

Abuso sexual infantil: epidemiología y estudio de la conducta de los médicos pediatras pre y pos intervención educativa

Sexual Child Abuse: Epidemiology and a Study of Pediatrician Case Management before and after Supplementary Training

Natalia E. Quenan-N, Gloria Celeste Samudio-Dominguez⁽¹⁾

RESUMEN

Introducción: El abuso sexual infantil se refiere al compromiso de un niño en actividades sexuales que no corresponden a su etapa evolutiva. **Objetivo:** Describir las características socio demográficas, clínicas y legales de las atenciones realizadas a víctimas de abuso sexual en pacientes pediátricos atendidos en el Hospital Nacional de enero 2009 a diciembre 2011. **Metodología:** Estudio observacional, descriptivo, retro y prospectivo de corte transversal, con intervención educativa. Se incluyeron pacientes de edad pediátrica con diagnóstico de abuso sexual. Se consultaron expedientes clínicos, laboratoriales y jurídicos, de los pacientes atendidos en el Hospital Nacional de enero 2005 a diciembre 2011, el estudio se realizó en dos etapas; la primera, enero 2005 a marzo 2009, y la segunda, abril 2009 a diciembre 2011. Al finalizar la primera etapa, se realizó la intervención educativa a los médicos de planta y residentes de todos los servicios de Pediatría del Hospital, que consistió en la socialización y discusión de las normas de abordaje y diagnóstico del abuso sexual infantil. **Resultados:** En total se incluyó 85 pacientes, 42 en la primera etapa y 43 en la segunda. El promedio de edad fue de 9,2 años en la primera etapa. En la segunda, el promedio de edad fue de 7,9 años. En ambas etapas, el abuso predominó en pacientes del sexo femenino (90%). En su mayoría el agresor fue conocido de la víctima (62% vs 83%). El abuso sexual agudo se observó en 29 y 28 casos respectivamente. Signos de lesiones externas se evidenció en 86% y 60%. En la primera etapa la investigación de los marcadores de abuso sexual infantil fue deficiente en el 100% de los casos. Fue investigado solo HIV y VDRL en 36 pacientes y a 4 pacientes no se realizó ningún tipo de investigación. En la segunda etapa, la investigación fue adecuada en todos los casos. La consecuencia del abuso que se evidenció en la mayoría fue

ABSTRACT

Introduction: Child sexual abuse is the involvement of a child in sexual activities that are not appropriate to their stage of development. **Objective:** To describe the social, demographic, clinical, and legal characteristics of case management and care of pediatric victims of sexual abuse consulting at the *Hospital Nacional* of Paraguay from January 2009 to December 2011. **Methodology:** A prospective and retrospective, cross-sectional, observational, and descriptive study including educational intervention. Pediatric patients diagnosed as victims of sexual abuse were included. We consulted clinical, laboratory, and legal records of patients treated at the Hospital Nacional between January 2005 and December 2011. The study consisted of two stages: the first, from January 2005 to March 2009, and the second, from April 2009 to December 2011. Upon concluding the first stage, educational intervention was performed consisting of counseling and discussion of standards for approach, diagnosis, and management of child sexual abuse for all staff physicians and residents from the hospital pediatric departments. **Results:** We included 85 patients, 42 in the first stage and 43 in the second. Average age of patients was 9.2 years in the first stage, and 7.9 years in the second. In both stages, abuse was found predominantly in female patients (90%). In most cases (first stage: 62%; second stage: 83%), the aggressor was known to the victim. Acute sexual abuse was seen in 29 cases in the first stage and 28 in the second. External lesions were found in 86% in the first stage, and 60% in the second. In the first stage, investigation of signs of abuse was deficient in 100% of cases; in 36 patients only HIV and VDRL tests were performed; in 4 patients no investigation was performed. In the second stage, investigation was adequate in all cases. Behavioral symptoms were the most

1. Departamento de Pediatría. Hospital Nacional de Itaugua Guazú. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Paraguay.

Correspondencia: Dra. Gloria Celeste Samudio. E-mail: gsamudio.samudio@gmail.com

Recibido: 15/06/2013; Aceptado: 26/07/2013.

el trastorno psicológico (80% y 77%). En el ámbito legal, en ambos periodos todos los casos fueron reportados a la asesoría jurídica, en la primera etapa se encontraron seguimiento legal en solo 40%, en la segunda etapa se evidenció seguimiento en 100% de los casos. **Conclusiones:** El sexo más afectado fue el femenino, sin preferencia de edades, y el perpetrador en su mayoría fue un familiar cercano. Predominó el abuso sexual agudo, con lesiones externas. Los trastornos psicológicos fueron muy evidentes en la mayoría de los casos. Se observó el cumplimiento adecuado de la guía de manejo de Abusos Sexual Infantil luego de la intervención educativa.

Palabras clave: Abuso sexual infantil, violencia sexual infantil, atención hospitalaria, conducta de médicos pediatras, programa de intervención educativa.

INTRODUCCIÓN

La definición de *abuso sexual infantil* (ASI) se refiere al compromiso de un niño en actividades sexuales que no corresponden a su etapa evolutiva, es decir, a su desarrollo psicosexual. Un niño es por definición emocionalmente inmaduro y dependiente, no está capacitado para dar su consentimiento a acciones que violan los tabúes de los roles familiares y de la cultura a la que pertenece.

Asimismo, comprende el abuso sexual no solo como la penetración oral, anal o vaginal sino también como toda forma de toqueteo, exhibicionismo, masturbación, pornografía. Es toda forma de comportamiento que sobrepase el tono erótico tolerable para un niño.

Se considera también, abuso, el trato sexual entre niños que por estar en distinta etapa evolutiva se encuentran en una relación asimétrica (ejemplo: relación de niños con adolescentes), lo cual genera una situación de poder y coerción de uno sobre el otro^(1,2).

Diversas conductas en el niño pueden hacer sospechar que existe abuso, tales como cambios de carácter, enuresis, conductas eróticas no propias de la edad, fugas del hogar, agresividad, intento de suicidio, entre otras⁽³⁾.

Las evidencias físicas pueden ir desde ausencia de signos externos hasta lesiones sumamente graves y evidentes, tales como hematomas, desgarramientos anales o himenales, y mordeduras^(4,5).

common sequelae (first stage 80%; second stage 77%). In both periods all cases were reported to the legal department; in the first stage legal follow-up occurred in only 40% of cases, while in the second stage legal follow-up was performed in 100%. **Conclusions:** Females were more commonly affected, without victim age differences found, and the perpetrator was most often a near family member. Acute sexual abuse with external lesions was the most common form. Behavioral sequelae were very evident in most cases. Adequate adherence to the guide for management of child sexual abuse following the educational intervention.

Keywords: Child sexual abuse, child molestation, hospital utilization, therapy standards, therapy utilization, pediatrics/child sexual abuse education.

Diversos autores han clasificado las lesiones y hallazgos como sospechosos, probables y definitivos de diagnóstico de abuso sexual, según lo que se encuentre en el examen físico o en las diversas pruebas serológicas que evidencian enfermedades de transmisión sexual (ITS), no propias de la infancia, entre las que se puede citar gonococo, sífilis, o HIV (habiéndose descartado transmisión perinatal), además de condiloma acuminado, *Chlamydia trachomatis*. No debe olvidarse que la presencia de embarazo en una adolescente es prueba de ASI hasta demostrar lo contrario⁽⁶⁻⁹⁾.

El abuso puede ser agudo (menos de 72 horas) con evidencia física florida en la gran mayoría de los casos o crónico. En este último tipo, lo más frecuente es que se trate de manoseos o que hayan transcurrido meses o años después de una penetración vaginal o anal. A menudo la agresión se ha repetido varias ocasiones. En estos casos es probable que no existan evidencias físicas, en cuyo caso el diagnóstico se basa en las evaluaciones realizadas por un equipo interdisciplinario⁽¹⁰⁾. En la gran mayoría de los casos el predador infantil pertenece al ámbito familiar, en general un adulto o niño mayor en situación de poder. Excepcionalmente el abusador es de sexo femenino⁽¹¹⁾.

Además de las lesiones físicas, este tipo de abuso crea traumas indelebles en la esfera síquica, pudiendo desencadenar cuadros depresivos o autodestructivos, desembocando en adicciones, suicidios o conductas agresivas hacia otras personas,

u otros niños. En algunos casos no tratados o con fracaso de tratamiento mental, cuando el abusado se vuelve adulto es abusador a su vez, perpetuando de esta manera una conducta reprochable⁽¹²⁻¹⁵⁾.

Al ser este un fenómeno social complejo, y en apariencia en incremento, es importante que el pediatra se encuentre familiarizado con las manifestaciones que presenta, su abordaje médico, psicológico, y jurídico; ya que el momento en que se detecta el problema en el ámbito médico, podría ser la única oportunidad que tiene el niño de escapar de la trampa del abuso por parte de un familiar o desconocido, de acercarlo a una contención dentro del ámbito familiar si es posible o alejarlo definitivamente del abusador si ese es el camino. El objetivo del presente estudio fue describir las características socio demográficas, clínicas y legales de las atenciones realizadas a víctimas de abuso sexual en pacientes pediátricos atendidos en el Hospital Nacional de enero 2009 a diciembre 2011.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y prospectivo de corte transversal, con estrategia educativa en el medio de ambos periodos de estudio. Se incluyeron todos los pacientes de edad pediátrica con diagnóstico de abuso sexual, que concurrieron en el Hospital Nacional en el periodo de enero del 2005 a diciembre del 2011. Se solicitó autorización del Comité de Docencia e Investigación del Departamento de Pediatría para acceso a los expedientes. En todo momento se mantuvo la confidencialidad. Al finalizar la primera etapa del estudio, se realizó la difusión de los resultados en los que se evidenció la falta de cumplimiento de las normativas para la atención del ASI. La intervención educativa consistió en la socialización y discusión de las normas de abordaje y diagnóstico del abuso sexual infantil en todos los servicios del Departamento de Pediatría del nosocomio, incluyendo tanto a los médicos de planta como a los residentes. La segunda etapa del estudio se realizó luego de la citada intervención.

RESULTADOS

Fueron incluidos 85 pacientes, en los dos periodos de estudio. En el primer periodo de 4 años (enero

2005 a marzo 2009) 42 pacientes y en segundo periodo de 20 meses (abril 2009 a diciembre 2011) se incluyeron 43 pacientes es decir que en este último periodo se registró un incremento de más del 50% con respecto al primer periodo de estudio. No se demostró que la ocurrencia de eventos sea influida por la estacionalidad (*Figura 1*).

En el primer periodo de estudio el promedio de edad fue de 9,2 años y presentó una curva bimodal afectando a niños de 8 y 13 años. En el segundo periodo (IV 2009 a XII 2011) de estudio el promedio de edad fue de 7,9 años, no existió modalidad evidente. Al comparar ambos periodos de estudios es evidente que la preferencia por edades ha desaparecido y que todos los niños, niñas y adolescentes, sin importar su edad, fueron víctimas de este evento (*Figura 2*). En ambos periodos de estudio, el ASI predominó en pacientes del sexo femenino, llegando hasta un 90%.

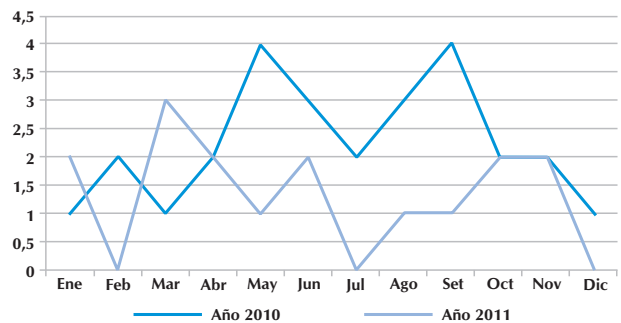


Figura 1. Frecuencia mensual de casos sospechosos de abuso sexual en los años 2010 y 2011, N: 85.

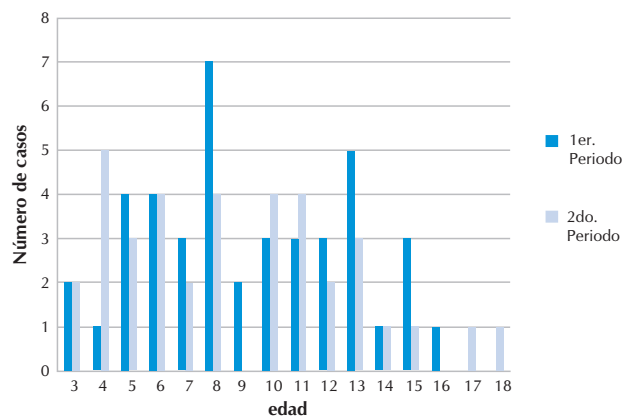


Figura 2. Comparación de número de casos en ambos periodos según las edades, N=85.

Características del agresor

En el primer periodo de estudio se observa el agresor pertenece al círculo social cercano a la víctima, ya

que 26(62%) de ellos pertenecen al ámbito familiar, 12(29%) fueron vecinos y solo 4(9%) correspondió a agresores desconocidos. En el segundo periodo 36(83%) se presentó dentro del ámbito familiar y solo 7(16%) correspondió a vecinos.

Al comparar ambos periodos se puede notar claramente que los agresores intradomiciliarios son más frecuentes en el segundo periodo de estudio (62% vs 83%) con una clara concentración del abuso en padres y padrastros. En ninguno de los 2 periodos se registró agresores del sexo femenino (*Figura 3*).

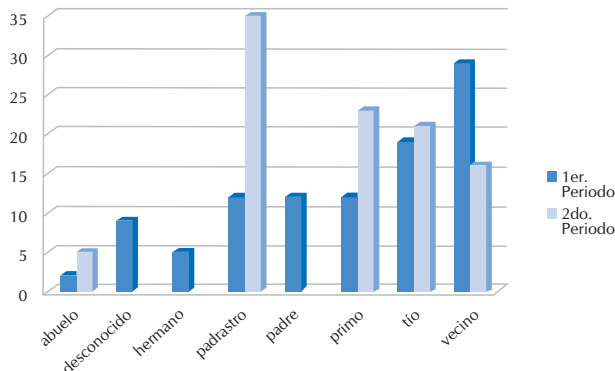


Figura 3. Comparación de responsables de los abusos en ambos periodos, N=85.

Tipos de abuso

El abuso sexual agudo fue el más frecuente en ambos periodos de estudio (29 y 28 casos respectivamente). La forma crónica se presentó en 13 y 15 casos respectivamente. Es decir, que el tipo de abuso se mantuvo inalterado a través de los años.

Signos externos de abuso sexual en niños

Los signos externos de abuso sexual en el periodo de enero 2005 a marzo 2009 fueron evidenciados en 37(86%) de los niños. En el segundo periodo de estudio se encontraron lesiones externas en 26(60%) de los pacientes. Al comparar ambos periodos, el abuso sexual infantil sin lesiones externas que lo evidencian ha aumentado en forma significativa (*Figura 4*).

Tipos de lesiones físicas externas encontradas

En el primer periodo las lesiones externas encontradas en 37 pacientes correspondieron principalmente a desgarro himeneal 28(75%), otras lesiones en menor frecuencia (*Figura 5*).

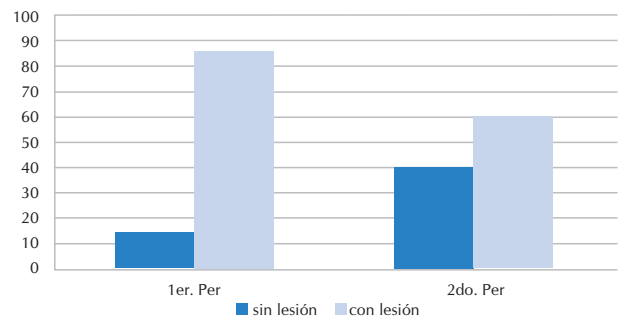


Figura 4. Comparación de las lesiones externas en ambos periodos, N=85.

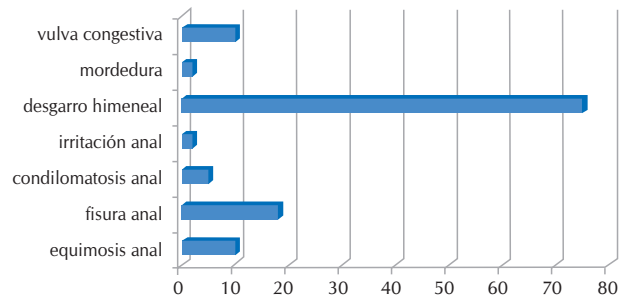


Figura 5. Lesiones externas de ASI en el primer periodo de estudio, N=37.

De los 26 pacientes con lesiones externas investigadas en el segundo periodo se encontró igual porcentaje en desgarro himeneal, ano con equimosis y vulva congestiva en 11 casos (33%).

Investigación de marcadores de ASI

De enero 2005 a marzo 2009, la investigación de los marcadores de abuso sexual infantil fue deficiente en el 100% de los casos. Se investigó solo HIV y VDRL 36 pacientes (86%) y lo más llamativo es que en 4 pacientes no se realizó ningún tipo de investigación (*Figura 6*). En el segundo periodo, tras la intervención educativa, la investigación fue adecuada en todos los casos.

La profilaxis de la ITS

Al investigar la implementación de la profilaxis en el primer periodo de estudio encontramos que fue inadecuada en el 100% de los casos agudos. En algunos pacientes se indicó solo penicilina 9 (31%), 69% no recibieron tratamiento o fue equivoco (ibuprofeno, tópicos, cefazolina) y, a pesar de tener 9 adolescentes, solo una recibió anticoncepción de emergencia. En el segundo periodo luego de la

intervención educativa todos los pacientes con ASI agudo recibieron profilaxis para ITS.

Consecuencias del abuso

Las consecuencias del abuso en la primera etapa del estudio correspondieron principalmente a trastornos psicológicos no especificados 33 pacientes (80%), otras consecuencias como agresividad, embarazo y evidencias de maltrato en 5% (*Figura 7*).

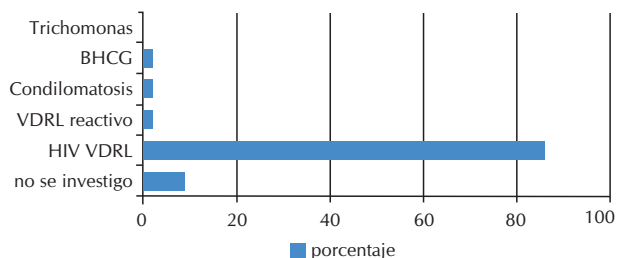


Figura 6. Investigación de marcadores de ASI en el primer periodo del estudio, N=42.

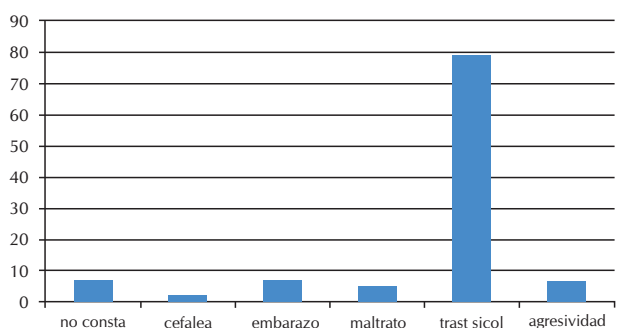


Figura 7. Consecuencias del ASI en población del primer periodo de estudio, N=42.

En el segundo periodo de estudio las consecuencias fueron principalmente trastornos psicológicos en 77% y 23% trastornos en la conducta.

Los tipos de trastornos psicológicos fueron investigados solo en la primera etapa y se encontró principalmente depresión en 36 pacientes (86%) seguido de trastorno del sueño en 11 pacientes (26%) principalmente terror nocturno, síndrome conversivo, ideas e intentos suicidas se encontró en tres pacientes (7%) respectivamente, retraso escolar y trastorno del lenguaje dos pacientes (5%) y en uno (2%) agresividad externa. En el segundo periodo no se estudio estos trastornos específicamente.

Con respecto al ámbito legal que envuelve a estos casos, en ambos periodos de estudio todos los casos fueron reportados a la asesoría jurídica, sin embargo

se encontró seguimiento legal en solo 17 (40%) de los casos del primer periodo, y seguimiento en 100% de los casos por servicio social y jurídico en el segundo periodo de estudio.

DISCUSIÓN

La Organización Mundial de la Salud define la violencia sexual como todo acto sexual, la tentativa de consumar acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona; independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año se producen 12 millones de crímenes sexuales en el mundo y que cada hora 1.300 mujeres son violadas. El 90 por ciento de los casos no son denunciados. En el año 2002 la Organización Mundial de la Salud (OMS) redactó un Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Según este Informe aproximadamente el 20% de mujeres y entre un 5 y un 10% de los hombres afirma haber sido víctima de abusos sexuales en su infancia⁽¹⁶⁾. La mayoría de los reportes son claros sobre la predominancia del abuso sexual en mujeres, siendo siempre mayor al 50%, tal como ocurre en nuestra investigación^(14,17-22).

Sin embargo debe tenerse en cuenta que podría haber una sub notificación ya que cuando se trata de varones, lo padres tienden a no notificar el abuso sexual.

En general la población infantil es especialmente vulnerable a todo tipo de abusos. Las diversas franjas etarias infantiles son afectadas indistintamente según el país y trabajos revisados⁽¹⁻¹⁵⁾.

Aparentemente no existe una manera de definir o predecir cuál edad es la más vulnerable para sufrir un ataque sexual, y en eso coincidimos con otros autores, al no encontrar una edad específica de los niños que constituya un factor de riesgo para ser atacado por el depredador sexual.

La franja bimodal encontrada en la primera etapa podría deberse al poco tamaño muestral, a falta de reportes de los familiares, denunciando sólo a los muy pequeños o a los pre adolescentes y

adolescentes que ya expresan por sí solos el problema y exigen la solución, o también podría deberse a la mayor difusión de los derechos de los niños y mejor trabajo del ministerio público. La homogeneización de las edades en la segunda mitad del estudio podría deberse a las políticas de estado, que aunque tímidas aún, exhortan a la denuncia y atención a víctimas de violencia familiar y abuso sexual infantil.

El mayor perpetrador, coincidiendo con los autores de diversas partes del mundo, se encuentra en el hogar, lo cual hace que este problema se vuelva una pesadilla aterradora donde el que debe proteger se vuelve el agresor y del cual la víctima no encuentra salida, apoyo, ni comprensión por parte del resto de la familia, por otro lado se encuentra en una situación de ambivalencia afectiva que sólo logra hacer aún más intrincado el problema y aleja la solución⁽¹⁻²⁰⁾.

Los tipos de señales externas varían según el país. Así en España la forma más frecuente es el manoseo⁽²³⁾, mientras que en Sudamérica las formas más frecuentes son la penetración con violencia^(24,25).

Esto último coincide con nuestra experiencia; la explicación para este fenómeno podría tener diversas aristas, pero en opinión de las autoras probablemente se deba a dos factores principalmente: el bajo nivel socioeconómico que pone a la víctima y la población que podría ayudarla en una situación de desconocimiento de sus derechos y procesos que debe seguir para defenderse de la situación, y a la falta de castigo para los culpables, ya que las instituciones judiciales se ven rebasadas por los diferentes tipos de crímenes. A esto se suma la falta de un sistema punitivo más severo para los abusadores de niños.

Esta falta de temor al castigo, puede facilitar e incluso incentivar el abuso por parte de los predadores sexuales. Las consecuencias inmediatas fueron reportadas en varias investigaciones⁽¹⁻¹⁵⁾.

Por otro lado, no debe dejar de considerarse la posibilidad de que la falta de lesiones evidentes sea por la búsqueda más acuciosa por parte de un personal de salud sensibilizado ante esta problemática.

La prevención de las ITS debe ser tenida en cuenta,

según normativas, al igual que la prevención del embarazo^(1-8,20,27).

En nuestra población, si bien los médicos tienen acceso a las guías de prevención por ASI, las mismas no fueron aplicadas en el primer periodo del estudio, pero sí en el segundo periodo en 100% de los casos, posterior a intervención educativa, lo que demuestra que el cumplimiento de las normativas de cualquier patología debe ser socializado y su implementación debe ser monitorizada.

El seguimiento psicológico es importante para evitar secuelas a largo plazo, desde adicciones a intentos de suicidio^(10-12, 15, 18, 23). Nuestra población fue seguida por el equipo de salud mental en forma adecuada sólo luego de la intervención educativa, ya que se reforzó el pedido de contención psicológica por parte del médico tratante.

La falta de retorno de los seguimientos, hace difícil evaluar la estrategia de contención y tratamiento. Estos datos se encuentran en el centro de referencia de atención a víctimas del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social⁽¹⁷⁾.

Por último la parte legal corrió igual suerte que la psicológica, con reporte del 100% de los casos. Fue imposible determinar si los procesos judiciales fueron terminados, pero tenemos la alta sospecha de que los mismos no concluyeron, al igual que lo que pasa en el resto del mundo^(21,22). Esto pone de manifiesto que no hay un retorno de los resultados de las investigaciones en el ámbito jurídico hacia el médico tratante, lo que podría conllevar a sentimientos de frustración importantes en el pediatra, quien tendría la sensación de que el trabajo y la contención realizadas fueron en vano.

CONCLUSIONES

En ambos periodos de estudio, el sexo más afectado fue el femenino, sin preferencia de edades, y el perpetrador más frecuente fue un familiar cercano. Predomina el abuso sexual agudo, con lesiones externas como sello de la agresividad utilizada. Los trastornos psicológicos fueron muy evidentes, sobre todo las ideaciones suicidas y depresión. La estrategia educativa para socializar las guías de manejo de los ASI fue altamente beneficiosa para el cumplimiento de las mismas.

REFERENCIAS

1. Qué hacer cuando se sospecha que un niño es abusado sexualmente. *Arch Argent Pediatr*. [Revista en Internet]. 2007 Ago [citado 2013 Ene 22];105(4):357-367. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S032500752007000400014&lng=es.
2. American Academy of Pediatrics. Committee on Child Abuse and Neglect. Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children: subject review. *Pediatrics*. 1999;103:186-91.
3. Asociación Española de Pediatría. Protocolos de Urgencias, Maltrato Infantil: actuación en Urgencias. Aep.org.es [Sitio web] Consultado el 21 de enero de 2013.
4. Jenny C. Emergency evaluation of children when sexual assault is suspected. *Pediatrics*. 2011;128(2):374-75. doi: 10.1542/peds.2011-1455.
5. McDonald KC. Child Abuse: approach and management. *Am Fam Physician*. 2007;75(2):221-28.
6. Welch J, Mason F. Rape and sexual assault. *BMJ*. 2007;334(7604): 1154-58. doi: 10.1136/bmj.39211.403970.
7. García Algar O, Mur Sierra A. Abuso sexual en la infancia: prevención de las enfermedades de transmisión sexual. *An Esp Pediatr*. 2001;54:267-71.
8. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social Paraguay. Protocolo de Atención médica a personas víctimas de violencia. Asunción: MSP y BS; 2013.
9. American Academy of Pediatrics. Sexually transmitted diseases. En: Pickering LH, ed. Red Book: report of the Committee on Infectious Diseases, 25.^a ed. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics; 2000.p.143-47.
10. García PC, Loredó AA, Gómez JM. Guía para la atención del abuso sexual infantil. *Acta Pediatr Mex*. 2009;30(2):94-103.
11. Babcock RL, DePrince AP. Factors Contributing to Ongoing Intimate Partner Abuse: childhood Betrayal Trauma and Dependence on One's Perpetrator. *J Interpers Violence*. 2013; 28(7): 1385-402. doi: 10.1177/0886260512468248. Epub 2012 Dec 24.
12. Dube SR, Anda RF, Whitfield CL, Brown DW, Felitti VJ, Dong M, Giles WH. Long-term consequences of childhood sexual abuse by gender of victim. *Am J Prev Med*. 2005;28(5):430-38.
13. Cohen JA, Mannarino AP. A treatment outcome study for sexually abused preschool children: initial findings. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996;35(1):42-50.
14. Macmillan HL, Tanaka M, Duku E, Vaillancourt T, Boyle MH. Child physical and sexual abuse in a community sample of young adults: results from the Ontario Child Health Study. *Child Abuse Negl*. 2013;37(1):14-21. doi: 10.1016/j.chiabu.2012.06.005. Epub 2013 Jan 3.
15. Easton SD, Renner LM, O'Leary P. Suicide attempts among men with histories of child sexual abuse: examining abuse severity, mental health, and masculine norms. *Child Abuse Negl*. 2013;37(6):380-87. doi: 10.1016/j.chiabu.2012.11.007. Epub 2013 Jan 11.
16. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Ginebra: OMS; 2002.
17. Ministerio Público. Centro de Atención a Víctimas (CAV memorias 2007-2010). Asunción: Centro de Atención a Víctimas; 2010. Disponible en: <http://www.ministeriopublico.gov.py/sitios/asistencia/informe/pdf/memorias/index.php>
18. Comité de Salud Mental de la Sociedad Argentina de Pediatría. Grupo de Trabajo sobre Violencia Familiar ¿Que hacer cuando se sospecha de abuso sexual en niños?. *Arch Argent Pediatr*. 2007;105(4):357-67.
19. Intebi IV. Abuso sexual infantil: en las mejores familias. Buenos Aires: Editorial Granica; 1988.
20. Cantón J, Cortés MR. Sintomatología, evaluación y tratamiento del abuso sexual infantil. En: Caballo VE, Simón MA (Eds.). Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Madrid: Pirámide; 2001.p.293-321.
21. Finkerhor D. Antecedentes sociales de niños que han sido victimizados sexualmente. En: Finkerhor D. Abuso Sexual al Menor. México: Editorial Pax; 2005.p.155-66.
22. Pereda N, Guilera G, Forms M, Gómez Benito J. The international epidemiology of child sexual abuse: a continuation of Finkelhor (1994). *Child Abuse & Neglect*. 2009;33(6):331-34.
23. Pou Fernández J, Ruiz España A, Comas Masmitjá LL, Petitbó Rafat M^aD, Ibáñez Fanes M, Bassets Marill J. Abuso sexual: experiencia en una unidad funcional de abusos a menores. *An Pediatr (Barc)*. 2001;54(3):243-50.
24. Chavez Ayala R, Rivera-Rivera L, Angeles-Llerenas A, Díaz-Cerón E, Allen-Leigh B, Ponce EL. Factors for sexual

abuse during childhood and adolescence in students of Morelos, Mexico. *Rev Saude Publica*. 2009;43(3):506-14.

25. Gawryszewski VP, Valencich DM, Carnevalle CV, Marcopito LF. Child and adolescent abuse in the state of São Paulo, Brazil, 2009. *Rev Assoc Med Bras*. 2012;58(6):659-65.

26. American Academy of Pediatrics. Committee on Child Abuse and Neglect. Guidelines for the evaluation of sexual abuse in children. *Pediatrics*. 2005;116:506-12.

27. Schechter DS, Willheim E. The effects of violent experience and maltreatment on infants and young children. En: Zeanah CH (Ed). *Handbook of infant mental health*. Nueva York: Guilford; 2009. p.197-213.