

Chaotic families and their implication with sexual abuse and the consumption of addictive substances

Aurelio Martínez García^a

^aConsejo Estatal Contra las Adicciones, Jalisco, México (CECAJ).

Historia editorial

Recibido: 31-10-2018

Primera revisión: 28-11-2018

Aceptado: 14-12-2018

Palabras clave

familias caóticas, abuso sexual, adicciones

Resumen

Esta investigación tiene el objetivo de indagar la relación existente entre el tipo de familia caótica (aquella que presenta conductas como abandono, separación, divorcio y violencia) y/o el abuso sexual con la edad de inicio de consumo de sustancias adictivas en usuarios que acuden a los establecimientos de tratamiento residencial en Jalisco, México. La metodología fue cuantitativa y el diseño del estudio es de tipo observacional, transversal y correlacional. Se aplicaron 395 encuestas a usuarios, 62 mujeres y 333 hombres, en 18 establecimientos que tienen reconocimiento otorgado a través del Consejo Estatal Contra las Adicciones en Jalisco. Las hipótesis planteadas son: 1) A mayor grado de caos familiar menor es la edad de inicio de consumo de sustancias adictivas. 2) A mayor frecuencia de abuso sexual (número de experiencias sexuales abusivas) menor es la edad de inicio de consumo de sustancias adictivas. Conforme a nuestros resultados ambas hipótesis se pueden sostener. Por lo que se puede concluir que una particularidad significativa de las personas que participaron en la investigación, es que experimentaron en algún momento de su vida relaciones familiares caotizantes y/o abuso sexual, lo cual interviene en el inicio del consumo de sustancias y también influye para iniciar el tratamiento.

Abstract

This research has the objective of investigating the relationship between the type of chaotic family (those that present behaviors such as abandonment, separation, divorce and violence) and /or sexual abuse with the age at which addictive substances start to be used by users who come to residential treatment facilities in Jalisco, Mexico. The methodology used was quantitative, and the study design is observational, transversal and correlational. In this research, 395 surveys were applied to users, 62 women and 333 men, in 18 establishments recognized by Consejo Estatal Contra las Adicciones (the State Council against Addictions) in Jalisco. The hypotheses proposed are: 1) the greater the grade of family chaos, the lower the age of beginning the consumption of addictive substances. 2) The higher the frequency of sexual abuse (number of abusive sexual experiences), the lower the age of beginning the use of addictive substances. According to our results both hypotheses can be sustained. Therefore we can conclude that a significant feature of the people, who participated in the investigation, is that they experienced at some point in their life, chaotic family relationships and / or sexual abuse, which influenced in the beginning of substance use and also impacts to start the treatment.

Keywords

chaotic families, sexual abuse, addictions

Esta investigación tuvo como objetivo indagar, en personas que fueron atendidas en centros de tratamiento residencial para usuarios de sustancias adictivas acreditados por el Consejo Estatal Contra las Adicciones de Jalisco (CECAJ), la relación existente entre el tipo de familia caotizante y/o haber vivenciado abuso sexual con la edad de inicio de consumo de sustancias adictivas (SA).

Es de interés este tema, ya que el abuso de SA constituye uno de los problemas de salud pública de nuestra época que se presenta tanto a nivel nacional como internacional. Este fenómeno, afecta sin distinción de sexo, estrato social o región del país, incidiendo principalmente en niños y adolescentes, quienes utilizan cada vez sustancias más dañinas. Actualmente, el consumo de SA se percibe como un problema emergente de la adolescencia, el 94% de las personas que reportan inicio del consumo lo realizaron antes de los 19 años, Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, Jalisco, 2016 (SISVEA 2016).

En lo que respecta al consumo de SA se ha presentado un incremento; así lo demuestra la Encuesta Nacional de Adicciones (2011). En el 2002 la tendencia de consumo de cualquier droga era de 1.3% mientras que ya para el 2011 era de 1.8%. El incremento más notorio se ha visto en el consumo de los hombres, puesto que en el 2002 era de 2.2% y ya para el 2011 de 3.0%. En el caso de las mujeres, en el mismo período el aumento fue de apenas 0.2%. También se ha visto un notorio incremento del consumo de SA en poblaciones menores de edad, de 12 a 17 años, en 2002 era de 0.8% y en 2011 ya representaba un 1.6%. De todo esto se sigue que el consumo de sustancias en México es un problema de graves consecuencias tanto para la salud pública como para las políticas de Estado y la calidad de vida de las personas.

ABUSO SEXUAL Y CONSUMO DE SA

En México, en el año de 1998 se realizó la Encuesta Nacional de Uso de Drogas en la Comunidad Escolar (Medina-Mora, 1998) con una muestra de 61,779 alumnos y alumnas de secundaria y preparatoria (51.8% hombres y 47.1% mujeres). Dicha encuesta menciona que la prevalencia de adolescentes víctimas de abuso sexual es de 4.3%, no encontrando diferencias significativas entre hombres y mujeres. Las Encuestas Nacionales de Estudiantes realizadas posteriormente no han incluido la variable de abuso sexual.

Otro dato significativo lo encontramos en un estudio realizado en Los Ángeles, California en el año de 1998 (Burnam et al., 1988), donde se demostró la relación entre violencia sexual en adolescentes y consumo de drogas. Observaron tasas más altas de abuso y dependencia al alcohol entre mujeres que fueron víctimas de abuso sexual que entre las que no fueron víctimas (18.38 % vs. 13.80 %); lo mismo sucedió con las cifras de abuso de drogas o dependencia (20.41% vs. 5.49 %). La investigación no ofrece datos en hombres.

En España se realizó un estudio en el año de 2010 por la institución *Proyecto Hombre* (Pérez, Lara y González, 2010), en mujeres y hombres que recibieron tratamiento en comunidad terapéutica por dependencia a sustancias psicoactivas, encontrando una correlación significativa positiva entre al consumo de drogas y haber sufrido abuso sexual por un adulto durante la infancia o adolescencia. El estudio fue realizado con mujeres y hombres que han estado en tratamiento terapéutico por dependencia a sustancias adictivas. Los datos que refieren Pérez, Lara y González (2010) es que el hombre es más propenso a ser víctima de la agresión física, (31%) que en las mujeres (21%). Por su parte, la mujer es más propensa a la agresión sexual, mujeres (12.8%) que los hombres (4.3%).

En el mismo año, Redondo y Santos (2010), en la comunidad de Castillo y León, publicaron un estudio donde mostraron los siguientes datos porcentuales: el 30% de las mujeres en tratamiento, tanto ambulatorio como residencial por problemas de adicción habían sufrido maltrato físico, el 44.9% había experimentado maltrato psicológico y el 18,4% abuso sexual. La investigación no ofrece datos en población masculina.

Fernández (2006) es la única fuente encontrada en México, que presenta en sus resultados la relación entre los factores de consumo de sustancias, violencia y abuso sexual. Esta autora afirma que la violencia en la familia, la violencia en la escuela, la violencia sexual, están directamente relacionados a los excesos de consumo. Los datos referidos son: en noviazgo se presenta violencia física, golpes, en un 10% de los casos y violencia sexual el 5% de los casos, ambos datos en porcentajes los consideran alto o muy alto respectivamente. (Pág. 30-40).

López y del Campo (1999 citado por Pérez y Mestre, 2013) reconocen que los efectos a largo plazo de los abusos sexuales son difíciles de estudiar por la interferencia de otros factores (no presentan datos estadísticos), señalan como una de las consecuencias mejor comprobadas es la drogadicción. Apuntan que los efectos de los abusos sexuales pueden ser muy distintos, dependiendo del tipo de agresión, la edad del agresor y la víctima, el tipo de relación entre ambos, la duración de la agresión, la frecuencia de la agresión, la personalidad del niño agredido, la reacción del entorno, etc. (pág. 146).

Moreno, Prior y Monge (1998, citado por Pérez y Mestre, 2013), describen que las mujeres que sufrieron abusos sexuales en la infancia presentan mayores tasas de abuso y dependencia de sustancias. La población femenina referida presenta mayor porcentaje de: intentos de suicidio; mayores tasas de consumo de fármacos. Los autores aseveran que a mayor gravedad y frecuencia de los abusos mayores serán los índices de abuso y dependencia en el consumo de SA. (pág. 146).

Como podemos observar son escasos los estudios realizados, los datos epidemiológicos que presentan las investigaciones consultadas son parciales a un sexo y no se ha investigado la relación para ambos sexos en general, específicamente en el contexto mexicano. La ausencia de datos sólidos hace interesante la realización del presente estudio.

2. MARCO TEÓRICO

El presente trabajo parte de una premisa de Juan Luis Linares (2012) quien, basándose en Maturana, sostiene que “somos criaturas primariamente amorosas y secundariamente maltratantes (y maltratadas), y que enfermamos como resultado del maltrato” (pág. 61).

Acorde a la propuesta teórica de Linares, los niños tienen mejores opciones para construir una personalidad madura y equilibrada en una familia que presente buena nutrición relacional¹, lo que *se traduce en una conyugalidad² (o post-conyugalidad³) armoniosa y una parentalidad⁴ primariamente preservada* (Linares, 2012, pág.104).

Para dimensionar la nutrición relacional es fundamental comprender que: “Es un fenómeno complejo que exige se manifieste en todos sus componente, emocionales, cognitivos y pragmáticos, de modo que un bloqueo parcial cancela la efectividad del conjunto” (pág. 61). Algunos componentes emocionales fundamentales de la relación nutricional son el cariño y la ternura, sin embargo, son los más vulnerables en el corto plazo. El bloqueo de estos sentimientos puede dar lugar a la indiferencia. En el plano parento-filial, no es raro que la *ternura y el cariño* puedan cambiarse en irritación e hipercriticismo⁵, los cuales aparecen en los contextos triangulados, en los cuales el hijo

1 La nutrición relacional es un proceso comunicacional entre los padres y cada uno de los hijos para sentirse reconocidos, valorados, queridos y deseados (pág. 61).

2 Conyugalidad. Una de las dos dimensiones relacionales básicas en la familia de origen. Es la manera en que se relacionan entre sí los padres o las figuras que ejercen las funciones parentales, (pág. 69)

3 Post-conyugalidad. Cuando la separación o el divorcio disuelven la pareja parental, la conyugalidad no desaparece, puesto que los padres tienen que seguir relacionándose entre sí para cuidar de los hijos, sino que se convierte en post-conyugalidad, (Pág. 69).

4 Parentalidad. Consiste en la manera en que los padres, o figuras delegadas, ejercen las funciones parentales que vehiculizan el amor o nutrición relacional (pág.69).

5 Hipercriticismo. Aparece de forma específica ligado a la descalificación, resultado del bloqueo de la valoración, en la atmósfera relacional (pág.63).

La valoración también es importante para la nutrición relacional, consiste en apreciar las cualidades del otro, es un elemento cognitivo, cuando se ve comprometido genera un bloqueo generado por descalificación del padre o madre hacia el hijo.

En el mismo sentido, la dimensión pragmática, está representada por la socialización, integrada por dos elementos, la *protección y la normatividad*, los hijos se sienten resguardados de eventuales agresiones procedentes del entorno social, mediante la normatividad los padres promueven que los hijos respeten a la sociedad, importante mencionar que tanto el exceso como el déficit de éstos factores se encuentra asociado a situaciones psicopatológicas. (pág. 62, 64).

Por el contrario, “Maltrato psicológico familiar: es la pauta relacional en la que miembros de una familia atentan contra la madurez psicológica y la salud mental de otro”, (pág. 65). Adicionalmente, “es un elemento intermediario entre el bloqueo de los procesos de nutrición relacional y la psicopatología” (pág.61).

De igual manera, es importante puntualizar dos conceptos básicos en la comprensión del desarrollo de la psicopatología. La conyugalidad disarmónica definida como “la dificultad de la pareja para resolver sus conflictos, los cuales terminan afectando a la relación con los hijos” (pág.72); y la parentalidad primariamente deteriorada, “somete a los hijos a condiciones de nutrición relacional altamente carenciales de partida sin necesidad de que haya un conflicto conyugal subyacente” (pág. 72).

Como podemos percibir, la importancia de focalizar la atmósfera relacional en la familia de origen, transita por estas dos dimensiones principales, la *conyugalidad* y la *parentalidad*; de su desarrollo dependerá si los miembros de la familia manifiestan salud o trastornos psicopatológicos (pág.73).

Linares, menciona que existen tres tipos de organizaciones, correspondientes a las modalidades de maltrato psicológico en la familia de origen: Caotización, Triangulación y Deprivación.

Triangulación es el resultado de una conyugalidad disarmónica y una parentalidad primariamente preservada, se caracteriza por la inclusión de un hijo como aliado, con la intención de ayudar a resolver conflictos.

Deprivación es el resultado de una conyugalidad armoniosa y una parentalidad primariamente deteriorada, se caracteriza por la exclusión de algún hijo de la atmósfera relacionalmente nutricia de la familia.

Caotización es el resultado de la combinación de una conyugalidad disarmónica y una parentalidad primariamente deteriorada. En el contexto relacional el resultado es especialmente caótico e imprevisible, característico de la familia multiproblemática. (Linares, 2012, pág.72).

Linares menciona que el maltrato emocional se manifiesta en una infinidad de combinaciones (pág. 73), algunas de las cuales presentamos en éste trabajo: el consumo de SA, violencia, abuso sexual, las cuales obviamente comprometen la relación afectiva parento-filial.

En la actualidad el consumo de SA, el abuso sexual y la violencia familiar se consideran como problemas aislados; sin embargo, en este trabajo partimos del supuesto de que son fenómenos individuales, familiares y sociales, correlacionados al maltrato emocional.

Buscamos aportar guías interpretativas para replantear el trabajo institucional realizado con personas y familias que presentan estas problemáticas.

3. HIPÓTESIS QUE ORIENTARON ESTE TRABAJO

1. A mayor grado de caos familiar menor es la edad de inicio de consumo de sustancias adictivas.
2. A mayor grado de abuso sexual, menor es la edad de inicio de consumo de sustancias adictivas.

El presente estudio es de tipo observacional, cuantitativo, correlacional, de corte transversal, la técnica de muestreo es no probabilística y por conglomerados; se eligieron centros de tratamiento con base a criterios aleatorios y se encuestaron a usuarios que cumplieron con los criterios de inclusión y aceptaron colaborar en la investigación.

POBLACIÓN Y MUESTRA

El tamaño de la muestra se calculó con un error del 5%, un nivel de confianza del 95%, una distribución de respuesta del 50% considerando a la población de establecimientos para la atención de las adicciones que se ubican en la zona metropolitana de Guadalajara, (El Salto, Guadalajara, Tlajomulco, Tlaquepaque, Tonalá, Zapopan).

En el año 2016 SISVEA, Jalisco, registró 5,131 usuarios de SA. Se aplicó 395 encuestas, previa sensibilización, a personas en tratamiento residencial. En el año 2017, existen 40 centros de tratamiento en adicciones acreditados para realizar el trabajo con modalidad residencial con personas que tienen problemas de consumo de SA; esta relación de centros recomendables es coordinada por el departamento de Red Estatal de Establecimientos Especializados en Adicciones del CECAJ, con base en dicho directorio se determinó la muestra y se implementó la encuesta, asignando a mujeres y hombres una proporción de 15% y 85% respectivamente, porcentaje correspondiente al reportado en el SISVEA 2016, considerando que existe un mayor número de centros de tratamiento que atienden a varones.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Personas en proceso de tratamiento residencial, que cumplan con el criterio clínico establecido en el DSM-V referente a Trastorno relacionado al consumo de sustancias adictivas⁶, que sepan leer y escribir, participen de forma voluntaria y firmaran el consentimiento informado de la investigación.

Para determinar si cumplían con el criterio clínico establecido en el DSM-V nos basamos en

6 Los criterios del DSM-V ligados con el Trastorno relacionado al consumo de sustancias adictivas son:

1. Se consume sustancias con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de la sustancia adictiva, SA.
3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir la SA, consumirla o recuperarse de sus efectos.
4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir la SA.
5. Consumo recurrente de SA que llevan al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. Consumo continuado de la SA pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del consumo.
7. El consumo de la SA provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. Consumo recurrente de SA en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
9. Se continúa con el consumo de SA a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por la sustancia.
10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:
 - a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de la SA para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de la SA.
11. Abstinencia, manifestada por alguno de los siguientes hechos:
 - a. Presencia del síndrome de abstinencia característico por la SA.
 - b. Se consume la SA para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
 - Leve: Presencia de 2–3 síntomas.
 - Moderado: Presencia de 4–5 síntomas.
 - Grave: Presencia de 6 o más síntomas.

que una persona cumpliendo con 2 criterios se puede diagnosticar de Trastorno relacionado al consumo de sustancias leve.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Usuarios que no cumplieran con el criterio clínico que marca el DSM-V para Trastorno por consumo de sustancias adictivas. Personas en proceso de desintoxicación física a SA, con trastornos de la alimentación, con diagnóstico de esquizofrenia y personas que no sepan leer y escribir.

Criterios de eliminación: Personas que no desearon colaborar, que de último momento decidieron no participar en la aplicación o cuestionarios que fueron contestados de forma incompleta.

PROCEDIMIENTO

Para llevar a cabo el estudio, se aplicó un cuestionario de elaboración propia, de tipo auto-administrado a personas con dependencia a SA. Se exploraron características e indicadores de familias caotizantes, abuso sexual y/o violencia.

5. RESULTADOS

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Se aplicaron 62 cuestionarios (15.7%) a mujeres en cuatro municipios (El Salto, Guadalajara, Tonalá, Zapopan) a excepción de Tlajomulco y Tlaquepaque, donde no existen centros de tratamiento en adicciones acreditados que atiendan mujeres. Con respecto a la población masculina se aplicaron 333 cuestionarios (84.3%) en los seis municipios (El Salto, Guadalajara, Tlajomulco, Tlaquepaque, Tonalá, Zapopan), destacando Guadalajara, 158 (40%); Zapopan, 89 (22.5%) y Tlaquepaque, 63 (15.9%) (Véase gráfica 1).

El promedio de edad de la población encuestada es de 30 años. 18 años es la edad menor y 75 es la edad mayor, siendo el promedio, en mujeres 29 años y 30.5 años para los hombres. El estado civil con mayor porcentaje son los solteros (48.9%) seguido de casados y unión libre, (18% y 16% respectivamente). Desagregando los resultados por sexo, 51.6% mujeres y 48.3% hombres están solteros. En segundo lugar, encontramos a los casados, 17.7% femeninas y 18% masculinos, finalmente a los de unión libre 12.9% y 17.4% mujeres y hombres respectivamente.

Se les preguntó si tienen hijos, 75% de la población encuestada son padres; el porcentaje de mujeres que respondieron afirmativamente son: casadas 21.3%; solteras 40.4% y en unión libre 14.9%; de los hombres que contestaron en forma positiva 29.8% están casados; 19.7% solteros y 25% en unión libre. Destacando el dato de mujeres solteras que tienen hijos 40.4% respondieron positivamente. El promedio de hijos es de 2.3, ligeramente mayor para las mujeres con 2.4% y hombres 2.3%. La población femenina presenta 2 hijos en promedio, particularmente las casadas, divorciadas; en unión libre asciende a un aproximado de 3 hijos. En hombres, el número mayor de hijos se encuentra en casados con 2.6% y separados 2.7%.

En lo concerniente a escolaridad, el nivel de secundaria es el más frecuente; 51.6% mujeres y 43.5% hombres. Bachillerato, 29% mujeres y 23.7% hombres. Primaria 17.7% y 20.7% para mujeres y hombres respectivamente. La condición escolar de la población encuestada, refiere que en porcentaje la mujer concluye en menor proporción su nivel escolar. En total arroja que 54.2% concluye su nivel escolar, y 40.8% lo deja inconcluso. Por sexo 46.8% de mujeres concluye y 55.6% de hombres. En lo que respecta a condición escolaridad inconclusa el 48.4% y 39.3% de hombres y mujeres respectivamente podrían regularizar su nivel escolar (en la aplicación del cuestionario manifiestan su disposición a retomar su actividad escolar).

En lo referente a antecedentes vitales se preguntó respecto a separación temporal o definitiva de alguno de los familiares cercanos o personas significativas, consiguiendo los siguientes datos: En total obtuvimos que 46.3% presenta separación con la figura del padre, 43.8% con la madre; Lo

que respecta a la población femenina el 58.1% presenta separación con la figura paterna, 54.8% con la figura materna. Respecto a la población masculina se presenta separación el 44.1% con la figura del padre, 41.7% con la madre. De la población encuestada que respondió en forma afirmativa la separación de los padres por grupo etario, corresponde el 46.5%, la edad de los 0 a 7 años, es la que presenta el porcentaje mayor con 24.6%; de los 8 a los 12 años el 13% y de los 13 a 18 años el 8.4%.

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Los encuestados reportaron una edad promedio de inicio en consumo de sustancias corresponde a 16.6 años en mujeres y 15.5 años en hombres. Las sustancias de inicio: tabaco 34%; alcohol 31.8%; marihuana 17%; y “cristal” (metanfetamina) 10.4%. Los resultados por sexo presentaron la misma secuencia en hombres y mujeres respectivamente en cada sustancia. Tabaco 40.5% y 32.9%; alcohol 32.9% y 31.6%; marihuana 10.1% y 18.2%; “cristal” 6.3% y 11.1%.

La droga de impacto es la sustancia que generó la solicitud de atención en los centros de tratamiento. En datos totales hay dos sustancias que predominan, “cristal” (metanfetamina) con 59.7% y alcohol 21.5%. La población femenina muestra “cristal” 56.5%; alcohol 27.4% e inhalables 4.8%. La población masculina presenta 60.4% en “cristal” 27.4% en alcohol y 11.1% en Marihuana.

CONDUCTA SEXUAL

En la sección de conducta sexual, el 69.6% respondió de forma afirmativa al menos a una de las 16 preguntas de las que consta el cuestionario. Particularmente, las mujeres contestaron en un 75.8% de forma afirmativa y los hombres en un 68.5%.

Información complementaria de consecuencias relacionadas con actos sexuales, siendo menores de edad.

- Infecciones de transmisión sexual.- Porcentaje de personas que contestaron positivamente a éste ítem.- Mujeres 11.3% y hombres 9.9%.
- Lesiones en zona genital o anal, ocasionada por relación sexual.- Mujeres 27.4% y hombres 10.8.9%.
- Embarazos. Mujeres 51.6% y hombres (pareja) 9.4%.
- Abortos. - Mujeres 29% y hombres (pareja) 6%.
- Ideas suicidas o de automutilación, ejemplo lastimarme o lesionarme.- Mujeres 48.4% y hombres 25.6%.

VIOLENCIA

La información referente a violencia, estuvo dividida en tres bloques, el primero referente a haber sido objeto de algún tipo de violencia, el segundo a haber presenciado violencia cometida hacia otros y el tercero a los efectos y marcas físicas y/o simbólicas que dejó la violencia vivida. A continuación presentamos los resultados:

El primer bloque de información está relacionada con ítems dónde el encuestado responde a preguntas donde padeció en forma directa actos de violencia física. La obtención de resultado total, denota que el 84.3% de las personas contestaron en forma afirmativa alguna de las preguntas donde se les implica en forma directa con actos de violencia física. La población femenina reporta un 88.7% y la población masculina 83.5%; aproximadamente 5 puntos porcentuales de diferencia entre el género femenino y masculino.

Se indagó el haber sido golpeado en diferentes partes del cuerpo durante su infancia, los usuarios que aceptaron ésta vivencia son por grupo etario: de los 0 a los 7 años el 42.8% admitió haber sido golpeado, de los 8 a los 12 años el 41.5% y de los 13 a los 18 años el 21%.

Se averiguó el haber sido golpeado con la mano durante la infancia; las personas que aceptaron haber padecido esta violencia son: de los 0 a los 7 años el 46.8%, de los 8 a los 12 años el 45.6% y de los 13 a los 18 años el 22.8%. Se indagó el haber sido golpeado durante la infancia con algún objeto; los usuarios que aceptaron haber vivenciado esta situación son: de los 0 a los 7 años el 35%

respondió en forma afirmativa; de los 8 a los 12 años el 44.1% y de los 13 a los 18 años el 20.8%. También se preguntó el haber sido golpeado en la infancia con la intención de lastimarlo; las persona que admitieron esta situación son: de los 0 a los 7 años el 22.3% respondió en forma afirmativa; de los 8 a los 12 años el 21.5% y de los 13 a los 18 años el 18.5%.

Se observa en los datos previos una disminución significativa de aproximadamente 50% en el grupo etario de 13 a 18 años, una posible explicación es que los jóvenes a esa edad, se defienden del padre agresor, revelándose a una relación de sometimiento y maltratado, aportando tensión en la atmosfera relacional familiar, evidenciando una parentalidad primariamente deteriorada, el padre agresor por realizarlo y el padre pasivo por permitirlo o no evitarlo, dejando una sensación de alejamiento y desprotección, lo cual también favorece la caotización.

El segundo bloque de información se refiere a violencia vicaria, vinculada con ítems dónde el encuestado responde, si estaba presente en actos de violencia física hacia terceros. Encontramos que en total el 59.2% de las personas contestaron en forma afirmativa alguna de las preguntas dónde se les implica en forma indirecta con actos de violencia física. La población femenina reporta 64.5% y la población masculina 58.3%; aproximadamente 5 puntos porcentuales de diferencia entre el género femenino y masculino.

En el tercer apartado se indagó si el entrevistado presentaba consecuencias físicas relacionadas a violencia, involucrando algún familiar. En cuanto a heridas y traumatismos (quemaduras, moretones, descalabros, cortadas, fracturas).- El porcentaje de personas que contestaron positivamente a éste ítem.- proporción total 35.7%. Mujeres 33.9% y hombres 36%. En lo referente a accidentes domésticos (caídas, quemaduras, intoxicación con sustancias).- relación total 33.9%. Mujeres 37.1% y hombres 33.3%. Con relación a cicatrices que impiden la movilidad de brazos y piernas.- proporción total 9.9%. Mujeres 8.1% y hombres 10.2%. En lo que respecta a secuelas de quemaduras que afectan el aspecto físico (desfiguraciones).- relación total 9.6%. Mujeres 12.9% y hombres 9%.

Además, se indagó si en la infancia hubo humillaciones, sometimientos o eventos dónde se sintió humillado, a lo cual se encontró 50.9% de la población total respondió afirmativamente. 48.4% en mujeres y 51.4 en hombres. Otro elemento que se cuestionó fue si se consideraba que la violencia que se tuvo de niño afectó negativamente las relaciones afectivas. Respondieron afirmativamente de la población general 45.4%, mujeres el 55.7% y hombres 43.5%. También se les preguntó si en la actualidad, los conflictos los trataba de resolver con violencia, ejemplo, gritando, amenazando, sometiendo o golpeando. 48.7% de la población general respondió afirmativamente, mujeres 51.6% y hombres el 48.2%.

ANÁLISIS, CORRELACIONAL DE VARIABLES: SEPARACIÓN, DIVORCIO, ABUSO SEXUAL RESPECTO AL INICIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS

Entre el grupo de los que vivieron la separación de sus padres y los que no la vivieron se encuentran diferencias significativas, en cuanto a la edad de inicio del consumo ($T=4.450$, sig.=.000 con un $F= 12.820$, sig. .000). La media de inicio de consumo del grupo que sí vivió la separación de sus padres es de 14.429 y del grupo que no vivió la separación es de 16.815, es decir, el grupo que sí vivió la separación inició el consumo 2 años antes.

El grupo de las personas que sí vivieron la separación de sus padres guardan diferencias con respecto del grupo de los que no vivieron la separación de sus padres ($T=3.982$, sig. = .000, con un $F= 5.950$, sig. = .015). El grupo que sí vivió la separación de sus padres inicia el tratamiento en promedio a los 23.065 años y el grupo que no vivió la separación de sus padres lo inicia en promedio a los 26.938 años, es decir, el grupo que si vivió la separación inició el tratamiento 3 años antes aproximadamente.

Con base en la prueba T-student se puede sostener que hay relación entre el tener hijos y la edad de inicio del tratamiento ($T= 6.392$, sig.=.000). Cabe señalar que se asumieron varianzas distintas porque en la prueba de Levene se encontró un F de 18.943 y una significación de .000. El grupo que inicia a más temprana edad el tratamiento es el grupo de los que sí tienen hijos, ya que

tienen una media de 27.519 mientras que el grupo sin hijos tiene una media de 21.631.

También se encuentran diferencias significativas entre el grupo de los que vivieron la separación de sus padres y los que no la vivieron en cuanto a la edad de inicio del consumo ($T=4.450$, $\text{sig}=.000$ con un $F= 12.820$, $\text{sig}=.000$). La media de inicio del grupo que sí vivió la separación de sus padres es de 14.429 y la media de inicio de consumo del grupo que no vivió la separación es de 16.815, es decir, dos años después.

Se puede sostener que hay diferencias significativas entre las personas cuyos padres se divorciaron y la edad de inicio de consumo ($T=2.787$, $\text{sig}=.006$), para ello se asumieron varianzas distintas porque en la prueba de Leven se encontró un $F= 5.967$ con una significación de .015. Mientras los que sí experimentaron el divorcio de sus padres iniciaron el consumo en promedio a los 14.469 los que no vivenciaron el divorcio tienen una media de inicio de consumo de 16.02 años. De igual modo hay diferencias entre la edad de inicio del tratamiento y haber vivido o no el divorcio de los padres ($T= 3.704$, $\text{sig}=.000$ asumiendo mediante la prueba de Levene varianzas iguales $F= 11.765$, $\text{sig}=.001$).

Es preocupante que 70 de los 395 entrevistados hayan sido obligados por una persona mayor de 18 años a desnudarse frente a ellos, más porque esto está relacionado fuerte y significativamente con la presencia de infecciones de transmisión sexual antes de los 18 años ($X^2= 9.113$, $\text{sig}=.003$), con lesiones en la zona genital provocadas por acto sexual anal o genital ($X^2=13.561$, $\text{sig}=.001$) con embarazos ($X^2= 10.578$, $\text{sig}=.005$), con abortos ($X^2= 8.426$, $\text{sig}=.015$), con ideas suicidas ($X^2=18.949$, $\text{sig}=.001$) y con golpes ($X^2= 11.925$, $\text{sig}=.003$).

Existe relación entre el sexo y haber tenido/presentado lesiones en la zona genital antes de los 18 años, ocasionadas por acto sexual genital o anal ($X^2= 12.542$, $\text{sig}=.002$), se muestra que son las mujeres quienes presentan números alarmantes en lo que a lesiones genitales se refiere, sobre todo considerando que el porcentaje que dijo que sí representa el 27% frente al porcentaje que dijo que sí de los hombres quienes apenas significan un 10%. Cabe mencionar que de los 395 participantes 53 sí experimento una lesión en zona genital, cifra que es sí misma ya es significativa y alarmante.

Mediante la prueba de X^2 también se identificó que hay una relación entre el sexo y haber vivenciado un embarazo antes de los 18 años ($X^2 = 69.901$, $\text{sig}=.000$). Tal como se muestra en la gráfica 2 (anexo), nuevamente son las mujeres las que presentan mayores cifras relativas con respecto a los hombres. Es de destacar que 63 de los 395 participantes ya se habían embarazado antes de los 18 años, lo cual representa un 16% del total.

Además, se le cuestionó a los informantes si se habían realizado algún aborto antes de los 18 años, de una población total de 395 hubo 38 que dijeron sí habérselo realizado, de los cuales fueron 18 mujeres y 20 hombres, considerando que la totalidad de hombres del estudio es de 333 vemos que las mujeres en términos relativos son las que más se realizaron abortos, lo cual implica que sí haya una diferencia significativa en lo que se refiere a aborto según el sexo ($X^2 =31.988$, $\text{sig}=.000$).

En lo que respecta a la presencia de ideas suicidas antes de los 18 años, se encontró que 114 de los 395 entrevistados si las tuvieron. Hay una diferencia significativa ($X^2 =17.701$, $\text{sig}=.001$) entre el número de hombres y de mujeres que presentaron ideas suicidas, de las 62 mujeres 29 presentaron estas ideas, mientras que de los 333 hombres 85 las presentaron, lo que muestra que las mujeres en términos relativos son las que más presentaron este tipo de ideas. No se encontraron relaciones significativas entre el sexo y haber recibido golpes ($X^2 = 1.164$, $\text{sig}=.559$).

RESULTADOS SIGNIFICATIVOS

Se puede identificar una relación pequeña pero significativa entre el índice de familia caótica y la edad de inicio de consumo de alguna sustancia ($P= -.179$, $\text{sig}=.000$), lo que permite seguir sosteniendo que entre mayor sea el nivel de caos familiar menor es la edad de inicio de consumo.

En la tabla correlación de variables (ver anexo), hay una relación pequeña pero significativa entre la edad de inicio del consumo de alguna sustancia adictiva y entre el grado de abuso sexual ($P = -138$, $\text{sig}=.006$), dado que la relación es inversa se puede sostener que a mayor número de abusos

experimentados por el sujeto participante menor es la edad de inicio de consumo de algún tipo de sustancia.

También se puede identificar una relación pequeña pero significativa entre el índice de familia caótica y la edad de inicio de consumo de alguna sustancia ($P = -.179$, sig. = .000), lo que permite seguir sosteniendo que entre mayor sea el nivel de caos familiar menor es la edad de inicio de consumo. Cabe señalar, que el índice de familia caótica está conformado por haber experimentado algún tipo de violencia, haber observado que a otra persona se le infringía algún tipo de violencia, haber vivido en algún grado abuso sexual, haber vivido la separación y/o el divorcio de los padres.

La edad de inicio de consumo y la edad de inicio de tratamiento también guardan una relación significativa ($P = .450$, sig. = .000). Asimismo hay una relación pequeña y significativa entre la edad de inicio del tratamiento y el grado de caos de la familia de origen ($P = -.158$, sig. = .002), es decir, que a mayor grado de caos menor es la edad de inicio de tratamiento.

Tener hijos es un factor que incide en el inicio de tratamiento con modalidad residencial.

El grupo que inicia a más temprana edad el tratamiento es el grupo de los que sí tienen hijos, ya que tienen una media de 27.519 mientras que el grupo sin hijos tiene una media de 21.631.

6. DISCUSIÓN

Algunos autores e investigaciones como la Encuesta Nacional de Uso de Drogas en la Comunidad Escolar mencionan una prevalencia de adolescentes víctimas de abuso sexual de 4.3% porcentaje alejado al presentado en la presente investigación.

Burmam, et al. (1988) encontraron tasas más altas de abuso de SA en mujeres que fueron víctimas de abuso sexual que entre las que no lo fueron víctimas en consumo de alcohol; los autores refieren un 18.38 % en quienes sí vivieron algún tipo de abuso sexual frente a un 13.80 % en quienes no lo vivieron; lo mismo sucedió con las cifras de abuso de drogas o dependencia (20.41% vs. 5.49 %). Conviene puntuar, que la investigación de Burmam et al. (1998) no ofrece datos en hombres. En cuanto a los datos de violencia experimentada por hombres, habría que señalar que Pérez, Lara y González (2010) encontraron, en personas que recibieron tratamiento en comunidad terapéutica, que el hombre es más propenso a ser víctima de la agresión física, (31%) que las mujeres (21%). Por su parte, según estos autores, la mujer es más propensa a la agresión sexual, mujeres (12.8%) que los hombres (4.3%).

Por su parte, Redondo y Santos (2010) publicaron un estudio donde las mujeres en tratamiento, tanto ambulatorio como residencial, por problemas de adicción habían sufrido abuso sexual en un 18,4%, nuevamente encontramos que esta investigación no ofrece datos en población masculina. En cuanto a los estudios acerca de violencia y consumo de sustancias, solamente está el trabajo de Fernández (2006) este autor refiere que en el noviazgo se presenta violencia física, golpes, en un 10% de los casos y violencia sexual el 5% de los casos, ambos datos en porcentajes los consideran alto o muy alto respectivamente.

Los datos obtenidos en el presente estudio distan y contrastan fuertemente con los estudios mencionados en los párrafos anteriores (recordemos que el total de la población encuestada estaba recibiendo tratamiento residencial por dependencia de SA). En la sección de conducta sexual, el 69.6% respondió de forma afirmativa al menos a una de las 16 preguntas de las que consta el cuestionario. Particularmente, las mujeres contestaron en 75.8% de forma afirmativa y los hombres en 68.5%. Como se puede apreciar, la constante en abuso sexual, la mujer presenta porcentajes mayores que el hombre, con una diferencia de solo 7 puntos porcentuales, sin embargo encontramos que 7 de cada 10 mujeres y 6 de cada 10 hombres han vivenciado alguna conducta relacionada al abuso sexual. Tanto la mujer como el hombre están expuestos a situaciones de riesgo relacionados al abuso sexual.

En lo que respecta al área de violencia los resultados indican que el 84.3% de las personas contestaron en forma afirmativa alguna de las preguntas donde se les implica en forma directa con actos de violencia física. La población femenina reporta un 88.7% y la población masculina 83.5%; aproximadamente 5 puntos porcentuales de diferencia entre el género femenino y masculino. Un porcentaje evidentemente muy alto, 9 de cada 10 mujeres y 8 de cada 10 hombres han sido víctimas de violencia con su familia de origen.

La separación temporal o definitiva es un indicador importante en este estudio para identificar una familia con características caóticas. En lo que respecta a la población femenina, el 58.1% presenta separación con la figura paterna, 54.8% con la figura materna. Respecto a la población masculina se presenta separación el 44.1% con la figura del padre, 41.7% con la madre. Los datos presentados en análisis de correlación de variables encontramos que el grupo que si presentó la separación de sus padres inicia el consumo de sustancias 2 años antes que el grupo de usuarios que no lo presentó.

Es evidente que la relación de acuerdos se presenta sólo en un 21% en mujeres y un 30% en hombres. El resto de los encuestados, tendrían una relación conflictiva o acuerdos post conyugal en lo referente a la educación y crianza de los hijos, lo cual represente un 79% para las mujeres y 70% para los hombres y suponiendo la presencia de conflictos post conyugales incrementaría el grado de caos familiar.

De la población encuestada que reporta tener hijos encontramos que: los casados tienen un promedio de 2.6 hijos, mujeres el 2.1% y hombres el 30%. Respecto a la población que su condición es la soltería tienen un promedio de 1.6 hijos, 40% mujeres y 20% hombres. En unión libre tienen un promedio de 2.5 hijos, para mujeres y hombres es el mismo porcentaje; separados tienen un promedio de 2.7 hijos, 10% para mujeres y 12% para hombres. El promedio total es de 2.3 hijos.

Un factor que compromete la evolución de la problemática estudiada es el tiempo. Acorde a los datos encontrados, la edad de inicio del consumo de alguna SA en promedio es de 16.6 años y la edad de inicio de tratamiento es a los 25 años, ocho y medio años de evolución para ser atendido, aclarando que debido a la complejidad de los problemas mencionados, no implica la resolución. Como podemos observar la problemática está presente en varias etapas del ciclo vital de la familia de origen.

De acuerdo con los datos emitidos por el SISVEA, Jalisco, 2016. El 94% de las personas iniciaron su consumo antes de los 19 años, podemos deducir que los menores de edad que posteriormente abusan de SA, están expuestos a situaciones caotizantes familiares y experiencias sexuales tempranas durante varios años, otro dato significativo es el reportado en la Encuesta Nacional de Adicciones, la cual reporta un incremento del 100% en el periodo del 2002 al 2011 en población de 12 a 17 años.

La información expuesta en el presente estudio es significativa en cuanto a la relación existente entre el grado de caos familiar y el inicio de consumo de SA, así mismo el mayor número de experiencias sexuales abusivas con la edad de inicio de consumo de SA, en ambas premisas son dos años de inicio antes respecto a las personas que no presentaron éstas características. Lo cual en sí mismo ya es un dato significativo.

En el desarrollo del presente trabajo podemos identificar elementos que bloquean la relación nutricional: la negligencia propiciada por los padres, sufrida por los hijos y padecida por la familia de origen y su entorno inmediato es un denominador común de los participantes en la presente investigación.

En el marco teórico se menciona que el maltrato psicológico familiar atenta contra la salud mental y madurez del individuo. Los datos proporcionados y relacionados a la amenaza de abandono, abandono, divorcio y violencia son elementos que evidencian el conflicto conyugal, obviamente denota una conyugalidad disarmónica y la afectación en la relación con los hijos. Implícitamente mostrando una paternidad primariamente deteriorada, exponiendo una relación altamente carenciada de elementos implicados en la relación nutricional, en su dimensión emocional (ternura y cariño), cognitiva (valoración) y pragmática (protección y normatividad).

Lo cual nos lleva a replantear o cuestionar la necesidad de reflexionar los programas y los contenidos preventivos institucionales, es importante pugnar para que se incluyan temas relacionados a la Salud Mental, Educación Sexual, Mediación, Equidad, Autocuidado, Etc.

En lo que respecta al tratamiento, pugnar para que se realicen diagnósticos clínicos en todos los centros de tratamiento residencial. Pugnar para trabajar en forma integral e interinstitucional la comorbilidad de los usuarios incluyendo la atención que se presta a la familia.

El consumo de sustancias en jóvenes de 12 a 16 años está incrementando, en mujeres ha sido mayor que en los hombres, no tenemos programas de tratamiento con matiz de género femenino, como se ha observado la comorbilidad, la problemática de salud mental y físicos consecuentes y relacionados en los usuarios, encontrados en ésta investigación son mayores en la mujer.

Queda evidenciado que es necesario buscar y aportar nuevas guías interpretativas que nos permitan reflexionar el quehacer institucional realizado con los usuarios y sus familias, no sin antes intervenir en la desmitificación de que el consumo de SA se realiza por decisión propia.

Las cifras que se presentan en ésta investigación contrastan con las investigaciones consultadas. En lo que respecta a violencia física 9 de cada 10 mujeres y 8 de cada 10 hombres la padecieron. Relacionado al abuso sexual 7 de cada 10 mujeres y 6 de cada 10 hombres refieren haberlo vivenciado. Demostrando que existe una relación entre estas variables y el inicio de consumo de sustancias en menores de edad.

7. CONCLUSIONES

Se comprueba la hipótesis de que existe una relación significativa entre el índice de familia caótica y la edad de inicio de consumo de alguna sustancia adictiva, lo que permite sostener que entre mayor sea el nivel de caos familiar menor es la edad de inicio de consumo. Asimismo se puede identificar que a mayor grado de caos familiar menor es la edad de inicio de tratamiento residencial. Además tiene una relación significativa con el grado de abuso sexual experimentado por el usuario. La segunda hipótesis también se corrobora, existe una relación significativa entre la edad de inicio del consumo de alguna sustancia adictiva y entre el grado de experiencias sexuales abusivas. A mayor exposición de experiencias sexuales abusivas, se incrementa la posibilidad de consumo de SA, con sus respectivos consecuentes. En el contexto relacional de las familias caóticas el resultado generalmente es multiproblemático. Lo que respecta a consecuencias relacionadas a abuso sexual es pertinente resaltar que por sexo existe una diferencia significativa que afecta en mayor porcentaje a la mujer.

Con la información obtenida se deduce que en las familias caóticas habrá más ocasiones en la que los miembros de la familia, en particular los niños estén expuestos a violencia mutua entre los cónyuges, violencia hacia ellos, amenazas, separaciones conyugales, divorcio y abandono. Se incrementa la posibilidad de estar expuestos a situaciones sexuales de riesgo y sean víctimas de abuso sexual, ampliando la posibilidad de consumir sustancias adictivas. Acrecentando a su vez la presencia de indicadores consecuentes como embarazos, abortos, infecciones de transmisión sexual, e ideas suicidas, siendo menores de edad, lo cual compromete la protección que debería otorgar la familia de origen.

Los datos obtenidos permiten realizar una reflexión respecto a las condiciones personales y familiares de los usuarios de SA que solicitan los servicios de tratamiento residencial. Concluyendo que es fundamental repensar y replantear el trabajo clínico que están realizando las instituciones, las variables expuestas en la presente investigación no se están considerando en la realización del diagnóstico clínico, es evidente la necesidad de atender la comorbilidad que presenta el usuario de SA, así mismo la importancia de considerar el marco teórico expuesto en éste trabajo el cual permite comprender y explicar la complejidad que presentan las familias con integrantes que consumen SA. Finalmente resaltar la importancia de realizar un trabajo interdisciplinario y la necesidad de fomentar la coordinación interinstitucional.

Gráfica 1. Municipio y sexo de la población encuestada.

Municipio	Sexo	Fem.	Mas.	Total	Fem.	Mas.	Total
EL SALTO		2	9	11	3.2%	2.7%	2.8%
GUADALAJARA		33	125	158	53.2%	37.5%	40.0%
TLAJOMULCO			31	31	0.0%	9.3%	7.8%
TLAQUEPAQUE			63	63	0.0%	18.9%	15.9%
TONALÁ		6	37	43	9.7%	11.1%	10.9%
ZAPOPAN		21	68	89	33.9%	20.4%	22.5%
Total		62	333	395			
		15.7%	84.3%				

Gráfica 2. Correlación bilateral.

		Edad Inicio del consumo de drogas	Edad de inicio del tratamiento	Índice de familia caótica	Sumatoria experiencia de abuso sexual
Edad de inicio del consumo de drogas	Correlación de Pearson	1	,450**	-,179**	-,138**
	Sig. (bilateral)		,000	,000	,006
	N	395	395	395	395
Edad de inicio del tratamiento	Correlación de Pearson	,450**	1	-,158**	-,093
	Sig. (bilateral)	,000		,002	,064
	N	395	395	395	395
Índice de familia caótica	Correlación de Pearson	-,179**	-,158**	1	,516**
	Sig. (bilateral)	,000	,002		,000
	N	395	395	395	395
Sumatoria experiencia de abuso sexual	Correlación de Pearson	-,138**	-,093	,516**	1
	Sig. (bilateral)	,006	,064	,000	
	N	395	395	395	395
**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).					

Gráfica 3. Prueba de muestras independientes

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas	Prueba T para la igualdad de medias								
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior

Edad de inicio del tratamiento	Se han asumido varianzas iguales	,044	,835	-1,264	393	,207	-,7726	,6111	-1,9740	,4288
	No se han asumido varianzas iguales			-1,305	244,636	,193	-,7726	,5918	-1,9383	,3931
Edad de inicio de tratamiento	Se han asumido varianzas iguales	8,459	,004	-2,079	393	,038	-2,2491	1,0820	-4,3763	-,1219
	No se han asumido varianzas iguales			-1,887	184,717	,061	-2,2491	1,1918	-4,6003	,1022

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Asociación Psiquiátrica Americana. (27 de octubre de 2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM - 5*. Arlington, VA, 2013.
- Bateson, G. (1992). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Argentina: Planeta Carlos Lohle.
- Briere, J. y Runtz, M. (1988). Post sexual abuse trauma. En G. Wyatt y J. Powell (Eds.), *Lasting effects of child sexual abuse* (pp. 89-99). Newberry Park (CA): Sage.
- Cancrini, L. (1991). *La psicoterapia: gramática y sintaxis*. España: Editorial Paidós,
- Comisión Nacional Contra las Adicciones (CONADIC). Norma Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento, investigación y control de las adicciones. NOM-028-SSA2-2009
- Encuesta Nacional Contra las Adicciones. (2011). Reporte de Drogas Primera Edición. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz/Instituto Nacional de Salud Pública.
- Encuesta Nacional de Uso de Drogas en la Comunidad Escolar (1991) Salud Pública de México/vol. 40 no.3, mayo-junio de 1998. Instituto Mexicano de Psiquiatría. México.
- Fernández Cáceres C., G. S. (2006). *Modelos de terapia familiar multidimensional con perspectiva de género para la atención de las adicciones*. México: Centros de Integración Juvenil, Dirección General Adjunta de Operación.
- Huertas, R. (2011). En torno a la construcción social de la locura. Lan Hacking y la historia cultural de la psiquiatría. *Revista Española de Neuropsiquiatría*, 31(111), 437-456.
- Ibaceta, F. (2007). Agresión sexual en la infancia y Viaje al Futuro: Clínica y psicoterapia en la edad adulta. *Terapia Psicológica*, 25(2), 189, 198.
- Jones, L. M. y Finkelhor, D. (2001). The decline in child sexual abuse cases. *Bulletin. Washington, DC: U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention*. Recuperado de http://www.ncjrs.gov/html/ojdp/jjbul2001_1_1/contents.html.
- López, F. y del Campo, A. (1999). *Prevención de abusos sexuales a menores. Guía para padres y educadores*. Salamanca: Amarú Ediciones.
- Losada, A. V. (2012). *Epidemiología del abuso sexual infantil*. *Revista de Psicología GEPU*, 3 (1), 201 - 229.
- Moreno, P., Prior, C. y Monge, (1998). Caso clínico. Abusos sexuales en la infancia y toxicomanía. *Psiquiatría Pública*, 10(6), 418-420.

- Organización Mundial de la Salud. (1964). Comité de expertos de la OMS en drogas toxicomanías. 13° informe. *Serie de Informes Técnicos, N° 273*. Ginebra: OMS,
- Owens, G. P. y Chard, K. M. (2003). Comorbidity and psychiatric diagnoses among women reporting child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect, 27*, 1075-1082.
- Pereda, N. (2010). Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo, 31(2)*, 191-201.
- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M. y Gómez-Benito, J. (2009). The prevalence of child sexual abuse in community and students samples: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 29*, 328-338.
- Pérez, F., Lara, F. y González, M. (2010). Abuso sexual, prostitución y dependencia afectiva en drogodependencia. *Revista Española de Drogodependencias, 35(3)*.
- Pérez, F. y Martín, I. (2007). *Nuevas adicciones ¿adicciones nuevas?* Guadalajara: Intermedio ediciones.
- Pérez, F., Lara, F. y González, M. (2010). Abuso sexual, prostitución y dependencia afectiva en drogodependientes. *Revista Española de Drogodependencias, 35 (3)*.
- Ramos, L., Saldivar, G., Medina, M. E., Rojas, E., y Velázquez, J. (1998). Prevalencia de abuso sexual en estudiantes y su relación con el consumo de drogas. *Salud Pública Mex, 40*, 221-233
- Redondo, S. y Santos, M. (2010). *Necesidades terapéuticas de las mujeres drogodependientes atendidas en los Centros de Tratamiento Ambulatorios y Residenciales de Castilla y León*. Junta de Castilla y León: Comisionado Regional para las Drogas.
- Rico, B., Del Río, A., Olaiz., López P, Valdés, R, Franco, A., (2003). *Encuesta Nacional de Violencia de Pareja en Usuaris de Servicios Públicos de Salud en México*.
- Sánchez-Meca, J., Alcazar, A. y López, C. (2001). Tratamiento psicológico del maltrato físico y la negligencia en niños y adolescentes: un meta-análisis. *Psicothema, 22(4)*, 627-633.
- Serratos, R. G. (1995). Informe preliminar sobre algunos aspectos de la investigación en sobrevivientes de abuso sexual en la infancia. *Salud Reproductiva Sociedad, 6(7)*.
- Wittgenstein, L. (1999). *Tractatus Logico-philosophicus*. Madrid: Plaza Edición.

