

ABUSO SEXUAL, MALESTAR EMOCIONAL Y CONSUMO DE SUSTANCIAS EN ADOLESCENTES

Angel Belzunegui-Eraso

Sociological Research Center, Universitat Rovira i Virgili

Sonia Fernández-Aliseda

Universitat Rovira i Virgili

Abstract. En esta comunicación mostramos los resultados de un estudio transversal correlacional derivado de una encuesta, a través de cuestionario autoadministrado, a adolescentes de entre 15 y 17 años de la ciudad de Tarragona. La muestra del estudio fue N=1490 con un error muestral del 2,3%. La hipótesis fue que el abuso sexual sufrido por adolescentes presentaba diferencias significativas en los consumos de sustancias y en diversas de sus modalidades, respecto a los adolescentes que no reportaron abuso sexual. Para ello, se analizó la prevalencia de consumo de tabaco y alcohol, y de ciertas modalidades de consumo de estas sustancias, en cuatro submuestras de adolescentes (con y sin abuso sexual y sexo). Se realizó un primer análisis descriptivo y posteriormente análisis bivalente con tablas de contingencia y cálculo de riesgos relativos (RR). Para las variables métricas, se utilizaron la comparación de medias (t de Student) y ANOVA de un factor. Los resultados mostraron un mayor consumo entre las chicas y los chicos que sufrieron abuso sexual y, particularmente, mostraron un mayor riesgo relativo de consumo entre los varones. Estos hallazgos pueden ayudar a diseñar mejor políticas de prevención de consumos ya detectar mejor el fenómeno del abuso sexual en los adolescentes.

Key words. Abuso sexual, adicción, malestar emocional.

1. INTRODUCCIÓN

El abuso sexual infantil se refiere a contactos o interacciones entre un o una menor de edad y una persona adulta, cuando esta (agresor/a) usa a una persona menor para estimularse sexualmente él mismo, al menor de edad o a otra persona (que puede ser, a su vez, un adulto u otra persona menor de edad). Las personas que cometen el abuso sexual suelen ser adultos conocidos por los niños, niñas y adolescentes, pero también pueden ser desconocidos y, en ocasiones, menores de edad.

El abuso sexual es un fenómeno universal que afecta a todas las clases sociales, etnias, religiones y culturas sin distinción¹. Es un problema de salud pública^{2,3} asociado con el aumento de las tasas de trastornos psiquiátricos, trastornos por consumo de sustancias y problemas de salud física entre los que han sufrido abuso sexual^{4,5,6,7,8}.

Los datos sobre abuso sexual en España son dispares, dependiendo de las fuentes que se consulten. López, Faro, Lopetegui et al.⁹ subrayan que existen factores de confusión metodológicos, algunos derivados de las distintas definiciones de abuso sexual en la infancia y adolescencia que dificultan la comparabilidad, otras veces derivados de los distintos procedimientos muestrales y, finalmente, de los instrumentos utilizados para su análisis. Respecto a los datos también hay importantes diferencias en otros países. Con datos procedentes de Estados Unidos¹⁰, se ha reportado que hay más mujeres (58,9%) que hombres (40,1%) que sufren abuso sexual y en la franja de edad de entre 6 y 12 años las niñas serían sujetos de incesto en mayor medida que los niños, más afectados por el abuso extrafamiliar (pederastia). Otros estudios¹¹ informan de que el abuso sexual infantil, en sentido estricto, puede afectar a entre un 4% y un 8% de la población y ponen de manifiesto las implicaciones y consecuencias de la victimización a corto plazo, sobre todo cuando el agresor es un familiar y en los casos de violación. A largo plazo también observan una cierta correlación entre abuso sexual en la infancia y la aparición de alteraciones emocionales o de comportamientos sexuales inadaptados en la vida adulta.

Pereda y Forn¹², en su estudio con n=1033 estudiantes universitarios

aplicando el cuestionario *Traumatic Life Events Questionnaire* (TLEQ), sitúan la prevalencia del abuso sexual antes de los 18 años en un 17,9% (un 14,9% antes de los 13 años y un 3% entre los 13 y los 18 años). Un 15,5% de los varones y un 19% de las mujeres manifiestan haber sufrido esta experiencia. López, Faro, Lopetegui et al.⁹, en una muestra clínica de 1033 mujeres mayores de 18 años que acuden a visita psicológica sucesiva por problemas relacionados con su salud sexual o reproductiva, detectan el abuso sexual con intento de penetración o penetración en la infancia/adolescencia y lo asocian a mayores dificultades en la excitación, mayor rechazo e inapetencia y mayor polarización del deseo sexual.

La mayoría de los estudios muestran impacto del abuso sexual en la infancia y adolescencia en las relaciones de la vida adulta, y en particular en las relaciones afectivas. Se señalan altas tasas de bajo ajuste social¹³, dificultades en la interacción personal, insatisfacción con las relaciones, peores habilidades sociales, sentimientos de aislamiento, menor autoestima y otros desajustes.

En el caso del abuso sexual infantil, en los años noventa, se encontraron algunas evidencias¹⁴ en relación a niños y niñas carentes de afecto en la familia, víctimas de malos tratos – en cualquiera de sus formas – más fácilmente susceptibles de convertirse en objeto de abusos sexuales, y manipulados más fácilmente con ofrecimientos interesados de afecto, atención y recompensas a cambio de sexo y secreto, siendo, por lo tanto, sujetos de alto riesgo¹⁵.

En España entre un 10 y un 20% de la población ha sido víctima de abuso sexual en su infancia, generalmente antes de cumplir los 13 años de edad¹⁶. Y, los agresores son, generalmente, varones de mediana edad, y con frecuencia resultan ser familiares o conocidos del o la menor¹⁷.

Por otro lado, en relación tanto al abuso sexual infantil y adolescente, estudios llevados a cabo con muestras comunitarias y de estudiantes universitarios confirmaron estas cifras, tanto en el ámbito nacional¹⁸ como en regiones específicas^{19,20,21}.

Los estudios que mostraban la variable sexo en la década de los 90, identificaban que en América del Norte las víctimas de abuso infantil solían ser más frecuentemente mujeres (58,9%) que hombres (40,1%) y estaban situadas en una

franja de edad entre los 6 y 12 años, aunque predominaba una mayor proximidad a la pubertad. También se detectó que había un mayor número de niñas en el abuso intrafamiliar (incesto), con una edad de inicio anterior (7-8 años)²², y en otro estudio, con una muestra de Cádiz, se detectó un mayor número de niños en el abuso extrafamiliar (pedofilia), con una edad de inicio posterior (11-12 años)²³.

Al mismo tiempo, encontramos un estudio realizado en Granada con una metodología retrospectiva²⁴, que concluye que, un 6,5% de los varones y un 10% de las mujeres, habían sido víctimas de abuso sexual antes de los 13 años. Y, en otro estudio realizado en comunidades autónomas del Estado Español, se detectó que un 78,8% de niñas y un 21,2% de niños habían sido víctimas de abuso sexual infantil²⁵.

Cabe señalar que estos porcentajes varían en función del origen de la muestra analizada y van incrementándose conforme nos alejamos de la población comunitaria y entrevistamos a jóvenes de zonas sociales problemáticas²⁶.

De ahí que, las diferencias de sexo, tanto en el abuso sexual infantil como adolescente sean muy evidentes, el hecho de ser niña (mujer) conlleva un alto riesgo, circunstancia que se ha considerado tradicionalmente. Esto puede deberse principalmente al hecho de que la mayoría de los agresores son varones predominantemente heterosexuales²⁷.

Por otro lado, nos encontramos con el perfil de los agresores, según un estudio²⁸ realizado en Portugal, el 84.5% de los niños y niñas fueron abusados sexualmente por abusadores identificables, con mayor frecuencia miembros de la familia (entorno doméstico). El 42.3% del abuso sexual de niños y niñas ocurrió en sus hogares, y el 28.2% en la casa del abusador. Es decir, un 15-20% es producido por padrastros a hijas, el 65% restante implica a hermanos, tíos, hermanastros, abuelos y novios que viven en el mismo hogar. Sin embargo, un estudio con una muestra de Estados Unidos, concluye que el abuso entre madre-hijo es mucho menos frecuente y se limita a aquellos casos en que la madre carece de una relación de pareja, presenta una adicción al alcohol o a las drogas y cuenta con un historial de abusos sexuales en la infancia²⁹.

Y, en el caso de los abusos a adolescentes, el 72,3% de los perpetradores eran desconocidos, siendo abordados durante las actividades diarias (34.8%) y de camino

al trabajo o la escuela (28.4%)³⁰. Resultados que se contraponen a otros estudios³¹ que concluyen que la mayoría de las agresiones a adolescentes son perpetradas por un hombre conocido por la víctima.

Por lo tanto, el agresor en los adolescentes puede ser conocido o desconocido, mientras que, en los niños, predomina el agresor identificable, especialmente los de núcleo familiar³².

Y, por último, el descubrimiento del abuso sexual, suele tener lugar bastante tiempo después de los primeros incidentes (meses o años)³³.

Algunos motivos que hacen que la víctima permanezca en silencio puede ser el miedo a las reacciones negativas del entorno, el deseo de proteger a la familia, el temor a las amenazas del agresor³⁴ y, el miedo a las reacciones sociales ya que también tienen un impacto en aquellas personas que han sufrido abuso sexual.

El rechazo social puede tener una influencia perjudicial en la salud psicológica de la víctima³⁵ favoreciendo su participación en conductas sexuales con las que no se sienten cómodas, tolerando el abuso y participando en conductas delictivas^{36,37}.

De este modo, se conduce a una perpetuación del secretismo y del silencio³⁸ realizando la mayoría de las revelaciones en la edad adulta³⁹.

2. ABUSO SEXUAL Y CONSUMO DE SUSTANCIAS

Si bien hay estudios longitudinales que no encuentran relación entre el consumo de sustancias y el abuso sexual^{40,41}, otros muchos estudios establecen asociaciones significativas entre una mayor prevalencia de consumo de alcohol y tabaco entre las personas que han sufrido abuso sexual.

En el caso de los adolescentes, cuando realizan un consumo excesivo de alcohol y de cocaína, aumentan los comportamientos sexuales de alto riesgo entre ellos⁴², encontrando así una asociación entre abuso sexual y el consumo de sustancias en ambos sexos^{43,44}.

En relación al género, la prevalencia de abuso sexual es bastante más alta en las mujeres adolescentes^{45,46,47,48,49}. Aproximadamente 1 de cada 5 mujeres universitarias ha experimentado agresión sexual⁵⁰. En relación con los agresores,

encontramos que poco más de dos adolescentes por cada cien notificaron haber coaccionado sexualmente a alguien. Sin embargo, 86% de estos agresores son hombres, porcentaje un poco inferior al encontrado en otros estudios (entre 93 y 95%)⁵¹.

A nivel general, las consecuencias para las víctimas de agresión sexual se asocian con problemas de adicción al alcohol con el tiempo⁵² y, con un aumento de 1.5 a 3 veces más probabilidades de dependencia de alcohol de por vida^{53,54,55} También tienen de 4.5 a 9.79 veces más probabilidades de tener trastornos psiquiátricos aquellas con dependencia al alcohol, cocaína, cannabis u opioides y que han sido abusadas sexualmente⁵⁶.

Asimismo, pueden llegar a tener comportamientos autodestructivos⁵⁷, a la automedicación para regular los síntomas de la angustia relacionados con el abuso/trauma^{58,59,60,61} pudiendo empeorar así, los síntomas de estrés postraumático⁶² e incluso conducir a un trastorno crónico de este mismo⁶³.

Además, estudios prospectivos concluyen que la depresión y la ansiedad son dos de los problemas más frecuentes en la edad adulta de estas víctimas⁶⁴. Por otro lado, estudios de finales del siglo pasado y principios de este, identifican consecuencias en mujeres y niñas tales como: trastorno por estrés postraumático^{65,66}, ideación e intento suicida, insensibilidad emocional, trastornos psiquiátricos, dolores pélvicos crónicos, dolores de cabeza, trastornos gastrointestinales, disfunciones sexuales y maltrato por parte de la pareja^{67,68,69,70}, prostitución en la edad adulta y embarazo en adolescencia^{71,72}. También tienen más probabilidades de participar en comportamientos sexuales de alto riesgo^{73,74,75} y consumir alcohol antes del sexo provocando conductas de riesgo⁷⁶.

En el caso de los hombres que han sufrido abuso sexual, se han encontrado otros impactos como: sensibilidad interpersonal, ansiedad fóbica⁷⁷, baja autoestima, ideación e intento suicida^{78,79}. Cabe destacar que, en el género masculino, el maltrato físico en la infancia parece ser un antecedente más importante de consumo excesivo de sustancias, en concreto, drogas duras^{80,81}.

No obstante, algunos autores identificaron que la sintomatología depende de la combinación de varios factores como la edad en que ocurrió el abuso, la relación

con el perpetrador, la edad en la que comenzó, la duración, la frecuencia y la severidad del abuso, el uso de fuerza involucrado y el número de agresores^{82,83,84,85}.

Por el contrario, no todas las consecuencias de una agresión sexual devienen en los trastornos citados anteriormente. Se han encontrado estudios afirmando que las niñas, los niños y adolescentes víctimas de abuso sexual, cuando son adultos llegan a ser personas psicológicamente estables, con un funcionamiento normal en su vida diaria y sin resentimientos por su agresor, esto puede ser debido al factor común de protección, la resiliencia^{86,87,88,89,90,91}.

Según el estudio de Quiceno, Mateus, Villareal y Vinaccia⁹², las víctimas de abuso sexual que son resilientes tienen mayor posibilidad de protección frente a la ideación suicida, también ayuda tener metas claras y perspectivas futuras, ver el futuro de manera optimista (orientación positiva al futuro) ya que promueve la experiencia de emociones positivas y la apreciación por la vida (bienestar psicológico) favoreciendo así, la autoestima, aceptación de la imagen corporal, entre otras.

No obstante, hay que tener en cuenta que la conexión entre el mayor consumo de sustancias y el abuso sexual probablemente esté mediada por una multitud de factores biopsicosociales como: antecedentes familiares de uso de sustancia^{93,94,95,96}, uso de sustancias por parte de los padres^{97,98,99,100}, disponibilidad de sustancias ilícitas^{101,102,103}, situación familiar, así como problemas psiquiátricos (depresión, ansiedad, fobias y dificultades interpersonales, entre otras)^{104,105,106,107,108,109,110,111}.

3. METODOLOGÍA

Muestra

La muestra que ha servido de base para el análisis es N=1490, y está compuesta por adolescentes de entre 15 y 17 años que cursan estudios de 4º de la ESO y de 1ª de Bachilleratos en centros educativos de la ciudad de Tarragona. El error muestral para datos globales fue del 2,3%.

Recogida de datos

La recogida de información se realizó a través de encuesta autoadministrada online, una elección forzada por la situación de la pandemia que no aconsejaba realizar una encuesta grupal, tal como se había realizado en años anteriores. El cuestionario online estuvo a disposición de los adolescentes desde el 1 de abril al 31 de mayo del 2021. Los responsables de los centros educativos, después de acceder a participar en la encuesta, escribieron para pedir el consentimiento de los padres y tutores legales de los adolescentes. El consentimiento fue determinado de manera pasiva, se informó de que aquellos que no quisieran que sus hijos/as participaran en la encuesta, debían informar al centro para que el/la adolescente no recibiera el cuestionario vía correo electrónico. Si los padres y/o tutores legales no informan expresamente a la dirección del centro de la negativa a la participación, se entiende que dan su consentimiento.

Hipótesis

La hipótesis 1 se centró en la existencia de mayor malestar emocional entre los/as adolescentes que han sufrido abuso sexual frente a los que no lo reportan.

La hipótesis 2, afirmó que los/as adolescentes que han sufrido abuso sexual presentan una mayor prevalencia de consumos de sustancias y de intensidad en el consumo (medido este como modalidad de consumo).

Análisis

En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo que sirvió para identificar los/as adolescentes que reportaron haber sufrido abuso sexual a través de una pregunta directa formulada como: ¿Has experimentado algunas de las siguientes situaciones? A) Has sufrido abuso sexual (tú como víctima), con categorías de respuesta Si/No.

A partir de aquí se realizaron análisis bivariantes con dos grupos (adolescentes con y sin abuso sexual) para observar la posible existencia de diferencias significativas respecto a dos grandes dimensiones: a) el malestar emocional y b) los

consumos de las principales sustancias (cigarrillos convencionales, cigarrillos electrónicos, cachimba y alcohol) y de modalidades de consumo (binge drinking, borrachera). Todos los análisis se controlaron por la variable sexo, por lo que para algunas comparaciones se tuvieron en cuenta cuatro grupos: chicos sin abuso sexual, chicas sin abuso sexual, chicos con abuso sexual y chicas con abuso sexual.

Los contrastes de las hipótesis se realizaron a través de tablas de contingencia cuando las variables en juego eran cualitativas y del cálculo de los Riesgos Relativos (RR) entre los grupos, y a través de la prueba t de Student para la comparación de medias con variables ordinales y de la prueba ANOVA para el caso de los cuatro grupos mencionados.

En todos los casos se trabajó con un nivel de confianza del 95%. Resultados

En primer lugar, presentamos el reporte de los/as adolescentes que dicen haber sufrido abuso sexual. Representan un 8,6% de la muestra (N=122), y desagregado por sexo, se aprecia una mayor incidencia en las chicas que en los chicos, concretamente es tres veces más probable que una chica reporte abuso sexual que un chico en las edades en las que estamos centrándonos.

Tabla 1. Porcentaje de adolescentes que reportan haber experimentado abuso sexual

	Chicos		Chicas	
	N	%	N	%
NO	613	96,2%	684	87,5%
SI	24	3,8%	98	12,5%
Total	637	100,0	782	100,0

p<0,001; Pearson Chi-Square=34,31

Una primera variable que hemos analizado es el malestar emocional de las/os adolescentes, con una escala de 13 ítems, cada uno con posibilidades de respuesta que van de 1=casi nunca, 2= raras veces, 3= algunas veces, 4= a menudo. El valor máximo del malestar emocional sería 52, situación en la que la persona responde a menudo a cada uno de los ítems. El valor menor sería 13, el caso de las personas

que responde en todos los ítems casi nunca.

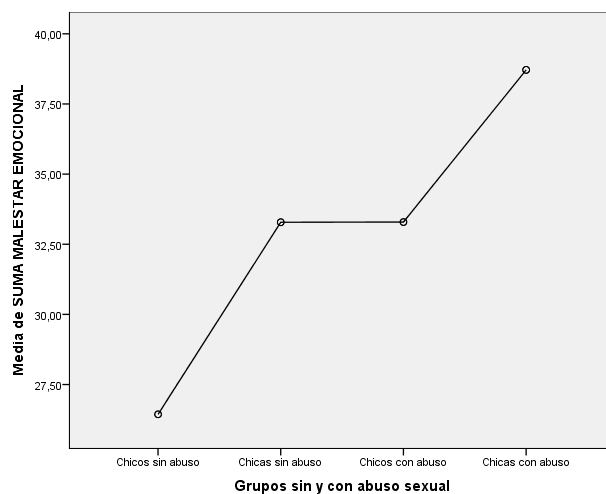
Tabla 2. Malestar emocional en adolescentes con y sin abuso sexual

	Toda la muestra			Abuso sexual		
	Chicos	Chicas	Chi-cuadrado	Chicos	Chicas	Chi-cuadrado
Nerviosismo	12,7	39,9	179,51**	16,7	59,2	26,43**
Miedo de repente sin motivo alguno	3,6	16,8	99,93**	25,0	30,6	2,88
Tenso/a	11,0	28,0	88,61**	16,7	44,9	6,56
No tener interés por hacer cosas	20,6	32,7	36,24**	41,7	49,0	0,751
Tener pocas ganas de comer	6,9	24,3	126,59**	20,8	38,8	5,38
Solo/a	14,4	23,7	47,59**	33,3	37,8	0,995
Ganas de llorar y/o llorar fácilmente	8,2	43,1	369,71**	12,5	61,2	28,60**
Dificultades para dormir	14,6	32,1	84**	33,3	52,0	6,39
Triste	10,0	34,0	194,17**	16,7	53,1	17,32**
Sin emoción para realizar cosas	14,9	29,3	69,95**	33,3	46,9	2,08
Poca energía	11,9	25,7	89,92**	29,2	37,8	4,52
Sin esperanza en el futuro	9,1	22,8	67,13**	29,2	33,7	2,87
He pensado en suicidarme	4,1	5,9	7,31	29,2	18,4	9,65*

** Significativo al NC95%; $p < 0,05$

Respecto al malestar emocional, las chicas presentan mayor malestar emocional que los chicos. Esto queda reflejado en el gráfico de las medias para ambos sexos con y sin abuso sexual:

Figura 1. Puntuación en malestar emocional en grupos de chicos/as sin y con abuso sexual



El análisis ANOVA ofrece como resultado una $F=99,194$ y una $p<0,001$, para los datos globales de los cuatro grupos. Las diferencias entre grupos son las siguientes:

Tabla 3. Medias de malestar emocional en los grupos de chicos y chicas con y sin abuso sexual

Grupos sin y con abuso sexual	N	Subconjunto para alfa = 0.05		
		1	2	3
Chicos sin abuso	613	26,437 2		
Chicas sin abuso	684		33,2836	
Chicos con abuso	24		33,2917	
Chicas con abuso	98			38,714 3

Se visualizan las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

- a. Utiliza el tamaño de la muestra de la media armónica = 72,775.
- b. Los tamaños de grupo no son iguales. Se utiliza la media armónica de los tamaños de grupo.

Además, la puntuación de malestar emocional aumenta cuando tanto chicos como chicas reportan haber experimentado abuso sexual.

Veamos ahora algunas características sobre los consumos de las/os que han experimentado abuso sexual, comparando con el resto de adolescentes.

Tabla 3. Diferencia en los consumos de adolescentes con y sin abuso sexual

	Sin abuso sexual		Abuso sexual	
	Chicos	Chicas	Chicos	Chicas
Cigarrillos de tabaco	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)
No ha fumado	82,7% (507)	76,2% (521)	41,7% (10)	54,1% (53)
Menos de una cigarrillo a la semana	5,7% (35)	7,7% (53)	20,8% (5)	18,4% (18)
Menos de un cigarrillo al día	2,6% (16)	2,5% (17)	12,5% (3)	5,1% (5)
Entre 1 y 5 cigarrillos al día	4,1% (25)	8,2% (56)	12,5% (3)	15,3% (15)
Entre 6 y 10 cigarrillos al día	2,8% (17)	3,2% (22)	8,3% (2)	5,1% (5)
Más de 10 cigarrillos al día	2,1% (13)	2,2% (15)	4,2% (1)	2% (2)
<i>p</i> <0,001; Chi-cuadrado=69,21; N=1419				
Cigarrillos electrónicos/vapper	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)
No ha fumado	78,5% (481)	83,6% (572)	33,3% (8)	78,6% (77)
Menos de una cigarrillo a la semana	11,9% (73)	11,4% (78)	20,8% (5)	15,3% (15)
Menos de un cigarrillo al día	3,6% (22)	1,8% (12)	8,3% (2)	1,0% (1)
Entre 1 y 5 cigarrillos al día	2,4% (15)	1,9% (13)	20,8% (5)	3,1% (3)
Entre 6 y 10 cigarrillos al día	1,1% (7)	0,9% (6)	4,2% (1)	0% (0)
Más de 10 cigarrillos al día	2,4% (15)	0,4% (3)	12,5% (3)	2% (2)
<i>p</i> <0,001; Chi-cuadrado=81,28; N=1419				
Cachimba/pipa de fumar	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)
No ha fumado	59,1% (362)	60,2% (412)	29,2% (7)	45,9% (45)
1-2 veces	14,7% (90)	19% (130)	16,7% (4)	15,3% (15)
3-5 veces	9,3% (57)	8,6% (59)	25% (6)	13,3% (13)
6-9 veces	4,7% (29)	3,8% (26)	4,2% (1)	8,2% (8)
10-19 veces	4,4% (27)	4,8% (33)	8,3% (2)	9,2% (9)
20-39 veces	1,8% (11)	1,8% (12)	0% (0)	2% (2)
40 veces o más	6% (37)	1,8% (12)	16,7% (4)	6,1% (6)
<i>p</i> <0,001; Chi-cuadrado=51,70; N=1419				
Consumo de alcohol	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)
No ha consumido	60,5% (371)	59,5% (407)	16,7% (40)	41,8% (41)
1-2 veces	23,5% (144)	26,8% (183)	16,7% (40)	34,7% (34)
3-9 veces	10,1% (62)	11,3% (77)	37,5% (90)	16,3% (16)
10-20 veces	3,3% (20)	1,6% (11)	12,5% (30)	3,1% (3)
Más de 20 veces	2,6% (16)	0,9% (6)	16,7% (40)	4,1% (4)
<i>p</i> <0,001; Chi-cuadrado=78,99; N=1419				

Consumo binge-drinking				
	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)
No ha consumido	70,6% (433)	69,6% (476)	37,5% (9)	54,1% (53)
1-2 veces	14,4% (88)	17,7% (121)	16,7% (4)	21,4% (21)
3-9 veces	9,1% (56)	8,9% (61)	20,8% (5)	14,3% (14)
10-20 veces	2,4% (15)	2,2% (15)	12,5% (3)	5,1% (5)
Más de 20 veces	3,4% (21)	1,6% (11)	12,5% (3)	5,1% (5)
<i>p</i> <0,001; Chi-cuadrado=42,16; N=1419				
Borrachera				
	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)
No se ha emborrachado	81,1% (497)	76,5% (523)	41,7% (10)	70,4% (69)
1-2 veces	12,2% (75)	18,0% (123)	12,5% (3)	20,4% (20)
3-9 veces	4,4% (27)	4,8% (33)	25% (6)	6,1% (6)
10-20 veces	1,0% (6)	0,6% (4)	12,5% (3)	2% (2)
Más de 20 veces	1,3% (8)	0,1% (1)	8,3% (2)	1% (1)
<i>p</i> <0,001; Chi-cuadrado=87,43; N=1419				

Como se aprecia en la Tabla 3, las y los adolescentes que han sufrido abuso sexual tienen mayores consumos que los que no reportan haber sufrido abuso sexual. El mayor consumo de cigarrillos los últimos 30 días es mayor en el caso de las chicas que en los chicos, tanto en las que no han sufrido abuso sexual (un 23,8% de ellas han consumido), por un 17,3% ellos), como en las que lo han sufrido. Ahora bien, si comparamos los chicos que han sufrido abuso sexual y las chicas que también lo han sufrido, el consumo de cigarrillos es mayor entre ellos (58,3%) que en ellas (45,9%).

Especialmente extenso es el consumo de cigarrillos electrónicos/vapper entre los chicos que han sufrido abuso sexual (67%), frente a los que no han sufrido acoso sexual (21,5%). En las chicas también se observa esta pauta: 21,4% frente a 16,4%, respectivamente, aunque la diferencia es menos acentuada que en los chicos.

El consumo de cachimba o pipa de fumar tiene mayor prevalencia en los chicos que en las chicas, hayan o no sufrido abuso sexual. Entre los que han sufrido abuso sexual, un 83,3% ha fumado en cachimba frente al 54,1% de las chicas que han experimentado abuso sexual.

Respecto al consumo de alcohol, no hay diferencias significativas en el consumo de alcohol los últimos 30 días entre chicos y chicas que no han sufrido abuso sexual (39,5% y 40,5%, respectivamente, han consumido). Sin embargo, si hay diferencias en el consumo entre chicos (83,3%) y chicas (58,2%) que han sufrido abuso sexual. Si comparamos los grupos de chicos (sin y con abuso sexual) y las chicas (sin y con abuso sexual), también presentan diferencias estadísticamente significativas. Además, la frecuencia del consumo aumenta entre los chicos con abuso sexual respecto a los otros grupos.

Exactamente se observa el mismo patrón de consumo de alcohol con la modalidad de binge-drinking. Los más consumidores vuelven a ser los chicos que han sufrido abuso sexual (62,5%) y las chicas con igual experiencia negativa (45,9%). Después les seguirían las chicas (30,4%) y los chicos (29,4%) que no han tenido abuso sexual. Las diferencias porcentuales son significativas menos para las chicas y chicos sin abuso sexual, que presentan un consumo equivalente.

Por último, respecto al consumo de borrachera, si bien los que más se han emborrachado los últimos 30 días son los chicos con abuso sexual (58,3%), las chicas con abuso sexual (29,6%) y sin abuso sexual (23,5%) no presentan diferencias significativas entre ellas, mientras que entre los chicos sí, ya que un 18,9% de los que no han sufrido abuso sexual se han emborrachado.

Tabla 4. Riesgos relativos de diferentes consumos entre los grupos de adolescentes

RIESGOS DE ADOLESCENTES CON (N=122) Y SIN ABUSO SEXUAL
(n=1297)

Los adolescentes que han sufrido abuso sexual tienen 2,33 de probabilidad de consumir cigarrillos

Es 1,61 más probable que los adolescentes que han sufrido abuso sexual consuman cigarrillos electrónicos Es 1,42 más probable que los adolescentes que han sufrido abuso sexual consuman cachimba o pipa de agua Es 1,58 más probable que los adolescentes que han sufrido abuso sexual consuman alcohol

Es 1,64 más probable que los adolescentes que han sufrido abuso sexual practiquen el binge drinking Es 1,65 más probable que los adolescentes que han sufrido abuso sexual se hayan emborrachado

RIESGOS DE CHICOS CON (N=24) Y SIN ABUSO SEXUAL (N=613)

Es 3,37 más probable que los chicos que han sufrido abuso sexual, consuman cigarrillos

Es 3,10 más probable que los chicos que han sufrido abuso sexual, consuman cigarrillos electrónicos Es 1,73 más probable que los chicos que han sufrido abuso sexual, consuman cachimba o pipa de agua Es el doble de probable (2,11) que los chicos que han sufrido abuso sexual consuman alcohol

Es el doble de probable (2,13) que los chicos que han sufrido abuso sexual practiquen binge drinking Es el triple de probable (3,08) que los chicos que han sufrido abuso sexual se emborrachen

RIESGOS DE CHICAS CON (N=98) Y SIN ABUSO SEXUAL (N=684)

Es 1,93 más probable que las chicas que han sufrido abuso sexual consuman cigarrillos

Es 1,31 más probable que las chicas que han sufrido abuso sexual consuman cigarrillos electrónicos

Es 1,36 más probable que las chicas que han sufrido abuso sexual consuman cachimba o pipa de agua Es 1,44 más probable que las chicas que han sufrido abuso sexual consuman alcohol

Es 1,51 más probable que las chicas que han sufrido abuso sexual practiquen el binge drinking Es 1,26 más probable que las chicas que han sufrido abuso sexual se hayan emborrachado

RIESGOS DE CONSUMOS ENTRE CHICOS (N=24) Y CHICAS (N=98) QUE HAN SUFRIDO ABUSO SEXUAL

Es 1,27 más probable que los chicos consuman cigarrillos

Es tres veces más probable (3,11) que los chicos consuman cigarrillos electrónicos Es 1,31 más probable que los chicos consuman cachimba o pipa de agua

Es 1,43 más probable que los chicos consuman alcohol

Es 1,36 más probable que los chicos consuman practiquen binge drinking Es el doble de probable (1,97) que los chicos se emborrachen

Como se ve en la tabla 4, los y las adolescentes que han sufrido abuso sexual presentan mayores riesgos relativos (RR) que los que no han sufrido abuso sexual. Y dentro de aquellos, son los chicos los que presentan mayores RR respecto a las chicas que han sufrido abuso sexual.

4. CONCLUSIONES

Las cifras de abuso sexual que reportamos en este trabajo concuerdan con otros estudios, como por ejemplo el de Echeburúa y De Corral (2006)¹¹², en el que indican que el abuso sexual infantil, en sentido estricto, puede afectar a entre un 4% y un 8% de los infantes.

En el trabajo se ha contrastado la hipótesis de que la experiencia del abuso sexual está asociada a un mayor consumo de tabaco y alcohol, así como de determinadas modalidades de consumo de alcohol que pueden considerarse más agresivas, como el binge-drinking y borrachera en cuanto a los efectos sobre la persona.

Por otra parte, el análisis también pone de manifiesto la diferencia de patrones de consumo entre chicos y chicas que han sufrido abuso sexual. Ellos presentan siempre mayor prevalencia de consumo de tabaco (en sus diversas formas: cigarrillos convencionales, tabaco electrónico y pipa de agua) y en el consumo de alcohol y sus modalidades más agresivas. Las diferencias porcentuales de consumo, y la medición de los RR, indican una agudización de la problemática del consumo entre los adolescentes varones que han sufrido abuso sexual y entre las adolescentes en su misma situación. Aun así, los datos advierten de una extensión importante del consumo de estas sustancias entre la población adolescente en general, sobre todo del consumo de alcohol y de sus formas más intensivas.

Por último, concluir que el malestar emocional actúa como variable mediadora entre el abuso sexual y el consumo: en todos los casos de consumo que se han considerado, los y las adolescentes con mayor malestar emocional, presentan mayores consumos, tanto si han sufrido abuso sexual como si no lo han sufrido.

5. LIMITACIONES

En el punto de partida de las limitaciones que se pueden considerar a la hora de trabajar los datos de abuso sexual, la primera que se puede considerar es la que tiene que ver con la disparidad de datos que recogen el impacto del abuso sexual en los adolescentes. No solo las diferencias de prevalencia, que son considerables, sino la

procedencia de las muestras en las que se han recogido los datos. Las muestras corresponden a realidades territoriales y sociales muy diferentes también, y esto da como resultado datos que pueden ser difícilmente comparables dadas los factores sociales que los envuelven. Por ejemplo, los datos de abuso sexual en adolescentes son más elevados en sociedades de los países de América central o en determinados grupos sociales de los Estados Unidos. Las prevalencias del abuso en adolescentes también presentan disparidad en los países europeos, con lo que el ámbito territorial europeo tampoco puede ser tratado como un espacio de investigación unívoco. Si analizamos los datos de España también se encuentran diferencias tanto en las muestras como en los datos, dependiendo del target etario que se escoge y de los instrumentos que se utilizan para captar el fenómeno del abuso. No hay, sin embargo, estudios que muestran diferencias territoriales entre las comunidades autónomas, con lo cual no se pueden establecer hipótesis que afecten a factores idiosincráticos

Una de las limitaciones más evidentes del cuestionario es que no identifica con claridad las distintas formas de abuso sexual. Hay que tener en cuenta que se puede diferenciar entre las formas de abuso sexual mediadas por contacto físico (violación, incesto, pornografía, prostitución infantil, sodomía, tocamientos, estimulación sexual...) y sin contacto físico (solicitud indecente a un niño o seducción verbal explícita, realización acto sexual o masturbación en presencia de un niño, exposición de los órganos sexuales a un niño, promover la prostitución infantil, la pornografía y la corrupción de menores...). Al no incluir esta distinción, no se llega a conocer el alcance del abuso sexual entre los adolescentes y si son capaces de identificar determinadas conductas como tales.

Tampoco hay constancia de que los estudiantes que han contestado la encuesta tengan clara la distinción entre abuso sexual (no hay agresión física) y la agresión sexual (en la que si existe explícitamente agresión física).

6. BIBLIOGRAFIA

- ¹ DREZETT, J. (2000). Estudo de fatores relacionados com a violência sexual contra crianças, adolescentes e mulheres adultas [tese]. São Paulo: *Centro de*

Referência da Saúde da Mulher e de Nutrição, Alimentação e Desenvolvimento Infantil.

- ² DREZETT, J. (2000). Estudo de fatores relacionados com a violência sexual contra crianças, adolescentes e mulheres adultas [tese]. São Paulo: *Centro de Referência da Saúde da Mulher e de Nutrição, Alimentação e Desenvolvimento Infantil.*
- ³ MEBARAK, M. R., MARTÍNEZ, M. L., HERRERA, A. S., y LOZANO, J. E. (2010). Una revisión acerca de la sintomatología del abuso sexual infantil. *Psicología desde el Caribe*, 25, 128-154.
- ⁴ GREEN, J. G., McLAUGHLIN, K. A., BERGLUND, P. A., GRUBER, M. J., SAMPSON, N. A., ZASLAVSKY, A.M., et al. (2010). Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity survey replication I: Associations with first onset of DSM-IV disorders. *Archives of General Psychiatry*, 67, 113–
123. Doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2009.186.
- ⁵ HUANG, S., TRAPIDO, E., FLEMING, L., ARHEART, K., CRANDALL, L., FRENCH, M., et al. (2011). The long-term effects of childhood maltreatment experiences on subsequent illicit drug use and drug-related problems in young adulthood. *Addictive Behaviors*, 36, 95–102. Doi: 10.1016/j.addbeh.2010.09.001.
- ⁶ KESSLER, R. C., CRUM, R. M., WARNER, L. A., y NELSON, C. B. (1997). Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 54, 313–321. Doi: 10.1001/archpsyc.1997.01830160031005
- ⁷ McLAUGHLIN, K. A., GREEN, J. G., GRUBER, M. J., SAMPSON, N. A., ZASLAVSKY, A.M., y KESSLER, R. C. (2010). Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity survey replication II: Associations with persistence of DSM-IV disorders. *Archives of General Psychiatry*, 67, 124–132. Doi:10.1001/archgenpsychiatry.2009.187

- ⁸ SCOTT, K. M., SMITH, D. R., y ELLIS, P.M. (2010). Prospectively ascertained child maltreatment and its association with DSM-IV mental disorders in young adults. *Archives of General Psychiatry*, 67, 712–719. Doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.71
- ⁹ LÓPEZ, S., FARO, C. LOPETEGUI, L., PUJOL-RIBERA, E., MONTEAGUDO, M., COBO, J y FERNÁNDEZ, M. I. (2017). Impacto del abuso sexual durante la infancia-adolescencia en las relaciones sexuales y afectivas de mujeres adultas. *Gaceta Sanitaria*, 31(3), 210-219.
- ¹⁰ VÁZQUEZ MEZQUITA, B. (1995). Agresión sexual. Evaluación y tratamiento en menores. Madrid. Siglo XXI.
- ¹¹ ECHEBURÚA, E. y De CORRAL, P. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuadernos de Medicina Forense*, 43-44, 75-82. Recuperado en 15 de abril de 2019, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062006000100006&lng=es&tlng=en.
- ¹² PEREDA, N. y FORNS, M. (2007). Prevalencia y características del abuso sexual infantil en estudiantes universitarios españoles. *Child Abuse & Neglect*, 31(4), 417-426. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.08.010>
- ¹³ RUMSTEIN-MCKEAN, O. y HUNSLEY, J. (2001). Interpersonal and family functioning of female survivors of childhood sexual abuse. *Clin. Psicol. Rev.*, 21, 471-490.
- ¹⁴ VÁZQUEZ MEZQUITA, B. (1995): *Agresión sexual. Evaluación y tratamiento en menores*, Madrid, Siglo XXI.
- ¹⁵ PÉREZ CONCHILLO, M. y BORRÁS, J. J. (1996): *Sexo a la fuerza*, Madrid, Aguilar.
- ¹⁶ PEREDA, N. (2016). ¿Uno de cada cinco?: Victimización sexual infantil en España. *Papeles del psicólogo*, 37(2), 126-133.

- 17 MADANSKY, D. (1996): «Abusos sexuales», en S. Parkery B. Zuckerman (eds.), *Pediatría del comportamiento y del desarrollo*, Barcelona, Masson.
- 18 LÓPEZ, F. (1994). Los abusos sexuales de menores. Lo que recuerdan los adultos. Madrid: *Ministerio de Asuntos Sociales*.
- 19 CANTÓN, D. y JUSTICIA, F. (2008). Afrontamiento del abuso sexual infantil y ajuste psicológico a largo plazo. *Psicothema*, 20(4), 509-515.
- 20 De PAÚL, J., MILNER, J. S., y MÚGICA, P. (1995). Childhood maltreatment, childhood social support, and child abuse potential in a Basque sample. *Child Abuse & Neglect*, 19(8), 907-920. Doi: 10.1016/0145-2134(95)00053-B
- 21 PEREDA, N. y FORNS, M. (2007). Prevalencia y características del abuso sexual infantil en estudiantes universitarios españoles. *Child Abuse & Neglect*, 31, 417-426. Doi: 10.1016/j.chiabu.2006.08.010
- 22 KENDALL- TACKETT, K. A., WILLIAMS, y FINKELHOR, D. (1993): «Impact of sexual abuse on children: a review and synthesis of recent empirical studies», *Psychological Bulletin*, 113, pp. 164-180.
- 23 VÁZQUEZ MEZQUITA, B., y CALLE, M. (1997): «Secuelas postraumáticas en niños. Análisis prospectivo de una muestra de casos de abuso sexual denunciados», *Revista de Psiquiatría Forense, Psicología Forense y Criminología*, 1, 14-29.
- 24 CANTÓN, D., y JUSTICIA, F. (2008). Afrontamiento del abuso sexual infantil y ajuste psicológico a largo plazo. *Psicothema*, 20(4), 509-515.
- 25 SALDAÑA, C., JIMÉNEZ, J. y OLIVA, A. (1995). El maltrato infantil en España: Un estudio a través de los expedientes de menores. *Infancia y Aprendizaje*, 71, 59 - 68.
- 26 JÁTIVA, R., y CEREZO, M. A. (2014). The mediating role of self-compassion in the relationship between victimization and psychological maladjustment in a sample of adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 38(7), 1180- 1190. Doi: 10.1016/j.chiabu.2014.04.005

- 27 GIL, A. (1997): «Los delincuentes sexuales en las prisiones», en M. Lameiras y A. López (eds.), *Sexualidad y salud*, Santiago de Compostela, Tórculo.
- 28 DREZETT, J., CABALLERO, M, JULIANO, Y., PRIETO, E., MARQUES, J., et al. (2001). *Jornal de Pediatria*, 77(5), 413- 419.
- 29 LAWSON, C. (1993): «Mother-son sexual abuse: rare or underreported? A critique of the research», *Child Abuse and Neglect*, 17, pp. 261-269,
- 30 DREZETT, J., CABALLERO, M, JULIANO, Y., PRIETO, E., MARQUES, J., et al. (2001). *Jornal de Pediatria*, 77(5), 413- 419.
- 31 FISHER, B. S., CULLEN, F. T., y TURNER, M. G. (2000). *The sexual victimization of college women: Findings from two national-level studies*. Washington, D.C.: U.S. Department of Justice, National Institute of Justice, Bureau of Justice Statistics
- 32 DREZETT, J., CABALLERO, M, JULIANO, Y., PRIETO, E., MARQUES, J., et al. (2001). *Jornal de Pediatria*, 77(5), 413– 419.
- 33 VÁZQUEZ MEZQUITA, B. y CALLE, M. (1997): «Secuelas postraumáticas en niños. Análisis prospectivo de una muestra de casos de abuso sexual denunciados». *Revista de Psiquiatría Forense, Psicología Forense y Criminología*, 1, 14-29.
- 34 PEREDA, N. (2016). ¿Uno de cada cinco?: Victimización sexual infantil en España. *Papeles del psicólogo*, 37(2), 126-133
- 35 COHEN, J. A. y MANNARINO, A. P. (2000). Predictors of treatment outcome in sexually abused children. *Child Abuse & Neglect*, 24, 983–994.
- 36 PURDIE, V., y DOWNEY, G. (2000). Rejection sensitivity and adolescent girls' vulnerability to relationship- centered difficulties. *Child Maltreatment*, 5(4), 338–349.
- 37 STILLMAN, T. F., BAUMEISTER, R. F., LAMBERT, N. M., CRESCIONI, A.W., DaWALL, C. N., y FINCHAM, F. D. (2009). Alone and without

- purpose: Life loses meaning following social exclusion. *Journal of Experimental Social Psychology*, 45(4), 686–694.
- 38 DRAUCKER, C. B., MARTSOLF, D. M., ROLLER, C., KNAPIK, G., ROSS, R. y WARNER, A. (2011). Healing from childhood sexual abuse: A theoretical model. *Journal of Child Sexual Abuse*, 20, 435–466.
- 39 AHRENS, C., STANSELL, J. y JENNINGS, A. (2010). To tell or not to tell: The impact of dis-closure on sexual assault survivors' recovery. *Violence and Victims*, 25, 631–648.
- 40 MOUILSO, E. R., FISCHER, S., y CALHOUN, K. S. (2012). A prospective study of sexual assault and alcohol use among first-year college women. *Violence and Victims*, 27, 78–94.
- 41 TESTA, M., y LIVINGSTON, J. A. (2000). Alcohol and sexual aggression: Reciprocal relationships over time in a sample of high-risk women. *Journal of Interpersonal Violence*, 15, 413–427.
- 42 HOWARD, D. E., y WANG, M. Q. (2004). The relationship between substance use and STD/ HIV-related sexual risk behaviors among U.S. adolescents. *Journal of HIV/AIDS Prevention in Children & Youth*, 6(2), 65–82.
- 43 BRIERE J, EVANS D, RUNTZ M, y WALL T. (1988). Symptomatology in men who were molested as children: A comparison study. *Am J Orthopsychiatry*,; 58, 457-461.
- 44 CHANDY, J. M., BLUM, R., y RESNICK, M. D. (1996). Gender-specific outcomes for sexually abused adolescents. *Child Abuse Negl*, 20, 1219-1231.
- 45 FINKELHOR, D. (1979). *Sexually victimized children*. Nueva York: Free Press.
- 46 PETERS, S. D., WYATT, G. E., FINKELHOR, D. (1986). Prevalence. En: Finkelhor D, ed. A sourcebook on child sexual abuse. *Beverly Hills:Sage*, 15-59.

- 47 SILVERMAN, A. B., REINHERZ, H. Z., y GIACONIA, R. M. (1996). The long-term sequelae of child and adolescent abuse: A longitudinal community study. *Child Abuse Negl*, 20, 709-723.
- 48 PETERS, D. K., y RANGE, L. M. (1995). Childhood sexual abuse and current suicidality in college women and men. *Child Abuse Negl*, 19, 335-341.
- 49 CHANDY, J. M., BLUM R, y RESNICK, M. D. (1996). Gender-specific outcomes for sexually abused adolescents. *Child Abuse Negl*, 20, 1219-1231.
- 50 KREBS, C. P., LINDQUIST, C. H., WARNER, T. D., FISHER, B. S., y MARTIN, S. L. (2009). College women's experiences with physically forced, alcohol- or other drug-enabled, and drug-facilitated sexual assault before and since entering college. *Journal of American College Health*, 57, 639-647.
- 51 BREER, W. (1996). *The adolescent molester*. Springfield (ILL): Charles C Thomas.
- 52 STEWART, S. H., PIHL, R. O., CONROD, P. J., y DONGIER, M. (1998). Functional associations among trauma, PTSD, and substance-related disorders. *Addictive Behaviors*, 28, 797-812.
- 53 FERGUSSON, D. M., HORWOOD, L. J., y LYNSKEY, M.T. (1996a). Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood. II. Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 35, 1365-1374.
- 54 MOLNAR, B. E., BUKA, S. L., y KESSLER, R. C. (2001). Child sexual abuse and subsequent psychopathology: results from the National Comorbidity Study. *Am. J. Public Health* 91, 753-760.
- 55 NELSON, E.C., HEATH, A.C., MADDEN, P. A., COOPER, M. L., DINWIDDIE, S.H., et al. (2002). Association between self-reported childhood sexual abuse and adverse psychosocial outcomes. Results from a twin study. *Arch. Gen. Psychiatry* 59, 139-145.

- 56 BANDUCCI, A. N., HOFFMAN, E., LEJUEZ, C. W., y KOENEN, K. C. (2014). The relationship between child abuse and negative outcomes among substance users: Psychopathology, health, and comorbidities. *Addictive behaviors*, 39(10), 1522-1527. Doi: 10.1016/j.addbeh.2014.05.023
- 57 SHARMA, B.R., y GUPTA, M. (2004). Child abuse in Chandigarh, India, and its implications. *Journal of Clinical Forensic Medicine*, 11(5): 248-256.
- 58 KHANTZIAN, E. J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *Am. J. Psychiatry* 142, 1259–1264.
- 59 MILLER, B. A., MAGUIN, E., y DOWNS, W.R. (1997). *Alcohol, drugs, and violence in children's lives, in Recent Developments in Alcoholism*. In: Galanter, M. (Ed.), *Alcoholism and Violence*. Plenum Press, New York, 357–385.
- 60 WHITE, H. R., y WIDOM, C. S. (2008). Three potential mediators of the effects of child abuse and neglect on adulthood substance use among women. *J. Stud. Alcohol Drugs*, 69, 337–347.
- 61 WIDOM, C. S., y HILLER-STURMHOFEL, S. (2001). Alcohol abuse as a risk factor for and consequence of child abuse. *Alcohol Res. Health*, 25, 52–57.
- 62 VOLPICELLI, J., BALARAMAN, G., HAHN, J., WALLACE, H., y BUX, D. (1999). The role of uncontrollable trauma in the development of PTSD and alcohol addiction. *Alcohol Research and Health*, 23, 256–262.
- 63 STEWART, S. H., PIHL, R. O., CONROD, P. J., y DONGIER, M. (1998). Functional associations among trauma, PTSD, and substance-related disorders. *Addictive Behaviors*, 28, 797–812.
- 64 SPATARO, J. E., MULLEN, P. E., BURGESS, P. M., WELLS, D. L. y MOOS, S. A. (2004). Impact of child sexual abuse on mental health. Prospective study in males and females. *British Journal of Psychiatry*, 184, 416–421.

- 65 KAUFMAN, J., PLOTSKY, P. M., NEMEROFF, C. B., et al. (2000). Effects of early adverse experiences on brain structure and function: clinical implications. *Biol Psychiatry*, 48, 778–90.
- 66 PUTNAM, F. W. (2006). The impact of trauma on child development. *Juv Fam Court J.*, 57, 1–11.
- 67 SILVERMAN, A. B., REINHERZ, H. Z., y GIACONIA, R. M. (1996). The long-term sequelae of child and adolescent abuse: A longitudinal community study. *Child Abuse Negl.*, 20, 709-723.
- 68 HEISE, L., PITANGUY, J., y GERMAIN, A. (1994). *Violencia contra la mujer: la carga oculta sobre la salud*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- 69 DENNERSTEIN, L., ASTBURY, J., y MORSE, C. (1993). *Psychosocial and mental health aspects of women's health*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- 70 BROWNE, A., y FINKELHOR, D. (1986). Impact of child sexual abuse: A review of the research. *Psychol Bull.*, 99, 66-77.
- 71 KENNEY, J. W., REINHOLTZ, C., y ANGELINI, P. J. (1998). Sexual abuse, sex before 16, and high-risk behaviors of young females with sexually transmitted diseases. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.*, 27, 54-63.
- 72 FERGUSSON, D. M., HORWOOD, L. J., y LYNSKEY, M. T. (1997). Childhood sexual abuse, adolescent sexual behaviors and sexual revictimization. *Child Abuse Negl.*, 21, 789-803.
- 73 CINQ-MARS, C., WRIGHT, J., CYR, M., y McDUFF, P. (2003). Sexual at-risk behaviors of sexually abused adolescent girls. *Journal of Child Sexual Abuse*, 12, 1–18.
- 74 LOEB, T. B., WILLIAMS, J. K., CARMONA, J. V., RIVKIN, I., WYATT, G. E., CHIN, D., et al. (2002). Child sexual abuse: Associations with the sexual functioning of adolescents and adults. *Annual Review of Sex Research*, 13, 307–345.

- 75 SENN, T. E., CAREY, M. P., VANABLE, P. A., COURY-DONIGER, P., y URBAN, M.A. (2006). Childhood sexual abuse and sexual risk behavior in men and women attending a sexually transmitted disease clinic. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 720–731.
- 76 WILSNACK, S.C., WILSNACK, R. W., KRISTJANSON, A. F., VOGELTANZ-HOLM, N. D., y HARRIS, T. R. (2004). Child sexual abuse and alcohol use among women: Setting the stage for risky behaviour. In L. J. Koenig, L. S. Doll, A. O'Leary, & W. Pequegnat (Eds.), *From child sexual abuse to adult sexual risk: Trauma, revictimization, and intervention* (pp. 181–200). Washington, DC: American Psychological Association. Doi: 10.1037/10785-009
- 77 COLLINGS, S. J. (1994). The long-term effects of contact and noncontact forms of child sexual abuse in a sample of university men. *Child Abuse Negl., 19*, 1-6.
- 78 SILVERMAN, A. B., REINHERZ, H. Z., y GIACONIA, R. M. (1996). The long-term sequelae of child and adolescent abuse: A longitudinal community study. *Child Abuse Negl., 20*, 709-723.
- 79 BRIERE, J., EVANS, D., RUNTZ, M., y WALL, T. (1988). Symptomatology in men who were molested as children: A comparison study. *Am J Orthopsychiatry, 58*, 457-461.
- 80 BRIERE, J., EVANS, D., RUNTZ, M., y WALL, T. (1988). Symptomatology in men who were molested as children: A comparison study. *Am J Orthopsychiatry, 58*, 457-461.
- 81 CHANDY, J. M., BLUM, R., y RESNICK, M. D. (1996). Gender-specific outcomes for sexually abused adolescents. *Child Abuse Negl., 20*, 1219-1231.
- 82 HEATH, V., BEAN, R., y FEINAUER, L. (1996). Severity of childhood sexual abuse: Symptom differences between men and women. *Am J Fam Therapy, 24*, 305-314.
- 83 HAJ-YAHIA, M.M., y TAMISH, S. (2001). The rates of child sexual abuse and its psychological consequences as revealed by a study among Palestinian university students. *Child Abuse & Neglect 25*(10), 1303-1327.

- 84 MacFIE, J., Cicchetti, D., y TOTH, S. L. (2001). Dissociation in maltreated preschool-aged children. *Child Abuse & Neglect* 25(9): 1253-1267.
- 85 MEICHENBAUM, D. (1994). *A clinical handbook/Practical therapist manual: For assessing and treating adults with post-traumatic stress disorder (PTSD)*. Waterloo, Ontario: University of Waterloo.
- 86 COLLISHAW, S., PICKLES, A., MESSER, J., RUTTER, M., SHEARER, C., y MAUGHAN, B. (2007). Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: Evidence from a community sample. *Child Abuse & Neglect*, 31, 211-229.
- 87 DUMONT, K.A., WIDOM, C.S., y CZAJA, S.J. (2007). Predictors of resilience in abused and neglected children grown-up: the role of individual and neighborhood characteristics. *Child Abuse & Neglect*, 31, 255-274.
- 88 EDMOND, T., AUSLANDER, W., ELZE, D., y BOWLAND, S. (2006). Signs of resilience in sexually abused adolescent girls in the foster care system. *Journal of Child Sexual Abuse*, 15, 1-28.
- 89 OLIVA, A., JIMÉNEZ, J. M., PARRA, A., y SÁNCHEZ-QUEIJA, I. (2008). Acontecimientos vitales estresantes, resiliencia y ajuste adolescente. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13, 53-62.
- 90 PEREDA, N., GALLARDO-PUJO, D., y JIMÉNEZ, R. (2011). Trastornos de personalidad en víctimas de abuso sexual infantil. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39, 131-139.
- 91 WILCOX, D.T., RICHARDS, F., y O'KEEFFE, Z.C. (2004). Resilience and Risk Factors Associated with Experiencing Childhood Sexual Abuse. *Child Abuse Review*, 13, 338-352.
- 92 QUICENO, J. M., MATEUS, J., CARDENAS, M., VILLAREAL, D., y VINACCIA, S. (2013). Calidad de vida, resiliencia e ideación suicida en adolescentes víctimas de abuso sexual. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18(2), 107-117.

- ⁹³ BARNOW, S., SCHUCKIT, M. A., LUCHT, M., JOHN, U., FREYBERGER, H. J. (2002). The importance of a positive family history of alcoholism, parental rejection and emotional warmth, behavioral problems and peer substance use for alcohol problems in teenagers: a path analysis. *J. Stud. Alcohol* 63, 305–315.
- ⁹⁴ CAPALDI, D. M., STOOLMILLER, M., KIM, H. K., y YOERGER, K. (2009). Growth in alcohol use in at-risk adolescent boys: two-part random effects prediction models. *Drug Alcohol Depend*, 105(1–2), 109–117. ⁹⁵ Chaoyang, L., Mary Ann, P., y Chih-Ping, C. (2002). Parental substance use as a modifier of adolescent substance use risk. *Addiction*, 97, 1537–1550.
- ⁹⁶ HOFFMANN, J.P., y CERBONE, F.G. (2002). Parental substance use disorder and the risk of adolescent drug abuse: an event history analysis. *Drug Alcohol Depend.*, 66, 255–264.
- ⁹⁷ HAWKINS, J. D., CATALANO, R. F., y MILLER, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood. *Psychol. Bull.* 112, 64–105.
- ⁹⁸ SWADI, H. S. (1988). Adolescent drug taking: role of family and peers. *Drug Alcohol Depend.*, 21, 157–160.
- ⁹⁹ TOM, F., KATHERINE, S., KATE, L., FRANCES, R., ANDREW, M., et al. (2007). Genetic and environmental influences on the relationship between peer alcohol use and alcohol use in adolescents. *Addiction*, 102, 894–903.
- ¹⁰⁰ WILLS, T.A., y CLEARY, S.D. (1999). Peer and adolescent substance use among 6th-9th: latent growth analyses of influence versus selection mechanisms. *Health Psychol.*, 18, 937–952.
- ¹⁰¹ GORMAN, D.M., SPEER, P.W., GRUENEWALD, P.J., y LABOUVIE, E.W. (2001). Spatial dynamics of alcohol availability, neighborhood structure and violent crime. *J. Stud. Alcohol*, 62, 628–636.
- ¹⁰² KENDLER, K. S., SCHMITT, E., AGGEN, S. H., y PRESCOTT, C.A. (2008). Genetic and environmental influences on alcohol, caffeine, cannabis, and nicotine

use from early adolescence to middle adulthood. *Arch. Gen. Psychiatry*, 65, 674–682.

103 NATHAN, A. G., MICHAEL, C. N., y KENNETH, S. K. (2009). Pathways to cannabis abuse: a multistage model from cannabis availability, cannabis initiation and progression to abuse. *Addiction*, 104, 430–438.

104 CLARK, H. W., MASSON, C. L., DELUCCHI, K. L., HALL, S. M., y SEES, K.L. (2001). Violent traumatic events and drug abuse severity. *J. Subst. Abuse Treat.*, 20, 121–127.

105 ELLASON, J. W., ROSS, C.A., SAINTON, K., y MAYRAN, L. W. (1996). Axis I and II comorbidity and childhood trauma history in chemical dependency. *Bull. Menninger Clin.*, 60, 39–51.

106 GIL-RIVAS, V., FIORENTINE, R., y ANGLIN, M. D. (1996). Sexual abuse, physical abuse, and posttraumatic stress disorder among women participating in outpatient drug abuse treatment. *J. Psychoact. Drugs*, 28, 95–102.

107 GREENFIELD, S.F., KOLODZIEJ, M.E., SUGARMAN, D.E., MUENZ, L.R., VAGGE, L.M., et al. (2002). History of abuse and drinking outcomes following inpatient alcohol treatment: a prospective study. *Drug Alc. Depend.*, 67, 227–234.

108 HARVEY, E. M., RAWSON, R. A., y OBERT, J. L. (1994). History of sexual assault and the treatment of substance abuse disorders. *J. Psychoact. Drugs*, 26, 361–367.

109 OUIMETTE, P.C., KIMERLING, R., SHAW, J., y MOOS, R.H. (2000a). Physical and sexual abuse among women and men with substance use disorders. *Alcsm. Treat. Q.*, 18, 7–17.

110 RICE, C., MOHR, C. D., DEL BOCA, F. K., MATTSON, M. E., YOUNG, L., et al. (2001). Self-reports of physical, sexual and emotional abuse in an alcoholism treatment sample. *J. Stud. Alcohol*, 62, 114–123.

¹¹¹ WINDLE, M., WINDLE, R.C., SCHEIDT, D.M., y MILLER, G.B. (1995). Physical and sexual abuse and associated mental disorders among alcoholic inpatients. *Am. J. Psychiatr.*, 152, 1322–1328.

¹¹² ECHEBURÚA, E. y De CORRAL, P. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuadernos de Medicina Forense*, 43-44, 75-82.