

## Artículo original

## Un análisis documental de la atención psicológica a víctimas de violencia sexual en urgencias

## Uma análise documental do atendimento psicológico das vítimas de violência sexual infantil no pronto socorro

## A documental analysis of the psychological care for victims of child sexual abuse in the emergency room

Marcelo Chapa Guzmán 

Hospital Odilon Behrens (Belo Horizonte). Minas Gerais, Brasil. marcelochapa.psi@gmail.com

**RESUMEN | INTRODUCCIÓN:** El Hospital Odilon Behrens es uno de los hospitales de referencia que asiste a Víctimas de Violencia Sexual en Belo Horizonte en las primeras 72 horas después de la ocurrencia de la violencia. **OBJETIVO:** Identificar los signos y síntomas desarrollados después de la violencia sexual, así como los diversos factores contextuales que deben ser considerados para comprender el impacto de la violencia sufrida en el sujeto cuando es atendido en la sala de emergencia de un hospital de referencia. **MÉTODO:** Se realizó un análisis de los datos cualitativos recolectados de 187 informes realizados de todos los pacientes que fueron consultados por el equipo de psicología en el Servicio de Urgencias y que fueron derivados al Consejo Tutelar, considerando pacientes a los hombres y mujeres menores de 18 años, quienes fueron consultados de enero a diciembre de 2021. **RESULTADOS:** El 79,8% de los casos fueron mujeres, el 38,4% entre 6 y 12 años, el tipo de revelación sexual más frecuente fue la detección accidental, las señales de violencia sexual fueron las físicas seguidas de las emocionales. **DISCUSIÓN:** Se notó que la incidencia de violencia sexual es sub-reportada y que existe un gran desconocimiento sobre el flujo de servicio de los diversos dispositivos en la red. **CONCLUSIÓN:** No fue posible encontrar un cuadro psicopatológico único o sintomatología característica para todos los casos de violencia sexual, lo que subraya la relevancia de analizar la subjetividad del sujeto y los factores contextuales en el cuidado de las víctimas de violencia sexual.

**PALABRAS CLAVE:** Violencia. Sexual. Urgencia. Hospital.

**RESUMO | INTRODUÇÃO:** O Hospital Odilon Behrens é um dos hospitais de referência que atende Víctimas de Violência Sexual (VVS) em Belo Horizonte nas primeiras 72 horas após a ocorrência da violência. **OBJETIVO:** Identificar os sinais e sintomas desenvolvidos após a violência sexual assim como os diversos fatores contextuais que devem ser considerados para compreender o impacto da violência sofrida no sujeito no atendimento no pronto socorro de um hospital de referência. **MÉTODOS:** Foi realizada uma análise de dados qualitativos coletados a partir de 187 relatórios realizados de todos os pacientes que foram atendidos pela equipe de psicologia no Pronto Socorro e que foram consequentemente encaminhados ao Conselho Tutelar, considerando os pacientes de sexo masculino e feminino com idade inferior a 18 anos que foram atendidos no período de janeiro a dezembro do ano 2021. **RESULTADOS:** 79,8% dos casos eram do sexo feminino, 38,4% entre os 6 a 12 anos, o tipo de revelação sexual mais incidente foi a detecção accidental, os sinais de violência sexual mais frequentes foram os sinais físicos seguido de sinais emocionais. **DISCUSSÃO:** Foi percebido que a incidência de violência sexual é subnotificada e que há um grande desconhecimento do fluxo de atendimento dos diversos dispositivos da rede. **CONCLUSÃO:** Não foi possível um único quadro psicopatológico ou sintomatologia característica para todos os casos de violência sexual, sublinhando a relevância da análise da subjetividade do sujeito e dos fatores contextuais no atendimento à vítima de violência sexual.

**PALAVRAS-CHAVE:** Violência. Sexual. Urgência. Hospital.

Presentado 28/04/2023, Aceptado 17/10/2023, Publicado 24/11/2023

Rev. Psicol. Divers. Saúde, Salvador, 2023;12:e5213

<http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rpsds.2023.e5213>

ISSN: 2317-3394

Editoras responsables: Mônica Daltro, Marilda Castelar, Martha Castro

*Cómo citar este artículo:* Guzmán, M. C. (2023). Un análisis documental de la atención psicológica a víctimas de violencia sexual en urgencias.

*Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 12, e5213. <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rpsds.2023.e5213>

<http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rpsds.2023.e5213>



**ABSTRACT | INTRODUCTION:** Hospital Odilon Behrens is one of the reference hospitals that assist Victims of Sexual Abuse in Belo Horizonte in the first 72 hours after the occurrence of the abuse. **OBJECTIVE:** To identify the signs and symptoms developed after sexual violence as well as the various contextual factors that must be considered to understand the impact of the violence suffered on the subject when treated in the emergency room of a reference hospital. **METHODOLOGY:** An analysis of qualitative data collected from 187 reports made of all patients who were assisted by the psychology team at the Emergency Room and who were consequently referred to the Tutelary Council, considering male and female patients under the age of 18 years old who were assisted from January to December of 2021 was carried out. **RESULTS:** 79.8% of the cases were female, 38.4% were between 6 and 12 years old, the most common type of sexual disclosure was accidental detection, and the most common signs of sexual abuse were physical signs followed by emotional signs. **DISCUSSION:** It was noticed that the incidence of sexual abuse is underreported and that there is a great lack of knowledge about the service flow of the various devices in the network. **CONCLUSION:** It was not possible to find a single psychopathological profile or characteristic symptomatology for all cases of sexual abuse, underlining the relevance of analyzing the subject's subjectivity and contextual factors in caring for victims of sexual abuse.

**KEYWORDS:** Abuse. Sexual. Emergency. Hospital.

## Introducción

La ley núm. [13.431](#) del 4 de abril de 2017 (2017), estipula que la violencia sexual infantil es toda conducta que obligue a un niño o adolescente a practicar o presenciar relaciones sexuales o cualquier otro acto libidinoso, incluida la exposición del cuerpo en fotografía o video por vía electrónica o de otro modo, que incluye el abuso sexual, la explotación sexual comercial o la trata de personas.

El Hospital Odilon Behrens es uno de los hospitales de referencia que atiende a Víctimas de Violencia Sexual (VVS) en Belo Horizonte, junto con el hospital Julia Kubitscheck, la Maternidad Odete Valadares y el Hospital das Clínicas. Según [Paiva](#) (2017), el hospital es considerado un referente por seguir el Protocolo de Humanização do Atendimento às Víctimas de Violência Sexual - PHAVVS (Protocolo para la Humanización de la Atención a las Víctimas de Violencia Sexual), creada en 2007, que prescindía de la necesidad de la víctima se sometiera a un examen médico-legal para la recolección de rastros si se quisiera representar el delito, que se realizaría en el Instituto Médico Legal - IML (Instituto Médico Forense) y otro examen asistencial, realizado en los hospitales para tratamiento y profilaxis. Esto permite al médico de guardia en el hospital de referencia realizar el tratamiento adecuado junto con la recopilación de rastros e información necesaria para elaborar un informe indirecto, eliminando la necesidad de un nuevo examen por parte del médico forense, evitando molestias y revictimización.

El hospital recibe demandas espontáneas y derivaciones de la Policía Militar, Policía Civil, Bomberos, SAMU, colegios, Consejo Tutelar, entre otros órganos, dentro de las primeras 72 horas posteriores al suceso y son recibidos por un equipo multidisciplinario compuesto principalmente por profesionales médicos, enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales.

Cuando el paciente llega al hospital y afirma ser víctima de violencia sexual, su relato debe considerarse verdadero siempre y será tratado de acuerdo con el Protocolo para Pacientes de Víctimas de Violencia Sexual en el [Hospital Metropolitano Odilon Behrens](#) (2019). Primero, el paciente se somete a una clasificación de riesgo y luego es remitido a atención clínica con un profesional médico, donde se realizará una anamnesis y se podrá realizar profilaxis de infecciones de transmisión sexual, anticoncepción de emergencia y recolección de rastros - Cadena de Custodia a todos los pacientes dentro 10 días hábiles del presunto ataque, con el fin de identificar al agresor.

Posteriormente se deriva al servicio de psicología y/o trabajo social, donde se acoge a la víctima y a su familia y se escucha el incidente. Luego, de acuerdo a la especificidad de los hechos y la discusión del equipo de caso, se define un curso de acción y el equipo contacta al Consejo Tutelar correspondiente al territorio donde ocurrió el hecho a través de un informe psicosocial o contacto telefónico, reportando los hechos, activando la red de protección y la red asistencial, que tomarán las medidas necesarias. Finalmente, se recomienda al paciente y familiares que acudan al servicio ambulatorio especializado del hospital.

La función del psicólogo es realizar una intervención en crisis junto con el equipo multidisciplinar, brindando apoyo psicológico tanto al paciente como a la familia, identificando posibles síntomas o trastornos desarrollados a partir de la violencia sufrida en el funcionamiento del paciente y brindando orientación sobre la importancia del apoyo psicológico. La gran complejidad de este tipo de atención requiere una gran sensibilidad por parte del profesional y la necesidad de tener en cuenta los principios técnicos y éticos que guían el trabajo del psicólogo y la gran diversidad de factores involucrados, como los legales, clínicos, sociales, aspectos culturales, psicológicos etc.

Según datos presentados por el Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN (Sistema de Información de Enfermedades de Declaración Obligatoria), plataforma que brinda datos estadísticos sobre notificaciones obligatorias, como la violencia sexual, en el 2021 se reportaron 294 incidentes de violencia sexual en niños y adolescentes (<1-19 años) en Belo Horizonte. Dado que este estudio analizó 281 casos de violencia sexual atendidos en el Hospital Odilon Behrens, implicaría que este hospital atiende aproximadamente el 95,5% del total de casos en Belo Horizonte, sin embargo, sabemos que este dato no es confiable debido a la gran cantidad de subregistros. El Sistema Único de Assistência Social (SUAS) no encontró datos sobre este tipo de violencia y no fue posible localizar el número de denuncias de violencia sexual reportadas por el Departamento de Justicia y Seguridad Pública del estado. Así, hubo gran dificultad para acceder a información estadística sobre este tipo de violencia, no siendo posible conocer las cifras reales de violencia, lo que implica que existe un alarmante desconocimiento de los datos reales sobre este fenómeno.

Se estudiaron varios artículos para componer la investigación utilizando las herramientas de búsqueda de Google y Google Scholar, utilizando las palabras clave "Violencia Sexual Infantil" y "Abuso Sexual Infantil", priorizando artículos que versaron sobre la atención hospitalaria, los síntomas y condiciones psicopatológicas, el daño psicológico y los varios factores contextuales involucrados.

Las víctimas de violencia sexual son generalmente mujeres de entre 6 y 12 años y la mayoría de las veces son violadas por personas que conocen, quienes las manipulan utilizando técnicas de *Grooming*, ganándose su confianza y afecto con el tiempo (Sanderson, 2008). La víctima muchas veces no denuncia lo sucedido, ya que los agresores suelen manipularla diciéndole que lo que está haciendo es un secreto o que tienen una relación muy especial. Las víctimas también se ven amenazadas por los agresores, no cuentan con apoyo familiar o simplemente no pueden identificar la nocividad de lo ocurrido, al no tener la capacidad cognitiva para hacerlo, en algunos casos.

La gran mayoría de autores sostienen que el impacto de la violencia sexual en niños y adolescentes es altamente nocivo, provocando importantes daños psicosociales y sexuales a lo largo de su vida, sufrimiento y dolor psicológico. El daño psíquico se asocia con diferentes factores como la edad en que comenzó el abuso, la duración y frecuencia del abuso sexual, los tipos de actos sexuales, el uso de la fuerza o violencia, la relación del niño con el abusador, la edad y el sexo de el abusador, los efectos de la revelación, la ausencia de figuras paternas protectoras y el grado de secreto. Los factores anteriores contribuyen al desarrollo de un malestar psicológico significativo, caracterizado por distintos signos, síntomas y manifestaciones de diferentes condiciones psicopatológicas (Silva Júnior, 2006).

Santos y Macedo (2020) realizaron una revisión de la literatura sobre la atención psicosocial a niños y adolescentes víctimas de abuso sexual, evaluando la forma en que se brinda la atención en Brasil, señalando que existen pocas producciones científicas sobre el tema, aunque la discusión mediática y académica sobre el fenómeno del abuso sexual es abundante.

Collings et al. (2005) llevaron a cabo una investigación sobre los patrones de revelaciones en diferentes contextos y cómo estos patrones se relacionan con otros factores asociados con el abuso sexual. De esta manera, analizaron los registros de abuso sexual, indicando como resultado cuatro categorías principales: revelación intencional: revelación verbal

espontánea e inequívoca emitida por la propia víctima; revelación indirecta: revelación espontánea, realizada a través de declaraciones ambiguas por parte de la víctima (incluso si no es una declaración explícita, puede advertir a otros sobre el abuso, y también es posible que algunos comentarios provoquen preguntas por parte del oyente, lo que lleva a la víctima a revelar); detección de testigos: situación en la que el abuso sexual fue presenciado directamente por una segunda parte, quien denunció el abuso al cuidador o directamente a una autoridad; y detección accidental: involucra situaciones en las que una segunda parte tomó conocimiento del abuso a través de la observación de signos físicos, cambios de comportamiento, cambios emocionales, lo que llevó al interrogatorio del niño o la derivación a un profesional, haciendo evidente el abuso.

[Sanderson](#) (2008), en *Sexual Abuse in Children: Strengthening Parents and Teachers in Protection Children Against Sexual Abuse and Pedophilia*, describe los signos y síntomas que podrían desarrollarse después del abuso, clasificándolos en signos emocionales, como vergüenza y humillación; signos interpersonales como miedo a la intimidad, evitación de la cercanía; signos de comportamiento como juego sexualizado y comportamiento regresivo; signos cognitivos como baja concentración y atención, disociación; signos físicos como hematomas, sangrado, trauma físico; y señales sexuales como conductas sexuales inapropiadas y persistentes con adultos, niños o juguetes, masturbación compulsiva y exhibicionismo. El autor también señala que el daño psicológico está asociado a factores como la edad en que comenzó el abuso, la duración y frecuencia del abuso sexual, los tipos de actos sexuales, el uso de la fuerza o la violencia, la relación del niño con el abusador, la edad y el sexo del abusador y los efectos de la revelación.

[Silva](#) et al. (2013) realizaron un análisis documental de peritajes psiquiátricos y psicológicos sobre víctimas de violencia sexual, observando que los resultados revelaron que existía manifestación de síntomas y/o condiciones psicopatológicas en los casos en los que no existía evidencia para confirmar la ocurrencia de abuso, así como no hubo presentación de síntomas y/o condiciones psicopatológicas en los informes que indicaran la probabilidad de abuso, apuntando a la necesidad de analizar los factores contextuales involucrados, como los señalados por [Sanderson](#) (2008).

Los autores también destacaron que:

La naturaleza del impacto psicológico que sufren las víctimas de abuso sexual puede ser diversa. Pueden presentar cambios a corto y/o largo plazo a partir de episodios abusivos, existe una gran variedad de consecuencias psicológicas, por lo que no es posible resaltar un solo cuadro sintomatológico que caracterice las situaciones de abuso sexual. Por otro lado, hay víctimas que no experimentan ninguna consecuencia negativa derivada del episodio abusivo (Saywitz et al., 2000). ([Silva](#) et al., 2013, traducción nuestra)

De esta manera, considerando las peculiaridades de esta población y la literatura estudiada, el objetivo de este estudio es identificar los signos y síntomas desarrollados después de la violencia sexual, así como los diversos factores contextuales que deben ser considerados para comprender el impacto de la violencia sufrida en el sujeto en atención en el servicio de urgencias de un hospital de referencia. Como objetivo específico, se propone describir y analizar los signos, síntomas y factores contextuales involucrados con la violencia sexual, así como describir y señalar reflexiones sobre el flujo de atención y los actores involucrados en el proceso de seguimiento de la violencia sexual.

## Método

Se realizó un estudio transversal, realizándose un análisis de los datos cualitativos recogidos de los informes elaborados de todos los pacientes que fueron atendidos por el equipo de psicología en el servicio de urgencias del Hospital Odilon Behrens y que posteriormente fueron remitidos al Consejo Tutelar, independientemente de que el abuso haya sido confirmado o no.

Para la realización de esta investigación se aseguraron todos los procedimientos éticos, siendo sometida a revisión por el Comité de Ética del Hospital Municipal Odilon Behrens y aprobada mediante el dictamen no. 5.426.083 del 24 de mayo de 2022.

La población considerada fueron hombres y mujeres víctimas de violencia sexual menores de 18 años que

fueron atendidos de enero a diciembre de 2021 en Sala de Emergencia. Como criterio de exclusión se descartaron todos los informes que se realizaron sin la presencia del equipo de psicología o que se realizaron en otro sector del hospital.

El análisis de contenido de la investigación documental se realizó mediante la técnica de análisis categórico, considerando varios factores, como datos sociodemográficos (grupo etario y sexo), considerando que los grupos etarios se distribuirán en 0-1 años, 1-3 años, 3-6 años, 6-12 años y 12-18 años; el tipo de revelación de abuso sexual, siendo: revelación intencional, revelación indirecta, detección por testigo o detección accidental; el autor del presunto abuso sexual, su grupo etario y su relación con la víctima, y los diferentes signos y síntomas emocionales, interpersonales, conductuales, cognitivos, físicos y sexuales que la víctima y/o familiar reporte o presente durante la atención, utilizando el listado de signos y síntomas propuesto por [Sanderson](#) (2008) como principal referencia.

Según la perspectiva de [Bardin](#) (1977/2016), el análisis de contenido es un conjunto de instrumentos metodológicos que se aplican a diversos discursos y a todas las formas de comunicación, cuyo objetivo es analizar diferentes aportes de contenido, ya sean verbales o no verbales, a través de una sistematización de los métodos utilizados en el análisis de datos.

## Resultados

Se obtuvieron 264 informes realizados por el equipo de psicología y/o trabajo social en 2021 del correo electrónico oficial del equipo de Emergencias, los cuales fueron enviados a los Consejos Tutelares de diferentes territorios. Los 264 informes contenían 281 casos de víctimas de violencia sexual infantil, considerando la presencia de más de una víctima en algunos informes. 77 denuncias (83 víctimas) fueron realizadas únicamente por el equipo del trabajo social, debido a la indisponibilidad del servicio de psicología, por lo que solo se consideraron 187 denuncias que contenían 198 víctimas de violencia sexual. De los 187 informes, 186 fueron realizados por el equipo de psicología y trabajo social y 1 informe fue realizado exclusivamente por el equipo de psicología.

Respecto al tipo de violencia sexual presuntamente sufrida en las 187 denuncias, 184 fueron abuso sexual, 2 fueron secuestros con abuso sexual y 1 fue trata de menores.

Con la intención de facilitar la presentación de los resultados obtenidos, los datos no se describirán en relación al número de denuncias como se pensaba inicialmente, sino en relación a las víctimas de violencia sexual atendidas, es decir, 198 casos, ya que se desconocía la posibilidad de que los informes pudieran contener más de un caso.

Durante el análisis de contenido se decidió incluir nuevos factores y datos que originalmente no estaban incluidos, con la inclusión de las siguientes categorías: "quién fue atendido", "tiempo de atención después del ataque", "rango de edad del presunto autor", "denuncia de violencia" y "señales".

De los 198 casos atendidos, 82 (41,4%) se realizaron exclusivamente con el acompañante de la víctima y 116 (58,6%) con la víctima junto con el acompañante.

En cuanto al tiempo de atención posterior al ataque, se consideró "agudo" cuando dentro de las primeras 72 horas y "crónico" cuando fue mayor a 72 horas. Fue necesario crear la subcategoría "indeterminado" ya que no había suficiente información para categorizar el caso en las otras subcategorías debido a la falta de especificidad en el informe u omisión de información. Se determinó que 84 (42,4%) casos eran crónicos, 65 (32,8%) casos eran agudos y 47 (24,7%) casos eran indeterminados.

En relación al sexo de las víctimas, 40 (20,2%) fueron hombres y 158 (79,8%) mujeres.

Respecto al grupo de edad, se atendieron 2 (1%) casos entre 0 y 1 año, 37 (18,7%) casos entre 1 y 3 años, 68 (34,3%) casos entre 3 y 6 años, 76 (38,4%) casos con edades entre 6 y 12 años, 14 (7,1%) casos con edades entre 12 y 18 años y en 1 (0,5%) caso no se informó la edad de la víctima.

En cuanto a la revelación por parte de la víctima del presunto abuso sexual sobre lo sucedido, 78 (39,4%) casos se debieron a detección accidental, 75 (37,9%) casos a revelación intencional, 19 (9,6%) casos a

revelación indirecta y 15 (7,6%) casos por detección de un testigo. Se decidió crear la nueva categoría "Reporte Anónimo" por considerarse que no encajaría en la clasificación de las demás categorías, totalizando 8 (4,0%) casos. Fue necesario crear la subcategoría "indeterminado" ya que 3 (1,5%) informes no contenían información suficiente para ser clasificados.

Respecto al presunto autor de abuso sexual, el padre fue identificado en 35 (17,1%) casos, el primo en 21 (10,2%) casos, el padrastro en 19 (9,3%) casos, el tío en 16 (7,8%) casos, el abuelo en 14 (6,8%) casos, vecino en 11 (5,4%) casos y amigo en 10 (4,9%) casos. El resto de los casos se clasificaron como: "no sabe" en 28 (13,7%) casos, "desconocido" en 5 (2,4%) casos y "otro" en 46 (22,4%) casos, debido a la amplia variedad de su relación con la víctima. La subcategoría "otros" se obtuvo de las siguientes relaciones con la víctima: novio en 8 casos, amigo de la familia en 7 casos, medio hermano en 4 casos, hermano en 3 casos, tía en 3 casos, marido de la cuidadora en 2 casos, novio de la abuela en 2 casos, padrino en 2 casos, cuñado en 2 casos, hermano del cuidador en 1 caso, empleado de la escuela en 1 caso, cuidador en 1 caso, padre de un amigo en 1 caso, hija del cuidador en 1 caso, cuidador en 1 caso, ex padrastro en 1 caso, hijo del cuidador en 1 caso, empleado religioso en 1 caso y en 1 caso el paciente negó el abuso. No se identificaron casos en la subcategoría "madre".

En cuanto al grupo de edad del presunto autor, se identificó a un adulto en 125 (61,6%) casos, un adolescente en 39 (14,3%) casos, un niño en 15 (7,4%) casos y no sabe en 28 (13,8%) casos, en 5 (2,5%) casos no fue informado y en un caso el paciente negó el abuso.

Sólo se identificaron 22 (11,3%) casos en los que la víctima informó explícitamente que había sufrido algún tipo de amenaza por parte del agresor y en 173 (88,7%) no se hizo ninguna mención al tema.

En cuanto a los signos y síntomas desarrollados, 145 (26,7%) signos emocionales, 110 (20,2%) signos interpersonales, 87 (16%) signos conductuales, 13 (2,6%) signos cognitivos, 165 (30,3%) signos físicos y 25 (4,2%) signos sexuales. Debido a la gran variedad de signos y síntomas que presentan los pacientes, se crearon varias otras subcategorías para cada tipo de signo.

En los signos emocionales se registró miedo en 32 (22,1%) casos, ira, hostilidad en 26 (17,9%) casos,

ansiedad en 19 (13,1%) casos, sentimiento de culpa, vergüenza en 14 (9,7%) casos, sentimiento de vergüenza, humillación, asco, odio y falta de respeto hacia uno mismo en 5 (3,4%) casos, confusión en 1 (0,7%) caso, dudas sobre uno mismo, falta de confianza y de iniciativa en 1 (0,7%) caso, inferioridad, sentimiento de falta de valor, insuficiencia en 1 (0,7%) caso y no se registró ningún signo de falta de poder o impotencia. Dentro de las nuevas subcategorías, se identificó llanto fácil en 21 (14,5%) casos, tristeza en 13 (9%) casos, irritabilidad en 7 (4,8%) casos, apatía en 2 (1,4%) casos, euforia en 1 (0,7%) caso, y embotamiento afectivo en 1 (0,7%) caso.

En los signos interpersonales se registró necesidad de esconderse y esconderse (timidez) en 27 (24,5%) casos, hostilidad y agresividad hacia los demás en 26 (23,6%) casos, falta de confianza en uno mismo y en los demás (cautela) en 14 (12,7%) casos, soledad, alienación (aislamiento) en 13 (11,8%) casos, falta de espontaneidad e iniciativa (inhibición) en 7 (6,4%) casos, reducción de las habilidades comunicativas en 6 (5,5%) casos, miedo a la intimidad (evita la cercanía/abrazos /caricias con otros) en 4 (3,5%) casos, confusión de roles - niño pseudo-adulto en 2 (1,8%) casos y hipersensibilidad a las necesidades y actitudes de los demás (súper dócil) en 1 (0,9%) caso no se registró ningún signo de autosuficiencia. Dentro de las nuevas subcategorías, se identificó afecto excesivo hacia una persona concreta en 6 (5,5%) casos y hostilidad/evitación hacia una persona concreta en 4 (3,6%) casos.

En los signos comportamentales se registraron conductas regresivas (enuresis, chuparse el dedo, dependencia) en 17 (19,5%) casos, cambios en los patrones de sueño y alimentación en 16 (18,4%) casos, juegos sexualizados en 5 (5,7%) casos, temas sexuales en dibujos animados, cuentos y juegos en 3 (3,4%) casos, conductas autodestructivas, intentos de suicidio en 3 (3,4%) casos, trastornos de conducta (prender fuego a objetos, ataques histéricos) en 2 (2,3%) casos, conductas peligrosas como huir o pelear y vulnerabilidad a accidentes en 1 (1,1%) caso, promiscuidad en 1 (1,1%) caso, no se registró señal de obsequio y dinero sin explicación ni motivo. Dentro de las nuevas subcategorías, se identificó resistencia a la higiene en 20 (23%) casos, cambios de comportamiento no especificados en 4 (4,6%) casos, comportamiento de oposición desafiante en 4 (4,6%)

casos, resistencia a quedarse en casa en 2 (2,3%) casos, tomar fotografías o vídeos con contenido sexual en 2 (2,3%) casos, mala higiene en 2 (2,3%) casos, repetición del discurso con contenido sexual en 1 (1,1%) caso, miedo a orinar o defecar en 1 (1,1%) caso, suspensión del juego en 1 (1,1%) caso, cambio en los patrones de micción o defecación en 1 (1,1%) caso y venta de fotografías con contenido sexual en 1 (1,1%) caso.

En signos cognitivos se registró bajo/sobre rendimiento escolar en 4 (30,8%) casos, negación de la realidad en 3 (23,1%) casos, trastornos de la memoria en 2 (15,4%) casos, baja concentración y atención en 1 (7,7%) caso, disociación en 1 (7,7%) caso, refugio en la fantasía en 1 (7,7%) caso, distorsiones cognitivas (percepción distorsionada de la realidad) en 1 (7,7%) caso, no se registraron signos de hipervigilancia. No fue necesario crear una nueva subcategoría.

En los signos físicos se registraron dolor y enfermedades psicosomáticas en 62 (37,3%) casos, prurito, inflamación e infección en la zona bucal, genital y rectal en 21 (12,7%) casos, daños visibles por introducción de objetos extraños en los orificios genital, rectal y uretral en 19 (11,4%) casos, hematomas y sangrado en 10 (6%) casos, trauma físico en las regiones bucal, genital y rectal en 9 (5,4%) casos, malestar en relación con el cuerpo en 6 (3,6%) casos, trastorno del sueño: pesadillas, sonambulismo en 5 (3%) casos, olores extraños en la zona vaginal en 3 (1,8%) casos, enfermedades de transmisión sexual en 2 (1,2%) casos, embarazo en 1 (0,6%) caso y no se registraron signos de trauma físico en mamas, nalgas, muslos y bajo abdomen. Dentro de las nuevas subcategorías, se identificó hiperemia en 17 (10,2%) casos, estreñimiento en 3 (1,8%) casos, vómitos en 2 (1,2%) casos, malestar en 2 (1,2%) casos, fiebre en 1 (0,6%) caso, oxiuros en 1 (0,6%) caso y tartamudez en 1 (0,6%) caso.

En signos sexuales se registró conducta sexual inapropiada y persistente con adultos, niños o juguetes en 9 (36%) casos, masturbación compulsiva en 6 (24%) casos, temas sexuales en obras artísticas, cuentos o juegos en 5 (20%) casos, exhibicionismo en 2 (8%) casos, embarazo en 1 (4%) caso, prostitución en 1 (4%) caso, promiscuidad en 1 (4%) caso, no se registró ningún signo de comprensión claramente sofisticada del comportamiento sexual, miedo al sexo o problemas menstruales. No fue necesario crear una nueva subcategoría.

## Discusión

Los 187 informes analizados fueron realizados por diversos profesionales del campo de la psicología y del trabajo social, resultando en una gran divergencia de estilos e informaciones presentadas, omitiendo en ocasiones información fundamental, en ocasiones excediendo la especificidad y cantidad de información presentada de forma innecesaria. Se considera que esta divergencia puede ocurrir debido a que no existe una estandarización o consenso de los datos que deben ser recolectados o incluidos en el informe por parte del equipo, la falta de conocimiento sobre cómo se debe realizar este tipo de atención o la alta rotación de profesionales del sector.

Cabe señalar que tanto el trabajo de la psicología y los trabajadores sociales en el servicio de urgencias del hospital como el análisis de los informes no pretenden discutir la veracidad o confirmación de la ocurrencia de violencia sexual y debe considerarse que la gran mayoría de los casos de este estudio fueron atendidos en una sola ocasión por el equipo multidisciplinario, por lo que debido a la naturaleza de este estudio todos los reportes se consideraron verdaderos. Para estudiar las evidencias de la ocurrencia de abuso, sería necesario realizar otro tipo de estudio, como el propuesto por Silva et al. (2013), que analizó informes realizados por el IML resultantes de investigaciones psiquiátricas y pericia psicológica.

En relación a los atendidos en el hospital, el protocolo hospitalario no especifica si la atención debe brindarse con la presencia de una víctima o no. Algunos informes citan explícitamente la Ley 14.321, que dicta evitar la revictimización, es decir, se trata de evitar procedimientos que obliguen a las víctimas o testigos a tener que revivir repetidamente la violencia sufrida, optando no por asistir a la víctima de violencia sexual, pero sí la mayoría de los servicios se realizaron en presencia de la víctima junto con su acompañante o tutor legal. Cabe señalar que hubo casos que dejaron claro que el informe del niño ya había sido escuchado por el profesional médico, queriendo evitar un nuevo informe por parte del equipo de psicología y servicios sociales y también hubo casos en los que la atención del equipo multidisciplinario fue fundamental por su complejidad.

Se decidió tener en cuenta el tiempo de atención posterior al ataque, ya que es un factor contextual que tiene un impacto importante en los casos. Si bien el hospital es referente en atención a víctimas de violencia sexual aguda, es decir, dentro de las 72 horas posteriores al abuso, la mayoría de las atenciones (42,4%) fueron casos crónicos (>72 horas) que, según los flujos de la red de atención, podrían ser atendidos en unidades básicas de salud.

Se percibió que existe un gran desconocimiento sobre el flujo de atención, incluso desde los consejos tutelares y las propias unidades básicas de salud, entendiendo que todo caso de sospecha de maltrato, independientemente de su cronicidad, debe ser atendido en un hospital de referencia.

Cabe mencionar que muchos casos fueron considerados crónicos debido a la demora de la familia en llevar a la víctima a la atención, a pesar de que el abuso había sido revelado de alguna manera. Otros casos se consideraron crónicos porque pasó tiempo entre la ocurrencia del abuso y la decisión de la víctima de revelarlo. Es importante resaltar que un gran número de casos fueron categorizados como "indeterminados" (24,7%) debido a la falta de especificidad en los informes, la omisión de información, como la fecha de atención o la fecha del presunto abuso, y la incertidumbre de los familiares del paciente la posibilidad o veracidad de la ocurrencia del abuso.

En cuanto al sexo y grupo de edad de la víctima, los resultados indican que el grupo más numeroso de afectados son mujeres (79,8%) entre 6 y 12 años (38,4%), confirmando lo señalado por [Sanderson](#) (2008) y [Silva](#) et al. (2013), sin embargo el número de pacientes masculinos (20,2%) es mayor al reportado en la literatura.

También se debe considerar que, si bien el número de adolescentes atendidos es considerablemente menor que el de niños (14,3%), se identificó que esta población presentó características específicas, como mayor facilidad para denunciar lo sucedido. En muchos de estos casos hubo una alta incidencia de pacientes que consintieron la violencia, tratando el tema como una broma sexual o expresando un deseo explícito de tener relaciones sexuales con un adolescente o un adulto, llegando a 8 casos de violación vulnerable que fueron informado explícitamente.

Debemos discurrir que "esta actitud difícilmente manifiesta consentimiento, ya que la víctima es incapaz de resistir debido al desequilibrio de poder, estatus y autoridad o al grado de manipulación y coerción" ([Sanderson](#), 2008, p. 16).

En cuanto al tipo de revelación sexual, la revelación más común fue la detección accidental, seguida de la revelación intencional, de acuerdo con la investigación presentada por [Collings](#) et al. (2005) que determinó estas categorías.

La revelación del abuso sexual es un momento crucial para la víctima, ya que puede conducir a la revictimización si los adultos no creen en su denuncia y no toman las medidas de protección adecuadas. La red de apoyo social y emocional del niño puede minimizar o potenciar el daño causado por el abuso sexual cuando el niño logra romper el secreto y revelar la violencia. ([Habigzang](#) et al., 2011, p. 468, traducción nuestra)

Por lo tanto, se deben considerar diferentes factores para analizar por qué la detección accidental es el tipo de divulgación más común. Debemos recordar que, según la literatura, se cree que sólo el 10% de los casos son efectivamente denunciados o llegan al sistema de justicia penal, debido al miedo a las consecuencias, el hecho de haber sido amenazados por el agresor, la falta de apoyo de la familia, proximidad al agresor o desconocimiento de la nocividad de la actividad sexual realizada.

Cabe mencionar que una gran cantidad de revelaciones accidentales ocurrieron porque un adulto notó algún tipo de señal física en el niño y el niño, por su edad, no pudo afirmar o negar el abuso, teniendo una correlación importante con esta categoría. Respecto a la revelación intencional, cabe destacar que los niños revelan el abuso a través de un léxico relacionado con la propia etapa psicosocial del niño, limitándose a frases como "(...) me clavó un alfiler en el trasero y me salpicó pipí en la cara", "(...) tocó mi florecita" o "me puso el cargador en el culo" lo que enfatiza la importancia de la escucha especializada en la atención de esta población.

Finalmente, fue necesario crear la subcategoría "denuncia anónima" considerando la especificidad del tipo de revelación, indicando que existen situaciones en las que es necesaria la intervención de un tercero para



señalar este tipo de violencia debido a la posibilidad de que familiares consintiendo esta conducta o por la falta de credibilidad en el discurso del niño.

Respecto al autor del presunto abuso sexual, la investigación constató que la mayoría de los agresores son personas conocidas (83,9%), siendo solo el 2,4% personas desconocidas y en el 13,7% de los casos, las víctimas y/o acompañantes no pudieron identificar a un posible atacante.

Es interesante señalar que el agresor más frecuente es el propio padre de la víctima (17,1%) y los resultados indican que un número considerable de otros agresores nombrados pertenecen a la familia extensa, lo que demuestra que el tipo de relación con el agresor es un factor contextual muy importante para determinar el daño psicológico a la víctima.

El tipo de relación es importante porque este tipo de abuso no sólo implica una relación dañina con el familiar, sino que denunciarlo demuestra una ruptura en la estructura familiar, lo que tendría importantes consecuencias psicológicas.

En cuanto al rango de edad del presunto perpetrador, un dato interesante es el hecho de que aproximadamente el 21,7% de los presuntos abusos fueron perpetrados por un niño o adolescente. Los resultados mostraron que algunos de estos casos fueron juegos o exploraciones sexuales realizadas entre niños y adolescentes y otros fueron actividades sexuales tempranas. A partir de estos datos se debe resaltar la importancia de la educación sexual infantil y el conocimiento del normal desarrollo y expresión sexual en los niños.

Otro dato importante es que un niño o adolescente que desarrolle algunas actividades sexuales a temprana edad podría implicar que ese agresor también podría ser víctima de violencia sexual, repitiendo la conducta con otras personas de su mismo grupo de edad. Según [Glasser et al. \(2001\)](#), aproximadamente el 35% de los abusadores sexuales infantiles tenían algún reporte de violencia sexual.

Según los resultados, un número reducido de víctimas sufrió algún tipo de amenaza (11,3%) de forma explícita. Esta baja incidencia podría explicarse por el miedo de la víctima a hablar de la amenaza,

por no ser interrogada sobre este fenómeno o por la omisión de este hecho en el informe. Para poder obtener información sobre estos datos sería necesario analizar otro tipo de material, como por ejemplo un informe específico.

En cuanto a los signos y síntomas que presentaron las víctimas, cabe señalar que se observó que, en su mayoría, la mayor parte de la atención fue solo un primer contacto con un servicio de salud, existiendo la posibilidad de desarrollar síntomas posteriormente o más adelante o por otros motivos, o incluso no desarrollar ningún síntoma, como señalan [Silva et al. \(2013\)](#).

Hubo dificultad para categorizar algunos signos y síntomas presentados en los informes, ya que algunos pertenecían a más de una categoría. Adicionalmente, fue necesario crear nuevas subcategorías dada la especificidad y gran diversidad de signos y síntomas, confirmando lo descrito por [Silva et al. \(2013\)](#) de que existe una amplia variedad de consecuencias psicológicas, por lo que no es posible destacar uno de los únicos cuadros sintomatológicos que caracterizan las situaciones de abuso sexual.

Los signos físicos fueron los más frecuentes (30,3%) en los reportes, y dentro de esta categoría, el dolor y las enfermedades psicosomáticas fueron los más frecuentes (37,3%), seguidos del prurito, la inflamación y la infección en el tracto bucal, genital y rectal (12,7%), daño visible por inserción de objetos extraños en los orificios genital, rectal y uretral (11,4%) e hiperemia (10,2%). Muchos de los reportes describieron que los familiares sospechaban de violencia sexual exclusivamente porque presentaban algún signo físico, lo que significa que esta categoría se percibe como de gran importancia para que los familiares sospechen de violencia sexual. Contradictoriamente, pocos informes incluyen evaluación pediátrica y/o ginecológica, y en ocasiones se omite cualquier descripción de algún signo físico.

Posteriormente, fueron más frecuentes los signos emocionales (26,7%). El signo más común fue el miedo (22,1%). El miedo es común entre las víctimas que temen no sólo al agresor, sino también a la revelación del secreto y sus consecuencias en su vida y estructura familiar. Otros signos frecuentes fueron ira y hostilidad (17,9%), llanto con facilidad (14,5%),

ansiedad (13,3%), sentimientos de culpa y vergüenza (9,7%) y tristeza (9,0%). Según Sanderson (2008), el sentimiento de culpa y vergüenza evoca ansiedad en relación con uno mismo, un profundo sentimiento de insuficiencia y falta de iniciativa acompaña a esta falta de confianza, desarrollándose una profunda falta de poder que puede manifestarse con signos como ira y hostilidad o tristeza.

Los signos interpersonales (20,2%) presentaron varias subcategorías que se consideraron importantes para la sospecha de algún tipo de violencia sexual por parte del familiar, particularmente la necesidad de esconderse (timidez) (23,5%), hostilidad y agresividad (23,6%), falta de confianza en uno mismo y en los demás (cauteloso) (12,7%) y soledad, alienación (aislamiento) (11,6%). Por otro lado, los signos comportamentales más frecuentes (16%) fueron resistencia a la higiene (23%), conducta regresiva (enuresis, chuparse el dedo, dependencia) (19,5%) y cambios en los patrones de sueño y alimentación (18,4%). Según los reportes, estos signos interpersonales, junto con algunos signos comportamentales, implicaban un cambio importante y repentino en el comportamiento o rutina normal del niño o adolescente, indicando al familiar que algo le estaba pasando, sospechando muchas veces de violencia sexual. Cabe señalar que muchos de estos signos fueron presentados por la población más joven debido a la dificultad o angustia del niño para revelar lo que les estaba sucediendo. Así, ante la dificultad en la comunicación verbal, los niños manifestaban la situación a través de revelaciones accidentales a través de signos como resistencia a la limpieza en niños más pequeños o conductas regresivas entre otros cambios conductuales en niños con mayor desarrollo cognitivo.

Los signos sexuales (4,2%) estuvieron entre los menos comunes en los relatos, lo que demuestra que estos signos no se desarrollan con tanta frecuencia y no se demuestran en el corto plazo ni en la primera consulta. Los signos sexuales más frecuentes fueron conductas sexuales inapropiadas y persistentes con adultos, niños o juguetes (36%), masturbación compulsiva (24%) y temas sexuales en obras artísticas, cuentos o juegos (20%). Estos signos eran más alarmantes para los familiares, ya que eran formas más explícitas de la posibilidad de violencia sexual. Los resultados presentados a partir de estos signos, así como el análisis del grupo de edad de las víctimas mencionado anteriormente,

enfatan la necesidad de concientizar sobre las formas de expresión sexual normal en los niños de cada grupo de edad y el abordaje de este tema por parte de los padres. con sus hijos, evitando que el tema sea considerado tabú, con el objetivo de facilitar la comunicación intrafamiliar y no tener una perspectiva punitiva hacia este tipo de actividades.

Por otro lado, los signos cognitivos (2,6%) fueron los menos comunes en los informes, presentando pocas de las subcategorías propuestas por Sanderson (2008). El signo más frecuentemente reconocido como de mayor importancia en los informes fue el bajo/sobre rendimiento escolar (30,8%). Estos signos resaltan la importancia de la comunicación entre escuelas y familias para identificar y prevenir la violencia sexual.

## Considerações Finais

Los resultados muestran una heterogeneidad en el estilo y la información presentada en los informes elaborados por el equipo de trabajo social y psicología, omitiendo información contextual importante o siendo excesivamente detallada, dando lugar a la pregunta de cómo se deben realizar estos informes y qué información sería considerados cruciales y, por tanto, cómo reflexionar sobre su propósito.

¿Los informes son realizados para el consejo tutelar, el sistema de justicia, la red de salud, la familia o la víctima? Esta diversidad y la complejidad de este tipo de servicios requiere de constante formación, comunicación y trabajo en equipo. Por otro lado, los datos también muestran que existe un gran desconocimiento sobre el flujo de este tipo de servicios por parte de todos los actores de la red, mostrando la necesidad de una discusión más amplia sobre el tema.

El impacto de la violencia sexual en niños, niñas y adolescentes depende de varios factores que fueron explorados y discutidos, sin embargo, se identificó una dificultad en el análisis de algunos factores contextuales al abuso sexual debido a la naturaleza de la investigación, ya que los informes analizados son solo una asistencia inicial en urgencias, lo que dificulta determinar concretamente la forma en que estos factores se asocian con los síntomas que presentan las víctimas.

Por lo tanto, para este objetivo sería necesario analizar peritajes, entrevistas u otro tipo de investigación longitudinal, destacando que el papel de este análisis no sería confirmar la ocurrencia de violencia, ya que la psicología no necesariamente trabaja con la realidad de la violencia de los hechos, pero con la realidad psíquica, considerando el concepto de fantasía inconsciente, los recursos psíquicos y los deseos del sujeto (Masson, 1985/1986). Así, algunos estudios cuestionan la relación directa entre las variables de la ocurrencia del abuso con el desarrollo de síntomas, señalando la necesidad de ir más allá del positivismo para estudiar un fenómeno tan subjetivo.

Por lo tanto, no fue posible identificar una única condición psicopatológica o sintomatología característica para todos los casos de violencia sexual, destacando la relevancia de analizar la subjetividad del sujeto y los factores contextuales en la atención a las víctimas de violencia sexual, así como la importancia de reducir los daños que toda atención brindada por la red de atención podría causar a la víctima, dando lugar a discusión sobre la necesidad de atención calificada y trabajo profiláctico.

Así, este estudio presentó varias limitaciones debido a la escasa literatura sobre la atención de la violencia sexual en los hospitales, ya que se evidenció que, aunque este tema tiene gran relevancia y repercusión social, existen pocos estudios que analicen este tipo de población y problemática. Una limitación importante que se debe resaltar es la fuente de información analizada, es decir, los informes realizados por el equipo hospitalario, ya que como se mencionó anteriormente, se advirtió que hubo una falta de estandarización en la elaboración de este documento psicológico, a menudo explican poca información relevante para este estudio. Por otro lado, la propia naturaleza del estudio limita los datos cualitativos que podrían explorarse en otro tipo de estudio, como se mencionó anteriormente.

Es necesario sugerir que a partir de este artículo se realicen varios estudios, como explorar cuál de los factores contextuales presentados tiene mayor

correlación con el daño psicológico y cómo impacta cada uno de estos factores en el sujeto. Por otro lado, sería muy relevante realizar un estudio de caso que siguiera longitudinalmente un caso de abuso sexual, explorando en detalle el flujo de atención hospitalaria, asistencia social, justicia y las diversas instituciones que intervienen en estos casos.

### Conflictos de interés

No se ha declarado ningún conflicto financiero, legal o político con terceras partes (gobierno, empresas privadas y fundaciones, etc.) por ningún aspecto del trabajo presentado (incluyendo, entre otros, subvenciones y financiación, participación en consejos asesores, diseño del estudio, preparación del manuscrito, análisis estadístico, etc.).

### Indexadores

La Revista Psicología, Diversidade e Saúde es indexada en [DOAJ](#), [EBSCO](#) y [LILACS](#).



### Referencias

- Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo. Edição revista e ampliada* [Análisis de Contenido. Edición revista y ampliada] (L. A. Reto & A. Pinheiro, Trads.). Edições 70. (Trabalho original publicado em 1977).
- Collings, S. J., Griffiths, S., & Kumalo, M. (2005). Patterns of disclosure in child sexual abuse [Patrones de revelación de abuso sexual infantil]. *South African Journal of Psychology*, 35(2), 270–285. <https://doi.org/10.1177/008124630503500207>

- Glasser, M., Kolvin, I., Campbell, D., Glasser, A., Leitch, I., & Farrelly, S. (2001). Cycle of child sexual abuse: links between being a victim and becoming a perpetrator [Ciclos del abuso sexual infantil: vínculo entre ser la víctima y convertirse en el abusador]. *The British Journal of Psychiatry*, 179(6), 482–494. <https://doi.org/10.1192/bjp.179.6.482>
- Habigzang, L. F., Ramos, M. D., & Koller, S. H. (2011). A Revelação de Abuso Sexual: As Medidas Adotadas pela Rede de Apoio [La revelación del Abuso Sexual: Las Medidas Adoptadas por la Red de Apoyo]. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27(4), 467–473. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722011000400010>
- Hospital Metropolitano Odilon Behrens. (2019) *Protocolo para pacientes Víctimas de Violência Sexual* [Protocolo para los pacientes Víctimas de Abuso Sexual].
- Lei n. 13.431, de 4 de abril de 2017. (2017). Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente) [Establece el sistema de garantía de los derechos de los niños y adolescentes víctima o testigos de violencia y altera la Ley n. 8.069, del 13 de julio de 1990 (Estatuto de los niños y adolescentes)]. <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=13431&ano=2017&ato=c57oX-QU5EeZpWT7de>
- Masson, J. M. (Ed.). (1986). *A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess 1887–1904* [La correspondencia completa de Sigmund Freud a Wilhelm Fliess 1887–1904] (V. Ribeiro, Trad). Imago Editora. (Trabalho original publicado em 1985).
- Paiva, L. D. (2017). *Protocolo de humanização do atendimento às vítimas de violência sexual: evolução e possíveis melhorias* [Protocolo de humanización del atendimento de las víctimas de abuso sexual: evolución y posibles mejoras] [Dissertação de bacharelado, Fundação João Pinheiro]. Repositório Digital de Monografias da EG/FJP. <http://monografias.fjp.mg.gov.br/handle/mono/2312>
- Sanderson, C. (2008). *Abuso Sexual em Crianças: Fortalecendo pais e professores para proteger crianças de abusos sexuais* [Abuso Sexual en Niños: Fortaleciendo a los padres y profesores ara proteger a los niños de abusos sexuales]. M. Books.
- Santos, M. E. P., & Macedo, E. B. (2020). Atendimento Psicossocial a crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual: uma revisão de literatura [Atendimiento Psicossocial a niños y adolescentes víctimas de abuso sexual: una revisión de literatura]. *Polêmica – Revista Eletrônica da UERJ*, 20(2), 22–41. <https://doi.org/10.12957/polemica.2020.60207>
- Silva Júnior, A. P. (2006). *Dano psíquico em crianças vítimas de abuso sexual sem comprovação de ato libidinoso ou conjunção carnal* [Daño psíquico em niños vítimas de abuso sexual sin comprobante de acto libidinoso o conjunción carnal] [Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília]. Repositório Institucional da UNB. <https://repositorio.unb.br/handle/10482/2513>
- Silva, D. G., Gava, L. L., & Dell'Aglio, D. D. (2013). Sintomas e quadros psicopatológicos em supostas vítimas de abuso sexual: uma visão a partir da psicologia positiva [Síntomas y cuadros psicopatológicos en supuestas víctimas de abuso sexual: una visión a partir de la psicología positiva]. *Aletheia*, 40, 58–73. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-03942013000100006](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000100006)