

# Child Sexual Abuse: From Prevention to Self-Protection

## Abuso Sexual Infantil: De la prevención a la auto-protección

Existe un número creciente de programas de prevención y educación en ASI que incluyen, primariamente, aquellos de educación grupales para padres e hijos, instruidos por profesores del sistema escolar. Este artículo revisa algunos de estos programas en educación y/o programas para la seguridad (protección) del cuerpo, así como investigaciones relacionadas. Se presentan ventajas y críticas hacia estos programas. Asimismo, se abordan asuntos como poblaciones objetivas (ej. Niños, profesores, padres), componentes de los programas y limitaciones metodológicas. Los principales hallazgos se refieren a que niños ya de 3 años pueden ser instruidos con efectividad en habilidades de autoprotección; a la importancia de que padres y familias estén involucrados, y a que la exposición reiterada de contenidos ayuda a los niños a mantener sus logros en conocimientos. Los elementos de programas exitosos incluyen instruir a los niños en la identificación y negativa a aceptar tactos inapropiados, asegurándolos en que no es su responsabilidad y aprender los nombres correctos de sus genitales. Por último, se revisan direcciones futuras para desarrollo de programas, investigación y políticas públicas. Copyright © 2008 John Wiley & Sons, Ltd.

### Introducción

La literatura sugiere que los niños tienen escaso conocimiento sobre abuso sexual (ASI) y/o habilidades de autoprotección (HDA a partir de ahora), y que muchos inclusive consideran aceptables varias formas sexuales de tacto. (Wurtele and Owens, 1997).

Las habilidades de seguridad personal o de respuesta al abuso (Deblinger and Runyon, 2000) disminuirían la probabilidad de que los niños sean abusados, mediante el aumento de su capacidad de reconocimiento, de conocimientos y de nivel de comodidad en la revelación del abuso o de conductas conducentes a.

Históricamente, el objetivo en los programas de prevención ha sido aumentar la comprensión de los niños en relación al ASI, incluyendo definiciones, prevalencia y conocimiento sobre posibles perpetradores (Daro and Donnelly, 2002). Aunque el término prevención se utiliza mayoritariamente, nosotros preferimos los términos “habilidades de seguridad personal”, “habilidades de respuesta al abuso” o “habilidades de autoprotección” que no sugieren responsabilidad alguna del niño en la reducción del riesgo de ASI

### Necesidad de Educación en ASI

A pesar de las cifras alarmantes de ASI, no todos los padres discuten este peligro potencial con sus hijos. Los estudios indican que la mitad de los padres de niños preescolares pueden discutir el tema con sus hijos, aunque sin valerse de material de apoyo. Estos padres tienden a ser más educados y a estar involucrados con el tema (conocen a alguna víctima de ASI o ellos mismos lo fueron)

La discusión sobre ASI con los niños debería tomar la forma de educación para una sexualidad saludable, y sumarse a enseñanzas tales como aquellas sobre normas de tránsito y prevención de incendios, todo en el contexto de la seguridad personal ( y con adaptaciones para el nivel cognitivo y de etapa del desarrollo de cada niño)

Los estudios sugieren que la mayoría de los padres creen que los jardines infantiles deberían tener programas de prevención de ASI y que habilidades de autoprotección (HDA, a partir de ahora) deberían enseñarse en el hogar. No obstante, la mayoría de los niños muestran escaso conocimiento sobre estos temas; apenas si saben los nombres correctos para sus genitales. (Wurtele, 1993; Wurtele *et al.*, 1992b; Wurtele and Owens, 1997), algo que es sumamente necesario para poder revelar y comunicar experiencias de ASI efectivamente.

Miller-Perrin *et al.* (1990) hallaron que más de la mitad de su muestra de niños con y sin historia de ASI, fueron incapaces de identificar una situación potencialmente abusiva como tal, o definir la actividad. Esto es grave si se considera que la literatura sobre agresores demuestra que éstos son menos proclives a agredir niños con mayor conocimiento en materia sexual.

### **Revisión general de Programas de Prevención**

#### *Poblaciones Objetivas*

Estos programas se han desarrollado para niños de todas las edades e implementado, en su mayoría, para niños de 6 a 13. También se han incluido niños con discapacidades, y de grupos étnicos y socioeconómicos específicos.

Los programas con niños que tienen una historia de ASI, pueden requerir de un enfoque diferente dado que sus concepciones sobre la trasgresión de su seguridad personal corporal lo son, en el sentido de responsabilizar a las víctimas (y a ellos mismos) algo que tienden a hacer más que los niños sin historia conocida en ASI. Esto sugiere que los programas de educación en ASI deben incluir una discusión sobre asignación de culpas/responsabilidades y permitir a los niños compartir sus visiones sobre perpetradores y víctimas.

Los programas deben incluir a padres y profesores, asimismo educándolos a ellos. La literatura sugiere que “padres informados” tienen a reaccionar de un modo más apoyador cuando un menor revela ASI. Personal de los colegios con mayor formación, podrían asistir mejor a los niños en el apoyo, reportando las situaciones de ASI a las autoridades respectivas, identificar niños que puedan estar viviendo el abuso, y entregando información a otros miembros de la comunidad.

#### *Conceptos Clave*

Aunque existen muchos tipos de programas de educación en ASI, la mayoría de ellos enseña conceptos relativos a la mejora de autoestima, aprender a decir “NO”, adquisición de destrezas de seguridad corporal, y diferenciación entre caricias aceptables y no-aceptables (Roberts and Miltenberger, 1999).

Las habilidades más frecuentemente instruidas son

- (a) aprender a decir ‘No’ en respuesta a un señuelo sexual (invitación velada; inducción)
- (b) abandonar la situación

informar a un adulto confiable y

(d) aprendizaje de los terminus medicos correctos para los propios genitals (Boyle and Lutzker, 2005; Stauffer and Deblinger, 2003, 2004).

### **Métodos de investigación bibliográfica**

Para la presente revision, se intentó acceder a todo estudio que examinara métodos de mejora del conocimiento de los niños mediante: enseñanza de nombres correctos para los genitales; instrucción en habilidades de seguridad personal (o protección), y asertividad en el resguardo personal/corporal. Palabras clave en la búsqueda: *prevention, school based, children and sexual abuse*. Se utilizó PsycInfo search engine. Criterios de selección de artículos:

1. All English language articles published after 1990 containing empirical data on sexual abuse prevention and education programmes and body safety skills training.
2. A measure of programme effectiveness must be included in the study.
3. Study or programme must include more than one contact with the child or parent.
4. The focus of the study was on the improvement of knowledge of self-protection skills in children or increased knowledge of sexual abuse in parents.
5. The study must be conducted with children aged three to 18 years.
6. The study must be published in a scientific journal or book chapter that was peer reviewed.

Luego que cada estudio fue evaluado con los criterios previos, se examinó si contenía citas de otros estudios pertinentes. Los lineamientos guía para este proceso de selección:

1. Browse the reference section of the article for any studies that may be relevant to sexual abuse prevention based on the titles presented in the reference section. Be liberal in selecting referenced articles to be examined based on the title alone.
2. Collect all articles that appear to be relevant and determine if the article describes an appropriate programme as indicated above. Some articles appeared relevant based on their titles alone, but upon closer examination of the full text, the article was judged not to meet the above criteria.

Con esta metodología de búsqueda el resultado logrado fue de 21 artículos.

### **Revisión de Programas Seleccionados**

Los programas revisados son de USA y Canadá, sin ánimo de exclusión. La búsqueda arrojó estudios de estos dos países principalmente, quizás porque la atención significativa que las legislaciones de ambos países le han otorgado a la protección de los niños y el abuso. Aunque en Reino Unido existen una serie de organizaciones conduciendo programas de prevención (e.g. Kidscape and Protective Behaviours UK), no fue posible acceder a evaluaciones de dichos programas.

- El programa Body Safety Training (BST), antes llamado Entrenamiento de habilidades conductuales, es el método más común de instrucción y se vale de principios conductistas para enseñar a niños pequeños habilidades de seguridad personal, y puede ser usado para padres y profes.
- El Child Assault Prevention Program (CAP) consta de 3 componentes: (1) talleres para niños (2) seminarios formativos para padres y (3) seminarios para personal de colegios.
- El programa 'Feeling Yes, Feeling No' es un set de 3 videos producidos por el National Film Board of Canada (1984), que se centran en habilidades básicas para construir sentido de valor personal (primer video), mientras que las otras dos cintas refuerzan la comprensión de

sentimientos e introducen habilidades que ayuden a los niños a evaluar situaciones -con extraños y adultos conocidos- que sean potencialmente peligrosas.

- El programa Good-Touch/Bad-Touch instruye a los niños en la necesidad de evitar la violencia, incluyendo en ésta el ASI. Se les enseña qué es el abuso, cinco reglas de seguridad, cómo decir NO, y qué hacer si se sienten o son amenazados.

- El programa The Safe Child (diseñado para prevenir abuso sexual, emocional y físico de niños, a manos de extraños o conocidos) pone su foco en permitir a los niños practicar habilidades para actuar eficazmente por cuenta propia en situaciones que se sabe preceden al abuso (con extraños, en situaciones sin supervisión de adultos, etc)

- El programa Talking About Touching (Committee for Children, 1996, 2001) es enseñado por profesores y enfatiza pasos a toma en seguridad personal, a través de medios creativos.

Ver Tabla 1 para información de los programas

<b>Programa</b>	<b>Rango edad niños</b>	<b>Formato</b>	<b>Propósito</b>	<b>Duración</b>
<b>Body Safety Training</b> Entrenamiento en Seguridad Corporal	3-7	Modelamiento, ensayo, reforzamiento y feedback	Identificar partes íntimas, tactos o caricias seguras/inseguras, y reportar ASI	10 sesiones
<b>Child Assault Prevention</b> Prevención de ASaltos Infantiles	3-18	Role-plays y discusión grupal guiada	Entrenar asertividad, aumentar la comunicación con adultos, desarrollo de habilidades para reporte/revelación de ASI	2-3 días, 25-45 minutos
<b>Feeling yes, feeling No</b>  Sintiendo que sí, sintiendo que no	6-12	3 videos con enfoques didácticos y escenarios para role-play	Identificar respuestas al ser tocado, buscar ayuda si se es tocado, proveer herramientas para protegerse del ASI, aprender nombres de genitales y construir autoconfianza	15-18 horas de instrucción en la sala de clases
<b>Good touch, Bad touch</b>  Caricias buenas, caricias malas (o tactos buenos/malos)	4-12	Planificación de clases (o bien unidades didácticas, yo al menos prefiero éste), role-playing, video, tarjetas con historias (secuencias) y libro, hojas de trabajo y libros para colorear	Enseñar reglas de seguridad corporal, soberanía corporal (o sentido de propiedad ) corporal, decir 'No al abuso' y a quién recurrir por ayuda	3-4 sesiones, 1.15 -3.75 horas diarias (según nivel curso)
<b>Safe Child</b>  Niño Seguro	5-8	Videos, unidades didácticas, juegos, role-plays y otras actividades	Mejorar auoestima y autodependencia, reglas de seguridad corporal, mantención de secretos y extraños	5-10 sesiones (1 diaria) según nivel curso
<b>Talking about Touching</b>  Hablemos sobre tocar (el cuerpo)	4-8	Unidades didácticas en tarjetas fotográficas, cartas para padres (se llevan al hogar), poster, videos, Canciones y libros de cuentos	Aumentar el conocimiento y adhesión de los niños a reglas que los mantengan protegidos y a salvo, actuar de maneras asertivas, identificar diferencias en caricias seguras/inseguras y seguimiento de regls de seguridad en relación a tocar	15 sesiones (15-30 minutos)

## **Common Outcome Measures**

Noventa por ciento de los programas utiliza algún procedimiento de evaluación (Kohl, 1993). En su mayoría, se trata de un cuestionario pre/post (con respuestas V/F, Sí/no, y algunas abiertas) para evaluar conocimiento de los participantes y ganancias en información sobre ASI (Roberts and Miltenberger, 1999).

### *Programme Satisfaction*

Aunque no existen medidas estandarizadas, la mayoría de los programas miden reacciones al programa y/o satisfacción general, mediante preguntas donde los padres (y si es posible los niños) son consultados sobre si les gustó y si lo recomendarían a otros.

## **Programme Outcomes**

### *Positive Outcomes*

Los niños demuestran en los niños –especialmente de edad escolar- ganancias significativas en conocimientos y habilidades que pueden ayudar a evitar victimización sexual. Entre éstas, los mayores aumentos se dan en: identificación de situaciones potencialmente abusivas y discriminación entre caricias ok/no ok. Se ha encontrado que estas ganancias permanecían hasta al menos 5 meses post-participación en el programa de prevención.

Los efectos positivos más comúnmente reportados por los propios niños son aumento en su sensación de control y sentimiento de seguridad (de estar a salvo), luego de completar un programa de prevención . Adicionalmente, los niños reportan sentimientos positivos sobre sus genitales, en el sentido de que no está mal tocarse ellos a sí mismos. También en preescolares se ha observado la expansión de personas a quienes pedir ayuda o revelar abuso. Los sentimientos de “responsabilidad” se reducen y aprenden que está bien hablar aun cuando se les haya pedido guardar un secreto. En verdad, la habilidad más difícil de incorporar es la de revelación del abuso, tal vez porque requiere de habilidades de memoria y comunicación que todavía no están presentes en preescolares.

Se implementó el BST (Currier and Wurtele, 1996) con niños con una historia de ASI quienes en más de un 50%, revelaron información sobre su abuso luego de completar el programa. Asimismo mostraron reducciones en algunas conductas sexualizadas (masturbación, uso de palabras o sonidos sexualizados). Y por último, aumentos en la comunicación padre-hijo sobre ASI.

### *Negative Side-Effects*

Los argumentos en contra de los programas de prevención incluyen: Preescolares no pueden comprender conceptos de autoprotección; entrenamientos de este tipo aumentan la ansiedad y problemas conductuales; posibles efectos negativos en etapas sucesivas del desarrollo sexual; sobregeneralización del concepto de ASI debido a la sobre-reacción frente a tactos o caricias apropiadas (Currier and Wurtele, 1996); y dificultad de incorporar habilidades por opresión y creencias culturales relativas al ASI que desalientan la conducta asertiva (see Fontes, 2005; Fontes *et al.*, 2001; Wood and Mallinckrodt, 1990).

Existe escasa o nula evidencia que apoye los argumentos anteriores. Sólo unos pocos estudios reportan efectos negativos colaterales en un pequeño número de participantes. A modo de

ejemplo, Currier and Wurtele (1996) no hallaron aumento de conductas sexuales, según medición vía CSBI, para ningún grupo de niños, con o sin historia de ASI. En estudios con padres, ni siquiera aquellos más preocupados con posibles efectos negativos, restan mérito a los programas y en general todos se muestran satisfechos con ellos.

Dado que todos los estudios han demostrado aumentos en las habilidades de los niños para diferenciar entre tactos/caricias apropiados e inapropiados, se sugiere que los beneficios de estos programas contrapesan de sobra cualquier eventual consecuencia negativa (pero en Chile, será el día del cuscó, junto con la posibilidad de legislar sobre derechos reproductivos como la gente..la pucha)

Aunque los estudios muestran que niños –tanto preescolares como escolares- de distintos grupos étnicos, sexualmente abusados, se benefician del aprendizaje de habilidades de seguridad personal, se encuentran limitaciones culturales importantes a los esfuerzos de prevención. Por ejemplo, la asertividad puede ser percibida como irrespetuosa e inadecuada bajo la óptica de la discriminación y opresión. Esto ocurre con grupos asiáticos y latinos, afroamericanos, nativos americanos, y otros. En este contexto, muchos niños y familias dudan si reportar ASI a sistemas en que desconfían, justamente por sus prácticas opresivas o discriminatorias. Todos estos elementos deben considerarse al diseñar/implementar programas con minorías.

## **Factors Associated With Positive Outcomes**

### *Parental Involvement*

La participación activa de los padres aporta al éxito del programa y se observa en preescolares que retienen mejor cuando los padres –más que los profesores- les enseñan por ejemplo, sobre terminología genital. Asimismo se estimula no solo la conversación sobre ASI, sino sobre sexualidad en general. Involucrar a los padres en los programas escolares, con base en el colegio, asimismo tiene efectos positivos mejorando aspectos como el vínculo padre hijo y la comunicación entre estos sobre temas que provocan ansiedad en las familias. De este modo, se reducen factores de riesgo (como falta de supervisión, soledad del niño)

### *Practice/Repeated Exposure*

Los programas más efectivos son aquellos impartidos en una variedad de settings con entrenamiento y práctica repetidos (aunque más del 50% de programas son impartidos en una sola ocasión, en un solo setting). Una combinación de settings hogar-escuela es sumamente efectiva en reconocimiento de solicitudes de tacto/caricias inapropiadas, y en habilidades de seguridad personal en general.

La presentación espaciada y acumulativa (sobre 4 sesiones al menos) del material es más efectiva

### *Developmental Level*

Niños mayores (8 a 13, especialmente) se benefician más de los programas de prevención que los niños más pequeños que pueden tener dificultad en la asimilación de ciertos conceptos (por ejemplo, decir NO a figuras de autoridad). No obstante, niños ya de 3 años muestran beneficios con estos programas.

La perspectiva del desarrollo sugiere que los programas para niños pequeños deberían evitar conceptos abstractos, proveer oportunidades múltiples de práctica de habilidades (role-playing en



diversos escenarios), usar material muy estimulante y tomar varios días. Segurizarlos, muy especialmente, en que el abuso no es de su responsabilidad. Never  
Con adolescentes sería recomendable incluir violencia en las citas.

### *Vocabulary Skills*

La terminología genital correcta provee la plataforma para la educación sexual a lo largo del desarrollo y es invaluable cuando se trata de comprender, revelar y/o denunciar ASI.

### **Limitations**

#### *Programmatic*

Aunque la mayoría de los padres aspira ser el formador primario de su hijo en ASI, existen problemas potenciales cuando la responsabilidad de los programas de prevención descansa exclusivamente en los padres. Why?:

- 76-85 proveen respuestas incorrectas sobre ASI y 99% tienden a obtener información de los medios más que nada,
- 90% de los padres advierten a sus hijos sobre la protección frente a extraños, pero pocos están dispuestos a discutir sobre miembros de la familia (padres, abuelos, tíos, hermanos o primos) como posibles perpetradores, pese a que es sabido que los agresores en su mayoría son parientes o muy cercanos a la flia
- tienden a omitir temas –lo más probable por falta de información o ignorancia- como los tipos de conductas que los perpetradores usan para embaucar o atraer a los niños (regalos o amenazas)

Otra crítica a estos programas es que las habilidades podrían no ser generalizables y no es lo mismo actuar en un role-play que en la realidad. Los profesionales contraargumentan que estos programas no pueden controlar la ocurrencia o seriedad de los asaltos sobre niños, pero que su meta es proveer a los niños con información que aumente especialmente la probabilidad de revelar situaciones, pedir ayuda y obtener apoyo de sus cuidadores.

Bolen (2003) critica los programas de prevención sobre el argumento de que dada la omnipresencia o extensión de la amenaza de ASI, no existe programa capaz de preparar a los niños para la variedad de aproximaciones empleadas por los agresores.

Los programas deberían reemplazar el uso de “bueno/malo” y usar de preferencia “ok, no ok” Este desplazamiento en vocabulario es importante para que los niños comprendan que no todo tacto/caricia sexual es negativa considerando que, eventualmente, cuando sean adultos con capacidad de consentimiento, podrán experimentar tactos/caricias sexuales “buenas”. Además, no siempre el ASI produce sentimientos desagradables, algunas conductas pueden ser placenteras y el uso de categorías como “malo” puede connotar que el niño también lo es por haber participado en la situación de tacto/caricia sin sentir nada ingrato

Por ultimo, desde una perspectiva del desarrollo, los niños de 2 a 8 años operan cognitivamente en blanco y Negro, bueno y malo, y pueden no ser capaces de asimilar que una “Buena” persona (ejemplo, papá o parientes), pueda hacer algo “malo”.

Dado que para muchos niños estos programas pueden ser su primera introducción al tema sexualidad, deberían ser muy cuidadosos en el material elegido y presentado.

Recordar que la primera medida de seguridad personal a entregar a un niño es la sensación de confort y aprecio por el propio cuerpo.

### *Research*

El conocimiento en educación en ASI, se ve limitado por problemas metodológicos como muestras pequeñas, ausencia de grupos control, falta de análisis estadísticos (Tutty, 1997; Wurtele and Owens, 1997) y falta de muestras diversas (e.g. Wurtele *et al.*, 1991, 1992c). Otra limitación específica la plantean los participantes con historia de ASI que ya han recibido alguna forma de psicoterapia que puede haber incluido un componente de dllo. de destrezas de seguridad corporal

La evaluación de resultados de estos programas enfrenta asimismo dilemas éticos, como el uso de simulación de señuelos en role-plays, algo que limita la evaluación de progresos. A la fecha, muy pocos estudios han realizado evaluaciones en vivo para medir la respuesta de los niños frente a agresores potenciales y las mediciones en general se han centrado en conocimiento de conceptos de prevención y cambios conductuales, lo que no permite evaluar cómo respondería un individuo frente a una situación real potencialmente abusiva. De ahí que la mayoría de los investigadores genere sus propios instrumentos, con propiedades psicométricas desconocidas, dificultando la comparación entre estudios.

### *Future Directions*

#### Programme Development

En suma: padres involucrados, oportunidades de práctica y sensibilidad a la etapa del desarrollo infantil son características clave para programas de educación en ASI exitosos.

Dado que los niños pequeños no comprenden del todo la impropiedad de la desnudez o tactos genitales, los programas deberían concentrarse en conceptos básicos como identificación de situaciones inapropiadas y potencialmente abusivas, información acorde a la edad sobre sexualidad, mejora de autoestima, aprender a decir NO y habilidades de seguridad corporal.

Para facilitar que los padres se involucren: entrenamiento en horarios cómodos, ayudas como libros y videos, y material innovador para motivarlos. También, alentar su participación en los programas escolares.

Para mejorar despliegue de habilidades, se recomienda mayor duración de los programas para mayor práctica (y presentación más espaciada del material) distribuida a lo largo del programa. Por último, dado que muchos estudios fracasan en demostrar una generalización de habilidades, debería mejorarse el uso de conocimientos y habilidades en vivo, balanceando las preocupaciones éticas que este método plantea

Considerar en diseño e implementación, el tema de las diferencias étnicas y culturales de diversos grupos.

### Research

Aunque una meta de muchos programas de educación en ASI es reducir las tasas de éste, la investigación del campo no ha examinado esta hipótesis. A la fecha, sólo un estudio ha intentado explorar la pregunta: Gibson and Leitenberg (2000), quienes encontraron que mujeres con



educación en ASI (al menos en los tipos de caricias buenas/malas), reportaban un tasa significativamente menor en abuso sexual, que aquellas sin educación al respecto. Aun con sus limitaciones (por ej en el uso de encuestas retrospectivas) los resultados de este estudios son prometedores.

Las investigaciones futuras deberían cubrir –además de resultados positivos- el examen de cómo las respuestas de los niños a los programas varían según factores individuales y familiares. Algunos análisis refinados han comenzado a evaluar la respuesta infantil a distintos tipos de presentación del material (visual, verbal) y si los niños que no han asimilado los conceptos comparten características comunes (Tutty, 1997).

Las mediciones de habilidades y conocimientos son esenciales, y hay quienes enfatizan que éstas deben ser realizadas antes, durante y después de la intervención para obtener una evaluación más precisa de los progresos logrados. Asimismo se sugiere incluir reportes tanto de padres como de profesores sobre los cambios conductuales observados en los niños participantes. Y por favor, mediciones estandarizadas para posibilitar comparaciones entre estudios y mejorar la calidad de investigación en esta área (educación en ASI) como un todo

### **Summary**

Resulta imperativo que los niños que no han sido expuestos a contenidos de ASI y aquellos que han sufrido la experiencia, aprendan habilidades de autoprotección. Estas habilidades deben ser introducidas ya a la edad de 3 años (cuando los niños son capaces de aprender los términos médicos genitales correctos).

Este aprendizaje comienza en casa con los padres y evoluciona desde la educación preescolar hasta la enseñanza secundaria. Es clave que los padres entreguen un mensaje positivo a este respecto de forma que la comunicación permanezca abierta durante la niñez y adolescencia

Los detractores de este tipo de programas han entregado evidencia limitada sobre efectos colaterales potencialmente negativos, en tanto existe un inmenso cuerpo de investigaciones indicando que niños de todas las edades pueden beneficiarse de programas de educación en ASI. Aquellos niños que han participado así lo demuestran con ganancias concretas en conocimientos, habilidades, mejora de autoestima y asertividad

Los programas de prevención primaria dirigidos a educar en ASI, deberían ser rotulados como programas de autoprotección, más que de prevención. Considerando que el ASI es un problema de salud pública (algo que a nivel comunitario y social es preciso reconocer), el concepto de autoprotección es coherente con estrategias de promoción del cuidado y autocuidado, propias de la esfera de la salud

Aun cuando la conducta de autoprotección no reduzca directamente las tasas de ASI, estas habilidades ayudan a los niños a identificar avances sexuales inapropiados y a pedir ayuda oportunamente, previniendo futuros avances del perpetrador.

Programas dirigidos a niños y padres aumentan la consciencia sobre el problema, y ayudan a los niños que revelan el abuso a recibir la respuesta de apoyo debida.