

Evaluación de un programa de promoción de conductas de Autoprotección para la prevención del abuso sexual infantil, Medellín, Colombia

Claudia Marcela Vélez, MD, MSc, Profesora¹, Paula Andrea Henao, Pediatra¹, Federico Ordoñez, Psicólogo¹, Luz Elena Gómez, Educadora especial¹

¹ Departamento de Pediatría y Puericultura, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia
correo electrónico: cmarcela.velez@udea.edu.co

Fecha de Recepción: 6/09/2014

Fecha de Solicitud de Correcciones: 10/12/2014

Fecha de Aceptación: 02/05/2015

Resumen

Introducción. En Colombia, el abuso sexual infantil es un problema creciente. En 2011 Medicina Legal realizó 22.597 evaluaciones médico legales por presuntos delitos sexuales, 87% de las víctimas fueron niños y adolescentes. En este estudio se ejecutó un programa de prevención del abuso sexual infantil y se evaluó el cambio en conocimiento de conductas de autoprotección de niños entre los 5 y los 14 años de edad.

Materiales y métodos. Este es un estudio cuasi-experimental. La población de estudio la constituyeron niños de instituciones educativas públicas de Medellín. Se utilizó el cuestionario de 13 ítems denominado Test de Prudencia de la Organización No Gubernamental (ONG) Save The Children. Las variables independientes analizadas fueron la edad del niño, el grado escolar y la institución educativa, la variable dependiente fue la puntuación en el test. En el análisis estadístico se calculó para cada pregunta la diferencia de medias emparejadas, y para el test total, el estadístico de prueba de hipótesis fue el chi cuadrado de McNemar.

Resultados. La puntuación promedio en el cuestionario antes del programa fue 10,96 y después de su implementación 11,96, la prueba t de Student para diferencia de medias resultó estadísticamente significativa con un valor de $p < 0,0001$, al igual que la prueba de McNemar.

Conclusiones. El programa "Estrategia Desarrollo de Conductas de Autoprotección" en instituciones educativas fue efectivo para mejorar la puntuación del Test de Prudencia sobre comportamientos de autoprotección contra el abuso sexual infantil.

Palabras Clave: Abuso sexual infantil; acoso sexual; prevención; promoción de la salud.

Evaluation of a self-protection behavior promotion programme to prevention of child sexual abuse, Medellin, Colombia

Abstract

Introduction: In Colombia, child sexual abuse is a growing problem. In 2011, Legal Medicine Institute held 22.597 medical evaluations for alleged sexual offences, 87% of all victims were children and adolescents. In this study, a child sexual abuse prevention program was developed and the change in knowledge of self-protection behaviors of children between 5 and 14 years of age was evaluated.

Materials and methods: This is a quasi-experimental study. The study population was constituted by children of public schools of Medellin. The 13-item questionnaire called Test of Prudence from the Non-Governmental Organization Save the Children was used. The independent variables analyzed were child's age, scholar grade, and school; the dependent variable was the test score. In the statistical analysis, a matched mean difference was calculated for each question, and for the total test, the statistical hypothesis testing was the McNemar Chi-square.

Results: The average score in the questionnaire before the program was 10.96 and after its implementation 11.96, t test and McNemar test were statistically significant with a p-value 0,001.

Conclusions: The school program was effective to improve the score in the Test of Prudence.

Key words: Child sexual abuse; sexual harassment; prevention and health promotion.

Introducción

El abuso sexual infantil (ASI) es cualquier clase de contacto o actividad sexual con un niño o niña impuesto por una persona mayor, en al menos 5 años (1), que aprovechando la superioridad física, la experiencia o los recursos, utiliza incorrectamente su poder o autoridad (2). Se estima que en Colombia sólo el 50% de los niños lo revelan; únicamente el 15% se denuncia a las autoridades; y tan solo el 5% deriva en procesos judiciales (3). Según el Instituto Nacional de Medicina Legal, el ASI en Colombia es un problema creciente puesto que la tasa de exámenes sexológicos por presunto delito sexual ha pasado de 31,9 por 100.000 habitantes en el año 2000 a 49,08 por 100.000 en 2011 (4). En este último año, Medicina Legal realizó 22.597 valoraciones médico legales, de las cuales el 87% de las víctimas fueron personas menores de 18 años (5). El mayor número de exámenes sexológicos se efectuó a niñas entre los 10 y 14 años, con una tasa de 339,57 por 100.000 habitantes, seguido por niñas entre los 5 y 9 años con una tasa de 209,24; mientras que en los niños, el mayor pico se presenta entre los 5 y 9 años con una tasa de 67,40 (5).

No es fácil determinar la incidencia real del abuso puesto que ocurre generalmente en un entorno privado, además los niños y niñas pueden sentirse impotentes para revelarlo (6). Según la primera encuesta nacional de Estados Unidos sobre la historia de abuso sexual en adultos, 27% de las mujeres y 16% de los hombres reconocían retrospectivamente haber sido víctimas de ASI (7). Los factores de riesgo para el ASI se circunscriben principalmente en un contexto de maltrato infantil y violencia doméstica, donde el aislamiento social de los niños, el apego deficiente a los padres, el alcoholismo y consumo de sustancias psicoactivas de los padres se configuran como importantes factores de riesgo (2, 8-11).

El impacto psicológico del abuso sexual en los niños y niñas depende de las estrategias de afrontamiento de la víctima y del grado de culpabilización que los padres y la comunidad ejercen sobre él o ella. Al menos un 80% de las víctimas sufren consecuencias psicológicas negativas (11). Los niños muy pequeños pueden no comprender en las primeras etapas su gravedad, situación que se relaciona con que el niño y la niña pueden continuar manifestando expresiones de cariño hacia el abusador (11). En los niños en edad escolar son frecuentes los sentimientos de culpa y de vergüenza ante el suceso. En general se presentan situaciones de fracaso escolar y dificultades inespecíficas de socialización. En las niñas más comúnmente reacciones ansioso-depresivas y en los niños comportamientos sexuales agresivos (9).

Las políticas públicas y en particular las de salud, se han centrado más en tratar de detectar el abuso y garantizar tratamiento físico y psicológico a las víctimas, que en promocionar conductas de autocuidado (10). Los cambios mundiales orientados a la promoción de culturas más sanas presionan para que los profesionales de la salud y los educadores se esfuercen por plantear programas de promoción de la salud y de prevención de las enfermedades. En el marco de este paradigma, se diseñó este estudio con el objetivo de evaluar los cambios en conocimientos de conductas de autoprotección de niños y niñas después de implementar el programa de prevención del ASI de la Organización No Gubernamental *Save The Children*.

Las investigaciones que se han efectuado sobre programas escolares de prevención de abuso sexual infantil se han realizado con niños preescolares y escolares, generalmente las intervenciones que tienen como base un programa educativo realizan actividades como juegos de roles, películas y discusiones (11-13). Según la revisión Cochrane, la mayoría de los estudios informan mejorías significativas en las medidas de conocimiento y comportamientos protectores en situaciones de riesgo simuladas. En los estudios que evaluaron cambios de comportamiento se encontró que una proporción más alta de niños de los grupos de intervención demostraban comportamientos más seguros (10). Ningún estudio incluido en la Revisión Cochrane evaluó la retención de habilidades de comportamiento protector más allá del período de intervención inmediato, en otros estudios, las evaluaciones de seguimiento se realizaron de dos a tres meses después de la intervención (8,(9).

Materiales y métodos

Este es un estudio cuasi-experimental. Se definieron cuatro equipos de investigación, uno por cada institución, con una coordinación general.

La población de referencia son niños colombianos en edad escolar. La población de estudio la constituyeron niños entre los 5 y 14 años de edad de instituciones educativas públicas de Medellín.

Se invitaron a participar instituciones educativas interesadas en desarrollar programas de cuidado de la salud para niños y adolescentes. La selección de los grupos en cada institución se hizo de acuerdo al interés y disposición a participar de los profesores y coordinadores del colegio. Todos los estudiantes del grupo fueron invitados a participar. Se solicitó autorización de la institución educativa para el desarrollo del programa de prevención de ASI en el medio escolar. Los padres fueron notificados y consintieron el desarrollo del programa, además se les invitó a participar en una propuesta pedagógica comunitaria denominada carrusel de crianza humanizada y prevención del ASI, en la cual se contrastaban los mitos sobre el abuso y se dialogaba con ellos acerca de la evidencia científica que existe en relación al abuso sexual, en el carrusel también se sensibilizó a los padres sobre cómo detectar tempranamente el abuso, cómo prevenirlo y cómo actuar ante ello.

En los grupos seleccionados para el estudio, los niños podían libremente decidir si participaban o no de cada actividad programada y también podían completar o no, el instrumento de evaluación de conductas de autocuidado.

Cada equipo de investigación estuvo integrado por un pediatra o médico, una comunicadora, un psicólogo o pedagogo, y un grupo de estudiantes de medicina de la Universidad de Antioquia. En cada institución se seleccionaron tres grupos, para cada grupo de niños hubo un subgrupo de 6 estudiantes de medicina encargado de la

planeación de las actividades. El equipo investigador coordinó la preparación de las actividades, guió la ejecución de ellas, y capacitó a los estudiantes de medicina para desarrollar el programa y abordar la problemática del abuso sexual infantil.

El Programa de *Save The Children* fue adaptado para efectuarse en siete sesiones, con el propósito de ajustarlo a la programación académica en las instituciones educativas, y principalmente a la de la Universidad. Cada equipo de investigación, y en particular cada grupo de estudiantes de medicina, podía seleccionar entre las actividades propuestas en el Manual de Desarrollo de Conductas de Autoprotección, la más adecuada para el grupo y para alcanzar el objetivo de la sesión. Estas actividades tenían una duración entre 45 minutos y una hora, dicha duración se previó con el objetivo de lograr mantener el interés y la atención de los niños. Se anexa.

Se utilizó el cuestionario denominado Test de Prudencia de la ONG *Save The Children*, éste contiene 13 situaciones hipotéticas de riesgo para el niño (14). El test está diseñado para que el niño discuta las respuestas con el adulto y se aproveche el espacio de diálogo para hablar de sexualidad y darles señales y límites.

Cada escena evaluada tiene 3 posibles respuestas, una sola correcta. Para efectos de descripción de los datos se calculó la frecuencia relativa según respuesta por cada pregunta. Para el análisis estadístico de la información se convirtieron los datos a una escala dicotómica, correcta e incorrecta, por lo tanto la puntuación total del instrumento que está entre 0 y 13.

Aunque el instrumento no se ha validado, previo a su utilización se efectuó un análisis de validez de apariencia y contenido por el equipo de investigación.

El cuestionario se aplicó antes de iniciar el programa en el mes de marzo de 2010, en las cuatro instituciones educativas seleccionadas. El programa de prevención del ASI se desarrolló entre marzo y mayo de 2010 en 3 instituciones educativas (IE), en la Institución A con niños de primero y segundo grado escolar, en la B con niños de tercer grado escolar y en la C con niños de segundo, tercero y cuarto grado. La institución D fue asignada como grupo control, allí se efectuó un programa diferente sobre derechos de los niños y alimentación saludable con niños de quinto grado. En las instituciones A, B y D se aplicó el instrumento de evaluación de conductas de autocuidado al finalizar el programa, en el mes de junio de 2010. En la institución C el diligenciamiento del instrumento se efectuó seis meses después de terminar el programa, con el fin de contrastar resultados en el corto y el mediano plazo.

Las variables analizadas fueron la edad del niño, el curso y la institución educativa, las respuestas a las preguntas en la conducta de entrada y las respuestas a las mismas preguntas en la conducta de salida. La información se transcribió a una base de datos por una persona no relacionada a la investigación, y luego fue revisada por un segundo digitador perteneciente al equipo de investigación. Los nombres de los niños permanecieron ocultos, sólo se utilizaron códigos.

Los datos fueron analizados en SPSS 17.0. El plan de análisis estadístico estuvo dirigido a calcular medidas de tendencia central y dispersión de las variables cuantitativas, y frecuencias absolutas y relativas de variables cualitativas. En el análisis estadístico del test de prudencia se calculó para cada pregunta la diferencia de medias emparejadas, y para el test total, el estadístico de prueba de hipótesis fue el chi cuadrado de McNemar, que es una prueba estadística no

paramétrica sólo aplicable cuando existen dos momentos: antes y después, equivalente al t de Student para muestras dependientes, con un nivel de confianza estándar de 95%.

Resultados

El total de niños en el estudio fue de 411, el número de participantes en las cuatro instituciones oscilo entre 94 y 119 estudiantes. La media de edad fue 8,92 años (DE 1,96), con un intervalo entre 5 y 16 años. En relación con la aplicación del instrumento, se observa que el porcentaje de niños que respondieron correctamente fue superior en la conducta de salida para todas las preguntas. La proporción de niños que decidieron no responder preguntas fue mayor en la conducta de salida que en la de entrada. La proporción de respuestas correctas a la salida del programa estuvo por encima de 90% para todas las preguntas, excepto para la pregunta 8, cuya proporción de aciertos fue de 86,1%.

Puesto que algunos niños diligenciaron solo la conducta de entrada o solo la conducta de salida, el número de parejas para hacer esta comparación se redujo a 347 niños. En la institución D, que fue la institución control, se observa una diferencia entre las medias de los dos cuestionarios de 0,31. En la institución C, que fue la institución en donde se aplicó la conducta de salida a los 6 meses, se observa una diferencia de media de 0,2 con un valor de $p=0,1$. Al hacer el análisis por instituciones se observa que la institución A que tenía los niños más pequeños, reportó la menor media de respuestas en la conducta de entrada (9,64), mientras que en la de salida se observa una media de 11,13 con una diferencia de 1,49. En el análisis por grupos, se observa que los niños de segundo y tercer grado son los que reportan la más alta diferencia de medias de la puntuación (p menor a 0,001 y $p=0,0015$, respectivamente). Los hombres pasaron de una media en la puntuación en la conducta de entrada de 10,79 a una media en la conducta de salida de 12,06 (p menor 0,001). (Cuadros 1 y 2).

Cuadro 1. Diferencia de la media en las puntuaciones de entrada y salida y significancia estadística

	Variable	Media entrada	DE	Media salida	DE	Tamaño de la diferencia	DE	Valor p
Institución Educativa	A	9,64	2,24	11,13	1,89	1,49	2,4	< 0,001
	B	10,46	2,11	12,47	0,92	2,01	2,26	< 0,001
	C	11,42	1,55	11,55	1,95	0,2	2,27	0,1
	D	12,14	1,21	12,45	0,95	0,31	1,04	< 0,001
Grado Escolar	Primero	9,64	2,24	11,13	1,89	1,49	2,4	< 0,001
	Segundo	11,86	0,86	11,55	1,98	1,67	1,53	< 0,001
	Tercero	10,71	2,07	12,31	1,38	1,6	2,46	< 0,001
	Cuarto	11,09	1,69	11,52	1,31	0,29	1,69	0,0015
	Quinto	12,14	1,2	12,45	0,95	0,31	1,04	< 0,001
Sexo	Hombres	10,79	2,21	12,06	1,06	1,32	2,25	< 0,001
	Mujeres	11,1	1,89	11,89	1,56	0,83	1,82	< 0,001
General		10,96	2,06	11,96	1,55	1,08	2,97	< 0,001

DE: Desviación Estándar

La prueba de McNemar para la diferencia de medias emparejadas arrojó un valor de $p < 0,001$ (Cuadro 3).

Cuadro 2. Prueba de McNemar para las respuestas en la conducta de entrada y de salida del programa

	Respuestas Conducta de Salida		Chi Cuadrado de McNemar (Valor p)
	Correcto	Incorrecto	
Respuestas Conducta de Entrada	Correcto	213	40
	Incorrecto	111	47
Total		324	87

<0,001

Discusión

El abuso sexual infantil es un problema importante y escasamente documentado puesto que se da en un ambiente privado. De acuerdo con la evidencia científica las mujeres tienen entre 1,5 y 4 veces más riesgo de abuso sexual infantil que los hombres, y se ha identificado que y que la edad de inicio del abuso mayoritariamente se ubica entre los 8 y 12 años, con un segundo pico entre los 6 y 7 años (15-20).

La ausencia de los padres o no disponibilidad de éstos (aquellos que tienen extensas jornadas laborales, sufren de enfermedades que los alejan del hogar o son adictos a alcohol o drogas), la pobre relación

de los niños con los padres, el conflicto parental y la presencia de un padrastro son factores de riesgo ampliamente documentados (11), (16), (21). Otros factores han sido identificados aunque existe una menor consistencia entre los estudios sobre su poder de asociación, entre ellos se encuentran el desempleo de los padres, la pobreza extrema, el hacinamiento, la falta de intimidad en el hogar y la discapacidad cognitiva de los niños (1),(11),(22-25).

El Test de Prudencia es un cuestionario sencillo con situaciones que a los ojos de un adulto son de muy evidente peligro, pero que a la luz de la proporción de respuestas correctas para cada pregunta, permite

inferir que los niños no tienen información clara sobre qué hacer ante situaciones de peligro.

La pregunta 1 presentó el menor porcentaje de respuestas correctas en la conducta de entrada, con 68,2%. Esto puede explicarse porque los niños no identifican esta situación como un escenario de peligro. A su vez, esta pregunta fue la que tuvo el mayor cambio en la proporción de respuestas correctas entre la conducta de entrada y salida del programa, con un incremento en las respuestas de 33%.

La pregunta 10 tuvo la mayor proporción de respuestas correctas tanto en la conducta de entrada y salida, 96,6% y 96,8% respectivamente. Sin embargo, es alarmante que ante una pregunta tan evidente de peligro, existan niños que incluso después del programa seleccionaron los distractores, esto hace que los adultos debamos cuestionarnos sobre la vulnerabilidad de los niños al abuso.

En relación con la aplicación del instrumento, se observa que el porcentaje de niños que respondieron correctamente fue superior en la conducta de salida para todas las preguntas. Este resultado es importante en tanto que el cuestionario no mide conocimientos sino conductas de respuesta del niño frente a situaciones de riesgo. En el programa no se enseña a responder el cuestionario, se realizan actividades para promover en los niños la autoconfianza y la autoestima, a reconocer cuando se enfrentan a una situación peligrosa y a identificar personas a las cuales acudir para pedir ayuda. Este resultado es muy valioso porque permite observar cómo los temas tratados en el programa modifican la percepción del niño sobre su entorno y los ayuda a reconocer situaciones de riesgo.

La institución A mostró la mayor diferencia entre las puntuaciones antes y después del programa, resultado que es importante puesto que los niños de esta institución tenían la media de edad más baja entre los cuatro colegios. Lo que permite afirmar que en niños más pequeños, con quienes probablemente las familias no han hablado sobre situaciones de peligro, logran apropiarse de una información que les permite auto-protegerse. La relevancia de este hallazgo radica en que la edad de mayor incidencia de inicio del ASI se encuentra entre los 5 y los 10 años de edad, por lo que un acercamiento más temprano a la promoción de conductas de autocuidado pueden tener un mayor y mejor efecto en la prevención del abuso sexual.

Dado que algunos niños diligenciaron solo la conducta de entrada o solo la conducta de salida, se explica por los niños que decidieron no responder el cuestionario al final del programa, y por las altas tasas de inasistencia, deserción escolar y movilidad de los niños entre instituciones educativas, este último fenómeno afectó especialmente los resultados en la institución C.

En la institución D, que fue la institución control, se observa una diferencia muy pequeña aunque estadísticamente significativa entre las medias de los dos cuestionarios. Esta situación puede explicarse porque en este colegio se desarrolló un programa sobre derechos de los niños que pudo impactar favorablemente en el autocuidado de éstos, resultado que es interesante puesto que hablar de derechos puede reforzar conductas de autoprotección que prevengan el ASI, pero también permite mostrar que un programa dirigido a prevenir el abuso tiene un impacto mayor en el logro de dichas conductas.

En el análisis por grupos, se observa que los niños de segundo y tercer grado son los que más se beneficiaron con el programa y reportaron la mejor diferencia de medias de la puntuación. No se presentaron los resultados de puntuación por edad porque la presencia de niños

con edades muy por encima del promedio de su grupo afectaban los resultados.

Limitaciones. A diferencia de otros problemas médicos y sociales, en la investigación sobre prevención del ASI no es sencillo, factible o ético, medir el desenlace que se busca prevenir. En estos estudios generalmente se comparan cambios en conocimientos, actitudes o prácticas en relación a situaciones de riesgo para abuso sexual, pero no se mide directamente el desenlace. No es tampoco apropiado usar el indicador de reducción de denuncias, porque un programa de estos puede generar una mayor confianza en la víctima para reportar tales situaciones. E incluso, preguntar directamente al niño o al padre por antecedentes de abuso, además de generar contradicciones éticas puede no proveer una respuesta cierta, en tanto que esta problemática se mantiene secreta, la víctima está atemorizada y generalmente una persona familiar cercana al niño es el causante.

Aunque el proyecto no estuvo dirigido a detectar ASI, se revelaron casos en las cuatro instituciones educativas que participaron en el estudio. Lo que pone de manifiesto la prevalencia del problema más que el efecto estimulante de denuncias del programa, puesto que en la institución educativa que desarrolló un programa diferente al de prevención de abuso sexual infantil, también se detectaron estos casos. Las limitaciones metodológicas del estudio son relativas a la falta de selección aleatoria de la muestra y a que las intervenciones no estaban enmascaradas. Otra limitación fue la falta de validación del instrumento de medición, sin embargo, en el estudio se revisó el cuestionario desde la perspectiva de hacer una validez de apariencia y de contenido.

Recomendamos el programa “Estrategia Desarrollo de Conductas de Autoprotección” de la ONG *Save The Children*, como un programa efectivo para mejorar el conocimiento de los niños y niñas sobre prevención del ASI, y consideramos que puede tener una amplia ejecución en instituciones educativas públicas y privadas.

Proponemos validar instrumentos de medición que permitan asegurar que la evaluación de cambios ocurridos con los programas de promoción de conductas de autocuidado sea auténtica y generalizable. Es importante alentar a los padres a dialogar con sus hijos sobre situaciones de riesgo. Los resultados que se presentan en este estudio sobre cómo responden los niños a cada pregunta del test de prudencia deben alertar a padres de familia, profesionales de la salud y educadores sobre la vulnerabilidad de nuestros niños al ASI.

Conflictos de interés

Los autores declaramos que no tenemos ningún conflicto de interés.

Tabla 4. Descripción general del Programa de Prevención del Abuso Sexual a Niños y Niñas			
	Módulo 1	Módulo 2	Módulo 3
	“Quién soy yo”	“Este es mi cuerpo”	“Yo tengo derecho a sentir seguridad”
Objetivo general	Ayudar a niños y niñas a desarrollar su autoestima y autoimagen	Ayudar a niños y niñas a conocer su cuerpo y su espacio personal, a respetarlo y cuidarlo	Enseñar a niños y niñas que los adultos tienen la obligación de respetarlos y protegerlos de agresiones sexuales.
Objetivos específicos	<ul style="list-style-type: none"> • Conocerse a sí mismo • Conocerse en el contexto de su familia y comunidad • Identificar los cinco sentidos • Identificar sensaciones en su cuerpo • Ejercitar sus derechos de opinión, de ser escuchados y de ser respetados • Pedir ayuda/grupo de apoyo 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar las diferentes partes de su cuerpo • Sentirse cómodo con las partes privadas de su cuerpo • Conocer su espacio personal e identificar situaciones que invaden este espacio • Internalizar la noción de “señales de advertencia” cuando se presentan situaciones de riesgo. • Pedir ayuda/red de seguridad 	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocer las responsabilidades que les corresponden a niños y adultos como protectores • Discriminar entre los buenos y malos secretos • Identificar trucos y engaños que utilizan los adultos para involucrarlos en situaciones de riesgo de abuso sexual • Identificar juegos inapropiados que los adultos utilizan para abusar de ellos • Internalizar el NO como conducta de autoprotección • Pedir ayuda/red de seguridad
Sesión 1	Conociéndonos	Conocer mi espacio personal	El secreto
Sesión 2	Aprender sobre mis sentidos	Reconocer situaciones de peligro y riesgo	Nadie tiene derecho a tocarme
Sesión 3	Yo puedo decir lo que pienso y expresar lo que yo siento	Conocer mi cuerpo	Validar mis derechos
Sesión 4	Validar mis derechos	Pedir ayuda	Pedir ayuda
Sesión 5	Pedir ayuda		

Adaptado de: Save The Children. Abuso Sexual Infantil. Manual de Formación para Profesionales (25)

Referencias

1. Save the Children. Protección de menores contra la explotación y el abuso sexual. 2003 p. 1-14.
2. Naciones Unidas. La violencia contra niños, niñas y adolescentes. Naciones Unidas; 2006. p. 1-99.
3. Echeburúa E, Corral P de. Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. Cuad Med Forense. 2006;12(43-44):75-82.
4. Instituto Nacional de Medicina Legal. Violencia Sexual contra la mujer en los conflictos armados. Medicina. Bogotá; 2010 p. 157-97.
5. Vergel J. Descripción epidemiológica de los exámenes sexológicos forenses, Colombia, 2011: una aproximación a la violencia sexual en nuestro país. Forensis. 2012;13(1):211-41.
6. Parker B, Turner W. Psychoanalytic / psychodynamic psychotherapy for children and adolescents who have been sexually abused (Review). 2013;(7).
7. Finkelhor D. National call to action: Working toward the elimination of child maltreatment. The science. Child Abuse Negl [Internet]. 1999 Oct [cited 2011 Aug 7];23(10):969-74.
8. Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT. Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: II. Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry [Internet]. 1996 Oct [cited 2011 Aug 7];35(10):1365-74.
9. Sperry DM, Widom CS. Child abuse and neglect, social support, and psychopathology in adulthood: a prospective investigation. Child Abuse Negl [Internet]. Elsevier Ltd; 2013 Jun [cited 2013 Aug 13];37(6):415-25.
10. Vergara A, Cárdenas D, Martínez G. P siquiatri a. Rev Colomb Psiquiat. 2013;42(2):173-81.
11. Zwi K, Woolfenden S, Wheeler D, O'Brien T, Tait P, Williams K. Programas educativos en escuelas para la prevención del abuso sexual infantil. Update. Chiester, UK; 2008 p. 1-33.

12. Oldfield D, Hays BJ, Megel ME. Evaluation of the effectiveness of Project Trust: an elementary school-based victimization prevention strategy. *Child Abuse Negl* [Internet]. 1996 Sep;20(9):821–32.
13. Saslawsky DA, Wurtele SK. Educating children about sexual abuse: implications for pediatric intervention and possible prevention. *J Pediatr Psychol* [Internet]. 1986 Jun [cited 2011 Oct 26];11(2):235–45.
14. Quezada V, Neno R, Luzoro J. Abuso sexual infantil. ¿Cómo Conversar con los Niños? 1st ed. Ediciones de la Universidad Internacional S, editor. Santiago de Chile: Universidad Internacional SEK; 2006.
15. Finkelhor D, Baron L. Risk Factors for Child Sexual Abuse. *J Interpers Violence* [Internet]. 1986 Mar [cited 2011 Jan 21];1(1):43–71.
16. Chavez-Ayala R, Rivera-Rivera L, Angeles.Llerenas A, Díaz-Cerón E, Allen-Leigh B, Lazcano-Ponce E. Factores del abuso sexual en la niñez y la adolescencia en estudiantes de Morelos , México. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(3):506–14.
17. Lundqvist G, Göran-Svedin C, Hansson K, Broman I. Group Therapy for Women Sexually Abused as Children. *J Interpers Violence*. 2006;21(12):1665–77.
18. Redondo-Figuero C, Ortiz-Otero M. El abuso sexual infantil. *Boletín la Soc Pediatría Astur Cantab Castilla y León*. 2005;45:3–16.
19. Pereda N, Polo P, Grau N, Navales N, Martínez M. Víctimas de abuso sexual en la infancia . Estudio descriptivo. *Rev D'Estudios la Violència*. 2007;1:1–18.
20. Onostre Guerra RD. Abuso sexual en niñas y niños: Consideraciones clínicas (Bolivia). *Rev Chil pediatría* [Internet]. 2000 Jul [cited 2011 Oct 26];71(4):368–75.
21. Fergusson DM, Lynskey MT, Horwood LJ. Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: I. Prevalence of sexual abuse and factors associated with sexual abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 1996 Oct [cited 2011 Aug 7];35(10):1355–64.
22. Cappelleri JC, Eckenrode J, Powers JL. The Epidemiology of Child Abuse: Findings from the Second National Incidence and Prevalence Study of Child Abuse and Neglect. *Am J Public Health*. 1993;83(11):9–11.
23. Save the Children, García-Suárez CI, Gómez-Uribe LM, González-Alfonso D. Abuso Sexual Infantil y Explotación Sexual Comercial Infantil en América Latina y El Caribe. Bogotá; 2006 p. 1–106.
24. Fleming J, Mullen P, Bammer G. A study of potential risk factors for sexual abuse in childhood. *Child Abuse Negl* [Internet]. 1997 Jan [cited 2011 Oct 26];21(1):49–58.
25. Save the Children. Abuso Sexual Infantil. Manual de Formación para Profesionales. Save the Children, editor. Madrid: Save The Children;