

Original. Comunicación preliminar

Abuso sexual y riesgo de suicidio en mujeres adolescentes

MARÍA PATRICIA MARTÍNEZ MEDINA, CATALINA FRANCISCA GONZÁLEZ FORTEZA, FERRAN PADRÓS BLÀZQUEZ

MARÍA PATRICIA MARTÍNEZ MEDINA
Doctora en Psiquiatría y
Maestra en ciencias.
Universidad Michoacana de San
Nicolás de Hidalgo (UMSNH).
Morelia, Michoacán.
Estados Unidos Mexicanos.

CATALINA FRANCISCA GONZÁLEZ
FORTEZA
Doctora en Psicología.
Instituto Nacional de Psiquiatría
Ramón de la Fuente Muñiz
(ININCA - UBA - CONICET).
Ciudad de México,
Estados Unidos Mexicanos.

FERRAN PADRÓS BLÀZQUEZ
Doctor en Psicología.
Universidad Michoacana de San
Nicolás de Hidalgo (UMSNH).
Morelia, Michoacán.
Estados Unidos Mexicanos.

FECHA DE RECEPCIÓN: 13/01/2023

FECHA DE ACEPTACIÓN: 27/02/2023

CORRESPONDENCIA
Dr. Ferran Padrós Blàzquez.
Francisco Villa nº 450,
Col. Dr. Miguel Silva, CP 58120.
Morelia, Michoacán, México;
fpadros@uoc.edu o
fpadros@umich.mx

A nivel mundial se ha estimado que el abuso sexual infantil lo padecen entre el 10 y 20 % de personas, y lo sufren con mayor frecuencia las mujeres. El abuso sexual se ha relacionado con mayor riesgo suicida. **Objetivo:** el propósito principal del presente estudio es verificar la relación entre abuso sexual y tentativa suicida, así como estudiar la posible relación de algunas características del abuso con el riesgo suicida. **Materiales y métodos:** se aplicó la cédula de registro de abuso sexual a 50 pacientes femeninas en edades comprendidas entre los 15 y 19 años divididas en dos grupos (grupo con tentativa suicida, y grupo sin tentativa). **Resultados:** el análisis indicó que el grupo de pacientes con intento suicida tiene casi 4 veces mayor probabilidad de haber sido abusadas sexualmente que el grupo de pacientes sin tentativa. También se observó mayor número de abusos en el grupo con tentativa. Sin embargo, ni la edad de la víctima en el primer episodio, ni la del último abuso, ni la diferencia de edad entre la víctima y el agresor, inciden en el riesgo suicida. También se observó que en la mayoría de casos, el agresor era de sexo masculino y cercano a la víctima. **Discusión:** los episodios de abuso sexual tienen un gran impacto en el riesgo de tentativa suicida, frecuentemente el agresor es un varón cercano a la víctima (pariente o amigo de la familia).

Palabras clave: Intento de suicidio – Adolescentes – Agresión sexual – Población clínica.

Sexual Abuse and Risk of Suicide in Adolescent Women

Globally, it has been estimated that child sexual abuse is suffered by between 10 and 20% of people, and is suffered more frequently by women. Sexual abuse has been linked to increased suicide risk. **Materials and methods:** The main purpose of the present study was to verify the relationship between sexual abuse and suicide attempt, as well as to study the possible relationship of some characteristics of abuse with suicide risk. The Sexual Abuse Registration Certificate was applied to 50 female patients between the ages of 15 and 19, divided into two groups (group with a suicide attempt, and a group without attempt). **Results:** The analysis indicated that the group of patients with a suicide attempt was almost 4 times more likely to have been sexually abused than the group of patients without attempt. A greater number of abuses were also observed in the attempted group. However, the age of the victim in the first episode, the age of the last abuse, the age difference between the victim and the aggressor, does not affect suicide risk. It was also observed that in most cases, the aggressor was male and close to the victim. **Discussion:** Episodes of sexual abuse have a great impact on the risk of suicide attempt, frequently the aggressor is a male close to the victim (relative or family friend).

Keywords: Suicide Attempt – Adolescents – Sexual Assault – Clinical Population.

Introducción

González Serratos define al abuso sexual como:

cualquier hecho en el que se involucra una actividad sexual inapropiada para la edad de la/el menor, se le pide que guarde el secreto sobre dicha actividad y/o se le hace percibir que si lo relata provocará algo malo a sí mismo, al perpetrador y/o a la familia (...). Este tipo de experiencias son consideradas extrañas y desagradables para la/el menor [17, p. 14].

Existen diferentes tipos de abuso sexual, como la violencia verbal con contenido sexual reiterado, exhibicionismo del adulto frente al niño, espiar al menor desnudo, en el baño o inducirlo a exhibirse, tocamiento de pechos, glúteos, genitales, etc., besos en la boca, forzarlo a ver pornografía y/o actos sexuales, acto sexual sin coito, prostitución infantil, pornografía infantil [30]. Nótese que es un fenómeno descrito tanto en las culturas más primitivas, como en las más desarrolladas, así como en cualquier nivel económico y sociocultural [28].

En los EE. UU. Se ha reportado que el 19,3 % de las mujeres, han sido sufrido violación alguna vez en la vida y hasta un 43.9 % han sido víctimas de otras formas de violencia sexual a lo largo de su vida [4]. Entre las mujeres víctimas de violación, se estima que 78.7 % fueron violadas por primera vez antes de los 25 años, y 40.4 % experimentaron violaciones antes de los 18 años [4]. A nivel mundial se ha estimado el abuso sexual infantil entre el 10 y 20 % [25, 20]. Otros estudios mencionan que entre 17 y 38 % de las mujeres y entre 1 % y 30 % de los varones reportan haber sufrido alguna forma de abuso sexual en la infancia [23]. En su gran mayoría, este abuso es perpetrado por sus familiares y, en general, las niñas corren alrededor del doble de riesgo que los niños de que abusen sexualmente de ellas en la infancia [23, 26].

Las estadísticas disponibles en México son escasas y no necesariamente reflejan la realidad. Esto se debe al deficiente sistema de registro, y a que muchos actos de abuso sexual no son denunciados ni por la víctima ni por los testigos por desconocimiento, culpa, vergüenza o por estigmas sociales, morales o religiosos [14]. Soto [29] comenta que en México solo se denuncia entre 5 % y 50 % de los delitos sexuales, y calculando el promedio en la Ciudad de México de 8 delitos sexuales por día, pudiera estimarse que en realidad se cometen entre 16 y 160 de manera diaria. Ramos-Lira *et al.* [27] encontraron una prevalencia nacional de abuso sexual en población adolescente estudiantil de secundaria y preparatoria de 4.3 %. En un estudio llevado a cabo por Olaiz *et al.* [21] hallaron una prevalencia de violencia sexual en mujeres del 17.3 % y casi la mitad la sufrieron antes de los 15 años.

El abuso sexual se ha señalado como un factor de riesgo para la salud mental [26, 22], incluso se ha reportado el impacto neurobiológico de dichas experiencias en la infancia [24].

Asimismo, el abuso sexual se ha reportado como un factor de riesgo de la conducta suicida [22, 3, 5, 6, 8, 18, 19, 9]. Existe notable evidencia de que los eventos adversos tempranos donde se incluye el abuso sexual, incrementan el riesgo suicida, dicha evidencia se ha extraído a partir de estudios longitudinales prospectivos [7, 15] retrospectivos [1] y de casos y controles [31]. En otro estudio llevado a cabo en la Ciudad de México en población escolar, en una muestra de 936 estudiantes universitarios, se observó que la relación entre el abuso sexual y el intento suicida, con los indicadores de malestar emocional actual, fue estadísticamente significativa, ya que de los hombres que habían intentado suicidarse, 50 % presentaron malestar depresivo e ideación suicida actuales; y en

las mujeres que habían sido atacadas sexualmente y que habían intentado suicidarse, se presentó una alta proporción (67 %) del malestar depresivo e ideación suicida actual [16]. Sin embargo sólo el 1.4 % de casos refirió abuso sexual y tentativa suicida. Por ello, el objetivo de la presente investigación es estudiar a una muestra de adolescentes que han realizado alguna tentativa suicida y comparar la historia de abuso respecto otra muestra de adolescentes pacientes de un servicio de salud mental.

Método y materiales

Participantes

La muestra estuvo constituida por 50 pacientes de sexo femenino usuarios del Centro Michoacano de Salud Mental (CEMISAM) y del Instituto Ramón de la Fuente (INPRF), entre 15 y 19 años ($M=17.44$; $DE=1.06$), que aceptasen participar en el estudio.

En la muestra de casos ($n=25$), pacientes que como mínimo hayan realizado un intento suicida. En la muestra control ($n=25$), pacientes que nunca hayan realizado un intento suicida.

Como criterio de exclusión se utilizó: pacientes que presentaran algún tipo de trastorno psicótico, trastorno disocial, trastorno desafiante oposicionista, trastorno mental orgánico, trastorno grave del desarrollo o imposibilidad para la comunicación al momento de la entrevista.

Instrumentos

La cedula de registro de abuso sexual es un instrumento que fue desarrollado por Ramos-Lira *et al.* [27] y que fue incluido en la *Encuesta Nacional de Uso de Drogas en la Comunidad Escolar* (México, 1991), así como en la *Encuesta de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco en Estudiantes del Distrito Federal: medición otoño 1997*. Este

permite registrar la presencia del abuso sexual. También se incluyeron preguntas para conocer la relación de la víctima con el agresor y si este era cinco años mayor que aquella.

La definición de abuso sexual incluye las formas asociadas con el tocamiento. Las preguntas fueron:

¿Alguna vez alguien —sea o no de tu familia— te tocó o acarició alguna parte de tu cuerpo que no querías que te tocara o acariciara? ¿O te forzó o presionó a tener un contacto sexual? Es decir, ¿te obligó a que tú lo/la tocaras sexualmente; o tuviste relaciones sexuales con esta persona en contra de tu voluntad, cuando tú no querías hacerlo?

Las opciones de respuestas fueron cuatro: *sí*, *no estoy seguro(a)*, *tengo un recuerdo muy borroso* y *no*. Con base en estas opciones y considerando la edad del agresor, se construyeron dos categorías:

1). Abuso sexual definido y/o probable: cuando la respuesta fue que *sí* o que *no estaba seguro* del abuso sexual. 2). Sin abuso sexual: cuando la respuesta fue negativa.

Procedimiento

En primer lugar, el protocolo pasó por un comité de ética (del CEMISAM), posteriormente se solicitó permiso a las autoridades de las Instituciones donde se aplicaría la evaluación, una vez obtenido el permiso, se pasó a la fase de administración del instrumento. A los pacientes se les explicó el proyecto, se les notificó que la participación era voluntaria y anónima, y que quienes aceptaran debían firmar un consentimiento informado. Se realizó una entrevista semiestructurada para explorar la historia de la paciente y administrar la cédula de registro de abuso sexual. Se realizó en una única sesión de entre 60 y 90 minutos de duración. Finalmente, se generó la base de

datos para la obtención de resultados mediante el uso del programa estadístico SPSS Versión 20.

Resultados

Respecto a si los pacientes con intento suicida reportaron mayor frecuencia de antecedente de abuso sexual. Se observó que 18 (72 %) pacientes de la muestra caso reportaron haber sufrido algún episodio de abuso sexual, lo cual supone mayor frecuencia ($\chi^2=5.195$, $p=.023$) que la reportada por las pacientes de la muestra control, cuya frecuencia fue de 10 (40 %). Por otro lado, se calculó la razón de momios (RM) y se observó que los pacientes que refirieron haber sido víctima de abuso sexual manifestaban un 3.85 (IC al 95 %, 1.18-12.60) de mayor riesgo de intento suicida respecto a aquellos pacientes que no reportaron historia de abuso sexual.

Respecto a la existencia de posibles diferencias en cuanto a las características del abuso sexual reportadas por las pacientes que refirieron haber sufrido abuso, se observó que los pacientes de la muestra caso refirieron haber sufrido mayor número de abusos sexuales ($t_{(26)} = -2.558$; $p=.02$) con una $M=5.56$ ($DE=6.30$) que la muestra de controles $M=1.7$ ($DE=.82$). En cambio no se observaron diferencias significativas ($t_{(26)} = 1.227$; $p=.23$) respecto a la edad de la paciente en el primer abuso, en el grupo de casos, la media resultó de $M=8.94$ ($DE=4.51$) y en la muestra control de $M=11$ ($DE=3.71$). Tampoco se observaron diferencias ($t_{(26)} = .558$; $p=.58$) en la edad de la paciente en el último abuso, en el grupo de casos, la media resultó de $M=11.28$ ($DE=4.21$) y en la muestra caso $M=12.20$ ($DE=4.16$).

Por otro lado, no se observaron diferencias (prueba respecto al sexo del agresor, ya que en ambas muestras prácticamente todos los agresores fueron varones 94.4 % (sólo una

mujer de 18) en la muestra caso y el 100 % (10 de 10) en la muestra control.

Tampoco se observaron diferencias significativas (prueba exacta de Fisher, $p=.375$) respecto a la posible diferencia de edad entre la víctima y el agresor. En 14 (77.8%) pacientes de la muestra con intento de suicidio se reportó una diferencia de edad entre el agresor y la víctima superior a 5 años, y solo 4 (22.2%), tenían una edad similar. Sin embargo, en la muestra control, se reportaron 5 (55.6%) pacientes en los cuales había una diferencia mayor a 5 años entre el agresor y víctima, y 4 (44.4%) refirieron tener una edad similar.

Respecto a si las víctimas habían hablado con alguien del episodio de abuso sexual, se observó que 11 (61 %) de la muestra caso sí lo había compartido con alguien, lo cual no fue significativamente relevante ($p=1$) de lo observado en los controles 5 (55.6 %). Tampoco se observaron diferencias significativas en la presencia de violencia física en el abuso sexual entre los grupos, 2 (11.1 %) de las pacientes con tentativa suicida refirieron violencia física y ningún caso se reportó en el grupo control.

Finalmente, los datos referidos al tipo de relación entre la víctima del abuso sexual y el agresor manifiestan que en la muestra caso se reporta que un 33.3 % (6 casos) era un familiar, un 22.2 % (4 casos) era un amigo de casa, otro 22.2 % (4 casos) era amigo (de fuera de casa), un 16.7 % (3 casos) era novio y finalmente un 5.6 % (1 casos) era un desconocido. Los datos obtenidos en la muestra control son parecidos ya que un 33.3 % (3 casos) era una familiar, un 22.2 % (2 casos) era un amigo de casa, un 22.2 % (2 casos) era novio y finalmente un 22.2 % (2 casos) era un desconocido, sin ser estos datos significativos ($p=1$).

Discusión y conclusiones

Los resultados indican que más del 70% de pacientes con tentativa suicida refirieron abuso sexual, lo cual está por encima de forma significativa, respecto al 40% reportado por las pacientes sin intento suicida. Nótese que ambos grupos obtienen porcentajes superiores a los estimados en población general a nivel internacional [4, 25, 20] y en México [16]. Lo cual coincide con lo hallado en otras investigaciones, en las que se reporta mayor riesgo de conducta suicida en aquellas pacientes que refieren haber sufrido abuso sexual [22, 5, 31].

Debe destacarse que las pacientes con tentativa de suicidio refirieron haber sufrido mayor cantidad de episodios de abuso sexual que las pacientes sin tentativas. Dichos resultados coinciden con lo hallado por Blaauw *et al.* [3] en población penitenciaria y el estudio de Lopez-Castroman *et al.* [19] realizado con pacientes depresivos (aun tomando en cuenta el hecho de se trata de muestras de características diferentes —población penitenciaria y diagnóstico de depresión— a la del presente estudio). Sin embargo, no se observaron diferencias entre los grupos respecto a la edad de la víctima en el primer episodio, lo cual coincide con lo reportado por Lopez-Castroman *et al.* [19]. Tampoco se observaron diferencias en la edad de la paciente en el último abuso, no se han hallado estudios previos que valoren esta variable. Tampoco se observaron diferencias respecto a la posible divergencia de edad entre la víctima y el agresor. En las dos muestras las diferencias de edad entre el agresor y la víctima eran superiores a 5 años.

Como era de esperar, prácticamente todos los perpetradores de los abusos eran varones lo cual está ampliamente reportado en la literatura [11, 13]. Por ello, no hubo diferencias entre los grupos. Aunque estudios recientes señalan que el porcentaje de muje-

res que cometen abuso sexual está subestimado [10]. Tampoco se observaron diferencias significativas en la presencia de violencia física en el abuso sexual entre los grupos, coincidiendo con los resultados del estudio de Lopez-Castroman *et al.* [19], pero sí se reportó mayor prevalencia de abuso físico en la muestra de reclusos con intento suicida respecto a los controles en el estudio de Blaauw *et al.* [3].

En ambas muestras, el agresor sexual era una persona cercana a la víctima, familiar o amigo de la casa o pareja, datos que coinciden en lo reportado en otros estudios [2].

En ambas muestras, más del 50 % habían conversado sobre el o los episodios de abuso con otras personas, y no se observaron diferencias significativas. Lo cual sorprende, ya que se ha señalado que las niñas que tienen la oportunidad de hablar de las experiencias de abuso con alguien, tienden a mitigar los efectos adversos [12]. Aunque como los autores señalan, siempre y cuando las respuestas sean de apoyo [12]. En la presente investigación no se controló la respuesta de la persona receptora de la información. Sería conveniente en futuras investigaciones indagar, si dicha respuesta incide en el riesgo suicida posterior.

Una de las limitaciones de la presente investigación se refiere al tamaño de la muestra, especialmente si se consideran variables relacionadas con las características de los abusos. Por otro lado, al observarse diferencias significativas en el nivel de estudios, se considera recomendable aumentar el número de participantes en futuras investigaciones y que ambos grupos estén pareados respecto a la escolaridad.

Otra de las sugerencias para futuras investigaciones es la realizar estudios distinguiendo entre aquellas pacientes que han realizado

varios intentos (por ejemplo: más de tres en un año) y aquellas que han realizado uno o pocos intentos en su vida; es posible que los antecedentes de abuso sexual de ambas muestras sean diferentes.

Puede concluirse que se corroboró lo hallado en estudios previos que señalan que las personas que han sufrido abuso sexual tienen mayor probabilidad de realizar intentos de suicidio. También incrementa el riesgo de suicidio el número de abusos a los que las

pacientes han estado sometidas. Sin embargo, ni la edad de la víctima en el primer episodio, ni la del último abuso, ni la diferencia de edad entre la víctima y el agresor inciden en el riesgo suicida. También se destaca que en la mayoría de casos, el agresor era de sexo masculino y cercano a la víctima. Finalmente, se destaca que el comunicar los episodios de abuso, no parece tener impacto en el riesgo suicida, pero debe señalarse que no se valoró cómo fue dicha comunicación, ni la respuesta del interlocutor.

Referencias

1. Afifi TO, Enns MW, Cox BJ, Asmundson GJG, Stein MB, Sareen J. Population attributable fractions of psychiatric disorders and suicide ideation and attempts associated with adverse childhood experiences. *Am J Public Health*. 2008;98(5):946-52. PMID: 18381992 DOI: 10.2105/ajph.2007.120253
2. Arredondo V, Saavedra C, Troncoso C, Guerra C. Develación del abuso sexual en niños y niñas atendidos en la Corporación Paicabi. *Rev Latinoam Cienc Soc*. 2016;14(1):385-99. DOI: 10.11600/1692715x.14126230215
3. Blaauw E, Arensman E, Kraaij V, Winkel FW, Bout R. Traumatic life events and suicide risk among jail inmates: the influence of types of events, time period and significant others. *J Trauma Stress*. 2002;15(1):9-16. PMID: 11936726 DOI: 10.1023/a:1014323009493
4. Breiding MJ, Smith SG, Basile KC, Walters ML, Chen J, Merrick MT. Prevalence and characteristics of sexual violence, stalking, and intimate partner violence victimization-national intimate partner and sexual violence survey, United States, 2011. *MMWR Surveill Summ*. 2014;63(8):1-18. PMID: 25188037. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4692457/>
5. Brent DA, Oquendo M, Birmaher B, Greenhill L, Kolko D, Stanley B, et al. Familial Pathways to Early-Onset Suicide Attempt: risk for suicidal behavior in offspring of mood-disordered suicide attempters. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59(9):801-7. PMID: 12215079 DOI: 10.1001/archpsyc.59.9.801
6. Brent DA, Melhem NM, Oquendo M, Burke A, Birmaher B, Stanley B, et al. Familial Pathways to Early-Onset Suicide Attempt. *JAMA Psychiatry*. 2015;72(2):160-8. PMID: 25548996 DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2014.2141
7. Brezo J, Paris J, Vitaro F, Hébert M, Tremblay RE, Turecki G. Predicting suicide attempts in young adults with histories of childhood abuse. *Br J Psychiatry*. 2008;193(2):134-9. PMID: 18669998 DOI: 10.1192/bjp.bp.107.037994
8. Brown J, Cohen P, Johnson JG, Smailes EM. Childhood abuse and neglect: specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999;38(12): 1490-6. PMID: 10596248 DOI: 10.1097/00004583-199912000-00009
9. Campos Mondin T, Azevedo Cardoso T, Jansen K, Konradt CE, Zaltron RF, Behenck M de O, et al. Sexual violence, mood disorders and suicide risk: a population-based study. *Cien Saude Colet*. 2016;21(3):853-60. PMID: 26960097 DOI: 10.1590/1413-81232015213.10362015
10. 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. DOI: 10.1177/0093854816658923
11. Cortoni F, Hanson RK, Coache ME. The recidivism rates of female sexual offenders are low: A meta-analysis. *Sex Abuse*. 2010;22(4):387-401. PMID: 21098822 DOI:

- 10.1177/1079063210372142
12. Crempien C, Martínez V. El sentimiento de vergüenza en mujeres sobrevivientes de abuso sexual infantil: implicancias clínicas. *Rev Argent Clín Psicol.* 2010;19(3):237-46. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281921798005.pdf>
 13. de Vogel V, de Spa E. Gender differences in violent offending: results from a multicentre comparison study in Dutch forensic psychiatry. *Psychol Crime Law.* 2019;25(7):739-51. DOI: 10.1080/1068316x.2018.1556267
 14. Estrada C, Hernández MA, Juárez B, Pérez L, Samperio R, Vázquez E. Revictimización. *Psicología Iberoamericana.* 1995;3(3):37-40.
 15. Fergusson DM, Woodward LJ, Horwood LJ. Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood. *Psychol Med.* 2000;30(1):23-39. PMID: 10722173 DOI: 10.1017/s003329179900135x
 16. González-Forteza C, Ramos Lira L, Vignau Brambila LE, Ramírez Villarreal C. El abuso sexual y el intento suicida asociados con el malestar depresivo y la ideación suicida de los adolescentes. *Salud Ment (Mex).* 2001;24(6):16-25. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/582/58262403.pdf>
 17. González-Serratos R. Informe preliminar sobre algunos aspectos de la investigación en sobrevivientes de abuso sexual en la infancia. *Salud Reprod Soc.* 1995;6(7):14-7.
 18. Hurry J, Storey P. Assessing young people who deliberately harm themselves. *Br J Psychiatry.* 2000;176: 126-31. PMID: 10755048 DOI: 10.1192/bjp.176.2.126
 19. Lopez-Castroman J, Melhem N, Birmaher B, Greenhill L, Kolko D, Stanley B, et al. Early childhood sexual abuse increases suicidal intent. *World Psychiatry.* 2013;12(2):149-54. PMID: 23737424 DOI: 10.1002/wps.20039
 20. Losada AV. Epidemiología del abuso sexual infantil. *Rev Psicol GEPU.* 2012;3(1):201-29. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3982399.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 Méx.* 2006; 48(supl2):s232-8 PMID: 16884161 DOI: 10.1590/s0036-36342006000800003
 22. Oram S. Sexual violence and mental health. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2019;28(6):592-3. PMID: 30977458 DOI: 10.1017/S2045796019000106
 23. Pedersen W, Skrandal A. Alcohol and sexual victimization: A longitudinal study of Norwegian girls. *Addiction.* 1996;91(4):565-81. PMID: 8857382 DOI: 10.1046/j.1360-0443.1996.91456511.x
 24. Pereda N, Gallardo-Pujol D. Revisión sistemática de las consecuencias neurobiológicas del abuso sexual infantil. *Gac Sanit.* 2011;25(3):233-9. PMID: 21377250 DOI: 10.1016/j.gaceta.2010.12.004
 25. Pereda N, Guilera G, Forns M, Gómez-Benito J. The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2009;29(4):328-38. PMID: 19371992 DOI: 10.1016/j.cpr.2009.02.007
 26. Quenan-N NE, Samudio-Domínguez GC. Abuso sexual infantil: epidemiología y estudio de la conducta de los médicos pediatras pre y pos intervención educativa. *Pediatr (Asunción).* 2013;40(2):125-31. Disponible en: <https://revistaspp.org/index.php/pediatrica/article/view/97>
 27. Ramos-Lira L, Saldívar-Hernández G, Medina-Mora ME, Rojas-Guiot E, Villatoro Velásquez J. Prevalencia de abuso sexual en estudiantes y su relación con el consumo de drogas. *Salud Pública Méx.* 1998;40(3):221-33. PMID: 9670783 DOI: 10.1590/s0036-36341998000300002
 28. Redondo Figuero C, Ortiz Otero MR. El abuso sexual infantil. *Bol Pediatr.* 2005;45:3-16. Disponible en: https://sccalp.org/uploads/bulletin_article/pdf_version/712/BolPediatr2005_45_003-016.pdf
 29. Soto F. La violencia sexual en la mujer y el trauma silenciado. *Psicología Iberoamericana.* 1996;4(3):31-6.
 30. Trickett PK, McBride-Chang C. The developmental impact of different forms of child abuse and neglect. *Dev Rev.* 1995;15(3):311-37. DOI: 10.1006/drev.1995.1012
 31. Turecki G, Ernst C, Jollant F, Labonté B, Mechawar N. The neurodevelopmental origins of suicidal behavior. *Trends Neurosci.* 2012;35(1):14-23. PMID: 22177979 DOI: 10.1016/j.tins.2011.11.008