inició el abuso • Relación con el agresor • Tipo de abuso • Cronicidad • Número de abusos • Número de agresores
<p><i>Estrategias de agresor</i></p> <p>¿Cómo le hizo/hacia para atraerla? ¿Le pidió que guardara el secreto/ que no se lo dijera a nadie? ¿Amenazó con hacerte algo a ti o alguien más si decías algo? ¿Sintió que se estaban escondiendo? ¿En algún momento sintió que esa persona podía hacerle daño físicamente o matarlo?</p>	<p>El abusador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ejerció maltrato físico • Amenazas: matarle, hacer lo mismo a alguien más, revelar, que no le creerían, que provocó el abuso, etc. • Ofreció dulces, juguetes, etc. • Llevó a lugar solitario • Le hizo sentir que el abuso era algo bueno, le hizo sentir especial, querida, etc.

Comentarios y observaciones:

Continúa... 5. CARACTERÍSTICAS DEL ABUSO SEXUAL

Reacción	
<p>¿Cómo se sintió en aquel entonces ante esta situación?</p> <p>¿Sintió como si viera su vida en una película?</p> <p>¿Sintió como que usted no era usted?</p> <p>¿Qué pensaba?</p> <p>¿Cómo reaccionó? ¿Qué hizo en ese entonces?</p> <p>¿Acudió a alguien? ¿Con quién?</p> <p>¿Cómo reaccionó la persona a la que acudió?</p> <p>¿Cómo se sintió usted antes y después? ¿Qué edad tenía usted?</p> <p>Alguien descubrió en abuso? ¿Quién?</p> <p>¿Cómo reaccionó esta persona? ¿Cómo se sintió usted?</p> <p>¿Actualmente alguien conoce lo sucedido?/ ¿Lo hablado con alguien?</p> <p>¿Cómo ha reaccionado esa persona/s?</p> <p>¿Sabe si ha sufrido agresión sexual algún otro miembro de su familia?</p>	<p>Impacto en ese momento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Emocional: Explorar sensación de irrealidad y/o despersonalización, culpa, miedo. • Cognitivo: pensamiento de muerte, confusión, etc. • Conductual: estrategias para evitar al agresor, etc. <p>Reacción de la persona: apoyo, culpabilizar, incredulidad, regaño, etc.</p>

Comentarios y observaciones:

6. IMPACTO DEL ABUSO

Objetivo: <i>Identificar la sintomatología postraumática actual en relación al abuso vivido</i>	
¿Cómo cree que ha impactado ese/esos sucesos en su vida? ¿Por qué?	
Preguntas guía	Identificar
¿En la forma cómo se siente? ¿En su manera de ser? ¿En su manera de pensar/de ver las cosas? ¿En las relaciones con los demás? ¿En sus relaciones de pareja? ¿En su vida sexual? ¿En su condición de salud? *Por cada área: ¿Cómo ha enfrentado estos hechos?	Impacto a nivel: <ul style="list-style-type: none"> • Emocional: Rabia, terror, sentimientos de culpa, sensaciones de pérdida y vulnerabilidad, irritabilidad, hostilidad, angustia, tristeza, etc. • Conductual: Retraimiento social, desvinculación del medio, conducta arriesgada, problemas laborales, relacionales, identificar si menciona consumo. • Cognitivo: falta de concentración, desorientación, alteraciones de la memoria, pérdida de control, etc • Social: Relaciones conflictivas, poco placenteras, etc. • Relaciones de pareja y sexualidad: Separaciones, disfunciones sexuales, etc. • Salud: problemas gineco-urinarios, gastritis, cefaleas, fatiga, somnolencia, insomnio, etc. ¿Ha pedido ayuda profesional por este suceso?
<i>Ahora le voy hacer algunas preguntas más específicas sobre algunas sensaciones o pensamientos que pueden sentir las personas que han pasado por experiencias como la suya. Le comento que en esta sección las preguntas siguen un orden, pero usted puede hacer comentarios adicionales si lo desea.</i>	

Comentarios y observaciones:

Emociones:

Conductas:

Pensamientos:

Relaciones personales:

Relaciones de pareja y sexualidad:

Salud:

TEP:

7. RELACIÓN CONSUMO DE ALCOHOL-ABUSO SEXUAL

Objetivo: *Identificar de que manera el entrevistado vincula la/s experiencia/s de abuso sexual con su consumo de alcohol*

En general, ¿Considera que lo ocurrido se ha relacionado con su forma beber? ¿Cómo?

Preguntas guía

Identificar

¿Cree que estas vivencias influyen en su rehabilitación?

¿Considera que tendría que pensarse en intervención específicamente en estos casos?

De acuerdo con los síntomas detectados en el discurso e instrumento, preguntar por relación entre estos y su consumo de alcohol, por ejemplo: Usted comentó que como consecuencia del abuso tiene problemas para dormir, ¿ha consumido alcohol para conciliar el sueño?.

¿Tiene alguna duda o comentario respecto a esta entrevista?

Su participación ha sido muy importante, GRACIAS.

Anexo 2 Presentación de la entrevista

Objetivo de la presentación

Establecer una relación lo más honesta posible con el informante, de tal manera que la entrevistadora sea percibida como una escucha interesada en las ideas y sentimientos del informante para aprender de sus experiencias.

La entrevistadora debe ser sensible para usar las formas más adecuadas de hacer el primer contacto. En primer, lugar ha de aclararse al informante los siguientes aspectos:

- Los motivos de la entrevista, que incluye el beneficio académico junto con la relevancia de abordar este problema.
- Asegurar el anonimato, confirmando que se cambiaran nombres, lugares y acontecimientos si es necesario.
- Una explicación sencilla de la naturaleza del estudio basado en entrevistas, es decir, la importancia del método.
- El modo de registro, en este caso la entrevista grabada y el por qué de esta decisión.

Presentación de la entrevista

Estoy realizando una investigación con el fin de comprender mejor los mecanismos y procesos que pueden llevar a una persona con experiencias de agresión sexual en la infancia al abuso de alcohol, por ello me gustaría conocer su experiencia y la de otras personas, y de esta manera, generar información que pueda ayudar a los terapeutas y personal de salud a brindar una mejor atención a gente que como usted, han tenido problemas con su manera de beber. Por eso, estoy haciendo entrevistas a hombres y mujeres que acuden al Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares.

Existen algunos aspectos como las vivencias ante algún evento, que son difíciles de conocer a través de cuestionarios, por ello se ha decidido realizar entrevistas a las personas que tienen experiencias como la suya. Si usted acepta participar, le haré algunas preguntas sobre ciertas vivencias de su infancia, incluyendo la experiencia de violencia sexual que ha vivido, y cómo ha sido su historia en relación al consumo de alcohol.

Si usted está de acuerdo, la entrevista será grabada. Esto se hace para que la entrevista sea más rápida y no se me olvide lo que usted me platique. Todo lo que hablemos durante la entrevista será confidencial, es decir, a nadie le vamos a decir lo que nosotros platiquemos. Si usted lo decide, nada de lo que usted diga se registrará en su expediente y nadie en el CAAF, excepto nosotros, conocerá lo que usted diga. Cuando se tengan las entrevistas de todos los participantes, puede ser que la información obtenida se comente con otros investigadores ajenos al CAAF para estudiar y decidir cómo podemos ayudar a personas con problemas similares a los suyos, para brindarles un mejor tratamiento y atención, pero con la total seguridad de que su nombre no será revelado nunca y bajo ninguna circunstancia.

En esta entrevista usted podrá hablar de cosas que tal vez no ha podido hablar con otras personas, con la seguridad de que a nadie se le dirá acerca de lo que usted diga. Su información podrá ayudar a otras personas que en el futuro, busquen atención por problemas similares a los suyos.

Las preguntas han sido cuidadosamente elaboradas, sin embargo, usted puede no contestar las preguntas que le molesten y podemos terminar la entrevista en el momento en que usted quiera.

Su participación es voluntaria, si usted no acepta, esto no influye de ninguna manera sobre la atención que está recibiendo en el CAAF.

¿Tiene alguna pregunta?

Cualquier duda y comentario siéntase en libertad de preguntarme.

Anexo 3 Consentimiento informado



ACUERDO DE ACEPTACIÓN VOLUNTARIA PARA ENTREVISTA

Se está realizando un estudio para conocer la opinión y las experiencias de las personas sobre algunos problemas que ponen en riesgo la salud, como es el consumo de alcohol y la violencia. Por esto, nos hemos dado a la tarea de contactar a personas que nos permitan entrevistarlas y acercarnos a su manera de ver estos asuntos. A través de este documento queremos informarle de qué se trata el estudio y cómo se manejará la información obtenida. Le pedimos que haga las preguntas necesarias para asegurarnos de que usted está de acuerdo en participar con nosotros en una entrevista individual en forma libre y voluntaria.

¿Quién es el responsable de este estudio?

Este proyecto será realizado por la Psicóloga Miriam Arroyo, bajo la coordinación de la Dra. en Psicología, Luciana Ramos Lira, Investigadora del Instituto Nacional de Psiquiatría.

¿De qué trata?

El estudio pretende conocer las opiniones y experiencias de hombres y mujeres de 18 a 30 años que tienen problemas con el consumo de alcohol, y que también han tenido experiencias de agresión sexual en la infancia. Estamos hablando de problemas sociales importantes que afectan no solamente a los involucrados, sino a familias y comunidades enteras, de modo que su solución requiere también esfuerzos de todos nosotros para poder comprenderlos y desarrollar opciones para prevenirlos y tratarlos. Las respuestas que obtengamos de usted son muy importantes, y para no perder información alguna, le pedimos nos permita grabar esta entrevista.

¿Qué gana usted con participar en este estudio?

Este es un estudio cuyos resultados permitirán tener un mayor conocimiento sobre los problemas de violencia sexual y uso de alcohol, de modo que trataremos de que la información que usted y otras personas nos proporcionen pueda servir para desarrollar programas de prevención y/o tratamiento a personas de su comunidad. Igualmente, podemos orientarle respecto a problemáticas que a usted o a otras personas les preocupen, y si así lo desea, organizar alguna plática y orientarlo sobre estos temas. Así

mismo, se le entregará un folleto informativo sobre estos temas. Queremos ser claros y honestos con ustedes sobre lo que podemos cumplir y establecer un puente de comunicación para pensar juntos. Al final del estudio nos comprometemos a entregarles un reporte de lo que hicimos y encontramos.

¿Quién se enterará de que usted ha sido entrevistada o entrevistado?

Dado que nos interesa conocer opiniones de las personas como miembros de esta comunidad, no se usarán sus nombres verdaderos ni se dará a conocer su identidad. La entrevista que se le realice a usted, solamente será grabada si usted está de acuerdo, posteriormente se pasará en papel y será leída por las encargadas del proyecto para se analizarse junto con otras entrevistas para hacer reportes sobre lo que piensa la comunidad en general. **Nunca** utilizaremos su nombre verdadero ni mostraremos su identidad.

¿Quiere participar?

Usted decide si quiere participar o no en la entrevista, asimismo, puede suspenderla en cualquier momento. Lo que más nos interesa es que usted se sienta bien.

¿Y si tengo más preguntas o quiero saber de ustedes?

Favor de contactar con: Dra. Luciana Ramos Lira o Psic. Miriam Arroyo Belmonte. Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales. Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente”. Calzada México-Xochimilco 101. San Lorenzo Huipulco, Tlalpan 14370. México, D.F. Tel.: 56-55-28-11 extensión 274; Celular: 0445520239292.

Anexo 4 Acuerdo de aceptación voluntaria



Acuerdo de aceptación voluntaria:

HE LEÍDO LA INFORMACIÓN SOBRE ESTE ESTUDIO, HE TENIDO OPORTUNIDAD DE HACER PREGUNTAS Y HE DECIDIDO PARTICIPAR EN ESTA ENTREVISTA, PUDIENDO CAMBIAR DE OPINIÓN EN EL MOMENTO EN QUE YO LO DESEE. (SÍ) (NO) ACEPTO QUE SE AUDIOGRABE LA ENTREVISTA

RECIBO ADEMÁS UNA COPIA DE ESTE ACUERDO.

Nombre

Firma

Fecha: _____

Día Mes Año

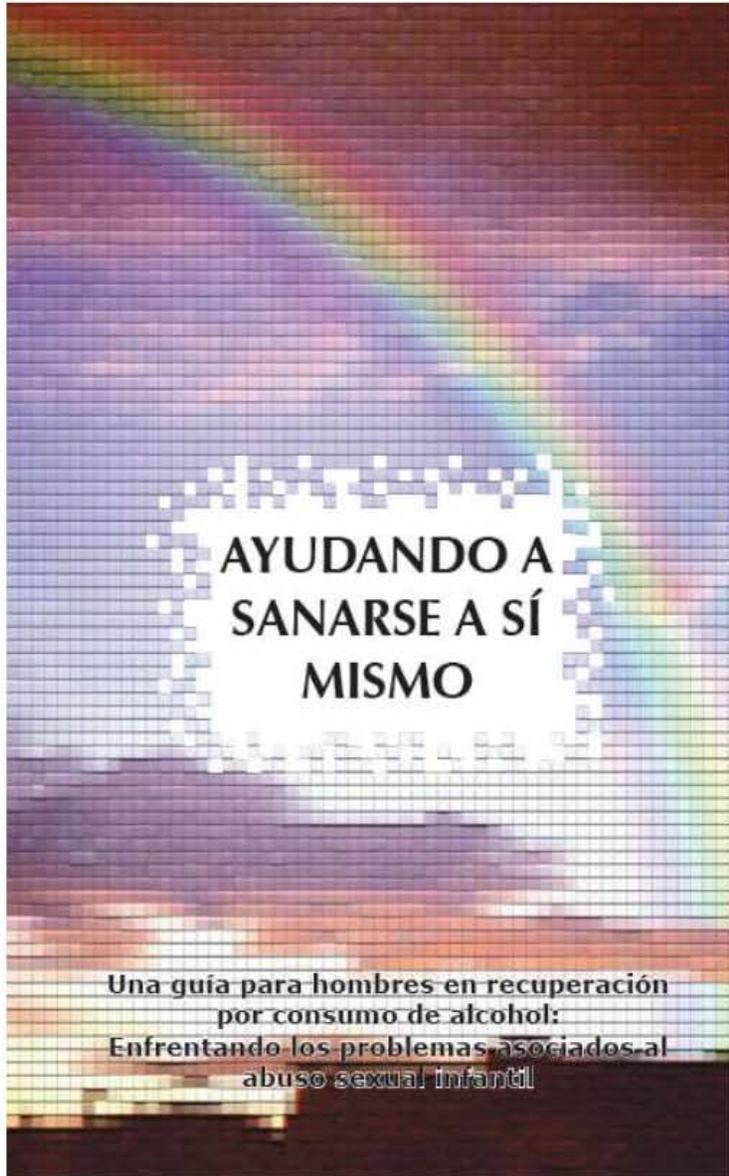
Nombre del Investigador

Firma

Fecha: _____

Día Mes Año

Anexo 5 Folleto Informativo



**AYUDANDO A
SANARSE A SÍ
MISMO**

Una guía para hombres en recuperación
por consumo de alcohol:
Enfrentando los problemas asociados al
abuso sexual infantil

RECURSOS DISPONIBLES

- ❶ **CLÍNICA DE GÉNERO Y SEXUALIDAD DEL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA "RAMÓN DE LA FUENTE"**
Tratamiento psiquiátrico y psicoterapéutico a hombres y mujeres violentados sexualmente, y a hombres violentos con su pareja.

Calz. México-Xochimilco N° 101, Col. San Lorenzo Huipulco, Deleg. Tlalpan, C.P. 14370 México, D. F. México.
Tel.: 5655-2811, ext. 363.
- ❷ **ADIVAC**
Tratamiento psicoterapéutico para hombres y mujeres violentados sexualmente (individual y grupal).

Pitágoras 842, Col. Narvarte, Delegación Benito Juárez 03020 México, D.F., México.
Tel. 5682 7964
- ❸ **HOMBRES POR LA EQUIDAD**
Grupos de Hombres que desean Renunciar a su violencia, Psicoterapia para hombres.

Nicolás San Juan 525, int. 9, col. Del Valle, CP. 03100
Tel: 11 07 77 97.
- ❹ **CENTRO MHORESVI, A.C. MOVIMIENTO DE HOMBRES POR RELACIONES EQUITATIVAS SIN VIOLENCIA**
Programa de Hombres Renunciando a su Violencia, en México, D.F.
Tel: 91 80 41 68



○ INTRODUCCIÓN

Los hombres que están en tratamiento por problemas con su consumo de alcohol suelen experimentar diversas emociones y sentimientos intensos. Por la manera en que la mayoría de los hombres fueron educados, es posible que les sea difícil experimentar, expresar, entender y afrontar estos sentimientos o siquiera admitir que los tienen.

Ahora que usted está en tratamiento, es posible que se sienta aliviado y satisfecho de sí mismo por haber dado el primer paso hacia su rehabilitación. Sin embargo, puede haber ocasiones en que sienta:

- Vergüenza
- Ansiedad
- Incomodidad
- Tristeza
- Enojo
- Culpa
- Confusión
- Malestar consigo mismo
- Temor
- Desgano
- Dificultad para relacionarse con su familia o amigos
- Dificultad para encontrar sentido a la vida

Aunque no lo crea, estos sentimientos son comunes en hombres que empiezan el tratamiento relacionado con el abuso de alcohol y otras sustancias. No obstante, en aquellos hombres que han sufrido abusos sexuales en su infancia, estos sentimientos pueden ser aún más marcados. En algunos casos podría haber recuerdos dolorosos o incómodos que se tratan de evitar consumiendo alcohol, usando drogas o ambas.

Algunos hombres entierran sus recuerdos sobre el abuso tan profundamente, que ni siquiera pueden explicar por qué sienten enojo o miedo intenso, se sienten avergonzados, tienen pesadillas, o sienten como si algo malo estuviera a punto de ocurrir. A veces, la persona que está en tratamiento, deja de tomar alcohol o de usar drogas y puede tener recuerdos que estaban bloqueados en la memoria por el propio uso de las sustancias.

El que usted trate de resolver los problemas asociados con los malos recuerdos y las experiencias negativas de la infancia, puede ayudarle en su tratamiento por adicción o abuso de alcohol, ya que el enfrentar viejos sentimientos le permitirá enfocarse en su vida presente.

○ ¿QUÉ ES EL ABUSO SEXUAL INFANTIL?

El abuso sexual infantil puede ocurrir en cualquier familia, sin importar el grupo social o el nivel económico. Puede ser difícil reconocer si lo que usted sufrió durante su infancia fue un abuso de este tipo. Para un niño, por la forma en que es castigado o tratado puede parecerle normal un abuso, porque es muy pequeño para poder entender lo que le está pasando.

El abuso sexual infantil ocurre cuando una persona involucra a un niño en actividades sexuales que el menor no comprende en su totalidad o que -por su grado de inmadurez- no está preparado para experimentar ni decidir. Esta persona, por su edad o posición, tiene una relación de responsabilidad, de confianza o de poder sobre el niño. El abuso generalmente se desarrolla paulatinamente y atraviesa diferentes fases, involucrando conductas que van desde el



exhibicionismo, las caricias, los besos, los tocamientos y la masturbación, hasta la penetración. Estos actos sexuales provocan sentimientos de confusión, miedo y en ocasiones de placer; sin embargo, es común que este tipo de experiencias sean consideradas extrañas y desagradables.

Por desgracia, este tipo de eventos son más frecuente de lo que se piensa, mundialmente se calcula que uno de cada seis niños es abusado sexualmente antes de los 16 años. En México, sabemos que al menos entre el 4% y 5% de los hombres estudiantes de secundaria y preparatoria en el país reportan haber tenido relaciones sexuales o haber sido tocados o acariciados sexualmente cuando eran pequeños en contra de su voluntad. Desafortunadamente, muchos mitos alrededor de este problema ocultan su real dimensión.

A continuación se presentan algunos mitos que usted puede tener al respecto:

- * **Mito:** Este tipo de hechos casi no sucede, y si sucede es "cosa de mujeres".
- * **Realidad:** Aunque las mujeres son la mayoría de las víctimas, los hombres también pueden sufrir abusos sexuales. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, el 20% de las mujeres y del 5% al 10% de los varones han sufrido abuso sexual en la infancia.
- * **Mito:** Los hombres por ser hombres, no pueden ser víctimas o ser vulnerables
- * **Realidad:** Aunque los hombres son menos victimizados que las mujeres, ellos también pueden verse involucrados en situaciones de menor poder y de abuso.

* **Mito:** El abuso sexual se da en circunstancias muy precisas (lugares solitarios y oscuros) y es cometido por extraños.

* **Realidad:** La mayoría de los abusos sexuales son cometidos por personas cercanas o familiares, en lugares conocidos y estos abusos suelen extenderse por un largo período de tiempo.

* **Mito:** El agresor es un demente, marginado y sin ocupación.

* **Realidad:** La gran mayoría de los agresores son hombres (también puede haber mujeres, aunque los casos son menores) funcionales en el ámbito social, familiar, laboral y por lo tanto parecer "normales", no existen rasgos físicos específicos que los diferencien.

* **Mito:** En el abuso sexual generalmente se usa la fuerza física.

* **Realidad:** El adulto utiliza su posición de confianza y autoridad para acercarse al menor, al que después puede chantajear, intimidar, amenazar, engañar, sobornar o mentir, por lo tanto, en pocas ocasiones se requiere de la violencia física para abusar de él.

* **Mito:** A los niños les gusta o disfrutan del abuso, llegado incluso a provocarlo.

* **Realidad:** Puede haber una respuesta a la estimulación física, pero esto no significa que se quiera, se desee o se comprenda lo sucedido. De hecho, el que un niño abusado tenga comportamientos altamente sexualizados puede ser un efecto del propio abuso.



* **Mito:** Si se experimenta placer con el abuso, esto significa que se es o se puede llegar a ser homosexual.

* **Realidad:** El desarrollo de la orientación sexual es un proceso complejo que no puede ser atribuido únicamente a un evento de este tipo.

* **Mito:** Si el perpetrador es una mujer, se debe considerar afortunado por ser iniciado a la actividad sexual.

* **Realidad:** Una experiencia sexual prematura o ejercida con presión por parte de una mujer de mayor edad y/o poder que el niño o adolescente, es un abuso.

❓ ¿QUÉ SÍNTOMAS PUEDE USTED PRESENTAR SI SUFRIÓ ABUSO SEXUAL INFANTIL?

Los efectos del abuso infantil pueden acompañarlo durante varios años de su vida, incluso hasta la edad adulta. Estos efectos dependerán de una variedad de factores; *el abuso no es necesariamente la única razón de su sufrimiento*, sin embargo, pueden ser parte de la razón por la que usted se siente enojado, ansioso, avergonzado o deprimido, y por la cual usted abusa del alcohol. Es posible que usted:

- Tenga pensamientos retrospectivos y fugaces del abuso que sufrió
- Tenga pesadillas frecuentes o problemas para dormir
- Sea muy sensible a ser tocado o a acercarse a las personas
- Sienta con frecuencia que le puede pasar algo malo

- Se enoje fácilmente
- No recuerde un período de su vida, particularmente de su infancia
- Dude de su masculinidad
- Tenga dificultades sexuales
- Se perciba como insensible
- Se sienta deprimido y hasta con deseos de quitarse la vida
- Deje que las personas abusen o se aprovechen de usted

Recuerde, estos problemas no necesariamente se vinculan de manera directa al abuso, una gran variedad de factores pueden estar influyendo en ellos, además, algunos de estos problemas puede ser más graves en unas personas pero no en otras. También pueden llegar a ser más intensos cuando está estresado o en situaciones que desencadenan los recuerdos del abuso. Los sentimientos pueden parecer insoportables, pero recuerde: usted los puede superar. Si embargo, *si en algún momento se siente con deseos de lastimarse o lastimar a otra persona, dígaselo al terapeuta que lo atiende aquí en el CAAF o en otro lugar*. Estos pensamientos y sentimientos necesitan atención inmediata por parte de un profesional de la salud mental.



○ **¿CÓMO PUEDE ENFRENTAR LOS EFECTOS DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL CUANDO ESTÁ EN TRATAMIENTO?**

Durante las primeras etapas del tratamiento para el abuso de alcohol, usted se centrará en sacar al alcohol y/o a las drogas de su vida, en aclarar su mente y en establecer patrones saludables de pensamiento y de conducta. Es posible que quiera posponer el abordar el abuso que vivió en el pasado hasta que se sienta cómodo estando libre del alcohol, y cuando haya establecido una relación de confianza su terapeuta, así como con otras personas que están rehabilitándose.

Sin embargo, si estos sentimientos son insoportables y dolorosos, o si lo hacen sentir con deseos de agredir, es necesario que los confronte lo más rápidamente. Usted puede hablar del asunto con su terapeuta siempre que quiera o necesite hacerlo, él o ella también le puede ayudar a encontrar grupos de autoayuda o a terapeutas que se especialicen en trabajar con personas que han sufrido abuso sexual infantil. No importa en qué etapa del tratamiento para sus problemas de consumo de alcohol y/o drogas se encuentre; la ayuda está disponible para usted. Y recuerde: muchos otros hombres han enfrentado y combatido sentimientos como los suyos y ahora llevan vidas libres del alcohol (o las drogas) y más plenas y felices.

La decisión de cuándo comenzar a hablar del abuso es suya, pero es importante hablar del tema cuando usted esté listo. Quizá ésta es la primera vez que le cuenta a alguien lo que le pasó cuando era niño. Puede sentirse avergonzado hablando de lo ocurrido; también es posible que se sienta culpable, enojado o confundido. Todos estos sentimientos y temores son muy normales; hable de ellos con su terapeuta.

A veces es difícil recordar la diferencia entre lo que usted sintió como un niño que fue abusado y las opciones que ahora tiene como adulto. Usted no pudo protegerse en aquel entonces, *era imposible*, pero ahora sí puede hacerlo. Como adulto, usted puede hablar sobre lo que le pasó y puede empezar a sanar.

○ **UNA NOTA FINAL**

Como un hombre en rehabilitación del trastorno que le ha generado su consumo de alcohol y/o drogas, ha hecho frente a grandes desafíos. Usted ha sobrevivido y ahora ha tomado la decisión de entrar a un programa de tratamiento. Va a enfrentar más desafíos, pero usted tendrá la habilidad para hacerles frente. Recuerde: *No está solo*. Y el valor que encuentra para ayudar a sanarse a sí mismo, algún día podrá ayudarle a otra persona que está perdida en la adicción y el dolor. Sea paciente consigo mismo. Sanar toma tiempo, pero vale la pena. Usted merece la oportunidad de vivir una vida plena y saludable.