

MALTRATO Y ABUSO SEXUAL COMO CAUSAS DE ABANDONO DEL HOGAR EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES DE LA CALLE PRIMER PREMIO PÓSTER. LIV CONGRESO NACIONAL DE PEDIATRÍA 2008.

Richard Romero Ruiz (*), Isabel Cluet de Rodríguez (**),
María R. Rossell Pineda (***), Thaís Alvarez de Acosta (**)

RESUMEN:

Objetivo: Evaluar el maltrato y abuso sexual como causa de abandono del hogar en niños, niñas y adolescentes de la calle en Maracaibo.

Método: Investigación prospectiva y descriptiva, realizada desde enero de 2000 hasta enero de 2001, integrada por 68 casos de ambos sexos, seleccionados al azar.

Resultados: El grupo etario estuvo comprendido entre 5 y 17 años, predominando los adolescentes de 11 a 13 años (43,8%). La causa de abandono del hogar fue el maltrato físico en 39,71%; el 20,51% fue agredido sexualmente. Los 9 años fue la edad más vulnerable (5,88%), la región anatómica más utilizada por el agresor fue la anal (85,71%). Los agresores fueron amigos de las víctimas en 64,29%. 53,84% iniciaron relaciones sexuales entre 8 y 11 años. El inicio del consumo de drogas fue a los 9 años en 46,15%; y el alcohol la más usada. (46,15%). El 20% intentó suicidarse, todos ellos eran de sexo masculino. El 61,76% procedieron de hogares con padres casados. El 100% de las muestras para HIV y VDRL resultaron negativas. Sólo 20 casos (29,41%) entre 5 y 10 años, (18 varones y 2 hembras) aceptaron ser trasladados a Casa Mía, institución para reeducar a niños, niñas y adolescentes de la calle.

Conclusiones: El maltrato infantil fue la causa más importante de abandono del hogar en este grupo, no así el abuso sexual. Las condiciones de vida que llevan, los ponen en situación de alto riesgo en el aspecto biológico y psico-emocional. Se requiere la participación de toda la población para lograr la implementación y cumplimiento de políticas eficaces para la prevención de este problema.

Palabras clave: niños, niñas, adolescentes de la calle, abandono, maltrato físico.

SUMMARY:

Objective: To evaluate maltreatment and sexual abuse as causes of home abandonment in children, and adolescents of the street in Maracaibo.

Method: 68 children of both genders were selected at random and studied in a prospective and descriptive investigation, performed from January 2000 to January 2001.

Results: Ages were between 5 and 17 years, predominating the adolescents between 11 and 13 years (43.8%). The cause of home abandonment was physical maltreatment (39.71%). 20.51% was sexually abused, although this was not stated as the cause for home abandonment. The age of 9 years was the most vulnerable for sexual abuse (5.88%). The anal region was the anatomic region mostly abused (85.71%). The aggressors were friends of the victims in a high percentage of cases (64.29%). Children began sexual activity between 8 and 11 years of age (53.84%). The age at which children began drug abuse was between 9 and 11 years (46.15%) with alcohol (46.15%) as the most frequently used. 20% tried to commit suicide and all were boys. 61.76% came from homes with married parents. All children were negative for HIV and VDRL tests. Only 20 cases (29.41%) between 5 and 10 years, (18 boys and 2 girls) accepted to be transferred to Casa Mía, which is an Institution for the re-education of children and adolescents of the street.

Conclusion: Child abuse was the most important cause of home abandonment in this group, although sexual maltreatment was not. Life conditions to which these children are exposed, place them in situation of high risk in the biological and psycho-emotional aspects. The participation of the entire population is needed to obtain the implementation and fulfillment of effective policies for the prevention of this problem.

INTRODUCCIÓN:

La situación que actualmente viven los países del mundo a nivel político, económico y social ha desencadenado hechos de violencia visible en la mayoría de las ciudades, así como una violencia encubierta que por efectos socializadores y culturales ha llegado a formar parte de la vida cotidiana de los individuos. El reflejo de esta situación se proyecta

a un estrato de la vida social, como la familia, y en especial los niños, quienes son víctimas de constantes actos de violencia psicológica o emocional, física, sexual y de obstaculización del desarrollo personal (1). Como consecuencia de lo señalado, cada día ingresan al mundo de la soledad de la calle muchos niños y adolescentes que escapan a su realidad familiar de descuido, violencia y abusos, entre los que se señala el sexual (2).

El niño, niña o adolescente de la calle es aquél que se encuentra en situación social especial o en circunstancias difíciles (abandonado, echado a la calle, violentado, abusado) con una situación de precariedad bio-psico-afectiva-social. Es el ser que no tiene vínculos familiares (por abandono familiar o deseo propio) y ha convertido la calle en su hábitat cotidiano. La subsistencia de éstos se puede derivar de varias fuentes: actividad laboral lícita, como el caso de los limpia-

(*) Adjunto de la Unidad de Cuidados Intensivos.

(**) Adjunto del Servicio de Emergencia de Pediatría. Profesora Titular de la Escuela de Medicina de La Universidad del Zulia.

(***) Jefa del Servicio de Emergencia de Pediatría. Profesora Titular de la Escuela de Medicina de La Universidad del Zulia.
Autor corresponsal: Dra. Isabel Cluet de Rodríguez.
Servicio de Emergencia de Pediatría. Oficina 1515.
Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo.
Maracaibo, 4002. Venezuela.
Telef. 0261-7927209 - 0261-7514016
isabel.cluet@gmail.com

botas y lava carros; actividad laboral ilícita, como la prostitución, pornografía o actividad delictiva, venta de drogas, robo y hurto. Son considerados un problema de las grandes ciudades en todo el mundo y su número es desconocido ciertamente, pero se supone que es un grupo en crecimiento constante debido a la situación de deterioro que experimenta la sociedad (3).

Para el año 2002 se calculaba que existían 90 millones de niños de la calle, unos 40 millones en América Latina y el resto en África, Asia y un número mucho menor en los países desarrollados. Ciudad de México tiene la población más grande de estos niños, siendo próxima a 1.900.000, seguida por Sao Paulo con 500.000 (12.000.000 a nivel de Brasil), Calcuta: 500.000, Nueva Delhi: 110.000, Bombay: 100.000, Manila: 70.000 y Nairobi con 60.000. En algunas ciudades latinoamericanas el problema se manifiesta en menor grado: en Lima viven unos 10.000 niños, en Bogotá entre 5.000 y 9.000, en Caracas unos 4.000 (14.000 en toda Venezuela) y en Guatemala unos 1.500. Este problema también se ha presentado en algunos países del este europeo. Como resultado de los dramáticos cambios económicos y las guerras, muchos niños han perdido sus familias y se han visto forzados a buscar trabajo. En Venezuela, a partir de la década de los noventa, con la aplicación de los ajustes macroeconómicos, se hizo realmente visible el problema de los niños y adolescentes abandonados y en la calle, y su número ha ido creciendo desde entonces. Se estima que entre 1995 y 1997 dormían en la calle entre 2.700 y 4.000 niños, entre el año 1997 y 1999 esta cifra aumentó a 5.000 y para el año 1999 se llegó a la cifra de 7.000. Para el año 2001 su número aumentó a unos 10.000 y para el año 2002 a 14.000 (4).

Además de las carencias socio-afectivas que repercuten en su salud psicológica, están expuestos a desnutrición, enfermedades infecciosas relacionadas con la drogadicción y actividades sexuales, tales como el SIDA, Hepatitis B, Sífilis, entre otras; con posibilidad de sufrir muertes violentas por homicidio y suicidio (3,5,6,7).

Las cifras del maltrato físico en niños son alarmantes, se estima que miles de ellos han sufrido abuso y maltrato de mano de sus padres o parientes; miles mueren, y los que sobreviven al abuso viven marcados por el trauma emocional que perdura después de que las lesiones físicas han desaparecido(4). El niño no sabe defenderse ante las agresiones de las personas mayores, no pide ayuda, lo cual lo sitúa en una posición vulnerable ante un adulto agresivo y/o negligente; señalándose que los que sufren maltrato tienen múltiples problemas en su desarrollo evolutivo, déficit emocional, conductual y socio-cognitivo, lo cual limita el desarrollo adecuado de su personalidad; por ello la importancia de detectar precozmente el maltrato y buscar una respuesta adecuada que ayude al niño en su desarrollo evolutivo (8)

El orden jurídico considera como maltrato o abuso en todo niño, niña o adolescente con menos de 18 años de edad,

cuando la salud física o mental o su seguridad están en peligro, ya sea por acciones u omisiones llevadas a cabo por la madre, el padre u otras personas responsables de su cuidado; pudiendo el maltrato presentarse por acción, omisión o negligencia. Usualmente es raro encontrar un niño en el que el maltrato sea de un solo tipo. Un niño golpeado es también maltratado emocionalmente, la falta de cuidado o negligencia representa una de las formas más sutiles, pero también más frecuente de maltrato infantil (9,10)

En Venezuela es difícil precisar la incidencia real, debido a que la mayoría de los casos no son reportados y en consecuencia no se registran en los anuarios de estadística vital; sin embargo, se reporta una alta frecuencia en las grandes ciudades y debería ser manejado como un problema de salud pública (11).

Con base a lo expuesto, se planteó como objetivo de esta investigación determinar si el maltrato y el abuso sexual son causas de abandono del hogar en niños, niñas y adolescentes de la calle de la ciudad de Maracaibo.

MÉTODOS:

Estudio prospectivo y descriptivo, realizado en una muestra de niños, niñas y adolescentes de ambos sexos, catalogados como "de la calle"; seleccionados al azar en la ciudad de Maracaibo, en el período comprendido entre enero de 2000 hasta enero de 2001.

Como criterio de inclusión se utilizó la siguiente definición: aquel niño, niña o adolescente, que no tiene vínculos familiares (por abandono familiar o por deseo propio) y que ha convertido a la calle en su hábitat cotidiano.

Cada uno de los casos fue registrado en un instrumento de recolección de datos diseñado para tal fin, en el cual se recogió la siguiente información: lugar de procedencia, edad, sexo, causa de abandono del hogar, objetos utilizados para la agresión física, edad de agresión sexual, región anatómica usada por el agresor sexual, parentesco entre el niño o adolescente y el agresor, edad de inicio de relación sexual, continuidad de las mismas, consumo de drogas, edad de inicio de consumo de drogas, sexo del consumidor de drogas, tipo de drogas consumidas, intento de suicidio, características del núcleo familiar, resultados de serología (VDRL y HIV).

A cada paciente se le tomó muestra de sangre (6 cc) para la detección de HIV y VDRL cuantitativo, los cuales fueron procesados en el Laboratorio Clínico del Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo. La determinación de HIV fue realizada a través del Método Hexágono HIV, Inmunocromatografía ELISA para la detección de anticuerpo del virus de Inmunodeficiencia Humana 1 y 2; y VDRL para la detección de sífilis.

Se estableció contacto con el personal médico, psicólogos y trabajadoras sociales de Casa Mía (institución que depende de la Alcaldía de Maracaibo, creada con el fin de reeducar a niños, niñas y adolescentes de la calle), con el obje-

tivo de rescatar, rehabilitar y reinsertar en la sociedad a los casos que conformaron este estudio.

Los resultados están expresados en gráficas de distribución de frecuencias y porcentajes.

RESULTADOS:

Fueron seleccionados al azar 68 niños y adolescentes de la calle. Según la procedencia, 58 (85,29%) eran del Estado Zulia, 5 (7,36%) de la República de Colombia, 2 (2,94%) del Estado Trujillo, y los Estados Aragua, Falcón y el Distrito Metropolitano de la Gran Caracas estuvieron representados por un caso cada uno (1,47%).

En el Cuadro 1, se presenta la distribución por edad y sexo.

Cuadro 1. Distribución por sexo, según edad

Edad (años)	Varón		Hembra		Total	
	n	%	n	%	n	%
5 – 10	18	27,69	2	2,94	20	29,41
11 – 13	28	41,18	0	--	28	41,18
14 – 17	18	27,69	1	1,47	19	27,94
No precisada	1	1,51	0	--	1	1,47
TOTAL	65	95,59	3	4,41	68	100

En el Cuadro 2, se aprecia que la causa de abandono del hogar fue maltrato físico en 27 (39,70%) de los casos; 16 (23,52%) no precisó causa; el maltrato físico y verbal, así como la negligencia y abandono fueron seleccionados por 12 (17,65%) en cada uno, el consumo de drogas fue señalado por un caso (1,47%). El abuso sexual no fue señalado como causa de abandono del hogar. En 38 de los 68 casos (55,81%) se hizo referencia a objetos utilizados para la agresión física; 20 (52,00%) refirieron que fueron maltratados con diferentes objetos, 11 (29,00%) con cinturón o correa, 4 (11,00%) con palos; 2 (5,006%) con mangueras y 1 (3,00%) con objetos calientes.

Cuadro 2: Distribución según la causa de abandono del hogar

Causa de abandono del hogar	n	%
Maltrato físico	27	39,7
No precisado	16	23,53
Maltrato físico y verbal	12	17,65
Negligencia y abandono	12	17,65
Consumo de drogas	1	1,47
TOTAL	68	100

El Cuadro 3, muestra que 14 (21,53%) de los 68 casos

fueron agredidos sexualmente, correspondiendo todos al sexo masculino; de éstos, 4 (28,57%) a la edad de 9 años; 3 (21,42%) a los 12 años; 2 (14,28%) a los 5, 7 y 10 años para cada una de las clases y 1 (7,14%) a los 6 años. La región anatómica utilizada por el agresor sexual sobre el menor fue la región anal en 12 casos (85,71%), mientras que en 2 casos (14,29%) señalaron la región oral.

Cuadro 3. Agresión sexual: Distribución según edad

Edad de Agresión sexual (años)	n	%
5	2	14,28
6	1	7,14
7	2	14,28
9	4	28,57
10	2	14,28
12	3	21,42
TOTAL*	14	100

*Todos del sexo masculino

En relación al parentesco entre el agresor sexual y la víctima, 9 (64,29%) fueron amigos de la víctima, 3 (21,43%) el padrastro, 1 (7,14%) por el hermanastro, e igual proporción por sujetos desconocidos.

Sólo 26 (38,23%) de los 68 casos señalaron la edad del inicio de las relaciones sexuales; de éstos, 14 (54,00%) iniciaron relaciones sexuales entre los 8 y 11 años; 11 (42,00%) entre los 12 y 15 años y 1 (4,00%) entre 16 y 17 años.

En la figura 1, se observa que 26 (38,23) de los 68 casos, señalaron consumo actual de diferentes drogas; de éstos, 12 (46,00%) consumían bebidas alcohólicas, 9 (35,00%) diversas drogas como el crack, cocaína, marihuana; 4 (15,00%) cigarrillos y 1 (4,00%) inhalante (pegamento). La edad de inicio del consumo de drogas reportó que 7 (27,00%) estuvieron entre 5 y 8 años, 12 (46,00%) entre 9 y 11 años y 7 (27,00%) entre 12 y 15 años. Todos fueron varones (100,00%). Se detectó que 13 (19,12%) de los 68 casos intentaron suicidarse, todos ellos eran de sexo masculino.

Respecto a la situación familiar, 42 (62,00%) procedían de hogares con padres casados, 24 (35,00%) señalaron que sus padres estaban separados y 2 (3,00%) eran huérfanos.

En los 68 (100,00%) casos, las pruebas serológicas para la detección de HIV y VDRL, resultaron negativas.

En relación al traslado de los 68 casos a Casa Mía (institución que depende de la Alcaldía de Maracaibo, creada con el fin de reeducar a niños, niñas y adolescentes de la calle), sólo

20 niños entre 5 y 10 años (29,41%), 18 varones y 2 hembras aceptaron ser trasladados a la mencionada institución; los mayores se negaron a recibir cualquier tipo de ayuda.

DISCUSIÓN:

La presencia de niños, niñas y adolescentes en la calle representa un problema grave que puede ser considerado de salud pública. En esta investigación se trabajó con 68 casos, quienes accedieron a ser entrevistados y a quienes se les tomaron muestra de sangre para la detección de HIV y VDRL, pero hay que destacar que el grupo que conforma los niños de la calle es numeroso.

Se determinó que la mayoría de los casos procedían del Estado Zulia, (85,29%), seguido por niños y jóvenes procedentes de Colombia (7,36 %) y en menor proporción de otros estados venezolanos. Ello pudiera indicar el desplazamiento de estos niños en diferentes áreas territoriales, y el desarraigo que pudieran tener de su lugar de nacimiento.

Se encontró que las edades del grupo estudiado estuvieron comprendidas entre 5 y 17 años, resultados similares a lo expuesto por Sáez en 1992, en el programa de atención integral de salud para el adolescente (3,15). Al mismo tiempo, se evidenció que son los varones (95,59%) quienes abandonan el hogar en mayor proporción, en relación al sexo femenino; sin embargo, ambos grupos están expuestos a los riesgos de la calle.

Al analizar la causa de abandono del hogar, se evidenció que el maltrato físico ocupó el primer lugar seguido por el maltrato físico y verbal y la negligencia y el abandono; el uso de drogas se detectó en una frecuencia muy baja. Estos resultados similares a los reportados en el Boletín Epidemiológico de la Secretaría de Salud de Santa Fe de Bogotá (13); todo esto indica probablemente el grado de castigo infringido y la actitud que tienen que asumir (abandonar el hogar), ante los hechos de violencia. Existen factores de índole familiar que contribuyen al desarrollo del niño ó adolescente: padres presentes o ausentes, conflictos familiares (violencia, abuso sexual, hábitos, uso de drogas) que se han considerado en diversas investigaciones (1,2,14,15). El maltrato a los niños es un problema universal que ha existido desde tiempos remotos. Sin embargo, es en el siglo XX cuando la Organización de las Naciones Unidas, en la declaración de los derechos del niño (1959) lo considera un delito y un problema de profundas repercusiones psicológicas, sociales, éticas, legales y médicas.

Aunque no se determinó que el abuso sexual fuera causa de abandono del hogar en este grupo de niños, niñas y adolescentes, 14 varones (21,53%) habían sido abusados sexualmente, no habiéndose registrado abuso sexual en las niñas. Ello difiere con lo reportado por los estudios de la Secretaría Distrital de Salud de Santa Fe de Bogotá, donde el 81% de las violaciones fueron a niñas (13). En relación a la edad, 11 de los casos estuvieron entre 5 y 10 años, evidenciándose

que el riesgo de abuso sexual es mayor en niños pequeños, los cuales a su vez son más vulnerables físicamente. La región anal y la oral fueron las regiones anatómicas más utilizadas por los agresores sexuales; en relación a este aspecto no se encontró registro en la literatura consultada. Es significativo que los agresores sexuales generalmente son amigos de las víctimas, seguidos del padrastro, evidenciándose que son personas allegadas que se valen de la confianza del niño; resultados similares fueron reportados por Chávez en niños y adolescentes mexicanos (14), quien estudió en forma prospectiva 153 pacientes con diagnóstico de abuso sexual en cualquiera de sus formas en México, siendo los amigos de las víctimas los principales agresores (29,4%), seguido por el padrastro (17,69%) (14).

También se destaca en este grupo el inicio de actividad sexual en forma precoz, específicamente entre 8 y 11 años.

El uso de drogas se convierte en un aspecto común en cuadros sociales de esta naturaleza; de los 68 casos, 26 de ellos señalaron consumo actual de las mismas, entre ellas destacan el alcohol, la cocaína, el crack, la marihuana, el cigarrillo e inhalantes. Éste es un problema de difícil control, pues están dadas las condiciones para el desarrollo de este tipo de actividad. Aunado a esto, el inicio del consumo de drogas fue a temprana edad, destacando que entre los 9 y 11 años se inició el mayor porcentaje, lo cual puede permitir diseñar estrategias de control y prevención dirigidas a este grupo de edad; estos resultados son diferentes a los reportados por Sáez, quien reporta que las edades de mayor riesgo fueron entre 12 y 18 años de edad (3). También es importante destacar que todos los consumidores de drogas fueron del sexo masculino, en contraste con lo encontrado en una investigación realizada en Barquisimeto (Venezuela) sobre la vulnerabilidad en adolescentes, en donde el sexo femenino tuvo mayor riesgo para el consumo de drogas (16).

Toda esta situación de inseguridad social, física y emocional ha llevado a algunos de estos casos a atentar contra su vida, situación que se pone de manifiesto en el presente estudio, lo cual es relevante y similar a lo referido en el Programa de Atención Integral de la Salud para el Adolescente, donde los varones mueren 5 veces más por suicidio que las hembras (13); aunque en una investigación realizada en la ciudad de Mérida (Venezuela) se determinó que el 23% de una población de adolescentes tuvo ideas suicidas debido a problemas familiares, sin embargo no hubo intentos suicidas (17).

Al analizar el núcleo familiar, se observó que muy pocos eran huérfanos, mientras que casi las dos terceras partes de estos niños, niñas y adolescentes, provenían de padres casados. Esto evidencia que existen problemas en el seno familiar que requieren programas de orientación a los padres, en relación a la responsabilidad y deberes de los progenitores.

Por último, es importante señalar que las pruebas serológicas para VIH y VDRL fueron negativas; sin embargo, estos niños tienen alto riesgo de exposición a estas enfermedades.

Cabe destacar que este grupo que vive en la calle, estigmatizado, excluido, aun siendo rescatado, va a vivir rechazado por la sociedad, que lejos de afrontar el problema, prefiere evadirlo. Sin embargo, cuando se estableció el contacto con personal médico, psicológico y trabajadoras sociales de “Casa Mía”, sólo 20 casos entre los 5 y 10 años, en su mayoría del sexo masculino, aceptaron ser trasladados a la mencionada institución.

Se concluye que en este grupo de niños, niñas y adolescentes de la calle, el maltrato fue una constante para que abandonaran sus hogares, mas no así el abuso sexual (a pesar de haber estado presente). Este grupo representa una pequeña proporción de un gran grupo; sin embargo, los factores que han influido para que abandonen sus hogares y las condiciones de vida que llevan, podrían ser extrapolables. Es necesario el diseño de políticas factibles, que permitan la implementación eficaz de programas colaborativos y unificados, con la participación de diferentes sectores de la población, destinados a prevenir y solucionar este creciente problema en Venezuela.

REFERENCIAS:

1. Moreno J. Consecuencias del maltrato infantil. *An Psicol* 2005; 21(2):224-230
2. Ruiz I, Gallardo J. Impacto psicológico de la negligencia familiar en un grupo de niños y niñas. *An Psicol* 2002; 18(2):261-272
3. Sáez I. Programa Atención Integral de Salud para el Adolescente. *Adolescente de Alto Riesgo Caracas* 1992:13-50.
4. Collins H. Maltrato Infantil: Golpes ocultos. *Am Acad Child Adolesc Psych* 1998; 5 (1-2). En: <http://www.aacap.org/publicación/apntsfam/chldabus.htm.me//A:maltrato.nun>. [Consultado en marzo, 2007]
5. López J. Maltrato Infantil. Asociación Murciana de Apoyo a la Infancia Maltratada. Facultad de Psicología de Murcia. Universidad de Murcia 1996:1-22. En: www.um.es/factpsi/maltrato/-13k. [Consultado en marzo, 2007]
6. Charles J. Child. Abuse Inflicted Injury Versus, Accidental Injury. *Pediatr Clin NA* 1990 ; 37 :791-810.
7. Soriano F. Prevención y Detección del Maltrato Infantil. www.maynet.com/usuarios/prev/nfad/pelfs/previnfad-maltrato-pdf. 1999: 1-22 [Consultado: marzo 2000].
8. Domínguez A, Vilchez J. Abuso sexual en niños. Experiencia de una década en el Hospital Universitario de Maracaibo. Universidad del Zulia. Tesis de Grado. Maracaibo,1999
9. Gorab A, Sumano E, Ruano C. Enfermedades de Transmisión Sexual en la Adolescencia. *Pract Pediatr* 2000: 2 (2): 6-8.
10. González H, Cluet I, Rossell M, Alvarez T. Comportamiento Clínico de Niños Infectados con el virus de Inmunodeficiencia Humana y el SIDA. *Arch Venez Puer Pediatr* 2000; 63(2):19
11. Rome E. Enfermedades de Transmisión Sexual en adolescentes. *Pract Pediatr* 1998; 1: 7 - 13.
12. Schwarcz S, Spitters C, Ginsberg M, Anderson L, Kellogg T, Katz MH. Predictors of human immunodeficiency virus counseling and testing among sexually transmitted disease clinic patients. *Sex Transm Dis.* 1997; 24(6):347-52.
13. Boletín Epidemiológico de la Secretaría Distrital de Salud de Santa Fe de Bogotá. Síndrome del niño Maltratado. Bogotá, Colombia , pp. 20 – 26.
14. Chávez E. Abuso Sexual en Pediatría. Factores Epidemiológicos. *Bol Med Hosp Inf Méx* 1995; 52 : 528 – 533.
15. Sáez I. La Salud del Adolescente y la Acción en la Comunidad. En: Programa Atención Integral de Salud para el Adolescente. 2da Edición. Caracas1992, pp. 24-26.
16. Fernández A, Gaiti J, Arias A. Vulnerabilidad en Adolescentes. *Arch Venez Puer Pediatr* 2001; 64(2): 71
17. Urdaneta M, Ramírez L, Salas R, Santiago A. Ideas suicidas en adolescentes. *Arch Venez Puer Pediatr* 2001; 64(2): 71-72