

# Abuso sexual infantil en México: conductas de riesgo e indicadores de salud mental en adolescentes

Rosario Valdez-Santiago, D en C,<sup>(1)</sup> Aremis Villalobos, D en C,<sup>(1)</sup> Luz Arenas-Monreal, D en Antrop,<sup>(1)</sup> Karla Flores-Celis, M en C,<sup>(2)</sup> Luciana Ramos-Lira, D en Psic.<sup>(2)</sup>

**Valdez-Santiago R, Villalobos A, Arenas-Monreal L, Flores-Celis K, Ramos-Lira L.**  
**Abuso sexual infantil en México: conductas de riesgo e indicadores de salud mental en adolescentes.**  
*Salud Pública Mex.* 2020;62:661-671.  
<https://doi.org/10.21149/11924>

## Resumen

**Objetivo.** Determinar la prevalencia de abuso sexual infantil (ASI) por sexo en adolescentes a partir de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19 y analizar las asociaciones con características sociodemográficas, conductas de riesgo e indicadores de salud mental. **Material y métodos.** Se analizó el cuestionario para población adolescente (10-19 años), se estimaron prevalencias de ASI y se realizó un modelo de regresión logística ajustado por variables de interés. **Resultados.** La prevalencia nacional de ASI es de 2.5% (3.8% mujeres y 1.2% hombres). Entre las mujeres se encontró asociación con la edad, el estado conyugal, el tipo de localidad, el consumo excesivo de alcohol, la sintomatología depresiva y los pensamientos suicidas. Entre los hombres, se encontró asociación con el nivel socioeconómico, la sintomatología depresiva y los pensamientos suicidas. **Conclusiones.** Es urgente realizar estudios con mayor precisión y periodicidad y garantizar el acceso a los servicios de salud y de justicia posevento.

Palabras clave: abuso sexual infantil; encuestas nacionales; adolescentes; México

**Valdez-Santiago R, Villalobos A, Arenas-Monreal L, Flores-Celis K, Ramos-Lira L.**  
**Child sexual abuse in Mexico: risk behaviors and mental health indicators in adolescents.**  
*Salud Pública Mex.* 2020;62:661-671.  
<https://doi.org/10.21149/11924>

## Abstract

**Objective.** To estimate the prevalence of child sexual abuse (CSA) in adolescent population with National Health and Nutrition Survey 2018-19 data. **Materials and methods.** Questionnaire for adolescents (10 to 19 years old) was analyzed and carry out a stratified analysis and a logistic regression model adjusted for variables of interest. **Results.** The prevalence of CSA in adolescent population is 2.5% (3.8% for women and 1.2% for men). Among women, CSA was associated with age, marital status, locality type, excessive alcohol consumption, depressive symptomatology and suicidal thoughts. Among men, CSA was associated with socioeconomical level, depressive symptomatology and suicidal thoughts. **Conclusions.** Studies with greater precision and periodicity as well as access to health and justice services are urgent.

Keywords: child sexual abuse; adolescents; national surveys; Mexico

(1) Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.

(2) Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Ciudad de México, México.

**Fecha de recibido:** 25 de julio de 2020 • **Fecha de aceptado:** 20 de octubre de 2020 • **Publicado en línea:** 24 de noviembre de 2020  
 Autor de correspondencia: Luciana Ramos Lira. Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Calzada México Xochimilco 101, col. San Lorenzo Huipulco. 14370 Delegación Tlalpan, Ciudad de México, México.  
 Correo electrónico: ramosl@imp.edu.mx

**Licencia:** CC BY-NC-SA 4.0

El abuso sexual infantil (ASI) puede definirse como “cualquier contacto sexual, acto sexual completado o intentado, o explotación con fines sexuales de un(a) niño(a) por parte de un(a) cuidador(a), adulto(a) o niño(a) mayor,”<sup>1</sup> y es un problema global de salud pública cuyas secuelas físicas y mentales pueden perdurar a largo plazo.<sup>2-4</sup>

El ASI se encuentra asociado con un mayor riesgo de problemas psicológicos y psiquiátricos en la adolescencia y la edad adulta, como el abuso de alcohol y de drogas,<sup>5,4</sup> la depresión, la ansiedad, el trastorno de estrés postraumático,<sup>2-4</sup> las prácticas sexuales de riesgo,<sup>6,7</sup> revictimización sexual,<sup>6,8</sup> intentos suicidas<sup>2,9</sup> y trastornos de la alimentación.<sup>2,10</sup>

La gravedad de las afectaciones se explica por las implicaciones traumáticas del suceso. Características tales como el número de incidentes, el grado de contacto, el uso de la fuerza, la edad en la que ocurrió el abuso y la relación con el perpetrador pueden afectar la fuerza de la asociación con efectos negativos.<sup>11</sup> El ASI frecuentemente ocurre en el ámbito doméstico o en otros espacios cercanos en los que existen relaciones familiares y/o vínculos de confianza. Este problema es estigmatizado socialmente y conlleva barreras estructurales que impiden que quienes lo hayan sufrido sean detectados.<sup>7</sup> Resultados de investigación sugieren que quienes han sido víctimas por parte de un miembro de la familia sufren síntomas físicos y emocionales más graves que las víctimas de ASI extrafamiliar.<sup>12,13</sup>

Las revisiones sistemáticas estiman una prevalencia de entre 10 y 20% para niñas, y menos de 10% en varones,<sup>14,15</sup> aunque los reportes pueden variar desde 2% hasta 60%.<sup>14</sup> Esta amplitud de rango se debe a las diferencias en la definición conceptual, el instrumento de medición, las características de la muestra y el diseño del estudio.<sup>15,16</sup> La prevalencia es menor si se utiliza una definición que sólo incluya contacto físico en comparación con una que implique conductas abusivas sin este contacto.<sup>1,14</sup> Las estimaciones se incrementan cuando se realizan preguntas múltiples vs. una sola pregunta, o el autorreporte vs. la entrevista cara a cara.<sup>7,17,18</sup> Sin embargo, cuando éstas son realizadas por personal sensible y capacitado, la proporción de ASI aumenta en comparación con los cuestionarios autoadministrados.<sup>17</sup> Una menor estimación también está influida por la cercanía con el agresor, la cronicidad y la gravedad del abuso.<sup>19</sup> Los registros de los servicios de salud y judiciales revelan prevalencias menores porque es donde se registran los casos más graves.<sup>1</sup>

La prevalencia de ASI en América Latina es de 13.4% (IC95%: 6.2-26.5) para mujeres y de 13.8% (IC95%: 3.7-40) para varones.<sup>15</sup> En México, la mayoría de las encuestas consideran sólo a mujeres adultas; estas encuen-

tas reportan prevalencias de actos sexuales en contra de su voluntad antes de los 15 años de 7.3% en 2003<sup>20</sup> y 13.3% en 2006.<sup>21</sup> Con base en la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2016 (Endireh), se calcula que 5.1% de las mujeres mexicanas han sido violadas o intentaron violarlas antes de los 15 años.<sup>22</sup> En encuestas con estudiantes de secundaria y preparatoria, donde se incluyó contacto físico y/o penetración, la prevalencia fue de 4.4% en mujeres y 4.3% en hombres.<sup>23</sup> Estudios posteriores reportaron proporciones de 3.6 y 1.9% para ASI con penetración antes de los 18 años para mujeres y hombres.<sup>24</sup> En 2014, una muestra probabilística, representativa de 47 ciudades, en hogares y con adolescentes de 12 a 17 años, encontró una prevalencia de ASI con y sin contacto físico de 8.3% para mujeres y 3.4% para hombres.<sup>25</sup>

A pesar de la variación en las prevalencias, la literatura concuerda en que las mujeres tienen mayor riesgo de experimentar ASI que los hombres,<sup>26,27</sup> suele ocurrir dentro del ámbito familiar,<sup>13</sup> es cometido por personas cercanas<sup>23,28</sup> y los perpetradores son varones mayoritariamente,<sup>23,27</sup> aunque los hombres abusados sexualmente pueden reportar proporciones más elevadas de mujeres perpetradoras.<sup>29</sup>

Por sus características y consecuencias, el ASI es un problema asociado con fallas sistémicas del Estado y de instituciones que deben asumir responsabilidades de protección a la población infantil en contra del maltrato y atender sus secuelas.<sup>30</sup> De acuerdo con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE),<sup>1</sup> México es uno de los países donde el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral a la Familia (DIF) no está suficientemente desarrollado. Además, no existe una fuente que brinde información directa y confiable sobre la magnitud del problema,<sup>1,25,31</sup> las características objetivas de la experiencia y los indicadores sociodemográficos y de salud mental de quienes lo enfrentan. Conocer esta información puede proporcionar una perspectiva sobre la necesidad de futuras investigaciones, así como de acciones de prevención y tratamiento de los y las sobrevivientes según su sexo y edad.

Este estudio tiene como objetivo determinar la prevalencia de ASI por sexo en adolescentes a partir de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) 2018-19 y analizar las asociaciones con características sociodemográficas, conductas de riesgo e indicadores de salud mental.

## Material y métodos

Los datos provienen de un análisis secundario de la Ensanut 2018-19, que es una encuesta probabilística con representatividad nacional. Los procedimientos opera-

tivos fueron autorizados por las comisiones de ética, investigación y bioseguridad del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), y se solicitó el asentimiento para menores de edad. También se les pidió el consentimiento informado a los padres o adulto responsable del hogar.

El levantamiento de datos se realizó de julio de 2018 a febrero de 2019.<sup>32</sup> En este trabajo se analiza el cuestionario de adolescentes (de 10 a 19 años), el cual considera información del hogar y de los integrantes del mismo.

## Variables de interés

Abuso sexual infantil (sí/no) considera como casos a aquellos que contestaron afirmativamente a una definición amplia: ¿A lo largo de tu vida, alguien te manoseó, tocó o acarició alguna parte de tu cuerpo o tuvo relaciones sexuales contigo cuando eras muy pequeño/a?

Además se utilizaron: 1) Características demográficas, sexo, edad (10-11, 12-14 y 15-19 años), estado conyugal (unido/a, o no unido/a), nivel socioeconómico (bajo, medio y alto), región (Norte, Centro, Ciudad de México y Sur), tamaño de localidad (urbana para las localidades con 2 500 o más habitantes, rural para las localidades con menos de 2 500 habitantes);<sup>33</sup> 2) conductas de riesgo: consumo de 100 cigarros durante toda la vida (sí/no); alcohol en exceso, considerado como el consumo de más de cinco copas en una misma ocasión para el caso de los hombres y más de cuatro copas en una misma ocasión para el caso de las mujeres (sí/no); 3) indicadores de salud mental: sintomatología depresiva en la última semana (sí/no) e ideación suicida (sí/no) y 4) características objetivas del ASI: sexo del/la perpetrador/a, relación con él/ella, búsqueda de servicios de salud y motivos para denunciar o no judicialmente.

## Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo estratificado, comparativo e inferencial para el ASI (n=484). Se estimaron porcentajes e intervalos de confianza al 95% (IC95%), y se estratificaron por ASI (cuadro I), después se calcularon las prevalencias de ASI e IC95% según las características sociodemográficas, conductas de riesgo e indicadores de salud mental. Se realizaron pruebas ji cuadrada y diferencia de proporciones entre ASI y las características, conductas y/o indicadores. Finalmente, se construyeron modelos logísticos estratificados por sexo. La bondad de ajuste de cada modelo se evaluó con el estadístico F-ajustada<sup>34</sup> por lo que en el caso de los hombres, si se consideraban las variables de estado conyugal, localidad y consumo excesivo de alcohol, similar al modelo final en mujeres, el ajuste del modelo era pobre, por lo

tanto se presenta un modelo para hombres sin dichas variables. El análisis consideró el diseño probabilístico de la muestra. Se utilizó Stata 14.0.\*

## Resultados

### Características generales de la población adolescente con ASI

Los resultados muestran que de 17 925 adolescentes, que representan a más de 22 millones de personas de 10-19 años, 2.5% reportó abuso sexual en la infancia. El 76.5% fueron mujeres, 72.7% tienen entre 15-19 años, en su mayoría no están unidos/as (87.6%) y viven en áreas urbanas (82.6%). El 15.1% consumió por lo menos 100 cigarros a lo largo de su vida y 35.6% consumió alcohol en exceso. El 36.1% tuvo pensamientos suicidas y 35.0% presentó sintomatología depresiva en la última semana previa a la encuesta (cuadro I).

### Prevalencias de ASI por sexo

La prevalencia es mayor entre las mujeres en comparación con los hombres (3.8 vs. 1.2%). El grupo de 15-19 años concentra la mayor proporción (3.7%) (IC95%: 3.2-4.3), siendo más elevada entre las mujeres (5.6 vs. 1.9%). También se encontró una prevalencia mayor de ASI en mujeres no unidas, pertenecientes al nivel socioeconómico medio o alto, habitantes en las regiones Norte, Centro y Sur, así como en localidades urbanas, en comparación con sus pares hombres.

Se encontraron mayores prevalencias de ASI en mujeres que han consumido 100 cigarros o más a lo largo de su vida en comparación con los hombres (17.2 vs. 4.1%), y con consumo excesivo de alcohol (10.3 vs. 2.0%). La prevalencia de ASI en personas con sintomatología depresiva fue de 8% (IC95%: 6.6-9.8), y se presenta con mayor prevalencia en las mujeres (11.0 vs. 3.7%). Entre adolescentes con ideación suicida la prevalencia de ASI fue de 17.7% (IC95%: 14.5-21.5) y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas por sexo (cuadro II).

### Características sociodemográficas, conductas de riesgo e indicadores de salud mental asociadas con ASI

Para las adolescentes, la edad se relaciona positivamente con el reporte de haber experimentado ASI;

\* StataCorp. Stata Statistical Software 14.0. College Station, TX: StataCorp LP, 2017.

**Cuadro I**  
**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS POR ABUSO SEXUAL INFANTIL.**  
**ADOLESCENTES DE 10 A 19 AÑOS DE EDAD. MÉXICO, 2018-19**

	Abuso sexual infantil				Total	
	No		Sí		%	IC
	%	IC	%	IC		
n*	17 441		484		17 925	
N‡	22 317.4	97.5(97.2-97.8)	568.1	2.5(2.2-2.8)	22 885.5	
Sexo						
Hombre	51.3§	(50.2-52.4)	23.5	(18.2-29.8)	50.6	(49.5-51.7)
Mujer	48.7	(47.6-49.8)	76.5	(70.2-81.8)	49.4	(48.3-50.5)
Grupo de edad (años)						
10-11	20.9§	(20.0-21.9)	6.8	(4.4-10.4)	20.6	(19.7-21.5)
12-14	30.9	(29.9-32.0)	20.5	(16.1-25.8)	30.7	(29.7-31.7)
15-19	48.1	(47.0-49.2)	72.7	(67.0-77.7)	48.7	(47.6-49.8)
Estado conyugal						
No unido/a	95.8§	(95.3-96.2)	87.6	(81.4-92.0)	95.6	(95.1-96.0)
Unido/a	4.2	(3.8-4.7)	12.4	(8.0-18.6)	4.4	(4.0-4.9)
Nivel socioeconómico						
Bajo	33.6	(32.5-34.8)	32.5	(26.6-38.9)	33.6	(32.5-34.8)
Medio	33.7	(32.6-34.8)	35.7	(29.5-42.4)	33.8	(32.7-34.9)
Alto	32.6	(31.5-33.8)	31.9	(26.0-38.4)	32.6	(31.5-33.7)
Región						
Norte	20	(19.4-20.7)	23.7	(19.0-29.0)	20.1	(19.5-20.8)
Centro	36.5	(35.3-37.7)	34.7	(28.3-41.7)	36.5	(35.3-37.7)
Ciudad de México	10.3	(9.4-11.4)	12.4	(7.9-19.0)	10.4	(9.4-11.4)
Sur	33.1	(32.2-34.1)	29.3	(24.2-35.0)	33	(32.1-34.0)
Tamaño de localidad						
Urbano	74.7§	(73.7-75.6)	82.6	(77.7-86.7)	74.9	(73.9-75.8)
Rural	25.3	(24.4-26.3)	17.4	(13.3-22.3)	25.1	(24.2-26.1)
Consumo de más de 100 cigarros durante la vida						
No	95.1§	(94.6-95.6)	84.9	(79.0-89.4)	94.9	(94.3-95.4)
Sí	4.9	(4.4-5.4)	15.1	(10.6-21.0)	5.1	(4.6-5.7)
Consumo de alcohol en exceso						
No	83.7§	(82.8-84.5)	64.4	(57.8-70.6)	83.2	(82.3-84.1)
Sí	16.3	(15.5-17.2)	35.6	(29.4-42.2)	16.8	(15.9-17.7)
Alguna vez ha pensado en suicidarse						
No	95.7§	(95.3-96.1)	63.9	(57.4-70.0)	94.9	(94.5-95.4)
Sí	4.3	(3.9-4.7)	36.1	(30.0-42.6)	5.1	(4.6-5.5)
Sintomatología depresiva (última semana)						
No	89.8§	(89.1-90.5)	65.0	(58.6-71.0)	89.2	(88.5-89.8)
Sí	10.2	(9.5-10.9)	35.0	(29.0-41.4)	10.8	(10.2-11.5)

\* Tamaño de la muestra

‡ Frecuencia en miles

§ Valor  $p<0.05$ , ji-cuadrada de independencia entre abuso sexual infantil y la característica correspondiente

IC: intervalo de confianza al 95%

**Cuadro II**  
**PREVALENCIA DE ABUSO SEXUAL INFANTIL POR CONDICIONES SOCIODEMOGRÁFICAS, ECONÓMICAS Y DE SALUD.**  
**ADOLESCENTES DE 10 A 19 AÑOS. MÉXICO, 2018-19**

	Mujeres		Hombres		Total	
	%	IC	%	IC	%	IC
n*	375		109		484	
N‡	43 449.3		13 358.8		568.1	
% IC	3.8§	(3.3-4.5)	1.2	(0.9-1.5)	2.5	(2.2-2.8)
Sexo						
Hombre	-	-	-	-	1.2	(0.9-1.5)
Mujer	-	-	-	-	3.8	(3.3-4.5)
Grupo de edad (años)						
10-11	1.0	(0.6-1.8)	0.6	(0.3-1.3)	0.8	(0.5-1.3)
12-14	2.9§	(2.2-3.9)	0.4	(0.3-0.7)	1.7	(1.3-2.1)
15-19	5.6§	(4.7-6.7)	1.9	(1.3-2.6)	3.7	(3.2-4.3)
Estado conyugal						
Unida/o	8.4	(5.3-13.1)	3.5	(0.8-14.0)	6.9	(4.4-10.7)
No unida/o	3.5§	(3.0-4.1)	1.1	(0.8-1.4)	2.3	(2.0-2.6)
Nivel socioeconómico						
Bajo	3.2	(2.4-4.1)	1.6	(1.1-2.5)	2.4	(1.9-3.0)
Medio	4.3§	(3.3-5.5)	1.0	(0.6-1.7)	2.6	(2.1-3.3)
Alto	4.1§	(3.2-5.3)	0.8	(0.5-1.4)	2.4	(1.9-3.1)
Región						
Norte	4.7§	(3.7-5.9)	1.2	(0.7-2.1)	2.9	(2.3-3.7)
Centro	3.9§	(2.9-5.2)	0.9	(0.5-1.5)	2.4	(1.8-3.0)
Ciudad de México	3.7	(2.0-6.7)	2.3	(1.0-5.2)	3	(1.8-4.8)
Sur	3.3§	(2.6-4.2)	1.1	(0.7-1.5)	2.2	(1.8-2.7)
Tamaño de localidad						
Urbano	4.4§	(3.7-5.2)	1.1	(0.8-1.6)	2.7	(2.4-3.2)
Rural	2.2	(1.6-3.1)	1.2	(0.7-1.9)	1.7	(1.3-2.3)
Consumo de más de 100 cigarros						
No	3.5§	(3.0-4.1)	0.9	(0.7-1.3)	2.2	(1.9-2.6)
Sí	17.2§	(11.0-25.8)	4.1	(2.2-7.4)	7.3	(5.1-10.4)
Consumo de alcohol en exceso						
No	2.9§	(2.4-3.5)	0.9	(0.7-1.3)	1.9	(1.6-2.3)
Sí	10.3§	(8.1-12.9)	2.0	(1.2-3.4)	5.3	(4.2-6.5)
Alguna vez ha pensado en suicidarse						
No	2.6§	(2.2-3.2)	0.8	(0.6-1.0)	1.7	(1.4-2.0)
Sí	21.1	(17.1-25.8)	11.6	(6.8-19.1)	17.7	(14.5-21.5)
Sintomatología depresiva (última semana)						
No	2.8§	(2.3-3.4)	0.9	(0.6-1.3)	1.8	(1.5-2.1)
Sí	11.0§	(8.8-13.7)	3.7	(2.4-5.8)	8	(6.6-9.8)

\* Tamaño de la muestra

‡ Frecuencia en miles

§ Valor  $p < 0.05$ , prueba de diferencia de proporciones en la prevalencia de abuso sexual infantil entre hombres y mujeres

IC: intervalo de confianza al 95%

estar unidas ( $RM=1.86$ ,  $IC95\%: 1.02-3.38$ ), vivir en localidades urbanas ( $RM=1.79$ ,  $IC95\%: 1.21-2.65$ ) y el consumo excesivo de alcohol ( $RM=1.76$ ,  $IC95\%: 1.09-2.85$ ) se asociaron positivamente con el reporte de ASI. Tener sintomatología depresiva incrementa dos veces las posibilidades de ASI ( $RM=2.09$ ,  $IC95\%: 1.43-3.05$ ), asimismo, tener ideación suicida incrementa cinco veces las posibilidades de ASI ( $RM=5.77$ ,  $IC95\%: 3.98-8.38$ ) (cuadro III).

En el caso de los hombres, pertenecer a un estrato socioeconómico alto disminuye en 55% experimentar ASI ( $RM=0.45$ ,  $IC95\%: 0.22-0.95$ ). El padecer sintomatología depresiva y pensamientos suicidas se asociaron positivamente con experimentar ASI en 2 y 10.5 veces, respectivamente, en comparación con sus pares que no lo padecen ( $RM=2.19$ ,  $IC95\%: 1.03-4.66$  y  $RM=10.55$ ,  $IC95\%: 4.69-23.75$ ) (cuadro III).

En el total de la población, además de las asociaciones ya mencionadas, el consumo excesivo de tabaco está asociado de manera positiva con el ASI y no se encontró ningún efecto diferencial por sexo ( $RM=1.92$ ,  $IC95\%: 1.10-3.35$ ) (cuadro III).

### Diferencias por sexo en las características del ASI

El 89% ( $IC95\%: 83.7-92.3$ ) de los perpetradores son hombres, sobre todo cuando las víctimas son mujeres (97.5 vs. 60.1% en hombres) y se trata de un familiar tanto para mujeres como para hombres (49.5 vs. 34.9%), seguido de una persona desconocida y de un vecino u otro conocido.

En 68% ( $IC95\%: 61.9-74.1$ ) de los casos no se solicitó atención sanitaria después del ASI y cuando se hizo, fue al servicio de atención psicológica (14% [ $IC95\%: 9.4-20.2$ ]) siendo principalmente las mujeres quienes lo solicitaron (cuadro IV). Sólo 15.6% ( $IC95\%: 11.2-21.1$ ) realizó una denuncia ante las autoridades, esto fue más frecuente entre las mujeres (17.8 vs. 8.2%). De las razones para no hacerlo destacan el miedo (31.1%), la vergüenza (18.1%) y el desconocimiento (14.5%), aunque en proporciones diferentes según el sexo (cuadro IV).

## Discusión

La prevalencia de 2.5% de ASI en este estudio es inferior a 4.3% de la Encuesta Nacional de Estudiantes de 1991 y a 5.8% de la Encuesta de Cohesión Social para la Prevención de la Violencia y la Delincuencia 2014,<sup>25</sup> pero es similar a la de 2.9% reportada por la Encuesta de Estudiantes de 12 a 24 años de Morelos en 2003-2004.<sup>24</sup> Como en la mayoría de los estudios, la prevalencia y el riesgo es más elevado para las mujeres que para los hombres.<sup>1,14,15,18,26,27</sup> En ellas, la prevalencia de 3.8% es menor

a las reportadas en la literatura internacional (entre 5 y 10%); mientras que para los hombres la prevalencia de 1.2% concuerda con la evidencia (entre 1 y 5%).<sup>35</sup>

Estas diferencias podrían explicarse por la medición de la Ensanut que incluyó solamente una pregunta acerca del contacto y/o penetración y no comportamientos abusivos sin contacto.<sup>35</sup> Como ya se mencionó, cuando se incluye cualquier forma de abuso sexual en las preguntas, las estimaciones tienden a ser más elevadas.<sup>35</sup> Además, se desconoce el contexto en que los(as) participantes respondieron el cuestionario; en presencia de alguien, las y los adolescentes podrían no haber revelado el abuso por temor o vergüenza.<sup>25,36</sup> Los métodos anónimos están asociados con estimaciones de prevalencia más altas.<sup>37</sup>

En México no hay una fuente concreta al respecto, ni existen datos sistematizados que puedan considerarse indicadores sobre este problema,<sup>31</sup> por lo que es difícil determinar qué tan acorde con la realidad es el reporte respecto a la ocurrencia del ASI. La OCDE incluso señala que no cuenta con datos comparativos de la prevalencia de ASI entre los países que pertenecen a dicha organización.<sup>1</sup> La relevancia de este estudio radica precisamente en el reporte de una muestra nacional representativa y en la que puede existir un menor sesgo de memoria en comparación con la población adulta sobreviviente de ASI.<sup>38</sup>

Es fundamental desarrollar mediciones de ASI que permitan estimaciones de estas experiencias a lo largo de la vida y en el último año. Esto implicaría mejorar las preguntas y desarrollar acercamientos con población infantil y adolescente considerando las implicaciones éticas y de seguridad. Existen reportes que indican que niños y niñas en escuelas tienen siete veces más probabilidades de revelar experiencias de ASI mediante métodos más confidenciales en comparación con la entrevista cara a cara.<sup>39</sup>

Sobre las conductas de riesgo e indicadores de salud mental, como muestran los resultados del presente estudio, existe evidencia sobre su asociación con el consumo de tabaco,<sup>40</sup> el consumo excesivo o dependencia de alcohol,<sup>41-43</sup> la sintomatología depresiva<sup>44-46</sup> y la ideación suicida.<sup>47-49</sup> Un punto que requiere particular atención, son las diferencias por sexo, pues el vínculo entre las experiencias traumáticas y los problemas de salud mental suele ser más fuerte para las mujeres que para los hombres.<sup>46</sup> Los estudios han señalado mayores tasas de trastorno depresivo, consumo de alcohol y tabaquismo en niñas abusadas sexualmente<sup>50</sup> y se ha sugerido que el abuso de sustancias puede estar mediado por esas afecciones psiquiátricas,<sup>51</sup> y por la sintomatología de trastorno por estrés postraumático<sup>52</sup> y/o las emociones negativas.<sup>41</sup>

**Cuadro III**  
**MODELO DE REGRESIÓN LOGÍSTICA PARA ABUSO SEXUAL INFANTIL POR SEXO. ADOLESCENTES DE 10 A 19 AÑOS. MÉXICO, 2018-19**

	Mujeres			Hombres			Total		
	RM	Valor <i>p</i>	IC95%	RM	Valor <i>p</i>	IC95%	RM	Valor <i>p</i>	IC95%
<b>Sexo</b>									
Hombre	-	-	-	-	-	-	1.00		
Mujer	-	-	-	-	-	-	3.14	0.00	(2.19-4.50)
<b>Grupo de edad (años)</b>									
10-11	1.00			1.00			1.00		
12-14	2.17	0.014	(1.17-4.01)	0.64	0.389	(0.24-1.75)	1.60	0.09	(0.93-2.72)
15-19	2.74	0.001	(1.51-5.00)	2.14	0.103	(0.86-5.32)	2.50	0.00	(1.50-4.19)
<b>Estado conyugal</b>									
No unido/a	1.00			-	-	-	1.00		
Unido/a	1.86	0.044	(1.02-3.38)	-	-	-	1.78	0.04	(1.02-3.10)
<b>Nivel socioeconómico</b>									
Bajo	1.00			1.00			1.00		
Medio	1.15	0.502	(0.77-1.70)	0.57	0.111	(0.28-1.14)	0.94	0.72	(0.66-1.33)
Alto	1.02	0.918	(0.69-1.51)	0.45	0.036	(0.22-0.95)	0.83	0.31	(0.58-1.19)
<b>Tamaño de localidad</b>									
Rural	1.00			-	-	-	1.00		
Urbano	1.79	0.004	(1.21-2.65)	-	-	-	1.53	0.02	(1.07-2.20)
<b>Consumo de más de 100 cigarros durante la vida</b>									
No	1.00			1.00			1.00		
Sí	1.76	0.159	(0.80-3.89)	2.13	0.065	(0.95-4.73)	1.92	0.02	(1.10-3.35)
<b>Consumo excesivo de alcohol</b>									
No	1.00			-	-	-	1.00		
Sí	1.76	0.022	(1.09-2.85)	-	-	-	1.44	0.07	(0.96-2.16)
<b>Sintomatología depresiva (última semana)</b>									
No	1.00			1.00			1.00		
Sí	2.09	0.000	(1.43-3.05)	2.19	0.042	(1.03-4.66)	2.10	0.00	(1.49-2.96)
<b>Alguna vez ha pensado en suicidarse</b>									
No	1.00			1.00			1.00		
Sí	5.77	0.000	(3.98-8.38)	10.55	0.000	(4.69-23.75)	6.79	0.00	(4.70-9.81)

RM: razón de momios

IC95%: intervalo de confianza al 95%

Prueba de ajuste para el modelo de las mujeres: F-ajustada= 0.215; Prueba de ajuste para el modelo de hombres: F-ajustada= 0.535; población total F-ajustada: 0.336

**Cuadro IV**  
**CARACTERÍSTICAS DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL. ADOLESCENTES DE 10 A 19 AÑOS. MÉXICO, 2018-19**

	Sexo				Total	
	Mujeres		Hombres		%	IC95%
	%	IC95%	%	IC95%		
n*	375		109		484	
N†	434.5		133.6		568.1	
Sexo de la persona perpetradora‡						
Hombre	97.5	(94.9-98.8)	60.1	(45.6-73.0)	88.7	(83.7-92.3)
Mujer	2.0	(0.9-4.4)	39.4	(26.5-53.9)	10.8	(7.2-15.8)
No responde	0.4	(0.1-3.1)	0.5	(0.1-3.7)	0.5	(0.1-2.1)
Relación con la persona						
Pareja	0.1	(0.0-0.6)	1.1	(0.3-4.0)	0.3	(0.1-1.0)
Familiar	49.5	(42.0-57.0)	34.9	(22.6-49.7)	46.1	(39.5-52.7)
Amigo/a	8.7	(4.9-15.0)	17.4	(9.9-28.6)	10.7	(7.1-15.9)
Novio/a	0.7	(0.3-2.0)	2.1	(0.7-6.2)	1	(0.5-2.2)
Vecino/a u otro/a conocido/a	19.1	(13.0-27.1)	17.5	(9.1-31.1)	18.7	(13.5-25.4)
Desconocido/a	21.1	(16.1-27.2)	23.5	(13.1-38.4)	21.6	(16.9-27.3)
No responde	0.8	(0.3-2.1)	3.4	(0.5-20.6)	1.4	(0.5-4.5)
Personal que brindó atención después del abuso§						
Nadie lo/a atendió	64.5	(56.9-71.5)	80.5	(70.8-87.6)	68.3	(61.9-74.1)
Remedios caseros, automedicación	1.2	(0.3-5.5)	0.6	(0.1-4.1)	1.1	(0.3-4.1)
Curandero/a o yerbero/a	0.4	(0.1-2.8)	0		0.3	(0.0-2.1)
Encargado/a de la comunidad	0.2	(0.0-1.6)	1	(0.2-4.9)	0.4	(0.1-1.4)
Psicólogo/a, terapeuta	16.6	(10.9-24.3)	5.5	(2.3-12.4)	14	(9.4-20.2)
Médico, consultorio	3.3	(1.7-6.1)	1.9	(0.5-7.7)	3	(1.7-5.3)
Clínica, sanatorio u hospital	0.5	(0.1-2.3)	0		0.4	(0.1-1.7)
Otro	9.1	(5.6-14.5)	6.2	(3.0-12.4)	8.4	(5.6-12.6)
No responde	4.1	(2.1-7.9)	4.2	(1.6-10.4)	4.1	(2.4-7.1)
Denuncia ante autoridades§						
Sí	17.8	(12.6-24.7)	8.2	(3.6-17.4)	15.6	(11.2-21.1)
No	80.9	(74.0-86.3)	91.3	(82.2-96.0)	83.4	(77.7-87.8)
No responde	1.3	(0.4-3.8)	0.5	(0.1-3.6)	1.1	(0.4-3.0)
Motivo de no denuncia§						
Miedo	36.3	(28.5-45.0)	15.9	(7.4-31.1)	31.1	(24.5-38.6)
Vergüenza	11.2	(7.9-15.8)	37.9	(24.3-53.8)	18.1	(13.3-24.1)
Amenazas	4	(1.9-8.2)	0.6	(0.1-2.3)	3.1	(1.5-6.3)
Desconocimiento	14.8	(9.6-22.0)	13.7	(7.1-24.9)	14.5	(10.1-20.4)
Otro	18.7	(13.6-25.2)	8.3	(4.3-15.4)	16.1	(12.0-21.2)
No responde	3.4	(1.7-6.7)	10.2	(2.9-30.0)	5.2	(2.5-10.4)
No sabe	11.5	(7.4-17.5)	13.3	(7.1-23.7)	12	(8.3-16.9)
Autoridad ante la que se denunció§						
Ministerio Público	70.2	(49.8-84.8)	82.8	(62.2-93.4)	71.7	(53.5-84.9)
DIF	2.9	(1.0-8.3)	9	(1.6-38.2)	3.7	(1.5-8.9)
Síndico	2.5	(0.4-15.7)	0	-	2.2	(0.3-14.0)
Otro	24.4	(11.0-45.6)	8.2	(1.9-29.3)	22.4	(10.5-41.4)

\* Tamaño de la muestra

† Frecuencia en miles

‡ Valor  $p<0.05$ , prueba de independencia entre sexo y la característica de interés

IC95%: intervalo de confianza al 95%; DIF: Desarrollo Integral de la Familia

Hallazgos que requieren profundizarse son, por un lado, el riesgo mayor en los varones de presentar sintomatología depresiva e ideación suicida. Una revisión sistemática reporta que las autolesiones intencionales son más frecuentes en hombres abusados sexual y emocionalmente en comparación con mujeres.<sup>39</sup> Además, dos terceras partes de quienes reportaron ASI en esta investigación no solicitaron atención sanitaria y no habían denunciado ante las autoridades. Los hombres fueron quienes menos lo realizaron y la principal razón fue la vergüenza, lo que concuerda con lo encontrado en otros estudios.<sup>53</sup> Estos resultados apuntan a la importancia de reflexionar sobre el papel que puede tener el género en la problemática.

Por otro lado, es de llamar la atención el incremento de riesgo de reportar ASI en 1.86 veces entre las mujeres unidas en comparación con las que no lo están. Aunque es difícil establecer una hipótesis directa, se ha encontrado una asociación entre ASI intrafamiliar y tener relaciones sexuales a edades tempranas con una pareja, embarazo adolescente y matrimonio temprano.<sup>54,55</sup> Esto podría estar relacionado con comportamientos de riesgo asociados a los efectos postraumáticos del abuso o a que, el unirse con alguien es una salida para escapar del abuso intrafamiliar.

Considerando que la mayoría de los perpetradores son familiares y conocidos, enseñar a niños/as a detectar el ASI y denunciar a los abusadores deposita la responsabilidad de la prevención primaria en las víctimas y no es suficiente para prevenirlo. De ahí que sea necesario dirigir la atención también a los perpetradores e investigar más sobre comportamientos, características y motivaciones asociadas a perpetrar un daño sexual y desarrollar esfuerzos preventivos al respecto.<sup>56</sup>

Estos hallazgos plantean la urgencia de dirigir mayor atención al ASI en distintos niveles y ámbitos de intervención. Desde un enfoque de salud pública, hace falta recolectar datos con mayor precisión y periodicidad, así como realizar investigación para comprender e intervenir los mecanismos que pueden explicar la asociación entre el ASI y otras problemáticas.

*Declaración de conflicto de intereses.* Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

## Referencias

1. Organisation for Economic Co-operation and Development. *Changing the Odds for Vulnerable Children: Building Opportunities and Resilience.* París: OECD Publishing, 2019. <https://doi.org/10.1787/a2e8796c-en>
2. Chen LP, Murad MH, Paras ML, Colbenson KM, Sattler AL, Goranson EN, et al. Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: systematic review and meta-analysis. *Mayo Clinic Proc.* 2010;85(7):618-29. <https://doi.org/10.4065/mcp.2009.0583>
3. Fernández IG, de Miguel CL, Pérez CG, Fernández CG, Fernández JG. Diagnósticos psiquiátricos prevalentes a consecuencia del abuso sexual durante la infancia y la adolescencia. *Rev Enferm Salud Ment.* 2019;(12):13-20. <https://doi.org/10.5538/2385-703X.2019.12.13>
4. Hailes HP, Yu R, Danese A, Fazel S. Long-term outcomes of childhood sexual abuse: an umbrella review. *Lancet Psychiatr.* 2019;6(10):830-9. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30286-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30286-X)
5. Dube SR, Anda RF, Whitfield CL, Brown DW, Felitti VJ, Dong M, Giles W. Long-term consequences of childhood sexual abuse by gender of victim. *Am J Prev Med.* 2005;28(5):430-8. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2005.01.015>
6. Wyatt GE, Guthrie D, Notgrass CM. Differential effects of women's child sexual abuse and subsequent sexual revictimization. *J Consult Clin Psychol.* 1992;60(2):167-73. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.60.2.167>
7. Mathews B, Pacella R, Dunne MP, Simunovic M, Marston C. Improving measurement of child abuse and neglect: A systematic review and analysis of national prevalence studies. *Plos One.* 2020;15(1):1-22. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227884>
8. Walker HE, Freud JS, Ellis RA, Fraine SM, Wilson LC. The prevalence of sexual revictimization: A meta-analytic review. *Trauma Violence Abuse.* 2019;20(1):67-80. <https://doi.org/10.1177/1524838017692364>
9. Angelakis I, Austin JL, Gooding P. Association of childhood maltreatment with suicide behaviors among young people. *JAMA Netw Open.* 2020;3(8):e2012563. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.12563>
10. Unikel-Santoncini C, Ramos-Lira L, Juárez-García F. Asociación entre abuso sexual infantil y conducta alimentaria de riesgo en una muestra de adolescentes mexicanas. *Rev Investig Clínica.* 2011;63(5):475-83 [citado junio, 2020]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revincli/nn-2011/nn115f.pdf>
11. Finkelhor D, Browne A. The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *Am J Orthopsychiatry.* 1985;55(4):530-41. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1985.tb02703.x>
12. Pérez-Fuentes G, Olson M, Villegas L, Morcillo C, Wang S, Blanco C. Prevalence and correlates of child sexual abuse: a national study. *Compr Psychiatr.* 2013;54(1):16-27. <https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2012.05.010>
13. Gekoski A, Davidson JC, Horvath MA. The prevalence, nature, and impact of intrafamilial child sexual abuse: Findings from a rapid evidence assessment. *J Criminol Res Policy Pract.* 2016;2(4):231-43. <https://doi.org/10.1108/JCRPP-05-2016-0008>
14. Pereda N, Guilera G, Forns M, Gómez-Benito J. The international epidemiology of child sexual abuse: A continuation of Finkelhor (1994). *Child Abuse Negl.* 2009;33(6):331-42. <https://doi.org/10.1016/j.chab.2008.07.007>
15. Stoltenborgh M, van IJzendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ. A Global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreat.* 2011;16(2):79-101. <https://doi.org/10.1177/1077559511403920>
16. Karkoskova S, Ropovik I. The prevalence of child sexual abuse among Slovak late adolescents. *J Child Sex Abuse.* 2019;28(4):452-71. <https://doi.org/10.1080/10538712.2018.1553224>
17. Goldman JD, Padayachi UK. Some methodological problems in estimating incidence and prevalence in child sexual abuse research. *J Sex Res.* 2000;37(4):305-14. <https://doi.org/10.1080/00224490009552052>
18. Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, Alink LRA, van IJzendoorn MH. The prevalence of child maltreatment across the globe: Review of a series of meta-analyses. *Child Abuse Rev.* 2015;24(1):37-50. <https://doi.org/10.1002/car.2353>
19. Russell D, Higgins D, Posso A. Preventing child sexual abuse: A systematic review of interventions and their efficacy in developing countries. *Child Abuse Negl.* 2020;102:104395. <https://doi.org/10.1016/j.chab.2020.104395>
20. Instituto Nacional de Salud Pública. *Violencia contra las mujeres 2003. Un reto para la salud pública en México.* Cuernavaca: INSP, 2004 [citado

- junio, 2020]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7537.pdf>
21. Olaiz G, Rojas R, Valdez R, Franco A, Palma O. Prevalencia de diferentes tipos de violencia en usuarias del sector salud en México. *Salud Pública Mex.* 2006;48(supl 2):s232-8 [citado junio, 2020]. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342006000800003](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000800003)
22. Frías S. Violación e intento de violación de mujeres, patrones de búsqueda de ayuda y denuncia. Un análisis a partir de la ENDIREH 2016. *Papeles Poblac.* 2018;24(95):237-72. <https://doi.org/10.22185/24487147.2018.95.10>
23. Ramos-Lira L, Saldívar-Hernández G, Medina-Mora ME, Rojas-Guio E, Villatoro-Velázquez J. Prevalencia de abuso sexual en estudiantes y su relación con el consumo de drogas. *Salud Pública Mex.* 1998;40(3):221-33 [citado junio, 2020]. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/spm/1998.v40n3/221-233>
24. Chavez Ayala R, Rivera-Rivera L, Angeles-Llerenas A, Díaz-Cerón E, Allen-Leigh B, Lazcano Ponce E. Factores de abuso sexual na infância e adolescência de estudantes de Morelos, México. *Rev Saude Pública.* 2009;43(3):506-14. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009000300015>
25. Frías SM, Finkelhor D. Victimization of Mexican youth (12-17 years old): A 2014 national survey. *Child Abuse Negl.* 2017;67:86-97. <https://doi.org/10.1016/j.chab.2017.02.013>
26. Finkelhor D, Shattuck MA, Turner HA, Hamby SL. The lifetime prevalence of child sexual abuse and sexual assault assessed in late adolescence. *J Adolesc Health.* 2014;55(3):329-33. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.12.026>
27. Karayianni E, Fanti KA, Diakidoy IA, Hadjicharalambous MZ, Katsimicha E. Prevalence, contexts, and correlates of child sexual abuse in Cyprus. *Child Abuse Negl.* 2017;66:41-52. <https://doi.org/10.1016/j.chab.2017.02.016>
28. Kloppen K, Haugland S, Svedin CG, Mæhle M, Breivik K. Prevalence of child sexual abuse in the Nordic countries: A literature review. *J Child Sex Abuse.* 2016;25(1):37-55. <https://doi.org/10.1080/10538712.2015.1108944>
29. Cortoni F, Babchishin KM, Rat C. The proportion of sexual offenders who are female is higher than thought: A meta-analysis. *Crim Justice Behav.* 2017;44(2):145-62. <https://doi.org/10.1177/0093854816658923>
30. McCartan K, Uzieblo K, Smid WJ. Professionals' understandings of and attitudes to the prevention of sexual abuse: An international exploratory study. *Int J Offender Ther Comp Criminol.* 2020. <https://doi.org/10.1177/0366624X20919706>
31. Early Institute. Diagnóstico sobre la situación del abuso sexual infantil en un contexto de violencia hacia la infancia en México. Documento de trabajo. México: Early Institute A.C., 2019 [citado junio, 2020]. Disponible en: <https://alumbramx.org/wp-content/uploads/2020/05/Diagnostico-sobre-la-situacion-del-abuso-sexual-infantil-en-un-contexto-de-violencia-hacia-la-infancia-en-Mexico.pdf>
32. Romero-Martínez M, Shamah-Levy T, Vielma-Orozco E, Heredia-Hernández O, Mojica-Cuevas J, Cuevas-Nasu L, Rivera-Dommarco J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19: metodología y perspectivas. *Salud Pública Mex.* 2019;61(6):917-23. <https://doi.org/10.21149/11095>
33. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018. Ensanut. Diseño conceptual [internet]. México: INEGI/INSP; 2019 [citado junio, 2020]. Disponible en: [https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/ensanut/2018/doc/ensanut\\_2018\\_diseño\\_conceptual.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/ensanut/2018/doc/ensanut_2018_diseño_conceptual.pdf)
34. Archer KJ, Lemeshow S. Goodness-of-fit test for a logistic regression model fitted using survey sample data. *Stata J.* 2006;6(1):97-105. <https://doi.org/10.1177/1536867X060060106>
35. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet.* 2009;373(9657):68-81. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61706-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61706-7)
36. 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 Pública Mex.* 2001;43(3):182-91 [citado junio, 2020]. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2001.v43n3/182-191>
37. Barr AL, Knight L, França-Junior I, Allen E, Naker D, Devries KM. Methods to increase reporting of childhood sexual abuse in surveys: the sensitivity and specificity of face-to-face interviews versus a sealed envelope method in Ugandan primary school children. *BMC Int Health Hum Rights.* 2017;17(4). <https://doi.org/10.1186/s12914-016-0110-2>
38. Gewirtz-Meydan A, Finkelhor D. Sexual abuse and assault in a large national sample of children and adolescents. *Child Maltreat.* 2019;25(2):12. <https://doi.org/10.1177/1077559519873975>
39. Moore SE, Scott JG, Ferrari AJ, Mills R, Dunne MP, Erskine HE, et al. Burden attributable to child maltreatment in Australia. *Child Abuse Negl.* 2015;48:208-20. <https://doi.org/10.1016/j.chab.2015.05.006>
40. Cammack AL, Haardörfer R, Suglia SF. Associations between child maltreatment, cigarette smoking, and nicotine dependence in young adults with a history of regular smoking. *Ann Epidemiol.* 2019;40:13-20. <https://doi.org/10.1016/j.ane.2019.10.003>
41. Hudson A, Wekerle C, Goldstein AL, Ellenbogen S, Waechter R, Thompson K, Stewart SH. Gender differences in emotion-mediated pathways from childhood sexual abuse to problem drinking in adolescents in the child welfare system. *J Child Adolesc Trauma.* 2017;10(1):19-28. <https://doi.org/10.1007/s40653-016-0125-9>
42. Valle R, Bernabé-Ortiz A, Gálvez-Buccolini JA, Gutiérrez C, Martins SS. Agresión sexual intrafamiliar y extrafamiliar y su asociación con el consumo de alcohol. *Rev Saude Pública.* 2018;52:86. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000539>
43. Rivero ER, Bonilla-Algovia E, Vázquez JJ. Factores de riesgo asociados al consumo de sustancias en mujeres víctimas de maltrato en contexto de pobreza. *An Psicol Psychol.* 2020;36(1):173-80. <https://doi.org/10.6018/analesps.362541>
44. Arrom C, Samudio M, Ruoti M, Orué E. Síndrome depresivo en la adolescencia asociado a género, abuso sexual, violencia física y psicológica. *Mem Inst Investig Cienc Salud.* 2015;13(3):39-44. [https://doi.org/10.18004/Mem.iics/1812-9528/2015.013\(03\)39-044](https://doi.org/10.18004/Mem.iics/1812-9528/2015.013(03)39-044)
45. Chang C, Kaczkurkin AN, McLean CP, Foa EB. Emotion regulation is associated with PTSD and depression among female adolescent survivors of childhood sexual abuse. *Psychol Trauma Theory Res Pract Policy.* 2018;10(3):319. <https://doi.org/10.1037/tra0000306>
46. Slotboom AM, Hendriks J, Hoeve M, Zahn M. Interpersonal trauma and mental health problems of male and female antisocial adolescents treated in a forensic outpatient setting. *J Forensic Psychiatr Psychol.* 2020;31(1):137-55. <https://doi.org/10.1080/14789949.2019.1692894>
47. Hébert M, Amédée LM, Blais M, Gauthier-Duchesne A. Child sexual abuse among a representative sample of Quebec high school students: prevalence and association with mental health problems and health-risk behaviors. *Can J Psychiatr.* 2019;64(12):846-54. <https://doi.org/10.1177/0706743719861387>
48. Suárez-Soto E, Guilera G, Pereda N. Victimization and suicidality among adolescents in child and youth-serving systems in Spain. *Child Youth Serv Rev.* 2018;91:383-9. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.06.037>
49. Yoon Y, Cederbaum JA, Schwartz A. Childhood sexual abuse and current suicidal ideation among adolescents: Problem-focused and emotion-focused coping skills. *J Adolesc.* 2018;67:120-8. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2018.06.009>
50. Soylu N, Ayaz M, Gökten ES, Alpaslan AH, Dönmez YE, Özcan ÖÖ, et al. Gender differences in sexually abused children and adolescents: a multicenter study in Turkey. *J Child Sex Abuse.* 2016;25(4):415-27. <https://doi.org/10.1080/10538712.2016.1143073>

51. Simpson TL, Miller WR. Concomitance between childhood sexual and physical abuse and substance use problems: A review. *Clin Psychol Rev*. 2002;22(1):27-77. [https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(00\)00088-x](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(00)00088-x)
52. Yoon S, Kobulsky JM, Yoon D, Kim W. Developmental pathways from child maltreatment to adolescent substance use: The roles of posttraumatic stress symptoms and mother-child relationships. *Child Youth Serv Rev*. 2017;82:271-9. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2017.09.035>
53. Easton SD, Saltzman LY, Willis DG. "Would you tell under circumstances like that?": Barriers to disclosure of child sexual abuse for men. *Psychol Men Masculinities*. 2014;15(4):460-9. <https://doi.org/10.1037/a0034223>
54. Goicolea I, Wulff M, Ohman A, San Sebastian M. Risk factors for pregnancy among adolescent girls in Ecuador's Amazon basin: a case-control study. *Rev Panam Salud Pública*. 2009;26(3):221-8 [citado junio, 2020]. Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892009000900006](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892009000900006)
55. de Jong R, Bijleveld C. Child sexual abuse and family outcomes. *Crime Sci*. 2015;4(34). <https://doi.org/10.1186/s40163-015-0046-1>
56. Assini-Meytin LC, Fix RL, Letourneau Ej. Child sexual abuse: the need for a perpetration prevention focus. *J Child Sex Abuse*. 2020;29(1):22-40. <https://doi.org/10.1080/10538712.2019.1703232>