



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
Facultad de Medicina



UNIVERSIDAD  
DE LA REPUBLICA  
URUGUAY

## Abuso Sexual Infantil: Una Revisión sobre sus características y repercusiones

---

**Integrantes:**

Berhouet Cazabán, Facundo

Brayer de León, Federico

Camejo Guerra, Felipe

Carneiro Pesce, Rosina

Paradedda Chiesa, César Mauricio

**Orientadores:**

Prof. Dra. Gabriela Garrido

Asist. Dra. Lucía Villalba

---

Facultad de Medicina | Universidad de la República

Centro Hospitalario Pereira Rossell

Departamento de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia

Ciclo Metodología Científica II | 2017

Grupo 93

---





## Resumen

El abuso sexual infantil acompaña al hombre desde sus orígenes. No es hasta el siglo pasado que se comenzaron a desarrollar estrategias para su abordaje.

Para el presente trabajo, se realizó una búsqueda exhaustiva en múltiples bases de datos sobre las distintas variables del abuso sexual infantil obteniendo 166 artículos y realizando el respectivo análisis de los mismos.

El abuso sexual infantil es una entidad sub-diagnosticada. A pesar de que en países desarrollados se estima una incidencia del 10% aproximadamente, se desconocen en absoluto las cifras reales. A su vez, no existe un cuadro clínico característico sino un amplio abanico de presentaciones, afectando principalmente al género femenino.

Las repercusiones que acarrea el abuso sexual infantil son múltiples y repercuten a todo nivel, tanto físico como mental de los individuos que lo padecen, conformando un claro aumento del riesgo para el desarrollo de patología psiquiátrica y el consumo problemático de sustancias.

En relación a los factores epidemiológicos de riesgo que predisponen al abuso sexual, se ha visto que se vincula a otras formas de maltrato, y que es más frecuente en ambientes familiares caóticos y disfuncionales con faltas de redes de apoyo; en cuanto al medio socioeconómico, se ha visto que si bien se encuentra con más frecuencia en medios carenciados, no hay situación socioeconómica que excluya la posibilidad de un abuso.

Si bien existen múltiples publicaciones con cierto grado de evidencia sobre la temática es necesario generar mayor conocimiento acerca del tema. A su vez resulta indispensable universalizar las definiciones de abuso sexual infantil en pos de establecer un único criterio para el desarrollo de futuras investigaciones sobre el tema.

**Palabras Clave:** Abuso sexual infantil, características clínicas, factores de riesgo, repercusiones, examen físico, abuso de sustancias, enfermedades de transmisión sexual, trastornos psiquiátricos.



# Depto. De Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia

Centro Hospitalario Pereira Rossell



UNIVERSIDAD  
DE LA REPUBLICA  
URUGUAY

## Tabla de contenido

<b>Introducción</b>	4
Objetivos	7
Metodología	8
Análisis	8
Consideraciones Finales	21
Referencias bibliográficas	23
Tablas	29



## Introducción

El presente trabajo constituye la monografía final del Ciclo Metodología II enmarcado en el nuevo plan de estudios de la carrera Doctor en Medicina de la Universidad de la República. El mismo constituye una revisión bibliográfica sobre el Abuso Sexual Infantil.

*“El problema es viejo como el mundo. En Esparta tiraban a los niños malformados de la Roca de Tarpeya, Lot consoló su viudez cometiendo incesto con sus hijas y cada 28 de diciembre la cristiandad conmemora el día en que todos los niños menores de dos años, en Belén, fueron degollados por orden del rey Herodes. Antes y después, por razones políticas, religiosas o porque sí, han sido innumerables los niños que han sido torturados, abusados y explotados.”*

(1)

### **El ser niño.**

Como constructo sociocultural, la niñez ha transitado un largo trayecto en la historia de la humanidad no siendo concebido al niño como tal hasta el Siglo de las Luces (XVIII) en el cual la infancia adquiere el reconocimiento como “persona” (1).

La construcción del concepto de infancia responde a un componente sociohistórico universal a la niñez y a un componente individual dado por la “singularidad y construcción subjetiva de cada experiencia infantil” (2).

### **El “nacimiento legal” de la infancia.**

Existen dentro de la sociedad diferentes dispositivos que tienen a su cargo el cuidado, la crianza y el correcto desarrollo de los niños, siendo la familia el pilar estructural de la sociedad actual y el principal responsable de dicha tarea.

No es hasta el Siglo XX que surgen marcos normativos internacionales que reconocen la responsabilidad del Estado y la Sociedad en su conjunto para con la infancia, transformando la figura del niño en un Sujeto de Derechos. La declaración de Ginebra de los Derechos del Niño de la Sociedad de las Naciones (SN) en 1924, constituye el primer documento de éste marco. La Organización de las Naciones Unidas (ONU), en 1959 y en 1989 en la Declaración Internacional sobre los Derechos del Niño y del Adolescente y la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño y la Niña respectivamente, ratificaron esta concepción del niño, desarrollan estos Derechos que le son innatos a todos los niños e instaron a los países partícipes de éstas a desarrollar normativas y políticas destinadas a proteger esta población.



## Depto. De Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia

Centro Hospitalario Pereira Rossell



UNIVERSIDAD  
DE LA REPUBLICA  
URUGUAY

Si bien la niñez constituye una responsabilidad de la Sociedad en su conjunto, recae sobre las instituciones estatales la creación de normativas y dispositivos que promuevan, protejan y garanticen los derechos de la infancia y adolescencia en su conjunto

En Uruguay, el Código de la Niñez y la Adolescencia (CNA) es el marco normativo rector en materia de infancia y establece al Instituto del Niño y el Adolescente del Uruguay (INAU) como el organismo encargado del desarrollo de políticas para la misma.

El 25 de abril de 2007 se implementa en Uruguay el Sistema Integral de Protección a la Infancia y la Adolescencia contra la Violencia (SIPIAV), cuyo objetivo es fortalecer la promoción, protección y garantía de los Derechos del Niño y del Adolescente, articulando los distintos organismos encargados de ello. El mismo es presidido por el INAU, y conformado además por el Ministerio de Desarrollo Social, Ministerio de Salud Pública, Ministerio del Interior y la Administración Nacional de Educación Pública (2).

Es preciso destacar la creación, en 2016, del Plan Nacional de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia enmarcado en el proceso de la Estrategia Nacional para la Infancia y la adolescencia 2010-2030. El mismo traza las políticas públicas a desarrollar para con ésta población. Se propone en sus lineamientos: “Prevenir, detectar y atender los diferentes tipos de violencia” (2).

### **El Maltrato en la Infancia**

A pesar de que acompaña al hombre desde sus orígenes, el Maltrato infantil es, quizás, una de las peores formas de violencia y vulneración de la infancia.

Las primeras publicaciones realizadas sobre el tema son de autoría de Ambrosie Tardieu, y datan de 1868. No es, hasta pasada la mitad del S. XX que el Maltrato comienza a adquirir las definiciones e importancia que hoy tiene (1).

### **Definiciones**

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define al Maltrato Infantil como:

*“los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de*



*responsabilidad, confianza o poder. La exposición a la violencia de pareja también se incluye a veces entre las formas de maltrato infantil.” (3).*

Esta definición puede ser desglosada y es posible categorizar cada tipo de maltrato por separado. Esto permitirá delimitar el objeto de estudio de ésta monografía.

**Maltrato físico:** *“Cualquier acción intencional producida por parte de los padres o persona encargada del cuidado del niño, niña o adolescente que cause daños físicos como pellizcos, quemaduras, golpes, golpes con consecuencia de fracturas, etc.” (4).*

**Maltrato emocional o psicológico:** *“Cualquier actitud que provoque en el niño sentimientos de descalificación o humillación. Se caracteriza generalmente por el uso de la palabra, pero también puede contemplar actitudes no verbales que lo expongan a situaciones humillantes o que coarten sus iniciativas, como encierros, aislamientos y exceso de responsabilidades, entre otros.” (4).*

**Abandono y Negligencia:** *“Falta de protección del niño ante eventuales riesgos y falta de atención de sus necesidades básicas cuando los padres o cuidadores están en condiciones de atenderlas. La negligencia puede ir desde no acompañar los procesos de desarrollo del niño hasta la privación de alimentos, abrigo, desatención en salud que afecte su integridad física y desarrollo.” (4).*

**Abuso sexual infantil (ASI):** *“Ejercicio abusivo de poder de un adulto sobre un niño para satisfacción sexual de quien lo ejerce, en detrimento y con desconocimiento de la voluntad del niño (...) puede consistir en la exhibición de los genitales del niño o el adulto, el manoseo y llegar hasta la violación.” (4).*

Una mención especial merece la forma comercial de ASI o **Explotación Sexual Infantil**, la que se define como: *“la utilización de niños, niñas o adolescentes en actividades sexuales, eróticas o pornográficas para la satisfacción de los intereses o deseos de una persona o grupo de personas a cambio de un pago o promesa de pago económico, en especie o de cualquier tipo, para el niño o para una tercera persona.” (4).*

A diferencia de otras formas de maltrato que aquejan a la infancia, el ASI ha sido rodeado por el “velo” y los tabúes construidos en torno a la sexualidad humana, lo que ha dificultado un mejor abordaje al tema (5).



El ASI se torna una problemática social emergente a fines del Siglo XX, acorde a los procesos históricos que se desarrollaron durante dicho período. Se estima que en Estados Unidos (EEUU) de un 10 al 15% de las consultas por Maltrato son por ASI. (5)

Según datos anonimizados del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR), el ASI constituye el tercer motivo de interconsulta desde las salas de pediatría a la Clínica de Psiquiatría de Psiquiatría Pediátrica. Surge de la situación, la necesidad de desarrollar estrategias y herramientas que permitan el manejo más oportuno de esta entidad. El presente trabajo constituye uno de los puntos de partida para la articulación de las mismas.

Dentro de la formación de grado de Doctor de Medicina de la Universidad de la República de Uruguay, no existe capacitación suficiente tanto en la temática abordada como en Salud Mental en general (de niños y adultos).

Por último, en el marco del Nuevo Plan de Estudios, orientado a la Atención Primaria en Salud, resulta indispensable incentivar la formación de profesionales capacitados en el abordaje interdisciplinario de una temática de tal jerarquía para la sociedad como lo es el Abuso Sexual Infantil.

## Objetivos

### Generales:

Realizar una revisión bibliográfica sobre Abuso Sexual Infantil

### Específicos:

1. Determinar características clínicas del abuso sexual infantil.
2. Identificar elementos del interrogatorio que habiliten a reconocer factores de riesgo para el abuso sexual infantil.
3. Detectar elementos del examen físico que constituyen factores de riesgo para el abuso sexual infantil.
4. Generar información basada en la evidencia científica para sustentar futuras investigaciones dentro de la Clínica de Psiquiatría Pediátrica.
5. Estudiar/determinar las posibles repercusiones a largo plazo del abuso sexual en la infancia



## Metodología

### Estrategia de Búsqueda.

La búsqueda se realizó en las bases de datos Pubmed, Cochrane y Scielo. Para la misma, se utilizó el término MESH: *CHILD ABUSE, SEXUAL*. El mismo fue combinado, mediante el conector booleano AND con: *RISK FACTORS, CLINICAL PATTERNS, PHYSICAL EXAMINATION, ABUSE INJURIES, PSYCHIATRIC DISORDERS, SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES* y *DRUG ABUSE*. Esta búsqueda se efectuó utilizando los términos en inglés y en español.

### Criterios de Elegibilidad

Se estableció como criterios de selección el que sean publicados de 2007 a la fecha, el poder acceder de manera gratuita al texto completo, y que el artículo esté en inglés, español o portugués. El criterio temporal no fue considerado para aquellas investigaciones consideradas de gran relevancia por la bibliografía.

La selección de las publicaciones se realizó en base a los títulos y el abstracto. Se excluyeron aquellos artículos que no cumplieron con los criterios previamente mencionados y aquellos trabajos cuyos títulos y resúmenes no tenían relación con infancia y adolescencia.

Una vez realizada la búsqueda y selección inicial se procedió a la lectura del artículo completo.

Del análisis de las investigaciones se tomó en cuenta: el tipo de estudio, la población estudiada, la procedencia de la misma y de los autores, la metodología utilizada, los resultados y las consideraciones éticas.

## Análisis

De la búsqueda realizada:

- En Pubmed se obtuvieron 1.951 artículos, de los cuales se seleccionaron 147 artículos mediante los criterios de elegibilidad establecidos.
- En Cochrane se encontraron 192 revisiones de los que fueron elegidas 7.
- En Scielo se hallaron 146 publicaciones y 12 fueron seleccionadas





- No fueron eliminados en la búsqueda inicial aquellos artículos que se repetían, ni los que su texto completo no estuviera en inglés, español o portugués (para más información con respecto a la búsqueda se especifican en las distintas (Tabla 1: Búsqueda Realizada en PUBMED; Tabla 2: Búsqueda Realizada en Scielo; Tabla 3: Búsqueda Realizada en Cochrane).

Un hecho de relevancia es que se observa que la gran mayoría de las publicaciones, sobre todo loco-regionales, fueron realizadas en los últimos 10 a 15 años, por lo que es un tema emergente dentro de la literatura científica.

Para la realización del análisis se optó por trabajar en categorías en pos de facilitar la lectura del mismo.

### **Epidemiología del ASI**

De la búsqueda realizada en base a la epidemiología del ASI se seleccionaron 11 artículos. De su lectura se destaca la dificultad de establecer la prevalencia real del ASI por múltiples motivos:

- El subdiagnóstico de la entidad, dado que se estima que solamente el 3% de los casos de abuso son reportados (6).
- Las diversas definiciones que toma ASI dentro de la literatura, lo que determina una dificultad mayor al comparar publicaciones.
- La metodología utilizada por diferentes estudios.
- La diversidad de poblaciones con las que trabajan (7).

Finkelhor, en 1994, publica una revisión internacional en la cual estima la prevalencia del ASI en 7% a 36% y 3% a 29% en mujeres y hombres respectivamente. Destaca que las cifras obtenidas en el estudio superan ampliamente a las oficiales de los países participantes (8).

Pereda y cols., en 2009 realizan un estudio comparando las prevalencias a la fecha frente a las publicadas por Finkelhor en 1994. Hallaron cifras entre el 10 y 20% para mujeres y menor al 10% en hombres. A pesar de que se aprecie una disminución en la prevalencia se plantea que la misma se da por las cifras reportadas en publicaciones realizadas en países desarrollados, manteniéndose constante en aquellos en vías de desarrollo (7).



En cuanto a la incidencia por sexos, existe un franco predominio del ASI en el género femenino y es un hecho consistente en toda la literatura analizada. Cabe mencionar que en algunos estudios realizados en el continente africano se observa una prevalencia inversa (7–11).

A nivel nacional encontramos un estudio realizado en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, en el cual se revisaron historias clínicas de pacientes que consultaron por sospecha de maltrato infantil en un período de 4 años, documentándose abuso sexual en un 38.8% de las mismas. Consistente con la literatura internacional, fue mayor la incidencia en niñas (80,5%) (12).

### **Incidencia por edad**

Con respecto a la prevalencia por edad, no se encontró, dentro de la literatura analizada, suficientes artículos que categoricen a las formas de abuso según la edad.

De Rosé y cols., en 2016, realizaron dentro de la Unidad de Neuropsiquiatría del Hospital Pediátrico Bambino Gesù un estudio retrospectivo con el objetivo de evaluar la prevalencia de sintomatología psiquiátrica en niños y niñas con diferentes formas de maltrato (n=196). Dentro los resultados encuentran una prevalencia del 22% de ASI, siendo más frecuente en el sexo femenino (28,4%) y predominando en preescolares (33,3%). Se debe destacar que los mismos autores mencionan que sus resultados no son acordes a la literatura internacional, en la cual se plantea que los adolescentes de 12 a 14 años son el grupo en el que el abuso sexual (AS) es más prevalente (13).

En Uruguay, el informe sobre violencia de 2015 del SIPIAV registró 1908 situaciones de maltrato. 13% correspondieron a niños de 0-3 años, 11% a niños y niñas de 4 a 5 años y 45% se atribuyen al rango de 6 a 12 años y un 30% de los casos corresponden a los adolescentes. El abuso sexual constituyó en niños el 20% de los casos registrados y fue la segunda forma de maltrato, y en adolescentes el abuso constituyó el 32% de los casos registrados siendo un 70% en mujeres (2).

### **Perpetrador**

Con respecto al perpetrador del abuso, existe un franco predominio del sexo masculino frente al femenino. Yüce y cols. plantean que 80,3% de las víctimas conocían a su abusador, reportando incesto en el 15,1% de los casos y siendo hombres en el 100% de las situaciones registradas (14). Hébert, Lavoie y Blais estudian la relación del ASI y el Trastorno de Estrés Post Traumático en 694 niños con diagnóstico de AS. En sus resultados encuentran que en un 68,3% la víctima conocía a su asaltante y en un 29,5% el perpetrador era intrafamiliar y solo un 30,6%



no conocían al abusador (15). En la mayoría de los casos, el niño o niña conoce al perpetrador y en un tercio de las situaciones, el mismo se encuentra en el entorno familiar de éste.

### **Factores de riesgo para el ASI**

Es resaltado tanto a nivel de la literatura como en la opinión de los clínicos la fundamental importancia del reconocimiento de factores de riesgos que predisponen a los niños a ser abusados sexualmente. La importancia radica en el poder abordar dicha problemática que compete a esta revisión desde un punto de vista preventivo y tener la sospecha de aquellos de quienes ya han sufrido un abuso pero este no ha salido a la luz.

A nivel nacional el “Mapa de ruta para la prevención y la atención de situaciones de maltrato y abuso sexual infantil en el sector salud” SIPIAV del año 2009 distingue factores de riesgo para el abuso sexual infantil y los divide según a qué nivel actúa, ya sea en el niño, en la familia, o en la comunidad. Muchos de estos, sobre todo el alcoholismo en los padres, la baja autoestima y familias numerosas coinciden con los resultados arrojados por la búsqueda (4).

Conforme a la búsqueda realizada en dicha categoría de análisis, fueron tomados en cuenta 20 artículos para el análisis. De estos se destacan 4 revisiones sistemáticas, 7 estudios retrospectivos observacionales de historias clínicas, encuestas y entrevistas, y un gran estudio transversal de prevalencia. El hecho de que ciertos artículos que fueron seleccionados en la búsqueda no se tomen en cuenta para el análisis encuentra justificación en el contenido de los mismos.

La metodología de búsqueda de factores de riesgo relacionado con abuso sexual infantil encuentra extensa bibliografía del abuso como factor de riesgo en sí mismo tanto para patologías psiquiátricas y abuso de sustancias, y no factores que contribuyan al abuso, siendo estos el objetivo de la misma.

No existe una clara carta de presentación ni un “síndrome del niño abusado”; a pesar de que sus características son muy variadas es posible describir algunas de ellas que son más comunes entre las víctimas e identificarlos como factores de riesgo para el abuso sexual infantil.

Casi en su totalidad los autores coinciden que el género más afectado por el abuso es el femenino. En una revisión sistemática de Murray, Nguyen y Cohen, todos los análisis revelan una mayor prevalencia en el género femenino, promediamente  $\frac{2}{3}$  de los niños abusados, al igual



que Chiu y cols. en un estudio de prevalencia en Boston (16,17). A nivel loco-regional, en un análisis retrospectivo de historias clínicas de niños internados en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, de los casos de abuso sexual el 80,5% eran niñas (18).

Bassani y cols. en el sur de Brasil encuentran que las niñas experimentaron el 80% del abuso sexual infantil y en México Chavez Ayala y cols. encuentran una prevalencia para mujeres de un 6% y para hombres de un 1% con altos niveles de significación (19,20). Cabe destacar los estudios realizados por Essabar y cols., así como por Almuneef llevados a cabo en Marruecos y Arabia Saudita respectivamente encuentran una prevalencia significativamente mayor en niños varones confinado a África y Asia Occidental, lo que contrasta con los resultados obtenidos en occidente (21,22).

Varios estudios coinciden en que la edad o franja etaria se encuentra entre los 8 y 12 años. A nivel regional Bassani y cols. encuentran que la franja etaria comprendida entre los 8 y 12 años abarca casi el 70 % de todos los casos de ASI y en México reveló una media de edad de 12.02 (DE = 6.10) en mujeres y en hombres 11.71 (DE = 5.60) (19). Localmente, el análisis retrospectivo del Pereira Rossell encontró una media de 8 años de los niños afectados por abuso sexual, y el 51,7% de estos tenían entre 6 y 12 años (18).

Cuando el SIPIAV describe factores de riesgo que actúan a nivel del núcleo familiar hace referencia a varias características: violencia física dentro de la familia, el consumo de alcohol de los padres, hogar monoparental, entre otros. Los resultados de la búsqueda tanto a nivel loco-regional como internacional concuerdan con esto (4).

Sartor y cols. en una revisión sistemática describen la evidencia de varios autores que hacen énfasis en el conflicto marital, desorganización y baja cohesión familiar como factor de riesgo para el ASI (23). A su vez Essabar y cols. reportan cifras de abuso de sustancias por parte de los padres en el 11% de los casos y conflictos parentales en la mitad de los niños abusados (21). Murray, Nguyen y Cohen en su revisión, así como Pérez-Fuentes y cols. mencionan que los ambientes familiares en los cuales puede haber un bajo apoyo familiar o alto estrés, baja educación de los padres, ausencia o mono-parentalidad y violencia predisponen al ASI (10,16). Chavez Ayala y cols. en México encuentran una asociación entre ASI y el alto consumo de alcohol por parte de los padres con un OR = 3,37 (IC 95%: 1,40; 8,07), por otra parte la violencia hacia la madre con un OR = 4,49 (IC 95% 1,54; 13,10) (20). El nivel socioeconómico familiar también es mencionado en varios estudios como factor de riesgo con cifras



significativas para el ASI. Essabar en su revisión reporta que el 72% de los casos de ASI tenían un bajo estatus socioeconómico familiar (21).

Se hace referencia en la extensa literatura al agresor del abuso, y existen diferencias en cuanto a esto. La división se hace en base a si el agresor es intrafamiliar o extrafamiliar y dentro de estos extraño o conocido. Localmente en el Hospital Pereira Rossell el 24,2% casos el agresor fue el padre sustituto, esta característica es repetida en diversas bibliografías (18). Essabar y cols. observan que un 81% de las víctimas fueron abusadas sexualmente por un no pariente; los delincuentes externos a la familia eran conocidos casuales de la víctima en el 70% de los casos y Chavez Ayala y cols. describen que más del 30 % de los agresores fueron extraños (20,21).

Con respecto a la etnia o raza no se han encontrado cifras significativas que las relacionen con el abuso.

Las familias numerosas (>6 integrantes) son mencionadas constantemente como un factor predisponente por distintas bibliografías. En el caso de los Dres. Bellinzona y Decuadro, describen en sus conclusiones que el núcleo familiar numeroso a veces fomenta el hacinamiento y la cohabitación entre los diferentes integrantes creando un escenario propicio a la transgresión (18). De todos modos no se encontró en ningún artículo la presencia de una relación causal significativa con abuso.

Como se destaca al principio de dicho análisis es importante destacar que la presentación del niño abusado sexualmente es muy variada y se hace difícil establecer un parámetro, si bien los autores coinciden en que existen características que predominan sobre otras. El prestar atención en un niño tanto el género como la edad, las características del núcleo familiar, así como diversas patologías que le afecten puede hacer pesquisar la presencia del abuso sexual y mejor aún prevenirlo.

### **ASI y características clínicas.**

Para el desarrollo de estrategias de prevención del ASI, es de suma importancia contar con personal capacitado y con un alto índice de sospecha para la detección de casos de abuso sexual. Sin embargo, la complejidad radica en que el espectro de presentaciones es diverso y no existe un protocolo establecido en la literatura analizada. El único artículo hallado mediante la búsqueda de características clínicas fue descartado puesto que el mismo no hablaba de estas.



Según la bibliografía consultada, en un 95% de los casos en que se sospecha ASI, el examen físico genital es normal (24).

### **Examen físico en el ASI**

De los 17 artículos que se analizaron se descartaron 10, en su mayoría por no poder acceder al texto completo en su forma gratuita. La detección del ASI está basada la mayor parte de las veces en el relato del paciente; el examen físico, herramienta fundamental del clínico, no suele ser el que guíe el diagnóstico. La identificación de signos que permitan sospechar y/o confirmar el ASI aumentaría la tasa de diagnóstico frente a casos en los cuales la anamnesis no aporta grandes datos (25,26).

Jenny y cols. en su actualización plantean que se debe realizar un correcto examen físico anogenital que difiere dependiendo del sexo y la edad. En niñas indica la exploración manual de los genitales sin el uso de espéculo; en adolescentes el uso de espéculo está indicado en casos de alta sospecha. Al igual que en las niñas, en varones está indicado la exploración de genitales buscando lesiones en pene y escroto. Con respecto a la exploración anal no está indicado el tacto rectal o la anoscopia no variando esto entre sexo y edad. Aconsejan concluir con un examen físico general dada la asociación que existe entre el ASI y otros tipos de abuso (25).

Ige y Fawole en su estudio retrospectivo de corte transversal, encontraron que de 72 casos analizados, un 68,1% presentaban lesiones de penetración vaginal, la mayoría lesiones de himen y laceraciones vaginales en menor cantidad. Cabe destacar que el 94,4% de los pacientes ingresaron por denuncia de agresión sexual (27).

Edgardh y cols. en su estudio dividen los hallazgos clínicos en tres categorías: I- Indica un área anogenital normal, lo que indica que no hubo penetración. Esta categoría no excluye el ASI. II- Lesiones no específicas, no confirman el diagnóstico de ASI ya que pueden estar presentes por otras razones. III- Lesiones específicas de penetración abusiva. De 77 niñas abusadas, 32% entraron en la categoría I, 14% en la categoría II y 54% en la categoría III, estas últimas habiendo reportado todas penetración abusiva (26).

Muram en un estudio prospectivo de 205 niñas con abuso sexual confirmado, propone una clasificación similar a la planteada previamente, agregando una cuarta categoría en la cual se encuentra la presencia de semen en la vagina o vulva. De estas 32% no presentaron signos de



abuso, 22% signos poco específicos y 46% signos específicos de ASI. De este 46% (95), sólo 2 niñas entraron en la cuarta categoría (28).

### **Infecciones de transmisión sexual**

Se encontraron 5 artículos, 2 de los cuales fueron descartados por no poder acceder al texto. En ellos, hay común acuerdo en que la prevalencia de las infecciones de transmisión sexual y su relación con el abuso sexual es compleja, puesto que no puede ser considerada como método diagnóstico. Su ausencia no descarta el diagnóstico de abuso, ni tampoco lo confirma (29). En el caso del virus del papiloma humano, se deben considerar las distintas formas de transmisión del virus, siendo la transmisión vertical la más frecuente en la primera infancia (24). En la transmisión horizontal, que puede darse de forma sexual y no sexual, es la más prevalente en adolescentes y adultos(29). Ribas y cols., estudiaron en Manaus, Brasil la prevalencia de infecciones de transmisión sexual en 296 niños de 0 a 12 años en un centro de referencia. Dentro de este grupo, un 61,5% tuvo diagnóstico de ITS, siendo más frecuente en niñas (65.4%) que en varones (34.6%). Es interesante destacar que de los niños que asistieron, un 19.2% fueron derivados de un servicio de protección a menores por sospecha de abuso sexual y la media de edad fue de  $10.8 \pm 1.6$  años. En este grupo, las más prevalentes fueron la presencia de condilomas acuminados, cervicitis, vaginosis bacteriana, entre otros (30).

Dhawan y cols. realizaron en el año 2010 una revisión sistemática en India para identificar los determinantes de las ITS en niños. Dentro de los principales factores, posicionan al ASI como uno de los factores relevantes dentro de ese país, y encuentran que entre un 2 y 10% de la transmisión de ITS se realiza por el abuso, siendo el riesgo más elevado si el contacto involucró penetración. Otro factor importante es el inicio de las relaciones sexuales a temprana edad, que determina un aumento en la prevalencia de infecciones de transmisión sexual en preadolescentes (31). Estos resultados concuerdan con hallazgos de Ribas y cols., en los que encontraron que la edad media de inicio de relaciones sexuales fue de  $11 \pm 1.1$  años (30).

Con respecto a la infección por el virus del VIH, encontraron que es poco frecuente la concomitancia del virus con otras infecciones de transmisión sexual, con una prevalencia de entre 1 a 5% de pacientes pediátricos (31). Al igual que la infección por el HPV, se debe tener en cuenta otras formas de transmisión del virus (30).





De este análisis se desprende que la presencia de ITS no es condición sine qua non para el abuso sexual infantil, aunque siempre debe considerarse esta posibilidad, y en caso de estar presente, se debe valorar cada caso en particular, considerando siempre otras formas de transmisión, como en el caso del virus del papiloma humano. Dado que es frecuente la coexistencia de más de una ITS se debe realizar la búsqueda de otras infecciones asociadas (30).

### **Repercusiones del abuso sexual infantil**

Es indiscutible que el ASI tiene repercusiones devastadoras en el niño para toda su vida (32). Innumerables son las publicaciones científicas que evalúan sus consecuencias. Se destaca que dentro de la búsqueda y selección cerca de un 50% de las publicaciones referían a dicha temática. El análisis se centró en las repercusiones psicológicas del ASI dado que la mayoría de las publicaciones referían estas. No obstante se debe destacar que las consecuencias del ASI transversalizan al niño y repercuten en todas sus dimensiones en mayor o menor medida (9–11,13,14,19,32–35).

### **Abuso sexual y Trastornos psiquiátricos**

De los 34 artículos encontrados de la categoría, se ponderaron 26 artículos, de los cuales la mayoría fueron estudios transversales retrospectivos, encontrándose una revisión sistemática. En todos ellos, se encuentra una franca relación entre el ASI y el desarrollo de patología psiquiátrica a posteriori.

Muchos autores proponen que la relación sigue un modelo de “dosis-respuesta” siendo mayor el riesgo y la severidad cuanto más grave y más sostenida en el tiempo haya sido la situación de abuso (9,11).

Resulta indispensable conocer esta asociación en pos de generar estrategias de prevención secundaria y terciaria para poder realizar una abordaje integral del mismo (2,6).

Dentro de los múltiples trastornos psiquiátricos, los que presentan mayor prevalencia en personas que padecieron abuso en la infancia son (9):

- Trastorno de Estrés Post-Traumático (PSTD).
- Depresión Mayor (DM).





- Desórdenes de Personalidad.
- Intento de Autoeliminación (IAE).

Pérez Fuentes y colaboradores, hallaron una prevalencia de ASI del 10,14% (24,8% en hombres y 75,2% en mujeres, n=34.217). Encontraron un Odds Ratio (OR) entre el haber padecido abuso sexual en la infancia y la posibilidad de desarrollar patología psiquiátrica del 2.21 (Intervalo de confianza al 95% de 1.93-2.52) (10).

Los Odds Ratios (OR) ajustados fueron de

- 2.60 (IC 95%: 2.13-3.17) para IAE.
- 2.05 (IC 95% 1.82-2.31) para PTSD.
- 1.33 (IC95% 1.14-1.56) para Trastorno Bipolar.
- 1.28 (IC 95% 1.14-1.43) para Depresión Mayor.

### **PTSD**

Existe una clara asociación entre el ASI y el desarrollo de Trastorno de Estrés Post Traumático. Rosé y cols., encontraron una asociación entre el ASI y el desarrollo de patología psiquiátrica a corto plazo (6 meses). La más frecuente fue la forma subclínica de PTSD (45%) (13). Afifi y colaboradores, encuentran un OR de 1.9 para el desarrollo de cualquier patología psiquiátrica (IC 95%, 1.6-2.4), siendo el PTSD el trastorno más frecuente encontrado en adolescentes abusados (OR= 2.9 (IC 95%2.0-4.3) (9).

### **Depresión**

El haber estado expuesto a situaciones de abuso sexual en la infancia incrementa la probabilidad de desarrollar trastornos del humor a mediano y largo plazo; siendo los más frecuentes el trastorno depresivo y el bipolar (11,36). A su vez, se plantea que aquellos pacientes con depresión y que padecieron ASI, presentan formas más graves del trastorno (36).

Comijs y colaboradores realizan un estudio caso control en el cual evalúan 378 personas con diagnóstico de depresión y 132 sin diagnóstico del trastorno. Encuentran que dentro del grupo de diagnosticados, un 22,6% de éstos fueron abusados sexualmente en la infancia y hallan un OR de 5,35 (IC 2.36-12.14) en comparación a los no abusados. Además proponen que el trastorno depresivo en personas abusadas sigue una distribución bimodal, apareciendo con



mayor frecuencia a corto y a largo plazo (32). Cheng y cols., utilizando el mismo diseño (caso control) encuentran resultados similares en cuanto a la relación del desarrollo de Depresión Mayor y ASI en mujeres chinas (OR 4.06 (IC 95% = 3.19-5.24)) (11).

### **Otros desórdenes**

Extensas son las relaciones encontradas entre haber padecido ASI y desarrollar desórdenes psiquiátricos que exceden al análisis del presente trabajo. Cabe mencionar la estrecha relación de la entidad con el IAE (9,11,37) el Trastorno por Déficit Atencional con y sin Hiperactividad (38), Trastornos de Personalidad entre otros. El Trastorno por abuso de sustancias se analizará en una categoría separada.

### **Abuso sexual infantil y consumo de sustancias**

De los 21 artículos que surgieron en la primera selección en esta categoría, 2 fueron descartados por no estudiar el ASI como una variable independiente. De los 19 a analizar la mayoría son estudio de caso-control, encontrándose una revisión bibliográfica.

El consumo de sustancias, en particular de aquellas legales, socialmente aceptadas y habitualmente consumidas como el alcohol y el tabaco, acarrea una morbimortalidad altamente prevenible a nivel mundial, y un problema considerable, así como un alto costo para la salud pública. El abuso y la dependencia de las mismas no sólo afectan al individuo en el ámbito biológico, sino que repercuten en la esfera psicosocial, asociando problemas laborales, en su círculo social, conflictos legales, así como trastornos psicológicos como depresión, trastornos de ansiedad, entre otros (39–41).

Una asociación entre el ASI y el consumo de sustancias en la adolescencia y la vida adulta ha sido establecida en la bibliografía (39–44). Existen diversas causas que podrían explicar esta asociación, como la auto-medicación mediante consumo de sustancias asociada a la depresión, genes asociados a una mayor tendencia al consumo, o la asociación del ASI con otros factores de riesgo para el mismo (39,40,42). Dentro de las sustancias estudiadas se encuentran drogas legales como el alcohol y el tabaco, así como también drogas ilegales en la mayoría de los países, como son la marihuana, la cocaína, y otras menos prevalentes. La búsqueda actual dio como resultado una mayoría de artículos centrados en el consumo de alcohol, ya sea sólo o



asociado a otras sustancias, seguido por marihuana, en su mayoría estudiado junto al consumo de alcohol.

De los 19 artículos analizados, 10 estudian la relación entre el ASI y el consumo y/o abuso de alcohol. En todos ellos encontramos un aumento de riesgo de consumo de alcohol en aquellos individuos que sufrieron ASI. Lown y cols. en un estudio de casos y controles publicado en 2011 encontraron que el riesgo de dependencia al alcohol es 3 a 4 veces mayor en mujeres que sufrieron ASI respecto a las no abusadas (OR<sub>adj</sub>=3.7, 95% CI 2.6–5.3), siendo este riesgo incluso mayor al que presenta el abuso físico (OR<sub>adj</sub>=2.1, 95% CI 1.4–3.1) (40). Fenton y cols. obtuvieron resultados similares (OR<sub>adj</sub>=1.79, 95% CI 1.55-2.06), pero con menor aumento del riesgo (39). Otros estudios muestran resultados similares, coincidiendo en que el ASI, por sobre los otros tipos de abuso infantil, conlleva un aumento en el riesgo del consumo y la dependencia alcohólica (41,42,45). En su estudio, Lown y cols. investigan también la asociación entre ASI y problemas relacionados con el alcohol, encontrando que existe un aumento de riesgo (OR<sub>adj</sub>=3.5, 95% CI 2.6–4.8); esto podría ser consecuencia del aumento de consumo por parte de las mujeres abusadas, como a su vez por un aumento de los problemas interpersonales dado por la historia de abuso (40).

Se encuentran disponibles menos cantidad de artículos que estudien la relación entre ASI y consumo de marihuana respecto a aquellos que analizan la relación con el consumo de alcohol. En los trabajos analizados se encontró, al igual que con el alcohol, una relación entre el ASI y el aumento de riesgo para el consumo de marihuana. Cabe destacar el trabajo de Duncan y cols., que estudia la relación entre el abuso y la dependencia de marihuana en hijos de parejas de gemelos, pudiendo controlar así el riesgo que acarrea la dependencia paterna, en el cual encuentran que el ASI lleva a un aumento de riesgo para el abuso de marihuana (HR=2.11; 95% CI: 1.46–3.05), a diferencia del abuso físico (HR=1.32; 95% CI: 0.89–1.97) (46).

Los individuos víctimas de ASI suelen encontrarse expuestos a otros factores de riesgo para el desarrollo de una personalidad predispuesta al consumo, como son otros tipos de abuso, ambiente familiar disruptivo, padres alcoholistas, violencia intrafamiliar, medio socio-cultural bajo (40,42). Fenton y cols. plantean una relación sinérgica entre la historia paterna de consumo y el aumento de riesgo dado por el ASI, sugiriendo una predisposición genética (39). Todos estos factores pueden sesgar el resultado de no ser tenidos en cuenta al momento de establecer la relación entre ASI y consumo. Sartor y cols. en una revisión de la literatura, basada en estudios de gemelos, analizan el posible sesgo dado por estos factores, encontrando resultados similares



a otros trabajos que corrigen los índices en base a los mismos, concluyendo que incluso en ausencia de otros factores el ASI aumenta el riesgo de consumo (23).

Varios de los artículos encontrados analizan el consumo de otras sustancias menos prevalentes en nuestro medio, pero cuya prevalencia en los medios estudiados es significativa. Cabe destacar que estos estudios también encuentran una asociación significativa entre el ASI y el consumo de estas sustancias, en algunos de ellos mayor que entre el abuso físico y el consumo.

### **Manejo del ASI**

De los 15 artículos que surgieron de la primera selección se destacan 4 análisis descriptivos retrospectivos, 3 actualizaciones de manejo y 4 revisiones sistemáticas. Entre estos 3 fueron realizados en países en vías de desarrollo por autores provenientes del primer mundo.

Existen diversas pautas para el manejo del ASI en un primer contacto. Estas varían según población, personal de salud y contexto. La detección e intervención temprana en niños abusados sexualmente permite disminuir la morbimortalidad inherente al ASI, y para esto es necesario un correcto manejo del paciente al tomar contacto (25,47-49).

Jenny y cols. y Adams y cols. , en sus actualizaciones de la literatura, así como Seldes y cols. en su estudio descriptivo, coinciden en que el manejo del paciente en el primer contacto debe comenzar por la sospecha, para lo cual es necesario un profesional con experiencia, continuando luego con una completa anamnesis que debe incluir relaciones interpersonales, y de confirmarse el abuso recabar la mayor información posible sobre el mismo, y un correcto examen físico que busque signos sugestivos o patognomónicos de ASI, lo que requiere personal capacitado, siendo esta una de las principales carencias. Por último se requiere la realización de test de cribaje para ITS, las cuales no confirman el abuso pero pueden orientar al mismo, siendo en algunos casos altamente sugestivas (25,49,50).

Respecto al manejo posterior del ASI, Macdonald y cols. analizaron la efectividad de terapia cognitivo-conductual en niños que fueron abusados sexualmente. Concluyeron que existe potencial en ellas para disminuir las futuras repercusiones del ASI, pero que es necesario seguir investigando la efectividad de las mismas, y contar con un mayor número de trabajos para que el resultado sea significativo (51).



Cabe destacar que la mayoría de los artículos analizados coinciden en que el abordaje en primera instancia así como las futuras intervenciones se benefician de una intervención multidisciplinaria, obteniendo mejores resultados, logrando contemplar al paciente en todas sus esferas.

### Consideraciones Finales

El ASI es, sin dudas, una entidad de gran relevancia a nivel social y los Profesionales de la Salud son un eslabón dentro de los instrumentos del abordaje integral de la misma.

Es un tema emergente dentro de la literatura científica y resulta necesario generar aún más investigación en el área. A pesar del gran abanico de presentaciones del ASI, es indispensable lograr definiciones universales que permitan establecer un único mapa de ruta. Esto posibilitaría determinar la prevalencia real, las características clínicas y desarrollar estrategias y dispositivos de intervención.

Con respecto a los factores de riesgo es evidente que no existe o es muy difícil definir un patrón de ASI, siendo diversos y sinérgicos los factores que aumentan el riesgo de padecerlo, encontrándose los mismos presentes tanto a nivel del propio individuo, como del núcleo familiar y la comunidad.

El análisis de los artículos demuestra que la pertenencia al género femenino es un factor de riesgo de peso, invirtiéndose hacia el género masculino en los países africanos y Asia Occidental. Existe un aumento de la incidencia entre los 8 y los 12 años, encontrándose esta franja etaria en mayor riesgo de padecer abuso.

A nivel del núcleo familiar, existe evidencia significativa de varios factores que predisponen al ASI; tanto el abuso de sustancias, sobre todo el alcohol por parte de los padres, la violencia intrafamiliar, familias supernumerarias que predisponen el hacinamiento y el bajo nivel socioeconómico se comportan de manera riesgosa.

Quizás una de las dificultades a la hora de determinar la verdadera prevalencia del ASI radique en que la mayoría de los trabajos analizados fueron realizados en poblaciones vulnerables y estratos socioculturales bajos, desconociéndose la incidencia en otros estratos sociales, victimizando a tales poblaciones, y dificultando visualizar el alcance real de esta entidad.



Varios autores coinciden en la existencia de factores de riesgo inherentes al niño, destacando diversas patologías como el autismo, el retraso mental, patologías fonoaudiológicas y distintas enfermedades crónicas. En los trabajos analizados no se encontró ningún estudio específico sobre estos factores, resultando imposible evaluar el riesgo real que estos acarrearán. Esto puede deberse a que la búsqueda no contempló específicamente la asociación entre el ASI y dichas enfermedades. Futuros estudios se beneficiarían de ponderar dicha relación.

Las repercusiones del abuso sexual infantil son las mejor estudiadas dentro de la bibliografía analizada. Existe una clara relación entre el mismo y el riesgo de desarrollar patología psiquiátrica a lo largo de la vida; el consumo problemático de sustancias demuestra tener una estrecha relación con el ASI. Por lo tanto, es necesario generar dispositivos que permitan prevenir el desarrollo de las mismas una vez abordada la problemática. A pesar de esto, la mejor manera de prevenirlas sería evitar el abuso sexual infantil mediante el desarrollo de estrategias para los diferentes dispositivos orientados al cuidado de la infancia en la prevención y detección temprana de esta entidad.

### **Limitaciones a considerar**

Sin duda, dos de las mayores limitantes a la hora de analizar la problemática de estudio es el subdiagnóstico de la misma y la ausencia de estudios longitudinales que evalúen el ASI a largo plazo. Por parte de los autores, se considera que no se estudiaron todas las variables asociadas al abuso sexual infantil dado que excedían los tiempos para la ejecución del presente trabajo. A su vez, se destaca la imposibilidad económica para acceder a toda la literatura publicada. Por último, la escasa cantidad de trabajos loco-regionales impide tener una perspectiva real de la situación en nuestra región.



## Referencias bibliográficas

1. Gentile-Ramos I. Violencia, maltrato, exclusión. ¿Dónde estamos? Arch Pediatr Urug. 2001;72(1):3-5.
2. MIDES. Plan Nacional de Primera Infancia , Infancia y Adolescencia 2016-2020. Montevideo; 2016. 176 p.
3. OMS. Maltrato Infantil [Internet]. WHO. World Health Organization; 2010 [cited 2017 Oct 10]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/index.html>
4. MSP; SIPIAV; UNICEF. Mapa de ruta para la prevención y la atención de situaciones de maltrato y abuso sexual infantil en el sector salud. Guidelines. Montevideo; 2009.
5. Palusci VJ. Epidemiology of sexual abuse [Internet]. Child Abuse and Neglect. Elsevier Inc.; 2011. 16-22 p. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/B978-1-4160-6393-3.00003-8>
6. França Junior I. Interface: Comunicacao, saude, educacao. [Internet]. Vol. 7, Interface - Comunicação, Saúde, Educação. Fundacao UNI; 2003 [cited 2017 Oct 3]. 23-38 p. Available from: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832003000100003&lang=pt](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832003000100003&lang=pt)
7. Pereda N, Guilera G, Forns M, Gómez-Benito J. The international epidemiology of child sexual abuse: A continuation of Finkelhor (1994). Child Abuse Negl [Internet]. 2009 Jun [cited 2017 Oct 3];33(6):331-42. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0145213409000970>
8. Finkelhor D. The international epidemiology of child sexual abuse. Child Abus Negl. 1994;18(5):409-17.
9. Afifi TO, MacMillan HL, Boyle M, Taillieu T, Cheung K, Sareen J. Child abuse and mental disorders in Canada. CMAJ [Internet]. 2014 Jun 10 [cited 2017 Oct 4];186(9):E324-32. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24756625>
10. Pérez-Fuentes G, Olfson M, Villegas L, Morcillo C, Wang S, Blanco C. Prevalence and correlates of child sexual abuse: a national study. Compr Psychiatry [Internet]. 2013 Jan [cited 2017 Oct 4];54(1):16-27. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22854279>





11. Chen J, Cai Y, Cong E, Liu Y, Gao J, Li Y, et al. Childhood sexual abuse and the development of recurrent major depression in Chinese women. PLoS One [Internet]. 2014 [cited 2017 Oct 4];9(1):e87569. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24489940>
12. Guasch D, Denisse. Estudio de los ingresos por IAE en la Emergencia del Hospital Pereira Rossell y su vinculación con la violencia intrafamiliar. 2015 [cited 2017 Oct 3]; Available from: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/handle/123456789/5676>
13. De Rose P, Salvaguardia F, Bergonzini P, Cirillo F, Demaria F, Casini MP, et al. Current Psychopathological Symptoms in Children and Adolescents Who Suffered Different Forms of Maltreatment. Sci World J. 2016;2016.
14. Yüce M, Karabekiroğlu K, Yildirim Z, Şahin S, Sapmaz D, Babadağı Z, et al. The Psychiatric Consequences of Child and Adolescent Sexual Abuse. Noro Psikiyatry Ars [Internet]. 2015 Dec [cited 2017 Oct 3];52(4):393–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28360746>
15. Hébert M, Lavoie F, Blais M. Post Traumatic Stress Disorder/PTSD in adolescent victims of sexual abuse: resilience and social support as protection factors. Cien Saude Colet. 2014;
16. Murray LK, Nguyen A, Cohen JA. Child Sexual Abuse. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America. 2014.
17. Chiu GR, Lutfey KE, Litman HJ, Link CL, Hall SA, Mckinlay JB. Prevalence and Overlap of Childhood and Adult Physical, Sexual, and Emotional Abuse: A Descriptive Analysis of Results from the Boston Area Community Health (BACH) Survey.
18. Charczewski G, Rubio I, Bellinzona G, Decuadro M. Maltrato infantil y abuso sexual: Análisis Retrospectivo de las historias clínicas de niños internados en el Centro Hospitalario Pereira Rossell en el período 1/1998-12/2001. Rev Médica del Uruguay [Internet]. 2005 [cited 2017 Oct 3];21(1):59–67. Available from: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-03902005000100008&lang=pt](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902005000100008&lang=pt)
19. Bassani DG, Palazzo LS, Béria JU, Gigante LP, Figueiredo AC, Aerts DR, et al. Child sexual abuse in southern Brazil and associated factors: a population-based study. BMC





- Public Health [Internet]. 2009 Dec 11 [cited 2017 Oct 10];9(1):133. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19432975>
20. Ayala RC, Rivera-Rivera L, Angéles-Llerenas A, Díaz-Cerón E, Allen-Leigh B, Ponce EL. Factores del abuso sexual en la niñez y la adolescencia en estudiantes de Morelos, México. *Rev Saude Publica*. 2009;
  21. Essabar L, Khalqallah A, Dakhama BSB. Child sexual abuse: Report of 311 cases with review of literature. *Pan Afr Med J*. 2015;
  22. Almuneef MA, Alghamdi LA, Saleheen HN. Family profile of victims of child abuse and neglect in the Kingdom of Saudi Arabia. *Saudi Med J*. 2016;
  23. Sartor CE, Agrawal A, Mccutcheon V V, Duncan AE, Lynskey MT. Disentangling the Complex Association Between Childhood Sexual Abuse and Alcohol-Related Problems: A Review of Methodological Issues and Approaches\*.
  24. Jenny C. *Child Abuse And Neglect (Diagnosis, Treatent, Evidence)*. Elsevier. 2006;(September).
  25. Jenny C, Crawford-Jakubiak JE, Committee on Child Abuse and Neglect, American Academy of Pediatrics. The Evaluation of Children in the Primary Care Setting When Sexual Abuse Is Suspected. *Pediatrics* [Internet]. 2013 Aug 1 [cited 2017 Oct 14];132(2):e558–67. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23897912>
  26. Edgardh K, von Krogh G, Ormstad K. Adolescent girls investigated for sexual abuse: history, physical findings and legal outcome. *Forensic Sci Int* [Internet]. 1999 Sep 30 [cited 2017 Oct 14];104(1):1–15. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10533272>
  27. Ige O, Fawole OI. Evaluating the medical care of child sexual abuse victims in a general hospital in Ibadan, Nigeria. *Ghana Med J* [Internet]. 2012 Mar [cited 2017 Oct 14];46(1):22–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22605885>
  28. Muram D. Child sexual abuse--genital tract findings in prepubertal girls. I. The unaided medical examination. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 1989 Feb [cited 2017 Oct 14];160(2):328–33. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2916614>
  29. Pablo Mouesca J, Javier Indart de Arza Luis Stabilito M. Verrugas anogenitales y



- sospecha de abuso sexual infantojuvenil Anogenital warts and suspicion of child sexual abuse. Arch Argent Pediatr [Internet]. 2012 [cited 2017 Oct 3];110(5):438–44. Available from: <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2012.438>
30. Ribas CB da R, Cunha M da GS, Schettini APM, Ribas J, Santos JEB dos. Perfil clínico-epidemiológico das doenças sexualmente transmissíveis em crianças atendidas em um centro de referência na cidade de Manaus, Amazonas, Brasil. An Bras Dermatol [Internet]. 2011 Feb [cited 2017 Oct 12];86(1):80–6. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0365-05962011000100010&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962011000100010&lng=pt&tlng=pt)
  31. Dhawan J, Gupta S, Kumar B. Sexually transmitted diseases in children in India. Indian J Dermatol Venereol Leprol [Internet]. 2010 [cited 2017 Oct 12];76(5):489–93. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20826987>
  32. Comijs HC, van Exel E, van der Mast RC, Paauw A, Oude Voshaar R, Stek ML. Childhood abuse in late-life depression. J Affect Disord [Internet]. 2013 May [cited 2017 Oct 11];147(1–3):241–6. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032712007446>
  33. Scomparini L, Santos B, Rosenheck R, Scivoletto S. Association of child maltreatment and psychiatric diagnosis in Brazilian children and adolescents. Clinics [Internet]. 2013 Aug 30 [cited 2017 Oct 10];68(8):1096–102. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24037004>
  34. Min MO, Minnes S, Kim H, Singer LT. Pathways linking childhood maltreatment and adult physical health. Child Abuse Negl [Internet]. 2013 Jun [cited 2017 Oct 10];37(6):361–73. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23195701>
  35. Teicher MH. Commentary: Childhood abuse: new insights into its association with posttraumatic stress, suicidal ideation, and aggression. J Pediatr Psychol [Internet]. 2010 Jun [cited 2017 Oct 4];35(5):578–80. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20350964>
  36. Gaon A, Kaplan Z, Dwolatzky T, Perry Z, Witztum E. Dissociative symptoms as a consequence of traumatic experiences: the long-term effects of childhood sexual abuse. Isr J Psychiatry Relat Sci [Internet]. 2013 [cited 2017 Oct 10];50(1):17–23. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24029107>



37. Stewart JG, Kim JC, Esposito EC, Gold J, Nock MK, Auerbach RP. Predicting suicide attempts in depressed adolescents: Clarifying the role of disinhibition and childhood sexual abuse. *J Affect Disord* [Internet]. 2015 Nov 15 [cited 2017 Oct 3];187:27–34. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26318268>
38. Harford TC, Yi H ye, Grant BF. Associations between childhood abuse and interpersonal aggression and suicide attempt among U.S. adults in a national study. *Child Abus Negl*. 2014;
39. Fenton MC, Geier T, Keyes K, Skodol AE, Grant BF, Hasin DS. Combined role of childhood maltreatment, family history, and gender in the risk for alcohol dependence. *Psychol Med* [Internet]. 2013 May 10 [cited 2017 Oct 14];43(5):1045–57. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22883538>
40. Anne Lown E, Nayak MB, Korcha RA, Greenfield TK. Child Physical and Sexual Abuse: A Comprehensive Look at Alcohol Consumption Patterns, Consequences, and Dependence From the National Alcohol Survey. *Alcohol Clin Exp Res* [Internet]. 2011 Feb [cited 2017 Oct 14];35(2):317–25. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21083668>
41. Elliott JC, Stohl M, Wall MM, Keyes KM, Goodwin RD, Skodol AE, et al. The risk for persistent adult alcohol and nicotine dependence: the role of childhood maltreatment. *Addiction* [Internet]. 2014 May [cited 2017 Oct 14];109(5):842–50. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24401044>
42. Skinner ML, Hong S, Herrenkohl TI, Brown EC, Lee JO, Jung H. Longitudinal Effects of Early Childhood Maltreatment on Co-Occurring Substance Misuse and Mental Health Problems in Adulthood: The Role of Adolescent Alcohol Use and Depression. *J Stud Alcohol Drugs* [Internet]. 2016 May [cited 2017 Oct 3];77(3):464–72. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27172579>
43. Sartor CE, McCutcheon V V, Nelson EC, Duncan AE, Bucholz KK, Heath AC. Investigating the association between childhood sexual abuse and alcohol use disorders in women: does it matter how we ask about sexual abuse? *J Stud Alcohol Drugs* [Internet]. 2012 Sep [cited 2017 Oct 14];73(5):740–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22846238>
44. Huang S, Trapido E, Fleming L, Arheart K, Crandall L, French M, et al. The long-term



- effects of childhood maltreatment experiences on subsequent illicit drug use and drug-related problems in young adulthood. *Addict Behav* [Internet]. 2011 Jan [cited 2017 Oct 14];36(1–2):95–102. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20947260>
45. Gomez J, Becker S, O'Brien K, Spirito A. Interactive Effect of Child Maltreatment and Substance Use on Depressed Mood Among Adolescents Presenting to Community-Based Substance Use Treatment. *Community Ment Health J* [Internet]. 2015 Oct [cited 2017 Oct 14];51(7):833–40. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26017474>
  46. Duncan AE, Sartor CE, Scherrer JF, Grant JD, Heath AC, Nelson EC, et al. The association between cannabis abuse and dependence and childhood physical and sexual abuse: evidence from an offspring of twins design. *Addiction* [Internet]. 2008 Jun [cited 2017 Oct 14];103(6):990–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18482422>
  47. Ferrara P, Gatto A, Manganeli NP, Ianniello F, Amodeo ME, Amato M, et al. The impact of an educational program on recognition, treatment and report of child abuse. *Ital J Pediatr*. 2017;
  48. Goyal MK, Mollen CJ, Hayes KL, Molnar J, Christian CW, Scribano P V., et al. Enhancing the Emergency Department Approach to Pediatric Sexual Assault Care. *Pediatr Emerg Care*. 2013;
  49. Julio Seldes J, Valentina Ziperovich L, Alejandra Viota L, Fernanda Leiva D. Maltrato Infantil. Experiencia de un abordaje interdisciplinario. *Arch Argent Pediatr*. 2008;106(6):499–504.
  50. Adams JA, Kellogg ND, Farst KJ, Harper NS, Palusci VJ, Frasier LD, et al. Updated Guidelines for the Medical Assessment and Care of Children Who May Have Been Sexually Abused. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. 2016.
  51. Macdonald GM, Higgins JPT, Ramchandani P. Cognitive-behavioural interventions for children who have been sexually abused. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2006.



## Tablas

Tabla 1: Búsqueda Realizada en PUBMED

PUBMED				
Término de búsqueda	Total encontrados	Free full Text	10 años	1RA SELECCION
<b>CHILD ABUSE, SEXUAL AND RISK FACTORS</b>	1703	268	208	48
<b>CHILD ABUSE, SEXUAL AND SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS</b>	668	128	73	5
<b>CHILD ABUSE, SEXUAL AND PSYCHIATRIC DISORDERS</b>	3583	410	299	39
<b>CHILD ABUSE, SEXUAL AND SUBSTANCE RELATED DISORDERS</b>	1962	483	377	21
<b>CHILD ABUSE, SEXUAL AND EPIDEMIOLOGY</b>	3954	850	688	8
<b>CHILD ABUSE, SEXUAL AND CLINICAL PATTERNS</b>	121	20	16	1
<b>CHILD ABUSE, SEXUAL AND PHYSICAL EXAMINATION</b>	871	164	112	13
<b>CHILD ABUSE, SEXUAL AND MANAGEMENT</b>	1741	261	178	12

Tabla 2: Búsqueda Realizada en Scielo

Scielo			
Término de búsqueda	Total encontrados	10 años	1RA SELECCION
ASI	194	146	
ABUSO SEXUAL Y FACTORES DE	11	11	4



RIESGO			
ASI Y ABUSO DE SUSTANCIAS	2	2	1
ASI E INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	3	3	1
ASI Y EXAMEN FÍSICO	6	6	4
ASI Y TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS	1	1	0
ASI Y LESIONES CARACTERÍSTICAS	1	0	1
ASI y epidemiología	6	3	1

Tabla 3: Búsqueda Realizada en Cochrane

Término de búsqueda	Total encontrados	IRA SELECCION
<b>CHILD ABUSE, SEXUAL AND RISK FACTORS</b>	49	2
<b>CHILD ABUSE, SEXUAL AND SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS</b>	20	1
<b>CHILD ABUSE, SEXUAL AND PSYCHIATRIC DISORDERS</b>	11	0
<b>CHILD ABUSE, SEXUAL AND SUBSTANCE RELATED DISORDERS</b>	44	0
<b>CHILD ABUSE, SEXUAL AND CLINICAL PATTERNS</b>	35	0
<b>CHILD ABUSE, SEXUAL AND PHYSICAL EXAMINATION</b>	16	1
<b>CHILD ABUSE, SEXUAL AND MANAGEMENT</b>	17	3