

ABUSO SEXUAL INFANTIL Y RIESGO DE SUICIDIO: LA SUMA DE DOS MALES

Leonardo Ajá Eslava

Psicólogo Forense

Experto en drogodependencia

Resumen

Tanto las cifras de Abuso Sexual Infantil (ASI) como de suicidio han mostrado una clara tendencia al incremento. En el primer caso pueden surgir dos interpretaciones: el fenómeno ha aumentado o sino, hay más denuncia frente a él. En lo referente al suicidio, claramente las tasas han subido en los últimos años, mostrando que es la población juvenil la más afectada. Surge una pregunta: ¿se pueden vincular el suicidio y el ASI como dos situaciones que se relacionan entre sí? Las evidencias científicas tienden a mostrar que sí puede haber una importante asociación entre el riesgo de suicidio o la consumación del mismo con antecedentes de ASI. De esta manera, el ASI podría actuar como factor de riesgo para el suicidio o incluso, podría ser en algunos casos, un potente precipitante de una actuación suicida.

Introducción

Tanto los delitos sexuales como los casos de suicidio, son dos problemas que han ido mostrando una notable tendencia al incremento. Esto se puede constatar si se revisan las cifras desde el año 2008 hasta el año 2017 (1) (2) aportadas por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Si se hace un análisis correlacional sencillo, tomando los datos de dicho período de tiempo (10 años), encontramos que se arroja un $r = 0.696$ ($n = 10$; $p = 0.025$), lo cual indicaría que la correlación entre ambos fenómenos es positiva y con un importante grado de significancia. No sobra recordar que la asociación entre dos variables no es equivalente a la existencia de una línea de causalidad entre las mismas. Y es allí donde aparece el desafío metodológico y si se quiere también, epistemológico: ¿Si no hay una relación causal, qué es lo que explica la asociación entre dos variables, cuando ya tenemos un fundamento para saber que dicha relación no es debida a los efectos del azar? El presente artículo no resolverá tan compleja tarea, pero sí pretende generar algunos aportes para su comprensión y entendimiento.

¿Qué hay detrás del suicidio?

Primero debemos advertir que siempre hay que ser cuidadoso cuando se intenta explicar un fenómeno de esta naturaleza desde un solo nivel de análisis. La conducta humana conlleva complejidades muy profundas y el suicidio es precisamente una de ellas. Apoyándonos en un resumen muy interesante que realizó la Organización Mundial de la Salud (OMS) (3), se señala que en el año 2012 se presentaron 804.000 casos de suicidio en el mundo, lo que equivaldría a una tasa global de 11,4 casos por 100.000 habitantes, traduciéndose en que cada 40 segundos alguien murió suicidándose. La cifra anterior significa, que el suicidio supera a las muertes generadas por el homicidio, contando entre ellas las muertes producidas en los conflictos bélicos. En su portal, la OMS menciona que el suicidio ha aumentado un 60 % en los últimos 50 años y que para el 2020 aumentará otro 50 %. Dicho de otra forma, un aumento de más del 100 % en menos de un siglo. Es también llamativo como el grupo de edad de personas jóvenes, es el más vulnerable y afectado en la actualidad: en España es la tercera causa de muerte en personas entre 15 y 29 años (3); en Cuba, es la tercera causa de muerte en persona entre los 10 y 19 años (4); en los Estados Unidos es la segunda causa de muerte entre los 10 y 34 años. (5)

De forma global, tanto los factores de riesgo como los de protección abarca un amplio espectro (6): a) Los sistemas de salud y las barreras que ofrece para acceder satisfactoriamente a servicios; b) dinámicas sociales como la facilidad de acceso a mecanismos para el suicidio o el manejo que le dan los medios masivos de comunicación al tema, c) factores comunitarios como guerras, desastres naturales, discriminación, d) las relaciones interpersonales como aislamiento o pérdida de soporte social, relaciones conflictivas, e) factores individuales como presencia de trastornos mentales, problemas financieros, dolor crónico, antecedentes familiares de suicidio, predisponentes genéticos y desesperanza entre otros. En ese orden de ideas, por ejemplo, no es suficiente con experimentar un episodio depresivo mayor, se hace necesario que otros factores estén presentes para darle un potencial letal a la enfermedad. Por ejemplo, en un estudio con universitarios, el riesgo de suicidio era explicado en un 36,1 % de su varianza de la siguiente forma: Regulación emocional 17,2 %, depresión 14,9 % de insatisfacción con la vida 4,0 % (7). Por lo tanto, no basta con experimentar depresión. De ser así, la cantidad de suicidios sería algo inimaginable, si se tiene en consideración que la Organización Mundial de la Salud afirma que más de 350 millones de personas alrededor del mundo padecen depresión y que es la principal causa de discapacidad. (8) Entonces, si bien la depresión puede ser un factor de riesgo importante para el suicidio, no equivale a decir que toda persona con depresión es un suicida potencial.

El abuso sexual infantil (ASI) y sus consecuencias

Si entender el suicidio es complejo, el abuso sexual infantil lo es más. Diremos que:

“El abuso sexual de menores se refiere a cualquier conducta sexual mantenida entre un adulto y un menor. Más que la diferencia de edad -factor, sin duda, fundamental que distorsiona toda posibilidad de relación libremente consentida-, lo que define el abuso es la asimetría entre los implicados en la relación y la presencia de coacción -explícita o implícita-. No deja, por ello, de ser significativo que el 20 % del abuso sexual infantil está provocado por otros menores”. (9)

Tratemos de dar un panorama muy veloz de esta situación en Colombia: en la mayoría de los casos, el victimario suele ser alguien del círculo íntimo de la víctima, el lugar más frecuente del ataque o acto abusivo es la residencia de la víctima y el grueso de ellas, son del género femenino que no superan los 13 años de edad (2). Para el año 2017, se registraron 23.798 casos de presuntos delitos sexuales, que contrastan con los 12.485 casos del año 1999. (10) Podría significar que en casi dos décadas los delitos sexuales se incrementaron en un 90 % o se han aumentado las denuncias frente al evento, igualmente en un porcentaje muy elevado.

Ahora, ¿qué sucede si se entra a estimar la elevada probabilidad de afectación a nivel psicológico de las víctimas? Pereda (11) muestra en su trabajo, como se pueden diferenciar cinco áreas en las cuales se suele expresar la consecuencia del ASI y estas son a su saber: a) problemas emocionales b) problemas de relación c) problemas funcionales d) problemas de adaptación y e) problemas sexuales. En los diversos análisis se empiezan a evidenciar cosas como que en un número importante de casos, la manifestación de la secuela ocurre casi que inmediatamente al abuso, pero que hay casos en los cuales esta pasa inadvertida y es solo hasta la edad adulta cuando se expresa la afectación.

Dentro de los problemas emocionales descritos como consecuencias asociadas al ASI se aprecian: síntomas ansiosos y depresivos, desarrollo de estrés post-traumático, trastorno límite de personalidad, conductas auto-lesivas, comportamiento imprudentemente temerario, ideas e intentos de suicidio. (11) En la esfera relacional se observa una fuerte tendencia al aislamiento y la ansiedad social, tener pocos amigos, dificultades en conseguir y establecer relación de pareja y estilos de crianza altamente permisivos. (11) En términos del funcionamiento, se reporta mayor incidencia de problemas como fibromialgia, cefaleas y trastornos gastrointestinales, al igual que la presencia de trastornos alimenticios. (11) Dentro de los problemas de adaptación, se observa proclividad hacia la conducta delictiva y altos niveles de hostilidad. También se observa una mayor proporción de acciones de huida de la casa. Por último, en la esfera de la conducta sexual, sobresalen más las conductas sexuales riesgosas que la presencia de disfunciones propiamente dichas. (11) Como puede apreciarse, no son pocas las afectaciones, secuelas y alteraciones a las que se ve expuesta un niño, una niña y un adolescente (NNA) que es víctima de ASI.

Vale aclarar que no se ha entrado a detallar algunas variables que se ha visto influyen en la probabilidad de que se desarrollen consecuencias por el acto abusivo: Si fue un acto único o hay repeticiones, el grado de cercanía afectiva con el agresor, la revelación o no del acto ante la familia, la posible victimización secundaria en el proceso judicial y el acceso o no a una atención psicológica de soporte, por solo mencionar algunos. (9)

La conexión entre el riesgo de suicidio y ASI

Ya se había anticipado que como consecuencia del acto sexual abusivo se pueden presentar episodios depresivos que pueden evolucionar en trastornos depresivos o incluso, trastorno afectivo bipolar. Veamos algunas evidencias en este sentido. Primero, un estudio nacional en Estados Unidos que abordó a 34.000 personas mayores de 18 años, concluyó que existe una alta correlación entre el ASI y la presencia de psicopatología y además, con un incremento del riesgo de suicidio. Dentro de la muestra total, se identificaron antecedentes de ASI en el 10,4 %. Dentro de ellos, se encontraron factores asociados como el maltrato físico infantil y la negligencia. (12)

Segundo, un estudio de meta-análisis (13) que empleó 37 estudios de base que recogía más de 3 millones de participantes, encontró una fuerte asociación entre antecedentes víctimas de ASI y la presencia de varios tipos de diagnósticos, incluyen la presencia de intentos de suicidio como síntoma asociado. Tercero, otro estudio va más allá al estudiar casos de fallecimientos por sobredosis y accidentes, encontrando una poderosa asociación entre la presencia de antecedentes de ASI y el tipo de muerte (14), afirmando que el ASI es una variable mediadora entre el suicidio y la muerte por sobredosis. Lo anterior coincide con lo ya mencionado: Las conductas imprudentemente temerarias. Por otra parte, una revisión sistemática de la presencia de ideas y conductas suicidas en menores víctimas de ASI, concluyó que “Las víctimas de abuso sexual infantil tienen entre 2 y 3 veces más riesgo de presentar ideación suicida y entre 3 y 4 veces más riesgo de cometer algún intento de suicidio que las no víctimas”. (15)

Hasta el momento, se ha mostrado el riesgo de suicidio como una consecuencia en el mediano o largo plazo. Pero no puede dejarse de lado, cuando el evento abusivo se convirtió en un precipitante o detonante del intento mismo. En un estudio realizado en un Hospital Universitario en Valle del Cauca, se atendieron casos de intentos de suicidio en menores de 14 años, encontrando que en el 18 % el abuso sexual fue lo que condujo a la realización del intento. (16) En otro estudio realizado en Boyacá cuyo objetivo fue precisamente establecer la asociación entre el ASI y las conductas suicidas, encontraron que “Uno de los hallazgos más preocupantes de esta investigación es que todos los estudiantes víctimas de abuso sexual por penetración, que participaron en esta investigación, han tenido intento suicida”. (17) Recordemos que hay múltiples autores que le dan un peso importante al intento de suicidio como un elemento con alto grado de poder predictor de un suicidio consumado en el futuro. (18)

Siguiendo la línea anterior, otro estudio similar hecho en México, que buscaba identificar la prevalencia de las conductas suicidas y los factores asociados las mismas en poblaciones de educación media superior, encontró que el consumo de sustancias, el género, los antecedentes de ASI y la depresión era factores asociados con la presencia de ideas e intentos de suicidio. (19)

¿Qué hacer frente al ASI y el riesgo de suicidio?

Si retomamos nuevamente el suicidio y en especial en NNA, encontramos que las explicaciones ya empiezan a superar la sola presencia de episodios o trastornos depresivos. Describir las alteraciones en el proceso de reabsorción post-sináptica de la serotonina, es demasiado simplista, y mucho más, creer que nivelando dicho proceso, la depresión desaparece. El otro extremo sería, prescindir de una medicación cuando ésta se requiere. Todo lo mencionado, conduce a analizar un aspecto supremamente complejo: Si se reconoce que inmediatamente o en un mediano plazo, el ASI conlleva a una seria y compleja afectación de la esfera mental, se hace evidente que la atención en este sentido no tiene aplazamiento y que merecerá un amplio espectro de intervenciones y profesionales a cargo. Obviamente, esto sucederá cuando la situación de abuso es identificada y sacada a la luz. En ese entendido, se eleva la pregunta que muchos se harán: ¿Cuál es la ruta a seguir una vez identificada la situación de ASI en un NNA? Aquí debemos mencionar entonces la resolución 4.886 de año 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social o la adopción de la Política Nacional de Salud Mental. Dicha resolución amplifica lo dicho en la ley 1616 del 2013 o también conocida como la Ley de la Salud Mental. En esta última, se hace mención a la salud mental como un derecho, que los NNA tendrán prioridad, una atención integral e integrada y además

“Esta red prestará sus servicios en el marco de la estrategia de Atención Primaria en salud con un modelo de atención integral que incluya la prestación de servicios en todos los niveles de complejidad que garantice calidad y calidez en la atención de una manera oportuna, suficiente, continua, pertinente y de fácil accesibilidad a servicios de promoción, prevención, detección temprana, diagnóstico, intervención, tratamiento y rehabilitación en salud mental”. (20)

No es de sobra señalar, que si bien la ley 1616 de 2013 menciona la salud mental como un derecho, es solo hasta la ley 751 de 2015 que se reconoce la salud como un derecho fundamental. Citando apartes de la ley 1616 de 2013:

1. Derecho a recibir atención integral e integrada(. . .);
3. Derecho a recibir la atención especializada e interdisciplinaria y los tratamientos con la mejor evidencia científica de acuerdo a los avances científicos en salud mental(. . .);
5. Derecho a tener un proceso psicoterapéutico, con los tiempos y sesiones necesarias para asegurar un trato digno para obtener resultados en términos de cambio, bienestar y calidad de vida.

Traducido todo lo anterior en acciones concretas, significa que si un NNA que ha sido identificado como víctima de ASI, que ha hecho intentos de suicidio o que claramente tiene una afectación

por salud mental por cualquier motivo, deberá tener una atención inmediata, pertinente y completa. Significa que si requiriera para su tratamiento la atención de un psicólogo, un psiquiatra y un trabajador social en forma coordinada, los debe tener de manera inmediata o con la menor dilación; que si se deben tener encuentros semanales, así se hará y que si se requiere de un proceso de institucionalización de alto nivel, se procederá de la misma manera. Siendo así, en la medida que las acciones de tratamiento se posterguen, se nieguen o se brinden de manera incompleta, indirectamente se está contribuyendo a que los efectos nefastos del ASI sigan operando. Y yendo un poco más allá: ¿Cómo se tendría a que asumir la situación de un NNA que ha sido víctima de ASI, que posteriormente ha hecho intentos de suicidio, que el servicio de atención en salud es incompleto o se ha dilatado y que finalmente llega a la consumación del suicidio? Claramente, se estaría en una flagrante violación de un derecho fundamental: El derecho a la salud. ¿Por parte de quién o quiénes?

Dicho lo anterior, mencionemos la pertinencia de la atención en salud mental para las víctimas de ASI y entendiendo que entre otras cosas, se podría estar salvando una vida. Hay condiciones que pueden ayudar a mitigar o contrarrestar los efectos del ASI. Un estudio hecho con adolescentes que fueron víctimas de ASI, mostró que las variables asociadas a la resiliencia (búsqueda de novedad, regulación emocional, orientación positiva hacia el futuro) tenía una relación inversa significativa con las ideas de suicidio. (21) Aquí entonces, podríamos partir de aquellas variables familiares, ambientales y la disposición personal que ayudan a fortalecer tales condiciones de resiliencia.

A propósito de las acciones terapéuticas de alto grado de complejidad y con evidencia científica de su efectividad, un estudio piloto sobre los efectos de la Terapia Dialéctica Conductual para abordar situaciones de estrés post-traumático, encontró un efecto muy positivo en un grupo de pacientes que se sometieron a un tratamiento interno de tres meses. (22) Una de las características de dicho grupo de pacientes, fue el hecho de haber sido diagnosticados con estrés post-traumático, evento consecuente a la vivencia de ASI. Dentro de la descripción de los antecedentes clínicos de los pacientes, se menciona que el 62 % tenía historia de al menos un intento de suicidio, 38 % ya habían tenido más de un intento y 62 % reportaban heridas auto infligidas.

Con lo expuesto hasta este momento, queda clara la imperiosa e inaplazable necesidad de perfeccionar la atención que se le brinda a NNA que han sido víctimas de ASI. Lo anterior obedece no solo a la prioridad que es minimizar, reducir o eliminar el impacto psicológico causado por la experiencia, lo cual afecta de manera significativa la calidad de vida de la víctima. Está también la posibilidad de detener un desenlace aún más catastrófico como sería el eventual suicidio de la víctima de ASI.

Dado que el eje central del documento giró alrededor de la presencia del evento de ASI y su vinculación con el riesgo de suicidio, se ha dejado de lado hablar acerca de la prevención tanto del suicidio como del ASI. En ambos casos, entenderemos que el abordaje sería evitar que suceda el ASI por una parte y por otra, crear las condiciones de fortalecimiento emocional para que la idea de suicidio jamás surja. Vale recordar que la idea suicida es el principal factor determinante de las futuras conductas suicidas. Tanto es así que, en un escenario un bastante complejo pueden estar presentes muchas condiciones y circunstancias particularmente adversas y con potencial lesivo, pero por la fortaleza de algunos factores protectores, no se gesta la idea suicida, llevando a que el riesgo sea totalmente inexistente. En una vía contraria, en otro contexto en donde en apariencia hay condiciones que impedirían la aparición de la idea suicida, pero por la sutileza de las interacciones humanas, esta aparece y se instala. Es allí donde se inicia el riesgo.

Otro tópico que tampoco se abordó pero que no es menos importante, es como la comunidad en general puede aprender a identificar algunas de las señales que podrían mostrar que un NNA

ha sido o está siendo víctima de ASI. Igual sucede con el aprendizaje de las principales señales indicadoras de posible riesgo suicida en una persona. Es de esta manera que personas comunes y corrientes pero que han asimilado estos aprendizajes tan importantes, pueden contribuir de manera efectiva para ayudar a personas que claramente está en una situación de auxilio, aparentemente silenciosa. No es silenciosa, porque su dolor se puede dejar entrever.

CONCLUSIONES

1. El suicidio ha mostrado un aumento importante en sus tasas en el curso de los últimos cuatro años.
2. El ASI también ha mostrado un aumento en las cifras, lo cual puede significar que ha aumentado el fenómeno o se ha incrementado la denuncia de este tipo de delito.
3. En ambos casos, son NNA las personas más vulneradas por estas dos situaciones.
4. Puede establecerse una conexión entre el ASI como factor de riesgo, en tanto que puede generar depresión y por ende, crear un factor de riesgo para el suicidio como es la depresión. Está ampliamente documentado como los trastornos del estado de ánimo son una consecuencia frecuente en los eventos de abuso sexual.
5. También se ha documentado que hay intentos de suicidio o suicidios consumados que han sido reactivos a un evento de abuso sexual.
6. Si bien nunca se habló de la prevención de estos dos eventos, si se pone en cuestionamiento la agilidad de la atención en salud mental, cuando se sabe que hay una víctima de ASI.

BIBLIOGRAFÍA

1. Montoya Gómez, B. (2018) Comportamiento del Suicidio, Colombia 2017. *Forensis*. 2018; 1:349:383.
2. Canesto Arenas, D.E. (2018) Exámenes Medico-Legales por Presunto Delito Sexual, Colombia, año 2017. *Forensis*. 2018; 1:301:348.
3. Navarro-Gómez, N. (2017). El suicidio en jóvenes en España: cifras y posibles causas. *Análisis de los últimos datos disponibles. Clínica y Salud*, 28(1), 25-31.
4. Mosquera, L. (2016). Conducta suicida en la infancia: Una revisión crítica. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 3(1), 9-18.
5. National Institute of Mental Health, <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/suicide.shtml> consultado 24 mayo de 2019.
6. Organización Mundial de la Salud. (2014) Prevención del Suicidio: Un imperativo Global. Ginebra.
7. Gómez Romero, M.J. Limonero, J.T. Toro Trallero, J. Montes Hidalgo, J. Tomas Sábado, J. (2018). Relación entre inteligencia emocional, afecto negativo y riesgo suicida en jóvenes universitarios. *Ansiedad y Estrés*. 24: 18-23.
8. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression> consultado el 21 mayo de 2019.
9. Echeburúa, E. de Corral, P (2006) Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuadernos de Medicina Forense*. (12): 43-44.
10. Forero M, L.J. García R, M.M. González O, J.O. Perdomo M, M.E. Cubillos A, D.M. Hernández, H.W. (2000) Posibles Delitos Sexuales. *Forensis 1999, Datos para la Vida*. Bogotá: Panamericana?.
11. Pereda Beltrán, N. (2010) Consecuencias Psicológicas a Largo Plazo del Abuso Sexual Infantil. *Papeles del Psicólogo* 31(2): 191-201.
12. Pérez-Fuentes, G., Olfson, M., Villegas, L., Morcillo, C., Wang, S., & Blanco, C. (2013). Prevalence and correlates of child sexual abuse: a national study. *Comprehensive Psychiatry*, 54(1): 16-27.
13. Chen, L. P., Murad, M. H., Paras, M. L., Colbenso, K. M., Sattler, A. L., Goranson, E. N., Zirakzadeh, A. (2010). Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: systematic review and meta-analysis. *Mayo clinic proceedings* 85 (7): 618-629.
14. Cutajar, M. C., Mullen, P. E., Ogloff, J. R., Thomas, S. D., Wells, D. L., Spataro, J. (2010). Suicide and fatal drug overdose in child sexual abuse victims: a historical cohort study. *Medical journal of Australia*, 192(4), 184-187.
15. González, A. P., & Beltrán, N. P. (2015). Revisión sistemática de la prevalencia de ideación y conducta suicida en menores víctimas de abuso sexual. *Actas españolas de psiquiatría*, 43(4): 149-158.

16. Campo, G. et Al. (2003). Intento de suicidio en niños menores de 14 años atendidos en el Hospital Universitario del. *Colombia Médica*, 34(1): 9-16.
17. Prada, M. P. P., Baquero, L. C. M., Pinzón, M. A. V., & Prieto, B. L. A. (2017). Intento e ideación suicida y su asociación con el abuso sexual en adolescentes escolarizados de Boyacá-Colombia. *Diversitas*, 13(1): 91-101.
18. Cabra, O. L., Infante, D. C., y Sossa, F. N. (2010). El suicidio y los factores de riesgo asociados en niños y adolescentes. *Revista Médica Sanitas*, 13(2): 28-35.
19. Pérez-Amezcuca, B., Rivera-Rivera, L., Atienzo, E. E., de Castro, F., Leyva-López, A., & Chávez-Ayala, R. (2010). Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República mexicana. *Salud Pública de México*, 52(4): 324-333.
20. República de Colombia, Congreso de Colombia. Ley 1616 del 21 de enero de 2013, Ley de Salud Mental.
21. Quiceno, J. M., Mateus, J., Cardenas, M., Villareal, D., & Vinaccia, S. (2013). Calidad de vida, resiliencia e ideación suicida en adolescentes víctimas de abuso sexual. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18(2): 107-117.
22. Steil, R., Dyer, A., Priebe, K., Kleindienst, N., & Bohus, M. (2011). Dialectical behavior therapy for posttraumatic stress disorder related to childhood sexual abuse: a pilot study of an intensive residential treatment program. *Journal of traumatic stress*, 24(1): 102-106.