



REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

ABUSO SEXUAL EN MENORES DE EDAD: GENERALIDADES, CONSECUENCIAS Y PREVENCIÓN

María José Acuña Navas*

Resumen:

Introducción: El abuso sexual en menores de edad es uno de los tipos de maltrato infantil con peores repercusiones en sus víctimas y que usualmente coexiste con otros tipos de violencia. Incluye tanto agravios que no involucran contacto físico como aquellos que sí lo hacen, lo que cubre una amplia gama de posibilidades.

Objetivo: Debido a lo trascendental de esta problemática, se realizó esta revisión bibliográfica con el fin de exponer la importancia del tema de abuso sexual en menores de edad, sus aspectos generales, consecuencias y medida preventivas.

Síntesis de datos: El abuso sexual es frecuente. Las víctimas suelen ser mujeres a pesar de que existen ciertos factores de riesgo que predisponen a ciertos niños a ser agredidos, y sus abusadores por lo general son personas cercanas a ellos. Las consecuencias tanto a corto como largo plazo abarcan todos los aspectos del ser humano y la magnitud de su gravedad dependerá de diversos factores. Existen métodos de prevención primaria y secundaria, que van desde programas educativos y campañas publicitarias hasta medidas judiciales.

Conclusiones: Es necesaria más información relativa al abuso sexual en menores y es imprescindible liberarse de los estereotipos en torno a esta problemática para detectar a tiempo posibles casos de abuso. Toda víctima deberá obtener una atención individualizada posterior al suceso, dirigida a atenuar las secuelas. El abordaje del abuso sexual se deberá hacer desde diversas perspectivas y todos estamos a cargo de su combate.

Palabras clave:

Abuso sexual, infancia, generalidades, consecuencias, prevención

Summary:

Childhood sexual abuse is a type of child maltreatment with the worst consequences upon their victims and usually coexists with other types of violence. It includes actions which do not involve physical contact, as well as those that do, thus embracing a wide variety of possibilities.

* Egresada de la carrera de Medicina y Cirugía de la Universidad de Costa Rica

Correspondencia: María José Acuña Navas. Escazú, San José, Costa Rica. Correo electrónico: marijo13_an@hotmail.com

Recibido para publicación: 7 de febrero de 2014. Aceptado: 15 de febrero de 2014



Objective: Due to the topic's magnitude, this review was made in order to address the importance of childhood sexual abuse, its general facts, consequences and preventive measures.

Data synthesis: Sexual abuse is frequent. Victims are usually women although there are some risk factors that predispose certain children to be victims themselves and offenders are generally related to the child. Short- and long-term consequences comprise every aspect of the human being and their magnitude depends on different factors. There are primary and secondary preventive measures that range from educational programmes and media campaigns to justice system strategies.

Conclusions: More information about childhood sexual abuse is needed and it is indispensable to get rid of this subject's stereotypes in order to detect suspected cases of abuse on time. Every victim must be assured an individualized attention after the abuse so as to ameliorate the consequences. Sexual abuse shall be approached from different perspectives and we are all in charge of fighting against it.

Keywords:

Sexual abuse, childhood, general facts, consequences, prevention

Introducción

El abuso sexual en menores de edad, a pesar de ser un tema conocido desde siglos atrás¹, es uno de los tipos de maltrato infantil cuya investigación inició hace apenas tres décadas atrás^{2,3}. A pesar de esto, el hecho de que la violencia sexual se haya convertido en un problema de carácter mundial, que se trate de una transgresión a los derechos humanos fundamentales^{4,5} y que es la forma de maltrato más traumática en los niños con repercusiones a corto y largo plazo tanto para la víctima, su familia y la sociedad⁶, se ha llegado a posicionar como uno de los principales problemas de salud pública. Es pues un tema que le concierne no sólo a todo el personal de salud, sino también a maestros, policía, trabajadores en el ámbito penal y todo aquel que tenga contacto con los menores de edad de alguna u otra manera.

La violencia no consiste únicamente en daño físico, psicológico o emocional, sino que incluye también la violencia sexual⁷, de la que se hablará en este artículo y cuya definición es toda aquella conducta que amenace o violente el derecho de cada persona a decidir y ejercer de manera voluntaria todo lo que respecta a su sexualidad⁴. Propiamente hablando de maltrato infantil, el abuso sexual conforma uno de sus principales subtipos, junto con el abuso físico y emocional, la exposición a violencia intrafamiliar y la negligencia⁸. Se debe aclarar desde un inicio que estos subtipos de maltrato no son excluyentes entre sí, por lo que el abuso sexual en menores se acompaña con mucha frecuencia de otros tipos de violencia^{7,9}; aspecto que se retomará más adelante en este escrito.

Las definiciones de abuso sexual abundan en la literatura, encontrándose desde algunas muy escuetas hasta otras más amplias. Se puede decir entonces que el abuso sexual en menores de edad comprende toda la amplia gama de crímenes, interacciones y ofensas sexuales que implique a menores de 18 años como víctimas^{2,10,11} y a adultos como abusadores; o bien a dos menores de edad con una diferencia de 5 años¹² entre sí. Éste incluye desde agravios sin contacto físico como el exhibicionismo, la producción de pornografía infantil, el voyerismo y la exposición del niño a la pornografía; hasta aquellos casos en los que media contacto físico, ya sea tocamientos inapropiados (de partes genitales o sexuales) por parte del abusador o la víctima, el jugueteo sexual o la violación^{2,6,9,10,13-15}.



Violación es a su vez la penetración vaginal, anal y/u oral por una parte corporal del perpetrador u otro objeto⁹. Otro aspecto de la definición de abuso sexual es el involucramiento de un niño en actividades sexuales que no está en capacidad de comprender, para las cuales no tiene el desarrollo suficiente y que no está preparado para consentir^{6,10,14}. Se trata de una relación de abuso, es decir que existe un desequilibrio de poder¹⁶; el agresor se encuentra en una posición superior de control sobre la víctima¹², lo que le brinda a esta última una condición desventajosa.

Todo lo anteriormente expuesto, el hecho de que se trate de una problemática que no se ha esclarecido por completo, la falta del reporte de la totalidad de casos de abuso sexual en menores¹³ y la ausencia de medidas preventivas claras cuya eficacia haya sido comprobada por medio de estudios, impulsó la redacción de dicho artículo. Se estableció entonces como objetivo general el exponer la importancia del tema de abuso sexual en menores de edad, sus aspectos generales, consecuencias y medida preventivas. Y a su vez se propuso tres objetivos específicos: primero el repasar los aspectos claves y más generales en torno al abuso sexual en menores; segundo, revisar las consecuencias, tanto a corto como a largo plazo, observadas en los menores de edad víctimas de abuso sexual; y tercero, estudiar las medidas preventivas contra el abuso sexual en menores de edad propuestas en la literatura disponible.

Generalidades del abuso sexual en menores

Se estima que del total de casos de maltrato infantil reportados anualmente, alrededor del 26% son exclusivamente de abuso sexual¹⁷. Datos de prevalencia varían mucho en la literatura, y pueden ir desde bajos hasta realmente alarmantes. Se estima que 1 de cada 12 niños han experimentado algún tipo de abuso sexual¹⁸ o bien que cada año 1% de los niños serán víctimas de abuso sexual¹⁴. En general se ha observado que aproximadamente el 7-36% de las mujeres y el 3-29% de los hombres han sido víctimas de alguna forma de abuso sexual durante su infancia^{13,18,19}.

Los datos de prevalencia pueden variar según cada país y región geográfica, para ejemplificar esto se mencionarán algunas diferencias encontradas. En un estudio llevado a cabo por Eisenberg y colegas en estudiantes de 6°, 9° y 12° grado en Estados Unidos, observaron una prevalencia de abuso sexual del 4% en hombres y de 9,7% en mujeres¹⁸; mientras que otro estudio también realizado en dicho país mostró cifras de 2,5% y 13,5% respectivamente²⁰. En China por ejemplo, Luo y colegas reportaron una prevalencia de 4,2% antes de los 14 años de edad (5,1% en hombres y 3,3% en mujeres)¹⁵. Un estudio acerca de maltrato infantil en Argentina documentó que de 197 niños atendidos en una consulta, 128 (65%) fueron víctimas de maltrato infantil, y de ellos, un 30% fue por abuso sexual¹⁶. Por otra parte, en Granada, España, de 2159 estudiantes universitarios el 12,5% reportaron haber experimentado algún tipo de abuso sexual antes de los 18 años (13,2% de mujeres y 8,4% de hombres)¹².

A pesar de que existen datos concretos de prevalencia en algunos países, se cree que es una subestimación del número de casos de abuso sexual que realmente ocurren^{6,7,9,11,13,17,21}, por lo que los datos de prevalencia obtenidos no reflejan por completo la realidad. Existen datos que postulan que sólo el 6% de los casos de abuso sexual son reportados a las autoridades²². Ahora bien, las razones por las cuales se da esta subestimación pueden tener diversos principios. La estigmatización del evento en sí²⁰; la falta de interrogación por parte de personal médico, autoridades policiales o judiciales; la ausencia de confianza en dichas personas²³ o miedo de su posible reacción^{5,22}; difícil acceso a servicios de salud o justicia y falta de redes de apoyo social²⁴; dificultad para detectar médicamente los casos de abuso sexual en ausencia de signos físicos³; aspectos culturales, sociales o familiares que dificulten el reconocimiento del abuso o que consideren normal/usual este tipo de agresión^{5,15}; sentimientos de la víctima derivados de la experiencia como miedo, resignación, vergüenza, culpa o baja autoestima^{5,24}; cercanía con el abusador¹; o bien temor al agresor y a las consecuencias de la denuncia^{22,24} son apenas algunas de las posibles razones.

La facilidad con que los casos de abuso sexual se reportan o no, depende también de su naturaleza. Es así como el incesto es uno de los subtipos que con mayor dificultad se reportan²⁵, al igual que el abuso entre pares y el cometido por la pareja sentimental; contrario a lo que sucede con los casos más severos o cuando el perpetrador es un adulto no conocido^{7,22}. Además, el sexo masculino, los menores de 6 años, los niños y



adolescentes hispanicos y los de estado socioeconómico más alto son menos propensos a reportar los casos de abuso sexual²². El estudio de Finkelhor y colegas determinó que las autoridades que con mayor frecuencia conocen acerca de los incidentes sexuales son las escolares, seguidas por las policiales y en última instancia las médicas²².

En cuanto a las víctimas, en su gran mayoría son del sexo femenino (2-4 veces más frecuente que hombres)^{2,4,5,12,16,26} a excepción de lo observado en China y en el Sur de Asia, lo que se puede explicar por aspectos culturales y tradicionales.^{1,15} El que las mujeres estén más sujetas a ser víctimas de violencia sexual, responde al hecho de que el abuso se instaura en situaciones de desigualdad y se puede considerar el pertenecer al género femenino lastimosamente como tal⁷. El abuso sexual en las niñas ocurre antes de los 12 años, mientras que en los niños entre los 12 y 13 años según Luo y colegas¹⁵, el dato en la población femenina es respaldado por el estudio de Ramos-Lira et al⁵. En el estudio argentino antes mencionado se distribuyeron los casos de abuso sexual reportados, según la edad; es así como 3% fue en niños de 0-2 años, 15% de 3-6 años, 31% de 7-9 años, 20,5% de 10-12 años, 20,5% de 13-15 años y 7% de 16-18 años¹⁶. Se observa entonces que el abuso sexual se da con mayor frecuencia en niños de preescolar y escuela y con menor frecuencia en la adolescencia; lo que es respaldado en otros artículos^{6,12}. Sin embargo, otros mencionan que durante la adolescencia el abuso sexual también es frecuente^{2,4}.

A pesar de que cualquiera puede ser víctima de abuso sexual, existen algunos factores de riesgo relacionados directamente con el niño: edad y género, aspecto físico, ser un hijo no deseado o adoptado, alteración o discapacidad física, mental o de desarrollo, hiperactividad, ser un niño con mayores necesidades afectivas o ser más expresivo^{7,10,17}. Además se reconocen algunos factores de riesgo indirectos (porque actúan por medio del cuidador del niño) por ejemplo: presencia de hombre ajeno a la familia en la casa, dificultad del encargado para congeniar con el niño, incomprensión del encargado al niño, ausencia de armonía marital, métodos disciplinarios fuertes y físicos, aislamiento social de la familia, encargado farmacodependiente o alcohólico, estatus socioeconómico bajo, habitar barrios en condiciones de pobreza, pertenecer a familias numerosas o desempleo^{2,7,8}.

A lo largo de la historia se han postulado prototipos de abusadores, cayendo en la generalización; sin embargo, dicha población es muy diversa, heterogénea y no necesariamente pueden clasificarse como pedófilos². Se pueden observar ciertas tendencias y establecer algunas asociaciones, pero lo cierto es que así como la identidad de la víctima puede ser cualquiera, la del abusador también.

El perpetrador del abuso suele ser alguien conocido de o cercano a la víctima, contrario a la creencia popular. Se estima que el 70% de ellos son miembros de la familia, amigos, sacerdotes o personas a cargo del cuidado o educación del menor, y en especial figuras paternas.^{1,4,5} Un estudio argentino estimó que el 77% de los abusadores convivían con la víctima¹⁶. En el estudio llevado a cabo por Ramos-Lira y colegas, observaron que del total de mujeres víctimas de tocamientos sexuales, el 60% ocurrieron antes de los 12 años y los abusadores fueron conocidos no familiares en el 41% de las ocasiones, familiares el 39% y desconocidos en el 20% de los casos⁵.

Núñez et al obtuvieron que el 23,95% de los abusadores eran vecinos, 15,63% padrastros, tíos en el 9,9%, novios en el 8,85%, padres en el 6,8%, otros familiares en el 15,06% y otras personas ajenas a la familia en el 12,45% de los casos⁴, lo que recalca nuevamente la cercanía de la víctima con el abusador. El último dato concuerda con otra cifra, que establece que tan sólo en el 10%¹², 16 ó 14%² de los casos el agresor es completamente ajeno a la víctima.

Como se ha podido observar, el abusador suele ser en la gran mayoría de casos del sexo masculino (95,5% de los casos según Cortés y colegas)¹² y tan sólo una minoría son mujeres^{2,14}; pero también es posible que los abusos perpetrados por mujeres estén infrareportados¹². Luo et al en su estudio reportaron que cuando la víctima era mujer, los abusadores eran en su mayoría hombres y cuando la víctima era niño apenas un tercio eran del sexo masculino¹⁵. La edad del abusador va a variar según cada caso; sin embargo, se puede decir que hasta un 44,2% pueden ser menores de 18 años; cuando las víctimas son de menor edad, se cree que los abusadores suelen ser con mayor frecuencia otros niños o adolescentes¹². Se cree que pueden



existir dos picos de edades en los abusadores, el primero durante la adolescencia, que concuerda con un aumento en las conductas delictivas; y el segundo alrededor de los 30 años, cuando el contacto con menores de edad suele ser más frecuente².

El abusador suele (aunque no siempre) premeditar y planificar el abuso⁴ y casi nunca es atrapado, detenido y juzgado^{2,16}. El perpetrador utiliza diversas estrategias para llevar a cabo el abuso sexual, dentro de estas se destacan el convencer a la víctima con engaños, sobornos, decirle que es parte de un juego, utilizar el afecto como herramienta, hacer uso de la fuerza o la seducción¹². Además de estas tácticas, pone en práctica otras para en ocasiones asegurar el silencio del menor, como por ejemplo el simple hecho de pedirlo sin amenazas o decirle que es un “secreto especial”¹².

En cuanto a la naturaleza del abuso sexual y su duración, estas pueden variar según cada caso. Es así por ejemplo que en un estudio llevado a cabo por Daigneault et al en niñas víctimas de abuso sexual entre 11 y 17 años, determinaron que en el 100% de los casos existió contacto físico, penetración en el 72% y uso de la fuerza en el 28% de las ocasiones y que en promedio el abuso duró 1,6 años¹⁹. Se cree que la forma más frecuente de abuso son los tocamientos inapropiados¹². Cortés y colegas determinaron en su estudio que del total de casos de abuso sexual en menores de edad, 62,8% consistieron en tocamientos inapropiados, 24,5% fueron violación y en 12,6% de los episodios no medió el contacto físico¹². Finalmente, otro estudio realizado por Al-Mahroos y Al-Amer, describe igualmente que la forma de abuso sexual más común son los tocamientos genitales y el jugueteo (62,5% de los casos), le sigue la sodomía con 39%, la penetración vaginal en 22%, la exposición a pornografía en 10% y el contacto oral genital en 9%⁶.

La frecuencia del abuso también puede depender de la naturaleza del mismo y del género de la víctima. Hay quienes reportan que cuando media la violación, estos casos suelen ser aislados, mientras que otros tipos son tanto aislados como crónicos²⁰. En el estudio antes mencionado de Cortés et al, determinaron que en el 49,8% de los casos el abuso sexual fue un hecho aislado, en el 23,4% ocurrieron en varias ocasiones (y en el 71,4% de los niños se prolongó durante un año) y fueron abusos continuados en el 26,8% de las víctimas; de estas últimas 45,8% sucedían varias veces al año y 16,7% varias veces por semana¹². Otros datos que difieren un poco son los obtenidos por Al-Mahroos y Al-Amer, donde reportan que el 31% de los casos fueron únicos y en el 41% se repitieron 3 o más veces⁶.

La agresión suele ocurrir dentro de la casa de las víctimas o del abusador^{5,6,12}, por lo general sitios supuestamente seguros para los niños y donde la víctima no está prevenida, espacios que el abusador domina; es decir que con menor frecuencia se lleva a cabo en lugares oscuros, extraños, solitarios o abandonados⁴. Lo anterior también responde al hecho de que la mayoría de los abusos sexuales son cometidos por personas cercanas al niño. Existen reportes que indican que en caso de ser el perpetrador un desconocido, la agresión sí se llevará a cabo en parques o calles en el 70% de los casos¹². También puede depender del género de la víctima, ocurriendo el abuso sexual con mayor frecuencia dentro del hogar en las niñas y en lugares públicos en los niños¹². En el estudio de Núñez y colegas, se determinó que los abusos sexuales cometidos contra menores de edad se llevaron a cabo dentro del hogar de la víctima en el 43,18% de las ocasiones, en segundo lugar con un 15,9% en casas de familiares o conocidos, y en otros sitios (guarderías por ejemplo) en 15,9% de los casos⁴.

Consecuencias en las víctimas de abuso sexual menores de edad

El abuso sexual en menores de edad es una experiencia traumática que deja secuelas importantes de una amplia gama de variedad. En general no se puede hablar de un síndrome como tal, ya que la sintomatología siempre variará según los diversos factores que pueden influir la manifestación de un síntoma específico^{3,6,12,15,27}, desde aspectos genéticos hasta sociales, familiares y otras experiencias vividas posteriormente. Además, la víctima puede tener secuelas en una o varias áreas, o no presentar consecuencias del todo^{3,28}. Incluso la edad del niño puede evidenciar diferencias en el predominio de un tipo de secuela¹⁶.



Otro aspecto que dificulta el análisis de las secuelas en estos niños o adultos abusados durante la infancia, es lo antes mencionado en este artículo acerca de la coexistencia de otros tipos de violencia con el abuso sexual, en especial cuando se trata de un perpetrador cercano a la víctima^{9,28-30}. Los otros tipos de abusos podrían ser los principales encargados de los hallazgos observados en la víctima, venir a potenciar o complicar la sintomatología o simplemente modificarla, siendo difícil determinar con certeza cuáles secuelas derivan propiamente del abuso sexual.

Se ha documentado que experiencias fuertes, traumáticas, como el abuso sexual, en periodos de alta plasticidad neuronal, genera cambios fisiológicos, neurobioquímicos y estructurales en el cerebro, sistemas nerviosos y ejes endocrinológicos de las víctimas; modificaciones que pueden ser permanentes o duraderas. Y si bien aún hace falta estudiar estos fenómenos con mayor detenimiento, se ha visto que podrían explicar mucha de la psicopatología que presentan estas personas^{3,28,31}.

Existe evidencia de una desregulación en el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal como consecuencia de un trauma, lo que genera un estado inflamatorio crónico que favorece la aparición de enfermedades crónicas, ya sea cardiovasculares, inmunológicas, psicológicas u otras⁷. Existen diversas hipótesis en torno a los efectos sobre el eje antes mencionado y el sistema nervioso autónomo, se han observado hallazgos que señalan la hiperfunción de uno y la atenuación del otro, o viceversa, lo que podría explicar los diferentes matices de la psicopatología y la respuesta del individuo ante nuevas situaciones de estrés (independientemente de si están relacionadas con aspectos sexuales o no); lo cierto al fin y al cabo, es que existe algún tipo de desregulación que genera una respuesta asimétrica^{3,28}.

Los cambios en estructuras cerebrales han sido documentados ampliamente en varios estudios, por lo que sólo se mencionarán algunos de ellos: menor tamaño intracraneal y cerebral, menor volumen del cuerpo caloso, asimetría en el lóbulo frontal, alteraciones en el volumen del hipocampo, menor volumen de la amígdala y pérdida neuronal en ciertas regiones del cerebro^{3,28}. Además se han observado alteraciones funcionales, como hiper o hipofunción y alteración en la irrigación de ciertas regiones en el cerebro en personas que han sido víctimas de violencia sexual durante su infancia³.

Las consecuencias derivadas del abuso sexual en menores de edad podrían clasificarse en aquellas observadas a corto o largo plazo; o bien, dependiendo del área que se vea afectada, es decir si son de carácter físico, psicológico, mental, social o sexual. Como la división entre esta última clasificación no suele ser tan marcada y en muchas ocasiones la sintomatología observada se traslapa con varias de estas esferas o se trata por ejemplo de la manifestación física de un problema psicológico, se prefirió utilizar la primera clasificación en este escrito y hacer alusión a los otros aspectos habiendo hecho esta aclaración.

A) Consecuencias a corto plazo

El abuso sexual en ocasiones se acompaña de otros tipos de violencia simultáneamente, por lo que, aunque infrecuente, no es del todo extraño observar lesiones físicas, como por ejemplo hematomas, quemaduras o fracturas²⁷. Seldes et al observaron que de 39 niños abusados sexualmente, 51% presentaron lesiones vaginales, 20,5% manifestaciones cutáneas, 7,6% lesiones anales, 7,6% osteoarticulares, 2,5% bucales y en un 10,8% no se encontraron lesiones aparentes¹⁶. Jones y Worthington observaron que del total de lesiones genitales y anales en mujeres menores de 21 años, sólo el 25% se debieron a abuso sexual²¹; por lo que se debe hacer un diagnóstico diferencial con variaciones anatómicas normales, accidentes de tránsito o empalamiento accidental producto de juegos o caídas^{21,32}, u otras etiologías.

En la mujeres también es posible encontrar lesiones no penetrantes que involucran el pubis, clítoris y los labios, donde se puede encontrar equimosis, hematomas, abrasiones, laceraciones lineales y en ocasiones mordeduras³². Las lesiones por penetración van desde laceraciones vaginales superficiales hasta profundas con riesgo de shock hipovolémico. Aunque la víctima haya experimentado penetración vaginal, puede que apenas un 16% de las mujeres presenten cambios en el himen⁶, por lo que la ausencia de hallazgos en dicha estructura no descarta abuso sexual.



Además de las lesiones ya discutidas, también están las problemáticas de embarazo y la adquisición de enfermedades de transmisión sexual (ETS), si bien estas últimas también pueden contemplarse como secuelas a largo plazo, se discuten aquí puesto que algunas se manifiestan cercano al hecho. Estas entidades deben analizarse con cautela, ya que la adquisición de una ETS en un menor puede ser debido a abuso sexual, pero también a causas perinatales, relaciones sexuales consensuales, o aún más raro, por autoinoculación o fomites^{26,33}.

En un estudio de Kohlberger y Bancher-Todesca en niños con sospecha de abuso sexual, se determinó la presencia de gonorrea en 1,8%, Chlamydia trachomatis en 1,6%, Trichomonas vaginalis en 0,7% y ningún caso de sífilis o VIH; además observaron colonización bacteriana por Gardnerella vaginalis en 24% de los casos y Enterobacteriaceae en 41,3%¹¹.

De manera similar, un estudio de Ribas y colegas también observó una frecuencia baja (2,3%) de ETS en niños con sospecha de abuso sexual^{11,33}. En contraste con el artículo de Kohlberger, este documenta que los niños con ETS tenían en un 50,8% condiloma acuminado, 19% gonorrea, 17,5% otros tipos de uretritis, 6,3% herpes genital, 3,2 sífilis y 1,6% candidiasis; y entre las niñas, 47% condiloma acuminado, 14,4% vaginosis bacteriana, 11,4% candidiasis, 10,6% otros tipos de cervicitis, 5,6% herpes genital, 5,3% gonorrea, 3,8% tricomoniasis, 1,5% VIH y 0,8% sífilis³³. De estos niños el 90,1% sólo tenían un agente causal, mientras que el 9,9% estaban coinfectados.

Se ha postulado que la presencia de gonorrea, sífilis, chancroide, VIH y Chlamydia en niños casi siempre es diagnóstico o altamente sugestivo de abuso sexual; mientras que Trichomonas vaginalis, condiloma acuminado (sobre todo si en la región anogenital²⁶) y Herpes genital es sospechoso de abuso y vaginosis bacteriana y candidiasis no se puede determinar con certeza su asociación con abuso sexual^{11,33}. En todo caso, la presencia de una ETS en un menor de edad siempre debe obligar al médico a descartar abuso sexual o conductas sexuales riesgosas³³.

B) Consecuencias a largo plazo

Así como pueden existir manifestaciones inmediatamente posterior al abuso sexual, existen consecuencias que únicamente se evidenciarán o empeorarán conforme el tiempo transcurra^{7,13,19,25} y que perdurarán por largos periodos o de por vida. A continuación se exponen las secuelas a largo plazo.

Como problema social derivado del abuso sexual en menores se ha observado una predisposición para alcoholismo, tabaquismo, uso de drogas de abuso, prostitución, delincuencia, fuga del hogar, fracaso y deserción escolar, desempleo, embarazo adolescente o no deseado, conflictos familiares, dificultad para establecer relaciones interpersonales y mayores tasas de divorcio y separación^{4,5,7,12,13,15,17,19,20,24,27,29,34}. En un estudio llevado a cabo por Zierler y colegas, obtuvieron que aquellos sobrevivientes de abuso sexual tenían una predisposición 4 veces mayor de laborar como trabajador del sexo en algún momento de su vida, en comparación con aquellos que no fueron abusados²⁹.

Dentro de los problemas de salud física; se ha observado por ejemplo, que dichas personas suelen tener dolor inhabilitante a repetición⁷. También se documenta la asociación con entidades como síncope crónico, patología psicósomática, dolores crónicos, síndrome de hiperventilación crónico, trastorno convulsivo refractario, patología coronaria, neoplasias, obesidad, enfermedades reumatológicas, úlceras gástricas, patología pulmonar y neurológica^{12,13,17,27}. La patología gastrointestinal funcional, la fibromialgia, el dolor pélvico crónico, convulsiones psicógenas y el dolor crónico no especificado son manifestaciones físicas de trastornos de somatización que con frecuencia presentan las víctimas de abuso sexual^{9,13,27}.

En el ámbito sexual, se ha demostrado que los adultos que fueron abusados de niños, tienen una mayor predisposición para la hipersexualidad, con patrones de masturbación más frecuentes, de inicio más temprano y/o compulsivos, mayor número de compañeros sexuales a lo largo de su vida, conducta sexual riesgosa o menor uso de métodos anticonceptivos^{7,15,17,24,34}; lo que se atribuye a una disrupción en el proceso de maduración sexual³⁴. Se debe tener presente que el observar conductas sexuales en los niños no siempre



es indicativo de abuso sexual; si bien se deberá descartar siempre esta posibilidad, se debe tener en cuenta lo usual o normal de acuerdo a la edad del niño³⁵.

También pueden tener un eroticismo elevado o problemas sexuales que van desde adquisición de enfermedades de transmisión sexual hasta patología genitourinaria más frecuente o disfunción sexual^{12,15,17,27,34,36}. Zierler et al reportaron que las víctimas de abuso sexual habían tenido relaciones sexuales con alguien desconocido 40% más frecuente que aquellas personas no abusadas; y que además tenían una tendencia 2 veces mayor para tener múltiples compañeros sexuales²⁹.

Dentro de las manifestaciones de disfunción sexual están la dispareunia, anorgasmia o dificultad para alcanzar el orgasmo, insatisfacción sexual, dificultad para excitarse sexualmente, vaginismo, disfunción eréctil o trastornos de la eyaculación^{12,17,27,30}. Algunas de estas consecuencias podrían derivarse de ansiedad anticipatoria, expectativas negativas ante los encuentros sexuales o alteraciones en la percepción del sexo y de su propia sexualidad³⁰.

En cuanto a la prevalencia de enfermedades de transmisión sexual, lo que respecta al VIH-SIDA es que se ha observado una prevalencia 2 veces mayor en aquellos que alguna vez fueron abusados de niños en comparación con los que no lo fueron; esto se podría deber también a la asociación que existe con un aumento en el abuso de drogas o en conductas sexuales riesgosas descritas en esta población²⁹. En general, aquellas personas que fueron víctimas de abuso sexual están más predispuestas para adquirir algún tipo de enfermedad de transmisión sexual a lo largo de su vida, lo que va de la mano con conductas sexuales riesgosas³⁶.

Otro aspecto que se ve fuertemente afectado por la violencia sexual durante la infancia es la esfera psicológica/mental/emocional, que alberga una exhaustiva patología^{7,15}. Las víctimas tienen mayor tendencia a presentar depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático, suicidio e ideación suicida, baja autoestima, enuresis o encopresis, trastornos alimentarios, trastornos del sueño, labilidad emocional, agresividad, desregulación emocional, conducta antisocial en la adultez temprana, esquizofrenia, bipolaridad, trastornos somatomorfos, déficit de atención e hiperactividad y problemas de memoria; todos cambios que pueden ser explicados por las alteraciones neurobioquímicas antes mencionadas^{3,4,7,9,12,14,17,19,20,24,25,27,28}. Sentimientos de culpa, estigmatización y la dificultad de confiar en otras personas también se derivan de una experiencia de abuso sexual, y esto a su vez puede generar psicopatología^{20,27}.

Las víctimas de abuso sexual suelen, lastimosamente, volver a ser perjudicados por otros tipos de violencia, o bien de abuso sexual, a lo largo de su vida.^{7,12} Luo y colegas determinaron por ejemplo que aquellas mujeres que habían sufrido abuso sexual en su infancia, fueron golpeadas por su compañero sexual en algún momento de su vida, experimentaron algún tipo de acto sexual no deseado o fueron víctimas de hostigamiento sexual físico y verbal con mayor frecuencia¹⁵.

Una de las consecuencias que es preocupante por su potencial influencia en los índices de prevalencia de abuso sexual, es el hecho de que las mismas víctimas de dicha agresión pueden convertirse en perpetradores en un futuro; el experimentar diversas formas de violencia se considera por sí solo un factor de riesgo^{7,10}. Por ejemplo, se ha estimado que el 71% de perpetradores masculinos, fueron ellos mismos abusados de pequeños¹. Por este motivo, es de vital importancia tratar las secuelas de los niños víctimas de abuso sexual y así contribuir con un tipo de prevención primaria del que poco se habla.

Finalmente se debe hacer alusión al impacto económico pues las víctimas tienden a utilizar los servicios de salud con mayor frecuencia, usando un 13-43% más de los costos totales de salud en comparación con aquellas personas no abusadas sexualmente⁹.

C) Aspectos que pueden agravar o atenuar las secuelas

Existen algunos aspectos que potencian la gravedad de las secuelas en las víctimas de violencia sexual, dentro de estas se pueden mencionar aquellos contactos sexuales con familiares (en especial padres y



hermanos)^{5,15,20,25}, tipos de abuso sexual más severos como la violación^{9,20,25}, menor edad cuando se fue abusado y duración del abuso^{5,25}, aspectos genéticos que hagan vulnerable a la víctima en situaciones de estrés⁹ y la coexistencia de otros tipos de violencia^{25,32}.

Algunos factores protectores son: perpetrador completamente desconocido, buena contención familiar, apoyo escolar, la edad, inteligencia y el temperamento del niño, intereses externos (como pasatiempos), espiritualidad y relaciones entre pares^{18,19,25,32}. Acá se introduce también el término de resiliencia, que es la flexibilidad en el manejo del afecto y la conducta en una situación determinada; es la capacidad para adaptarse a pesar de la adversidad y es lo que podría explicar el hecho de que no todos los niños tengan secuelas de la misma gravedad^{7,19}. Medidas como la psicoterapia individual o grupal pueden beneficiar a las víctimas de abuso sexual al enseñarles a lidiar con el trauma y las secuelas que cada uno presente^{9,27}, lo que atenuaría la gravedad de las consecuencias.

Medidas preventivas

Ya se ha otorgado una visión general en cuanto a aspectos importantes del abuso sexual en menores de edad, ahora se hablará de aquellas posibles medidas preventivas que puedan ayudar a evitar o disminuir en primera instancia el número de casos de abuso sexual (prevención primaria); o bien, las que impidan que los perpetradores vuelvan a cometer otro abuso sexual (prevención secundaria). Si bien se les conoce como medidas preventivas, muchas de ellas lo que realmente logran es controlar los factores de riesgo y no el abuso sexual como tal³¹.

Debido a la dificultad para encontrar literatura específica de medidas preventivas de abuso sexual, en algunas ocasiones se extrapolará la información acerca de otros programas que pretenden prevenir distintos tipos de violencia. Se debe aclarar también que así como existen estudios que sustentan la eficacia de estas técnicas preventivas, hay otros que alegan lo contrario, por lo que es un campo que aún se debe estudiar.

A) Prevención primaria

Existen medidas educativas que por lo general van dirigidas a escolares, pero también a sus padres, maestros, comunidades o cualquiera que trabaje con niños o adolescentes; pero también existen disposiciones judiciales. A continuación se explicarán estas medidas.

El objetivo principal de los programas educativos es brindarle a los niños las herramientas necesarias para que aprendan a identificar situaciones de peligro, transgresión de límites, tocamientos inapropiados o tácticas que el abusador pueda implementar para llevar a cabo su cometido^{2,17,31,37}. Se cree que los niños más pequeños son incapaces de diferenciar el contacto sexual inapropiado de una relación de cariño^{4,25}, por lo que estos programas funcionarían modificando dicha situación. También hacen evidente la problemática del abuso sexual y consisten en enseñarle a los niños sus derechos, cómo oponerse a esos contactos y cómo buscar ayuda; de esta manera también se estarían reportando más los casos de abuso sexual, aminorando la gravedad de las consecuencias, disminuyendo los sentimientos de culpa y vergüenza y mitigando la estigmatización^{2,31,37}.

Estos programas van dirigidos a niños y jóvenes de diversas edades, incluyendo los de preescolar, y se imparten por lo general en las escuelas, aunque también en grupos religiosos y otras organizaciones que trabajan con jóvenes^{2,31,37}. Algo que se les critica es que hay quienes creen que los conceptos impartidos son muy complicados para que niños tan pequeños los comprendan^{2,37}.

Otro aspecto que le discuten es que la información impartida en los programas podría generar ansiedad entre los niños, eliminar toda confianza en los adultos y confundir cualquier contacto como uno inapropiado; además de que se delegaría la responsabilidad de prevenir el abuso sexual en los niños, lo que sería injusto^{2,37}. También consideran que de ser cierto que los niños sí aplicaran las herramientas aprendidas, es improbable que sean capaces de evitar que el abuso se lleve a cabo³⁷. Sin embargo, los conceptos parece que no son



complicados, los niños de cualquier edad sí los llegan a integrar aunque no necesariamente sean capaces de implementarlos, y aún cuando sólo fueran comprendidos por un solo estudiante, ya sería beneficioso^{2,37}. El que se haya comprobado que otros programas que previenen otros tipos de violencia son efectivos, apoya el hecho de que los dirigidos a prevenir abuso sexual en menores también puedan servir³⁷. Reportar los casos de abuso sexual puede ser incluso ventajoso para el niño en el sentido de que se le podría poner fin al abuso en sí, evitar que este sea de mayor duración o prevenir futuras agresiones³⁷. También se ha descrito que estos programas favorecen la comunicación entre padres e hijos³⁷, lo que puede ser un aspecto clave en la lucha contra el abuso sexual.

Estrategias como el uso de la publicidad y anuncios públicos han sido implementadas con el fin de recalcar lo malo del abuso sexual y también la necesidad de buscar ayuda en caso de ser un o un posible perpetrador; o bien, para alertar a terceras personas en la detección de potenciales situaciones de abuso para adoptar medidas de protección, aumentar el reporte de los casos y atenuar la estigmatización en potenciales víctimas^{2,8,15,31}.

Hay quienes creen que la aplicación de justicia a los abusadores puede tener efectos preventivos de carácter primario, ya que podría generar el miedo a ser atrapados en otros posibles perpetradores y saber que definitivamente obtendrían un castigo infalible y severo; evitando que se lleven a cabo nuevas agresiones sexuales². Una mayor severidad de las sentencias podría generar sobrepoblación de las cárceles y elevaría los costos², por lo que lo mejor sería aumentar las medidas de detección y arresto y diferenciar más apropiadamente aquellos agresores de mayor riesgo de los de menor.

Las estrategias ya discutidas estaban enfocadas en población general, pero existen otras que se usan únicamente en población de riesgo. Estas medidas consisten en visitas a domicilio, programas comprensivos del cuidado de salud, contacto con pediatras, entrenamiento parental, promoción del contacto madre-hijo en el postparto, apoyo de trabajo social, transporte y servicios educativos y psicoterapia⁸. Cada uno tiene objetivos, duración y maneras de actuar que difieren un poco el uno del otro; pero en general son llevados a cabo por personal entrenado que visita a las familias, incluso desde el período prenatal, para brindar apoyo, información y educación, y así mejorar la salud y el cuidado de los niños³¹.

B) Prevención secundaria

Se le llama prevención secundaria porque no está evitando el abuso sexual, sino que ya habiendo ocurrido, se trabaja con el abusador para impedir un segundo agravio por el mismo sujeto. Existen diversos métodos que se han aplicado con esta filosofía; sin embargo, tienen una desventaja, y es que se basan en un modelo estereotipado del abusador^{2,37}, que como vimos al inicio de este artículo, no suele ser siempre así.

Además se parte del hecho de que todo perpetrador recidiva en su delito, pero la tasa de reagresión en materia sexual es mucho menor que la de otro tipo de criminales; se estima que tan sólo el 14% cometen otra ofensa sexual luego de 5 años². La tasa es aún menor cuando los agresores son de la familia o jóvenes, y se cree que alcanza esos valores tan bajos por el nivel educativo y laboral que tienen los perpetradores, en comparación quizás con otro tipo de criminales². En todo caso, igual se discutirán a continuación las distintas técnicas descritas.

Existe lo que son sistemas de registro de ofensores, que tienen como fin el identificar más fácilmente al agresor en caso de una recidiva y además podría también evitar que otros cometan su primer delito con tal de no aparecer en estas bases de datos. Como aspecto negativo, está el que no facilita la reintegración del agresor a la sociedad lo que podría generar una mayor maladaptación social y conducta errónea; por otra parte sería continuar castigando a aquellos que ya han cumplido su condena².

En relación con lo anterior, está la verificación obligatoria del historial de la persona que busca un nuevo trabajo en sitios donde puede estar en contacto con menores de edad, que se realiza mediante el uso de los registros antes mencionados. El problema con esta medida es la dificultad para encontrar un nuevo trabajo, los costos y el no brindarle la oportunidad a una persona quizás calificada y que no necesariamente vaya a recidivar².



La notificación en la comunidad consiste en repartir volantes, hacer llamadas o que encargados de la ley vayan puerta por puerta comunicando a los vecinos acerca de la identidad del abusador, y tiene por objetivo el que ellos tomen las medidas preventivas que ellos consideren adecuadas para su protección. A pesar de que pueda gustar entre la gente, tiene quizás más efectos negativos. Además de los que comparte con los registros de ofensores, los abusadores tienen dificultad para encontrar sitios dónde vivir y nuevos trabajos y quizás el tiempo invertido en esta medida se podría utilizar en otras más efectivas².

También está la creación de estatutos que restrinjan los sitios donde los perpetradores puedan habitar y visitar y así proteger a los niños en los lugares que más transitan. Esto le imposibilita al que cometió el abuso encontrar dónde vivir y puede no ser tan efectiva si recordamos que muchos de ellos son personas familiares que conviven con la víctima².

Finalmente, existen otras medidas que tienen un enfoque más humanitario y van dirigidas a ayudar al abusador con ciertos aspectos y así prevenir recidivas. Un ejemplo es la terapia para dichas personas para aumentar sus tácticas de autorregulación de conducta o para lidiar con los posibles problemas de fondo que los haya impulsado a abusar de menores de edad. Esto podría ser costoso y requiere personal muy entrenado².

Como se pudo observar, existen múltiples medidas preventivas pero todavía no se llega a un consenso en cuanto a su eficacia, por lo que se deberían implementar o seguir utilizando hasta que los estudios reporten lo contrario; porque al fin y al cabo, no se han observado efectos negativos reales.

Conclusiones

El abuso sexual en menores es una problemática alarmante que le atañe a todos los países del mundo, pero es un tema amplio del que aún hace falta investigar. Todo niño puede ser víctima de abuso sexual, independientemente de su género, físico, trasfondo socioeconómico, familiar y demás; al igual que cualquiera puede ser el perpetrador. Si bien en general se tienen datos acerca de la epidemiología y consecuencias de la violencia sexual, no es válido ceñirse a ellos o a los estereotipos que la población suele tener; siempre se deberá tener la suspicacia para no desapercibir posibles agresiones que se puedan detectar y denunciar a lo largo de la vida laboral o social.

Lo anterior es de vital importancia, puesto que se deberá trabajar con las consecuencias derivadas del abuso sexual en los menores; si bien la manifestación de estas es multifactorial y su gravedad depende de diversos aspectos, es esencial brindarles a todos la mejor atención según sus necesidades, una atención individualizada, para asegurarles un mejor futuro. El abordaje del abuso sexual debe hacerse desde distintas perspectivas. Finalmente, todo país debería estudiar la prevalencia de este tipo de violencia con el fin de dirigir más efectivamente las medidas preventivas, y estudiar a fondo cuáles de estas traerán mayores beneficios para toda su población. El abuso sexual es un problema que nos incumbe a todos y por ende debemos estar en la capacidad de contribuir con el combate de este tipo de maltrato infantil.

Referencias

- 1) Harendra de Silva, D.G. (2007). Children needing protection: experience from South Asia. *Arch Dis Child*, 92, 931-934.
- 2) Finkelhor, D. (2009). The Prevention of Childhood Sexual Abuse. *The Future of Children*, 19(2), 169-194.
- 3) Pereda, N. y Gallardo-Pujol, D. (2011). Revisión sistemática de las consecuencias neurobiológicas del abuso sexual infantil. *Gac Sanit*, 25(3), 233-239.
- 4) Núñez, A.; Tortolero, Y.; Verschuur, A.; Camacaro, M. y Mendoza, S. (2008). Violencia sexual. Un fenómeno oculto en la experticia médica legal. *Rev Obstet Ginecol Venez*, 68(4), 233-239.
- 5) Ramos, L.; Saltijeral, M.T.; Romero, M.; Caballero, M.A. y Martínez, N.A. (2001). Violencia sexual y problemas sociales en una muestra de usuarias de un centro de salud. *Salud Pública de México*, 43(3), 182-191.



- 6) Al-Mahroos, F. y Al-Amer, E. (2011). Reported child sexual abuse in Bahrain: 2000-2009. *Ann Saudi Med*, 31(4), 376-382.
- 7) Symes, L. (2011). Abuse Across the Lifespan: Prevalence, Risk, and Protective Factors. *Nurs Clin N Am*, 46, 391-411.
- 8) Gonzalez, A. y MacMillan, H.L. (2008). Preventing child maltreatment: An evidence-based update. *J Postgrad Med*, 54(4), 280-286.
- 9) Chen, L.P.; Murad, M.H.; Paras, M.L.; Colbenson, K.M.; Sattler, A.L.; Goranson, E.N.; Elamin, M.B.; Seime, R.J.; Shinozaki, G.; Prokop, L.J. y Zirakzadeh, A. (2010). Sexual Abuse and Lifetime Diagnosis of Psychiatric Disorders: Systematic Review and Meta-analysis. *Mayo Clin Proc*, 85(7), 618-629.
- 10) Higareda, M.A.; Higareda, E.; Higareda, I.R.; Barrera, J.C.; Gómez, M.A. y Benites, V. (2011). Aptitud de padres para prevenir abuso sexual en menores después de una intervención educativa participativa. *Salud Pública de México*, 53(2), 134-140.
- 11) Kohlberger, P. y Bancher-Todesca, D. (2007). Bacterial Colonization In Suspected Sexually Abused Children. *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 20, 289-292.
- 12) Cortés, M.R.; Cantón, J. y Cantón, D. (2011). Naturaleza de los abusos sexuales a menores y consecuencias en la salud mental de las víctimas. *Gac Sanit*, 25(2), 157-165.
- 13) Irish, L.; Kobayashi, I. y Delahanty, D.L. (2010). Long-term Physical Health Consequences of Childhood Sexual Abuse: A Meta-Analytic Review. *Journal of Pediatric Psychology*, 35(5), 450-461.
- 14) Kellogg, N. y el Committee on Child Abuse and Neglect (2005). The Evaluation of Sexual Abuse in Children. *Pediatrics*, 116(2), 506-512.
- 15) Luo, Y.; Parish, W.L. y Laumann, E.O. (2008). A Population-Based Study of Childhood Sexual Contact in China: Prevalence and Long-Term Consequences. *Child Abuse Negl*, 32(7), 721-731.
- 16) Seldes, J.J.; Ziperovich, V.; Viota, A. y Leiva, F. (2008). Maltrato infantil. Experiencia de un abordaje interdisciplinario. *Arch Argent Pediatr*, 106(6), 499-504.
- 17) Greydanus, D.E. y Omar, H.A. (2008). Sexuality Issues and Gynecologic Care of Adolescents with Developmental Disabilities. *Pediatr Clin N Am*, 55, 1315-1335.
- 18) Eisenberg, M.E.; Ackard, D.M. y Resnick, M.D. (2007). Protective Factors and Suicide Risk in Adolescents with a History of Sexual Abuse. *J Pediatr*, 151, 482-487.
- 19) Daigneault, I.; Hébert, M. y Tourigny M. (2007). Personal and Interpersonal Characteristics Related to Resilient Developmental Pathways of Sexually Abused Adolescents. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am*, 16, 415-434.
- 20) Molnar, B.E.; Buka, S.L. y Kessler, R.C. (2001). Child Sexual Abuse and Subsequent Psychopathology: Results From the National Comorbidity Survey. *American Journal of Public Health*, 91(5), 753-760.
- 21) Jones, J.G. y Worthington, T. (2008). Genital and Anal Injuries Requiring Surgical Repair in Females Less Than 21 Years of Age. *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 21, 207-211.
- 22) Finkelhor, D.; Ormrod, R., Turner, H. y Hamby, S. (2011). School, Police, and Medical Authority Involvement With Children Who Have Experienced Victimization. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 165(1), 9-15.
- 23) Orpinas, P. y de los Ríos, R. (1999). La violencia: del conocimiento a la prevención. *Revista Panamericana Salud Pública*, 5(4/5), 211-214.
- 24) Pinzón-Rondón, Á.M.; Ross, T.W.W.; Botero, J.C. y Baquero-Umaña, M.M. (2009). Prevalencia y Factores Asociados a Enfermedades de Transmisión Sexual en Menores Explotados Sexualmente en Bogotá, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 11(3), 468-479.
- 25) Finkel, K.C. (1994). Sexual abuse and incest. What can you do?. *Canadian Family Physician*, 40, 935-944.
- 26) Sinclair, K.A.; Woods, C.R.; Kirse, D.J. y Sinal, S.H. (2005). Anogenital and Respiratory Tract Human Papillomavirus Infections Among Children: Age, Gender, and Potential Transmission Through Sexual Abuse. *Pediatrics*, 116(4), 815-825.
- 27) Corwin, D.L. y Keeshin, B.R. (2011). Estimating Present and Future Damages Following Child Maltreatment. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am*, 20, 505-518.
- 28) Shenk, C.E.; Noll, J.G.; Putnam, F.W. y Trickett, P.K. (2010). A prospective examination of the role of childhood sexual abuse and physiological asymmetry in the development of psychopathology. *Child Abuse Negl*, 34(10), 752-761.
- 29) Zierler, S.; Feingold, L.; Laufer, D.; Velentgas, P.; Kantrowitz-Gordon, I. y Mayer, K. (1991). Adult Survivors of Childhood Sexual Abuse and Subsequent Risk of HIV Infection. *American Journal of Public Health*, 81(5), 572-575.



- 30) Rellini, A.H. y Meston, C.M. (2011). Sexual Self-Schemas, Sexual Dysfunction, and the Sexual Responses of Women with a History of Childhood Sexual Abuse. *Arch Sex Behav*, 40, 351-362.
- 31) Mikton, C. y Butchart, A. (2009). Child maltreatment prevention: a systematic review of reviews. *Bull World Health Organ*, 87, 353-361.
- 32) Merritt, D.F. (2009). Genital Trauma in the Pediatric and Adolescent Female. *Obstet Gynecol Clin N Am*, 36, 85-98.
- 33) Ribas, C.B.R.; Cunha, M.G.S.; Schettini, A.P.M.; Ribas, J. y Santos, J.E.B. (2011). Clinical and epidemiological profile of sexually transmitted diseases in children attending a referral center in the city of Manaus, Amazonas, Brazil. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 86(1), 80-86.
- 34) Young, T.K. y Katz, A. (1998). Survivors of sexual abuse: clinical, lifestyle and reproductive consequences. *CMAJ*, 159(5), 329-334.
- 35) Kellogg, N.D. (2010). Sexual Behaviors in Children: Evaluation and Management. *American Family Physician*, 82(10), 1233-1238.
- 36) Hillis, S.D.; Anda, R.F.; Felitti, V.J.; Nordenberg, D. y Marchbanks, P.A. (2000). Adverse Childhood Experiences and Sexually Transmitted Diseases in Men and Women: A Retrospective Study. *Pediatrics*, 106(1), e11.
- 37) Finkelhor, D. (2007). Prevention of Sexual Abuse Through Educational Programs Directed Toward Children. *Pediatrics*, 120(3), 640-645.