



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS,
ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD

FACULTAD DE MEDICINA

CAMPO DE CONOCIMIENTO:
CIENCIAS DE LA SALUD

CAMPO DISCIPLINARIO:
SALUD MENTAL PÚBLICA

**CARGA DE LA ENFERMEDAD POR ABUSO SEXUAL EN NIÑAS, NIÑOS Y
ADOLESCENTES MEXICANOS**

TESIS PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRA EN CIENCIAS DE LA SALUD

QUE PRESENTA:

QUETZALIZTLI MANRÍQUEZ MONTIEL

BI-TUTORÍA:

TUTOR PRINCIPAL DR. HÉCTOR GÓMEZ DANTÉS
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

DRA. MARTHA ROMERO MENDOZA
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA “RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ”

COMITÉ TUTOR:

DRA. LUCIANA RAMOS LIRA
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA “RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ”

DR. ARTURO LOREDO ABDALÁ
INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA

CIUDAD DE MÉXICO, SEPTIEMBRE 2019.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

A la Dra. Martha Romero Mendoza por impulsarme a crecer profesionalmente, por el tiempo, la confianza y enseñanza diaria.

Al Dr. Héctor Gómez Dantés por compartir su valiosa experiencia y conocimiento de forma generosa.

A la Dra. Luciana Ramos Lira por la solidaridad, compromiso y apoyo académico.

Al Dr. Arturo Loredó Abdalá por el entusiasmo a la docencia y por reforzar el interés y responsabilidad profesional al cuidado de la infancia y adolescencia.

Al Instituto Nacional de Psiquiatría, a la Universidad Nacional Autónoma de México y al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por los recursos brindados.

Al admirable y respetuoso jurado de examen: Dra. Luciana Ramos Lira, Dra. Ingris Peláez Ballestas, Dr. Ricardo Orozco Zavala, Dr. Héctor Gómez Dantés y Dr. Juan José Sánchez Sosa por aceptar formar parte, por el tiempo y retroalimentación a la tesis.

Dedicatorias

A mis personas más amadas, aquellas que dan color y alegría a mi vida:

Mis padres Cristina Montiel y Héctor Manríquez, a mis hermanas Mónica, Itazami y Citlali por el apoyo, los consejos, el cariño y por siempre estar.

A mi pequeña sobrina Yatziri por compartirme sonrisas, recuerda que te llevo en el corazón y el pensamiento.

A Ricardo, Francisco y Gustavo por ser incondicionales.

No hay triunfo que no los incluya. Gracias.

Lo que uno ama en la infancia se queda en el corazón para siempre.

Jean-Jacques Rousseau

Índice

I. Introducción	1
II. La violencia como problema de salud mental en México	3
Maltrato infantil	5
Abuso sexual infantil	14
Magnitud del abuso sexual infantil	18
Consecuencias del abuso sexual infantil	27
III. La Carga Global de la Enfermedad: AVISA, APMP, AVD	33
La Carga de la Enfermedad en México	36
Planteamiento del problema	40
Pregunta de investigación	42
Justificación	43
Objetivo general	44
Objetivo específico	44
Hipótesis general	44
Hipótesis específica	44
IV. Método	44
Años de Vida Saludables Perdidos	45
Años de Vida Perdidos por Muerte Prematura	45
Años de Vida Asociados a Discapacidad	46
Regionalización	46
Violencia sexual	46
Trastorno depresivo mayor	48
Años de Vida Asociados a Discapacidad por violencia sexual	49
Tipo de estudio	50
Variables	51
Fuentes de información	52
V. Resultados	53
Discusión	70
Conclusiones	80
Limitaciones	83
Recomendaciones	84
Referencias	87
Anexos	111

I. Introducción

La infancia y adolescencia son etapas vitales para el desarrollo de habilidades psicosociales de niñas y niños, por lo que su cuidado y bienestar deben estar asegurados desde el hogar, la escuela, pero también por el área médica, social y legal. El abuso sexual infantil es una problemática que afecta principalmente a niñas, niños y adolescentes, por supuesto, también genera un impacto a nivel familiar y social, por lo que este estudio pretende mostrar la estimación de la carga de la enfermedad por abuso sexual infantil a nivel mundial (países desarrollados) y en México durante 2010 y 2017 con la finalidad de proyectar el panorama actual y las posibles medidas que permitan prevenir, detectar y atender el abuso sexual infantil.

El documento presenta diversos temas que contribuyen al análisis y abordaje de esta problemática. A grandes rasgos, el primer apartado aborda el tema de la violencia, fenómeno que altera todo espacio de convivencia social y genera consecuencias a la salud mental como trastornos de depresión, ansiedad y estrés post-traumático, los cuales conllevan una severa carga de discapacidad que impacta principalmente a la población adulta. En el caso de los hombres, la violencia que experimentan o de la cual son testigos sucede por lo general fuera del hogar (Gómez et al, 2017; Medina et al., 2005; Secretaría de Salud, 2011). Mientras que para las mujeres, la violencia es de orden privado, es decir, ocurre principalmente en el hogar, situación que es compartida por las y los menores de edad (Schmukler, 2000).

El siguiente apartado expone el maltrato infantil, se retoman los inicios de su estudio, las modificaciones a su definición y las modalidades de esta patología, sobre todo las formas básicas y sus consecuencias a la salud, lo que se relaciona con la Carga de la Enfermedad de los menores al aumentar sus probabilidades de mortalidad y morbilidad, sobre todo porque son actos que suelen presentarse con regularidad, incluso se puede considerar una condición crónica para el menor, ya que conforme pasa el tiempo, es posible que se incremente la severidad del maltrato recibido (Gilbert, Browne, Fergusson, Webb & Janson, 2009; Kyu et al., 2016).

En el siguiente apartado se expone con detalle una de las formas básicas del maltrato infantil: el abuso sexual infantil. Es importante tener presente que ocurre a nivel

mundial, en cualquier estrato sociocultural, y al igual que el maltrato infantil, es una realidad cotidiana que requiere de su atención (Martínez & Figueroa, 2000). Se resalta que la no denuncia de la víctima o la/el testigo ante las instituciones correspondientes esté relacionada con esconder este evento por ser un hecho que se da en la mayoría de las veces en el interior de la familia, por lo mismo, su conocimiento en el área médica, social y legal es poco conocida, y esto da como resultado una magnitud no visualizada del fenómeno (Onostre, 2000; Saucedo, 1999).

En el siguiente apartado, se retoma la magnitud del abuso sexual infantil a nivel mundial y específicamente en México a través de estudios y encuestas recientes que permiten dar cuenta del problema. También se abordan las consecuencias del abuso sexual infantil, entre ellas, depresión, ansiedad, angustia, aislamiento, intento o consumación de suicidio, etcétera. Se retoma el embarazo infantil/adolescente como un probable indicador de abuso sexual (Loredo, 2017). Si las víctimas no son atendidas oportunamente, es posible que durante la edad adulta, presenten síntomas y trastornos psiquiátricos que dificulten su vida diaria (Pereda, Gallardo & Jiménez, 2011; Unikel, Ramos & Juárez, 2011).

Por otro lado, el apartado sobre la Carga Global de la Enfermedad aborda su definición, su historia y sus principales métricas los Años de Vida Saludables Perdidos (AVISA), el cual se obtiene de sumar los Años de Vida Perdidos por Muerte Prematura (APMP) y los Años de Vida Asociados a Discapacidad (AVD) (Vos et al., 2017). También se retoma la Carga de la Enfermedad en México, lo que permite ubicar el escenario de salud en nuestro país. La intención última de este tipo de estudios es proyectar los problemas actuales y reales que giran en torno a una serie de enfermedades y factores de riesgo para incidir en el desarrollo de políticas de salud que permitan mejorar el estado de salud de la población a nivel mundial, nacional y local (Seuc, Domínguez & Díaz, 2000).

Para reducir la carga de la enfermedad (discapacidad asociada a consecuencias de salud física y mental) por abuso sexual infantil corto, mediano y largo plazo, se espera que el desarrollo, implementación y aporte de las políticas públicas en salud y salud mental pública sean de gran utilidad para esta población en situación de vulnerabilidad (Gómez et al., 2017).

II. La violencia como problema de salud mental en México

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), se entiende por violencia:

El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones (OPS, 2002, p. 5).

En el contexto actual, la sociedad enfrenta actos violentos que alteran los escenarios de seguridad y bienestar, este fenómeno constituye un problema de salud pública, ya que de su manifestación resultan severas consecuencias, la muerte se reporta como uno de los efectos de mayor impacto. Sin embargo, la salud física y mental de las personas también se ven comprometidas ante la magnitud de la agresión. Asimismo, el daño es a nivel familiar y social, para ambos casos, su atención implica un alto costo económico. Para el sistema de salud el uso de los servicios médicos y de urgencias se convierten en una demanda de la sociedad. Si el daño es de gravedad, es decir, en términos de discapacidad, la persona se ve obligada a ausentarse laboralmente y eso disminuye sus ingresos y productividad, por ende, su calidad de vida se ve modificada (Medina et al., 2005; Santana, Sánchez & Herrera, 1998; Valencia, 2007).

En términos de violencia interpersonal, este fenómeno social se ubica como una causa importante de muerte prematura que posiciona en desventaja tanto a hombres como a mujeres, estas últimas ubicadas en un contexto cultural que desvaloriza y minimiza en mayor medida sus derechos. En este rubro, se encuentra la violencia familiar y de pareja¹, ambas suelen ocurrir al interior del hogar, y por tanto, mantienen en desventaja a niñas, niños, adolescentes y mujeres (Romero et al., 2018).

¹“La violencia de pareja se caracteriza no solamente por el uso de la fuerza física, sino por seguir un patrón de comportamientos que pretende generar un clima intimidatorio, de devaluación, de hostilidad y de miedo - incluso de terror- en las mujeres involucradas en la relación. En ocasiones, las actitudes y conductas cariñosas se alteran con el maltrato y así se puede desarrollar un «apego paradójico» hacia el agresor, que dificulta reconocer la propia experiencia de violencia” (Ramos & Saltijeral, 2008, p. 471).

Con respecto al género, socialmente la estructura es jerárquica, ya que la posición del hombre está por encima del de la mujer, posicionándola como víctima de violencia familiar y de pareja (Schmukler, 2000), ante esta situación, es importante trabajar sobre la línea de relaciones de masculinidad positivas que favorezcan relaciones sanas de pareja y paternidad (Ramos & Saltijeral, 2008).

Por otro lado, la salud mental es entendida por la Organización Mundial de la Salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Está relacionada con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos” (OMS, s/f e). Los trastornos mentales contribuyen con un 12% a la carga de la enfermedad, la población adulta encabeza los padecimientos de salud mental, sin embargo, las niñas, niños y adolescentes también se encuentran vulnerables a estos trastornos, entre ellos, la depresión y ansiedad (Secretaría de Salud, 2011).

En esta área, la violencia genera consecuencias tales como, trastornos de depresión y ansiedad y trastorno por estrés post-traumático, sobre los cuales se han reportado años de vida asociados a discapacidad. Para el caso de los hombres, la violencia que experimentan o de la cual son testigos suele enfocarse a hechos como accidentes, asaltos, secuestros, homicidios, entre otros (Medina et al., 2005); mientras que para las niñas y adolescentes, la violencia que reciben suele tener origen en el interior del hogar por parte de la familia, en la edad adulta nuevamente por familiares, pero también por desconocidos y conocidos, entre los agresores figuran el padre o la pareja sentimental, con esta última suelen experimentar violencia de índole sexual (Rivera, Allen, Chávez & Ávila, 2006).

Las consecuencias psicológicas que enfrentan a largo plazo las víctimas de violencia sexual implican comorbilidad por depresión, trastorno por estrés postraumático, ansiedad, baja autoestima, ataques de pánico, consumo de sustancias, ideación e intento suicida, entre otros, además de consecuencias físicas como enfermedades gastrointestinales o fatiga crónica. Sin olvidar embarazo y conductas sexuales de riesgo que traen consigo infecciones de transmisión sexual (Rivera et al., 2006). Con base en lo anterior, se considera elemental brindar atención a las víctimas, misma que vaya enfocada a las implicaciones y efectos que tiene sobre hombres y mujeres ser víctima de cualquier acto de violencia. En este escenario,

una de las prioridades es evitar la revictimización en alguna etapa de su vida, y en mayor medida, evitar que las personas sean víctimas de cualquier tipo de violencia (Medina et al., 2005).

Con relación a los problemas de salud mental durante la niñez y la adolescencia, se ha documentado que es una población vulnerable a estos trastornos, la presencia de los trastornos mentales a nivel mundial comprende el 20% de los menores de 14 años de edad, a quienes afecta de manera notable en su desarrollo, ya que se encuentran en edades de pleno crecimiento (OMS, s/f c). En el contexto de nuestro país, una preocupación a esta problemática es que “México carece de un programa nacional de salud mental específico para la niñez, lo que obstaculiza la detección y atención tempranas de los trastornos” (Secretaría de Salud, 2011, p. 34).

La dinámica familiar al interior del hogar varía en cada familia, esto determina la salud y desarrollo de sus integrantes, sobre todo de los hijos y la madre; entre los factores que contribuyen a experimentar violencia familiar, se encuentran: una mala relación de pareja, desempleo, situación económica limitada o condiciones de vivienda inadecuadas. La violencia familiar conduce a que los hijos sean más vulnerables a experimentar maltrato infantil, un fenómeno que también tiene presencia a nivel universal y del que se ha documentado desde tiempos remotos (Ramos, Saltijeral, Romero, Caballero & Martínez, 2001; Santana et al., 1998).

A continuación se presenta un apartado sobre maltrato infantil que profundiza la magnitud de la violencia, se mencionan los Síndromes de maltrato con base a la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10), y de acuerdo a Loredó y colaboradores (2010; 2016), se aborda brevemente la clasificación de maltrato infantil, en qué consisten y cómo perjudican al menor.

Maltrato infantil

Por la complejidad del maltrato infantil, en 1999 la Organización Mundial de la Salud lo declara como un problema de salud pública mundial, ya que sus alcances rebasan

fronteras (Loredo, Villanueva, Aguilar & Casas, 2016). La OMS define el maltrato infantil (MI) como:

Los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. La exposición a la violencia de pareja también se incluye a veces entre las formas de maltrato infantil (OMS, 2016).

El maltrato infantil es una problemática de interés en el área de la salud pública, ya que de su manifestación resultan severas repercusiones a corto, mediano y largo plazo en la vida del menor, así como hacia su familia y a nivel social (Gilbert et al., 2009; Loredo et al., 2010).

Es importante mencionar que los actos de maltrato infantil son en principio, cometidos en el hogar por los padres, familiares cercanos, cuidadores o conocidos, pero también se presenta en diversos entornos sociales como la calle, el sistema educativo o recreativo (actividades extraescolares), en orfanatos, prisiones y en iglesias (Loredo, 2017; Secretaría de Salud, 2011).

En México, aproximadamente desde la década de los años 80² y derivado de una serie de esfuerzos para develar la problemática del maltrato infantil, diversas instituciones y autoridades han llevado a cabo un trabajo continuo para la detección, prevención y tratamiento, sin embargo, con anterioridad³, ya se empezaban a vislumbrar en las instancias

² Se sugiere consultar el siguiente documento que aborda las acciones realizadas a la investigación del tema: Loredo, A., Villanueva, H., Aguilar, A., & Casas, A. (2016). Maltrato infantil: su conocimiento, atención y difusión en tres hospitales pediátricos de México. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 73(4), 219-227.

³ El diagnóstico de maltrato infantil en México fue apoyado por el surgimiento en 1943 de la especialidad de radiología pediátrica liderada por los médicos Heredia y Manzano, este esfuerzo proviene del trabajo realizado por el médico Caffey, quien menciona que los estudios radiográficos se convierten en “la voz del

de salud, algunas expresiones de maltrato infantil que alarmaron a la comunidad médica pediátrica, lo cual condujo a generar estrategias de acción para esta población en riesgo (Loredo, 2017).

Este fenómeno tiene antecedentes históricos⁴ que datan desde el origen de la humanidad, su antigüedad es remota y conforme el tiempo, se ha vuelto una problemática de salud para la sociedad con alcance universal, a su vez, las modificaciones a su conceptualización se han presentado en diversos momentos⁵, por ejemplo, se llegó a conocer como Síndrome del niño maltratado/golpeado, Síndrome de Kempe y Maltrato al menor (Loredo, 2004; Santana et al., 1998). Hoy en día, la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) en su capítulo XIX titulado Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas, incluye en el numeral T74 un apartado sobre Síndromes del maltrato y sus respectivos numerales son: “T74.0 Negligencia o abandono; T74.1 Abuso físico; T74.2 Abuso sexual; T74.3 Abuso psicológico; T74.8 Otros síndromes del maltrato (Formas mixtas); T74.9 Síndrome del maltrato, no especificado” (OPS, 2008, p. 918).

Es importante destacar que desde 1997 se encuentra en función la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado (CAINM-INP-UNAM), la cual se enfoca a la asistencia, docencia e investigación del problema a través de un modelo de atención que cubre las tres líneas (Loredo et al., 2009). Dicha instancia aporta la definición de maltrato infantil y lo entiende como:

Toda agresión u omisión física, sexual, psicológica o negligente intencional contra un menor de edad, antes⁶ o después de nacer, y que afecte su integridad biopsicosocial a corto, mediano o largo plazo. Esta agresión u

niño agredido”. En la década de los años 60 se realizaron algunas publicaciones sobre casos clínicos de maltrato infantil, sobre todo en la modalidad de abuso físico y abuso sexual (Elizalde, 2012).

⁴ Se sugiere consultar: Loredo, A. (2004). *Maltrato en niños y adolescentes*. México: Editores de Textos Mexicanos. Específicamente el Capítulo 1. Generalidades, el cual aborda históricamente las manifestaciones del maltrato infantil.

⁵ Se sugiere consultar Anexo 1. Definiciones de maltrato infantil, para la comprensión de sus modificaciones en su definición realizadas por autores e instituciones nacionales y mundiales.

⁶ El maltrato infantil antes del nacimiento se conoce como abuso fetal (AF) y se define como “todo acto intencional o de negligencia, que afecte al producto en alguna etapa de su desarrollo por cualquier persona que tenga injerencia con el embarazo” (León, Loredo, Trejo, López & García, 2007, p. 132).

omisión es ocasionada por una persona, una institución o una sociedad en función a su superioridad física, intelectual o económica (Loredo, 2017, p. 12).

De acuerdo a Loredo y colaboradores (2010; 2016), el maltrato infantil se puede expresar en tres modalidades:

1) las formas básicas que incluyen cuatro manifestaciones: abuso físico, abuso sexual, abuso psicológico y abuso por negligencia;

2) las formas poco consideradas que involucran cinco expresiones: síndrome de Münchausen por poder, niños en situación de calle, abuso fetal, maltrato étnico y ritualismo satánico; y por último,

3) las formas poco conceptualizadas que engloban ocho situaciones de maltrato infantil, estas son: niños trabajadores, niños en situación de guerra, niños migrantes, niño expósito, niño abandonado, maltrato por depredación, maltrato entre pares (bullying), y síndrome de alienación parental.

Las tres formas de maltrato infantil en sus diversas modalidades son perjudiciales para las y los menores, sin embargo, las formas básicas son las modalidades que se presentan con mayor regularidad, y para enfocar su dimensión, se describen brevemente a continuación:

1. El abuso físico (AF) se manifiesta en agresiones de índole intencional hacia el menor, se dividen en lesiones visibles o invisibles. Las lesiones visibles, por lo general, son las que se presentan en la piel o la mucosa, y que provocan moretones, quemaduras, rasguños o alguna agresión que deje huellas por el uso de objetos, estas lesiones se encuentran en la cabeza, cara y extremidades superiores (brazos) o inferiores (piernas), así como en la mucosa bucal o en el área genitoanal. El/la agresor(a)⁷ utiliza el puño, patada o azota directamente al menor contra superficies duras (suelo, pared, muebles) generando un

⁷ De aquí en adelante cuando se haga mención de la palabra agresor, se entenderá que pueden ser tanto hombres como mujeres.

severo traumatismo que puede ser visible a través de una radiografía, la cual permite identificar alguna fractura de cráneo, vértebras o costillas (Loredo, 2017).

Las lesiones invisibles ocasionan daño al cráneo, abdomen, pelvis y tórax, debido a la fuerza de la agresión, el menor manifiesta dolor abdominal agudo e intenso, vómito y náuseas, lo cual puede deberse al estallamiento de una víscera sólida o a la perforación de una víscera hueca abdominal. Entre las lesiones invisibles, se encuentra el Síndrome del Niño Sacudido, el cual es “un trastorno súbito y grave del cerebro que puede observarse en niños menores de dos años de edad, como una consecuencia del sacudimiento intenso de la cabeza y, en ocasiones, por azotamiento de todo el cuerpo sobre una superficie dura” (Loredo, 2017, p. 20; Loredo, Casas, Trejo, Melquiades & Martín, 2015).

El abuso físico también responde a una cuestión de castigo corporal, utilizada en diversas culturas como medio para educar y corregir la conducta de los hijos, por la severidad de este castigo, puede ocasionar lesiones que incapaciten al menor e incluso, conllevar a la muerte (Loredo et al., 2010; Secretaría de Salud, 2006). En cuanto a las consecuencias psicológicas, se ha documentado que las y los menores víctimas de abuso físico, presentan problemas en el área escolar, sobre todo en el desempeño académico y en la dificultad de relacionarse con sus pares, a largo plazo, presentan problemas con el consumo de alcohol y drogas (Secretaría de Salud, 2006).

2. El abuso sexual (AS) se define como “la interacción sexual que puede o no ser física, entre un niño y un individuo de una mayor edad, quien lo utiliza en forma violenta, con engaño o seducción para su estimulación sexual, la del menor o la de otro” (Loredo et al., 2010, p. 288), las repercusiones son a corto, mediano y largo plazo, las consecuencias de tipo emocional que derivan de este abuso, afectan en promedio al 80% de las víctimas (García, Loredo & Gómez, 2009), también existe un daño físico e intelectual, por ello la importancia de recibir atención médica especializada del área de la salud mental, no solo para la víctima, sino también para la familia (Loredo, 2017; Loredo et al., 2010).

3. El abuso psicológico o emocional (AP) se entiende como:

Toda acción u omisión intencional que un individuo de edad mayor a la del niño ejerce contra éste, afectando su desarrollo cognoscitivo (psicomotor,

inteligencia, memoria, lenguaje, atención), emocional (autoestima, autoconcepto, integridad corporal, independencia, capacidad de expresarse) y sus habilidades de socialización y por lo tanto, la integración de su personalidad (Loredo et al., 2011, p. 68).

Es crucial que se logre identificar quién perjudica al menor, cómo lo perjudica y qué consecuencias derivan de ese acto al desarrollo del menor. Este tipo de abuso se clasifica en dos áreas: por acción que incluye agresión verbal, terror, rechazo y corrupción, y por omisión contempla el aislamiento, desapego e indiferencia (Loredo et al., 2011).

El abuso psicológico es quizás el más frecuente, sin embargo, al no producir un daño físico, es posible que se minimice su importancia e incluso la dificultad de identificarlo. Al igual que el abuso físico, el abuso psicológico es considerado por los padres como una práctica normal de educación hacia sus hijos al incluir correcciones verbales con cierta agresión psicológica (Arruabarrena, 2011). Las consecuencias se manifiestan a corto y largo plazo principalmente en la salud mental tanto en la edad adolescente como en la madurez, lo cual, limita un óptimo desarrollo a futuro, por ello, se considera imprescindible que se detecte en los servicios de salud o en espacios educativos aquellas conductas dañinas de la familia hacia el trato a los menores (Loredo, 2017). De igual forma, si el menor es testigo de violencia familiar, se encuentra expuesto a ser víctima de abuso psicológico (Secretaría de Salud, 2006).

4. Por último, se encuentra la negligencia (N), ésta se presenta cuando los padres o el cuidador del menor “no le procura al niño las condiciones sanitarias, educativas, de desarrollo psicológico, nutrimentales, de alojamiento y protección frente a cualquier peligro, que debería ser capaz de proporcionar” (Loredo et al., 2011, p. 70). En esta modalidad de maltrato infantil existe una omisión de responsabilidades de los padres más que una comisión (Loredo, 2017).

Existen cinco indicadores que apoyan el diagnóstico de este abuso: 4.1. Negligencia en el cuidado: implica un descuido en la apariencia del menor, es notorio que su vestimenta no es la apropiada, el menor presenta hambre constante y falta de atención de higiene

personal; 4.2. Negligencia ambiental: hace alusión a las condiciones del hogar, mismo que no es atendido en aspectos de limpieza; 4.3. Negligencia médica: falta de atención médica que dificulta su estado de salud; 4.4. Negligencia educativa: que el menor no asista a la escuela; 4.5. Por último, negligencia en la supervisión: se da cuando los padres no vigilan al menor, y este permanece solo por largo tiempo (casa o calle) o cuando lo dejan bajo el cuidado de un tercero que tampoco brinda adecuada supervisión al menor, incluso por ser también un niño, tal es el caso de los niños-padres quienes tiene que responsabilizarse de sus hermanos menores (Loredo, 2017; Loredo et al., 2011). A largo plazo, este tipo de abuso repercute sustancialmente en la salud mental, se manifiesta en depresión, ansiedad, intento de suicidio, consumo de sustancias, trastornos de la conducta, entre otras (Loredo, 2017).

Con relación a los factores de riesgo que aumentan el maltrato infantil, se encuentran los factores del niño como son la edad (infancia y adolescencia), no ser hijos deseados o presentar alguna discapacidad; factores de los padres o cuidadores: entre ellos se encuentran los problemas económicos al interior del hogar, la falta de vínculo emotivo hacia los menores, el bajo nivel educativo, el abuso de sustancias (alcohol y drogas), problemas de salud mental, estar involucrados en actividades delictivas y en su momento que ellos hubieran estado expuestos a algún tipo de maltrato en su infancia; los factores relacionales: como que algún miembro de la familia presente problemas mentales, de desarrollo o físicos, violencia intrafamiliar o con otros miembros de la familia y falta de redes de apoyo; y por último, los factores sociales y comunitarios: estos incluyen el desempleo, la pobreza, un hogar con carencias, la desigualdad social y de género, falta de políticas y programas de prevención al maltrato, entre otros (Gilbert et al., 2009; OMS, 2016).

La prevalencia del maltrato infantil varía en cada sociedad, depende de la conceptualización del fenómeno, del tipo de maltrato que interese estudiar, del método de investigación y de los instrumentos utilizados para medirlo, así como de la cobertura y calidad de las encuestas (Martínez, 2016). La literatura refiere que existe un importante subregistro, el cual se puede explicar por varias situaciones: a) en algunos casos, a pesar de que el familiar o cuidador tiene conocimiento del maltrato que recibe el menor, no lo

denuncia; b) por el desconocimiento sobre las modalidades de esta patología y de los criterios internacionales para realizar el registro, lo cual conlleva a que el diagnóstico no se establezca; c) cuando se diagnostica pero no se denuncia, en este escenario, puede ocurrir que el médico rechace intervenir en un proceso legal⁸; d) por la ausencia de una clínica de atención integral. Estas limitantes requieren mayor atención para lograr establecer un diagnóstico correcto de cualquiera de las modalidades de maltrato infantil y proceder a su atención médica y legal (Loredo, Monroy & Casas, 2013; Pérez et al., 2015).

De la información anterior se desprende que aproximadamente 10% de la población pediátrica puede ser víctima de alguna forma de maltrato. Que sólo uno de cada cien niños maltratados recibe atención médica y que del 55 al 85% de los adultos maltratados fueron agredidos durante su niñez (Loredo et al., 2013, p. 8).

Cuando el maltrato ocurre en los primeros cinco años de vida el impacto suele ser más dañino, ya que por la edad las/os niñas/os son más vulnerables; las consecuencias de tipo emocional pueden persistir en edades posteriores y limitar el pleno desarrollo, por lo que es importante que la detección sea temprana (Toth & Cicchetti, 2004). Con relación a lo anterior, la CIE-10 señala en el apartado F94. Trastornos del comportamiento social de comienzo específico en la niñez y en la adolescencia, en su numeral F94.1. Trastorno de vinculación reactiva en la niñez que algunas conductas en los menores se explican por el maltrato, abuso o negligencia que reciben, se expone que el trastorno “comienza durante los primeros cinco años de la vida, y se caracteriza por anormalidades persistentes en el patrón de relaciones sociales que se asocian con perturbaciones emocionales y que son reactivas a cambios en las circunstancias del entorno (por ejemplo, temerosidad e hipervigilancia, interacción social pobre con otros niños, agresión contra sí mismo y contra los demás, aflicción y, en algunos casos, falla del crecimiento)” (OPS, 2008, p. 365).

Algunas de las consecuencias del maltrato infantil en la salud mental son: depresión, ansiedad, trastornos de personalidad, alimentarios y de estrés post traumático, entre otros.

⁸ Por mandato legal, el personal de salud que atiende casos de maltrato infantil está obligado a declarar ante la autoridad policial, sin embargo, en muchos de los mismos, el procedimiento legal se evade (OPS, s/f a).

Comportamientos de riesgo como problemas de conducta, consumo de alcohol o drogas, violencia sexual, ejercer violencia, etc. Y enfermedades y lesiones como diabetes, infecciones de transmisión sexual, enfermedades isquémicas, entre otras (Marty & Carvajal, 2005).

Por otro lado, los estudios de investigación sobre las alteraciones neurobiológicas del maltrato infantil confirman que los daños que ocasiona este fenómeno sobre el cerebro “afectan a las regiones del hipocampo, al complejo de la amígdala extendida, al cerebelo, al cuerpo calloso, a la corteza prefrontal y al eje hipotalámico-hipofisario-adrenal de respuesta fisiológica al estrés” (Amores & Mateo, 2017, p. 83), de igual forma, el perfil neuropsicológico de víctimas de maltrato infantil, manifiesta “alteraciones en las áreas de memoria y atención, lenguaje, capacidad viso-espacial, regulación emocional, dificultades en la cognición social, el desarrollo intelectual y en las funciones ejecutivas” (Amores & Mateo, 2017, p. 85). El maltrato infantil provoca que las habilidades psicosociales de las y los menores no se desarrollen adecuadamente desde la base neurológica (Amores & Mateo, 2017).

El problema del maltrato infantil tiene severas repercusiones a nivel físico y emocional en los menores, a nivel familiar consecuencias emocionales y económicas y socialmente elevados costos económicos, por ello es importante que esta situación sea prevenida y atendida (Loredo, 2016; UNICEF, 2012) y así evitar, la transmisión intergeneracional, es decir, que, en la edad adulta, los menores maltratados durante la infancia, repitan el patrón en sus hijos. Investigaciones han evidenciado que el maltrato recibido en la infancia incrementa en un 30% el riesgo de convertirse en maltratador. Lograr una relación de apego seguro con los padres, se convierte en un medio de protección al brindar estabilidad emocional (Amores & Mateos, 2017; Camps, Castillo & Cifre, 2014; Loredo, 2004; Pereda et al., 2011).

Por la importancia del maltrato infantil en la salud de las víctimas, se requiere la participación multidisciplinaria de médicos familiares, generales y pediatras, enfermeras, especialistas en salud mental como psicólogos y psiquiatras, trabajadoras sociales, profesores y abogados y desde cada área involucrarse en la solución y atención de la víctima (Loredo, 2004).

A continuación, se abordará específicamente una de las formas básicas del maltrato infantil más perjudiciales, el abuso sexual infantil, ya que ésta expresión de violencia ocasiona un daño irreparable para la víctima sobre el que se vulnera su integridad física y mental (UNICEF, 2016a).

Abuso sexual infantil

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) expone que:

El abuso sexual ocurre cuando un niño es utilizado para la estimulación sexual de su agresor (un adulto conocido o desconocido, un pariente u otro NNyA⁹) o la gratificación de un observador. Implica toda interacción sexual en la que el consentimiento no existe o no puede ser dado, independientemente de si el niño entiende la naturaleza sexual de la actividad e incluso cuando no muestre signos de rechazo. El contacto sexual entre un adolescente y un niño o una niña más pequeños también puede ser abusivo si hay una significativa disparidad en la edad, el desarrollo, el tamaño o si existe un aprovechamiento intencionado de esas diferencias (UNICEF, 2016a, p. 9).

El abuso sexual infantil¹⁰ se clasifica en abuso sexual con contacto físico y abuso sexual sin contacto físico, el primero de ellos incluye comportamientos de índole sexual del agresor hacia la víctima, principalmente que toque o acaricie al menor en cualquier parte del cuerpo (pechos, genitales, penetración vaginal, oral o anal, etc.); el segundo se presenta cuando el agresor utiliza a la víctima para excitarse él/ella mismo, al menor o a otras personas (exhibicionismo, producción de pornografía, voyerismo, etc.). Con base en el mecanismo de agresión, se clasifica en violación, estupro, incesto, inducción y fomento de la prostitución y hostigamiento sexual. Con relación al lugar donde se presenta se clasifica en abuso sexual intrafamiliar o incesto, es decir, cuando un familiar cercano es el agresor

⁹ NNyA: Niños, niñas y adolescentes.

¹⁰ Se sugiere consultar Anexo 2. Definiciones de abuso sexual infantil.

(no necesariamente biológicos), o las parejas que figuran como cuidadores, y abuso sexual extra familiar, cuando el agresor suele ser un conocido y se presenta fuera del ámbito familiar (García et al., 2009; Loredó, 2004).

Para el caso del incesto, la convivencia diaria del agresor con el menor, genera vínculos relacionales/emocionales complejos que repercuten sustancialmente en la salud física y mental de la víctima, sobre todo cuando la revelación es tardía. Es probable que por la figura social de poder y autoridad que representa el agresor, el abuso ocurra en repetidas ocasiones (Villanueva, Guzmán, Alonso, Beltrán, Gómez & Pérez, 2011). Para mantener en silencio a la víctima, el agresor recurre a estrategias de engaño, manipulación y seducción que confunden la dinámica familiar y mantienen a la víctima rodeada de miedo (Pavez, 2016). Desafortunadamente, el silencio impide conocer el fenómeno en su totalidad, por ocurrir al interior del hogar, “las madres que saben del incesto lo ocultan para proteger a las víctimas evitando el escándalo, la disolución familiar y la pérdida de ingresos económicos” (Numhauser & Soto, 2006, p.5). Ese silencio protegido rompe con la idea que se tiene de familia, ya que en lugar de brindar protección y amor a sus integrantes, permite y calla el abuso (Pavez, 2016).

El abuso sexual infantil tiene presencia a nivel mundial, en cualquier estrato sociocultural, y al igual que el maltrato infantil, es una realidad cotidiana que, en algunos casos, la víctima o el testigo mantiene en silencio por miedo, culpa, amenaza o vergüenza, lo cual, conduce a no ser denunciado ni registrado y mucho menos atendido (Martínez & Figueroa, 2000).

Con relación al agresor, no existe característica única, se considera que puede encontrarse dentro del núcleo familiar (padre, padrastro, hermano, tío, primo, abuelo), ser un conocido o amigo cercano de la familia, un vecino, incluso un profesionista, una figura religiosa, un entrenador deportivo, un profesor (DIF, 2017a; UNICEF, 2016a). En cuanto a la víctima, ninguna niña, niño o adolescente menor de 18 años se encuentra exento de este acto, sin embargo, hay condiciones que vulneran más a unos que otros, en principio, condiciones como la edad o el sexo, en este rubro las niñas y las mujeres adolescentes son las víctimas más comunes, aunque no por ello los varones quedan fuera del abuso (DIF, 2017a).

Otra cuestión que los vulnera es que se encuentren desprotegidos desde el interior de su hogar, lo que los expone en mayor grado dentro y fuera del mismo a ambientes y situaciones que no son capaces de controlar por su edad, lo que implica que experimenten una serie de circunstancias desfavorables (Chávez et al., 2009).

El factor de la edad en la que ocurre el evento y la falta de estrategias de afrontamiento limitan a los menores la capacidad de enfrentar situaciones adversas, por ejemplo, los niños en edad preescolar no cuentan con recursos psicológicos, los menores en edad escolar experimentan sentimientos de culpa y vergüenza y para la edad adolescente, es un evento más traumático, ya que hay plena conciencia del abuso y en el caso de las mujeres se presenta el riesgo de un embarazo, sin embargo, cuando los menores cuentan con el apoyo de uno o ambos padres, favorece que el menor recupere su nivel de adaptación (García et al., 2009).

Esta forma de maltrato infantil se presenta en espacios como el hogar, la escuela, la calle, la casa de algún amigo, instituciones, iglesias, entre otros. Las repercusiones impactan por igual a niñas, niños o adolescentes de ambos sexos, por ello es importante que para los tomadores de decisiones, esta problemática se mantenga en la agenda, se visibilicen sus consecuencias y se dirijan acciones encaminadas a su prevención, detección y tratamiento (Molina, 2017).

Bajo estos principios, por medio de la prevención se puede evitar oportunamente su manifestación. Se sugiere que los padres mantengan una buena comunicación con sus hijas e hijos, que les brinden la confianza de acercarse a ellos y platicarles si algo les ocurre, estar atentos si tratan de decirles algo, de darles una educación sexual que implique la privacidad de su cuerpo, de enseñarles a decir no si alguien intenta tocar su cuerpo o se les acerca de manera intencional, incluso si es un familiar cercano y saber con quién pasan tiempo. Éstas y otras medidas pueden ayudar a proteger a los menores de experimentar una situación negativa en su vida (Novales, 2006; Zúñiga, 2013).

Para alcanzar la prevención, se requiere que el tema adquiera mayor difusión y dentro de ésta alcanzar tres áreas: 1) prevención primaria: involucra proteger a los niños de ser abusados, 2) prevención secundaria: se refiere a detener el abuso y brindar ayuda

terapéutica y legal, y 3) prevención terciaria: implica brindar terapia a quien haya sido víctima de abuso sexual, así como al agresor (McElvane, 2006).

Con relación a los niveles de prevención, es importante resaltar que a fin de evitar el abuso, lo ideal es que se trabaje desde el nivel primario en el hogar, el ámbito educativo y en instancias de salud mediante talleres que permitan a temprana edad, desarrollar sus habilidades cognitivo conductuales de control, en caso contrario, ofrecer atención oportuna (Chávez et al., 2009).

En cuanto a la detección, cuando un menor es víctima de abuso sexual, no le es fácil expresarlo verbalmente, ya que no conoce el vocabulario adecuado para manifestar lo que le ocurre (Zúñiga, 2013), sin embargo, existen una serie de manifestaciones y síntomas físicos y psicológicos que presentan las víctimas de abuso sexual, en las físicas se encuentran: dolor abdominal recurrente, dolor de cabeza, y enuresis y encopresis secundaria. Es importante mencionar que el pediatra es una figura crucial para determinar si existe algún otro estresor que esté causando esta sintomatología, si no lo hay, la sospecha de abuso sexual toma mayor significado; en el área psicológica se puede mencionar la erotización, en la cual, conductas sexualizadas¹¹ impropias para la edad apoyan la sospecha de un posible abuso, otras manifestaciones se aprecian en un cambio abrupto del rendimiento académico, baja autoestima, presencia de pesadillas, miedo, aislamiento, fobias, cambios de humor, ansiedad y depresión (Rodríguez, 2010).

Por otro lado, cuando un menor es llevado al servicio médico por sus padres o algún familiar bajo una situación de emergencia, es muy importante que la detección clínica que realizan los médicos se enfoque a determinar si la causa de la posible lesión con la que acude el menor, es intencional o accidental, de igual forma, una vez que la sospecha es abuso sexual¹², se requiere de la participación de todo un equipo interdisciplinario preparado en el área y con amplia experiencia en este tipo de casos (Loredo et al., 2010).

¹¹ Entre las que se encuentran: “juegos sexuales con muñecos, introducción de objetos en la vagina, o en el ano, masturbación excesiva, conductas seductoras, y conductas o conocimientos sexuales impropios de la edad” (González, Orgaz & López, 2012, p. 402).

¹² Para determinar el diagnóstico, se requiere que haya una exploración física por parte del médico dentro de las primeras 24 a 76 horas de haber ocurrido la agresión en el menor, el daño físico se da cuando hubo penetración vaginal o anal (Loredo et al., 2010).

Para realizarlo es preciso llevar a cabo primero una entrevista con el cuidador y después con el paciente, ambas se deben efectuar en un lugar tranquilo y privado en el que se les explique la intención y procedimiento de la misma; proceder a explicar y realizar el procedimiento de la exploración física con el consentimiento informado de los familiares, y pedir su presencia y la de una enfermera durante la misma; solicitar exámenes de laboratorio y gabinete; realizar una evaluación psicológica y psiquiátrica e integrar el diagnóstico, y por último, proceder legalmente, en este paso, es importante que se brinde la información pertinente sobre el proceso legal al menor y a su familia con el fin de no desprotegerlos ante un escenario legalmente complejo (García et al., 2009; Mojarro, 2006; Saucedo, 1999).

Una vez que se ha realizado la denuncia, es importante considerar el tratamiento, ya que el abuso sexual en la infancia y adolescencia al presentarse en etapas de desarrollo y crecimiento, implica un deterioro en la salud física y mental de la víctima, misma que si no recibe atención médica especializada se encontrará en desventaja para el desarrollo de su vida en la edad adulta. Sin olvidar ofrecer atención psicológica al agresor, sobre todo porque suele ser una figura familiar. De igual forma, brindar a la familia servicios de atención a la salud mental por el impacto de un evento de esta naturaleza (Zúñiga, 2013).

En el menor, “entre mejor sean sus experiencias en la niñez, mejor preparado estará para enfrentar los retos de la vida posteriormente” (Verduzco, 2006, p. 3).

A continuación, se presenta la magnitud del abuso sexual infantil a nivel mundial y en México con base en estudios y encuestas realizadas recientemente que dan cuenta de la prevalencia, el principal agresor y la edad en la que se experimenta el abuso, entre otros, así como de abusos al interior de la iglesia católica.

Magnitud del abuso sexual infantil

A pesar de haber sido declarado como un problema de salud pública mundial, su atención aún requiere mayores esfuerzos a nivel social, médico y legal. Las y los menores víctimas de abuso sexual que no son atendidos oportunamente, tienen más probabilidades de ser revictimizados y presentar una serie de problemas de salud mental (Erro, 2017).

Dada su ocurrencia, resulta imprescindible conocer su magnitud, por ejemplo, la UNICEF reportó que en Latinoamérica y el Caribe “entre el 70% y el 80% de las víctimas de abuso sexual son niñas, que en la mitad de los casos los agresores viven con las víctimas y en tres cuartas partes son familiares directos” (Molina, 2017, p. 12).

Con base al Programa Nacional creado en 2006 “Las víctimas contra las violencias” en Argentina, el cual busca atender y asistir a las víctimas de violencia sexual o familiar a través de líneas telefónicas, reportó de 2009 a 2013, un total de 9727 llamadas de víctimas de abuso sexual infantil, de las cuales 6866 víctimas fueron abusadas antes de los 10 años de edad (UNICEF, 2016b). Para el periodo 2017-2018, se brindó atención a 1985 víctimas, de modo que 75.6% fueron mujeres (18 de ellas se encontraban embarazadas) y 23.9% hombres, con relación al lugar donde se cometió el abuso, 46.6% refirió al hogar, el 81.8% de los agresores (2066) fueron hombres y de ellos, 57.2% formaban parte del ámbito familiar, entre ellos figura el padre (30.2%) y el padrastro (21.9%), lo que reafirma en la literatura, que el familiar masculino suele ser el principal agresor de esta población (UNICEF, 2018b).

En un estudio realizado en Chile, se tuvo acceso a 886 casos atendidos en instituciones de maltrato infantil ocurridos entre 2006 y 2013, de ellos, 191 menores de 10 años fueron víctimas de abuso sexual, en su mayoría niñas (61.8%), las víctimas manifestaron que su agresor principal formaba parte de su núcleo familiar (36.6%). De los 191 menores, el 41.9% revelaron el abuso y el 58.1% fue detectado. Se encontró que la revelación del abuso suele ser mayor en niñas (Arredondo et al., 2016).

Por otro lado, en Colombia se llevó a cabo un estudio en dos instituciones de salud entre 2012 y 2015, la información se obtuvo de los registros de historias clínicas. En ese rango de tiempo, se presentaron 40 víctimas de violencia sexual, de ellas el 95% correspondieron al sexo femenino, el 75% fueron menores de edad y el 25% mayores de edad. El agresor fue una persona conocida en 25% de los testimonios y con 28% se menciona principalmente al padre o padrastro, seguido por un amigo (25%), el novio (10%), un tío (5%) y un sobrino (2%) (Pino, Cortés & Salcedo, 2018).

En estudios realizados por la OMS durante 2004, se estimó que la violencia sexual en la niñez tuvo una prevalencia a nivel mundial de 27% en niñas y 14% en niños. Mientras

que en América del Sur, América Central y el Caribe, la prevalencia media reportada por mujeres que experimentaron abuso sexual en su infancia fue de 7% a 8%. Por otro lado, en Honduras, Guatemala y El Salvador, se realizó un estudio en 2008 sobre los primeros datos nacionales respecto al abuso sexual infantil antes de los 15 años. Con respecto a la prevalencia, Honduras reportó 7.8%, El Salvador 6.4% y Guatemala 4.7%. El abuso fue experimentado antes de los 11 años y el victimario se ubicaba en el ámbito familiar (OMS, 2013).

En otro estudio realizado en Washington, D.C., se reporta que la exposición a eventos estresantes como el abuso sexual infantil tiene relación con el inicio temprano a la pubertad, lo cual es un factor de riesgo para desarrollar problemas de salud mental y conductuales, como delinquir, depresión e inicio temprano a la sexualidad. De las 84 mujeres víctimas de abuso sexual referidas por servicios de protección infantil, el 60% refirió a la figura paterna como el agresor, entre ellos, el padre biológico, padrastro o el novio de la madre, lo que sustenta la literatura al mencionar que el abuso ocurre principalmente al interior del hogar. Las mujeres abusadas mostraron ser 3.5 veces más propensas a desarrollar vello púbico (entre 9 y 10 años) y 3 veces más propensas al desarrollo temprano de senos (entre 9 y 11 años) (Noll et al., 2017).

Con base al Informe mundial sobre la violencia y la salud, en su apartado sobre Violencia sexual, se reporta que en países desarrollados, la presencia del abuso sexual infantil en varones se ubica entre el 5% y el 10%. Destaca que para los hombres, los datos son aún menos precisos, lo que conlleva a una prevalencia variada. Su no denuncia es menos frecuente que la de las mujeres, su explicación tiene origen en el miedo, culpa o vergüenza ante los prejuicios sociales. Es imprescindible que se considere a los varones igual de vulnerables que las mujeres, se debe trabajar en generar mecanismos de atención enfocados a sus necesidades inmediatas como se hace para las mujeres (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi & Lozano, 2003; OMS, 2013).

Como se ha expuesto a lo largo del documento, el hogar es el principal espacio donde se cometen los abusos, sin embargo, otro lugar que permite dimensionar la problemática del abuso sexual infantil por el encubrimiento a los mismos, es la iglesia católica. Con base en una revisión sistemática, un estudio reportó que en Roma han

ocurrido en los últimos 50 años, 4 mil casos de abuso sexual infantil (es muy probable que la cifra sea mayor), de ellos, el 10% corresponde a niños, mientras que las mujeres adolescentes representan el 30% y en su mayoría, las víctimas son hombres adolescentes, es decir, 60%, evidentemente trae consigo consecuencias a la salud mental de las víctimas que perduran por un largo periodo, lo que desajusta su vida cotidiana. En Estados Unidos¹³ se reportaron 10667 víctimas entre 1950 y 2002, a pesar de las denuncias, los resultados no han sido los esperados, ya que muy pocos sacerdotes han recibido sentencias, la mayoría solo son suspendidos temporalmente o reubicados en alguna otra iglesia (Böhm, Zollner, Fegert & Liebhardt, 2014). Recientemente se dio a conocer en este país, una lista que incluye a 7 mil sacerdotes pederastas desde 1950, de ellos, 4500 han sido identificados (se refiere que hay muchos más agresores que no se incluyen en la lista), por la fecha, muchos de ellos ya fallecieron y algunos otros solo fueron trasladados de recinto (Laborde, 2019).

El pasado mes de febrero de 2019, se celebró en el Vaticano una cumbre episcopal para tratar el tema de los abusos sexuales cometidos al interior de la iglesia, el Papa Francisco reunió a un número importante de cardenales, arzobispos y obispos, así como a víctimas. El discurso que se reporta en diversos diarios periodísticos, asumen que se esperaba mucho más de lo presentado, sobre todo, medidas concretas para frenar los abusos y castigos a los agresores. Se habló del problema no solo en la iglesia, sino en ámbitos familiares, escolares, etc., sin embargo, no se mencionaron estadísticas concretas de abusos cometidos en la iglesia (se ignoran nombres) que permitan dimensionar el problema, lo que evidencia, el ocultamiento de los mismos (Verdú, 2019).

Por otro lado, la epidemiología en México del abuso sexual infantil se torna complicada al desconocer su magnitud, es importante sensibilizar que más que una cifra, son niñas, niños y adolescentes. Este subregistro, se debe a que no se cuenta con un sistema coordinado para estimar su prevalencia, aunado a que no se diagnostica, no se atiende

¹³ Para abordar y complementar el tema, se sugiere ver la película Spotlight (En primera plana, por su traducción en Hispanoamérica) presentada en 2015, la cual narra la investigación de un grupo de periodistas del conocido Boston Globe en la que se adentran a develar los abusos sexuales cometidos por sacerdotes, mismos que han sido ocultados por los altos jefes. La película surge de un reportaje publicado en 2002. Al finalizar la cinta, se presenta una larga lista de países de todo el mundo que presentan el mismo problema, evidentemente se encuentra México.

medicamente y por consecuencia no se denuncia, ya sea por miedo, vergüenza, culpa, etc., tanto de la víctima como de algún testigo (Erro, 2017).

A pesar de ser un tema que se oculta desde el seno familiar, diversos estudios han resaltado su interés. Un estudio realizado en adolescentes de ambos sexos y de nivel secundaria, mostró la relación del abuso sexual infantil con el intento suicida. Se obtuvo que la edad en la que ocurrió el abuso fue a los 8.1 años en las mujeres y a los 9.5 años en los hombres, haber experimentado abuso sexual fue reportado por 7% de las mujeres y 2% de los hombres, mientras que el intento suicida refleja 11% en las mujeres y 4% en los hombres, los métodos usados en las mujeres fueron medicamentos con 42.7% y objetos punzocortantes con 38.8%, para los hombres fueron objetos punzocortantes con 55.6%, aventarse desde lo alto, intoxicarse con drogas ilegales y medicamentos, con 11.1% cada una (González, Ramos, Vignau & Ramírez, 2001).

En otro estudio realizado en estudiantes de secundaria, preparatoria y universidad de 12 a 24 años de edad, reportaron los factores de riesgo (violencia hacia la madre, consumo de alcohol del padre, autoestima baja, ser mujer) asociados con el abuso sexual infantil¹⁴. La edad en la que se presentó el intento de abuso para las mujeres fue de 11.85 años y para los hombres fue de 10.66 años, mientras que la edad reportada para el abuso sexual consumado fue de 12.02 años para las mujeres y para los hombres fue de 11.71 años. De los estudiantes que experimentaron intento de abuso sexual se obtuvo un 4.7%, contra un 2.9% de las víctimas de abuso sexual consumado. Con relación al sexo, las mujeres fueron víctimas en un 3.6% y los hombres 1.9%. Respecto al agresor, en el intento de abuso sexual, las mujeres (30.5%) y los hombres (37%) mencionaron que el principal agresor fue un desconocido. Para el abuso sexual consumado, las mujeres reportaron al novio (37.8%) como el agresor principal, mientras que los hombres indicaron que fue un desconocido (38.5%) (Chávez et al., 2009).

En otra investigación se estudió la relación del abuso sexual infantil con la conducta alimentaria de mujeres adolescentes, las cuales reportaron conducta alimentaria de riesgo

¹⁴ Para medir el intento de abuso sexual se preguntó ¿Alguna vez intentaron obligarte a tener relaciones sexuales?, mientras que para medir el abuso sexual consumado se preguntó ¿Alguna vez te han obligado a tener relaciones sexuales en contra de tu voluntad? (Chávez et al., 2009, p. 508).

con 15.4%, y 7% manifestó haber sido víctima de abuso sexual, el agresor fue un hombre en 95.8% de los casos, en el siguiente orden se reporta un familiar (63.1%), un desconocido (20.5%), o un amigo (9.6%). Los hallazgos muestran que las mujeres que experimentaron abuso sexual infantil presentaron conducta alimentaria de riesgo en un 28% (Unikel et al., 2011).

De acuerdo a la organización Early Institute quien se dedica a analizar y diseñar propuestas enfocadas a la protección de la niñez en México, reportó en un diagnóstico reciente que dada la complejidad de medir el abuso sexual, se requiere trabajar en conjunto tanto instancias médicas como legales. Se consideraron fuentes de información como egresos hospitalarios, mortalidad, incidencia delictiva y número de víctimas. Con relación a los egresos hospitalarios en instituciones públicas por abuso sexual o problemas relacionados al abuso sexual del o la menor¹⁵, por sexo y durante el año 2015, a nivel nacional se presentaron 38 egresos en niños y 271 egresos en niñas, es decir, un total de 309 egresos en menores de 18 años de edad, del total, 87.7% fueron niñas. Entidades como Querétaro y Tlaxcala fueron quienes reportaron mayor número de egresos, 74 y 48 respectivamente, ambos en niñas. Los casos se determinaron de acuerdo a la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) (Early, s/f).

A continuación se presenta información de encuestas que aportan un panorama de este fenómeno. La Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres (ENVIM) se realizó en 2006 a mujeres de 15 años y más usuarias de los servicios públicos de salud, la intención de dicha encuesta fue mostrar estimaciones a nivel nacional y por entidad federativa de la violencia ejercida contra las mujeres, entre las que se encuentra la violencia emocional, física, sexual y económica, indagó en quién fue el agresor y en qué momento de su vida fue víctima de violencia. De manera breve, la encuesta exploró sobre el abuso sexual recibido durante la infancia antes de los 15 años, el cual se reportó con 13.3%; con

¹⁵ “Se incluyen casos cuya clave CIE10 de diagnóstico inicial o principal afectación fue T742 (abuso sexual), o Z614 (Problemas relacionados con el abuso sexual del niño por persona dentro del grupo de apoyo primario), o Z615 (Problemas relacionados con el abuso sexual del niño por persona ajena al grupo de apoyo primario)” (Early, s/f, p. 13).

relación al agresor, 45.9% de las mujeres señala a un hombre de la familia diferente del padre o el padrastro (Secretaría de Salud, 2009).

En comparación con la ENVIM 2003, el abuso sexual experimentado en la infancia de las mujeres, se registró con 7.6%, cifra menor a la reportada en 2006, los principales agresores fueron el padre (0.5%), el padrastro (0.6%) u otro miembro masculino de la familia (4.1%), 2% no familiares y 0.3% el novio (INSP, 2003). Un estudio realizado con datos de la encuesta exploró de entre las variables, la relación del abuso físico y sexual experimentado en la infancia con la violencia recibida en la edad adulta, en el cual el abuso sexual experimentado antes de los 15 años presentó una relación de 3.10 veces mayor posibilidad de sufrir violencia de índole física y sexual con la pareja actual. Cabe resaltar, que el abuso sexual infantil aumenta en 11.8 veces la probabilidad de experimentar una violación durante la vida adulta de estas mujeres por una persona distinta a la pareja (Rivera et al., 2006).

Otro referente que aborda la violencia hacia las mujeres es la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH), la cual fue llevada a cabo por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en 2016, su contenido se enfoca en mostrar las experiencias de mujeres de 15 años y más sobre violencia sexual, física, económica, patrimonial y emocional en su vida escolar, familiar, de pareja, laboral y comunitaria, reporta quiénes son los agresores, así como las acciones que realizaron las mujeres para solicitar ayuda, información o denuncia. Se resalta el rubro de violencia de pareja por la frecuencia de este acto, así como el impacto físico y emocional a la víctima. De igual manera, desarrolla dos apartados nuevos: uno sobre violencia en la atención obstétrica y otro sobre abuso sexual en la infancia de estas mujeres (INEGI, 2017a).

Para efectos de este estudio, y para dimensionar el panorama de abuso sexual infantil, únicamente se retoman las estadísticas de este apartado. Del total de mujeres entrevistadas, el 9.4% reportaron haber sufrido abuso sexual en su niñez; 84.6% manifestó que fue sin violencia, 9.4% con violencia y 6% no recuerda. De la proporción de mujeres que manifestaron violencia de su agresor:

A 6.4% le tocaron sus partes íntimas o la obligaron a tocar las partes íntimas de otra persona sin su consentimiento, a 3.9% intentaron forzarla a tener relaciones sexuales, a 3% la obligaron a mostrar sus partes íntimas y/o a mirar las partes íntimas de otra persona, a 2.5% la obligaron a tener relaciones sexuales bajo amenazas o usando la fuerza, a 0.8% la obligaron a realizar actos

sexuales a cambio de dinero o regalos, y otro 0.8% manifestó que la obligaron a mirar escenas o actos sexuales o pornográficos (INEGI, 2017a, p. 42).

La ENDIREH reporta que los agresores sexuales fueron: “tío (a) 20.1%; un no familiar (vecino, conocido) 16%; primo(a) 15.7%; desconocido 11.5%; hermano (a) 8.5%; otro familiar 6.4%; padrastro/madrastra 6.3%; padre 5.8%; otro 5.5%; abuelo (a) 3.7% y madre 5.5%” (INEGI, 2017a, p. 43).

Con relación a la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 2011 aplicada a población de entre 12 y 17 años y 18 y 65 años, el cuestionario individual únicamente incluye en la pregunta 308 lo siguiente: ¿En el momento de una discusión o conflicto con su pareja actual, le ha sucedido alguna de las siguientes cosas...? Y entre ellas se menciona si ¿le ha forzado a tener relaciones sexuales? Ya sea alguna vez o en los últimos dos meses. Cabe resaltar que es una pregunta más enfocada a la adolescencia y a la edad adulta, y por tanto, no se aborda alguna situación experimentada en la infancia respecto al abuso sexual (INPRFM, INSP, SSA, 2012).

En la Encuesta Nacional del Consumo de Drogas en Estudiantes (ENCODE) 2014, se aplicaron dos cuestionarios con diferentes secciones, uno para alumnos de 5° y 6° año de primaria y otro para alumnos de secundaria y bachillerato, para los primeros, no se incluyó abuso sexual dentro de la sección *Ámbito personal*, únicamente para los alumnos de secundaria y bachillerato, sin embargo, la encuesta no reporta resultados (INPRFM,

CONADIC, SSA, 2015). Mientras que la Encuesta Nacional del Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) 2016-2017 realizada en hogares a personas de entre 12 y 17 años y 18 y 65 años, no explora dentro de los temas al abuso sexual, cabe resaltar una sección sobre violencia de pareja (INPRFM, INSP, CONADIC, SSA, 2017).

Como reporta la literatura, el problema del abuso sexual ocurre en cualquier espacio y la iglesia es uno de ellos, por lo que resulta importante exponer la situación en su interior. En México, la investigación ha arrojado innumerables abusos. Uno de los sacerdotes mexicanos involucrado en estos actos, fue Marcial Maciel (1920-2008), fundador de los Legionarios de Cristo en 1941. Las investigaciones confirman que a pesar de tener conocimiento sobre su conducta, fue encubierto por más de 60 años, tiempo en el que abusó de un sinnúmero de menores. El primer registro por abuso sexual en su contra es de 1943, sin embargo, pese a las denuncias que le precedieron, los altos jerarcas pasaron por alto sus conductas y no fue sino hasta 2006 que se logra su suspensión (Bedoya, 2019).

Por otro lado, entre los múltiples temas de interés de la periodista mexicana Sanjuana Martínez, parte de su trabajo se ha centrado en revelar los secretos del clero y el encubrimiento a los mismos por parte de autoridades como el cardenal Norberto Rivera, tal es el caso del seminarista Julián Quintero Velasco, quien abusó de una menor de 8 años en Chiapas en 2007, lo alarmante fue que una vez cumplida su condena (8 meses), volvió a ser asignado sacerdote, pasando por alto los acontecimientos que le precedieron, en 2017 se le volvió a señalar por violar a una menor de 11 años en el Estado de México, momento en el que fue detenido nuevamente (Martínez, 2018).

De acuerdo a la Conferencia del Episcopado Mexicano (CEM), se cuenta con el registro de 152 religiosos suspendidos por actos de abuso sexual en los últimos 9 años, sin embargo, muy pocos son los que han recibido una condena, mucho menos se nombra quiénes son, la cifra no confirmada indica al menos 150 víctimas. La información anterior es únicamente preliminar, ya que la falta de estadísticas por parte de la institución clerical es parte del obstáculo. El arzobispo de Monterrey, Rogelio Cabrera López declaró que “en México no hay un centro de recopilación de información porque cada obispo es el que enfrenta estos problemas” (De la Redacción, 2019, p. 29).

El rector de la Universidad Pontificia de México, Mario Ángel Flores se encargó de la apertura en 2017 del Centro de Investigación y Formación Interdisciplinaria para la Protección de Menores (CEPROME), el cual se encuentra a cargo del sacerdote y profesor Guadalupe Daniel Portillo Trevizo, la finalidad del mismo es evitar problemas de abuso sexual mediante un protocolo de intervención y prevención (Jiménez, 2017).

El siguiente apartado proporciona información sobre las consecuencias directas del abuso sexual infantil a la salud física y mental, e incluso muerte prematura, también se resalta la importancia de atender el problema.

Consecuencias del abuso sexual infantil

Se ha reportado que el abuso sexual infantil no hace diferencia en el género, por un lado, las niñas y mujeres adolescentes son quienes más sufren este evento, sin embargo, el abuso sexual en varones también es reportado pero en menor frecuencia. (Loredo, 2017; Loredo et al., 2013). Esta situación se puede explicar por el hecho de que si un niño o adolescente varón fue víctima de abuso sexual infantil, se expone a ser visto como una persona que sostuvo una experiencia homosexual en contra de su voluntad (Arredondo, Saavedra, Troncoso & Guerra, 2016; Chávez et al., 2009).

No se ha encontrado investigación reseñable sobre hombres abusados sexualmente en la infancia. Este sesgo de género de la investigación se puede atribuir a una percepción desigual de la parentalidad, a la histórica percepción de la mujer como objeto de estudio, a la consideración del hombre como menos influenciado por las adversidades, o a la suma de todas ellas (Erro, 2017, p. 383).

Un estudio realizado recientemente con 377 pacientes hombres de entre 18 y 30 años que solicitaron el servicio en dos clínicas de atención a enfermedades de transmisión sexual en Estados Unidos, reportó la relación del abuso sexual infantil y el afecto negativo (depresión, ansiedad, enojo) como factores de riesgo para presentar a largo plazo conductas

sexuales agresivas y conductas de riesgo como contraer o contagiar VIH, para este fin, se indagó en el número de parejas y en el uso del condón. Del total de pacientes, el 61.8 % fueron clasificados como agresivos al manifestar el uso de la fuerza física, la coacción o estar bajo la influencia del alcohol o de las drogas para mantener relaciones sexuales con otra persona (Peterson et al., 2017).

De igual forma, otro estudio exploró si el abuso sexual infantil experimentado en hombres antes de los 18 años se relacionaba con la presencia de síntomas depresivos, somáticos y hostilidad durante la edad adulta (la media de edad fue 64.2 años). Los resultados muestran que la presencia de esos síntomas se hace notar hasta cinco décadas después del evento (Easton & Kong, 2017).

Las consecuencias a corto y mediano plazo que presenta un menor víctima de abuso sexual en términos de salud mental son: “depresión, ansiedad, angustia, trastorno del sueño (pesadillas, terrores nocturnos), orinar la cama, bajo rendimiento escolar súbito, aislamiento, rechazo al alimento (anorexia, bulimia), comer compulsivamente (sobrepeso u obesidad), tendencia al intento o consumación de suicidio juvenil” (Loredo, 2017, p. 31).

A largo plazo, es decir, durante la edad adulta, se presenta el desarrollo de síntomas y trastornos psiquiátricos, entre los que se enlistan: trastornos depresivos, trastornos disociativos, trastorno de somatización, trastorno límite de la personalidad, trastorno por estrés postraumático, consumo de sustancias, alteraciones en la imagen corporal como bulimia nerviosa, entre otros (Pereda et al., 2011; Unikel et al., 2011). Otras consecuencias emocionales son “baja autoestima, miedo al éxito, habilidades sociales inadecuadas, relaciones sociales e interpersonales problemáticas, confusión sexual y conductas sexualizadas” (Rodríguez, 2010, p. 93).

También, la víctima puede presentar conductas extremas, sobre todo en la práctica de la vida sexual sin protección, mantener relaciones conflictivas, involucrarse en actividades como la prostitución (Batres, 2013). El fenómeno de replicación transgeneracional suele presentarse en varones, quienes en la edad adulta repiten el abuso en un menor (Loredo, 2017; Mejía, 2005). Es importante no desconocer que las mujeres también abusan de los niños aunque en menor proporción y al igual que los hombres, es

probable que hayan experimentado algún tipo de maltrato en su infancia (Hornor & Zeno, 2018; Tsopelas, Tsetsou, Ntounas & Douzenis, 2012).

Los estudios sobre abuso sexual infantil, manifiestan su interés en la morbilidad, con relación a la salud física se menciona:

Lesión física del área genital externa, del ano, de genitales internos (útero); fistulas entre la vagina y el recto, principalmente. Estas lesiones pueden causar sangrado, infección local, cierto grado de disfunción vesical o anal; enfermedades de transmisión sexual que pueden ser bacterianas (sífilis, gonorrea), virales (virus del papiloma humano¹⁶, VIH) o micóticas (cándida); embarazo; en las adolescentes se observan trastornos menstruales diversos, dolor pélvico o crónico (Loredo, 2017, p. 31).

O peor aún, “lesiones graves que ponen en peligro la vida o que sean fatales, como la perforación de la vagina o del recto” (Mejía, 2005, p. 93). La literatura expresa que conforme la víctima sea más pequeña, el daño es más severo, ya que el evento puede causar el estallido rectal y consecuentemente, la muerte del menor (Rodríguez, 2010).

El embarazo adolescente¹⁷ es un tema de suma importancia, en este trabajo no es el eje central, sin embargo, ante el aumento de los mismos y como puede considerarse un indicador¹⁸ de abuso sexual infantil, es crucial su atención. La Organización Mundial de la Salud, declara el embarazo adolescente como un problema de salud pública¹⁹ y reporta que

¹⁶ Las niñas y adolescentes son especialmente vulnerables, ya que la vacuna para el Virus del Papiloma Humano (VPH) se aplica a la edad de 9 años, y en varios casos, el abuso sexual ocurre antes de esta edad. De igual forma, en la edad adulta, las mujeres víctimas de abuso sexual tienden a distanciarse de los servicios de salud, lo que complica su atención médica, sobre todo si desarrollan cáncer cervical (Cao, Merjanian, Pierre & Balica, 2017).

¹⁷ También conocido como embarazo infantil, precoz, temprano, prematuro, no deseado o no planeado (Flores, Nava & Arenas, 2017).

¹⁸ Es importante aclarar que no es en todos los casos, ya que también puede ser resultado del inicio temprano de la sexualidad consensuado sin protección (Loredo et al., 2017). Abarca edades tempranas como a los 11 años, pero el rango de inicio más común es de 13,5-16 años (Mendoza, Claros & Pañaranda, 2016).

¹⁹ Para la comprensión del embarazo adolescente como un problema de salud pública y los riesgos que conlleva, se sugiere consultar: Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2017d). *La*

a nivel mundial 1 millón de niñas menores de 15 años y 16 millones de mujeres adolescentes de 15 a 19 años se convierten en madres cada año, bajo esta estadística, se encuentra México como el país con mayor número de embarazos en esta población (OMS, 2018), lo que representa un desafío para el sistema de salud en términos de atención y servicios, aunado al riesgo de mortalidad materna e infantil durante el embarazo o al momento del parto, principalmente en las niñas menores de 15 años (Flores, Nava & Arenas, 2017; Lozano, 2014). Para lo cual, la OMS dicta que además del riesgo que existe en un embarazo a temprana edad, se encuentra que:

Los embarazos ocurren mayoritariamente en comunidades de franca vulnerabilidad donde es latente la falta de cuidados o de acceso a los mismos o su elevado costo o su escasa calidad, lo cual resulta determinante ante el peligro de sufrir lesiones, hemorragias, infecciones, abortos peligrosos, eclampsia (hipertensión grave con convulsiones), o complicaciones derivadas de enfermedades preexistentes que durante el embarazo se agravan y pueden desencadenar la mortalidad materna e infantil (INEGI, 2014, p. 7).

Como lo menciona la cita anterior, también se encuentra presente el riesgo de aborto, la mayoría de ellos, suele practicarse bajo irregularidades que de igual forma comprometen la vida de la menor (González, 2019). La Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) realizada en 2009, reportó que de las adolescentes embarazadas de 15 a 19 años, el 9.2% de los mismos durante 2004 y 2009, desencadenó en un aborto (INEGI, 2011).

En 2015 se presentó en México la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA), la cual mantiene como meta principal lograr que

anticoncepción: implicaciones en el embarazo adolescente, fecundidad y salud reproductiva en México: Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. México: INEGI. Específicamente el Capítulo 2. Fecundidad y embarazo adolescente.

para 2030: “se reduzca a la mitad la actual tasa de fecundidad entre las adolescentes mexicanas de 15 a 19 años de edad, y erradicar el embarazo en niñas menores de 15 años” (CONAPO, 2016, p. 3). De acuerdo a la ENAPEA en 2016, el 42.1% de los nacimientos fueron de niñas y adolescentes de 10 a 17 años de edad (Secretaría de Salud, 2018), situación que evidencia la no planificación del mismo, mucho menos consensuado, sobre todo para las más pequeñas, dado que es una edad aun infantil. En este sentido, la literatura refieren a la pobreza, la violencia, la unión temprana o el matrimonio infantil²⁰, el inicio temprano de la sexualidad, la desigualdad de género, y por supuesto, el abuso sexual infantil, entre otras, como una serie de causas que conllevan al embarazo a temprana edad (Flores, Nava & Arenas, 2017; UNICEF, 2013). Por supuesto, otra vía de explicación para los embarazos adolescentes se encuentra en los factores biológicos (niveles hormonales, maduración sexual temprana) (Ghose & Lopamudra, 2017; Loredó et al. 2017).

Un estudio realizado por Schiavon reportó que el embarazo en niñas y adolescentes implica mayor número de muertes en este grupo etario que por aborto en el mismo rango de edad. De 1990 a 2016 el número de muertes maternas en menores de 14 años fue de 180, mientras que para las mujeres adolescentes de 15 a 19 años fue de 4038 muertes; con relación a las muertes por aborto, se registraron 13 y 305 respectivamente. Para ese periodo, las entidades que reportaron mayor letalidad fueron Chiapas, Chihuahua, Guerrero, Puebla y Veracruz (González, 2019).

Por otro lado, entre los temas revisados y presentados en la Encuesta Demográfica Retrospectiva (EDER) 2017, las entidades que reportaron a las mujeres que a partir de los 10 años de edad y hasta los 20 años tuvieron a su primer hijo entre 1988 y 1997 fueron Guerrero (40.1%), Coahuila (40%), Estado de México (35.3%) y Chiapas (34.2%) (INEGI, 2017c).

Las entidades que reportan mayor número de embarazo en menores de 14 años son: Coahuila, Chiapas y Guerrero, mientras que el Estado de México, la Ciudad de México y

²⁰ En México, el matrimonio infantil es una práctica que agrava la vida de las menores, al ser quienes se unen a hombres mucho mayores que ellas sin la madurez adecuada para decidir por ellas mismas, el desenlace de ese matrimonio involucra el embarazo prematuro, pobreza y por supuesto, violencia en cualquiera de sus expresiones. Los estados que aún no prohíben el matrimonio infantil son: Sonora, Nuevo León, Chihuahua, Baja California, Querétaro, Guanajuato y Chiapas (Flores, 2018; ONU, 2017; Save the Children, 2017).

Querétaro, son las entidades con mayor número de embarazo en la población de 15 a 19 años (Ortiz, 2018).

Existen algunos indicadores que permiten relacionar el embarazo prematuro como resultado de un abuso sexual, en principio la edad, sobre todo en las menores de 10 a 14 años, que la menor rechace el embarazo por ser resultado de un evento traumático, una vez que el bebé ha nacido, es probable que reciba un trato hostil y que no se logre establecer un vínculo emocional y de cuidado, por supuesto, que la menor por miedo o amenaza oculte al progenitor, entre otras. Es preciso que si hay una menor en esta situación, se le atienda bajo procedimientos médicos y legales que acompañen a la víctima y a su familia. La prevención del embarazo temprano es una labor conjunta con instancias de salud y educativas que permitan evitar afrontar situaciones fuera de la edad de las menores, con el fin de proteger sus derechos: educación, salud y protección (UNICEF, 2018a).

Con base en lo anterior, para algunas niñas y mujeres adolescentes se encuentra presente el riesgo de enfrentarse a la maternidad a una edad en la que no se concibe ejercer ese rol, en la mayoría de las ocasiones, este evento trunca, afecta, modifica y altera sus proyectos de vida, su aprendizaje educativo y con ello sus oportunidades a futuro, las consecuencias directas se expresan en la deserción escolar y por consiguiente, su incursión laboral que suele ser mal remunerada (Loredo, Vargas, Casas, González & Gutiérrez, 2017; Onostre, 2000). Por consiguiente, emocionalmente conlleva una carga que pesa sobre ellas, como baja autoestima, trastorno de estrés postraumático, depresión severa antes y después del parto; a esto se suma, la pobreza o la violencia al interior del hogar, entre otras situaciones que rodean a la menor (Ghose & Lopamudra, 2017).

Si no se interrumpe bajo los lineamientos médicos y legales correspondientes, la menor deberá ser madre de un bebé no deseado/planeado/aceptado, y el pronóstico para ellos se vuelve desalentador, bajo la posibilidad de sufrir algún tipo de maltrato (abuso físico, sexual, psicológico y negligencia). La familia es una importante red de apoyo, que no en todos los casos responde positivamente ante la noticia, pero si la menor cuenta con ella, podrán hacer frente a un evento tan fuerte, es posible que los padres se culpen a ellos

mismos o a terceros, por lo que la atención también debe enfocarse a la familia (Loredo et al., 2017; Onostre, 2000).

Por otro lado, las víctimas de abuso sexual que en la edad adulta ejercen la maternidad, enfrentan dificultades para establecer una relación de cuidado (sobreprometerlo o descuidarlo). Una situación preocupante es que los hijos de mujeres víctimas de abuso sexual infantil, presentan más probabilidad de experimentar el abuso (Erro, 2017). En un estudio realizado con 89 mujeres adultas, 39 mencionaron haber sido víctimas de abuso sexual en su infancia, el agresor principal fue un hombre y se ubicaba en el ámbito cercano. Se reportó a 44 niños abusados sexualmente, 27 de ellos hijos de mujeres abusadas en su infancia y 17 de ellos hijos de mujeres no víctimas de abuso sexual. De los 44 niños, el 75% eran niñas y 15.5% niños, el agresor también era en su mayoría una figura masculina perteneciente al ámbito familiar (31.8% padre biológico) (Maida et al., 2005).

El ser víctima de abuso sexual lesiona en las niñas y mujeres adolescentes su desarrollo físico y mental, irrumpe su sexualidad y limita las habilidades de defensa ante cualquier peligro o amenaza que atente contra su seguridad en algún momento de su vida, dado que ocurre en una etapa de la vida en la que se encuentran experimentando cambios propios de la edad (Batres, 2013).

Con base en lo anterior, es importante romper con la cultura del silencio que rodea esta problemática, aun si el abuso ocurre al interior de la familia es indiscutible proceder con la denuncia para evitar en la medida de lo posible, las consecuencias antes mencionadas. Asimismo, desde el quehacer médico es fundamental que profesionales en el área (médicos pediatras, psicólogos, enfermeras, trabajadoras sociales y abogados) se encuentren preparados para diagnosticar y atender esta problemática en una población tan vulnerable, y por tanto, proceder a su denuncia y tratamiento (Loredo, 2017; Loredo et al., 2013; Loredo et al., 2016).

La infancia y la adolescencia son un periodo de vulnerabilidad que define en muchas de las veces, las condiciones que a futuro enfrentarán, su desarrollo en las esferas emocional, cognitivo y físico será resultado de esas experiencias, de ahí que resulte

importante proveerles “un ambiente seguro, salubre, protector y estimulante” (Berenzon & Vargas, 2012, p. 15).

En el siguiente capítulo se aborda el surgimiento de la Carga Global de la Enfermedad, en qué consiste su métrica y aportación a los estudios relacionados con la salud.

III. La Carga Global de la Enfermedad: AVISA, APMP, AVD

La Carga Global de la Enfermedad (Global Burden of Disease, GBD por sus siglas en inglés) se define como:

Una métrica que combina los daños letales prematuros que ocasionan los problemas de salud con sus consecuencias en términos de discapacidad, de manera que hacen posible identificar aquellos problemas de salud que sin ser causas de muerte son causa de importante morbilidad, comorbilidad y discapacidades (Gómez et al., 2011, p. 73).

Se le nombra “la carga” que en inglés es “the burden”, y se traduce como “carga, lastre o peso”, de ahí que se explique como “la carga” que para los sistemas de salud implican las enfermedades, lesiones y factores de riesgo (Lozano, 2015). Es indispensable resaltar que el IHME se coordina con una red de colaboradores especialistas en diversas áreas, cada uno desde su experiencia aporta de manera significativa (IHME, 2018). Uno de los objetivos fundamentales del estudio “ha sido promover la toma de conciencia acerca de la magnitud, costo-efectividad de la prevención, y costo-efectividad de la rehabilitación, de los eventos no fatales (esencialmente discapacidades)” (Seuc et al., 2000, p. 97).

Por lo tanto, una importante contribución de la Carga Global de la Enfermedad, es que el diseño permite generar un diagnóstico de salud actual, ya que su periodicidad comprende desde 1990 hasta 2017²¹, el cual es clave para que los formuladores de políticas públicas en salud y salud mental pública enfoquen las prioridades en el área, tal es el caso de países como el Reino Unido, China, Indonesia, India, Brasil y entre ellos, México,

²¹ Los datos se van actualizando conforme nuevos resultados integren la base de datos.

quienes se encuentran colaborando con más de 3000 investigadores de más de 130 países con la intención de estimar la carga de la enfermedad de su población (IHME, 2018).

La Carga Global de la Enfermedad²² tiene sus antecedentes en el año 1990, cuando el Banco Mundial solicitó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) su colaboración para elaborar un estudio sobre la Carga Global de la Enfermedad, el cual fue presentado más tarde como Informe sobre Desarrollo Mundial 1993: invertir en salud (IHME, s/f). La OMS tuvo una amplia participación sobre todo en la carga global de la mortalidad, ya que para entonces se registraron muertes por enfermedades que pudieron evitarse o curarse tanto en niños como en adultos. Por otro lado, el informe se basó en la relación entre las medidas llevadas a cabo en materia de políticas y los resultados respecto a las condiciones de salud, también resaltó la importancia de mantener un trabajo continuo en las inversiones para la mejora científica (Banco Mundial, 1993).

El estudio de la Carga Global de la Enfermedad es una herramienta científica creada bajo la dirección del Instituto de Métrica y Evaluación en Salud (Institute for Health Metrics and Evaluation, IHME por su siglas en inglés) de la Universidad de Washington, Seattle, E.U.A., que permite cuantificar los años de vida perdidos por enfermedades, lesiones y otros factores de riesgo, con el fin de que las instituciones de salud y los responsables de las tomas de decisiones, lleven a cabo acciones encaminadas al bienestar y mejora de la calidad de vida de su población, sin olvidar considerar el contexto en el que se presentan estas enfermedades. De esta manera, se podrán implementar acciones con resultados favorables; también muestra los cambios que se presentan con respecto al tiempo, la edad y el sexo en las diversas poblaciones que nos rodean, además de tener una amplitud global y regional, lo que hace más factible comparar los avances en materia de salud entre países. Tan sólo en 2013, se estimaron 323 enfermedades y lesiones y 67 factores de riesgo, todos ellos con relevante consecuencia para la salud (IHME, s/f).

Los estudios de la carga de la enfermedad organizan los problemas de salud en tres grupos, los cuales incluyen enfermedades perinatales, maternas, infecciosas y nutricionales

²² Previo al surgimiento de la Carga Global de la Enfermedad, durante los años 60 únicamente se medía el impacto de la mortalidad (causas principales), en ese entonces la discapacidad generada por las enfermedades no era considerada, a partir de este momento es cuando se dirige mayor atención a evaluar el impacto tanto de la mortalidad, como de la discapacidad (Alvis & Valenzuela, 2010; Gómez et al., 2011).

en el Grupo I; enfermedades no transmisibles en el Grupo II; y accidentes y lesiones²³ en el Grupo III. Cada grupo se divide en categorías, subcategorías y subgrupos (Alvis & Valenzuela, 2010).

El estudio de la carga de la enfermedad se basa en la métrica de los Años de Vida Saludables Perdidos por una enfermedad (AVISA) con el fin conocer los escenarios en materia de salud y se compone de la suma de los Años de Vida Perdidos por una Muerte Prematura (APMP) y los Años de Vida Asociados a Discapacidad (AVD) (Gómez et al., 2016). La carga de la enfermedad expresa el peso en términos de mortalidad y discapacidad, esta última es una condición que incapacita a las personas en sus cotidianidad, y por tanto, es un desafío para el sistema de salud y sus servicios médicos, ya que implican una demanda de los mismos (Lozano et al., 2013).

Los escenarios en materia de salud se configuran con el tiempo y son resultado de las condiciones de vida de cada país, actualmente las causas de discapacidad y muerte prematura se deben a enfermedades no transmisibles, como las enfermedades del corazón, y una de las más preocupantes, es la depresión mayor unipolar, la cual se prevé que para 2020, es decir, en un futuro cercano, se ubique como segunda causa de enfermedad (Borges, Medina & López, 2004). Es necesario que los gobiernos de cada país evalúen las condiciones de salud de su población, y de ser necesario aumenten los esfuerzos para disminuir la carga de la enfermedad (Alvis & Valenzuela, 2010).

La Carga de la Enfermedad en México

Cabe resaltar el esfuerzo que México y América Latina han realizado sobre la carga de la enfermedad, los cuales, los han posicionado fuertemente a nivel mundial por el uso y aplicación de estos métodos, dicha contribución es de interés para los sistemas de salud, dado que las enfermedades aumentan la demanda del servicio, entre otras implicaciones de vivir enfermo (Lozano et al., 2013). Es preciso ubicar la enfermedad y el momento en el que se presentan, pero también conocer cómo repercuten en la vida diaria tanto de la persona que la padece como a nivel familiar, ya que la familia es una red de apoyo muy

²³ Se sugiere consultar el siguiente documento donde se presenta la clasificación de las lesiones: Gómez-Dantés, H., Montero, P.A., Ríos, M.J., Razo, C., Hidalgo, E., Gómez, Cahuana, L., Campuzano, J.C., Lozano, R. (2017). *La Carga de las lesiones en México 1990-2015*. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública.

importante, y por ende, el peso de la enfermedad también recae en ella (Lozano et al., 2014).

En el caso de nuestro país, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) y el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) realizaron el estudio La carga de la enfermedad en México 1990-2010, nuevos resultados y desafíos, el cual tuvo la intención de generar un diagnóstico referente a la salud de la población mexicana, es decir, identificó la evolución de ciertas enfermedades, lesiones y factores de daño a la misma, por sexo, grupos de edad²⁴, ubicación geográfica y por periodos de tiempo, todo ello con la finalidad de presentar un análisis oportuno para determinar la mortalidad y las implicaciones de vivir enfermo o con alguna discapacidad (Lozano et al., 2014).

La base del documento versa sobre no solo conocer la causa de muerte y las condiciones a su alrededor, sino conocer el momento en que ocurre y cómo se vivió el proceso de enfermedad para el individuo que la padece y para su familia. La aportación del estudio es que además de la metodología cuantitativa, rescata el enfoque cualitativo mediante la opinión de los usuarios sobre los servicios médicos y sobre el impacto que implican las enfermedades a nivel familiar y personal. Estas condiciones de salud representan a la realidad social actual y permiten vislumbrar los retos a futuro, entre ellos, el desarrollo de políticas públicas, lo cual, impulsa a las instancias de salud y salud mental pública a abordar situaciones de esta índole en su población, y de esta manera prevenir enfermedades mediante mecanismos de acción y tratamiento que respondan a las exigencias del malestar (Lozano et al., 2014).

La información que expresa el panorama de salud en este diagnóstico, proviene de bases de datos de hospitales, de encuestas de salud y nutrición, de las bases de datos del INEGI, de estadísticas vitales, entre otras, lo cual enriquece su aportación al diagnóstico sobre el estado de salud de la población (Gómez et al., 2016).

El estudio obtuvo perfiles de distintos daños que han disminuido para ambos sexos, mientras que algunos han ido en aumento, lo cual se convierte en un desafío inmediato para

²⁴ Los grupos de edad que aborda el estudio son los siguientes: 0-4 años, 5-9 años, 10-19 años, 15-24 años, 25-49 años, 50-69 años y 70 años y más (Lozano et al., 2014).

los servicios de salud. Por ejemplo, dentro del diagnóstico sobresalen cuatro preocupaciones: como causa de muerte prematura y discapacidad se encuentra la enfermedad renal crónica en edades de inicio tempranas; como causa de muerte prematura se encuentran los accidentes de tráfico, suicidios y homicidios en ambos sexos, en todos los grupos de edad y en todo el país; como causa de discapacidad se ubican las enfermedades mentales durante la adolescencia y posterior a la vida adulta; y por último, las anomalías congénitas cobran relevancia (Lozano et al., 2014).

Estas escalas permiten estudiar la carga de la enfermedad al examinar una serie de enfermedades, lesiones y factores de daño que pueden provocar muerte prematura. Para 2010, México presentó la pérdida de 16.2 millones de años por esta causa, de igual forma, al identificar ciertos grados de discapacidad es posible detectar la manera en que afecta a la vida diaria de la persona que la padece y la de su red familiar, debido a que es el principal apoyo emocional y económico ante una situación de ésta índole. Todas las enfermedades son importantes por el efecto que generan en la persona, pero hay algunas de ellas que son de mayor impacto y es precisamente que estos estudios contribuyen a priorizar las acciones enfocadas a la prevención y tratamiento que permitan disminuir estas causantes (Lozano et al., 2014).

Entre los factores de riesgo que propician la mortalidad, se encuentra un listado de ellos, los cuales pueden ser:

conductuales (por ejemplo, consumo de tabaco, alcohol, drogas; inactividad física); dieta (deficiencias de micronutrientes, consumo elevado de grasas o de azúcares industrializados, etc.); metabólicos o fisiológicos (elevada glucosa en sangre, elevada presión arterial, elevado índice de masa corporal, baja concentración de hemoglobina, etc.); ambientales (utilización de combustibles sólidos, exposición a plomo o partículas suspendidas, etc.); agua y saneamiento (porcentaje de dotación de agua potable y drenaje

dentro de las viviendas); ocupacionales; abuso sexual, lesiones y violencia (Lozano et al., 2014, p. 24).

Respecto a las lesiones intencionales y accidentales, éstas tienen una fuerte presencia en todos los grupos de edad, por sexo y en las distintas áreas geográficas del país, que dan como resultado diversos daños, por ejemplo, en 2010, perder la vida por estas lesiones, representó 92% en la región norte, a diferencia que en el sur, lo que deja ver las disparidades del contexto de una y otra zona. Lo anterior conlleva a generar acciones de atención que estén encaminadas a las necesidades del contexto, precisamente porque ciertas enfermedades y daños son resultado de las condiciones de vida del entorno (Lozano et al., 2014).

Otra diferencia, es aquella entre los grupos de edad con relación a estas lesiones y las regiones, para los niños menores de 5 años que viven en el norte, los homicidios se enlistan en las diez primeras causas de muerte y para la zona sur, la leucemia presenta mayor frecuencia. Para la región norte, centro y sur, la desnutrición proteínico-calórica se hace notoria en este grupo de edad como causa de APMP (Lozano et al., 2014).

En el grupo de los adolescentes, las lesiones intencionales y accidentales se presentan en todo el país, pero con mayor prevalencia en el norte que en la zona centro y sur, nuevamente, cada región tiene condiciones de vida diferentes que propician causas de muerte distintas. Para los hombres de este grupo, los APMP se deben al consumo de alcohol con 3% del total de AVISA, al consumo de drogas con 0.3%, a la baja deficiencia de hierro con 0.6%, y al abuso sexual infantil²⁵ con 0.1%. Mientras que para las mujeres las causas son por consumo de alcohol con 2% del total, consumo de drogas con 0.4% y por deficiencia de hierro con 0.8%. En cuanto a discapacidad, los adolescentes contribuyen con 28% del total de los AVD relacionados a enfermedades de salud mental, entre las que

²⁵ Un estudio realizado para estimar la carga de la enfermedad a nivel mundial con relación a los factores de riesgo y grupos de factores de riesgo para muerte prematura reportó entre ellos, que el abuso sexual infantil en 2010 presentó 37429 muertes para hombres, mientras que para las mujeres hubo 27009 muertes. Como AVISA atribuidos al abuso sexual infantil en el mismo año, reportó para hombres 3588 AVISA, mientras que para mujeres 4244 AVISA (Lim et al., 2012). Otro estudio reporta con relación a los AVISA y los factores de riesgo, que para los hombres se encuentran el alcohol, tabaco y consumo de drogas, a diferencia de las mujeres, quienes reportan alto IMC, desnutrición infantil y materna, abuso sexual y violencia (Forounzafar et al., 2015).

destacan la depresión, trastornos de conducta y ansiedad, consumo de alcohol y drogas y distimia (Lozano et al., 2014).

Por otro lado, los AVISA y los problemas de salud mental, mantienen una relación estrecha en cuando a “la carga” se refiere, ya que padecimientos como suicidio, trastorno obsesivo compulsivo, depresión mayor unipolar, desordenes bipolares, consumo de alcohol, esquizofrenia, entre otros, son en principio problemas de salud pública; además de originarse a edades tempranas, ser de larga duración, con alta prevalencia y cronicidad, las personas enfrentan barreras de acceso a tratamiento, lo que produce en ellas, discapacidad. Los estudios epidemiológicos en el área de salud mental, conllevan un gran reto, ya que la prevención puede alcanzarse en aquellos sujetos que están propensos al desarrollo del padecimiento, lo cual evitaría una severa carga de enfermedad (Berenzon & Vargas, 2012; Borges et al., 2004).

Un estudio sobre la carga de la enfermedad en 2010, estimó que en nuestro país la esperanza de vida saludable (sin discapacidad) para mujeres fue de 67.1 años y para los hombres 63.6 años, lo que expresa que la última etapa de vida es la que se vive con discapacidad, por lo tanto, es importante identificar las enfermedades que provocan esta condición de vida (Lozano et al., 2013).

Nuevamente se reafirma considerar el contexto en el que las personas se desarrollan, desde el nacimiento hasta la vejez²⁶, ya que las condiciones de vida son en parte, resultado de los esfuerzos en cuanto a políticas y programas sociales y de salud se refiere (OMS, 2008).

Planteamiento del problema

Actualmente la sociedad mexicana atraviesa por diversos actos de violencia social multicausales, entre los que se encuentran secuestros, extorsiones, robos, homicidios, feminicidios, solo por mencionar algunos, mismos que responden al contexto político, económico y social del país, esta situación perjudica de manera sustancial la seguridad,

²⁶ De acuerdo al INEGI, la esperanza de vida para 2016 en población mexicana es de 75.2 años, para las mujeres se estiman 78 años, mientras que para los hombres, la esperanza de vida es menor con 73 años (INEGI, 2017b).

bienestar y salud de su población en general. Por el impacto físico y emocional al que se encuentra expuesta la sociedad, ésta enfrenta periodos de discapacidad con distinta duración que afectan su vida diaria (ámbito personal, escolar, recreativo y laboral), y en términos mayores, la violencia figura como una causa importante de muerte prematura.

Sin embargo, específicamente para la población infantil y adolescente, una manifestación de la violencia sexual que se expresa a través del maltrato infantil, es el abuso sexual infantil, como se explicó anteriormente, afecta el bienestar físico (lesión en el área genital, enfermedades de transmisión sexual, embarazo, etc.) y mental (ansiedad, depresión, consumo de sustancias, etc.) del menor expuesto a estos actos, es vital señalar que este abuso ocurre principalmente en el hogar y es cometido por familiares. No sólo perjudica en el momento en que ocurre dicho evento, sino a lo largo de su trayectoria de vida y en las esferas más próximas de desarrollo personal como puede ser la dinámica al interior de la familia, en la escuela, el trabajo, en las relaciones de pareja o de amistades y a nivel social.

En algunos entornos, el abuso sexual infantil es un problema velado, por lo que dificulta su detección y atención, sin embargo, a pesar de no ser un tema nuevo, si es una problemática de interés actual que se ha mantenido en la agenda política, es por ello que distintas organizaciones nacionales e internacionales han dirigido su atención a la detección, prevención y tratamiento oportuno de esta constante que afecta la integridad de la víctima, con la finalidad última de restablecer el curso de su vida, ya que al lograrlo, la persona se podrá desenvolver en un ambiente que le brindará las herramientas necesarias para hacer frente a cualquier situación adversa.

La importancia de estudiar el tema del abuso sexual infantil surge del nivel de alarma de estudios previos que presentan datos oficiales de diversas expresiones y consecuencias a la salud física y mental debidas al maltrato infantil en las y los menores, sobre todo porque una de las formas básicas más perjudiciales de ese maltrato es el abuso sexual infantil, mismo que figura como una causa de muerte prematura, sobre todo para las víctimas más pequeñas, además de las consecuencias antes señaladas, por lo que se traduce como una carga de la enfermedad por abuso sexual infantil.

El abuso sexual infantil puede ser evitado si se logra alcanzar un cambio a nivel individual, familiar y social sobre la protección, cuidado y respeto a las y los menores, es decir, reeducarnos como sociedad sobre las implicaciones que conlleva el abuso, ya que es inaceptable cualquier acto de violencia/maltrato, no sólo para este grupo etario, sino para cualquier otra persona. Se considera elemental retomar espacios de convivencia positivos desde el hogar, la escuela y a nivel social para no perjudicar la salud mental de las y los menores, solo así podrán alcanzar el pleno goce del derecho a una vida libre de violencia.

La magnitud del problema del abuso sexual infantil tiene alcance mundial y presenta graves consecuencias para la víctima que pueden resultar tanto en muerte prematura como daño a la salud mental, es por ello que el proyecto de investigación se llevó a cabo con base en la información contenida respecto al abuso sexual en niñas, niños y adolescentes mexicanos en el periodo 2010 y 2017 en la base de datos de la Carga de la Enfermedad del Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) y del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP).

El tema tiene amplia relevancia social por las implicaciones a la población infantil y adolescente, por lo que, al analizar la información de la base de datos se logró proyectar cuál es la situación actual, sobre esa línea, se propusieron algunas medidas viables para salvaguardar la vida de una población en determinado estado de vulnerabilidad como son las niñas, niños y adolescentes con la finalidad de mejorar sus condiciones de vida, enfocadas a garantizar su bienestar en los distintos ámbitos en los que se desenvuelven. Se apoyó de otras fuentes de información (encuestas, estudios, notas periodísticas) que respaldaron el diagnóstico del estado de salud pública en nuestro país.

La información que derivó del análisis de los datos de esta base servirá como herramienta para el desarrollo de políticas públicas en salud y salud mental pública encaminadas a generar acciones en beneficio de la población. Es importante dar cuenta sobre las innumerables razones por las que uno muere, pero mayor es, la importancia de estudiarlas para generar mecanismos de operación en beneficio individual y social.

Pregunta de investigación

¿Cuál es la carga del abuso sexual en la salud de niñas, niños y adolescentes mexicanos?

Justificación

El abuso sexual infantil es un problema mundial que repercute a población infantil y adolescente sin importar la clase social, edad o género. Es un tema con severas repercusiones para esta población a corto, mediano y largo plazo, por lo cual, requiere ser atendido oportunamente. Se estimó la carga de la enfermedad por abuso sexual infantil, con la finalidad de generar un diagnóstico a nivel nacional en población mexicana, sin olvidar que implica un elevado índice de mortalidad y discapacidad.

Los registros sobre abuso sexual han permitido visibilizar históricamente su evolución e incremento, por lo que es un problema que requiere de atención oportuna de políticas públicas en salud y salud mental pública, instancias gubernamentales de salud y legales, padres de familia, cuidadores primarios, familiares, escuela, iglesia y sociedad para salvaguardar la vida de esta población, ya que no solo repercute a la víctima, sino sus alcances también se dirigen a la familia y a la sociedad. El abuso sexual infantil suele presentarse en edades tempranas, por ello es indiscutible dirigir los esfuerzos a la prevención de este acto, y de ser necesario, brindar ayuda terapéutica para tratar problemas de psicopatologías.

Entre los problemas de salud que ocasiona el abuso sexual infantil a largo plazo, se encuentran la depresión, ansiedad, consumo de alcohol y drogas, intento e ideación suicida, infecciones de transmisión sexual, embarazo adolescente, solo por mencionar algunos, precisamente estas condiciones son una limitante para el pleno desarrollo de su vida, lo que restringe su incursión en espacios de socialización y aprendizaje.

Estudios de este tipo, se dirigen al beneficio de la población de niñas, niños y adolescentes de ambos sexos, ya que aporta una nueva forma de medir el estado de salud, es decir, a través de los Años de Vida Saludables Perdidos (AVISA), los Años de Vida Perdidos por Muerte Prematura (APMP) y los Años de Vida Asociados a Discapacidad (AVD).

Objetivo general

Describir y analizar la Carga de la Enfermedad por abuso sexual en la salud de niñas, niños y adolescentes mexicanos.

Objetivo específico

Describir y analizar los indicadores de la Carga de la Enfermedad por abuso sexual infantil a nivel mundial en comparación con México.

Identificar, describir y analizar los indicadores de la Carga de la Enfermedad en México debidos al abuso sexual, por sexo, por edad y por región²⁷ (norcentral, noroccidental, nororiental, occidental, centro, Ciudad de México, centro sur, sur).

Hipótesis general

El abuso sexual en población infantil y adolescente es una causa de Años de Vida Saludables Perdidos (AVISA).

Hipótesis específica

Las mujeres presentarán mayor pérdida de años de vida saludables por abuso sexual que los hombres.

IV. Método

Se realizó un estudio de análisis secundario de la información que contiene la base de datos de la Carga de la Enfermedad en México durante el periodo 2010 y 2017, en población infantil y adolescente²⁸, víctimas de abuso sexual por edad (el análisis comprende dos grupos de edad: menores de 5 años y de 5-14 años de edad), sexo y región y su relación con la carga de la enfermedad, lo cual permitió presentar un panorama epidemiológico de esta problemática. Para su análisis, se retomó²⁹ el marco conceptual y

²⁷ Para facilitar la comparación, se consideró oportuno reportar por regiones como se hace en encuestas como la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA).

²⁸ De acuerdo a la UNICEF, la infancia comprende de 0 a 11 años, (primera infancia de 0 a 5 años y segunda infancia 6 a 11 años), mientras que la OMS determina que la adolescencia abarca de los 10 a 19 años, (adolescencia temprana de 10-14 años y adolescencia tardía de 15 a 19 años) (OMS, s/f a; UNICEF, s/f).

²⁹ El marco conceptual y metodológico se recuperó del siguiente documento que explica paso a paso su elaboración, de mi aparte únicamente reporto lo hecho por los autores: Vos, T., Alemu, A., Abbafati, C., Abbas, K., Hassen, K., Abd-Allah, F., Abdulle A.,... Abuka, T., (2017). Supplementary appendix 1. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for

metodológico creado por el Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) de la Universidad de Washington, Seattle, E.U.A. Además de hacer una comparación a nivel mundial (países desarrollados y países de América Latina) por la carga del abuso sexual infantil que representa para sus poblaciones.

A continuación se presentan las métricas que utilizó el estudio, las cuales permitieron reportar la Carga de la Enfermedad por abuso sexual en población infantil y adolescente.

Años de Vida Saludables Perdidos

Los Años de Vida Saludables Perdidos³⁰ AVISA (Disability Adjusted Life Years, DALYS, por sus siglas en inglés) es un indicador imprescindible que contribuye al diagnóstico de la carga de la enfermedad, se calcula sumando la estimación de los Años de Vida Perdidos por Muerte Prematura (APMP) y los Años de Vida Asociados a Discapacidad (AVD), la duración y severidad de la discapacidad se da en función de la discapacidad. Un AVISA representa la pérdida de un año de vida saludable al 100% (Gómez et al., 2017). Metodológicamente, se requiere ponderar los años vividos a cada edad para calcular los AVISA, ya que “en los años centrales de la vida, las personas no solo sostienen económicamente a los más jóvenes y ancianos, sino que realizan una serie de funciones sociales que repercuten favorablemente en la salud de los individuos de otras edades” (Alvis & Valenzuela, 2010, p. 85).

Años de Vida Perdidos por Muerte Prematura

Los Años de Vida Perdidos por Muerte Prematura³¹ APMP (Years of Life Lost, YLL por sus siglas en inglés) “se obtienen al multiplicar el número de muertes para cada grupo de edad por la esperanza de vida estándar a esa edad, independientemente del sexo” (Lozano et al., 2014, p. 24). La esperanza de vida estándar es de 86.0 años, “se obtiene de aplicar la menor mortalidad por edad y sexo observada en el mundo, con lo cual se pretende representar el patrón de mortalidad al que se puede aspirar en todos los lugares del mundo”

195 countries, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*, 390, 1-900.

³⁰ También conocidos como Años de Vida Ajustados por la Discapacidad (AVAD).

³¹ También conocidos como Años de Vida Perdidos AVP.

(Lozano et al., 2013, p. 582). Es decir, esta escala depende de las tasas de muerte y de los años de vida que se pierden por cada muerte a cierta edad (Seuc et al., 2000).

Años de Vida Asociados a Discapacidad

Los Años de Vida asociados a Discapacidad AVD (Years Lost due to Disability, YLD, por sus siglas en inglés) resultan de la “sumatoria de las prevalencias de cada una de las secuelas vinculadas a una enfermedad multiplicada por la ponderación de la discapacidad” (Lozano et al., 2014, p. 24). Los AVD, al igual que los AVISA, se consideran una pérdida porque se ponderan con la severidad de la discapacidad, “0 representa una discapacidad equivalente a salud perfecta, y 1 representa una discapacidad equivalente a la muerte” (Seuc et al., 2000, p. 94).

Regionalización

Para conocer la situación a nivel nacional, se exploró cada entidad federativa de la República Mexicana, a continuación se enlistan las ocho regiones y los estados que las comprenden: 1. Región norcentral (3 entidades): Coahuila de Zaragoza, Chihuahua y Durango, 2. Región Noroccidental (4 entidades): Baja California, Baja California Sur, Sinaloa y Sonora, 3. Región Nororiental (3 entidades): Nuevo León, Tamaulipas y San Luis Potosí, 4. Región Occidental (5 entidades): Zacatecas, Aguascalientes, Jalisco, Colima y Nayarit, 5. Región Centro (7 entidades): Tlaxcala, Morelos, Estado de México, Puebla, Querétaro, Hidalgo y Guanajuato, 6. Región Ciudad de México (1 entidad): Ciudad de México, 7. Región Centro Sur (4 entidades): Oaxaca, Veracruz, Michoacán y Guerrero, y 8. Región Sur (5 entidades): Quintana Roo, Campeche, Yucatán Chiapas y Tabasco (INPRFM, INSP, SSA, 2012).

Violencia sexual

De acuerdo al apéndice consultado de la Carga de la Enfermedad, la violencia sexual³² se define como “cualquier agresión sexual, incluye violencia sexual con penetración (violación) y violencia sexual sin penetración (otras formas no deseadas como

³² Es preciso aclarar que la definición de violencia sexual y abuso sexual infantil no difiere en riesgo. La Carga de la Enfermedad retoma la definición de acuerdo a la literatura universal.

ser tocado sexualmente” (Vos et al., 2017, p. 672). Se estimó la prevalencia anual de personas que experimentaron al menos un evento de esta índole durante el último año³³. De manera general, los datos provienen de encuestas demográficas y de salud, mismas que reportan que entre el 1% y el 10% de las personas han experimentado esta agresión en el último año. Los datos de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (United Nations Office on Drugs and Crime UNODC, por sus siglas en inglés), no fueron considerados, ya que sus datos son únicamente de reportes policíacos y la incidencia de violencia sexual es de apenas 0.05%. Al igual que la UNODC, los datos de la Oficina Federal de Investigaciones (Federal Bureau of Investigation FBI, por sus siglas en inglés) en Estados Unidos fueron excluidos por la baja estimación de su prevalencia. Otra fuente de información que se excluyó fue el Centro de Control y Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control CDC, por sus siglas en inglés) de Estados Unidos, ya que a pesar de incluir violencia sexual por edad y sexo, los informes reportaron únicamente las lesiones físicas ocasionadas por la agresión (Vos et al., 2017).

En cuanto a la búsqueda de datos, el apéndice explica que se realizó a través del Global Health Data Exchange (GHDx), el cual es un catálogo de encuestas, censos y estadísticas vitales más completo a nivel mundial referente a salud. Con relación a la violencia sexual, se identificaron 33 encuestas con preguntas clave y 107 encuestas que indagaron sobre violencia de pareja. Se excluyeron aquellas fuentes que reportaron la prevalencia de toda la vida, ya que la definición antes mencionada puntualiza que la agresión haya sido cometida durante el último año (Vos et al., 2017).

La búsqueda también incluyó una revisión sistemática en el buscador PubMed, de 415 fuentes se excluyeron con base en el título y el resumen 314 fuentes, de las 101 fuentes restantes, 84 de ellas fueron muestras no representativas, es decir, de poblaciones de alto riesgo. Al final quedaron 17 fuentes, y de ellas únicamente 2 mencionaron la prevalencia del último año (Vos et al., 2017).

Para la estimación de violencia sexual durante el último año, se utilizó el modelo del DisMod MR 2.0, el cual “es una herramienta de meta-regresión epidemiológica descriptiva

³³ Se sugiere consultar: Anexo 3. Diagrama de flujo: Violencia sexual, recuperado del apéndice 1 del texto de Vos et al., 2017.

que utiliza el enfoque de modelado de sistemas integradores para producir estimaciones simultáneas de la incidencia, prevalencia, remisión y mortalidad de la enfermedad” (Vos et al., 2017, p. 659). Las suposiciones de esta herramienta son que como causa de mortalidad, la violencia sexual no presenta un elevado número y que no hay incidencia de 0-2 años y de 98-100 años (Vos et al., 2017).

Trastorno depresivo mayor

Como causa de discapacidad, el trastorno depresivo mayor, “es un trastorno del estado de ánimo que involucra la experiencia de uno o más episodios depresivos mayores” (Vos et al., 2017, p. 430). Se incluyeron los casos que cumplieron con los criterios establecidos con base en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV, por sus siglas en inglés), los códigos fueron: 296.21–24, 296.31–34 y también de acuerdo a la Clasificación Internacional de las Enfermedades (International Classification of Diseases ICD-10, por sus siglas en inglés) con los códigos: F32.0–9, F33.0–9. Para el DSM-IV, de los nueve criterios³⁴, al menos se debía cumplir con la presencia de cinco criterios y de éstos, al menos los primeros dos (Vos et al., 2017).

La búsqueda de la información descrita en el apéndice explica que se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura que incluyera la incidencia, prevalencia, duración y mortalidad del evento, se consultaron las siguientes fuentes de búsqueda: PsycInfo, Embase y PubMed. Los criterios de inclusión fueron los siguientes: a) que la publicación fuera de 1980 a la fecha, b) que los casos se basaran en los términos clínicos del DSM-IV y el ICD-10, c) que contara con la información necesaria sobre el método de estudio, así como de la muestra, y d) que las muestras fueran representativas de la población (Vos et al., 2017).

El modelaje epidemiológico también se realizó con el DisMod-MR 2.1, herramienta descriptiva de meta-regresión bayesiano que genera el cálculo de las estimaciones en un

³⁴ Son nueve los criterios para el diagnóstico de trastorno depresivo mayor: “1. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día; 2. Pérdida de interés en casi todas las actividades durante la mayor parte del día; 3. Cambio en la alimentación, apetito o peso; 4. Sueño excesivo o insomnio; 5. Actividad motora agitada o lenta; 6. Fatiga; 7. Sentirse inútil o inapropiadamente culpable; 8. Problemas para concentrarse; 9. Pensamientos repetidos sobre la muerte” (Vos et al., 2017, pp. 430-431).

solo ajuste, lo que permite realizar el análisis de la carga de la enfermedad en poblaciones regionales, nacionales y subnacionales. La descripción del peso de la discapacidad por el trastorno depresivo mayor se presenta en el anexo 4 (Vos et al., 2017).

Años de Vida Asociados a Discapacidad por violencia sexual

Para la estimación de esta escala, únicamente se consideraron los efectos psicológicos y físicos a corto plazo. Para su cálculo se utilizaron las denuncias realizadas en Estados Unidos en el año 2000, 2010 y 2012. Se consideraron los siguientes códigos de la ICD-10: para abuso sexual infantil el código 995.53; para abuso sexual en la edad adulta el código 995.83 y para violación el código E960.1. De igual forma, se tomaron en cuenta secuelas relacionadas con lesiones físicas y consecuencias de salud mental a corto plazo (Vos et al., 2017).

Con relación a las lesiones físicas, se buscaron códigos de la ICD-10 de las lesiones relacionadas con violencia sexual y la fecha en la que se solicitó el servicio médico, se clasificaron los códigos y se calculó la proporción de personas que refirieron la agresión. Para la estimación los AVD con relación a las lesiones físicas se multiplicaron las estimaciones del DisMod de la prevalencia anual de violencia sexual por estas proporciones y después se multiplicó por la duración a corto plazo (Vos et al., 2017).

En términos de ansiedad aguda y/o reacción al estrés se consideró una lista de 25 códigos³⁵, los cuales fueron asignados a las personas que manifestaron la agresión y como reacción a este evento traumático, que hayan presentado síntomas de ansiedad aguda y/o reacción al estrés³⁶. De 70, 670, 763 observaciones, 8, 331 fueron casos de violencia sexual. Para la estimación de la discapacidad por violencia sexual, se utilizó el promedio de los pesos de discapacidad para ansiedad y depresión leve. El peso de la discapacidad se presenta en términos de estrés mental y psicológico como producto de la probabilidad residual de ansiedad aguda y/o reacción al estrés (Vos et al., 2017).

³⁵ Se sugiere consultar: Anexo 5. Códigos del ICD-10 incluidos en la condición de "ansiedad aguda y/o reacción al estrés" como secuela de violencia sexual.

³⁶ Se sugiere consultar: Anexo 6. Estimaciones del riesgo de "ansiedad aguda y / o reacción al estrés" (*lage, sex*) entre las personas que experimentan violencia sexual durante un período de un año, específico para la edad y el sexo.

Tipo de estudio

El diseño de estudio que comprende esta investigación es un Estudio ecológico, el cual tiene como “unidad de análisis a un conjunto o conglomerado de individuos miembros de la población en estudio” (Hernández, Garrido & López, 2000, p. 151). Son estudios poco complejos, conllevan poco tiempo y son de bajo costo ya que se apoyan de estadísticas registradas previamente (Hernández, Garrido & López, 2000).

Para este caso, el tipo de clasificación es Estudio series de tiempo, en el cual “se comparan las variaciones temporales de los niveles de exposición con otra serie de tiempo que refleja los cambios en la frecuencia de la enfermedad en la población de una área geográfica” (Borja, 2000).

Variables

Tabla 1. Operacionalización de las variables				
Variable	Tipo de variable	Conceptualización	Operacionalización	Escala de medición
Edad	Variable antecedente	De acuerdo a la OMS, la edad se entiende como las “diferentes fases del ciclo de vida”, que van desde concepción a la primera infancia, la niñez, la adolescencia, la edad adulta y la vejez (OMS, s/f a).	Años cumplidos a la fecha del fallecimiento	Cuantitativa continua
Sexo	Variable antecedente	De acuerdo a la OMS, se entiende por sexo el estado biológico, es decir masculino y femenino (OMS, s/f d).	Hombre Mujer	Cualitativa dicotómica
Entidad federativa	Variable antecedente	En México, se denomina entidad federativa a cada uno de los 32 estados miembros del Estado federal (Valenzuela, 1997).	Estado Municipio	Cualitativa nominal
Violencia sexual	Variable independiente	“Se define violencia sexual como cualquier agresión sexual, incluye violencia sexual con penetración (violación) y violencia sexual sin penetración (otras formas no deseadas como ser tocado sexualmente” (Vos et al., 2017, p. 672).	Tasa % AVISA % APMP % AVD	Cuantitativa discreta
Años de vida saludables perdidos	Variable dependiente	“Los años de vida saludables perdidos o años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) equivalen a la suma de años de vida perdidos por muerte prematura (AMPM) y de los años vividos con discapacidad (AVD)” (Lozano, 2014, p. 5).	Tasa % APMP % AVD	Cuantitativa discreta
Años de vida perdidos por muerte prematura	Variable dependiente	“Se obtienen al multiplicar el número de muertes para cada grupo de edad por la esperanza de vida estándar a esa edad, independientemente del sexo” (Lozano et al., 2014, p. 24).	Tasa	Cuantitativa discreta
Años de vida asociados a discapacidad	Variable dependiente	Resultan de la “sumatoria de las prevalencias de cada una de las secuelas vinculadas a una enfermedad multiplicada por la ponderación de la discapacidad” (Lozano et al., 2014, p. 24).	Tasa	Cuantitativa discreta

Continuación...				
Variable	Tipo de variable	Conceptualización	Operacionalización	Escala de medición
Trastorno depresivo mayor	Variable dependiente	“Es un trastorno del estado de ánimo que involucra la experiencia de uno o más episodios depresivos mayores” (Vos et al., 2017, p. 430)	Tasa	Cuantitativa discreta

Fuentes de información

El listado de las fuentes de información que menciona la base de datos de la Carga de la Enfermedad para los resultados no fatales de salud en México con relación a la violencia interpersonal son las siguientes: 1) Encuesta de salud, bienestar y envejecimiento en América Latina y El Caribe 1999-2000; 2) Encuesta de familia en México 2002; 3) Encuesta de familia en México 2005-2006; 4) Encuesta de familia en México 2008-2013; 5) Ministerio de Salud 2000-2002; 6) Ministerio de Salud 2003-2007; 7) Ministerio de Salud 2008-2012; 8) Encuesta Nacional de Adicciones 2008; 9) Encuesta Nacional de Adicciones 2011; 10) Encuesta Nacional de Salud 1990-2000; 11) Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2005-2006; 12) Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2011-2012; 13) Encuesta multinacional sobre salud y respuestas al sistema de salud 2000-2001; 14) Encuesta Mundial de Salud 2002-2003; y 15) Estadísticas de Salud de la OCDE (GBD, 2016).

V. Resultados

Resultados a nivel mundial

En este apartado se exponen los principales indicadores de la Carga de la Enfermedad, es decir, Años de Vida Saludables Perdidos (AVISA), Años de Vida Perdidos por Muerte Prematura (APMP) y Años de Vida Asociados a Discapacidad (AVD) por abuso sexual infantil a escala mundial para hombres y mujeres (estandarizados por edad³⁷) para 2010 y 2017, con la intención de comparar el panorama epidemiológico, únicamente se destacan aquellos países desarrollados que contrastan con México. También se hace una breve comparación de México con países de América Latina, por último se presentan los resultados con relación a la depresión mayor por abuso sexual infantil.

El primer panorama epidemiológico a nivel mundial para 2010, expone que los países desarrollados son quienes más AVISA reportan, por ejemplo, Bielorrusia (89.47 AVISA x 100, 000), Rusia (88. 9 AVISA x 100, 000), Ucrania (85. 3 AVISA x 100, 000), Nueva Zelanda (73. 6 AVISA x 100, 000) y Estados Unidos (60. 17 AVISA x 100, 000). Cabe destacar que Groenlandia³⁸ fue el país que reportó más AVISA (103. 4 AVISA x 100, 000) para este periodo (figura 1).

Con relación a los países de América Latina, los cinco países con mayores tasas de AVISA son: Costa Rica (63. 25 AVISA x 100, 000), El Salvador (62. 37 AVISA x 100, 000), Guatemala (56. 39 AVISA x 100, 000), Bolivia (54. 71 AVISA x 100, 000) y Ecuador (50. 88 AVISA x 100, 000). Para el caso de México (25. 49 AVISA x 100, 000), se puede mencionar que se encuentra entre los países con tasas más o menos bajas con relación al abuso sexual infantil (figura 1).

Con respecto a 2010, en 2017 los cambios son un poco distintos, Estados Unidos (60. 29 AVISA x 100, 000) y Nueva Zelanda (76. 05 AVISA x 100, 000) registran un leve incremento, mientras que Groenlandia (96. 3 AVISA x 100, 000), Bielorrusia (82. 37

³⁷ Para estimar la carga de la enfermedad a nivel mundial, se estandarizó por edad todas las regiones, ya que así lo proporciona la base de datos.

³⁸ La población de este país es alrededor de 56 mil habitantes. UNICEF y Save the Children trabajan en conjunto para abordar la problemática del abuso sexual infantil ya que se ha reportado una alta tasa de suicidio, además del consumo de sustancias (Hernández, 2019).

AVISA x 100, 000), Ucrania (84. 85 AVISA x 100, 000) y Rusia (77. 88 AVISA x 100, 000) un leve descenso (figura 2).

Los resultados en el sur, muestran que El Salvador (61. 67 AVISA x 100, 000), Guatemala (48. 25 AVISA x 100, 000), Bolivia (49. 17 AVISA x 100, 000) y Ecuador (49. 34 AVISA x 100, 000) disminuyeron su tasa, caso contrario a Costa Rica (72. 32 AVISA x 100, 000). En comparación a 2010, México (26 AVISA x 100, 000) presentó un ligero incremento (figura 2).

Figura 1. Tasa de AVISA en ambos sexos (tasa estandarizada x 100, 000) por abuso sexual a nivel global, 2010.

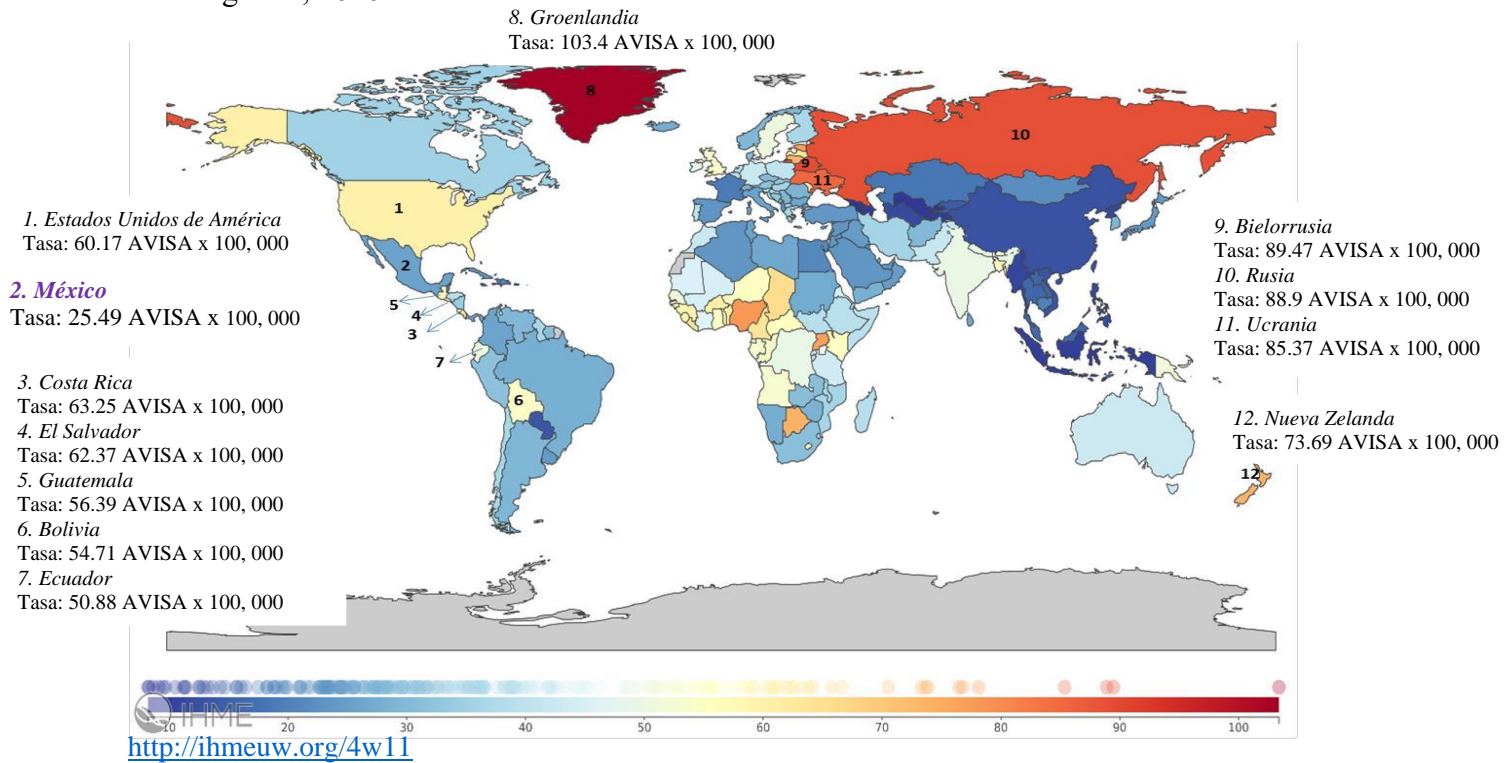
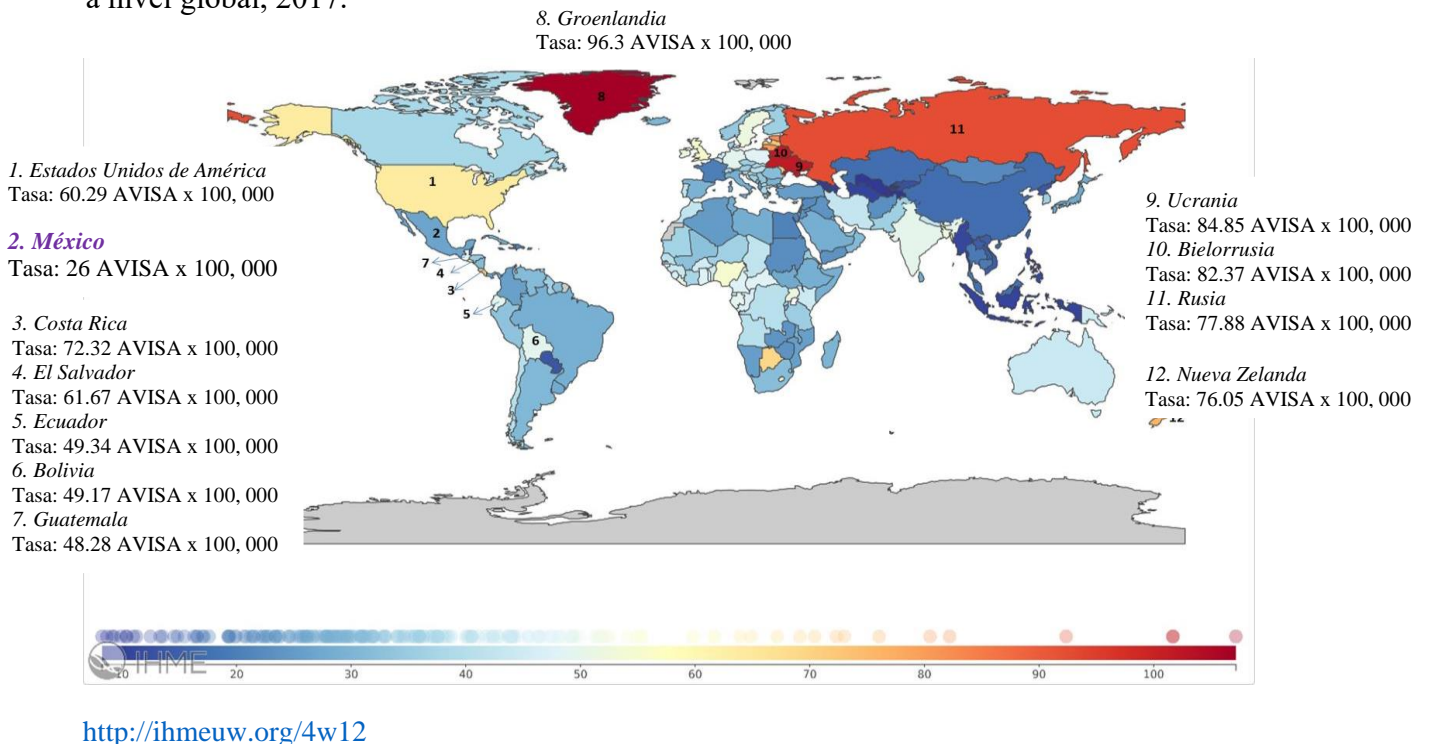


Figura 2. Tasa de AVISA en ambos sexos (tasa estandarizada x 100, 000) por abuso sexual a nivel global, 2017.



El segundo panorama epidemiológico respecto al abuso sexual infantil y los APMP para 2010 registran a Rusia (33. 76 APMP x 100, 000) y Bielorrusia (31. 41 APMP x 100, 000) como los países con mayores índices de mortalidad, continúan Groenlandia (25. 45 APMP x 100, 000) y Ucrania (23. 36 APMP x 100, 000). Por otro lado, Estados Unidos (5. 74 APMP x 100, 000) reporta una baja tasa en comparación con los países antes mencionados (figura 3).

En América Latina, El Salvador (30. 61 APMP x 100, 000) y Guatemala (25. 63 APMP x 100, 000) son los países que reportan mayores tasas de muerte prematura, seguidos por Nicaragua (11. 72 APMP x 100, 000) y Honduras (9. 33 APMP x 100, 000), el país que menos muerte prematura reporta es Colombia (0.46 AMPM x 100, 000). México (4. 27 APMP x 100, 000) reporta una tasa no tan alta como los países mencionados e incluso menor que la de Estados Unidos (figura 3).

Por otro lado, los resultados para 2017 exponen una leve disminución para Rusia (25. 42 APMP x 100, 000), Bielorrusia (25. 68 APMP x 100, 000) y Groenlandia (22. 5 APMP x 100, 000), mientras que Ucrania (25. 39 APMP x 100, 000) y Estados Unidos reportan un leve aumento (6. 6 APMP x 100, 000) (figura 4).

En América Latina, El Salvador (31. 13 APMP x 100, 000) y Honduras (9. 35 APMP x 100, 000) reportaron un ligero aumento, al contrario de Guatemala (24. 1 APMP x 100, 000) y Nicaragua (10. 94 APMP x 100, 000), nuevamente el país que reportó menos muerte prematura fue Colombia (0.43 APMP x 100, 000). México disminuyó ligeramente su tasa (4. 08 APMP x 100, 000) respecto al año en comparación (figura 4).

Figura 3. Tasa de APMP en ambos sexos (tasa estandarizada x 100, 000) por abuso sexual a nivel global, 2010.

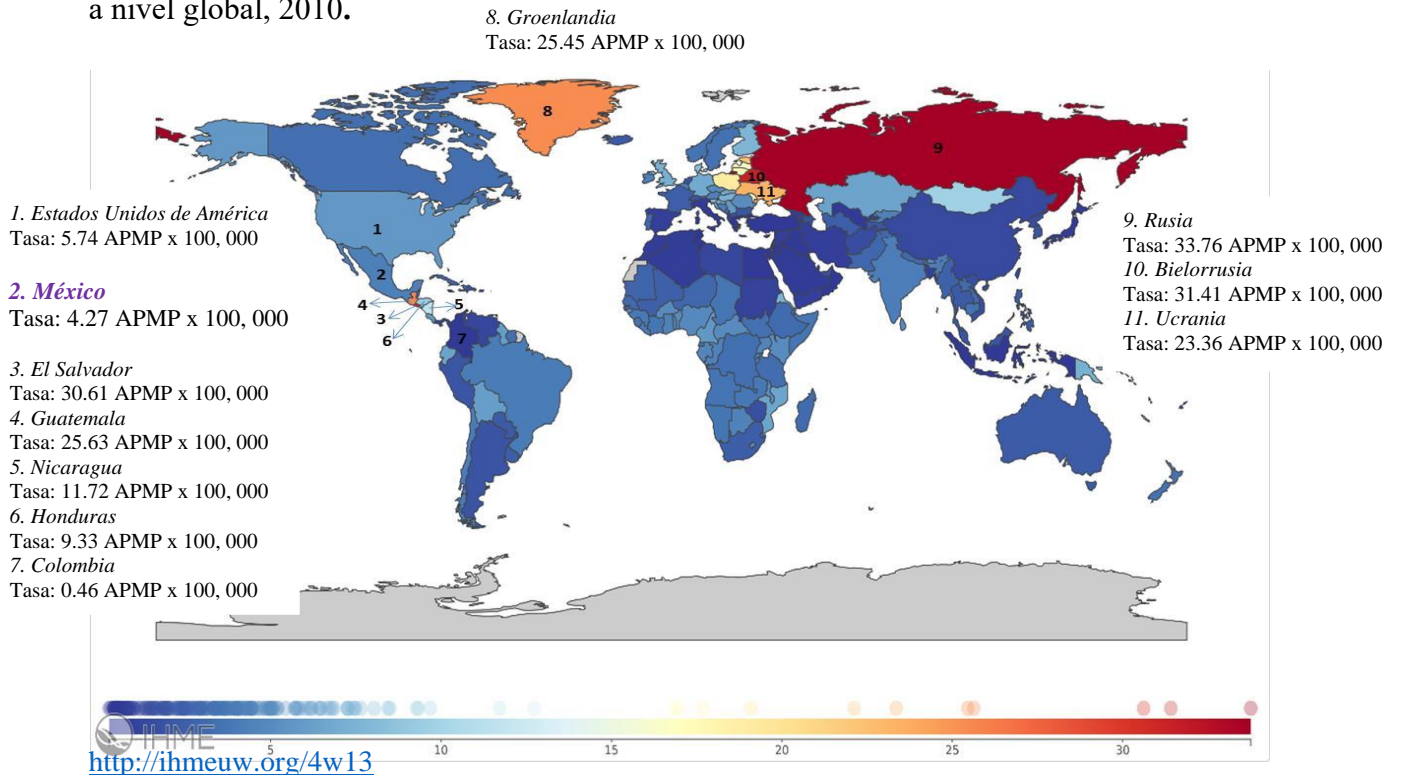
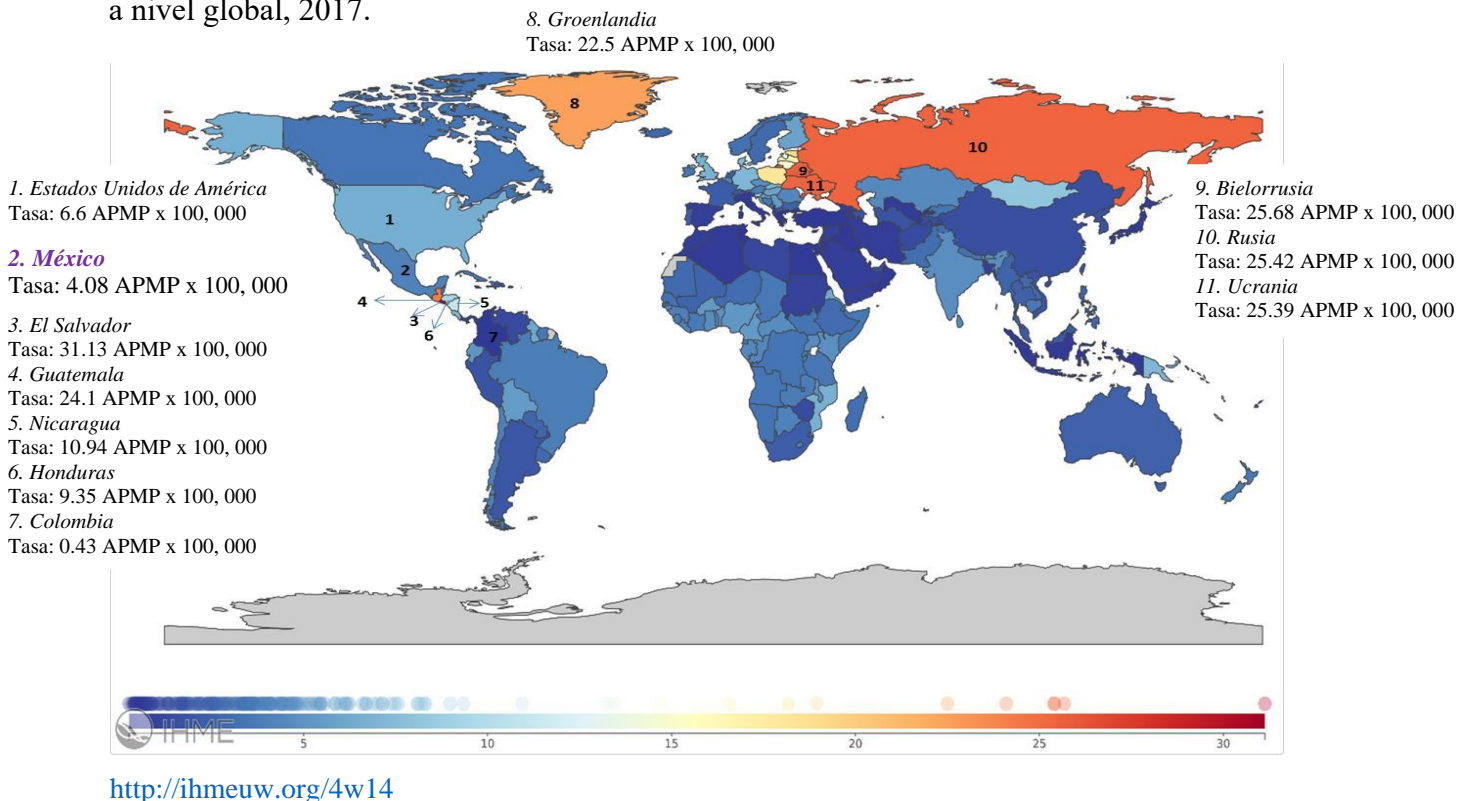


Figura 4. Tasa de APMP en ambos sexos (tasa estandarizada x 100, 000) por abuso sexual a nivel global, 2017.



El tercer panorama epidemiológico es con relación al abuso sexual infantil y los AVD en 2010, el cual resume una fuerte carga para Groenlandia (77. 95 AVD x 100, 000), Nueva Zelanda (70. 12 AVD x 100, 000), Ucrania (62. 01 AVD x 100, 000), Bielorrusia (58. 06 AVD x 100, 000) y Rusia (55. 15 AVD x 100, 000), por debajo de este último, se encuentra Estados Unidos (54. 43 AVD x 100, 000) (figura 5).

Para el sur de América Latina, los países con mayor carga de discapacidad son Costa Rica (57. 04 AVD x 100, 000), Bolivia (48. 59 AVD x 100, 000), Ecuador (44. 43 AVD x 100, 000), Chile (32. 27 AVD x 100, 000) y El Salvador (31. 76 AVD x 100, 000), mientras que Paraguay (11. 03 AVD x 100, 000) es el país del sur que menos carga reportó. Para México la carga fue de 21. 22 AVD x 100, 000 (figura 5).

El escenario que se presenta para 2017, muestra una ligera disminución de discapacidad para Groenlandia (73. 79 AVD x 100, 000), Ucrania (59. 46 AVD x 100, 000), Bielorrusia (56. 69 AVD x 100, 000), Rusia (52. 46 AVD x 100, 000) y Estados Unidos (53. 69 AVD x 100, 000), en cambio Nueva Zelanda (73. 03 AVD x 100, 000) mostró un ligero aumento con relación a 2010 (figura 6).

Para los países de América Latina, Bolivia (47. 11 AVD x 100, 000), Ecuador (44. 01 AVD x 100, 000) y El Salvador (31. 24 AVD x 100, 000) disminuyeron su tasa, mientras que Costa Rica (58. 83 AVD x 100, 000), Chile (32. 42 AVD x 100, 000) y Paraguay (11. 04 AVD x 100, 000) aumentaron ligeramente su tasa, al igual que México (21. 93 AVD x 100, 000) (figura 6).

Figura 5. Tasa de AVD en ambos sexos (tasa estandarizada x 100, 000) por abuso sexual a nivel global, 2010.

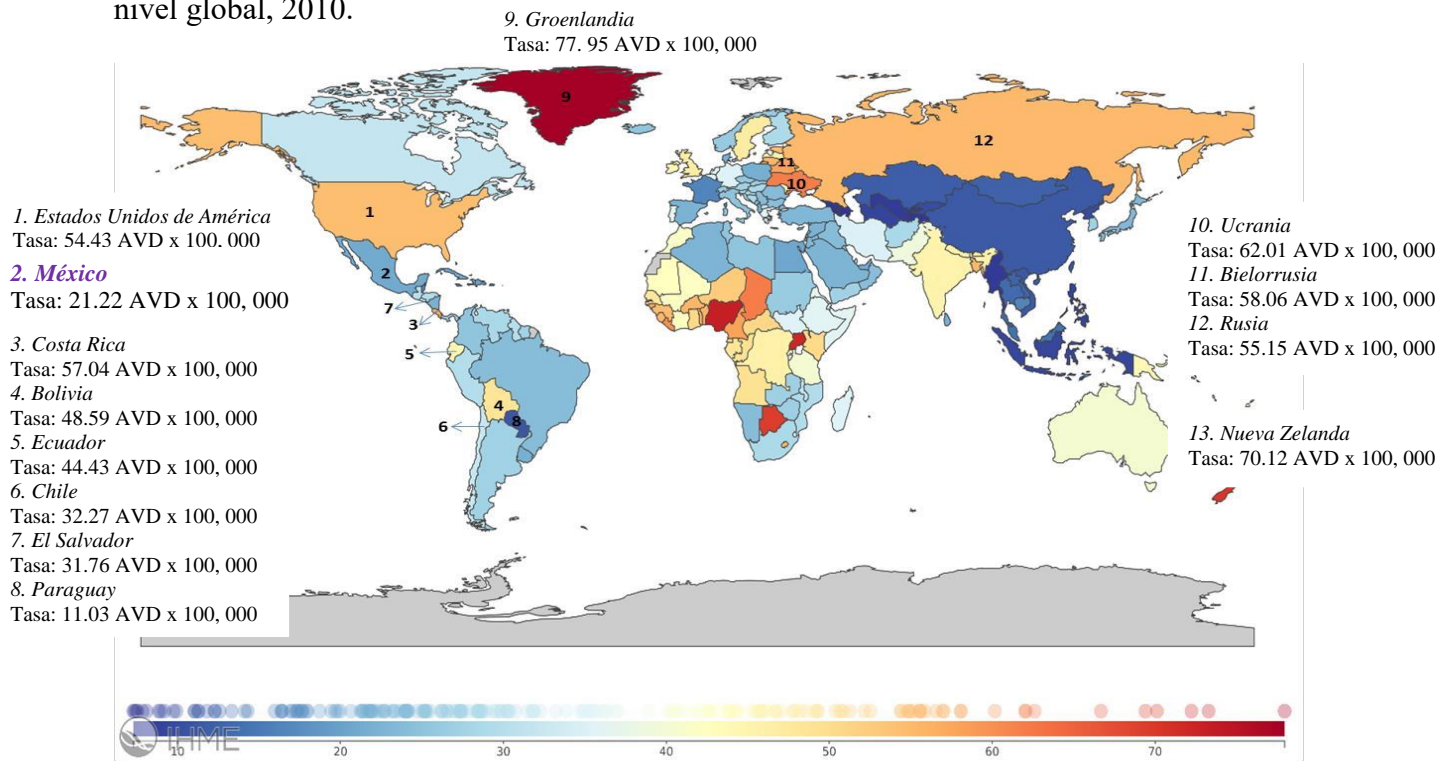
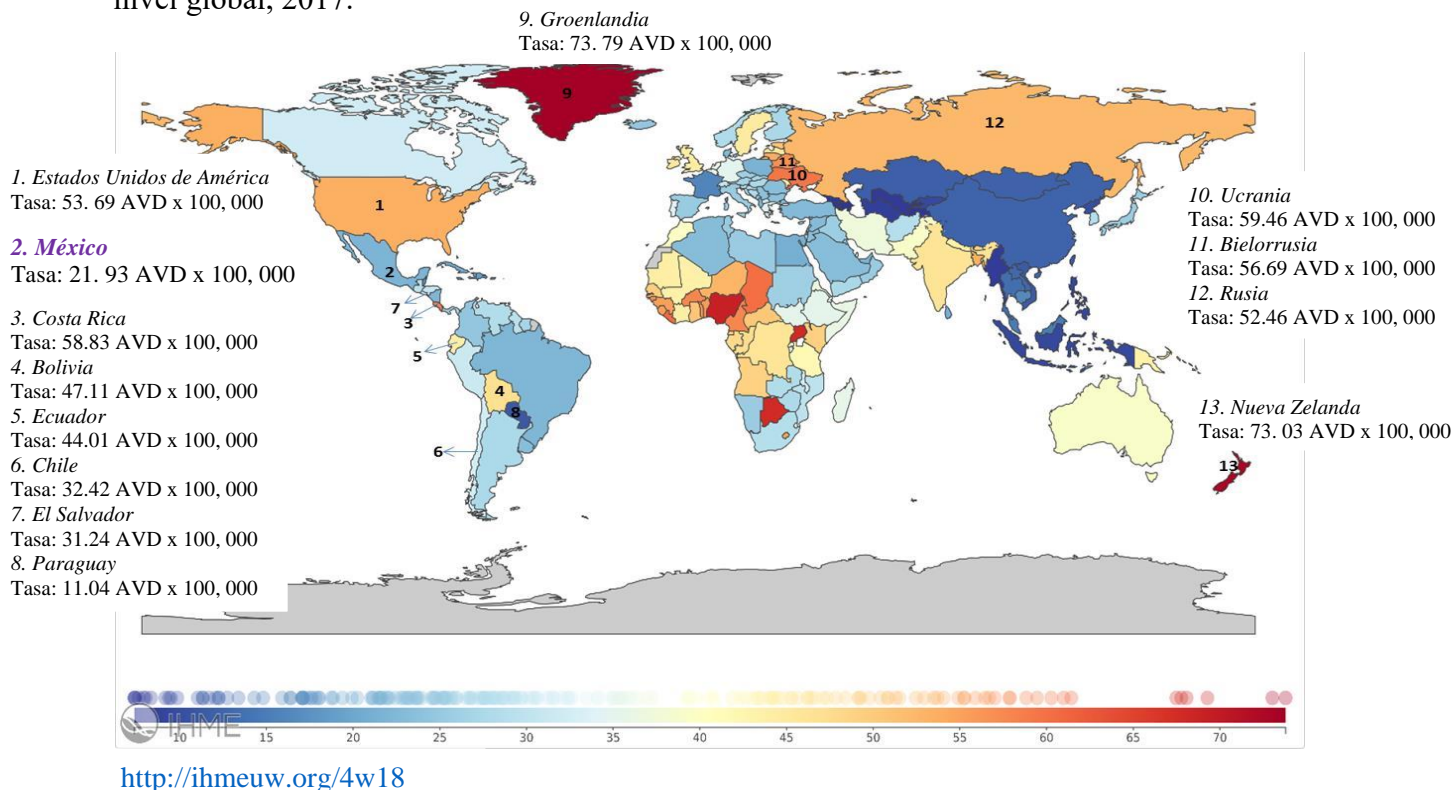


Figura 6. Tasa de AVD en ambos sexos (tasa estandarizada x 100, 000) por abuso sexual a nivel global, 2017.



A continuación se presentan los AVISA³⁹ respecto a la depresión mayor atribuida a abuso sexual infantil. Este panorama para 2010, expone que la carga por depresión en Nigeria⁴⁰ (64.35 AVISA x 100, 000) es mayor a la reportada por Groenlandia (62.07 AVISA x 100, 000), por debajo de este país se encuentra Nueva Zelanda (53.93 AVISA x 100, 000), Estados Unidos (44.5 AVISA x 100, 000), Ucrania (33.46 AVISA x 100, 000), Bielorrusia (31 AVISA x 100, 000) y Rusia (27.98 AVD x 100, 000) (Figura 7).

Con relación a América Latina, los países con mayores tasas de AVISA por depresión mayor asociada a abuso sexual infantil son: Costa Rica (44.05 AVISA x 100, 000), Bolivia (38.64 AVISA x 100, 000), Ecuador (33.62 AVISA x 100, 000), Chile (23.61 AVISA x 100, 000) y Guyana (23.6 AVISA x 100, 000), el país que menos carga presentó es Paraguay (6.49 AVISA x 100, 000). Para México (15.96 AVISA x 100, 000) la tasa es menor que los países antes mencionados a excepción de Paraguay (Figura 7).

Con respecto a 2010, en 2017 el cambio es mínimo, Nigeria presenta una leve disminución (59.84 AVISA x 100, 000), al igual que Groenlandia (59.26 AVISA x 100, 000), Estados Unidos (43.5 AVISA x 100, 000), Ucrania (31.99 AVISA x 100, 000), Bielorrusia (30.1 AVISA x 100, 000) y Nueva Zelanda (53.11 AVISA x 100, 000), mientras que Rusia presentó un ligero aumento (28.43 AVISA x 100, 000) (Figura 8).

En América Latina, Costa Rica (45.37 AVISA x 100, 000), Ecuador (33.72 AVISA x 100, 000) y Chile (23.82 AVISA x 100, 000) presentaron un leve incremento, mientras que Bolivia (37.31 AVISA x 100, 000) y Guyana (22.67 AVISA x 100, 000) un leve descenso (Figura 8). México presentó un leve incremento (16.55 AVISA x 100, 000) al año en comparación (Figura 8).

Las estimaciones de la Carga Global de la Enfermedad no presentan AVISA/AVD por trastorno de ansiedad atribuido a abuso sexual infantil.

³⁹ Los resultados de AVISA, son los mismos para AVD, ya que por la fórmula $AVISA = APMP + AVD$, y al no tener resultados de APMP por depresión mayor atribuida a abuso sexual infantil, los AVISA y AVD presentan los mismos valores.

⁴⁰ Si bien Nigeria es un país de ingreso mediano bajo y no desarrollado, cabe destacar que presenta al igual que otros países de África, una carga considerable por depresión mayor asociada a abuso sexual infantil.

Figura 7. Tasa de AVISA (tasa estandarizada x 100, 000) por depresión mayor atribuida a abuso sexual infantil en ambos sexos a nivel global, 2010.

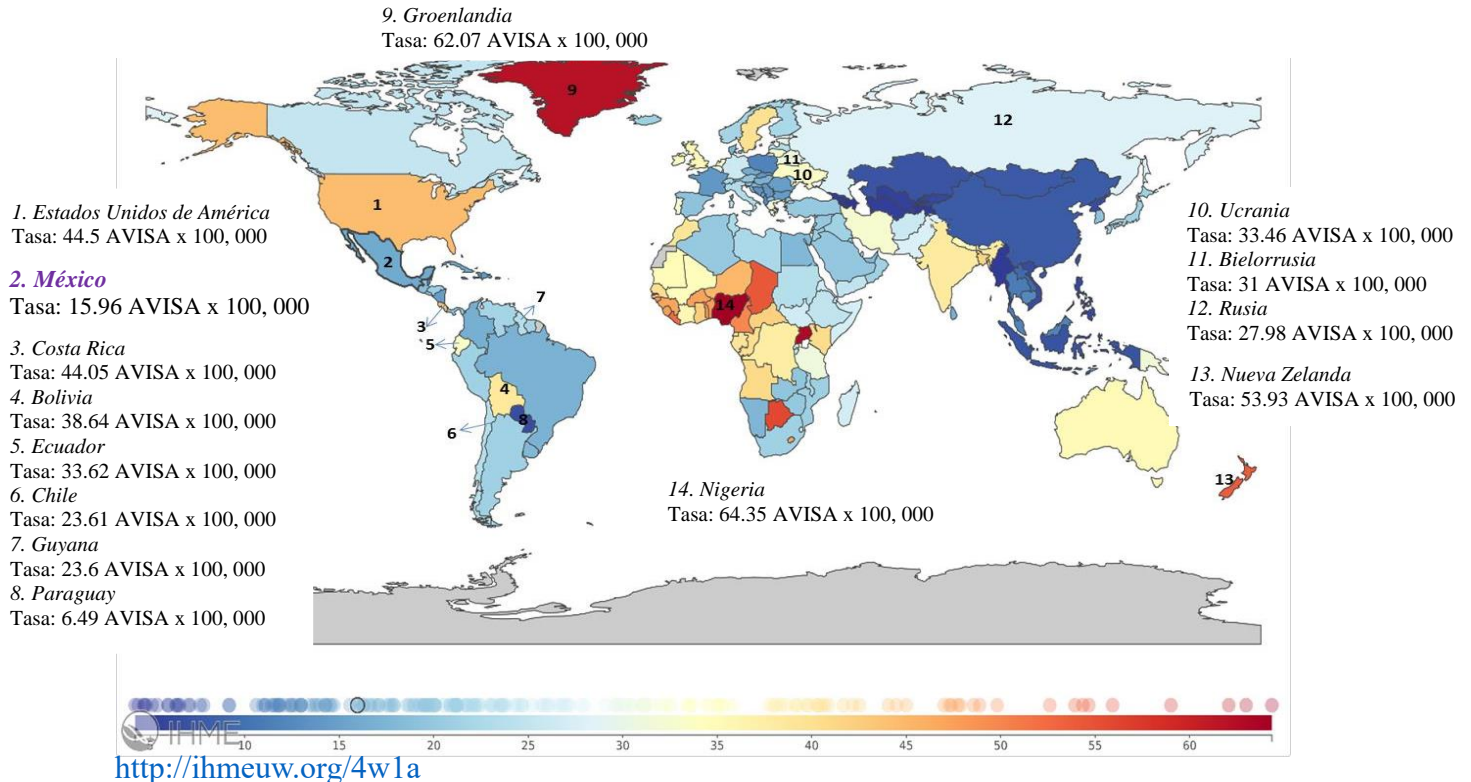
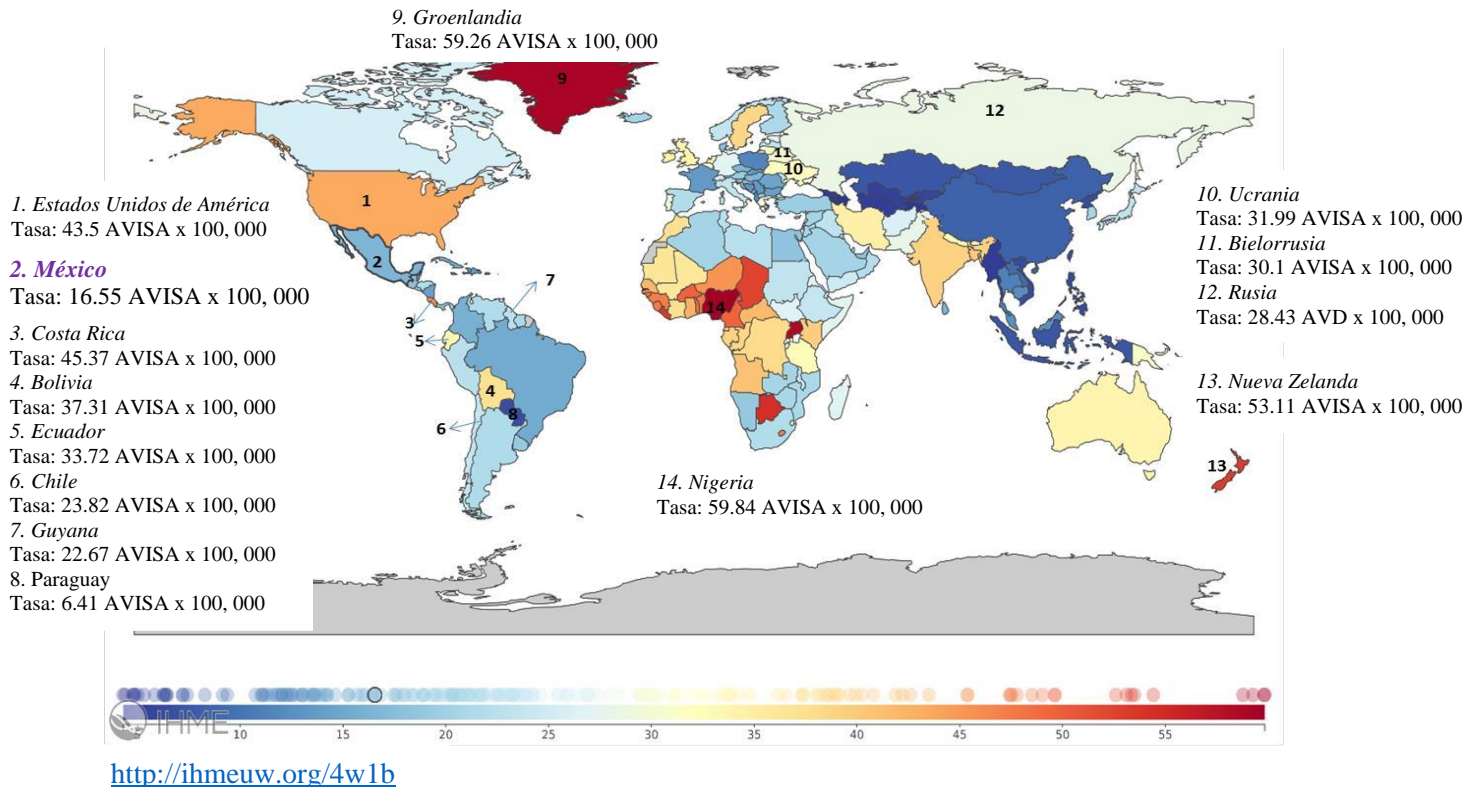


Figura 8. Tasa de AVISA (tasa estandarizada x 100, 000) por depresión mayor atribuida a abuso sexual infantil en ambos sexos a nivel global, 2017.



Resultados en México por sexo, edad y región

A continuación se presenta la Carga de la Enfermedad⁴¹ a través de sus indicadores Años de Vida Saludables Perdidos (AVISA), Años de Vida Perdidos por Muerte Prematura (APMP) y Años de Vida Asociados a Discapacidad (AVD) por abuso sexual infantil en México por edad, sexo y región para 2010 y 2017, así como el cambio porcentual, la ubicación del abuso sexual infantil en los principales factores de riesgo para la carga y la depresión mayor asociada a abuso sexual infantil.

El primer escenario por abuso sexual infantil y AVISA para 2010 permite identificar por sexo y grupo de edad, que las niñas menores de 5 años presentan una carga ligeramente mayor a la de los niños. Para el grupo de 5 a 14 años, la carga aumenta visiblemente en ambos sexos pero continúa siendo mayor en las mujeres que en los hombres (Cuadro 1).

Para 2017 la carga en niñas y niños menores de 5 años se mantiene constante al año en comparación. Para el grupo de 5 a 14 años y en ambos sexos, la pérdida de AVISA es más notoria, cabe destacar que para las mujeres es aún mayor que para los hombres (Cuadro 1).

Conforme a las regiones, en 2010 y 2017 se puede apreciar que la región centro, sur y occidental reportan mayor carga para ambos grupos de edad y para ambos sexos. Cabe resaltar que en ambos años, la región Ciudad de México es la región que presenta menos AVISA por abuso sexual infantil (Cuadro 1).

⁴¹ Los datos de la carga de la enfermedad por abuso sexual infantil para México no se encuentran estandarizados por edad, ya que así los presenta la base de datos.

Cuadro 1. Tasa (x 100, 000) de Años de Vida Saludables Perdidos (AVISA) / Años de Vida Asociados a Discapacidad (AVD)⁴² y cambio porcentual (%) por abuso sexual infantil por sexo, edad y región, 2010 y 2017.

Regiones	2010				2017				Cambio porcentual (%)			
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		2010-2017		2010- 2017	
	< 5 años	5-14 años	< 5 años	5-14 años	< 5 años	5-14 años	< 5 años	5-14 años	< 5 años	5-14 años	< 5 años	5-14 años
Norcentral												
Coahuila de Zaragoza	0.0001	0.5	0.00096	2.46	0.0001	0.55	0.00096	2.68	0	10	0	8.94
Chihuahua	0.0001	0.49	0.00095	2.59	0.0001	0.54	0.00094	2.85	0	10.20	-1.05	10.03
Durango	0.0001	0.5	0.00094	2.55	0.0001	0.53	0.00094	2.71	0	6	0	6.27
Noroccidental												
Baja California	0.0001	0.49	0.00095	2.4	0.0001	0.54	0.00095	2.66	0	10.20	0	10.83
Baja California Sur	0.000099	0.51	0.00093	2.48	0.000098	0.57	0.00095	2.74	-1.01	11.76	2.15	10.48
Sonora	0.0001	0.5	0.00094	2.52	0.0001	0.55	0.00094	2.76	0	10	0	9.52
Sinaloa	0.0001	0.49	0.00097	2.47	0.0001	0.53	0.00095	2.66	0	8.16	-2.06	7.69
Nororiental												
Nuevo León	0.0001	0.49	0.00095	2.44	0.0001	0.54	0.00095	2.69	0	10.20	0	10.24
Tamaulipas	0.0001	0.49	0.00093	2.36	0.000099	0.54	0.00093	2.6	-1	10.20	0	10.16
San Luis Potosí	0.0001	0.52	0.00095	2.5	0.0001	0.56	0.00095	2.69	0	7.69	0	7.6
Occidental												
Zacatecas	0.00011	0.49	0.00097	2.43	0.00011	0.53	0.00098	2.6	0	8.16	1.03	6.99
Aguascalientes	0.0001	0.5	0.00093	2.49	0.0001	0.55	0.00095	2.74	0	10	2.15	10.04
Jalisco	0.000098	0.51	0.00093	2.59	0.000097	0.56	0.00093	2.79	-1.02	9.80	0	7.72
Colima	0.0001	0.5	0.00093	2.46	0.0001	0.54	0.00094	2.66	0	8	1.07	8.13
Nayarit	0.0001	0.49	0.00092	2.46	0.0001	0.52	0.00093	2.63	0	6.12	1.08	6.91
Centro												
Puebla	0.0001	0.49	0.00097	2.48	0.0001	0.53	0.00097	2.66	0	8.16	0	7.25
Tlaxcala	0.0001	0.49	0.00094	2.43	0.0001	0.53	0.00095	2.69	0	8.16	1.06	10.69
Morelos	0.0001	0.5	0.00096	2.55	0.0001	0.52	0.00096	2.7	0	4	0	5.88
Estado de México	0.000099	0.48	0.00092	2.48	0.0001	0.52	0.00094	2.7	1.01	8.33	2.17	8.87
Hidalgo	0.0001	0.49	0.00093	2.45	0.0001	0.52	0.00094	2.66	0	6.12	1.07	8.57
Querétaro	0.0001	0.49	0.00094	2.56	0.0001	0.53	0.00095	2.7	0	8.16	1.06	5.46
Guanajuato	0.000096	0.51	0.00096	2.56	0.000096	0.55	0.00095	2.76	0	7.84	-1.04	7.81
Ciudad de México												
Ciudad de México	0.000014	0.072	0.00041	1.32	0.000014	0.071	0.00039	1.34	0	-1.38	-4.87	1.51
Centro sur												
Veracruz	0.0001	0.51	0.00095	2.6	0.0001	0.54	0.00094	2.8	0	5.88	-1.05	7.69

⁴² Los resultados de AVISA y AVD se presentan en el mismo cuadro ya que por la fórmula AVISA= APMP + AVD, y al no tener resultados de APMP, los AVISA y AVD presentan los mismos valores.

Oaxaca	0.0001	0.49	0.00096	2.4	0.0001	0.53	0.00096	2.58	0	8.16	0	7.5
Guerrero	0.0001	0.49	0.00096	2.51	0.0001	0.52	0.00095	2.68	0	6.12	-1.04	6.77
Michoacán	0.00011	0.49	0.00097	2.54	0.0001	0.52	0.00099	2.69	-9.09	6.12	2.06	5.90
<i>Sur</i>												
Yucatán	0.0001	0.52	0.00095	2.63	0.0001	0.55	0.00096	2.8	0	5.76	1.05	6.46
Quintana Roo	0.000098	0.53	0.00093	2.7	0.000098	0.55	0.00094	2.87	0	3.77	1.07	6.29
Campeche	0.0001	0.53	0.00095	3	0.0001	0.54	0.00095	3.07	0	1.88	0	2.33
Chiapas	0.00011	0.48	0.00098	2.44	0.00011	0.5	0.00098	2.6	0	4.16	0	6.55
Tabasco	0.0001	0.52	0.00095	2.69	0.0001	0.55	0.00095	2.91	0	5.76	0	8.17

El segundo escenario de la Carga de la Enfermedad por abuso sexual infantil y su relación con los APMP no reporta carga en ambos sexos, grupo de edad y para ninguna de las regiones durante 2010 y 2017, los valores indican cero APMP. Como se mencionó, se debe a que los datos no se encuentran estandarizados por edad. En el primer apartado de resultados a nivel mundial, es posible observar que la tasa (estandarizada por edad) para México en 2010 (4.27 APMP x 100, 000) y 2017 (4.08 APMP x 100, 000) es considerablemente baja.

El tercer escenario con relación al abuso sexual infantil y los AVD por sexo y grupo de edad en 2010, permiten dar cuenta que el abuso en las niñas menores de 5 años representa ligeramente mayor carga que los niños. Para el segundo grupo de edad de 5 a 14 años, la carga continua siendo mayor en las mujeres que en los hombres (Cuadro 1).

En 2017, la carga se mantiene constante en las niñas y niños menores de 5 años. Para el segundo grupo de edad de 5 a 14 años, las mujeres aumentan considerablemente la carga en comparación con los hombres (Cuadro 1).

Con relación al abuso sexual infantil y los AVD por región en 2010 y 2017, se aprecia que las regiones centro, sur y occidental son las que mayor carga representan para ambos sexos y para ambos grupos de edad (Cuadro 1).

Nuevamente la región Ciudad de México en 2010 destaca por ser la que menos reporte de AVD por abuso sexual infantil presenta, mientras que en 2017 hay un ligero aumento (Cuadro 1).

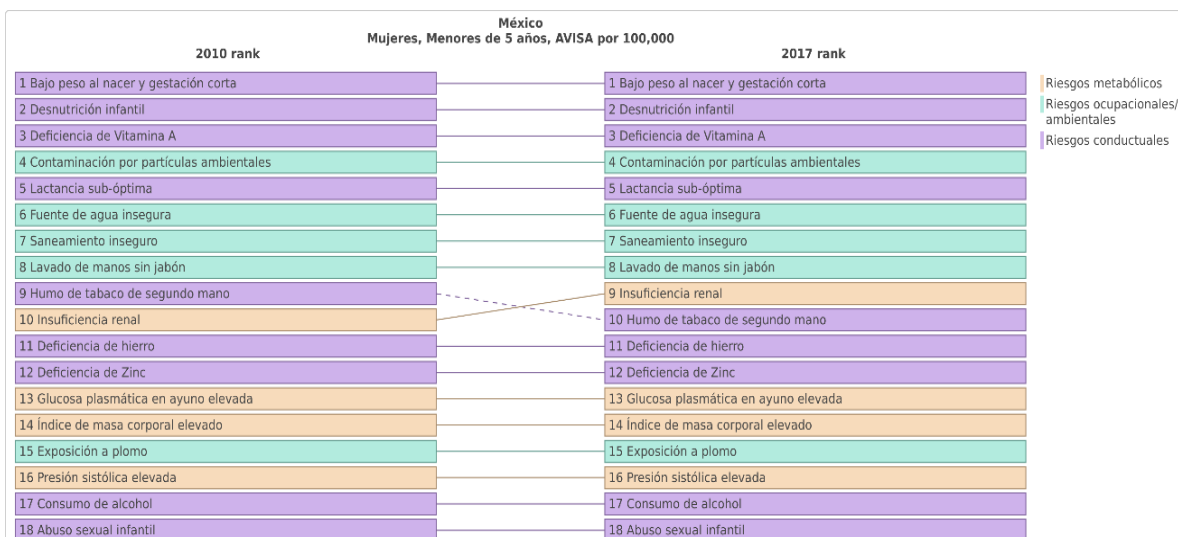
Respecto al cambio porcentual de 2010 y 2017 por abuso sexual infantil en niños menores de 5 años, de las 32 entidades, 4 de ellas presentaron una disminución, de las cuales sobresale Michoacán (región centro sur) con -9.09%, mientras que el Estado de México (región centro) presentó un ligero aumento del 1.01%, el resto de las 27 entidades se ha mantenido constante. Para las mujeres del mismo grupo de edad, 6 entidades disminuyeron, de ellas sobresale la Ciudad de México (región Ciudad de México) con -4.87%, 12 entidades presentaron un aumento, destaca el Estado de México (región centro) con 2.17%, y las 14 entidades restantes se mantuvieron constantes (Cuadro 1).

Para los niños de 5 a 14 años, la Ciudad de México (región Ciudad de México) reporta una disminución en el cambio porcentual de -1.38%, las 31 entidades restantes presentaron un aumento, de las cuales sobresale Baja California Sur (región noroccidental) con 11.76%. Para las mujeres del mismo grupo de edad, las 32 entidades presentaron aumento en el cambio porcentual, con 10.83% destaca Baja California (región noroccidental) (Cuadro 1).

Por otro lado, respecto al ranking de los 18 factores de riesgo para AVISA incluido el abuso sexual infantil, las niñas (0.00092 AVISA x 100, 000) y niños (0.000096 AVISA x 100, 000) menores de 5 años en 2010 y 2017 mantiene la misma tasa y ocupan la última posición en ambos periodos (Figura 9, Figura 10).

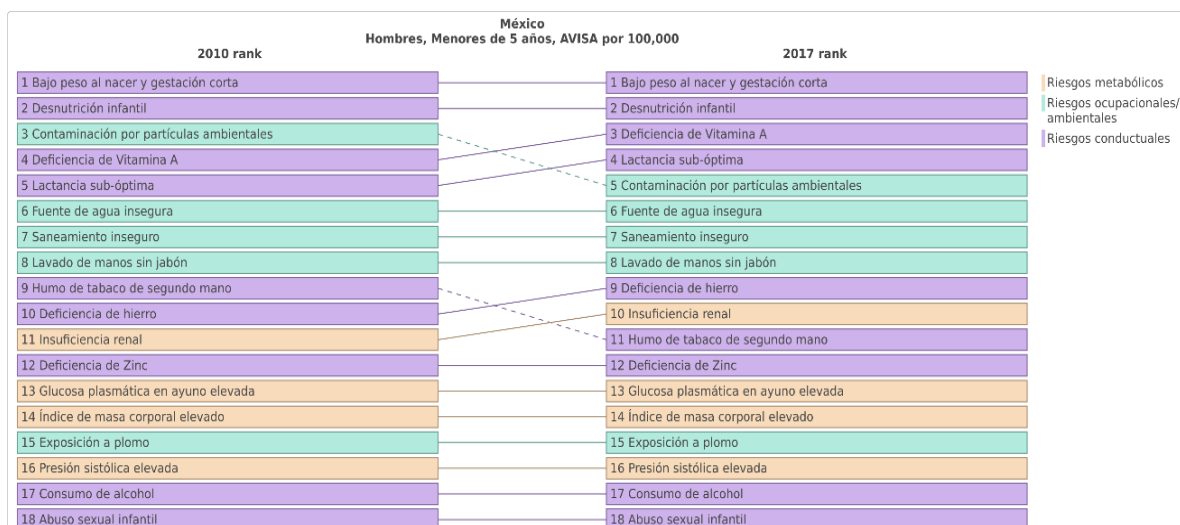
Sin embargo, del ranking de 21 factores de riesgo para las niñas de 5 a 14 años en 2010 (2.44 AVISA x 100, 000) y 2017 (2.63 AVISA x 100, 000), el abuso sexual infantil se ubica en la posición número 18 con un ligero aumento en 2017 (Figura 11). Los niños en 2010 (0.47 AVISA x 100, 000) y 2017 (0.51 AVISA x 100, 000) se ubican en la posición número 19 y también presentan un leve aumento en 2017 (Figura 12).

Figura 9. Ranking de factores de riesgo para AVISA incluido el abuso sexual en mujeres menores de 5 años, 2010 y 2017.



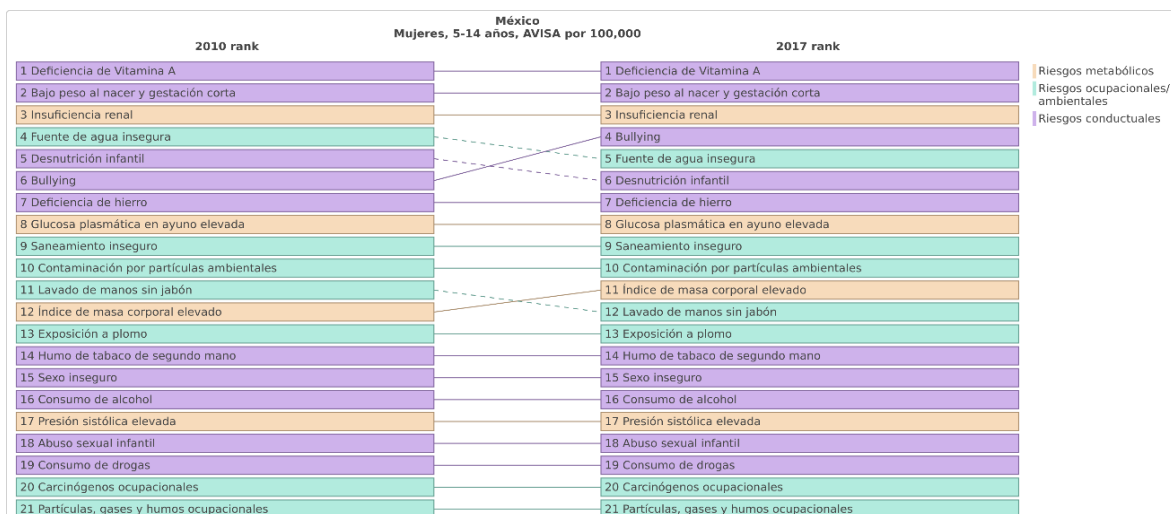
<http://ihmeuw.org/4w1n>

Figura 10. Ranking de factores de riesgo para AVISA incluido el abuso sexual en hombres menores de 5 años, 2010 y 2017.



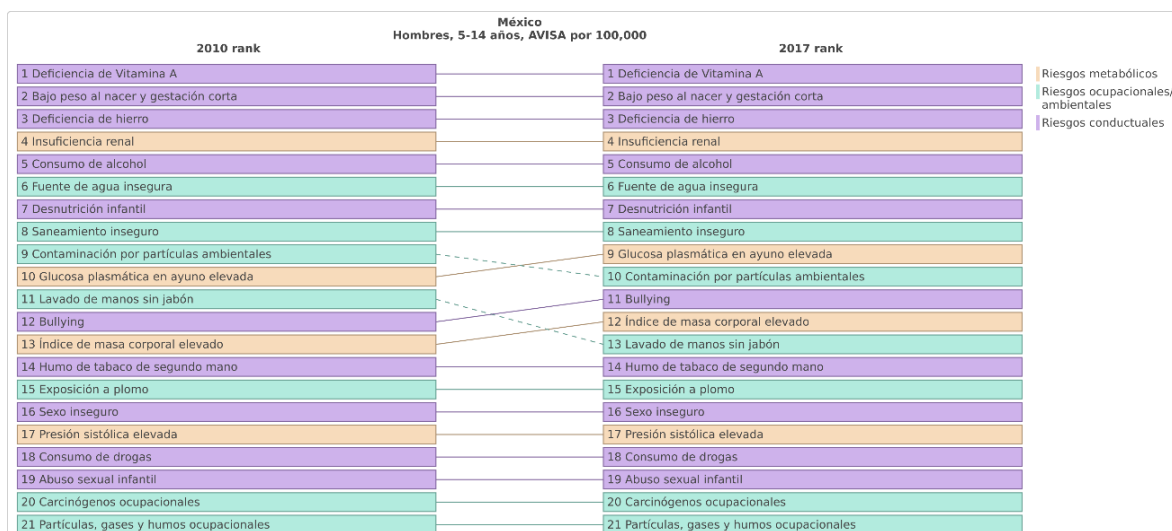
<http://ihmeuw.org/4w1o>

Figura 11. Ranking de factores de riesgo para AVISA incluido el abuso sexual en mujeres de 5 a 14 años, 2010 y 2017.



<http://ihmeuw.org/4w1p>

Figura 12. Ranking de factores de riesgo para AVISA incluido el abuso sexual en hombres de 5 a 14 años, 2010 y 2017.

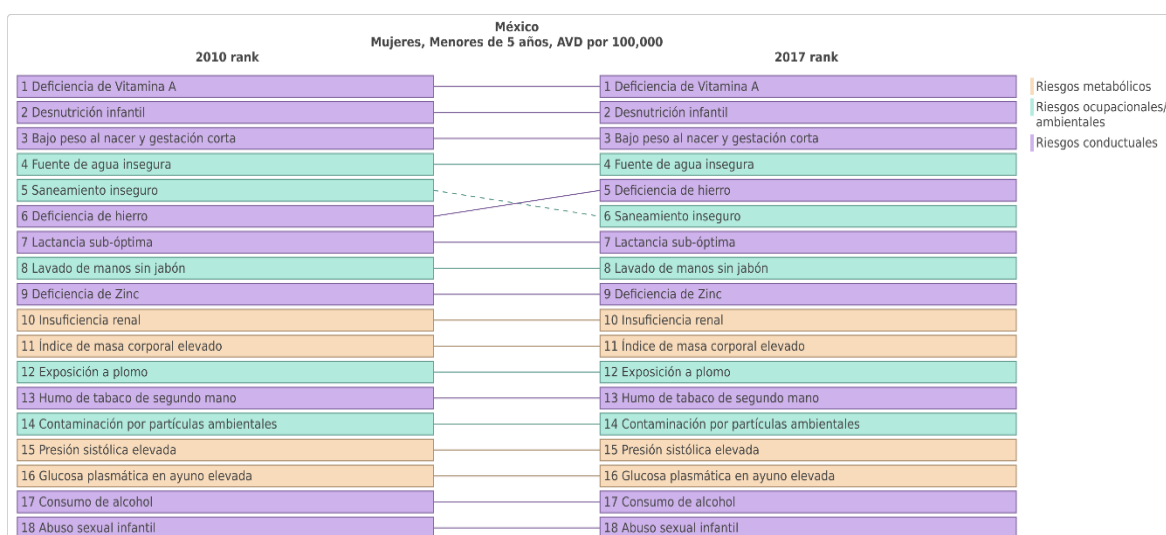


<http://ihmeuw.org/4w1q>

Con relación al ranking de los 18 factores de riesgo para los AVD, el abuso sexual en niñas (0.00092 AVD x 100, 000) y niños (0.000096 AVD x 100, 000) menores de 5 años en 2010 y 2017 mantienen la misma tasa y ocupan el lugar número 18 (Figura 13, Figura 14). Para el segundo grupo de edad de 5 a 14 años, de 21 factores de riesgo, las niñas se encuentran en la posición número 15 para 2010 (2.44 AVD x 100, 000) y en la posición

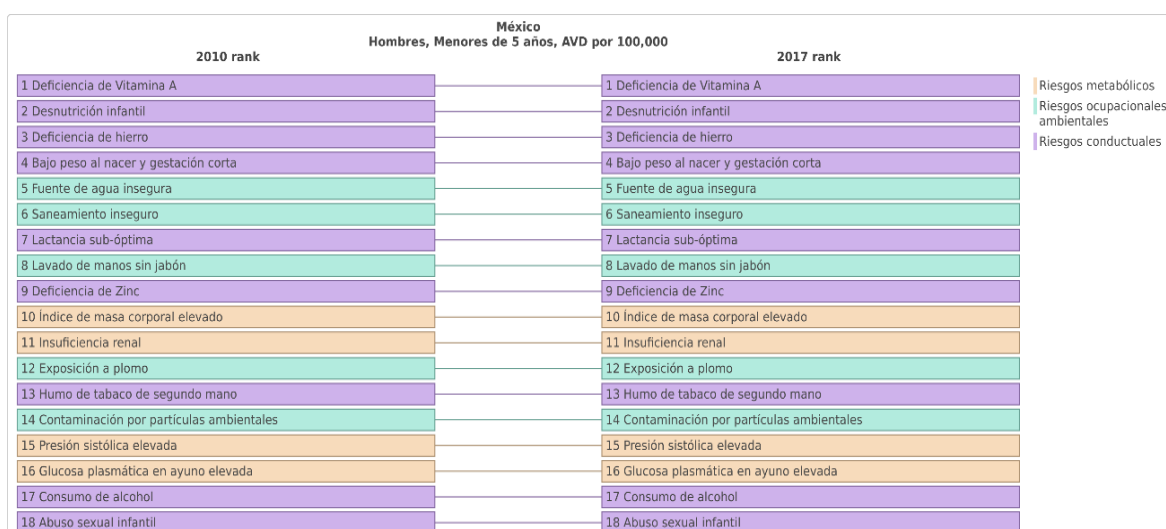
número 14 para 2017 (2.63 AVD x 100, 000) con un ligero aumento en la carga (Figura 15). En el caso de los niños en 2010 (0.47 AVD x 100, 000) ocuparon la posición 19, mientras que en 2017 (0.51 AVD x 100, 000) la posición número 18 con un leve aumento (Figura 16).

Figura 13. Ranking de factores de riesgo para AVISA incluido el abuso sexual en mujeres menores de 5 años, 2010 y 2017.



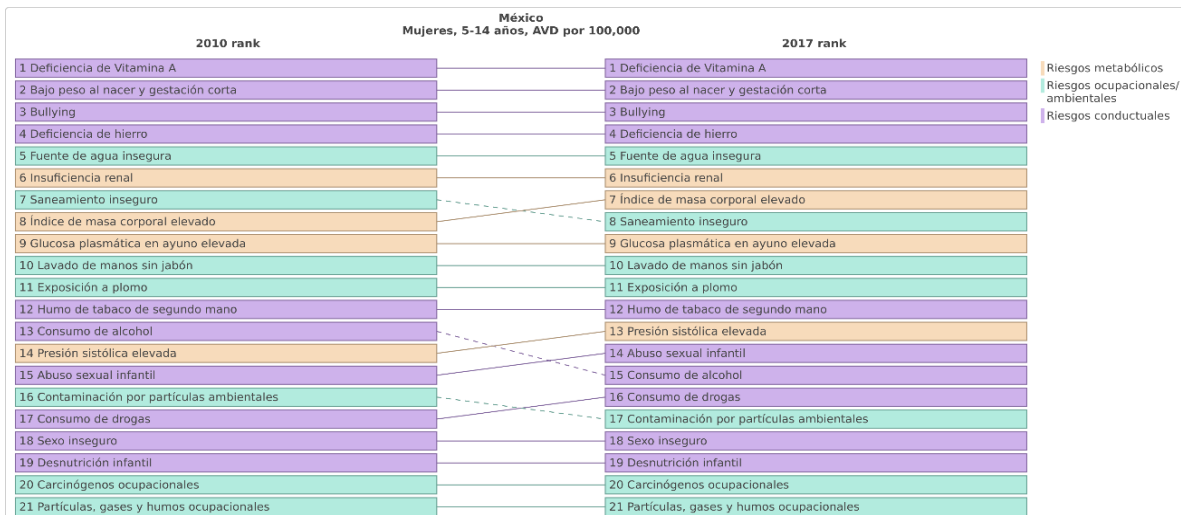
<http://ihmeuw.org/4w1r>

Figura 14. Ranking de factores de riesgo para AVISA incluido el abuso sexual en hombres menores de 5 años, 2010 y 2017.



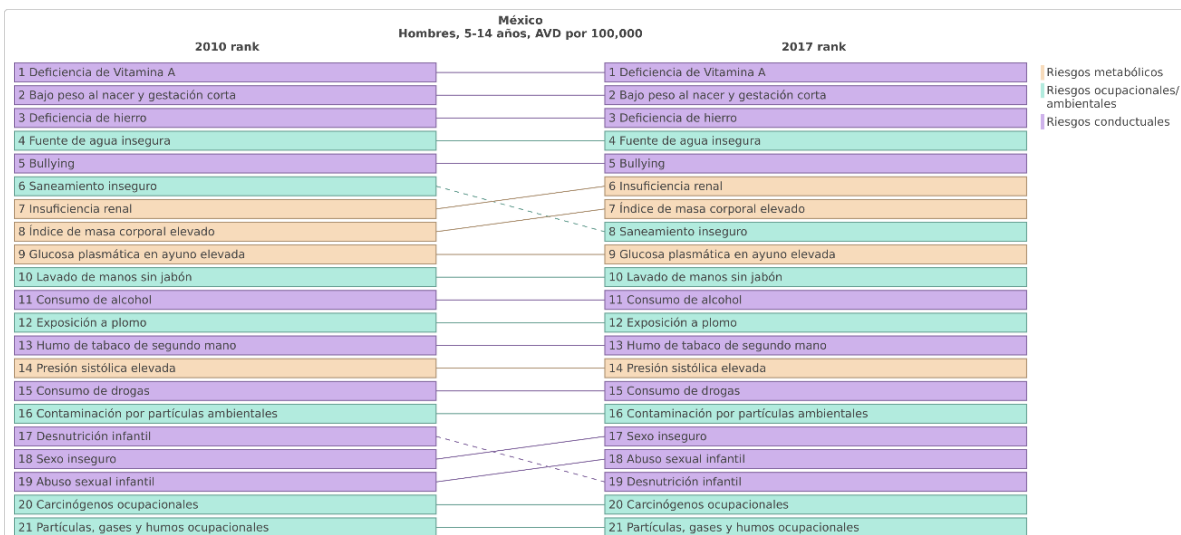
<http://ihmeuw.org/4w1s>

Figura 15. Ranking de factores de riesgo para AVISA incluido el abuso sexual en mujeres de 5 a 14 años, 2010 y 2017.



<http://ihmeuw.org/4w1t>

Figura 16. Ranking de factores de riesgo para AVISA incluido el abuso sexual en hombres de 5 a 14 años, 2010 y 2017.



<http://ihmeuw.org/4w1u>

Por último, los resultados de la carga por AVISA/AVD con relación a la depresión mayor asociada a abuso sexual infantil exponen para los niños (0.000086 AVISA/AVD x 100, 000) y niñas (0.00081 AVISA/AVD x 100, 000) menores de 5 años una carga

considerablemente baja en 2010, misma situación para los niños (0.000086 AVISA/AVD x 100, 000) y niñas (0.00082 AVISA/AVD x 100, 000) en 2017 (Cuadro 2).

Para el segundo grupo de edad de 5 a 14 años, en 2010 los niños (0.41 AVISA/AVD x 100, 000) presentaron menor carga que las niñas (2.38 AVISA/AVD x 100, 000). Para 2017, los hombres (0.45 AVISA/AVD x 100, 000) continúan presentando una carga mucho menor que las mujeres (2.58 AVISA/AVD x 100, 000) (Cuadro 2).

Con relación al cambio porcentual, se observa que los hombres (9.75%) y las mujeres (8.40%) de 5 a 14 años presentaron un aumento considerable respecto a los niños (0%) y niñas (1.23%) menores de 5 años (Cuadro 2).

Cuadro 2. Tasa de AVISA/AVD (x 100, 000) por depresión mayor asociada a abuso sexual infantil por sexo y edad, 2010 y 2017.

2010				2017				Cambio porcentual (%) 2010-2017 2010-2017			
Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
< 5 años	5-14 años	< 5 años	5-14 años	< 5 años	5-14 años	< 5 años	5-14 años	< 5 años	5-14 años	< 5 años	5-14 años
0.000086	0.41	0.00081	2.38	0.000086	0.45	0.00082	2.58	0	9.75	1.23	8.40

Las estimaciones de la Carga Global de la Enfermedad no presentan AVISA/AVD por trastorno de ansiedad atribuido a abuso sexual infantil.

Discusión

El abuso sexual infantil es una de las formas violencia sexual que ocasiona severas repercusiones para la salud física y mental de la víctima, entre las que se encuentran: dolor pélvico crónico, enfermedades gastrointestinales, obesidad, embarazo adolescente, depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático, bulimia nervosa, intento e ideación suicida, autolesiones, consumo de sustancias y una posible revictimización, entre muchas otras más (Bustamante et al., 2019; Rivera et al., 2006; Wild, Fromberger, Jordan, Muller & Muller, 2019; Williamson, Thompson, Anda, Dietz & Felitti, 2002). Estas consecuencias se presentan a corto, mediano y largo plazo, incluso es una causa de muerte para los más pequeños, por lo que esta situación real y seria es un desafío que requiere atención oportuna e inmediata (Curry et al., 2018).

Los resultados del estudio permiten dar cuenta de la carga de la enfermedad que el abuso sexual infantil genera a nivel mundial y nacional en las víctimas niñas, niños y adolescentes expresada en Años de Vida Saludables Perdidos (AVISA), Años de Vida Asociados a Discapacidad (AVD) y Años de Vida Perdidos por Muerte Prematura (APMP), lo que representa un desafío para las instituciones de salud.

A nivel mundial, los resultados expresan la gravedad del abuso sexual infantil en diversos contextos, ya que es un problema que rebasa fronteras, sociedades, culturas y grupos de edad (Klika, Haboush & Linkenbach, 2019; Loredó et al., 2016). A nivel internacional y específicamente los resultados de Estados Unidos, reportan una carga menor de abuso sexual infantil, en comparación con Groenlandia o Rusia, solo por mencionar algunos países. La literatura reporta que la prevalencia de maltrato infantil en Estados Unidos es preocupante, 676 mil niños fueron víctimas de maltrato en 2016, de ellas un porcentaje menor, el 8% reportó ser víctima de abuso sexual, el resto corresponde a abuso físico (18%) y a negligencia (75%) (Curry et al., 2018).

Para América Latina, países que registran altos índices de violencia como Honduras y El Salvador sobresalen en los resultados con una fuerte carga por abuso sexual infantil (González, 2018; Observatorio de Derechos Humanos de las Mujeres, 2018), sin embargo, sorprende que países con niveles de desarrollo más altos como Ecuador o Costa Rica figuren con tasas similares (World Economic Forum, 2018). A últimas fechas, Ecuador ha develado el abuso sexual en estancias escolares (Bustamante et al., 2019). En este país, la Comisión Aampetra, dio a conocer que de 2015 a 2018 se registraron 27777 denuncias por delitos sexuales, de ellas, 4584 correspondieron a denuncias por abuso sexual infantil perpetrados en instituciones educativas (Redacción Justicia, 2018).

Por otro lado, los resultados de la carga de la enfermedad por abuso sexual infantil en México muestran una carga menor comparada con países de altos ingresos como Estados Unidos, Groenlandia o Nueva Zelanda y con países de ingresos medianos altos como Costa Rica o Ecuador (Banco Mundial, 2019).

Si bien la tesis no aborda una perspectiva de género, los resultados a nivel nacional evidencian diferencias genéricas por abuso sexual infantil en niñas, niños y adolescentes, los resultados exponen que la carga de la enfermedad (AVISA y AVD) es

significativamente mayor en las niñas y adolescentes mujeres sin importar la región, lo que conlleva a pensar en sociedades patriarcales que promueven el maltrato y a su vez, lo esconden. Es posible que México presente un alto nivel de subregistro por parte de instituciones médicas, educativas, legales, y principalmente familiares, lo que obstaculiza conocer el panorama real del abuso sexual infantil, por ello es importante mejorar la forma en cómo se registra la información y fomentar la cultura de la denuncia, es decir, romper con su contraparte: la cultura del silencio. Por supuesto, no es un tema fácil de revelar o abordar para quien lo escucha, pero entre más se estudie, se prevenga, se hable, se denuncie, se castigue y se atienda, mejores condiciones de vida para las y los menores (Loredo et al., 2013; Martínez, 2016).

Con relación a los resultados de México, al comparar el abuso sexual infantil por sexo y edad en ambos años y para todas las entidades federativas, se aprecia mayor carga expresada en AVISA y AVD en las niñas para ambos grupos de edad (menores de 5 años y de 5 a 14 años) con relación a los niños. Sin embargo, contrario a lo que la literatura reporta que un factor de riesgo de maltrato es la edad (menores de 4 años), es importante mencionar que son las mujeres de 5 a 14 años quienes presentaron una carga preocupante para ambas métricas. Es muy probable que esa diferencia en la carga se deba a que existe un subregistro substancial para las y los menores de 5 años que invisibiliza el problema (Curry et al., 2018).

La carga significativamente mayor se traduce en AVISA y AVD (depresión mayor) a lo largo de la vida de la víctima, lo que limita su salud física y mental, aunado a los costos a nivel familiar, institucional y social (Flores, Nava & Arenas, 2017). La experiencia de eventos traumáticos como el abuso sexual ocasiona una severa carga de depresión inmediata con repercusiones a largo plazo en las niñas y adolescentes en comparación con los hombres (Nolen & Hilt, 2010; Lara & Nieto, 2014). Por el abuso, existe el riesgo de que las menores se enfrenten a un embarazo prematuro con pocas posibilidades de bienestar, sobre todo aquellas que habitan en poblaciones indígenas (Loredo et al., 2017) como Oaxaca, Veracruz (región centro sur), Estado de México, Puebla (región centro), Chiapas y Yucatán (región sur) (CONEVAL, 2018).

Recientemente una activista del Observatorio Ciudadano Nacional del Femicidio (OCNF) dio a conocer que Yucatán (región sur) se ubica en tercera posición respecto al abuso sexual infantil y es la séptima entidad con mayor tasa de embarazos, entre los que figuran las menores de 10 a 14 años, es indiscutible hacer énfasis que por la edad, sea poco probable que exista un consentimiento de la menor, sin embargo, en cuyo caso exista se hablaría de un inicio temprano de la actividad sexual sin la información oportuna para evitar tanto el embarazo, como alguna enfermedad de transmisión sexual. Además indicó que el 17% del total de mamás, se encuentran entre los 12 y 19 años de edad (Rodríguez, 2019).

Como se ha mencionado, el subregistro es otro problema que obstaculiza conocer el número real en la entidad, ya que no se cuenta con una base de datos que reúna la información, por lo que activistas trabajan en una comisión que tenga por labor “erradicar y disminuir el abuso sexual infantil, aumentar las penas y que el delito se persiga de oficio⁴³, no por querrela como está actualmente” (Durazzo, 2019, p. 1).

La carga de AVISA y AVD por abuso sexual infantil para los niños y adolescentes de ambos grupos de edad es considerablemente mucho menor que la de las mujeres. Es probable que los hombres guarden silencio y tengan dificultades en reportar un evento de esta magnitud por el contexto, las normas sociales y la cultura, además de que la víctima se sienta culpable o avergonzado, o porque el agresor sea una figura de poder y le genere miedo a las consecuencias (Bustamante et al., 2019; Klika et al., 2019; Mathews, 2019). Esta puede ocurrir durante la edad adulta debido al estigma social y la carga de ese silencio es expresada por síntomas corporales (Wright & Thiara, 2019). Un estudio enfocado en 487 hombres víctimas de abuso sexual durante la infancia, registró el tiempo que pasó en que ellos revelaran el evento, es decir, 21 años en promedio, un motivo para silenciar el abuso fue porque el agresor era un familiar (Easton, 2013).

⁴³ Los delitos que se persiguen de oficio se definen como el “acto mediante el cual se pone de conocimiento de la autoridad la comisión de algún delito o infracción legal”, para lo cual se lleva a cabo la averiguación y detención del victimario a pesar de que el denunciante o la víctima no quiera continuar el procedimiento (Pina & de Pina, 2010, p. 223), mientras que por querrela se entiende como “acto procesal de parte (o del Ministerio Público) mediante el que se ejerce la acción penal”, el denunciante o la víctima pueden otorgar el perdón al victimario y detener el proceso (Pina & de Pina, 2010, 427).

Las regiones que mayor carga presentaron para hombres y mujeres de ambos grupos de edad fueron la región centro, sur y occidental, algunos de los estados que las comprenden se caracterizan por ser regiones donde predomina la pobreza como es el caso de Chiapas (región sur) y Puebla (región centro), la violencia (homicidios y feminicidios) en el Estado de México (región centro), y el narcotráfico en Jalisco (región occidental) (Romero et al., 2018).

Los estados de las regiones citadas además de reportar el abuso también registran como un problema de salud pública el embarazo adolescente y el matrimonio infantil, para el primer caso se encuentra el Estado de México, Querétaro (región centro) y Chiapas (región sur), para el segundo caso destacan Querétaro, Guanajuato (región centro) y Chiapas (región sur) (Flores, 2018; Ortiz, 2018). Con relación a la tipificación del abuso sexual infantil estipulado en el Código Penal Federal, en cinco entidades no aplica la tipificación específica del delito de abuso sexual y son: Tlaxcala (región centro), Aguascalientes y Nayarit (región occidental), Sonora (región noroccidental) y Nuevo León (región nororiental) (Anexo Marco Jurídico, 2018).

Por lo que respecta a la violencia familiar como un ambiente donde se gesta la violencia hacia la pareja y los hijos, se registró en 2018 un incremento del 40% respecto a las denuncias, los 10 estados que sobresalen son: Chihuahua, Coahuila (región norcentral), Baja California, (región noroccidental), Nuevo León, Tamaulipas (región nororiental), Guanajuato, Estado de México, Puebla (región centro), Ciudad de México (región Ciudad de México) y Tabasco (región sur) (Mendoza, 2019).

Los resultados no permiten identificar al victimario ni la relación con la víctima, sin embargo, los agresores principales suelen ser hombres cercanos, en principio familiares (papá, padrastro, abuelos, tíos, primos, hermanos), pero también cuidadores, amigos, conocidos, profesores, entrenadores, sacerdotes (Bustamante et al., 2019). Se ha reportado que cuando el abuso sexual lo comete una persona cercana y de confianza, las consecuencias son significativamente mayores para la víctima, ya que una figura que debiera brindar protección, cuidado y amor, sea quien abuse (Mathews, 2019).

Las experiencias de maltrato experimentadas por mujeres y hombres en su infancia también conllevan a reproducir en ocasiones ese maltrato en sus hijos biológicos, adoptivos

o de menores a su cuidado. Además, durante la edad adulta la salud mental de las o los agresores suele ser inestable (depresión, consumo de sustancias, ideación suicida, etcétera) por lo que requieren atención médica para evitar que continúen con la transmisión del abuso (Hornor & Zeno, 2018).

Si bien la tesis no aborda el problema del abuso sexual infantil desde una perspectiva de género, es importante considerar que los resultados del estudio exponen una clara desigualdad de género, ya que las mujeres presentaron mayor carga de la enfermedad por abuso sexual infantil. El problema no solo radica en la diferencia biológica, sino también es fomentado por las normas culturales, valores, prejuicios o estructuras sociales que reproducen esa desigualdad, es decir, del contexto en el que se desarrollan cotidianamente hombres y mujeres (CEAV, 2015a). Es probable que la desigualdad de género se fomente desde la familia al definir la conducta permitida para hombres y para mujeres. En el caso del abuso sexual infantil, se considera que la familia actúa en complicidad con el agresor al considerar la violencia (maltrato infantil y en consecuencia abuso sexual infantil) como un problema privado, lo que invisibiliza la violencia hacia las mujeres en general (CONAVIM, 2018). También es visto como un problema desde el patriarcado, ya que el hombre concibe a la niña, adolescente o mujer adulta como propiedad y por medio de la violencia la controla y subordina, desdibujando el valor y respeto de su persona (Rennison, 2014).

Oportunidades de prevención, capacitación, detección y barreras del abuso sexual infantil

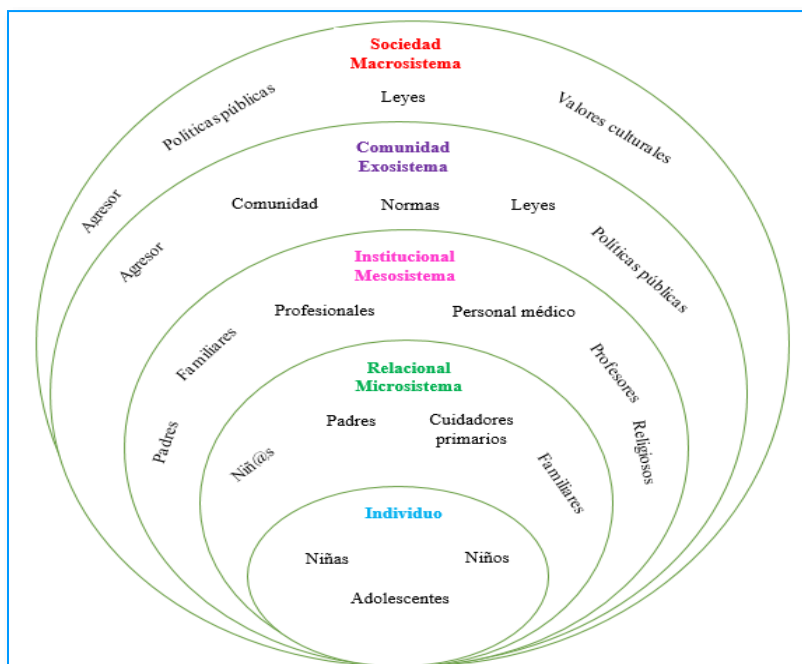
Si bien este apartado no tiene una relación directa con los resultados presentados, se torna necesario retomar el tema de la prevención para evitar la ocurrencia del evento, ya que el abuso sexual infantil es un grave problema de salud pública que requiere atención oportuna desde el nivel primario, por lo que, al ser familiares los principales agresores, resulta indispensable focalizar la prevención en la familia (Zeuthen & Hagelskjær, 2013; Zollner, Fuchs & Fegert, 2014).

El término prevención “tiene por objeto reducir las causas últimas y los factores de riesgo y reforzar los factores de protección, con el fin de evitar la aparición de nuevos casos de maltrato” (OMS, 2009, p. 36). La Organización Mundial de la Salud adoptó en 1994 el

término y dicta tres niveles de prevención: primaria se refiere a las acciones realizadas antes de que ocurra el evento, como fomentar ambientes y conductas saludables, secundaria son las medidas inmediatas que se enfocan a la víctima, como atención médica y apoyo legal, y terciaria se concentra en detener el abuso y atender a la víctima con el fin de disminuir las consecuencias a largo plazo, también involucra atención al agresor para evitar que cometa nuevamente el abuso (Green, Rogers & Kaufman, 2010; Zollner et al., 2014).

Otra manera de clasificar las intervenciones de prevención y atención de acuerdo a la población objetivo son las siguientes: universal implica llevar a cabo estrategias de prevención dirigidas a la población en general sin considerar un riesgo latente, la intención es reducir ese riesgo, selectiva dirige la prevención a las personas o grupos específicos de la población que se encuentren en riesgo de ser victimizadas, e indicada quien atiende a la víctima o al victimario (Green et al., 2010). Para alcanzar la prevención del abuso sexual infantil, la literatura también retoma el modelo ecológico de Uri Bronfrenbrenner, el cual aborda desde diversos niveles: individual, relacional (microsistema), institucional (mesosistema), comunidad (exosistema) y sociedad (macrosistema) hacia dónde y a quién dirigir las acciones y estrategias de prevención (Green et al., 2010; Huacuz, 2010; Jin, Chen & Yu, 2019; Kenny & Wurtele, 2012; NSVRC, 2011; Zeuthen & Hagelskjaer, 2013) (Figura 7).

Figura 7. Modelo Ecológico de Uri Bronfrenbrenner aplicado a la prevención de abuso sexual infantil.



El tema del abuso sexual infantil debe alcanzar a todos los niveles de la sociedad y a instituciones como los sistemas de salud y de justicia, a los gobiernos y académicos (NSVRC, 2011). Los modelos de prevención deben ir enfocados a personal que tenga contacto con niñas, niños y adolescentes, como es el caso de profesores/entrenadores, pediatras e incluso clérigos, pero también a los padres, la familia, a cuidadores primarios, a la sociedad misma y por supuesto a los menores, a estos últimos se necesita empoderarlos en torno a su cuerpo (Zhang, Chen & Liu, 2015; Zollner et al., 2014).

Algunos programas de prevención han mostrado que enseñarles estrategias de autocuidado, como mencionar el nombre adecuado de las partes privadas de su cuerpo y el respeto que merecen, no mantener secretos, aprender a decir no, escapar de situaciones incómodas y acercarse a una figura de confianza para hacerle saber lo ocurrido o lo que su intuición les dice, son habilidades que pueden protegerlos (Zeuthen & Hagelskjær, 2013; Zhang et al., 2015). Es importante que al llevar a cabo estas actividades se evite que en el futuro las y los menores teman al afecto sano, así como sentirse responsables si el abuso llega a ocurrir (Hébert, Lavoie, Piche & Potras, 2001).

La responsabilidad de su bienestar no depende únicamente de recibir educación sobre el tema, por lo que es importante enfatizar que a su corta edad necesitan de los cuidados y atenciones de los padres (Zollner et al., 2014).

Cada modelo de prevención responde al contexto y a las prácticas culturales de su sociedad, por lo tanto los resultados pueden variar (Zollner et al., 2014). Por ejemplo, un estudio realizado en China con 245 profesores de preescolar exploró el conocimiento y la prevención del abuso sexual, el 72.4% de los profesores mencionaron sentirse preocupados de que la educación sobre el abuso sexual induzca a los menores a ampliar el tema de sexo a su corta edad, lo que se traduce como una barrera de acción desde del nivel preescolar (Zhang et al., 2015). Por otro lado, un estudio con preescolares latinos, reportó que en este nivel escolar, es posible enseñarles a reconocer, resistir y reportar conductas inapropiadas aun si son de personas que ellos consideran buenas, así como enseñarles el nombre de sus partes íntimas y la privacidad de ellas. Una de las barreras en el estudio, fue que algunos de los padres rechazaron su participación en el programa por falta de tiempo (Kenny, Wurtele & Alonso, 2012).

Un estudio realizado en Indonesia con 40 profesores de preescolar sobre el conocimiento y las creencias sobre la educación sexual de los alumnos, mostró que los docentes tenían un nivel de conocimiento adecuado sobre el tema, sin embargo, la creencia de enseñar el tema de la sexualidad, es aún un obstáculo. Con relación a correr cuando se está en peligro, el 40% de los profesores considera que es la única estrategia. Sin embargo, el documento expone más estrategias: “gritar, pelear, decir "no", decir "no quiero", llorar, decirle a un adulto de confianza, decirle al agresor que se informará a los demás, correr y pedir ayuda” (Oktavianingsih & Ayriza, 2018, p. 314). Otros estudios reportan como primera habilidad de protección el decir no, segundo alejarse del agresor, tercero contar lo ocurrido a más de una persona, ya que estos eventos suelen repetirse, y cuarto reportar la identidad del agresor o el contacto inapropiado (Citak et al., 2018).

En Estados Unidos se implementó un programa de prevención y capacitación del abuso sexual infantil llamado The Enough! Preventing Child Sexual Abuse in My School, el cual se dirige todos los empleados de escuelas públicas y privadas, padres de familia y alumnos. Un estudio evaluó su efectividad, participaron 134 profesores de 3 escuelas, el programa se cursó en línea y duró 1 hora. Se proyectaron dos videos con situaciones que pueden influir a detectar y reportar una conducta inapropiada por parte de algún docente, así como cambios en el comportamiento del alumno que indiquen que algo le está ocurriendo. Se trabajó con tres grupos, el grupo de intervención (A) recibió el entrenamiento completo y una evaluación del mismo, también completó un pre-posttest, el grupo control (B) completó el posttest y el grupo control (C) completó el pre y posttest. Los resultados fueron alentadores al aumentar el conocimiento de los profesores y las acciones que pueden realizar para su atención (Gushwa, Bernier & Robinson, 2018).

Un estudio realizado en Ecuador evaluó el impacto de un programa de prevención de abuso sexual (adaptado del libro “Tengo derecho a sentirme seguro en todo momento” de Maggie Escartin en 2001) en niños de 7 a 12 años (dos grupos) durante 10 semanas en 7 escuelas públicas con la finalidad de enseñarle a los niños a identificar a una persona de confianza, a una persona con malas intenciones, a aumentar su autoestima, a no guardar secretos, entre otras habilidades. Se evaluó a los alumnos seis meses después de recibir el programa, los resultados fueron positivos, ya que los niños mantuvieron y aumentaron su

conocimiento, lo que evidencia que el programa es viable para que continúe implementándose como una medida de protección a la infancia (Bustamante et al., 2019).

El papel de los padres como figuras responsables del cuidado de los hijos es parte importante de la prevención, son ellos quienes deben proveer un ambiente seguro y saludable, educar sobre la problemática del abuso sexual, el nombre correcto de las partes del cuerpo, la privacidad y respeto que merecen, y con ello, fomentar habilidades como reconocer, evitar y reportar situaciones que peligran la salud del menor, en resumen, monitorear, supervisar, involucrarse y comunicarse con ellos. Sin embargo, algunas limitaciones para alcanzar la prevención, son la comunicación entre padres e hijos, la capacidad de los menores de comprender el tema (identificar actitudes de terceros hacia ellos y aplicar las estrategias), que esas medidas impacten emocionalmente en los más pequeños, ya que pensar que les ocurra un evento así puede ocasionarles temor a los adultos que los rodean, y por último, pensar que los niños más grandes o adolescentes tienen mayor conocimiento sobre el tema, limita que los programas no se enfoquen también en ellos (Rudolph, Zimmer, Shanley & Hawkins, 2017).

La carga de la enfermedad generada por el abuso sexual infantil conlleva para las y los menores víctimas una severa discapacidad en términos de salud física y mental de diversa duración y severidad, para lo cual, es urgente definir y llevar a cabo las acciones y estrategias necesarias para su prevención, para alcanzarla se requiere una participación activa y compromiso de padres de familia, cuidadores primarios, instituciones de orden gubernamental y privadas, y sociedad civil. Las políticas públicas en salud y en salud mental pública son una opción para favorecer la seguridad de las y los menores. Fomentar la denuncia es una medida de gran alcance para los ministerios públicos, ya que al recibirla se podrá atender a la víctima desde el orden legal, pero también brindando una acogida positiva y atención médica especializada en esos casos. De igual manera, es fundamental trabajar sobre el problema del subregistro, ya que algunas instancias involucradas, sobre todo las de salud, no consignan el evento, ya sea por desconocimiento del correcto registro o por implicaciones legales (Gómez et al., 2017).

Las niñas, niños o adolescentes merecen vivir cada etapa de su vida gozando de derechos, cuidados y amor brindados en principio por la familia, pero también recibir respeto y atención de la sociedad (UNICEF, 2016b).

Conclusiones

El abuso sexual infantil es un grave problema de salud pública con repercusiones inmediatas y para toda la vida, por lo que se requiere intervención temprana y oportuna, en principio para evitar que ocurra, y en su defecto proceder médica y legalmente para salvaguardar la seguridad de la víctima bajo los lineamientos correspondientes. La víctima y su familia deben tener la certeza de ser atendidos por personal sensible y capacitado (CEAV, 2015a).

Los resultados a nivel internacional y nacional mostraron un escenario serio y crítico que impacta en la salud física y mental de las víctimas por igual, en duración, magnitud y severidad el costo de esa carga se traduce en Años de Vida Saludables Perdidos (AVISA), Años de Vida Asociados a Discapacidad (AVD) y Años de Vida Perdidos por Muerte Prematura (APMP).

El perfil epidemiológico de México comparado con el mundo (2010 y 2017), permitió dar cuenta de la carga de la enfermedad por abuso sexual infantil en niñas, niños y adolescentes mexicanos, lo que conlleva a generar iniciativas urgentes en el tema. Sin embargo, la violencia generada hacia las niñas y adolescentes muestra una problemática de género a considerar se resuelva de manera inmediata. La tasa de AVISA y AVD mostraron que los grupos más afectados son las mujeres menores de 5 años y de 5 a 14 años (región centro, sur y occidental), para los hombres en ambos grupos de edad representa una carga menor no menos importante (OMS, s/f b; UNICEF, s/f).

La ocurrencia del abuso en estos grupos de edad, comprenden la infancia y adolescencia, para el primero, es una etapa de aprendizaje y descubrimiento de las habilidades, cualquier evento negativo que ocurra y no se atiende, será trascendental para el resto de su vida, para el segundo caso, incluye cambios propios de la edad y momentos clave para el desarrollo y crecimiento que durante la edad adulta pondrán en práctica, por lo que ambos grupos indican una edad vulnerable a cambios, pero también a agresiones y son

las que se deben evitar. Es un desafío urgente salvaguardar la niñez y adolescencia para hombres y mujeres considerando el contexto en el que se desenvuelven (OMS, s/f b; UNICEF, s/f).

Asimismo, es crucial resolver el problema del subregistro para dar cuenta de la realidad y gravedad del abuso sexual infantil, ya que es muy probable que la carga sea aún mayor a los resultados presentados, estos son únicamente estimaciones cercanas al escenario del fenómeno y de la información disponible hoy en día. Para mejorar este tipo de estudios y con ello el subregistro, es fundamental capacitar al personal correspondiente (instancias escolares, médicas y legales) sobre el tema y sus implicaciones inmediatas, es decir, para la víctima; estas medidas permitirán ampliar el conocimiento para realizar el correcto registro de casos de abuso sexual infantil, dicho de otra manera, registrar la causa y no solo la lesión (Gómez et al., 2017).

No hay datos para realmente reflejar lo severo del daño como causa específica o sustrato para otras causas, se tiene que abordar. La sociedad no se puede quedar ciega, hay que enfrentarlo y para enfrentarlo hay que ser muy valientes, y damos cuenta de lo mal que estamos como país, como sociedad, y si no se castiga, no se legaliza, no se regula, no se habla, no se denuncia, no se dice, va a seguir sucediendo y la sociedad se va a seguir deteriorando por eso (Gómez, 2019).

Es evidente que aún falta realizar mayores esfuerzos enfocados a la prevención primaria del abuso sexual infantil, sin embargo, la literatura expone que la mayor parte de las intervenciones acontecen cuando el evento ya ocurrió, es decir, en el nivel terciario (McCartan & Brown, 2019). Por lo que se espera que el desarrollo, implementación y aporte de las políticas públicas en salud y salud mental pública sean de gran utilidad para esta población en situación de vulnerabilidad, en consecuencia a sus acciones, responder a las necesidades de las y los menores, lo que implica reducir a corto, mediano y largo plazo la carga de la enfermedad (discapacidad asociada a consecuencias de salud física y mental). Para los sistemas de salud, involucra un elevado costo de atención, incluso especializado, y

tratamiento continuo, sin olvidar los efectos a nivel familiar, económico y social (Gómez et al., 2017).

Proveer una adecuada atención médica, legal y psicológica por parte de personal calificado y capacitado es otro de los problemas a superar, en el sentido de no victimizar nuevamente a la persona al momento de acudir a recibir intervención, ya que su trato debe ser digno, cálido y amable (CEAV, 2015a).

El esfuerzo de la prevención también radica en evitar la revictimización en algún otro momento, sobre todo para las mujeres el ser víctima de violencia sexual por parte de la pareja durante la edad adulta (violencia familiar), por lo que se debe evitar la transmisión intergeneracional de la violencia en los hijos (Gómez et al., 2017; Loredó, 2004).

Es importante resaltar que la desigualdad de género, los prejuicios sociales, las normas culturales, el estigma, entre otros, son barreras que obstaculizan la prevención, detección y atención del abuso sexual infantil, por lo que se demanda que desde una perspectiva de género se diseñen las acciones enfocadas a las y los menores, así como medidas que los empoderen de su cuerpo (CEAV, 2015a).

Confiar en lo que expresan las y los menores significa dar un paso hacia adelante, poner un alto al abuso, al miedo, al dolor. Si bien el tema es complicado y su incidencia en los distintos estratos socioeconómicos, en las diferentes culturas, en ambos sexos y grupos de edad es alta, no podemos ser ajenos a una realidad que lesiona a las víctimas, no podemos tolerar que sus derechos sean vulnerados. Mantener el secreto no soluciona nada, lo agrava. Debemos trabajar en conjunto para que la detección y la denuncia no ocurran cuando el abuso sexual haya sido prolongado y las consecuencias sean muy severas como infecciones de transmisión sexual, embarazos, además del daño emocional que la víctima lleva consigo, entre otras. Por supuesto, el tratamiento y acompañamiento a la víctima le podrán permitir desenvolverse en todas las áreas de su vida a corto, mediano y largo plazo (Save the Children, 2001).

La participación y compromiso de padres de familia, cuidadores primarios, profesores, profesionales de la salud y sociedad en general es un complemento al cuidado,

respeto, amor, protección y seguridad que merecen las niñas, niños y adolescentes de México y el mundo, así como el pleno ejercicio de sus derechos (UNICEF, 2016b).

Limitaciones

Las limitaciones que acompañan el estudio son:

- ✓ Primero, la Carga Global de la Enfermedad al tratar de ser incluyente, sacrifica información importante para el diagnóstico de abuso sexual infantil (por ejemplo, se desconoce la edad en la que ocurrió el evento y la frecuencia del mismo, al agresor y su relación con la víctima).
- ✓ Segundo, en la definición de violencia sexual, la temporalidad “durante el último año” limita la ocurrencia de más eventos, si se incluyera “alguna vez en la vida” es muy probable que los casos de abuso sexual fueran mayores.
- ✓ Tercero, el subregistro de la información (instituciones de salud, educativas y legales) limita el escenario real del fenómeno, por lo que se requiere fomentar la cultura de la denuncia.
- ✓ Cuarto, no considera la epidemiología de casos ocurridos al interior de instituciones religiosas y otras.
- ✓ Quinto, la información de la base de datos no proporciona AVISA o AVD por trastorno de ansiedad atribuido a abuso sexual infantil.
- ✓ Sexto, se considera una limitación no haber abordado el abuso sexual infantil en las siguientes poblaciones:
 - ✓ Niñas y niños discapacitados
 - ✓ Niñas y niños indígenas
 - ✓ Niñas y niños migrantes
 - ✓ Niñas y niños desplazados
 - ✓ Niñas y niños institucionalizados
 - ✓ Niñas y niños víctimas de trata infantil
 - ✓ Niñas y niños víctimas de abuso sexual incluidos en la pornografía infantil virtual

Recomendaciones

Con la finalidad de mejorar el contenido de la base de datos que presenta la Carga Global de la Enfermedad, se recomienda que considere las limitaciones antes mencionadas, también se sugiere que incluya otras fuentes de datos, como las encuestas de violencia realizadas en México.

Por otro lado, para evitar, detectar y atender el abuso sexual se recomienda lo siguiente:

Padres, cuidadores primarios y familiares:

- ✓ Brindar información obligatoria sobre prevención, detección y atención del abuso sexual infantil a los padres de familia, cuidadores primarios y familiares (DIF, 2017b).
- ✓ Capacitar a los padres de familia para abordar el tema de la sexualidad en sus hijos y fomentar el autocuidado del cuerpo, la salud y la vida (DIF, 2017b; SEP, 2017).
- ✓ Mantener una supervisión constante con los hijos y fomentar confianza y comunicación con ellos (SEP, 2017).
- ✓ Si se ha detectado que el menor es víctima de abuso sexual, es importante que se le escuche únicamente lo que él expresa sin presionar a mencionar detalles exactos, ya que las autoridades correspondientes se encargarán de realizar su intervención y atención, también se le debe explicar que la culpa no es de ella o él (Borja, Pío, Sánchez, 2013).
- ✓ Fomentar la cultura de la denuncia a nivel familiar para la protección de las y los menores (CEAV, 2015a).

Instituciones escolares:

- ✓ Brindar información obligatoria sobre prevención, detección y atención del abuso sexual infantil al personal que trate y trabaje con menores (profesores, prefectos, entrenadores, trabajo social, psicólogos, pedagogos) en las instancias correspondientes (SEP, 2018).
- ✓ Implementar y evaluar con regularidad programas/protocolos enfocados a la prevención, detección y atención del abuso sexual infantil en escuelas de educación

básica (preescolar, primaria y secundaria) públicas y privadas dirigidos a los alumnos y profesores (SEP, 2018).

- ✓ Incluir y abordar temas de sexualidad en la currícula escolar (DIF, 2017b; SEP, 2017).
- ✓ Capacitar a estudiantes de medicina y a médicos sobre la detección del maltrato infantil y los criterios internacionales para su registro. Además de los procedimientos éticos y legales para su denuncia (Loredo et al., 2009).
- ✓ Aumentar la oferta de cursos presenciales o en línea sobre la prevención, detección y tratamiento con personal altamente calificado en el tema (SEP, 2017; SEP, 2018).

Instituciones médicas:

- ✓ Para conocer la magnitud real del fenómeno, se recomienda diseñar un sistema único de registro (coordinado con otras fuentes o instancias) que permita recabar los casos de abuso sexual infantil (Gómez et al., 2017).
- ✓ En caso de detectar una situación de esta índole, facilitar la atención médica, psicológica y legal oportuna a la víctima y familiares (CEAV, 2015b).
- ✓ Se considera urgente capacitar al personal de salud mental para tratar a víctimas de abuso sexual infantil por la gravedad de problemas como depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático, entre otros, para evitar la cronicidad múltiple (OPS, 2016).
- ✓ Solicitar a las autoridades correspondientes implementar mecanismos prevención, detección y tratamiento oportuno y de calidad (DIF, 2017b).
- ✓ Además de la sanción legal para el victimario, brindarle atención y tratamiento para evitar que repita el abuso (CEAV, 2015b).

Instituciones legales:

- ✓ En caso de recibir una denuncia de esta índole, facilitar la atención médica, psicológica y legal oportuna a la víctima y familiares con trato digno durante la asesoría, asistencia y seguimiento (Borja et al., 2013; SEP, 2017).

Sociedad:

- ✓ Fomentar la cultura de la denuncia a nivel social para la protección de las y los menores (CEAV, 2015a).
- ✓ A través de programas, comerciales de radio, televisión y/o redes sociales, concientizar y sensibilizar a la sociedad sobre el cuidado y la protección que las y los menores merecen, así como alentar a denunciar este acto (DIF, 2017c).
- ✓ Promover ambientes saludables y seguros para el sano desarrollo y crecimiento de las y los menores (SEP, 2017).
- ✓ Fomentar la equidad de género, socializar de manera armoniosa, cambiar actitudes que desvaloricen a niñas, adolescentes y mujeres (DIF, 2017b; SEP, 2017).

Referencias

- Alvis, N., & Valenzuela, M. (2010). Los QALYs y DALYs como indicadores sintéticos de salud. *Revista Médica de Chile*, 138, 83-87. Disponible en <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v138s2/art05.pdf>
- Amores, A., & Mateos, R. (2017). Revisión de la neuropsicología del maltrato infantil: la neurobiología y el perfil neuropsicológico de las víctimas de abusos en la infancia. *Psicología Educativa*, 23, 81-88. Disponible en <https://reader.elsevier.com/reader/sd/65FCB98637AEAD03ED4C742ED49D76D7813B8642F30D1BB23E76DE418B5444D2EB0F3DE41303A7308CC44E0E05A0822C>
- Anexo Marco Jurídico. (2018). Tipificación del Abuso Sexual Infantil en el Código Penal Federal y de las Entidades Federativas.
- Arredondo, V., Saavedra, C., Troncoso, C., & Guerra, C. (2006). Develación del abuso sexual en niños y niñas adolescentes atendidos en la Corporación Paicabi. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14, 385-399. Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/773/77344439026.pdf>
- Arruabarrena, M.I. (2011). Maltrato Psicológico a los Niños, Niñas y Adolescentes en la Familia: Definición y Valoración de su Gravedad. *Psychosocial Intervention*, 20, 25-44. Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/1798/179818575004.pdf>
- Banco Mundial. (1993). *Informe sobre Desarrollo Mundial 1993: invertir en salud*. Washington, D.C. Oxford University Press. Disponible en <http://documentos.bancomundial.org/curated/es/282171468174893388/pdf/121830WDR0SPANISH0Box35456B01PUBLIC1.pdf>
- Banco Mundial. (2019). *Países y economías*. Grupo Banco Mundial. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/pais>
- Batres, G. (2013). *Adolescentes embarazadas y abuso sexual infantil: ¿Qué hemos aprendido?*. Instituto Latinoamericano de Naciones Unidas para la Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente.
- Bedoya, J. (2019, enero 2). El Vaticano ocultó la pederastia del fundador de los Legionarios de Cristo durante 63 años. *El País*. Disponible en https://elpais.com/sociedad/2018/12/31/actualidad/1546256111_595163.html

- Berenzon, S., & Vargas, I. (2012). Salud mental y sociedad. En: JR de la Fuente, G. Heize, *Salud Mental y Medicina Psicológica*. Mc Graw Hill, México, 12-21.
- Böhm, B., Zollner, H., Fegert, J., & Liebhardt, H. (2014). Child sexual abuse in the context of the Roman Catholic Church: A review of literatura frm 1981-2013. *Journal of Child Sexual Abuse*, 26, 635-656.
- Borges, G., Medina, M.E., & López, S. (2004). El papel de la epidemiología en la investigación de los trastornos mentales. *Salud Pública de México*, 46, 451-463. Disponible en <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v46n5/a10v46n5.pdf>
- Borja, V. (2000). Estudios ecológicos. *Salud Pública de México*, 42(6), 533-538. Disponible en <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/6276/7508>
- Borja, A., Pío, S., Sánchez, L. (2013). *Guía para la Detección y Seguimiento de Casos de Violencia y Abuso Infantil*. México: Oficial Nacional de Protección Integral para Save the Children. Disponible en <https://www.savethechildren.mx/sci-mx/files/dd/dd4ba21c-2ada-4968-a8dc-b3bafd53b64e.pdf>
- Bustamante, G., Andrade, M., Mikesell, C., Cullen, C., Endara, P., Burneo, V., ... Grunauer, M. (2019). “I have the right to feel safe”: Evaluation of a school-based child sexual abuse prevention program in Ecuador. *Child Abuse and Neglect*, 91, 31-40.
- Camps, S., Castillo, J., & Cifre, I. (2014). Apego y psicopatología en adolescentes y jóvenes que han sufrido maltrato: implicaciones clínicas. *Clínica y Salud*, 25, 67-74. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180630186008>
- Cao, C., Merjanian, L., Pierre, J., & Balica, A. (2017). Case Report. A Discussion of High-Risk HPV in a 6-Year-Old Female Survivor of Child Sexual Abuse. *Case Reports in Obstetrics and Gynecology*, 1-4. Disponible en <https://www.hindawi.com/journals/criog/2017/6014026/>
- Chávez, R., Rivera, L., Ángeles, A., Díaz, E., Allen, B., & Lazcano, E. (2009). Factores del abuso sexual en la niñez y la adolescencia en estudiantes de Morelos, México. *Revista de Saúde Pública*, 43(3), 506-514. Disponible en <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n3/177.pdf>

- Citak, G., Gorak, G., Ozyazicioglu, N., Ak, B., Isil, O., & Vural, P. (2018). Preventing child sexual abuse: body safety training for youth children in Turkey. *Jornal of Child Sexual Abuse*, 1-19.
- Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas (CEAV). (2015a). *Modelo de Atención Integral en Salud*. México.
- Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas (CEAV). (2015b). *Modelo Integral de Atención a Víctimas*. México.
- Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres (CONAVIM). (2018). *¿Qué es la perspectiva de género y por qué es necesario implementarla?*. Disponible en <https://www.gob.mx/conavim/articulos/que-es-la-perspectiva-de-genero-y-por-que-es-necesario-implementarla>
- Consejo Nacional de Población (CONAPO). (2016). *Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA)*. Secretaría de Salud. Disponible en https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/232826/ENAPEA_0215.pdf
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). (2018). *Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social 2018. Resumen Ejecutivo*. México: CONEVAL. Disponible en https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/IEPSM/Documents/RESUMEN_EJECUTIVO_IEPDS2018.pdf
- Cortés, M.R., & Cantón, J. (1997). *Definición, incidencia y causas del maltrato infantil en el contexto familiar*. En J. Cantón y M.R. Cortés (eds.) *Malos tratos y abuso sexual infantil*. España: Editorial Siglo Veintiuno Editores.
- Curry, S., Krist, A., Owens, D., Barry, M., Caughey, A., Davidson, K., Wong, J. (2018). Interventions to Prevent Child Maltreatment US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*, 320, 2122-2128. Disponible en <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2716570>
- De la Redacción. (2019, febrero 11). Iglesia católica ha retirado a 152 curas por pederastia en México. *La Jornada*. Disponible en <https://www.jornada.com.mx/2019/02/11/sociedad/029n1soc#>

- Durazzo, A. (2019, mayo 24.). Yucatán tiene, mínimo, un caso de abuso sexual al día contra niñas menores de 14 años. *El Financiero*. Disponible en <https://www.elfinanciero.com.mx/peninsula/yucatan-tiene-minimo-un-caso-de-abuso-sexual-al-dia-contra-ninas-menores-de-14-anos>
- Early. (s/f). *Diagnóstico sobre la situación del abuso sexual infantil en un contexto de violencia hacia la niñez en México*. Disponible en https://www.dropbox.com/sh/urr6iptpndjrfom/AAAVzr3pMZehMfYY-HY5_Gkga?dl=0&fbclid=IwAR3allk3ijCQFIOXCzLqHmZzGlXqvbwvO_uTESkAIPpP59dg8CxV_3VdNv4&preview=Facts+y+recomendaciones+ESPA%C3%91OL.pdf
- Easton, S. (2013). Disclosure of Child Sexual Abuse Among Adult Male Survivors. *Clinical Social Work Journal*, 41, 344-355.
- Easton, S., & Kong, J. (2017). Mental Health Indicators Fifty Years Later: A Population-based Study of Men with Histories of Child Sexual Abuse. *Child Abuse & Neglect*, 63, 273-283.
- Elizalde, S. (2012). Radiología pediátrica, la primera subespecialidad. *Anales de Radiología México*, 3, 133-135. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/anaradmex/arm-2012/arm123a.pdf>
- Erro, J. (2017). Guardar el secreto. Abuso sexual infantil y salud mental. *Kamchatka. Revista de Análisis cultural*, 10, 379-393. Disponible en <https://ojs.uv.es/index.php/kamchatka/article/view/10565/10554>
- Flores, N. (2018, enero 7). El matrimonio infantil en México: Niñas y adolescentes se casan con adultos 30 años mayores. *RT Sepa más*. Disponible en <https://actualidad.rt.com/actualidad/259322-matrimonio-infantil-mexico-ninas-adolescentes-casarse>
- Flores, M., Nava, C., & Arenas, L. (2017). Embarazo en la adolescencia en una región de México: un problema de Salud Pública. *Revista de Salud Pública*, 19(3), 374-378. Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v19n3/0124-0064-rsap-19-03-00374.pdf>
- Forounzafar, M., Alexander, L., Anderson, R., Bachman, V., Biryukov, S. Brauer, M., ... Murray, C. (2015). Global, regional, and national comparative risk assessment of 79

- behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*, 1-37.
- García, C., Loredó, A., & Gómez, M. (2009). Guía para la atención del abuso sexual infantil. *Acta Pediátrica de México*, 30, 94-123. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2009/apm092e.pdf>
- Ghose, S., & Lopamudra, J. (2017). Adolescent pregnancy: an overview. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 6(10), 4197-4203.
- Gilbert, R., Spathz, W., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*, 373, 68-81.
- Global Burden of Disease Study GBD. (2016). Data Input Sources Tool. Disponible en <http://ghdx.healthdata.org/gbd-2016/data-input/sources?locations=130&components=5&causes=717>
- Gómez-Dantés, H. (2019). Comunicación personal.
- Gómez-Dantés, H., Castro, M.V., Franco, F., Bedregal, P., Rodríguez, J., Espinoza, A., Valdez, W., Lozano, R., et al. (2011). La carga de la enfermedad en países de América Latina. *Salud Pública de México*, 53, 72-77. Disponible en <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/03.pdf>
- Gómez-Dantés, H., Hidalgo, E., Ávila, L., Campuzano, J.C., Montañez, J.C., Ríos, M.J., Romero, M., Lozano, R. (2016). *Carga de las lesiones intencionales y accidentales en México: diagnóstico y perspectivas*. México, 1990-2013. México.
- Gómez-Dantés, H., Montero, P.A., Ríos, M.J., Razo, C., Hidalgo, E., Gómez, Cahuana, L., Campuzano, J.C., Lozano, R. (2017). *La Carga de las lesiones en México 1990-2015*. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública. Disponible en https://www.insp.mx/images/stories/2017/Avisos/docs/170822_Carga_Lesiones_5jul.pdf
- González, J. (2019, marzo 15). En México mueren 92% más niñas y adolescentes por embarazo que por aborto: OMS. *Difusión Norte*. Disponible en <http://difusionnorte.com/muerte-materna-vs->

[aborto/?fbclid=IwAR2NP0XY9EMkls92PPEeTPuSeG-kFrGUXevO3V0ZOihhbhG0taTrVZTI61M](https://www.elsalvador.com/noticias/nacional/532801/trece-mujeres-son-victimas-de-violencia-sexual-en-el-salvador-a-diario/)

- González, X. (2018, octubre 28). A diario, trece mujeres son víctimas de violencia sexual en El Salvador. *Diario elsalvador.com*. Disponible en <https://www.elsalvador.com/noticias/nacional/532801/trece-mujeres-son-victimas-de-violencia-sexual-en-el-salvador-a-diario/>
- González, C., Ramos, L., Vignau L.E., & Ramírez, C. (2001). El abuso sexual y el intento suicida asociados con el malestar depresivo y la ideación suicida de los adolescentes. *Salud Mental*, 24, 16-25. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58262403>
- González, E., Orgaz, B., & López, F. (2012). La conducta sexual infantil como indicador de abusos sexuales: los criterios y sesgos de los profesionales. *Psicothema*, 24, 402-409. Disponible en <http://www.psicothema.es/pdf/4030.pdf>
- Green, J., Rogers, D., & Kaufman, K. (2010). Using theory to strengthen prevention practice. En Kaufman, K. (Ed.). *The prevention of sexual violence: a practitioner's sourcebook*. Holyoke, M.A: Neari Press.
- Guerra, A.A. (2005). *Aspecto legal del maltrato infantil*. En: M. Jiménez (coord.) *Caras de la violencia familiar*. México: Gobierno del Distrito Federal/ Universidad Autónoma de la Ciudad de México.
- Gushwa, M., Bernier, J., & Robinson, D. (2018). Advancing child sexual abuse prevention in schools: an exploration of the effectiveness of the Enough! Online training program for K-12 teachers. *Journal of Child Sexual Abuse*, 28, 144-159.
- Hébert, M., Lavoie, F., Piche, C., & Poitras, M. (2001). Proximate effects of a child sexual abuse prevention program in elementary school children. *Child Abuse & Neglect*, 25, 505-522.
- Hernández, M., Garrifo, F., & López, S. (2000). Diseño de estudios epidemiológicos. *Salud Pública de México*, 42(2), 144-154. Disponible en <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/6222/7401>
- Hernández, O. (2019, junio 26). Groenlandia rompe el silencio en torno a los abusos sexuales a menores. *El Correo*. Disponible en

<https://www.elcorreo.com/internacional/union-europea/groenlandia-rompe-silencio-20190626111725-nt.html>

Honor, G., & Zeno, R. (2018). Child Sexual Abuse Perpetrators: What Forensic Nurses Need to Know. *International Association of Forensic Nurses*, 14, 206-213. Disponible en https://www.nursingcenter.com/pdfjournal?AID=4842054&an=01263942-201812000-00006&Journal_ID=1506294&Issue_ID=4841890

Huacuz, M. (2010). La violencia contra las mujeres. Un problema complejo en el ámbito educativo. *Decisio. Educación, prevención de la violencia de género*, 27, 3-12. Disponible en https://cdn.crefal.org/CREFAL/revistas-decisio/decisio27_saber1.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2011). *Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica (ENADID) 2009. Panorama sociodemográfico de México: principales resultados*. México: INEGI, CONAPO. Disponible en http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/encuestas/hogares/enadid/enadid2009/702825495602.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2014). *La anticoncepción: implicaciones en el embarazo adolescente, fecundidad y salud reproductiva en México. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica ENADID*. México: INEGI, CONAPO. Disponible en http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825089627.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2017a). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016. Principales resultados*. México. Disponible en <https://www.inegi.org.mx/programas/endireh/2016/>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2017b). *Esperanza de vida*. Disponible en <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/esperanza.aspx?tema=P>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2017c). *Encuesta Demográfica Retrospectiva (EDER) 2017*. El Colegio de México. Disponible en http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/programas/eder/2017/doc/eder2017_resultados_completa.pdf

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2017d). *La anticoncepción: implicaciones en el embarazo adolescente, fecundidad y salud reproductiva en México: Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014*. México: INEGI. Disponible en http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825089627.pdf
- Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). (2003). *Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003*. México: INSP. Disponible en https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/15071/ENVIM2003_V.pdf
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM), Instituto Nacional de Salud Pública (INSP); Secretaría de Salud (SSA). (2012). *Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas*. Villatoro, J.A., Medina-Mora, M.E., Fleiz, C., Téllez, M.M., Mendoza, L.R., Romero, M., Gutiérrez, J.P., Castro, M., Hernández, M., Tena, C., Alvear, C., Guisa, V. México: INPRFM. Disponible en http://inprf.gob.mx/psicosociales/archivos/ena/ena2011_drogas.pdf
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM), Comisión Nacional Contra las Adicciones (CONADIC), Secretaría de Salud (SSA). (2015). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014: Reporte de Drogas*. Villatoro, J.A., Oliva, N., Fregoso, D., Bustos, M., Mujica, A., Martín del Campo, R., Nanni A.R. y Medina-Mora, M.E. México: INPRFM. Disponible en www.inprf.gob.mx
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM), Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), Comisión Nacional Contra las Adicciones (CONADIC), Secretaría de Salud (SSA). (2017). *Encuesta Nacional sobre el Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017. Reporte de drogas*. Villatoro, J.A., Reséndiz, E., Mujica, A., Bretón, M., Cañas, V., Soto, I., Fregoso, D., Fleiz, C., Medina-Mora, M.E., Gutiérrez, J., Franco, A., Romero, M., Mendoza, L. México: INPRFM. Disponible en https://drive.google.com/file/d/1zIPBiYB3625GBGIW5BX0TT_YQN73eWhR/view

- Institute for Health, Metrics and Evaluation (IHME). (s/f). *GBD History*. Disponible en <http://www.healthdata.org/gbd/about/history>
- Institute for Health, Metrics and Evaluation (IHME). (2018). *Protocol for the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors study (GBD)*. Disponible en http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/Projects/GBD/GBD_Protocol.pdf
- Jiménez, E. (2017, marzo 13). Iglesia mexicana abre centro para protección de menores. *Milenio*. Disponible en <https://www.milenio.com/cultura/iglesia-mexicana-abre-centro-proteccion-menores>
- Jin, Y., Chen, J., & Yu, B. (2019). Parental practice of child sexual abuse prevention education in China: Does it have an influence on child's outcome?. *Children and Youth Services Review*, 96, 94-69. Disponible en <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0190740918307412?token=B5317F78C77507667C280EA14D5E85BFCD09D5CF88313A3A2F57A03279FEEC6F755B4469AB7DB45700B0DB5FBEC1F458>
- Kenny, M., Wurtele, S., Alonso, L. (2012). Evaluation of a Personal Safety Program with Latino Preschoolers. *Journal of Child Sexual Abuse*, 21, 368-385.
- Kenny, M., & Wurtele, S. (2012). Preventing childhood sexual abuse: an ecological approach. *Journal of Child Sexual Abuse*, 21, 361-367.
- Klika, B., Haboush, A., & Linkenbach, J. (2019). Hidden protections: identifying social norms associated with child abuse, sexual abuse, and neglected. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 36, 5-14.
- Kyu, H., Pinho, C., Wagner, J., Brown, J., Bertozzi, A., Charlson, F., Coffeng, L., ... Vos, T. (2016). Global and national Burden of diseases and injuries among children and adolescents between 1990 and 2013: findings from the Global Burden of Disease 2013 Study. *JAMA Pediatrics*, 170, 1-21.
- Krug, E., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A., & Lozano, R. (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud.
- Laborde, A. (2019, enero 15). Una lista negra de 7.000 sacerdotes acusados de abuso sexual en EE UU. *El País*. Disponible en https://elpais.com/sociedad/2018/12/20/actualidad/1545338915_371518.html

- Lara, A., & Nieto, L. (2014). Depresión en la mujer. En Corona, Medina, Ostrosky, Sarti & Uribe (Eds.). *La mujer y la salud en México* (pp. 257-267). México: Academia Nacional de Medicina
- León, A., Loredo, L., Trejo, J., López, G., & García, C. (2007). Maltrato fetal: expresión clínica del recién nacido de madres víctimas de violencia física durante el embarazo. *Acta Pediátrica de México*, 28(4), 131-135.
- Lim, S., Vos, T., Flaxman, A., Danaei, G., Shibuya, K., Adair, H., Amman, M., ... Ezzati, M. (2012). A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010 a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 380, 224-60.
- Loredo, A. (2004). *Maltrato en niños y adolescentes*. México: Editores de Textos Mexicanos.
- Loredo, A. (2016). Maltrato infantil: ¿conocer su impacto económico favorece su prevención?. *Acta Pediátrica de México*, 37, 1-3. Disponible en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01862391201600010001
- Loredo, A. (2017). *Maltrato infantil: gravedad y prevención*. México: Instituto Nacional de Pediatría.
- Loredo, A., Casas, A., Trejo, J., Melquiades, I., Martín, V. (2015). Síndrome del niño sacudido: cuadro clínico y evolución de 17 casos en el Instituto Nacional de Pediatría. *Acta Pediátrica de México*, 36, 72-80. Disponible en <http://www.scielo.org.mx/pdf/apm/v36n2/v36n2a4.pdf>
- Loredo, A., Monroy, D., & Casas, A. (2013). El maltrato infantil. Conceptos básicos de una patología médico social legal. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 56, 5-10. Disponible en <http://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v56n6/v56n6a2.pdf>
- Loredo, A., Trejo, J., García, C., López, G., Perea, A., Gómez, M., Casimiro, A., Melquiades, I., Martín, A. (2009). La Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado: Implementación de una estrategia de aplicación nacional en investigación, docencia y asistencia. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*.

- 66, 283-292. Disponible en <http://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v66n3/v66n3a10.pdf>
- Loredo, A., Trejo, J., García, C., Portillo, A., Capistrán, A., Carballo, R., Mendoza, O., ... Martín, V. (2010). Maltrato infantil: Una acción interdisciplinaria e interinstitucional en México. Comisión Nacional para el Estudio y la Atención Integral al Niño Maltratado. Primera parte. *Salud Mental*, 33, 281-290. Disponible en <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v33n3/v33n3a9.pdf>
- Loredo, A., Trejo, J., García, C., Portillo, A., López, G., Alcántar, I., Mendoza, O., ... Ortiz, G. (2011). Maltrato infantil: Una acción interdisciplinaria e interinstitucional en México. Comisión Nacional para el Estudio y la Atención Integral al Niño Maltratado. Segunda parte. *Salud Mental*, 34, 67-73. Disponible en https://www.researchgate.net/publication/237036929_Maltrato_infantil_Una_accion_interdisciplinaria_e_interinstitucional_en_Mexico_Consenso_de_la_Comision_para_el_Estudio_y_Atencion_Integral_al_Nino_Maltratado_Segunda_Parte
- Loredo, A., Vargas, E., Casas, A., González, J., & Gutiérrez, C. (2017). Embarazo adolescente: sus causas y repercusiones en la diada. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 55, 223-229. Disponible en <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457750722016>
- Loredo, A., Villanueva, H., Aguilar, A., & Casas, A. (2016). Maltrato infantil: su conocimiento, atención y difusión en tres hospitales pediátricos de México. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 73(4), 219-227. Disponible en https://ac.els-cdn.com/S1665114616300636/1-s2.0-S1665114616300636-main.pdf?_tid=8690e2d2-c426-11e7-ac8800000aab0f26&acdnat=1510105720_eb3aafd46134155b24b506215e225301
- Lozano, R. (2015). *La Carga de la Enfermedad, las Lesiones y los Factores de Riesgo en México 1990- 2013: resultados a nivel Nacional y Estatal*. México: Instituto Nacional de Salud Pública. Disponible en <https://www.insp.mx/avisos/3917-estudio-carga-enfermedad.html>
- Lozano, R., Gómez, H., Garrido, F., Jiménez, A., Campuzano, J., Franco, F., Medina, ME., et al. (2013). La carga de enfermedad, lesiones, factores de riesgo y desafíos para el sistema de salud en México. *Salud Pública de México*, 55, 580-594.

- Lozano, R., Gómez, H., Pelcastre, B., Ruelas, M.G., Montañez, J.C., Campuzano, J.C., Franco, F., González, J.J. (2014). *Carga de la enfermedad en México, 1990-2010. Nuevos resultados y desafíos*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública/Secretaría de Salud. Disponible en https://www.insp.mx/images/stories/Produccion/pdf/150122_cargaEnfermedad.pdf
- McCartan, K., & Brown, J. (2019). The prevention of sexual abuse: issues, challenges and resolutions. *Journal of Sexual Aggression*, 25, 1-3.
- Maida, A., Molina, M., Basualto, C., Bahamondes, C., Leonvendagar, X., & Abarca, C. (2005). La experiencia de abuso en las madres: ¿es un predictor de abuso sexual de los hijos?. *Revista Chilena Pediatría*, 76, 41-47. Disponible en https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062005000100005
- Mathews, B. (2019). A taxonomy of duties to report child sexual abuse: Legal developments offer new ways to facilitate disclosure. *Child Abuse and Neglect*, 88, 337-347. Disponible en <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0145213418304472?token=CAC4C0696AEC822639068FD6D9020E059EE15DAD7BE108847936230936D56C017090812072A5DC92D84172DD30122155>
- Martínez, L. (2016). *El abuso sexual infantil en México: limitaciones de la intervención estatal*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Jurídicas. Disponible en <http://familiasysexualidades.inmujeres.gob.mx/pdf/10.pdf>
- Martínez, S. (2018, marzo 18). Seminarista preso por abuso sexual se ordenó y volvió a atacar. *La Jornada*. Disponible en <https://www.jornada.com.mx/2018/03/25/politica/009n1pol>
- Martínez, C., & Figueroa, M. (2000). Abuso sexual en la infancia. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 2, 61-69. Disponible en <http://archivos.pap.es/files/1116-127-pdf/131.pdf>
- Marty, C., & Carvajal, C. (2005). Maltrato infantil como factor de riesgo de trastorno por estrés postraumático en la adultez. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 43, 180-187. Disponible en <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnp/v43n3/art02.pdf>

- McElvaney, R. (2006). *Child Sexual Abuse: How Young People Tell*. Suicide prevention: School as a place of healing. Conference proceedings, Irish Association of Suicidology: Sligo, Ireland. Disponible en <http://arrow.dit.ie/cgi/viewcontent.cgi?article=1001&context=aaschsslcon>
- Medina, M.E., Borges, G., Lara, C., Ramos, L., Zambrano, J., & Fleiz, C. (2005). Prevalencia de sucesos violentos y trastorno por estrés postraumático en la población mexicana. *Salud Pública de México*, 47, 8-22. Disponible en <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v47n1/a04v47n1.pdf>
- Mejía, G. (2005). Propuesta de una estrategia que permita detectar abuso sexual en adolescentes. Informe preliminar. *Acta Pediátrica de México*, 26, 90-95. Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/4236/423640827007.pdf>
- Mendoza, L., Claros, D., & Pañaranda, C. (2016). Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 81(3), 243-253. Disponible en https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000300012
- Mendoza, A. (2019, febrero 25). Se dispara violencia familiar en 10 estados; aumentos entre 100% y 800%. *Excelsior*. Disponible en <https://www.excelsior.com.mx/nacional/se-dispara-violencia-familiar-en-10-estados-aumentos-de-entre-100-y-800/1298399>
- Mojarro, M. (2006). *Guía para el diagnóstico presuntivo de Maltrato Infanto-juvenil*. México: Secretaría de Salud. Disponible en https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/15011/diagnosticomaltratoinfantil_juvenil_V.pdf
- Molina, S. (2017). *Comunicación, infancia y adolescencia: Guías para periodistas. Abuso sexual*. Argentina: UNICEF. Disponible en http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Abuso%20Comunicaci%C3%B3n,%20infancia%20y%20adolescencia%20Gu%C3%ADas%20para%20periodistas_1.pdf

- National Center of Child Abuse and Neglect NCCAN. (1988). *Child sexual abuse: Incest, Assault, and Sexual exploitation*. US Department of Health, Education and Welfare publication (OHTS) 79-30166. Washington, DC: DHEW.
- National Sexual Violence Resource Center (NSVRC). (2011). *Child sexual abuse prevention*. Pennsylvania Coalition Against Rape. Disponible en https://www.nsvrc.org/sites/default/files/2012-03/Publications_NSVRC_Bulletin-Child-sexual-abuse-prevention.pdf
- Noll, J., Trickett, P., Long, J., Negriff S., Susman, E., Shale, I., Li, J., & Putnam, F. (2017). Childhood sexual abuse and Early timing of puberty. *Journal of Adolescent Health*, 60, 65-71.
- Nolen, S., & Hilt, L. (2010). Gender differences in depression. En Gotlib & Hammen (Eds.). *Handbook of depression* (pp.386- 398). New York: The Guilford Press.
- Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999. (1999). *Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar*. Disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/190ssa19.html>
- Novales, X. (2006). Abuso sexual: mucho más frecuente de lo que se piensa. *Revista de Salud Pública y Nutrición*, 7(1), 1-2. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/revsalpubnut/spn-2006/spn061a.pdf>
- Numhauser, J., & Soto, P. (2006). Consejos en la psicoterapia de mujeres víctimas de incesto. Revisión de 59 casos. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 44(4): 271-281. Disponible en https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272006000400006
- Observatorio de Derechos Humanos de las Mujeres. (2018). *Violencia Sexual en Honduras: el impacto de las políticas de negación de los derechos de las mujeres*. Centro de Derechos de Mujeres. Disponible en <http://derechosdelamujer.org/wp-content/uploads/2018/11/Boleti%C4%9Bn-violencia-sexual-WEB.pdf>
- Onostre, R. (2000). Abuso sexual en niñas y niños. Consideraciones clínicas. *Revista Chilena de Pediatría*, 98, 27-33. Disponible en http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2000/00_27_33.pdf
- Oktavianingsih, E., & Aryriza, Y. (2018). Teachers' knowledge and belief for educating sexuality to kindergarten students. *International Journal of Pedagogy and Teacher*

- Education*, 2, 307-318. Disponible en <https://jurnal.uns.ac.id/ijpte/article/viewFile/19760/17174>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (s/f a). *Ciclo de vida*. Disponible en https://www.who.int/elena/life_course/es/
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (s/f b). *Desarrollo de la adolescencia*. Disponible en https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (s/f c). *10 datos sobre salud mental*. Disponible en http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/es/
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (s/f d). *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo*. Disponible en <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (s/f e). *Salud mental*. Disponible en https://www.who.int/topics/mental_health/es/
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2003). *Guidelines for medico-legal care of victims of sexual violence*. Geneva: OMS. Disponible en <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42788/924154628X.pdf?sequence=1>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Suiza: Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Disponible en http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2009). *Prevención del maltrato infantil: Qué hacer, y cómo obtener evidencias*. Suiza: OMS. Disponible en https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44228/9789243594361_spa.pdf;jsessionid=8182732B48450E437BA025DF4212EF48?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2013). *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres*. Washington, DC: OPS. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98821/WHO_RHR_12.37_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2016). *Maltrato infantil*. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). *El embarazo en la adolescencia*. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2017, octubre 11). Persiste matrimonio infantil en 6 estados de Mexico, alerta ONU. *ONU Noticias México*. Disponible en <http://www.onunoticias.mx/persiste-matrimonio-infantil-6-estados-mexico-alerta-onu/>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (s/f a). *Violencia contra los niños y las niñas*. Disponible en http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11122%3Aviolence-against-children&catid=1505%3Aintra-family-violence&Itemid=41533&lang=es
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (s/f b). *Buen trato y cuidado permanente del niño*. Organización Mundial de la Salud. Disponible en https://www.paho.org/bulletins/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=noticias-atencion-integrada-4&alias=135-kfp-12-buen-trato-cuidado-permanente-ninos-135&Itemid=418&lang=es
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen*. Washington, D.C: Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. Disponible en http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2008). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud 10a. revisión*. Washington, D.C.: OPS. Disponible en <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volume1.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2016). *Se extiende la capacitación en las Guías de intervención mhGAP para los trastornos mentales, ahora en la frontera norte de México*. México: OPS. Disponible en

https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=1137:se-extiende-la-capacitacion-en-las-guias-de-intervencion-mhgap-para-los-trastornos-mentales-ahora-en-la-frontera-norte-de-mexico&Itemid=499

- Ortiz, T. (2018, abril 18). Estado de México con el mayor índice de embarazos en adolescentes. *Edomex al día*. Disponible en <http://www.edomexaldia.com.mx/2018/04/estado-de-mexico-con-el-mayor-indice-de-embarazos-en-adolescentes/>
- Pavez, I. (2016). El incesto como tabú y la liberación de la víctima. *Athenea Digital: Revista de pensamiento e investigación social*, 16(3), 285-300. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6035772>
- Pereda, N., Gallardo, D., & Jiménez, R. (2011). Trastornos de personalidad en víctimas de abuso sexual infantil. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39, 131-139. Disponible en <http://www.actasespanolasdepsiquiatria.es/repositorio/13/70/ESP/13-70-ESP-131-139-359461.pdf>
- Pérez, J., Flores, L., García, C., Loredó, A., Trejo, J., & Casimiro, A. (2015). Consideración del problema de maltrato infantil en los planes de estudio de medicina y de especialidades médicas en México. *Acta Pediátrica de México*, 36, 61-71. Disponible en <http://www.scielo.org.mx/pdf/apm/v36n2/v36n2a3.pdf>
- Peterson, Z., Janssen, E., Goodrich, D., Fortenberry, J., Hensel, D., & Heinman, J. (2017). Child Sexual Abuse and Negative Affect as Shared Risk Factors for Sexual Aggression and Sexual HIV Risk Behavior in Heterosexual Men. *Archives of sexual behavior*, 1-17.
- Pina, J.P., & de Pina, R. (2010). *Diccionario de derecho*. México: Porrúa.
- Pino, A., Cortés, L., & Salcedo, M. (2018). Caracterización de los casos de violencia sexual atendidos en dos instituciones prestadoras de servicios de salud del municipio de Palmira-Valle Del Cauca, Colombia. *Revista Médica de Risaralda*, 23, 10-13. Disponible en <https://revistas.utp.edu.co/index.php/revistamedica/article/view/14941>
- Ramos, L., & SaItijeral, M.T. (2008). ¿Violencia episódica o terrorismo íntimo? Una propuesta exploratoria para clasificar la violencia contra la mujer en las relaciones

- de pareja. *Salud Mental*, 31, 469-478. Disponible en <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v31n6/v31n6a7.pdf>
- Ramos, L., Saltijeral, M.T., Romero, M., Caballero, M.A., & Martínez, N.A. (2001). Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de usuarias de un centro de salud. *Salud Pública de México*, 43, 182-191. Disponible en <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v43n3/a02v43n3.pdf>
- Redacción Justicia. (2018, octubre 11). Comisión Aampetra detectó agresiones sexuales contra 8.584 menores. *El Telégrafo*. Disponible en <https://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/judicial/12/comision-aampetra-agresiones-sexuales-menores>
- Rennison, C. (2014). Feminist theory in the context of sexual violence. In: Bruinsma G., Weisburd D. (Eds.) *Encyclopedia of Criminology and Criminal Justice*. Springer: New York, NY.
- Rivera, L., Allen, B., Chávez, R., & Ávila, L. (2006). Abuso físico y sexual durante la niñez y Re victimización de las mujeres mexicanas durante la edad adulta. *Salud Pública de México*, 48, S268–S278. Disponible en <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v48s2/31383.pdf>
- Romero, M., Gómez, H., Manríquez, Q., Saldívar, G., Campuzano, J., Lozano, R., & Medina, M. (2018). The Invisible Burden of Violence Against Girls and Young Women in Mexico: 1990 to 2015. *Journal of Interpersonal Violence*, 0, 1-19.
- Rodríguez, A. (2010). Evaluación médico-legal del abuso sexual infantil. Revisión y actualización. *Cuadernos de Medicina Forense*, 16, 99-108. Disponible en <http://scielo.isciii.es/pdf/cmfv/v16n1-2/revision10.pdf>
- Rodríguez, Y. (2019, mayo 10). Violación, una de las principales causas de maternidad infantil, dice experta. *El Universal*. Disponible en <https://www.eluniversal.com.mx/estados/violacion-una-de-las-principales-causas-de-maternidad-infantil-dice-experta>
- Rudolph, J., Zimmer, M., Shanley, D., & Hawkins, R. (2017). Child Sexual Abuse Prevention Opportunities: Parenting, Programs, and the Reduction of Risk. *Child maltreatment*, 1-11.

- Santana, R., Sánchez, R., & Herrera, E. (1998). El maltrato infantil: un problema mundial. *Salud Pública de México*, 40, 1-8. Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/106/10640109.pdf>
- Sauceda, J.M. (1999). II. Identificación del abuso sexual en pediatría. *Gaceta Médica de México*, 135, 261-266. Disponible en http://fundacionenpantalla.org/articulos/pdf%27s/Identificacion_del_abuso_sexual_pediatria.pdf
- Save the Children. (2010). *Abuso sexual infantil: manual de formación para profesionales*. Disponible en <https://es.slideshare.net/elmundodelosasi/save-the-children-abuso-sexual-infantil-manual-de-formacion-para-profesionales>
- Save The Children. (2012). *Violencia sexual contra los niños y las niñas. Abuso y explotación sexual infantil*. Guía de material básico para la formación de profesionales. España. Disponible en https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/violencia_sexual_contr_a_losninosylasninas.pdf
- Save The Children. (2017). *Matrimonios infantiles en México*. Disponible en <https://www.savethechildren.mx/que-hacemos/incidencia-politica/matrimonioinfantil>
- Schmukler, B. (2000). *Políticas públicas, equidad de género y democratización familiar*. México: Instituto Mora.
- Secretaría de Educación Pública (SEP). (2017). *Protocolo para la Atención y Prevención de la Violencia Sexual en las Escuelas de Educación Inicial, Básica y Especial en la Ciudad de México*. México: CNDH. Disponible en <http://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/Protocolo-Violencia-Sexual-Escuelas-CdMx.pdf>
- Secretaría de Educación Pública (SEP). (2018). *Orientaciones para la prevención, detección y actuación en casos de abuso sexual infantil, acoso escolar, maltrato en las escuelas de educación básica. Documento base para elaboración de protocolos en las entidades federativas*. México: SEP. Disponible en <https://www.gob.mx/escuelalibredeacoso/articulos/orientaciones-para-la->

[prevencion-deteccion-y-actuacion-en-casos-de-abuso-sexual-infantil-acoso-escolar-y-maltrato-en-las-escuelas-de-educacion-basica](#)

- Secretaría de Salud. (2006). *Informe Nacional sobre Violencia y Salud*. México, DF: SSA. Disponible en [https://www.unicef.org/mexico/spanish/Informe_Nacional-capitulo_II_y_III\(2\).pdf](https://www.unicef.org/mexico/spanish/Informe_Nacional-capitulo_II_y_III(2).pdf)
- Secretaría de Salud. (2009). *Encuesta Nacional sobre Violencia contra las mujeres 2006 ENVIM*. México: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Disponible en http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/ENVIM_2006.pdf
- Secretaría de Salud. (2011). *Detección temprana del abuso físico desde el nacimiento hasta los 12 años de edad en el primer nivel de atención*. México, DF: SSA. Disponible en http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/400_GPC_MaltratoInfantil/DIF-400-09-GER_MALTRATO_INFANTIL.pdf
- Secretaría de Salud. (2018). *Embarazo en niñas y adolescentes. Un fenómeno multifactorial*. México: SSA. Disponible en <https://www.gob.mx/salud/articulos/embarazo-en-ninas-y-adolescentes?idiom=es>
- Senado de la República. (2009). *Perspectiva histórica del maltrato infantil*. México. Disponible en <http://www.senado.gob.mx/index.php?ver=sp&mn=2&sm=2&id=23127>
- Seuc, A., Domínguez, E., & Díaz, O. (2000). Introducción a los DALYs. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 38, 92-101. Disponible en http://bvs.sld.cu/revistas/hie/vol38_2_00/hie02200.pdf
- Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF). (2017a). *¿Sabes qué es el abuso sexual a niñas y niños?*. México: DIF. Disponible en <https://www.gob.mx/difnacional/articulos/sabes-que-es-el-abuso-sexual-a-ninas-y-ninos?idiom=es>
- Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF). (2017b). *Protocolo de Prevención del Abuso Sexual Infantil a Niñas, Niños y Adolescentes*. México: DIF. Disponible en

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/306450/Protocolo_Prevenccion_Abuso_Sexual_2017.pdf

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF). (2017c). *Campaña Nacional de Prevención del Abuso Sexual infantil*. México. Disponible en <https://www.gob.mx/difnacional/videos/campana-nacional-de-prevencion-del-abuso-sexual-infantil>

Toth, S., & Cicchetti, D. (2004). El maltrato infantil y su impacto en el desarrollo psicosocial del niño. *Enciclopedia sobre el desarrollo de la primera infancia*, 1-6. Disponible en <http://www.encyclopedia-infantes.com/sites/default/files/textes-experts/es/2313/el-maltrato-infantil-y-su-impacto-en-el-desarrollo-psicosocial-del-nino.pdf>

Tsopelas, C., Tsetsou, S., Ntounas, P., & Douzenis, A. (2012). Female perpetrators of sexual abuse of minors: What are the consequences for the victims?. *International Journal of Law and Psychiatry*, 35(4), 305-310.

UNICEF. (s/f). *La infancia. Los primeros años*. México. Disponible en https://www.unicef.org/mexico/spanish/ninos_6901.html

UNICEF. (2009). *Estudio sobre maltrato infantil en el ámbito familiar*. Paraguay. Disponible en https://www.unicef.org/paraguay/spanish/py_resources_estudio_maltrato.pdf

UNICEF. (2012). *4to estudio de maltrato infantil*. Chile. Disponible en <http://unicef.cl/web/cuarto-estudio-de-maltrato-infantil/>

UNICEF. (2013). *Maternidad en la niñez. Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes*. UNFPA, Fondo de Población de las Naciones Unidas. Disponible en <http://207.58.191.15:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/380/SP-SWOP2013.pdf?sequence=1>

UNICEF. (2016a). *Abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes: Una guía para tomar acciones y proteger sus derechos*. Argentina: UNICEF. Disponible en [https://www.unicef.org/ecuador/proteccion-AbusoSexual contra NNYA-2016 \(1\).pdf](https://www.unicef.org/ecuador/proteccion-AbusoSexual%20contra%20NNyA-2016%20(1).pdf)

UNICEF. (2016b). *Primera infancia 2016-2020. Para cada niño el mejor comienzo. Documento de posicionamiento*. Argentina: UNICEF. Disponible en

https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org.argentina/files/2018-03/PrimeraInfancia2016_0.pdf

UNICEF. (2018a). *Abusos sexuales y embarazo forzado en la niñez y adolescencia. Lineamientos para su abordaje institucional*. Argentina: UNICEF. Disponible en http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/AbusoSexual_Digital_Oct2018.pdf

UNICEF. (2018b). N° 6 *Serie violencia contra niñas, niños y adolescentes. Un análisis de los datos del programa "Las Víctimas Contra Las Violencias" 2017-2018*. Argentina: UNICEF. Disponible en <https://www.unicef.org/argentina/media/4096/file>

Unikel, C., Ramos, L., & Juárez, F. (2011). Asociación entre abuso sexual infantil y conducta alimentaria de riesgo en una muestra de adolescentes mexicanas. *Revista de Investigación Clínica*, 63, 475-483. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2011/nn115f.pdf>

Valencia, M. (2007). Trastornos mentales y problemas de salud mental. Día Mundial de la Salud Mental 2007. *Salud Mental*, 30, 75-80. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58230211>

Valenzuela, B. (1997). *Entidad federativa o estado. Sistema de información legislativa*. Disponible en <http://sil.gobernacion.gob.mx/Glosario/definicionpop.php?ID=94>

Vega, M., & Núñez, G. (2017). Experiencias Adversas de la Infancia: Revisión de su impacto en niños de 0-5 años. *Enfermería Universitaria*, 14, 124-130. Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706317300192>

Verduzco, M. (2006). La autoestima estrés y afrontamiento desde la perspectiva de niños y niñas escolares. *Hologramática*, 2(5), 59-70. Disponible en http://www.cienciared.com.ar/ra/usr/3/285/n5_v2_pp59_70.pdf

Verdú, D. (2019, febrero 25). El Papa cierra la cumbre sin la concreción que exigió al inicio. *El País*.

Vos, T., Alemu, A., Abbafati, C., Abbas, K., Hassen, K., Abd-Allah, F., Abdulle A., ... Abuka, T., (2017). Supplementary appendix 1. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of

- Disease Study 2016. *Lancet*, 390, 1-900. Disponible en [https://www.thelancet.com/cms/10.1016/S0140-6736\(17\)32154-2/attachment/52b63b24-df1c-49ea-b9e4-1b51cbc697bd/mmc1.pdf](https://www.thelancet.com/cms/10.1016/S0140-6736(17)32154-2/attachment/52b63b24-df1c-49ea-b9e4-1b51cbc697bd/mmc1.pdf)
- Villanueva, I., Guzmán, P., Alonso, M., Beltrán, F., Gómez, Y., Pérez, I. (2011). Funcionamiento familiar en familias víctimas de abuso sexual intrafamiliar-incesto. *Psicogente*, 14 (25), 100-121. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6113817>
- Wild, T., Fromberger, P., Jordan, K., Muller, I., & Muller, J. (2019). Web-based health services in forensic psychiatry: A review of the use on the internet in the treatment of child sexual abusers and child sexual exploitation material offenders. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 1-13. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6369176/>
- Williamson, D., Thompson, T., Anda, R., Dietz, W., & Felitti, V. (2002). Body weight and obesity in adults and self-reported abuse in childhood. *International Journal of Obesity*, 26, 1075-1082. Disponible en <https://www.nature.com/articles/0802038.pdf>
- World Economic Forum. (2018). *Global Gender Gap Report 2018*. Organization for Public-Private Cooperation. Disponible en http://www3.weforum.org/docs/WEF_GGGR_2018.pdf
- Wright, J., & Thiara, R. (2019). Breaking the silence and shame of sexual abuse: creative writing for therapeutic purposes (CWTP). *Journal of Poetry Therapy*, 32, 11-22.
- Zeuthen, K., & Hagelskjær, M. (2013). Prevention of Child Sexual Abuse: Analysis and Discussion of the Field. *Journal of Child Sexual Abuse*, 22, 742-760. Disponible en https://www.researchgate.net/publication/255705552_Prevention_of_Child_Sexual_Abuse_Analysis_and_Discussion_of_the_Field
- Zhang, W., Chen, J., & Liu, F. (2015). Preventing Child Sexual Abuse Early: Preschool Teachers' Knowledge, Attitudes, and Their Training Education in China. *SAGE Open*. 1-8. Disponible en <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2158244015571187>

- Zollner, H., Fuchs, K., & Fegert, J. (2014). Prevention of sexual abuse: improved information is crucial. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 8, 1-9. Disponible en <https://capmh.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1753-2000-8-5>
- Zúñiga, I. (2013). Abuso sexual infantil: una alerta para el personal médico de primer contacto. *Archivos de Investigación Materno Infantil*, 5(1), 3-10. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/imi/imi-2013/imi131a.pdf>

Anexos

Anexo 1. Definiciones de maltrato infantil

Organizaciones mundiales	
<i>Fondo de las Naciones Unidas para la infancia UNICEF</i>	“Los menores víctimas de maltrato y abandono son aquel segmento de la población conformado por niños, niñas y jóvenes hasta los 18 años que sufren ocasional o habitualmente actos de violencia física, sexual o emocional sea en el grupo familiar o en las instituciones sociales. El maltrato puede realizarse por omisión (por ejemplo abandono), supresión o transgresión de los derechos individuales y colectivos” (UNICEF, 2009, p. 14).
<i>Organización Mundial de la Salud OMS</i>	“El maltrato infantil se define como los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. La exposición a la violencia de pareja también se incluye a veces entre las formas de maltrato infantil” (OMS, 2016).
<i>Organización de las Naciones Unidas ONU</i>	“Toda forma de violencia, perjuicio o abuso físico y mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, mientras que el niño se encuentre bajo la custodia de sus padres, de un tutor, o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo” (Loredo, 2004).
<i>Organización Panamericana de la Salud OPS</i>	“La violencia contra los niños y las niñas incluye todas las formas de violencia física, sexual y emocional, descuido, trato negligente y explotación. Maltrato infantil se refiere más concretamente a actos de violencia perpetrados por adultos en posiciones de responsabilidad, confianza o poder” (OPS, s/f b).
Organizaciones nacionales	
<i>Norma Oficial Mexicana NOM</i>	“Acto u omisión único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia, en relación de poder –en función del sexo, la edad, la condición física- en contra de otro u otros integrantes de la misma, sin importar el espacio físico donde ocurra el maltrato físico, psicológico, sexual o abandono” (NOM, 1999).
<i>Comisión Nacional de los Derechos Humanos CNDH</i>	“Todo acto u omisión encaminado a hacer daño, aun sin esta intención pero que perjudique el desarrollo normal del menor” (Senado de la República, 2009).
<i>Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia DIF</i>	“Aquellas agresiones que los adultos descargan sobre los menores, produciéndoles daños físicos y emocionales, afectando su desarrollo intelectual, educación y su adecuada integración a la sociedad” (Secretaría de Salud, 2006, p. 26).
<i>Secretaría de Salud SSA</i>	“Toda agresión física y emocional, abuso sexual, descuido, negligencia u omisión, explotación comercial o de otro tipo; siempre intencional, no accidental, realizada habitual u ocasionalmente sin importan el espacio físico donde ocurra; contra niños, niñas y jóvenes, desde la etapa prenatal y que afecte su

	integridad biopsicosocial, ejecutadas por una persona, institución o sociedad en el contexto de una relación de confianza, de superioridad física y/o intelectual y/o poder” (Secretaría de Salud, 2011).
<i>Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado-Instituto Nacional de Pediatría-Universidad Nacional Autónoma de México CAINM-INP-UNAM</i>	“Toda agresión u omisión física, sexual, psicológica o negligente intencional contra un menor de edad, antes o después de nacer, y que afecte su integridad biopsicosocial a corto, mediano o largo plazo. Esta agresión u omisión es ocasionada por una persona, una institución o una sociedad en función a su superioridad, física, intelectual o económica” (Loredo, 2017, p. 12).
Autores extranjeros	
<i>Kempe, 1962</i>	“El uso de la fuerza física no accidental, dirigida a herir o lesionar a un niño, por parte de sus padres o parientes” (Santana et al., 1998, p. 2).
<i>Wolfe, 1991</i>	“El maltrato implica la presencia de una lesión no accidental, resultado de actos de perpetración (agresión física) o de omisión (falta de atención por parte de quienes están a cargo del niño y que requiere de atención médica o intervención legal)” (Santana et al., 1998, p. 2).
<i>Cortés y Cantón</i>	“Cualquier conducta de abuso o abandono a un niño o niña que genere lesiones, enfermedad o trastornos, independientemente de la gravedad y cronicidad, debe de considerarse maltrato infantil. Es decir aquellas conductas que pueden causar lesiones graves tendrían que considerarse violentas aunque ocurran solamente una vez” (Cortés & Cantón, 1997).
Autores nacionales	
<i>Guerra</i>	“El concepto de maltrato infantil, no sólo debe entenderse como la acción y efecto de golpear, insultar o tratar mal a cualquier ser humano que se encuentre en la etapa de su vida comprendida desde el nacimiento hasta la pubertad, sino a todo acto que atente contra los derechos de los menores, ya sea de manera intencional u omisa” (Guerra, 2005).
<i>Loredo</i>	“Es la forma extrema y/o extraña de lesiones no Accidentales, de cualquier forma e agresión sexual, privación emocional u otro proceso de agresión ya sea aislada o combinada y ocasionadas intencionalmente por los padres, parientes cercanos y/o adultos estrechamente relacionados con la familia” (Loredo, 2004, p. 20).

Elaboración propia

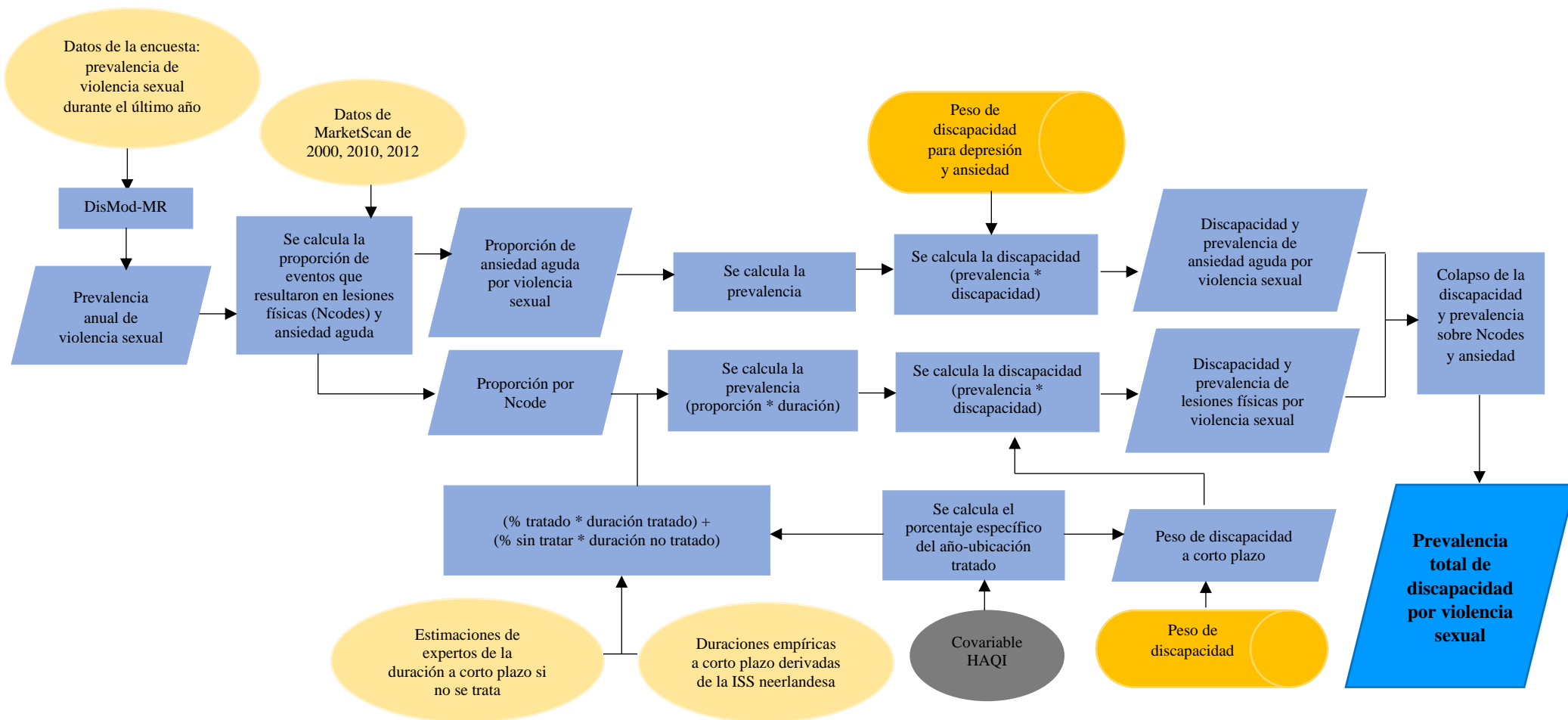
Anexo 2. Definiciones de abuso sexual infantil

Organizaciones mundiales	
<i>Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF</i>	“El abuso sexual ocurre cuando un niño es utilizado para la estimulación sexual de su agresor (un adulto conocido o desconocido, un pariente u otro NNyA) o la gratificación de un observador. Implica toda interacción sexual en la que el consentimiento no existe o no puede ser dado, independientemente de si el niño entiende la naturaleza sexual de la actividad e incluso cuando no muestre signos de rechazo. El contacto sexual entre un adolescente y un niño o una niña más pequeños también puede ser abusivo si hay una significativa disparidad en la edad, el desarrollo, el tamaño o si existe un aprovechamiento intencionado de esas diferencias” (UNICEF, 2016a, p. 9).
<i>Organización Mundial de la Salud OMS</i>	“El abuso sexual infantil es la participación de un niño en una actividad sexual que él o ella no comprende completamente, no puede dar un consentimiento informado, o para el cual el niño no está preparado para el desarrollo y no puede dar su consentimiento, o que viola las leyes o los tabúes sociales de la sociedad. El abuso sexual infantil se evidencia en esta actividad entre un niño y un adulto u otro niño que, por edad o desarrollo, se encuentra en una relación de responsabilidad, confianza o poder, cuya actividad está destinada a satisfacer las necesidades de otra persona. Esto puede incluir, pero no se limita a: - el incentivo o la coerción de un niño para participar en cualquier actividad sexual ilegal; - el uso explotador de un niño en la prostitución u otras prácticas sexuales ilegales; - el uso explotador de niños en actuaciones y materiales pornográficos” (OMS, 2003, p. 75).
<i>National Center of Child Abuse and Neglect</i>	“Contactos e interacciones entre un niño y un adulto, cuando este usa al niño para estimularse sexualmente él mismo, al niño o a otra persona. El abuso sexual puede también ser cometido por una persona menor de 18 años, cuando es significativamente mayor que la víctima ó cuando el agresor está en una posición de poder o control sobre otro menor” (NCCAN, 1978).
<i>Save the children</i>	“Constituye abuso sexual toda actividad sexual impuesta por un adulto o un niño contra la que este tiene derecho a la protección del derecho penal. También se consideran abuso las actividades sexuales impuestas por un niño a otro si el primero es considerablemente mayor que la víctima o utiliza la fuerza, amenazas u otros medios de presión. Las actividades sexuales entre niños no se consideran abuso sexual cuando los niños superan el límite de edad establecido por el Estado parte para las actividades sexuales consentidas” (Save the Children, 2012, p. 8).
Organizaciones nacionales	
<i>Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia DIF</i>	“El abuso sexual a niñas y niños se efectúa cuando una persona de la misma o mayor edad, los obliga a tener contacto sexual a través de caricias, besos, tocamientos; ver y escuchar pornografía o exhibir los genitales y/o cualquier comportamiento de tipo sexual” (DIF, 2017a).
<i>Clínica de Atención</i>	“La interacción sexual que puede o no ser física, entre un niño y un

<p><i>Integral al Niño Maltratado-Instituto Nacional de Pediatría- Universidad Nacional Autónoma de México CAINM-INP-UNAM</i></p>	<p>individuo de una mayor edad, quien lo utiliza en forma violenta, con engaño o seducción para su estimulación sexual, la del menor o la de otro” (Loredo, 2017, p. 36).</p>
---	---

Elaboración propia

Anexo 3. Diagrama de flujo: Violencia sexual



*Diagrama de flujo (traducido al español) recuperado de Vos et al., 2017, p. 657.

Anexo 4. Descripción del peso de la discapacidad por el trastorno depresivo mayor.

Severidad del nivel	Descripción	95% IC
Leve	Siente una tristeza persistente y ha perdido interés en sus ocupaciones habituales. La persona a veces duerme mal, se siente cansada, o tiene problemas para concentrarse pero aun así funciona en la vida diaria con esfuerzo extra.	0.145 (0.099–0.209)
Moderado	Tiene tristeza constante y ha perdido interés en las ocupaciones habituales. La persona tiene alguna dificultad en la vida diaria, duerme mal, tiene problemas para concentrarse, y algunas veces piensa en hacerse daño a sí misma.	0.396 (0.267-0.531)
Severo	Tiene una tristeza abrumadora, constante y no puede funcionar en la vida cotidiana. La persona a veces pierde el contacto con la realidad y quiere hacerse daño o suicidarse.	0.658 (0.477-0.807)

* Recuperado (traducido al español) de Vos et al., 2017, p. 432.

Anexo 5. Códigos del ICD-10 incluidos en la condición de "ansiedad aguda y/o reacción al estrés" como secuela de violencia sexual.

ICD-10 Code	Condition Description
308	Acute reaction to stress
308	Predominante disturbance of emotions
308.1	Predominant disturbance of consciousness
308.2	Predominant psychomotor disturbance
308.3	Other acute reactions to stress
308.4	Mixed disorders as reaction to stress
308.9	Unspecified acute reaction to stress
309	Adjustment reaction
309	Adjustment disorder with depressed mood
309.1	Prolonged depressive reaction
309.2	Adjustment reaction with predominant disturbance of other emotions
309.21	Separation anxiety disorder
309.22	Emancipation disorder of adolescence and early adult life
309.23	Specific academic or work inhibition
309.24	Adjustment disorder with anxiety
309.28	Adjustment disorder with mixed anxiety and depressed mood
309.29	Other adjustment reactions with predominant disturbance of other emotions
309.3	Adjustment disorder with disturbance of conduct
309.4	Adjustment disorder with mixed disturbance of emotions and conduct
309.8	Other specified adjustment reactions
309.81	Posttraumatic stress disorder
309.82	Adjustment reaction with physical symptoms
309.83	Adjustment reaction with withdrawal
309.89	Other specified adjustment reactions
309.9	Unspecified adjustment reaction

* Recuperado de Vos et al., 2017, p. 661.

Anexo 6. Estimaciones del riesgo de "ansiedad aguda y / o reacción al estrés" (*lage, sex*) entre las personas que experimentan violencia sexual durante un período de un año, específico para la edad y el sexo.

Edad	Hombres		Mujeres	
	Estimación	Error estándar	Estimación	Error estándar
0	0.0967	0.0023	0.1205	0.0028
5	0.0933	0.0021	0.1162	0.0027
10	0.0899	0.0021	0.1120	0.0026
15	0.0867	0.0020	0.1080	0.0025
20	0.0836	0.0020	0.1042	0.0024
25	0.0806	0.001	0.1004	0.0024
30	0.0777	0.0018	0.0968	0.0023
35	0.0749	0.0018	0.0934	0.0022
40	0.0722	0.0017	0.0900	0.0021
45	0.0697	0.0016	0.0868	0.0020
50	0.0672	0.0016	0.0837	0.0020
55	0.0648	0.0015	0.0807	0.0019
60	0.0624	0.0015	0.0778	0.0018
65	0.0602	0.0014	0.0750	0.0018
70	0.0581	0.0014	0.0723	0.0017
75	0.0560	0.0013	0.0697	0.0016
80	0.0540	0.0013	0.0672	0.0016
85	0.0520	0.0012	0.0648	0.0015
90	0.0502	0.0012	0.0625	0.0015
95	0.0484	0.0011	0.0603	0.0014

* Recuperado de Vos et al., 2017, p. 662.