

Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de usuarias de un centro de salud

Luciana Ramos-Lira, Dra. en Psic.,⁽¹⁾ María Teresa Saltijeral-Méndez, Psic.,⁽¹⁾
Martha Romero-Mendoza, Dra. en Ant.,⁽¹⁾ Miguel Angel Caballero-Gutiérrez, Psic.,⁽¹⁾
Nora Angélica Martínez-Vélez, Psic.⁽¹⁾

Ramos-Lira L, Saltijeral-Méndez MT, Romero-Mendoza M,
Caballero-Gutiérrez MA, Martínez-Vélez NA.
Violencia sexual y problemas asociados
en una muestra de usuarias
de un centro de salud.
Salud Publica Mex 2001;43:182-191.

El texto completo en inglés de este artículo está
disponible en: <http://www.insp.mx/salud/index.html>

Ramos-Lira L, Saltijeral-Méndez MT, Romero-Mendoza M,
Caballero-Gutiérrez MA, Martínez-Vélez NA.

Sexual violence and related problems
in women attending
a healthcare center.

Salud Publica Mex 2001;43:182-191.

The English version of this paper
is available at: <http://www.insp.mx/salud/index.html>

Resumen

Objetivo. Estimar la frecuencia de diferentes formas de violencia sexual y su asociación con sintomatología depresiva, ideación e intento suicida, y uso de alcohol y otras drogas alguna vez en la vida. **Material y métodos.** Estudio transversal, hecho en un centro de salud oficial de México, D.F., México, entre febrero y marzo de 1998. La muestra estuvo constituida por 345 mujeres usuarias del establecimiento asistencial las cuales, en el momento del estudio, vivían con pareja. Se calcularon proporciones para observar la frecuencia de tres diferentes formas de violencia sexual, y ji cuadrada para compararlas en cuanto a los problemas mencionados. **Resultados.** De las mujeres, 19% señaló haber sido objeto de tocamientos sexuales contra su voluntad al menos alguna vez en su vida, en tanto 11% habían sido violadas y 5% fueron forzadas a tocar los órganos sexuales de otra persona contra su voluntad. Una de cada cinco mujeres reportó haber experimentado alguna violencia sexual dentro de la relación de pareja. Se encontró una asociación significativa entre algunas formas de violencia sexual y la depresión, la ideación e intento suicida y el uso de psicofármacos. **Conclusiones.** La violencia sexual es un problema

Abstract

Objective. To estimate the frequency of different forms of sexual violence and its association with mental health problems, such as depressive symptoms, suicidal ideation and attempt, and alcohol and drug use. **Material and methods.** From February to March 1998, a cross-sectional study was conducted among 345 women attending a healthcare center in Mexico City. All women were living with a partner/spouse at the time of the study. The proportions of three different types of sex life were obtained and compared with the chi-squared test. **Results.** Nineteen per cent of women reported that they had been sexually fondled against their will at least once in their lifetime, 11% had been raped, and 5% had been forced to touch the sex organs of another person against their will. One in every five women reported that they had experienced sexual violence in the context of an intimate relationship. An association was found between some forms of sexual violence and depression, suicidal ideation, suicide attempts, and use of psychoactive drugs. **Conclusions.** Sexual violence is a severe public health problem that requires implementing specific programs to sensitize and train healthcare providers to prevent it.

Una versión preliminar de este trabajo fue presentado en el Segundo Congreso Mexicano de Psicología de la Salud, Veracruz, Veracruz, México, en mayo de 1999. Proyecto financiado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (0890P-H9506).

(1) Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales, Instituto Nacional de Psiquiatría, México.

Fecha de recibido: 11 de febrero de 2000 • Fecha de aprobado: 18 de diciembre de 2000

Solicitud de sobretiros: Dra. Luciana Esther Ramos Lira. Departamento de Investigaciones Especiales, Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales, Instituto Nacional de Psiquiatría. Calzada México-Xochimilco 101, San Lorenzo Huipulco, 14370 México, D.F., México.
Correo electrónico: ramosl@imp.edu.mx

grave de salud pública que requiere implementar programas de capacitación para obtener una respuesta especializada de los proveedores de salud. El texto completo en inglés de este artículo está disponible en: <http://www.insp.mx/salud/index.html>

Palabras clave: mujeres; violencia sexual; depresión; alcoholismo; drogas; México

The English version of this paper is available at: <http://www.insp.mx/salud/index.html>

Key words: women; sexual violence; depression; alcoholism; drugs; Mexico

La violencia sexual es un abuso basado en el género, según se establece en la Declaración para la Erradicación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer,¹ y es frecuentemente perpetrada por un varón en el que la mujer confía y de quien espera protección, como el padre, el tío, el esposo, alguna autoridad, etcétera. Sin embargo, esta violencia también es llevada a cabo por desconocidos en diferentes circunstancias.

Las intelectuales e investigadoras feministas han contribuido a transformar a la violencia sexual en un problema de salud y de derechos humanos. Como mencionan Koss, Heise y Russo,² los trabajos recientes la conceptualizan "como una violación a la integridad corporal de las mujeres y, por tanto, como un abuso de sus derechos humanos fundamentales. Otros trabajos la han replanteado exitosamente como un problema de salud de la mujer con consecuencias a largo plazo en los ámbitos físico, psicológico y sociales".

La violencia sexual es un problema mundial, pero no tenemos suficientes datos sobre la incidencia y prevalencia de sus diferentes formas; esto se debe a que con frecuencia existen diferencias conceptuales y operacionales que impiden la comparación entre los estudios sobre el tema. Asimismo, existen otros problemas que dan cuenta de las dificultades para captarla y documentarla. Entre estos destaca que:

- A veces las mujeres no reconocen la violencia sexual que han experimentado como una violación o como otro tipo de abuso debido a que el contexto sociocultural normaliza, minimiza, tolera o promueve estos actos;
- con frecuencia las mujeres no reportan estos delitos al sistema de salud o de justicia por vergüenza, miedo de la reacción de los funcionarios o prestadores de servicios y temor a las consecuencias que pueda tener su denuncia;
- las mujeres tienden a guardar silencio si se les pregunta sobre sus experiencias de violencia sexual. Esto ocurre más marcadamente en los casos en que estas experiencias han sido llevadas a cabo por familiares o en el contexto de una situación íntima;

- en ocasiones la violación es utilizada en situaciones de conflicto como arma de guerra, y es muy difícil documentar su existencia. Sin embargo, la violación masiva de mujeres ha sido reportada en países como Bangladesh, Camboya, Liberia, Uganda, Perú, Somalia, y Bosnia,³ y
- la violencia sexual también puede ser cometida en contextos en los que, aunque no hay una situación de guerra, interna o externa, las mujeres no están protegidas por el sistema de justicia u otras instituciones como el ejército o la policía. Inclusive, esta violencia puede ser tolerada o ejecutada por miembros de estas organizaciones. Esta violencia es también, sin duda, muy difícil de registrar.³

Aunque la violación hace visible un sistema patriarcal de dominación, todas las sociedades tienen mecanismos para justificarla, legitimarla y darle consentimiento silencioso. En consecuencia es perpetuada, vista como esporádica y como producto de situaciones individuales, de tal forma que las condiciones que la propician permanecen ocultas.^{4,5}

En América Latina, los estudios de prevalencia de violación en comunidad son prácticamente inexistentes. Resultados de Argentina, Brasil y Costa Rica, obtenidos mediante la Encuesta Internacional de Víctimas de Delitos, mostraron que entre 7 y 15% de las mujeres entrevistadas habían sido atacadas sexualmente por desconocidos en los últimos cinco años.⁶ Por otro lado, los reportes a la policía y centros de apoyo a víctimas de violación en esta área, muestran un alto porcentaje de delitos sexuales cometidos por conocidos o miembros de la familia, y la mayoría de las víctimas son mujeres, principalmente niñas o adolescentes.⁶⁻⁸

En México, los escasos estudios de prevalencia de violación en comunidad señalan entre 2.8 y 5% de mujeres violadas alguna vez en la vida.⁹⁻¹¹ Sin embargo, se ha informado, precisamente, que existe un alta cifra negra de este delito.⁹ En cuanto a la relación violador-víctima, el sexo y la edad de las víctimas, en el país se encuentran tendencias similares a las del continente: la mitad de los casos ocurren en niñas y adolescentes.¹² Considerando que 70% de los agresores son

miembros de la familia o amigos –particularmente figuras paternas– y que la mitad de estos delitos ocurren en las casas de las víctimas, se infiere que esta “privacidad” ha favorecido el encubrimiento y la impunidad.¹³

La literatura internacional reconoce diferentes consecuencias de la violencia sexual. La violación y la violencia doméstica son causas significativas de discapacidad y muerte en mujeres en edad reproductiva en países desarrollados y no desarrollados.⁴ Otras consecuencias de la violencia sexual se pueden agrupar en categorías somáticas, psicofisiológicas y psicológicas, tal y como se observa en el cuadro I.¹⁴⁻¹⁶

Asimismo, se ha reconocido que las consecuencias de la violencia aumentan cuando el agresor es un familiar o conocido debido a la ruptura de confianza, lo que puede entorpecer la posibilidad de ofrecer ayuda.¹⁷ Si además la violencia sexual ocurre en edades tempranas, parece existir un mayor riesgo de desarrollar diversos problemas tales como la fuga del hogar, el fracaso escolar, la drogadicción, los sentimientos de hostilidad y desconfianza, la insatisfacción sexual y los embarazos no deseados.¹⁸

Hartman y Burgess¹⁹ informan que un patrón de síntomas de moderados a severos, denominados “síndrome por trauma de violación”, es común de encontrar en las víctimas de violación, y lo entienden como una reacción aguda a una crisis situacional impuesta externamente. Estas respuestas han sido encontradas como consistentes con el criterio diagnóstico del tras-

torno por estrés postraumático (TEPT) del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana*.²⁰ Heise y colaboradores⁴ identifican a la violación y a la violencia doméstica como causas significativas de TEPT y depresión en mujeres de todo el mundo.

La violencia sexual se puede asociar también con problemas en el uso de sustancias, aunque esta asociación ha sido mucho menos investigada. Fazzone, Holton y Reed²¹ destacan algunas evidencias y conexiones entre ambos problemas de salud en las mujeres. Por ejemplo, que las mujeres alcohólicas tienen mayores probabilidades de notificar una historia de abusos en la infancia que las mujeres no alcohólicas,^{22,23} y que las mujeres en recuperación del uso de sustancias manifiestan con más frecuencia una historia de traumas violentos y tienen mayor posibilidad de ser diagnosticadas con un trastorno de estrés postraumático.²⁴

Existe poca investigación acerca de los efectos de la violación en las vidas y la salud mental de las mujeres en los países en desarrollo. En México, se cuenta con algunos reportes de estudios relacionados con los efectos de la violación en la salud mental^{25,26} y los derivados de la atención clínica a estos casos,^{27,*‡} los cuales documentan que esta violencia suele tener consecuencias muy severas en cuanto a síntomas postraumáticos, depresivos y ansiosos.

El presente trabajo pretende estimar la frecuencia de los diferentes tipos de violencia sexual experimentados por una muestra de mujeres que vivían con una pareja y que habían acudido en busca de atención médica a un centro de salud al sur de la ciudad de México. Se analiza si existe una asociación entre la violencia sexual y algunos problemas de salud mental, como la sintomatología depresiva, la ideación y el intento suicida y el uso alguna vez en la vida de alcohol u otras sustancias tóxicas.

Cuadro I

CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA SEXUAL

Consecuencias somáticas

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

Consecuencias psicológicas

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

Reacciones psicofisiológicas

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

* González SR, Meléndez ZZ, Rosas BA, Pérez MK. Agresión sexual. Revisión teórica y aportaciones de investigación del fenómeno de: violación en adultos, abuso sexual a menores, y sobrevivientes al abuso sexual en la infancia. Programa de Atención Integral a Víctimas y Sobrevivientes de Agresión Sexual, PAIVSAS. Facultad de Psicología. México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México, 1997. Documento no publicado.

‡ González SR, Rosas BA. Casuística general de los 100 primeros casos atendidos en el PAIVSAS. Sobrevivientes al abuso sexual en la infancia. Programa de Atención Integral a Víctimas y Sobrevivientes de Agresión Sexual, PAIVSAS. México, Facultad de Psicología. México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México, (s.f.). Documento no publicado.

Material y métodos

Se llevó a cabo un estudio transversal y *ex post facto* en un centro de salud de la ciudad de México. El muestreo fue de tipo probabilístico y propositivo. Se estableció como parámetro de referencia el número de consultas registradas durante el año anterior al estudio y equivalente al periodo en que se levantaría la información. Para la estimación del tamaño de muestra se aceptó una prevalencia de violencia doméstica de 57% a partir de lo notificado en la zona metropolitana de Guadalajara, Jalisco, por Ramírez y Uribe.²⁸ Se estimó un intervalo de confianza de 95% y un error β de 0.05; la fórmula empleada fue:

$$n = \frac{N p q}{(N-1) D + p q}$$

N= 1 542 consultas al mes

p= proporción de maltrato reportado en otros estudios (0.57)

q= 1-p (proporción de no maltrato) 1-.57= 0.43

D= intervalo de confianza al 95%

$$D = \frac{B^2}{4}$$

β = error β = 0.05

$$D = \frac{(0.05)^2}{4} = 0.00063$$

$$n = \frac{(1\ 542)(0.57)(0.43)}{(1\ 541)(0.000625) + (0.57)(0.43)0.963125 + 0.2451} = \frac{377.9442}{1.21} = 377.9442$$

El tamaño de muestra obtenido fue de 312 mujeres. Considerando las posibles pérdidas (10%), el grupo de estudio se conformó por 345 mujeres.

Los criterios de inclusión fueron: a) mujeres de 18 a 65 años, que se encontraran viviendo con su pareja por lo menos en el último año, y b) participación voluntaria bajo consentimiento informado.

La información se obtuvo por medio de un cuestionario estructurado aplicado en una entrevista cara a cara para facilitar la comunicación. Las entrevistadoras fueron dos estudiantes de psicología capacitadas para participar en el estudio y una de las coautoras. La información se obtuvo durante los meses de febrero y marzo de 1998.

El instrumento fue construido con la finalidad de detectar antecedentes de maltrato en la familia de origen, de violencia sexual en la vida, formas y frecuencia de maltrato emocional, físico y sexual ejercidos por

la pareja varón, consecuencias físicas y problemáticas relacionadas con la salud mental, como sintomatología depresiva, ideación e intento suicida y consumo de drogas y alcohol.²⁹

Para este trabajo se presentan los siguientes apartados: a) violencia sexual; b) violencia sexual por parte de la pareja; c) sintomatología depresiva e ideación suicida; d) intento suicida; e) uso de alcohol y otras drogas alguna vez en la vida.

Violencia sexual. Se elaboraron reactivos específicos sobre tres formas de violencia sexual: a) haber sido objeto de tocamientos corporales contra la voluntad; b) haber tocado sexualmente a otra persona contra la voluntad, y c) haber tenido relaciones sexuales forzadas contra la voluntad (violación). Todas estas se exploraron fuera del contexto de la pareja íntima actual. A los casos que reportaron alguna de estas violencias, se les preguntó sobre la edad de ocurrencia del suceso y la relación con el agresor. En los casos de violación se realizaron preguntas relacionadas con haber hablado o no acerca del suceso con alguien, sobre la solicitud de ayuda y si se presentó alguna denuncia legal.

Violencia sexual por parte de la pareja. Para evaluar la violencia sexual por parte de la pareja íntima se utilizaron algunos reactivos del cuestionario de maltrato sexual desarrollado por Ramírez y Patiño,³⁰ que hace referencia a 13 diferentes conductas que son evaluadas en cuanto a su presencia, tanto alguna vez en la vida como en el último año.

Sintomatología depresiva e ideación suicida. La sintomatología depresiva se evaluó a partir de las respuestas dadas a la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D, por sus siglas en inglés), construida originalmente por Radloff,³¹ en su versión para población mexicana, la cual ha obtenido una alta confiabilidad ($\alpha=0.93$).³² La escala está compuesta por 20 reactivos que evalúan la presencia y frecuencia de manifestaciones de afecto deprimido, sentimientos de culpa y minusvalía, sentimientos de desesperanza y desamparo, retardo psicomotor, pérdida del apetito y trastornos del sueño durante la semana previa a la aplicación. Para este estudio definimos como casos de sintomatología depresiva elevada a aquellas mujeres que, según la distribución de la propia población, obtuvieron un puntaje mayor o igual a la media más una desviación estándar. Esta escala incluye cuatro reactivos más que evalúan la ideación suicida ($\alpha=0.74$), los cuales fueron aplicados para determinar también los casos de ideación suicida elevada con base en la distribución de la propia población: un puntaje mayor o igual a la media más una desviación estándar.

Intento suicida. Con el objeto de investigar la conducta suicida se incluyó un reactivo construido y probado por González-Forteza³³ en población adolescente que hace referencia a si la persona se ha herido, cortado, intoxicado o hecho daño alguna vez con el fin de quitarse la vida.

Uso de alcohol y otras drogas alguna vez en la vida. Para medir el uso de alcohol y otras drogas se elaboraron varias preguntas que evalúan el consumo de alcohol, el uso de medicamentos –como los tranquilizantes y los antidepresivos–, y sustancias ilegales –como la marihuana y la cocaína– alguna vez en la vida, la frecuencia de uso y problemas asociados al consumo. Estas preguntas fueron construidas con base en la experiencia de una de las coautoras de este artículo, cuyo campo específico de investigación es el consumo de drogas en población femenina.^{34,35}

Resultados

En el cuadro II se observa que la edad promedio de las participantes fue de 31.8 años; 71% tenía entre 18 y 35 años. Casi la tercera parte de la muestra mencionó estar casada. El 65.2% se desempeñó como ama de casa, y el resto reportó realizar algún trabajo remunerado, ya sea dentro o fuera del hogar. El promedio de hijos fue de dos. El 58.6% de las mujeres había alcanzado estudios de nivel medio y medio superior, y prácticamente la mitad (47.5%) conformaban familias nucleares –pareja e hijos viviendo juntos exclusivamente–; el resto eran familias extensas o recompuestas.

Frecuencia y características de la violencia sexual

De las mujeres entrevistadas, 64 (19%) señalaron que al menos alguna vez en su vida habían sido objeto de tocamientos sexuales en contra de su voluntad; 37 (11%) habían sido violadas, es decir, habían sido forzadas a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad, y 17 (5%) habían sido forzadas a tocar los órganos sexuales de otra persona en contra de su voluntad. En total, 71 mujeres (21%) habían experimentado al menos una de estas formas de violencia; 39 (11.3%) habían sufrido una violencia; 27 (8%), dos, y 7 (2%), tres violencias, respectivamente.

De las mujeres que habían sido tocadas sexualmente en contra de su voluntad, 26 (41%) señalaron que los perpetradores eran conocidos no familiares; 25 (39%) reportaron a parientes –incluyendo a padres y hermanos–, y 13 (20%), a desconocidos. Las edades en las que ocurrió el abuso fueron entre los 3 y los 43 años, con una media de 11.5 años y una desviación es-

Cuadro II
DATOS DEMOGRÁFICOS DE LA MUESTRA PARA EL ESTUDIO
SOBRE VIOLENCIA SEXUAL Y PROBLEMAS ASOCIADOS.
MÉXICO, 1998

	F	%
Edad		
10-25 años	126	37
26-35 años	119	34
36-45 años	59	17
46-55 años	29	8
56-65 años	12	4
Estado civil		
Casada	253	73
Unión libre	92	27
Escolaridad		
Sin escolaridad	17	5
Primaria	110	32
Sec./prep./téc.	202	58
Profesional	16	5
Ocupación		
Ama de casa/empleada	120	35
Ama de casa	225	65
Número de hijos		
Ninguno	57	17
1 o 2	191	55
3 o más	97	28
Personas con las que vive		
Pareja	38	11
Pareja/hijos	164	48
Pareja/hijos/parientes	143	41

n= 345
Sec./prep./téc.: secundaria, preparatoria, escuela técnica

tándar de 7.33. Un 60% de estos abusos ocurrieron antes de los 12 años.

Por su parte, siete (43%) de las mujeres que habían sido forzadas a tocar sexualmente a otra persona informaron que los principales agresores fueron parientes cercanos o lejanos; seis señalaron a conocidos (37%), y dos (13%), a desconocidos. La mitad de estos abusos ocurrieron cuando las mujeres tenían siete años o menos. La media de edad fue de 10.5 años, con una desviación estándar de 6.03, en un rango de entre 5 y 24 años de edad.

Entre las mujeres que refirieron haber sufrido una violación, 10 (27%) reportaron a un desconocido como el perpetrador, siete (18%) a un conocido, cinco (14%)

señalaron al novio y en 10 (27%) casos se responsabilizó al padre, un tío, un primo, un hermano y otro familiar; cinco (14%) mujeres no respondieron esta pregunta. Cabe señalar que 50% (n=18) de estas violencias ocurrieron antes de los 19 años, y 53% (n=19) de las violaciones ocurrieron más de una vez.

Un total de 21 mujeres (57%) señalaron no haber platicado con alguien sobre lo ocurrido. De quienes sí lo habían hecho, ocho (50%) lo expusieron a familiares, cinco a un médico (31%), tres a otros profesionales de la salud (19%), cuatro a una amiga (25%) y dos a otras personas sin especificar (12%). Solamente 16% de las mujeres violadas hicieron una denuncia legal, es decir, poco menos de dos por cada 10 casos.

Respecto a las diversas formas de violencia sexual experimentadas con la pareja actual, tanto alguna vez en la vida, como en el último año, y tomando el criterio de alguna vez en la vida, observamos que un total de 78 mujeres (23%), es decir, casi una de cada cinco, reportaron que su pareja les había exigido tener relaciones sexuales sin que ellas lo desearan y 47 (14%) habían sido forzadas a tener relaciones sexuales contra su voluntad. Porcentajes similares (7%) reportaron que habían tenido relaciones sexuales anales contra su voluntad y otro tipo de actividades sexuales (24 mujeres, respectivamente); 82 mujeres reportaron haber sufrido una o más de estas violencias en la vida, y 67, en el último año (24% y 19%, respectivamente).

Si consideramos a las mujeres que han experimentado al menos una violencia sexual, ya sea por parte de la pareja como por otras personas, se observa que el porcentaje se eleva a 34%. De esta forma podemos decir que una de cada tres mujeres entrevistadas había sufrido alguna forma de violencia sexual en su vida.

Problemas de salud mental

Para observar la relación de estas violencias con problemas de salud mental, clasificamos a las mujeres en los siguientes grupos:

- Mujeres que no reportaron violencia sexual (n=228, 66%).
- Mujeres que reportaron haber sufrido al menos una forma de violencia sexual fuera del ámbito de la pareja alguna vez en la vida (n=50, 15%).
- Mujeres que reportaron al menos una forma de violencia sexual por parte de la pareja en el último año (n=43, 13%).
- Mujeres que reportaron haber experimentado al menos una forma de violencia sexual fuera del ám-

bito de la pareja alguna vez en la vida, y al menos una forma de violencia sexual en el contexto de esta relación en el último año (n=24, 7%).

Con base en estos grupos realizamos pruebas estadísticas de ji cuadrada para observar posibles diferencias en malestar depresivo, ideación e intento suicida, y consumo de alcohol y otras drogas.

Como se observa en el cuadro III, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la depresión, la ideación y el intento suicida. La mitad de las mujeres que habían sufrido violencia sexual dentro y fuera de la relación de pareja, así como de las que la habían sufrido exclusivamente en el contexto de la relación íntima, mostraron ser casos de depresión en porcentajes significativamente más elevados que los otros grupos [ji cuadrada= 45.79, (339, 3) gl, $p<0.001$]. En estos mismos grupos, las mujeres presentaron también porcentajes más elevados de ideación suicida comparativamente con las otras mujeres [ji cuadrada= 21.97 (342, 3)gl $p<0.001$]. Una cuarta parte de las mujeres con experiencias de violencia sexual dentro y fuera de la relación de pareja, así como las que las habían sufrido fuera del contexto íntimo, habían intentado suicidarse en un porcentaje significativamente más elevado que los otros grupos [ji cuadrada= 24.86 (342,3)gl $p<0.001$].

En el cuadro IV se presenta el consumo de alcohol u otras drogas alguna vez en la vida. No se reportaron diferencias significativas en el uso de alcohol, pero sí en el uso de psicofármacos (antidepresivos, anfetaminas, tranquilizantes y estimulantes). Las mujeres que habían sufrido violencia sexual por parte de la pareja o por otras personas, seguidas por las que habían sufrido alguna violencia sexual fuera del contexto íntimo, presentaron un uso significativamente más elevado de psicofármacos que los otros grupos [ji cuadrada= 9.94 (342,3) gl $p>0.05$]. Asimismo, destacó que en particular las mujeres que habían sufrido violencia sexual fuera de la relación íntima, seguidas por las que la habían experimentado dentro y fuera de este contexto, habían usado alguna vez en su vida marihuana en porcentajes más elevados que las que no habían sufrido violencia [ji cuadrada= 6.16 (300,2) gl $p>0.05$], no presentándose consumo de estas drogas en aquellas que habían sufrido exclusivamente violencia sexual por parte de la pareja. En el caso de las mujeres con violencia sexual perpetrada por parte de otras personas que no fueran la pareja, se reportó un porcentaje más elevado de uso, alguna vez en la vida, de marihuana comparativamente con las que no habían sufrido violencia sexual [8.94% (277,1) gl

Cuadro III
**PROBLEMAS ASOCIADOS CON LA SALUD MENTAL EN MUJERES QUE HAN SUFRIDO
 Y NO HAN SUFRIDO ALGUNA VIOLENCIA SEXUAL. CIUDAD DE MÉXICO, 1998**

	Experiencias de violencia				Total n= 345	χ^2
	Sin violencia sexual n= 228	Violencia sexual en la pareja y fuera de ella n= 24	Violencia sexual no pareja n= 50	Violencia sexual en la pareja n= 43		
Casos de depresión*	24 (11%)	12 (50%)	14 (28%)	20 (46%)	71 (20%)	3 gl, $p < 0.001$
Casos de ideación suicida	15 (7%)	7 (29%)	9 (18%)	11 (26%)	42 (12%)	3 gl, $p < 0.05$
Casos de intento suicida	12 (5%)	6 (25%)	13 (26%)	6 (14%)	37 (11%)	3 gl, $p < 0.01$

n= 345

* Calculado sobre 342 casos

Cuadro IV
**CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS ALGUNA VEZ EN LA VIDA EN MUJERES
 QUE HAN SUFRIDO Y NO HAN SUFRIDO ALGUNA VIOLENCIA SEXUAL. CIUDAD DE MÉXICO, 1998**

	Experiencias de violencia				Total n= 345	χ^2
	Sin violencia sexual n= 228	Violencia sexual en la pareja y fuera de ella n= 24	Violencia sexual no pareja n= 50	Violencia sexual en la pareja n= 43		
Alcohol	38 (17%)	5 (21%)	3 (26%)	8 (19%)	64 (19%)	ns
Psicofármacos	27 (12%)	7 (29%)	13 (26%)	8 (19%)	55 (19%)	3 gl, $p < 0.05$
Marihuana*	2 (1%)	1 (4%)	3 (6%)	0	6 (2%)	2 gl, $p < 0.05$
Cocaína†	1 (0.5%)	0	3 (6%)	0	4 (1%)	1 gl, $p < 0.01$

n= 345

* Análisis parcial con tres grupos

† Análisis parcial con dos grupos

ns: no significativo

$p < 0.01$]; no se reportó el uso de esta droga en los otros dos grupos.

Discusión

Aunque el presente trabajo fue realizado en una muestra amplia de mujeres, no podemos decir que es representativa de las usuarias de este servicio. De hecho, funcionó principalmente como un estudio exploratorio mediante el cual se pueden elaborar hipótesis que tendrán que probarse en futuros estudios. Sin embargo, consideramos que es un esfuerzo importante para empezar a abordar un problema tan silenciado socialmente. Precisamente, por lo delicado del tema, creemos que el consentimiento informado de estas mujeres fue esencial para lograr un clima de confianza y una buena respuesta al instrumento. En este sentido, la información obtenida puede aceptarse como válida, considerando que estamos *confiando* en la palabra de

estas mujeres en términos de las experiencias de violencia sexual, y que otras variables como el malestar depresivo y la ideación suicida fueron medidos con instrumentos validados previamente en México. Asimismo, el intento suicida y el uso de drogas fueron abordados con indicadores probados previamente.

Con estas consideraciones, vale la pena enfatizar en que lo reportado por estas mujeres mostró que la violencia sexual es un problema que ha sido experimentado frecuentemente y que parece no dejar espacio alguno de seguridad: ocurre tanto en el contexto de la familia de origen, como en los espacios públicos y en las relaciones íntimas. Este estudio muestra un porcentaje elevado de reportes de violación, en comparación con lo encontrado en otras investigaciones en nuestro país, lo que por supuesto puede deberse a una característica especial de estas mujeres, pero también a que, como mencionamos, la investigación fue realizada en el ámbito de un servicio de salud y con mayor

privacidad, seguridad y anonimato para las mujeres, en comparación con la situación que se presenta en las encuestas en hogares.

Lo anterior confirma, por un lado, la necesidad de seguir haciendo esfuerzos para realizar estudios representativos que permitan confirmar la alta frecuencia con la que se presentan estas formas de violencia contra la mujer. Por otro lado, muestra que, desafortunadamente, una gran cantidad de estos actos de violencia suelen ser perpetrados por varones que tienen una relación cercana con las mujeres: amorosa, familiar, de amistad, de trabajo. Asimismo, manifiesta la importancia de dirigir nuestra atención al abuso sexual cometido en la infancia y en la adolescencia, pues, siguiendo a Rojas Marcos,³⁶ este tipo de experiencias de abuso socavan los principios y las normas que dan razón y sentido a la vida, destruyendo en las personas la confianza más elemental, la autoestima y el orden de la existencia.

Como mencionan González, Meléndez, Rosas y Pérez* el abuso sexual se puede definir como "cualquier hecho en el que se involucra una actividad sexual inapropiada para la edad de la/el menor, se le pide que guarde el secreto sobre dicha actividad y/o se le hace percibir que si lo relata provocará algo malo a sí misma, al perpetrador y/o a la familia [...]. Este tipo de experiencias son consideradas extrañas y desagradables para la/el menor". Lo encontrado en las mujeres participantes en este estudio concuerda con datos nacionales e internacionales respecto a que el abuso sexual en las mujeres suele ocurrir en edades tempranas, aunque también ocurre o puede durar hasta la adolescencia.³

Aun cuando los perpetradores con frecuencia son familiares o conocidos de la víctima con quien guardan una relación personal muy estrecha, no deja de preocupar el alto porcentaje de violaciones cometidas por desconocidos. Esto parece evidenciar que, efectivamente, la violencia sexual que ejercen los varones contra las mujeres es estructural y social, aunque sus efectos parezcan individuales, pues florece en un terreno de desigualdad de acceso al poder y a los bienes sociales y personales.

Un hecho preocupante es el silencio de las víctimas, el cual debemos de profundizar y tratar de com-

prender. Se ha mencionado que este silencio tiene mucho que ver con las creencias socioculturales en relación con la violación. Al respecto, Hercovich³⁷ apunta que en los discursos dominantes sobre la violación, que son organizados por la racionalidad patriarcal, la mujer que es violada "verdaderamente" debe sentirse avergonzada y por tanto debe quedarse callada. Resultados de estudios cualitativos con mujeres mexicanas parecen apuntar a que, efectivamente, existen creencias de que si la mujer habla sobre una violación, sobre todo cuando ocurre en el contexto de las relaciones íntimas, será objeto de suspicacia.^{38,39} Por todo lo anterior, puede pensarse que el silencio social que se guarda en torno al suceso se puede deber a que ante estas experiencias queda en entredicho la solvencia, la vigencia y la idoneidad de la sociedad y de su base constitutiva: la familia.¹⁶

Sin embargo, el que las mujeres reportaran que han platicado de lo ocurrido con médicos y profesionales de la salud, hace evidente que el contexto del sistema de salud es privilegiado para detectar la violencia contra las mujeres y los menores, por lo que se hace necesario proponer y desarrollar programas de sensibilización y capacitación para este personal, con la finalidad de llevar a cabo una adecuada intervención ante las consecuencias que genera en la salud.

Según nuestros resultados, esta violencia parece asociarse con algunos problemas de salud mental pero, por supuesto, no estamos hablando de que ésta sea su causa. Destacan problemas de depresión, de ideación suicida y de intento suicida, los cuales parecen presentarse en mayor medida en las mujeres que han sufrido cualquier forma de violencia sexual, pero muy particularmente parecen impactar más a quienes la habían sufrido en la relación íntima, o cuando se habían experimentado también otras violencias sexuales en la vida.

En cuanto al consumo de drogas, llaman la atención las diferencias encontradas en los psicofármacos, cuyo uso alguna vez en la vida se asoció con la violencia sexual. Estudios internacionales han encontrado resultados similares, lo que debe hacernos reflexionar en la posibilidad de que haya un exceso en la medicación de las mujeres cuando presentan algún malestar, como lo plantea Burín.⁴⁰ Por otro lado, también es posible que algunas mujeres que han sufrido alguna violencia sexual queden tan alteradas psicológicamente que traten de anestesiar el malestar utilizando sustancias psicoactivas. Ambas hipótesis requieren ser exploradas a futuro.

Asimismo, es necesario llevar a cabo más investigación tendiente a profundizar en la asociación que se presenta entre la violencia sexual fuera del contexto

* González SR, Meléndez ZZ, Rosas BA, Pérez MK. Agresión sexual. Revisión teórica y aportaciones de investigación del fenómeno de: violación en adultos, abuso sexual a menores, y sobrevivientes al abuso sexual en la infancia. Programa de Atención Integral a Víctimas y Sobrevivientes de Agresión Sexual, PAIVSAS. Facultad de Psicología. México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México, 1997. Documento no publicado.

íntimo –la cual, como observamos, tiende a ser experimentada frecuentemente en la infancia y la adolescencia– y el consumo de drogas ilegales como la marihuana y la cocaína, considerando que cada vez hay una oferta mayor de éstas.

Es innegable que han existido cambios legislativos y medidas de apoyo a las mujeres víctimas de delitos sexuales, que cada día existen más campañas de sensibilización y denuncia de los mismos, pero falta aún mucho por hacer en diferentes niveles para acabar con esta violencia. El sistema de salud tiene en este sentido una tarea que incluye capacitar al personal de salud para poder hacer frente al compromiso de brindar atención a los distintos casos, y en la medida de lo posible, prevenir tempranamente, en especial en menores. Sin embargo, detener la violencia sexual será imposible si no existen políticas más amplias que posibiliten un cambio social a favor de las mujeres y un cuestionamiento de los supuestos culturales que siguen reproduciendo relaciones desiguales entre éstas y los varones.

Referencias

- Organización de las Naciones Unidas. Resolución Naciones Unidas 48/104, diciembre de 1993.
- Koss M, Heise L, Russo NF. The global health burden of rape. *Psychol Women Quart* 1994;8:499-527.
- Russo NF, Koss MP, Ramos L. Rape: Cultural definitions and health outcomes. En: Ussher JM, ed. *Women's health. Contemporary international perspectives*. Leicester, UK: The British Psychological Society, 2000: 129-142.
- Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M. Ending violence against women. Baltimore: Johns Hopkins University School of Public Health/Population Information Program (Population Reports, Series L, núm. 11), 1999.
- Maquieira V, Sánchez C. Introducción. En: Maquieira V, Sánchez C, comps. *Violencia y sociedad patriarcal*. Madrid: Editorial Pablo Iglesias, 1990.
- Naciones Unidas. Situación de la mujer en el mundo, 1995. Tendencias y estadísticas. Nueva York: Naciones Unidas, 1995.
- Centro de Documentación e Información de la Mujer CEDIM/Fondo de Naciones Unidas para la Infancia UNICEF. Un aporte contra la violencia hacia la mujer y la niñez (bibliografía comentada). Managua: CEDIM, 1993.
- León G. Del encubrimiento a la impunidad. Diagnóstico sobre violencia de género, Ecuador, 1989-1992. Quito: CEIME Ediciones, 1995.
- Muñoz SMA. Proyecto de antisocialidad y control. Plan 1983-1985. Cifra oculta. México, D.F.: Cuadernos del Instituto de Ciencias Penales, 1984.
- Ramos L. Un modelo explicativo del miedo a la victimización y sus consecuencias en dos comunidades de la ciudad de México (tesis de maestría en Psicología Social). México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México, 1990.
- Ramos L. Impacto de la experiencia directa de victimización criminal en el miedo a la victimización (tesis de doctorado en Psicología Social). México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México, 1994.
- Secretaría de Gobernación. Alianza para la igualdad. Programa Nacional de la Mujer 1995-2000. México, D.F.: Secretaría de Gobernación, 1996.
- Olamendi P. La violencia contra la mujer en México. *FEM* 1997;21(170): 4-6.
- Foa EB, Rothbaum BO. Treating the trauma of rape. *Cognitive-behavioral therapy for PTSD*. Nueva York: The Guildford Press, 1998.
- Koss M, Goodman LA, Browne A, Fitzgerald L, Keita GP, Russo NF. No safe haven: Male violence against women at home, at work and in the community. Washington, D.C.: Am Psychol Association, 1994.
- Stepakoff S. Effects of sexual victimization on suicidal ideation and behavior in U.S. college women. *Suicide Life-Threaten Behav* 1998;28: 107-126.
- Pérez-del Campo N. A. Una cuestión incomprendida. El maltrato a la mujer. Madrid: Editorial Horas y Horas, 1995; Cuadernos Inacabados, núm. 21.
- López-Sánchez F. Abusos sexuales a menores. Lo que recuerdan de mayores. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, 1994.
- Hartman CR, Burgess AW. Treatment of victims of rape trauma. En: Wilson JP, Raphael B, eds. *International handbook of traumatic stress syndromes*. Nueva York: Plenum Press, 1993.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4a. edición. Washington, D.C.: APA, 1994.
- Fazzone PA, Holton JK, Reed BG. Substance abuse treatment and domestic violence. *Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 25*. Rockville: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1997.
- Miller BA, Downs WR, Testa M. Interrelationships between victimization experiences and women's alcohol use. *J Stud Alcohol* 1993;11 suppl:109-117.
- Hein D, Scheier J. Trauma and short-term outcome for women in detoxification. *J Subst Abuse Treat* 1996;13:227-231.
- Fullilove M, Fullilove R, Smith M, Winkler K, Michael C, Panzer P et al. Violence, trauma, posttraumatic stress disorder among women drug users. *J Traum Stress* 1993;6:533-543.
- Kort E. Secuelas emocionales a largo plazo en víctimas de violación (tesis de doctorado en Psicología). México, D.F.: Universidad Iberoamericana, 1990.
- Ramos L, Esteban J, Saltijeral MT, Caballero MA. Necesidades de atención a la salud mental en mujeres violadas. *Salud Mental* 1997;20 supl 2:47-54.
- González SR. Informe preliminar sobre algunos aspectos de la investigación en sobrevivientes de abuso sexual en la infancia. *Boletín Salud Reproductiva y Sociedad*. México, D.F.: El Colegio de México 1995;2(6-7):14-17.
- Ramírez-Rodríguez JC, Uribe-Vázquez G. Mujeres y violencia: un hecho cotidiano. *Salud Publica Mex* 1993;35:148-160.
- Saltijeral MT, Ramos L, Caballero MA. Las mujeres que han sido víctimas de maltrato conyugal: tipos de violencia experimentada y algunos efectos en la salud mental. *Salud Mental* 1998;21:10-18.
- Ramírez JC, Patiño MC. Algunos aspectos sobre la magnitud y trascendencia de la violencia doméstica contra la mujer: un estudio piloto. *Salud Mental* 1997;20(2):5-16.
- Radloff L. The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Meas* 1977;1:385-401.
- Medina-Mora ME, Rascón ML, Tapia RE, Mariño MC, Juárez F, Villatoro J et al. Trastornos emocionales en población urbana mexicana: resultados de un estudio nacional. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría* 1992;48-55.
- González-Forteza C, Mariño MC, Rojas E, Mondragón L, Medina-Mora ME. Intento de suicidio en estudiantes de la ciudad de Pachuca, Hidalgo, y su relación con el malestar depresivo y el uso de sustancias. *Rev Mex Psicol* 1998;15(2):165-175.
- Romero M. Estudio de las adicciones en mujeres y su relación con otros problemas de salud mental. Tesis de Doctorado en Antropología. México, D.F.: Facultad de Filosofía y Letras. Universidad Nacional Autónoma de México, 1998.

35. Romero M, Medina-Mora ME. Las adicciones en mujeres: problema genéricamente construido. En: De Agostini C, comp. Con ganas de vivir... Una vida sin violencia es derecho nuestro. México, D.F.: Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas/Oficina Regional para México y Centroamérica, 1998:7-23.
36. Rojas ML. Las semillas de la violencia. Madrid: Espasa Calpe, 1995.
37. Hercovich I. De la opción "sexo o muerte" a la transacción "sexo por vida". En: Fernández AM, ed. Las mujeres en la imaginación colectiva: una historia de discriminación y resistencia. Buenos Aires: Paidós, 1992.
38. Ramos L, Saltijeral MT, Caballero MA. Raped women in Mexico: Subjective experience and mental health effects. Trabajo presentado en el 24th Congress of Applied Psychology. International Association of Applied Psychology. Agosto 11, San Francisco, California, 1998.
39. Ramos L, Koss M, Russo NF. Mexican American women's definitions of rape and sexual abuse. *Hispan J Behav Sci* 1999;21(3):236-265.
40. Burin M. Estudios sobre la subjetividad femenina. Mujer y salud mental. Buenos Aires: Grupo Editor Latinoamericano, 1987.