

Epidemiología de los pacientes pediátricos derivados a un equipo de referencia en violencia doméstica. CASMU- IAMPP, 2016

Epidemiology of pediatric patients referred to an Expert Reference Team specialized in Domestic Violence. CASMU- IAMPP, 2016

Epidemiologia dos pacientes pediátricos encaminhados a uma equipe de referência em violência doméstica. CASMU- IAMPP, 2016

Virginia Perdomo¹, Marisa Rubinstein², Stella Gutiérrez¹

Resumen

El maltrato infantil y específicamente el abuso sexual infantil constituyen una violación de los derechos humanos y un importante problema de salud mundial. En Uruguay, los Equipos de Referencia en Violencia Doméstica en las instituciones de salud, asisten a niños víctimas de situaciones de violencia.

Este trabajo buscó conocer la incidencia en niños, víctimas de situaciones de maltrato moderado a severo y de probable abuso sexual infantil, asistidos en el equipo de referencia en violencia doméstica de la institución CASMU-IAMPP, y sus características epidemiológicas. Se realizó un estudio observacional, descriptivo, con los usuarios menores de 18 años que fueron derivados en el 2016 a dicho equipo. El total de niños asistidos fue 87, la incidencia anual fue 0,2%. El 38% de los niños fueron víctimas de violencia doméstica, 31% sufrieron probable abuso sexual, 22% violencia física, 24% psicológica y 7% negligencia. En 90% de los casos, las situaciones se detectaron en etapa crónica. El 77% fueron derivados por el sector salud, de ellos un tercio por el pediatra tratante. El 50% convivía con el agresor y en el 38% de las situaciones de abuso sexual, el padre fue el victimario. De las escolares víctimas de abuso sexual, el 65% tenía sobrepeso u obesidad.

Se destaca la importancia de conocer la epidemiología de los pacientes atendidos por una patología frecuente y grave para mejorar la calidad de su abordaje.

Palabras clave: Abuso sexual infantil
Maltrato a los niños
Violencia doméstica

Summary

Child abuse and specifically child sexual abuse is a violation of Human Rights and a major global health problem. In Uruguay, the expert reference team specialized in domestic violence at health medical institutions assists children who are victims of violence. This paper aims at studying the incidence of children victims of moderate to severe abuse and of probable child sexual abuse assisted at the reference specialized center for domestic violence of the CASMU-IAMPP HMO and its epidemiological characteristics. We carried out an observational, descriptive study with patients under 18 years of age who were referred in 2016. The total number of children assisted was 87, the annual incidence was 0.2%. 38% of the children were victims of domestic violence, 31% suffered probable sexual abuse, 22%

1. Prof. Agda. Dra. Facultad de Medicina. UDELAR. CASMU. IAMPP.

2. Dra. Facultad de Medicina. UDELAR. CASMU. IAMPP. CASMU-IAMPP.

Trabajo inédito.

Declaramos no tener conflictos de intereses.

Fecha recibido: 8 de febrero de 2019

Fecha aprobado: 21 de setiembre de 2019

doi: 10.31134/AP.90.6.2

physical violence, 24% psychological and 7% negligence. In 90% of the cases, these situations of abuse were detected in the chronic stage. 77% were referred by the health sector; 34% by the treating pediatrician. 50% lived with the aggressor. In 38% of situations of sexual abuse, the father was the abuser. Of the schoolchildren victims of sexual abuse, 65% were overweight or obese. We hereby stress the importance of understanding and knowing the epidemiology of patients treated for a frequent and serious pathology in order to improve their quality of the approach used.

Key words: Sexual child abuse
Child abuse
Domestic violence

Resumo

O abuso infantil e especificamente o abuso sexual infantil são uma violação dos Direitos Humanos e um grande problema de saúde global. No Uruguai, as equipes de referência em violência doméstica das instituições de saúde assistem a crianças vítimas de situações de violência. Este trabalho procurou conhecer a incidência de crianças vítimas de situações de abuso moderado a grave e provável abuso sexual infantil, nas crianças atendidas pela equipe de referência em violência doméstica da instituição CASMU-IAMPP e suas características epidemiológicas. Realizou-se um estudo descritivo e observacional com crianças menores de 18 anos que foram encaminhados em 2016 à referida equipe. O número total de crianças atendidas foi de 87, a incidência anual foi de 0,2%. 38% das crianças foram vítimas de violência doméstica, 31% sofreram provável abuso sexual, 22% violência física, 24% psicológica e 7% negligência. Em 90% dos casos, detectamos os casos em estágio crônico. 77% foram encaminhados pelo setor de saúde, um terço deles pelo pediatra responsável. 50% moravam com o agressor e em 38% das situações de abuso sexual, o pai era o abusador. Das vítimas escolares de abuso sexual, 65% apresentavam sobrepeso ou obesidade. Destaca-se a importância de conhecer a epidemiologia dos pacientes tratados por uma patologia frequente e séria para melhorar a qualidade de sua abordagem.

Palavras chave: Abuso sexual na infancia
Maus-tratos infantis
Violência doméstica

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el maltrato infantil (MTI) 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”⁽¹⁾.

El abuso sexual (ASI) es definido como la “Utilización, la persuasión, la inducción, la seducción o la coerción de un niño o niña para realizar o participar de—incluida la ayuda a otra persona para el mismo fin—cualquier tipo de conducta sexual explícita, o la simulación de dicha conducta con el fin de producir una representación visual de ésta”⁽²⁾.

Tanto el MTI, como específicamente el ASI, constituyen una violación de los derechos humanos y un importante problema de salud mundial⁽³⁾.

Existe una importante dificultad para la detección de las situaciones de violencia hacia niños, niñas y adolescentes (NNA), dado que las mismas son principalmente perpetradas por los cuidadores principales⁽⁴⁾, que no consultan directamente por estos hechos, sino por síntomas o signos indirectos, desde los cuales los equipos de salud deben sospechar los malos tratos. Están ampliamente estudiados los indicadores físicos y conductuales, específicos e inespecíficos que ayudan en el diagnóstico⁽⁵⁾. La dificultad en la detección podría estar en el miedo que siente la víctima a la “represalia oculta”⁽⁶⁾, las ideas de destrucción que siente el niño para sí mismo y para su familia, vinculadas a la revelación. Las dificultades en la detección también podrían deberse a las etapas del proceso que describe Summit en el *Síndrome de acomodación al abuso sexual infantil*, cuya primera etapa es el secreto, por lo que el niño siente temor a revelarlo, y la última etapa es la retractación, con lo que luego de revelarlo, el niño lo niega, interfiriendo en el proceso de abordaje, con dudas y confusión tanto para el equipo de salud, como para la familia y la justicia⁽⁷⁾. “Si calla, todo saldrá bien”⁽⁸⁾.

Uruguay comienza definiendo políticas de salud destinadas a la atención a situaciones de violencia con las mujeres víctimas de violencia doméstica (VD), y es así que surgen en 2006-2007 los Equipos de Referencia en VD (ERVD) en las instituciones de salud⁽⁹⁾.

En el año 2007 se crea el Sistema Integrado de Protección a la Infancia y Adolescencia contra la Violencia (SIPIAV)⁽¹⁰⁾.

Concomitantemente comienzan a generarse, a nivel nacional, herramientas de atención a las situaciones de

violencia, tanto desde el sector educación, como desde el sector salud⁽¹¹⁾. Esos algoritmos de acción del año 2009 se revisaron en 2017 y se validaron en 2018. El material vinculado a violencia sexual se publicó en noviembre de 2018⁽¹²⁾, el material vinculado a MTI se publicó en mayo de 2019⁽¹¹⁾. Esta herramienta define que las situaciones de MTI de riesgo medio y alto (esta última incluye el ASI), deben atenderse en conjunto o supervisadas por equipos interdisciplinarios. En las instituciones, los ERVD fueron asumiendo dicho rol.

El proyecto Uruguay unido para poner fin a la violencia hacia mujeres, niñas y adolescentes, implementado entre 2012 y 2014, favoreció el abordaje integral de la violencia basada en género y generaciones⁽¹³⁾.

En el año 2012, el Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU-IAMPP), a sugerencia del Ministerio de Salud (MS), incorpora un psiquiatra pediátrico y un pediatra en los ERVD.

El equipo recibe a pacientes derivados de emergencia, sala de cuidados moderados, policlínica de pediatría o de consulta psicológica, en todas las situaciones de violencia grave, incluyendo el ASI y algunas de las situaciones de violencia moderada. También asesora en forma telefónica a los profesionales que asisten en situaciones con diferente nivel de gravedad.

Entre las metas asistenciales del segundo trimestre de 2017, el MS exige a las instituciones la ampliación de los equipos de referencia, tanto en número de integrantes como en la capacidad de respuesta, para facilitar una mejor accesibilidad de los pacientes y la mejora de su atención.

Existen datos de MTI y de ASI tanto a nivel nacional como internacional de diferentes registros⁽¹⁴⁾. Los datos de Uruguay surgen anualmente de los informes de gestión del SIPIAV; hay datos también de los ingresos al Centro Hospitalario Pereira Rossell^(15,16), hospital pediátrico de referencia nacional del subsector público.

No se cuenta con datos nacionales ni institucionales de las características de la población que asisten los equipos de referencia en VD del subsector privado de salud.

El conocimiento de la realidad de cada institución puede facilitar la optimización de los recursos humanos, materiales y logísticos para el mejor abordaje de las situaciones.

Los objetivos del presente trabajo fueron conocer la incidencia de NNA víctimas de situaciones de MTI moderado a severo y de ASI derivados al ERVD de la institución CASMU-IAMPP y determinar las características epidemiológicas de dichos NNA.

Material y método

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, con todos los usuarios menores de 18 años que fueron derivados en 2016 al equipo de referencia en violencia doméstica de CASMU-IAMPP.

Se definió niño, según la Convención de los Derechos del Niño, en su artículo 1, como “todos los seres humanos menores de 18 años”⁽¹⁷⁾.

Los niños fueron captados del registro interno del ERVD. Se respetó la confidencialidad de los datos de los pacientes. En ninguna circunstancia se revelaron datos sensibles o identificatorios.

Las derivaciones al equipo corresponden a las situaciones de riesgo medio y alto, de acuerdo a lo definido en el Protocolo para el Abordaje de las Situaciones de Maltrato a niñas, niños y adolescentes en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud⁽¹¹⁾; ASI está definido como riesgo alto en todos los casos. Las formas de violencia se obtuvieron del diagnóstico que realizó el equipo.

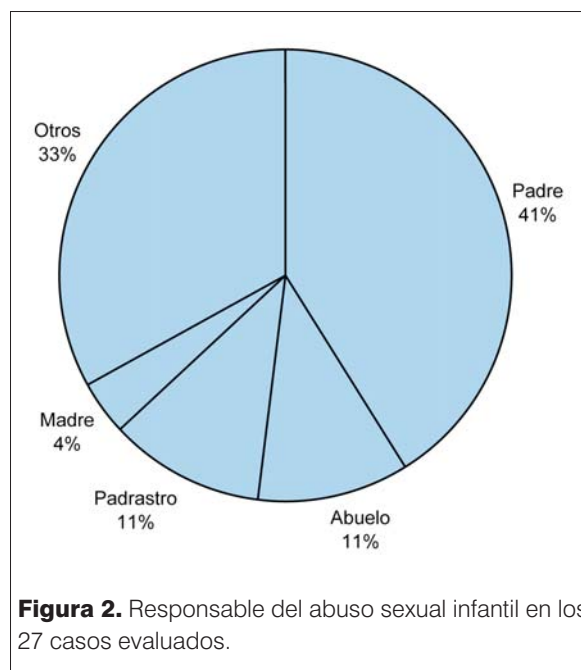
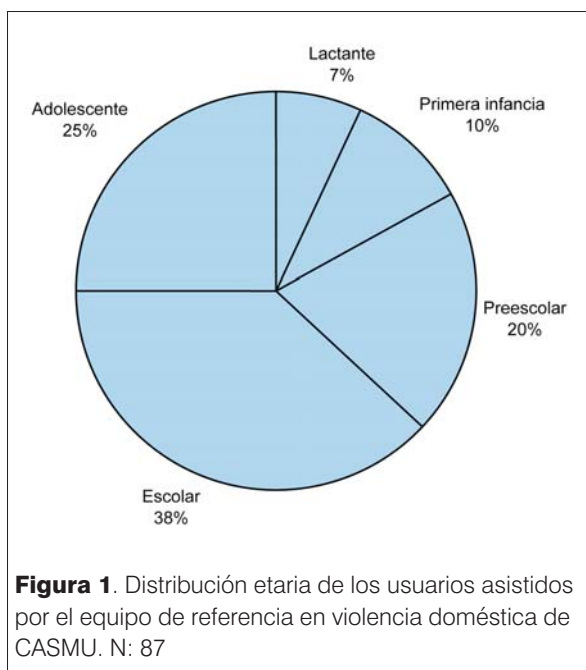
Las derivaciones por abuso sexual incluyeron las sospechas, las situaciones de probable abuso y los abusos confirmados. Esto se debe a que el proceso de abordaje de las situaciones de abuso es compleja y requiere de mucho tiempo y que en ese proceso de acercamiento al NNA, no siempre se pueden confirmar ni descartar los hechos. Para este trabajo se hablará en todos los casos de ASI.

Las variables utilizadas se obtuvieron de la historia clínica electrónica de la institución. Se registraron las siguientes: sexo, edad, estado nutricional, concurrencia a centro educativo, tipo de violencia, tiempo de evolución (agudo/crónico), procedencia de la derivación, vínculo con el victimario, número de niños en la familia y se valoró también la evolución de la situación en cuanto a su seguimiento y a su judicialización.

La edad se registró en años y meses. En los menores de 5 años se definió sobrepeso a un peso/talla mayor a +2DE y obesidad a un peso/talla mayor a +3DE y se definió emaciación a un peso/talla menor a -2DE, en todos los casos para edad y sexo. En los mayores de 5 años se definió sobrepeso al índice de masa corporal (IMC) entre +1 y +2 DE y obesidad un IMC mayor a +2DE y emaciación al IMC menor a -2DE, en todos los casos para edad y sexo. Se definió buen estado nutricional los valores comprendidos entre la emaciación y el sobrepeso para cada edad y sexo.

Se consideró la concurrencia o no a un centro educativo; a partir de los 6 años se consideró escolarización adecuada, cuando no hubiera repetido ningún año.

Los tipos de violencia considerados fueron: víctima de VD, abuso sexual, maltrato físico, maltrato psicológi-



co y negligencia. Cuando se presentaban más de un tipo de violencia, se consideraron todos los tipos.

Respecto al tiempo de evolución, se consideró maltrato crónico cuando la situación se asistió luego de seis meses de iniciada.

El trabajo fue aprobado por el Comité de Ética de la institución.

Las variables cualitativas analizadas se describieron como frecuencias absolutas y porcentajes. Las medidas de resumen de las variables cuantitativas fueron media y mediana. Para el procesamiento de los datos se utilizó el programa Epi Info.

Resultados

La población de usuarios menores de 18 años de la institución CASMU es de 39.216. El número de usuarios víctimas de situaciones de maltrato medio y grave y de ASI asistidos en ese período fue de 87 nuevos casos por año, por lo que la incidencia anual de casos derivados fue de 0,2%.

Del total de casos, 52 (60%) fueron niñas y 35 (40%) fueron varones.

El rango de edad fue de 7 meses a 17 años, con una media y una mediana de 8 años. La distribución por edad se presenta en la figura 1.

Considerando todas las formas de violencia, 33 (38%) de los niños fueron víctimas de VD, 27 (31%) sufrieron ASI, 19 (22%) violencia física, 21 (24%) psicológica y 6 (7%) niños sufrieron negligencia; en muchas situaciones, hubo superposición de varios tipos de violencia.

Las situaciones de violencia se detectaron en etapa crónica en 78 casos (90%), en etapa aguda en 4 (4,5%) y en 5 casos (5,5%) no fue posible determinar el inicio.

La derivación fue a través del sector salud en 67 casos (77%), en 7 (8%) a través de la justicia, en 5 (6%) el sector educación y en 8 (9%) otros, como la consulta espontánea.

De las situaciones derivadas por el sector salud, en 23 (34%) casos fue derivado por el pediatra tratante, en 16 (24%) desde la emergencia, en 15 (22,5%) desde el sector internación, en 13 (19,5%) casos por salud mental.

El victimario fue el padre biológico en 37 casos (42%) y en 17 (19%) fue la madre.

El usuario convivía con el agresor al momento del diagnóstico en 44 casos (50%).

En ASI, en 11 (41%) casos, el padre fue el victimario, en 3 (11%) el padrastro, en 3 (11%) el abuelo, en 1 (4%) caso la madre y en 9 (33%) casos, otros. Los resultados se muestran en la figura 2.

De los casos de ASI, 15 (55%) no convivían con el abusador al momento del diagnóstico, 8 (30%) convivían y en 4 (15%) casos no se pudo determinar.

De los 27 niños víctimas de ASI crónico, 11 (41%) tenían sobrepeso u obesidad y 14 (52%) normopeso; en 2 (7%) casos no hay datos. Al evaluar sólo a las escolares víctimas de ASI crónico, 9 (65%) tenían sobrepeso u obesidad.

De los menores de 4 años, 7 (28%) no concurría al sector educativo. A partir de los 6 años, 38 (70%) niños tenían una escolarización adecuada, 11 (20%) repitieron

por lo menos un año y 3 adolescentes (5%) abandonaron el sistema educativo. De los mayores de 6 años, en dos casos no se registró el dato (4%).

La media de hijos en las familias fue de dos.

En 52 (60%) casos, la situación se judicializó y en 10 (11,5%) se perdió el caso en el seguimiento.

Discusión

Los niños de todas las edades sufren VD. El rango etario de los niños asistidos en el equipo de violencia de CASMU fue amplio, de 7 meses a 18 años. Un tercio de ellos fue asistido por abuso sexual y un tercio por ser víctimas de VD, donde el niño no es meramente testigo, sino que sufre daño⁽¹⁸⁾.

Tanto para el total de situaciones, como para abuso sexual, el padre biológico es el principal agresor, lo que coincide con los datos del SIPIAV⁽¹⁵⁾; sin embargo, el segundo agresor para las situaciones en general es la madre, con el 20% de los casos. Para abuso sexual, el agresor en segundo lugar, se divide entre abuelo y pareja de la mamá. El porcentaje de mujeres que ejerce violencia sexual es bajo⁽¹⁴⁾. Un solo caso en la población asistida en este prestador de salud.

Del total de situaciones incluidas, hay mayor prevalencia en la etapa escolar y adolescente, coincidiendo con el informe de gestión de SIPIAV de los últimos años, aunque es algo mayor en preescolares en el presente trabajo⁽¹⁵⁾.

Al evaluar a las escolares víctimas de ASI, el sobrepeso y la obesidad se encuentran muy por encima de los datos nacionales de sobrepeso y obesidad a esa edad⁽¹⁹⁾. Si bien el sobrepeso y la obesidad tienen una etiología multifactorial, se ha señalado la asociación entre obesidad y MTI, en especial con ASI; entre las posibles explicaciones estaría el consumo de alimentos como forma de gratificación, para compensar la carencia de afecto y la hostilidad en el ambiente del niño⁽²⁰⁾. En la práctica clínica las autoras han observado también en adultos la asociación de anorexia nerviosa y antecedentes de abuso sexual, en lo cual sería interesante profundizar en investigaciones posteriores.

El porcentaje de situaciones de maltrato que son derivadas cuando ya lleva mucho tiempo de evolución es alarmante, por lo que es importante mejorar la capacidad de detección. Esto coincide con los datos reportados en el último informe de SIPIAV⁽¹⁵⁾. Sin embargo, un tercio de los pacientes llega al equipo derivado por su pediatra tratante. Ese vínculo de confianza que se genera en la atención periódica a lo largo de la vida de los niños, es tan efectivo que lleva a las familias a pedir ayuda en la consulta pediátrica. Por esta razón, la formación de los pediatras en el abordaje de los niños que sufren violen-

cia es imprescindible, incluyendo el tema en lo curricular con pasantías obligatorias, que faciliten la sospecha y el abordaje de situaciones de MTI y ASI⁽²¹⁾. Las condiciones de atención en el Sistema Nacional Integrado de Salud, que prevé 15 minutos por paciente, obstaculizan la asistencia integral que incluye la detección a tiempo, el abordaje y el seguimiento de las situaciones de violencia.

Es importante favorecer la capacidad de los equipos de salud para detectar precozmente las situaciones de MTI y ASI, ampliando el nivel de sospecha que surge desde las consultas habituales en la atención de NNA, dadas las dificultades para que las situaciones sean develadas por los cuidadores, que son habitualmente los que ejercen violencia. En una encuesta nacional telefónica realizada en Estados Unidos en 2008 sobre violencia en niños menores de 2 años, de una muestra de 503 niños, no se reportaron situaciones de ASI⁽²²⁾; este dato se contrapone a los datos a nivel mundial, de la segunda mitad del siglo XX y del primer decenio del siglo XXI, que se encuentran cercanos a 19% para el ASI en mujeres y de 10% para varones⁽²³⁾. Esto podría deberse a que la encuesta fue realizada a los responsables de los NNA, por lo que es esperable que no revelen la situación.

En diciembre de 2018, el MS comenzó a exigir a las instituciones de salud del país, públicas y privadas, la formación de su personal médico y de enfermería en el conocimiento del nuevo Protocolo para el Abordaje de las Situaciones de Violencia Sexual hacia niñas, niños y adolescentes en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud, lo que podría ser un paso relevante en la experticia de los integrantes del equipo de salud, primer contacto de los niños víctimas de violencia. En 2019, luego de publicado dicho protocolo, el MS pasó a exigir a los diferentes prestadores la formación de los equipos de salud en el conocimiento de estas nuevas herramientas.

El porcentaje hallado de niños que viven situaciones de maltrato moderadas y graves que conviven con el agresor es muy alto (50%); este dato es similar al que reporta SIPIAV a nivel nacional⁽¹⁵⁾.

El promedio de número de hijos fue de 2, lo que aleja el presupuesto de que el aumento del número de hijos aumentaría el riesgo de situaciones de violencia; por otro lado, obliga a los profesionales de la salud a detectar otras probables víctimas en cada situación. Este concepto es muy importante y un objetivo del abordaje desde el sector salud⁽¹¹⁾.

El 60% de las situaciones se judicializó, lo que implica que se reportó a la justicia la situación, solicitando diferentes intervenciones: medidas cautelares para evitar que el agresor se acerque a la víctima, participación en la solución de conflictos de familia de diferente entidad y

en dos casos en esta población fue necesaria la desvinculación del NNA del núcleo familiar más cercano, en uno de ellos en forma transitoria. En otros casos fue necesaria la desvinculación de uno de los dos cuidadores principales. Dado lo dinámico de las situaciones de vida, las resoluciones no son permanentes y se revisan periódicamente, lo que ha llevado incluso a cambios en el diagnóstico o a la aparición de nuevas formas de violencia.

El 11,5% de las situaciones se perdió en el seguimiento. Existen múltiples dificultades, desde el cambio de institución de salud del usuario, al cambio de números de teléfono, que hacen engorroso el proceso que habitualmente debe ser prolongado. Es importante implementar mecanismos eficaces que eviten este problema y protejan a NNA.

Las diferentes formas de abordaje de las situaciones de violencia hacia niños en los diferentes países hace difícil encontrar antecedentes en equipos de referencia, como los que existen en Uruguay, y de esta manera comparar los datos. Por ejemplo, la asistencia de estas situaciones en Mercedes, provincia de Corrientes, Argentina, por un grupo interdisciplinario puede servir como antecedente, aunque tiene características institucionales diferentes⁽²⁴⁾ y define como víctima a quien tiene un estigma de daño, quedando por fuera una importante cantidad de niños en donde hay sospecha, pero no hay daño constatable.

En Florianópolis, estado de Santa Catalina, Brasil, se realizó un estudio descriptivo sobre violencia sexual en niños por un período de siete años con datos extraídos del Sistema de Notificación de Enfermedades de Notificación, que es un registro nacional de notificación obligatoria, donde desde 2008 se incluye la violencia sexual; el mismo concluye, en concordancia con los datos del presente trabajo, que el perpetrador de la violencia es un allegado al niño y de sexo masculino⁽²⁵⁾. Estos datos corresponden a notificación general, no de equipos especializados donde son derivados los NNA.

La violencia hacia el usuario menor de 18 años existe en el CASMU con una incidencia de 0,2 % en el año 2016. Un tercio de ella corresponde a ASI. El pediatra fue capaz de detectarla y enviar a la familia a la policlínica especializada en un tercio de los casos, siendo el resto derivado desde la urgencia o la internación pediátricas. El sobrepeso-obesidad, seguido de la repetición escolar, fueron hallazgos presentes en estos usuarios.

Los resultados obtenidos en este prestador privado de salud coinciden con los informes nacionales del SIPIAV.

Se destaca la importancia de conocer la epidemiología de los pacientes asistidos por una patología frecuente

y grave, para mejorar la sospecha de maltrato y la calidad de su abordaje.

Referencias bibliográficas

1. **Organización Mundial de la Salud.** Maltrato infantil. Ginebra: OMS, 2016. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/>. [Consulta: 18 noviembre 2018].
2. **United States. Department of Health and Human Services.** Acta para la prevención y el tratamiento del maltrato infantil. 2010. En: Baita S, Moreno P. Abuso sexual infantil: cuestiones relevantes para su tratamiento en la justicia. Montevideo: UNICEF, 2015:25. Disponible en: https://www.bienestaryproteccioninfantil.es/imagenes/tablaContenidos03SubSec/Abuso_sexual_infantil_Uruguay.pdf. [Consulta: 18 noviembre 2018].
3. **Organización Panamericana de la Salud.** INSPIRE: siete estrategias para poner fin a la violencia contra los niños y las niñas. Washington, DC: OPS, 2017. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/33741>. [Consulta: 18 noviembre 2018].
4. **Barudy J.** El dolor invisible de la infancia: una lectura ecosistemática del maltrato infantil. Barcelona: Paidós Ibérica, 1998.
5. **Intebi I.** Proteger, reparar, penalizar: evaluación de las sospechas de abuso sexual infantil. Buenos Aires: Granica, 2011.
6. **Perrone R, Nannini M.** Violencia y abusos sexuales en la familia: una visión sistémica de las conductas sociales violentas. Buenos Aires: Paidós, 2010.
7. **Lozada A, Saboya D.** Abuso sexual infantil, trastornos de la conducta alimentaria y su tratamiento. *Psicol Conoc Soc* 2013; 3(2):102-34.
8. **Intebi I.** Abuso sexual infantil en las mejores familias. Buenos Aires: Granica; 2013.
9. Decreto 001-4390/2006. Montevideo, 27 de noviembre de 2006. Disponible en: http://archivo.presidencia.gub.uy/web/decretos/2006/11/281_31_10_2006_00001.PDF. [Consulta: 18 noviembre 2018].
10. **Sistema Integral de Protección a la Infancia y a la Adolescencia contra la Violencia.** Informe de gestión 2013. Montevideo: SIPIAV, 2013. Disponible en: <https://www.inau.gub.uy/documentacion/item/1494-informes-de-gestion-sipiav>. [Consulta: 18 noviembre 2018].
11. **Uruguay. Ministerio de Salud.** Mapa de ruta para la prevención y la atención de situaciones de maltrato y abuso sexual infantil en el sector salud. Montevideo: MS, 2009. Disponible en: <https://www.aldeasinfantiles.org.uy/wp-content/uploads/2018/08/2009-Mapa-de-Ruta-Situaciones-Violencia-en-Ni%C3%B1os-Ni%C3%B1as-y-Adolescentes.pdf>. [Consulta: 18 noviembre 2018].
12. **Lozano F, García M, Sande S, Perdomo V, Zunino C.** Protocolo para el abordaje de situaciones de violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud. Montevideo: MS, 2018.
13. **Fondo Fiduciario de las Naciones Unidas para eliminar la violencia contra las mujeres.** Uruguay unido para poner fin a la violencia hacia mujeres, niñas y adolescentes. Montevideo: CNCLVD, SIPIAV, ONU, 2014. Disponible en: <https://www.inau.gub.uy/documentacion/item/1502-proyec>

- to-uruguay-unido-para-poner-fin-a-la-violencia-hacia-mujeres-ninas-y-adolescentes. [Consulta:].
14. **Casella A.** Abuso sexual infantil: dimensiones del problema y su detección. Trabajo Final de Grado de la Licenciatura de Psicología. Monografía. Montevideo: UDELAR, Facultad de Psicología, 2016. Disponible en: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/8551/1/Casella%20Adriana.pdf>. [Consulta: 18 noviembre 2018].
 15. **Sistema Integral de Protección a la Infancia y a la Adolescencia contra la Violencia.** Informe de gestión 2017. Montevideo: SIPIAV, 2017. Disponible en: <https://www.inau.gub.uy/documentacion/item/1494-informes-de-gestion-sipiav>. [Consulta: 18 noviembre 2018].
 16. **Veirano C, Zunino C, Pandolfo S, Vomero A, Guerrero J, Gurin L, et al.** Admisión hospitalaria por abuso sexual infantil. Centro Hospitalario Pereira Rossell 2010–2014. Arch Pediatr Urug 2017; 88(5):246-53.
 17. **Naciones Unidas. Asamblea General.** Convención de los derechos del niño. Disponible en: https://www.unicef.org/ecuador/convencion_2.pdf. [Consulta: 18 noviembre 2018].
 18. **Patró R, Limiñana R.** Víctimas de violencia familiar: consecuencias psicológicas en hijos de mujeres maltratadas. An Psicol 2005; 21(1):11-7.
 19. **Machado K, Gil P, Ramos I, Pérez C.** Sobrepeso/obesidad en niños en edad escolar y sus factores de riesgo. Arch Pediatr Urug 2018; 89(S1):S16-25.
 20. **López G, Perea A, Loredó A.** Obesidad y maltrato infantil. Un fenómeno bidireccional. Acta Pediatr Mex 2008; 29(6):342-6.
 21. **Narayan A, Socolar R, St Claire K.** Pediatric residency training in child abuse and neglect in the United States. Pediatrics 2006; 117(6):2215-21.
 22. **Turner H, Finkelhor D, Ormrod R, Hamby S.** Infant victimization in a nationally representative sample. Pediatrics 2010; 126(1):44-52.
 23. **Lozada A.** Epidemiología del abuso sexual infantil. Rev Psicol GEPU 2012; 3(1):201-29.
 24. **Seldes J, Ziporovich V, Viota A, Leiva F.** Maltrato infantil: experiencia de un abordaje interdisciplinario. Arch Argent Pediatr 2008; 106(6):499-504.
 25. **Platt V, Back I, Hauschild D, Guedert J.** Violência sexual contra crianças: autores, vítimas e consequências. Ciênc Saúde Coletiva 2018; 23(4): 1019-31.

Correspondencia: Dra. Virginia Perdomo.
Correo electrónico: vnaranja5@gmail.com