



Vendedora de periódicos.

León Ruiz (1933- )

Crédito: Biblioteca Pública Piloto de Medellín, (Colección Patrimonial, archivo fotográfico).

## Lesiones proliferativas ginecológicas y victimización sexual en Córdoba, Argentina\*

Jorge Angel Bruera<sup>1</sup>, Antonella Bobbio<sup>2</sup>, Karin Arbach<sup>3</sup>

- 1 Magíster en Neuropsicología. Instituto de Investigaciones Psicológicas (IIPSI), Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Universidad Nacional de Córdoba. Argentina. [bruerajorge@gmail.com](mailto:bruerajorge@gmail.com)
- 2 Doctora en Psicología. Instituto de Investigaciones Psicológicas (IIPSI), Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba. Argentina. [antonellabobbio@unc.edu.ar](mailto:antonellabobbio@unc.edu.ar)
- 3 Doctora en Psicología. Instituto de Investigaciones Psicológicas (IIPSI), Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba. Argentina. [k\\_arbach@unc.edu.ar](mailto:k_arbach@unc.edu.ar)

Volumen 42, 2024

DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e352073>

Recibido: 12/12/2022

Aprobado: 01/08/2023

Publicado: 19/01/2024

### Cita:

Bruera J, Bobbio A, Arbach K. Lesiones proliferativas ginecológicas y victimización sexual en Córdoba, Argentina. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2024;42:e352073  
doi: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e352073>

## Resumen

**Objetivo:** Explorar la prevalencia de la victimización sexual sufrida en la infancia o por parte de la pareja en la adultez, y la asociación de ambas variables con los antecedentes de lesiones proliferativas ginecológicas (displasia de mama, displasia cervical, cáncer de mama y cáncer de cuello de útero) en una muestra de mujeres de Córdoba, Argentina. **Metodología:** Se encuestó a 115 mujeres mayores de 18 años en 14 ciudades de la provincia de Córdoba durante 2017 y 2018. Se evaluaron sus datos sociodemográficos y sanitarios, antecedentes de lesiones proliferativas ginecológicas, victimización sexual en la infancia o por la pareja en la adultez. Se llevaron a cabo análisis bivariados y de regresión logística binaria para calcular asociaciones entre las variables. **Resultados:** El 40,8 % de las participantes reportó antecedentes de lesiones proliferativas. Alrededor del 30 % de la muestra total indicó haber sufrido al menos una experiencia de victimización sexual durante su vida. Haber sido forzada a mantener relaciones sexuales sin protección por la pareja fue significativamente más frecuente en las mujeres con antecedentes de lesiones proliferativas ginecológicas (12,8 %; OR = 9,80, IC 95 %: 1,14-84,38). Las infecciones de transmisión sexual (ITS) fueron el mejor predictor de los antecedentes de lesiones proliferativas ginecológicas (OR = 26,52, IC 95 %: 5,15-136,65), seguido de la violencia sexual ocasionada por la pareja en la adultez (OR = 13,84, IC 95 %: 1,29-148,78). **Conclusiones:** La asociación entre las ITS y las lesiones proliferativas ginecológicas podría estar influenciada por conductas como la violencia sexual producida por la pareja. Los resultados destacan la necesidad de identificar los potenciales determinantes sociales de la salud sexual y reproductiva de las mujeres en Argentina y la región.

-----**Palabras clave:** delitos sexuales, determinantes sociales de la salud, enfermedades de la mama, enfermedades de los genitales femeninos, violencia de pareja.



Check for updates



© Universidad de Antioquia

Esta obra se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

\* Investigación titulada: "La prevalencia de la victimización y polivictimización en adultos de Córdoba, Argentina". Inscrita y aprobada por el Comité de Ética del Hospital Nacional de Clínicas de Córdoba, Argentina. Fecha de inicio: octubre 2017. Fecha de terminación: julio 2019. Número de registro RENIS:IS002102-RePIS:3152

## Gynecological proliferative lesions and sexual victimization in Córdoba, Argentina

### Abstract

**Objective:** To explore the prevalence of sexual victimization suffered in childhood or by a partner in adulthood, and the association of both variables with a history of gynecological proliferative lesions (breast dysplasia, cervical dysplasia, breast cancer, and cervical cancer) in a sample of women from Córdoba, Argentina. **Methodology:** 115 women over 18 years of age were surveyed in 14 cities in the province of Córdoba during 2017 and 2018. Their sociodemographic and health data, history of gynecological proliferative lesions, sexual victimization in childhood or by a partner in adulthood were assessed. Bivariate and binary logistic regression analyses were performed to calculate associations between variables. **Results:** 40.8 % of the participants reported a history of proliferative lesions. About 30 % of the total sample indicated having suffered at least one experience of sexual victimization during their lifetime. Being forced to have unprotected sexual intercourse by a partner was significantly more frequent in women with a history of gynecological proliferative lesions (12.8 %; OR = 9.80, 95 % CI: 1.14-84.38). Sexually transmitted infections (STIs) were the best predictor of a history of gynecological proliferative lesions (OR = 26.52, 95 % CI: 5.15-136.65), followed by partner-caused sexual violence in adulthood (OR = 13.84, 95 % CI: 1.29-148.78). **Conclusions:** The association between STIs and gynecologic proliferative lesions could be influenced by behaviors such as partner-caused sexual violence. The results highlight the need to identify potential social determinants of women's sexual and reproductive health in Argentina and the region.

-----*Keywords:* sexual offenses, social determinants of health, breast diseases, female genital diseases, intimate partner violence

## Lesões proliferativas ginecológicas e vitimização sexual em Córdoba, Argentina

### Resumo

**Objetivo:** Estudar a prevalência da vitimização sexual sofrida na infância ou ocasionada pelo parceiro na vida adulta, e a associação das duas variáveis com os antecedentes de lesões proliferativas ginecológicas (displasia mamária, displasia cervical, câncer de mama e câncer de colo do útero) em uma amostra de mulheres em Córdoba, Argentina. **Metodologia:** 115 mulheres com mais de 18 anos de idade, em 14 cidades da província de Córdoba, responderam uma enquete entre 2017 e 2018. Foram avaliados seus dados sociodemográficos e sanitários, antecedentes de lesões proliferativas ginecológicas, vitimização sexual na infância ou pelo parceiro na vida adulta. Realizaram-se análises bivariadas e de regressão logística binária para calcular associações entre as variáveis. **Resultados:** 40,8% das participantes revelou antecedentes de lesões proliferativas. Ao redor de 30% da amostra total indicou ter sofrido ao menos uma experiência de vitimização sexual durante sua vida. Ser forçada pelo parceiro a manter relações sexuais sem proteção foi significativamente mais frequente nas mulheres com antecedentes de lesões proliferativas ginecológicas (12,8 %; OR = 9,80, IC 95 %: 1,14-84,38). As infecções de transmissão sexual (ITS) foram o melhor preditor dos antecedentes de lesões proliferativas ginecológicas (OR = 26,52, IC 95 %: 5,15-136,65), seguido da violência sexual ocasionada pelo parceiro na vida adulta (OR = 13,84, IC 95 %: 1,29-148,78). **Conclusão:** A associação entre as ITS e as lesões proliferativas ginecológicas poderia estar influenciada por condutas como a violência sexual produzida pelo parceiro. Os resultados destacam a necessidade de identificar os potenciais determinantes sociais da saúde sexual e reprodutiva das mulheres na Argentina e na região.

-----*Palavras-chave:* delitos sexuais, determinantes sociais da saúde, doenças da mama, doenças dos genitais femininos, violência do parceiro

## Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la mitad de las niñas y adolescentes en el mundo sufrieron algún tipo de victimización en 2019, incluida la violencia sexual [1], mientras que 1 de cada 3 mujeres sufrirá violencia física o sexual en algún momento de su vida [2]. Estos fenómenos se han asociado con múltiples y graves consecuencias en la salud mental y física de las mujeres, entre ellas, ciertas neoplasias ginecológicas como el cáncer de cuello de útero y el cáncer de mama [3].

Teniendo en cuenta el creciente interés por los determinantes sociales en este tipo de enfermedades, Hindin *et al.* desarrollaron un modelo teórico sobre las posibles vías de asociación entre la victimización sexual (vs), tanto la sufrida en la infancia como en la adultez, y este tipo de neoplasias [4]. Los autores basaron su modelo en la revisión de la literatura, encontrando que esta asociación se daría mediante distintas variables moderadoras, agrupadas en tres vías alternativas (véase Figura 1): en la primera, la asociación estaría mediada por factores de riesgo bien conocidos para las neoplasias ginecológicas como, por ejemplo, las conductas sexuales de riesgo y

las infecciones de transmisión sexual (ITS). Se ha reportado que las mujeres que sufren experiencias de victimización, como el abuso sexual durante la infancia, comparten los mismos factores de riesgo para las neoplasias ginecológicas en la adultez [5]. En la segunda vía, la asociación se daría a través de una escasa adherencia de las mujeres a las recomendaciones de acceder a prácticas de prevención de cáncer ginecológico. La literatura reciente ha encontrado que las mujeres con antecedentes de vs a lo largo de la vida tienen menos probabilidad de realizarse cualquier examen de control de neoplasia ginecológica (test de Papanicolaou, mamografía, examen clínico de mamas) [6]. Una posible explicación a esto es que estas prácticas podrían recordar la experiencia traumática del abuso, por lo que serían evitadas por las mujeres que las sufrieron. Por último, la tercera vía ha sido la menos explorada y postula que la asociación se daría por el incumplimiento, la discontinuidad o la demora en intervenciones tempranas luego de un resultado patológico en examen de control de neoplasia ginecológica. La evidencia sugiere que las mujeres víctimas de vs poseen menos apoyo social y económico, constituyéndose en una barrera para el seguimiento adecuado de este tipo de lesiones proliferativas [4, 7].

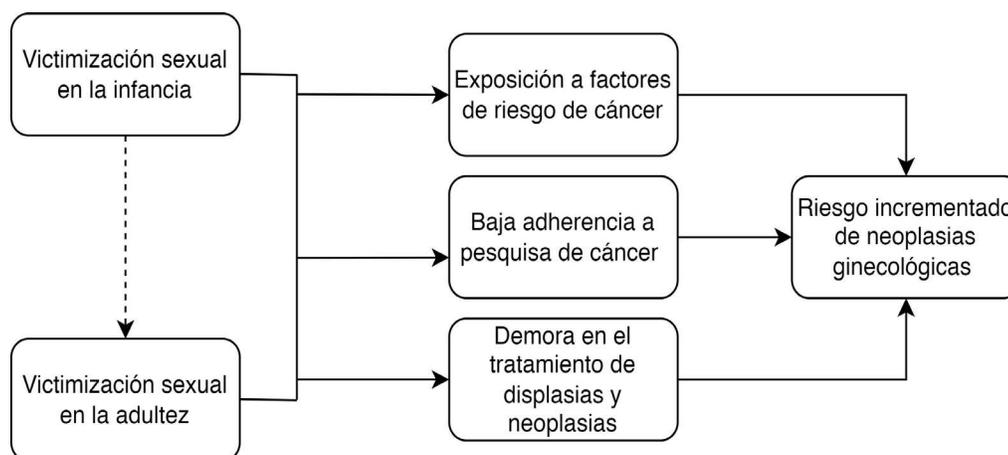


Figura 1. Modelo teórico de asociación entre victimización sexual y neoplasia ginecológicas

Los hallazgos previos deben interpretarse a la luz de los datos epidemiológicos de organizaciones como la Agencia Internacional de Investigación sobre Cáncer, que estima que en la Argentina se registran más de 22 024 casos nuevos al año de cáncer de mama, correspondiendo al 32 % del total de cánceres que afectan a las mujeres. El cáncer de cuello de útero se encuentra en el tercer lugar de incidencia de cáncer en mujeres de Argentina, con casi 4583 casos nuevos estimados por año [8]. Dada la elevada prevalencia de ambos tipos de

vs y de neoplasias ginecológicas en países en vías de desarrollo [9] y de los elevados costos que estos fenómenos representan a nivel social, económico, político y sanitario, son necesarios estudios que evalúen esta posible asociación en el contexto local. El estudio de factores de naturaleza social asociados a estas neoplasias es una línea de investigación incipiente en países desarrollados, que ha informado resultados consistentes entre diferentes estudios [10]. Sin embargo, el tema permanece como un interrogante en el contexto local y latinoamericano.

El objetivo de este estudio fue explorar la prevalencia de la *vs* en la infancia o en la adultez por parte de la pareja, y su asociación con los antecedentes de lesiones proliferativas ginecológicas (displasia de mama, displasia cervical, cáncer de mama y cáncer de cuello de útero) en mujeres de Córdoba, Argentina. Como hipótesis se plantea que las mujeres con antecedentes de lesiones proliferativas ginecológicas reportarían una mayor prevalencia de *vs* sufrida en la infancia o en la adultez por parte de la pareja, comparadas con mujeres sin estos antecedentes. Además, las mujeres con antecedentes de lesiones proliferativas ginecológicas presentarían una mayor presencia de factores de riesgo sociodemográficos y sanitarios conocidos para las neoplasias ginecológicas que las mujeres sin los antecedentes mencionados.

## Metodología

Se llevó a cabo un estudio de corte [11]. Fueron encuestadas por única vez mujeres adultas de la provincia de Córdoba, Argentina, mediante un cuestionario anónimo y confidencial. Se revisó que el estudio cumpliera con los criterios establecidos por la guía elaborada para la correcta comunicación de resultados de estudios observacionales [12].

## Participantes

Participaron mujeres mayores de 18 años de 14 ciudades de la provincia de Córdoba (Argentina), desde octubre de 2017 hasta junio de 2018. Se realizó un muestreo no probabilístico de tipo accidental o bola de nieve. Por un lado, mediante contactos personales, se identificó a las representantes de dos agrupaciones autoconvocadas de mujeres que padecen o padecieron antecedentes oncológicos ginecológicos. Por otro lado, se invitó a participar a mujeres adultas, residentes de la provincia de Córdoba, sin antecedentes oncológicos ginecológicos.

Los criterios de exclusión fueron ser menor de 18 años o estar bajo tratamiento de cáncer ginecológico al momento de responder la encuesta.

## VARIABLES Y MEDIDAS

**Datos sociodemográficos:** se administró un cuestionario *ad hoc* para obtener información sobre la edad (años), la situación de pareja (soltera, en pareja), el nivel educativo (< 12 años, ≥ 12 años), el nivel económico percibido (bueno, regular/malo) y la zona de residencia (ciudad de Córdoba capital, interior de la provincia de Córdoba). Además, las participantes contaron con la categoría de respuesta “no sabe/no contesta”.

**Antecedentes sanitarios y de lesiones proliferativas ginecológicas:** mediante un cuestionario *ad hoc* se evaluaron antecedentes que podrían funcionar como varia-

bles moderadoras. El índice de masa corporal (IMC) se calculó a partir del peso y la talla de las participantes. Se tomaron como valores de referencia los provistos por la OMS [13].

Se consideró bajo peso los valores por debajo de 18,5 kg/m<sup>2</sup>; normopeso, los valores de IMC de adultos comprendidos entre 18,5 y 24,9 kg/m<sup>2</sup>, y sobrepeso y obesidad, un IMC igual o mayor que 25 y 30 kg/m<sup>2</sup>, respectivamente.

Para el consumo de tabaco, se calculó el índice de paquetes por año mediante la información de los cigarrillos fumados por día y los años de fumadora. Haber fumado 9 paquetes al año o más se asumió como una exposición al tabaco elevada [14]. El consumo de alcohol se obtuvo indagando la cantidad de alcohol ingerida por día y por semana. Se consideró consumo alto a aquellas mujeres que ingirieron alcohol 3 días o más, consumiendo 5 bebidas o más por día [15].

Se exploraron los antecedentes sobre consumo de sustancias (sí, no), de ITS (sí, no), los antecedentes familiares oncológicos (sí, no) y los antecedentes patológicos personales y familiares (sí, no).

Las *lesiones proliferativas* son un grupo de afecciones que se caracterizan por un aumento en la formación de células en la mama y el tracto genital femenino, incluyendo lesiones benignas, como hiperplasia ductal, hiperplasia lobular, papilomas, condilomas, y malignas, como el cáncer de cuello de útero y de mama [16].

Se utilizó una adaptación local de una encuesta sobre lesiones proliferativas ginecológicas, elaborada a partir de guías nacionales de salud [17], que indaga sobre la presencia y la frecuencia de algún autoexamen de mamas (sí, no), mamografía (en el último año, entre 3 y 5 años, 5 años o más, no aplica) y test de Papanicolaou (en el último año, entre 3 y 5 años, 5 años o más, no aplica). También pregunta por los resultados de estos estudios y la presencia del diagnóstico actual y previo de las lesiones proliferativas (sí, no) antes mencionadas. Además, las participantes contaron con la categoría de respuesta “no sabe/no contesta”.

*vs en la infancia:* se administró una subescala (victimización sexual) de la versión en español [18] del “Cuestionario de victimización infanto-juvenil” (Juvenile Victimization Questionnaire, JVQ) [19]. La subescala indaga de manera retrospectiva y cuantitativa seis tipos de victimización sexual que la persona puede haber sufrido durante su infancia (hasta los 18 años). La persona que responde debe seleccionar si ha sufrido alguna experiencia descrita en los ítems de acuerdo a seis opciones de respuesta que van desde “no, nunca” hasta “5 veces o más”. Los autores del JVQ definen la *victimización sexual* como actos realizados por parte de un adulto o un par sin el consentimiento de la víctima, incluyendo conductas como el acoso sexual verbal o físico, la violación o el intento de violación. Se incluyen aquellos actos

donde los menores dieron su consentimiento sin la capacidad de responsabilizarse por sus elecciones debido a su edad [20].

*vs en la adultez*: se utilizó una subescala de coerción sexual de la versión argentina de la “Escala revisada de tácticas de resolución de conflictos” (Conflict Tactics Scale, CTS2) [21,22]. Se define como *coerción sexual* a cualquier estrategia empleada hacia otra persona para forzarla a realizar alguna conducta sexual sin su consentimiento [23].

La CTS2 consta de dos escalas para valorar, de manera retrospectiva, la frecuencia de la victimización sufrida y de la perpetración de conductas violentas en cada miembro de la pareja. En este estudio solo se empleó la escala que informa sobre la violencia sufrida. La subescala pregunta sobre siete conductas que representan actos de coerción sexual (por ej. ser obligada a mantener relaciones sexuales sin preservativo). Quien responde debe indicar cuántas veces ocurrieron las conductas expresadas en los ítems de acuerdo con siete opciones de respuesta que van desde “nunca ha ocurrido” hasta “ocurrió más de 20 veces”.

## Procedimiento

Los datos se recogieron de manera presencial en 14 ciudades de la provincia de Córdoba. Se invitó a las mujeres contactadas a responder la encuesta en formato lápiz y papel, en sus domicilios. Previamente, se requirió la firma del consentimiento informado, atendiendo a la normativa ética vigente para las investigaciones sociales [24].

El protocolo del estudio fue establecido de acuerdo con la Declaración de Helsinki [25] y la legislación vigente [24], contando con la aprobación del Comité de Ética del Hospital Nacional de Clínicas, de la Universidad Nacional de Córdoba (Número de registro RENIS:IS002102-RePIS:3152).

## Análisis de datos

El procesamiento y análisis de datos se realizó mediante el programa estadístico informatizado Statistical Package for the Social Sciences (IBM SPSS Statistics for Windows, versión 22, IBM Corp, Armonk, NY, USA) [26], con licencia del Grupo de Investigación en Violencia, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba. Se estimó la distribución de frecuencias absolutas y porcentajes de los datos sociodemográficos y las variables sanitarias.

Las variables con formato de respuesta categórico fueron dicotomizadas, con el fin de simplificar la interpretación en los análisis bivariados. La edad fue categorizada en función de la mediana.

Para estimar la prevalencia de la *vs* sufrida en la infancia o en la adultez, se identificaron las respuestas positivas para cada uno de los ítems. Estos fueron di-

cotomizados entre las participantes que señalaron que nunca habían sufrido la conducta descrita y aquellas que indicaron sufrirla al menos una vez. La estimación de la prevalencia se realizó a nivel de la subescala total y de ítems. Previamente, las participantes fueron agrupadas según sus antecedentes de lesiones proliferativas ginecológicas. La prevalencia fue calculada como la proporción de mujeres que sufrieron *vs* sobre la muestra total y sobre el total de individuos de cada grupo.

Con el fin de explorar diferencias entre los grupos, se estimó la probabilidad de riesgo mediante el cálculo del estadístico *Odds Ratio* (OR) y sus intervalos de confianza (IC) al 95 %. El valor de *p* fue considerado como significativo cuando fuera menor que 0,05.

Para estudiar la validez predictiva de las variables en relación con los antecedentes de lesiones proliferativas, se analizó la regresión logística binaria empleando como variable criterio los antecedentes de lesiones proliferativas ginecológicas (ausente-presente), y como variables antecedentes, las sociodemográficas, sanitarias y de *vs* que hayan presentado diferencias significativas en los análisis bivariados. Las variables fueron introducidas en bloques mediante el método condicional hacia adelante, para conocer el aporte de cada una de ellas en cada paso, a la vez que se controlaba el efecto de las demás.

Finalmente, mediante el programa informatizado libre G\*Power versión 3.1.9.4, se llevó a cabo el análisis de potencia *post-hoc*, el cual indicó que el tamaño de la muestra utilizado en los modelos de regresión aseguraba una potencia de 0,89, con alfa de Cronbach = 0,05, y un tamaño del efecto de 0,15 para el modelo que consideró el mayor número de predictores ( $n = 4$ ) [27].

## Resultados

Participaron 115 mujeres que fueron agrupadas según sus antecedentes de lesiones proliferativas ginecológicas ( $n = 47$ ) y sin antecedentes ( $n = 68$ ). En el grupo con antecedentes, 16 participantes indicaron diagnóstico previo de cáncer de mamá, y 10 informaron diagnóstico previo de cuello de útero. Las características sociodemográficas se detallan en la Tabla 1.

La muestra estuvo compuesta principalmente por mujeres con buen nivel económico percibido, 12 años o más de escolarización y residentes de Córdoba capital. Más de la mitad de las participantes indicó estar soltera al momento de completar la encuesta. No se encontraron diferencias significativas entre los grupos, a excepción de la edad, donde las mujeres sin antecedentes de lesiones proliferativas ginecológicas resultaron significativamente más jóvenes (OR = 0,39, IC 95 % = 0,18-0,85,  $p < 0,05$ ).

En relación con los antecedentes sanitarios, la mayoría de las mujeres presentó un IMC normal y más de

**Tabla 1.** Características sociodemográficas según antecedentes de lesiones proliferativas ginecológicas

Características		Mujeres con antecedentes		Mujeres sin antecedentes		OR (IC 95 %)*
		n	%	n	%	
Edad	18 a 35	17	36,2	40	58,8	<b>0,39** (0,18-0,85)</b>
	36 a 76	30	63,8	28	41,2	
Nivel económico	Bueno	30	63,8	50	73,5	0,63 (0,29-1,42)
	Regular/Malo	17	36,2	18	26,5	
Nivel educativo	< 12 años	8	17	7	10,3	1,78 (0,60-5,32)
	≥ 12 años	39	83	61	89,7	
Zona de residencia***	Capital	33	70,2	49	74,2	0,82 (0,35-1,88)
	Interior	14	29,8	17	25,8	
Situación de pareja	Soltera	29	61,7	52	76,5	0,49 (0,22-1,12)
	En pareja	18	38,3	16	23,5	

\* Se resaltan en negrita las asociaciones significativas.

\*\*  $p < 0,05$ .

\*\*\* La categoría de respuesta "no sabe/no contesta" no fue reportada en la tabla y no fue incluida en los análisis.

la mitad indicó un bajo consumo de sustancias, a excepción del tabaco. El 95 % de la muestra total se realizó algún examen de control y alrededor del 80 % no manifestó antecedentes familiares de cáncer de mama o cuello de útero. Las participantes del grupo con antecedentes de lesiones proliferativas reportaron mayor consumo de cocaína (OR = 7,96, IC 95 % = 1,00-70,66,  $p < 0,05$ ) y haber sido diagnosticadas al menos una vez con una ITS (OR = 17,03, IC 95 % = 3,68-79,70,  $p < 0,05$ ) (véase Tabla 2).

### Victimización sexual sufrida en la infancia y la adultez

La conducta más sufrida por las mujeres con antecedentes fue el acoso sexual verbal (17 %), mientras que para el grupo sin antecedentes fue el exhibicionismo (13 %). No obstante, no se registraron diferencias entre los grupos en la prevalencia total de vs en la infancia, ni a nivel de ítems (véase Tabla 3).

### Violencia sexual, antecedentes sanitarios y lesiones proliferativas ginecológicas

Tampoco se registraron diferencias entre grupos a nivel de la vs total sufrida en la adultez de parte de una pareja. A nivel de ítems, las mujeres con antecedentes reportaron en mayor proporción haber sido obligadas por sus parejas a mantener relaciones sexuales sin preservativo (OR = 9,80, IC 95 % = 1,14-84,38,  $p < 0,05$ ) (véase Tabla 3).

Para el análisis de regresión, se introdujeron en los primeros dos pasos las variables sociodemográficas y sanitarias, respectivamente, que resultaron asociadas al criterio en los análisis bivariados (edad, consumo de cocaína, ITS). En un tercer paso, se incluyó el ítem de vs por parte de la pareja en la adultez, asociado a los antecedentes de lesiones proliferativas. Las ITS registraron la mayor asociación con dichos antecedentes, seguidas de haber sido forzada por la pareja a mantener relaciones sexuales sin preservativo en la adultez, y finalmente la edad. La varianza explicada por este modelo fue de 28 %, con un porcentaje de clasificación de 68 % (véase Tabla 4).

### Discusión

El objetivo principal de este estudio fue describir la prevalencia de la vs sufrida en la infancia o en la adultez, y analizar su asociación con los antecedentes de lesiones proliferativas ginecológicas en mujeres de Córdoba, Argentina. Aproximadamente, una de tres participantes manifestó haber sufrido algún tipo de experiencia de vs en algún momento de su vida. En una muestra adulta de Chile [28], se utilizó el mismo instrumento para valorar la vs total en la infancia, registrándose tasas de alrededor del 50 %. Esta prevalencia es considerablemente superior a las registradas en este trabajo. Sin embargo, debe destacarse que el estudio mencionado ha contemplado un acto de vs adicional (estupro) en la versión del JVQ utilizada, el cual presentó la frecuencia más elevada y consecuentemente aumentó la prevalencia total de vs

**Tabla 2.** Características sanitarias según antecedentes de lesiones proliferativas ginecológicas

Características	Mujeres con antecedentes		Mujeres sin antecedentes		OR (IC 95 %)*		
	n	%	n	%			
IMC**	Normopeso	27	60	40	60,6	0,98 (0,45-2,12)	
	Sobrepeso/ Obesidad	18	40	26	39,4		
Consumo de sustancias	Tabaco**	Alto	39	84,8	57	86,4	0,88 (0,30-2,56)
		Bajo/ Ninguno	7	15,2	9	13,6	
	Marihuana	Sí	15	31,9	23	33,8	0,97 (0,42-2,03)
		No	32	68,1	45	66,2	
	Cocaína	Sí	5	10,6	1	1,5	<b>7,96*** (1,00-70,66)</b>
		No	42	89,8	67	98,5	
	Alcohol	Alto	3	6,4	5	7,4	0,86 (0,19-3,78)
		Bajo/ Ninguno	44	93,6	63	92,6	
ITS	Sí	16	34	2	2,9	<b>17,03**** (3,68-78,70)</b>	
	No	31	66	66	97,1		
Exámenes de control (cualquiera)**	Sí	42	95,5	62	95,4	1,02 (0,16-6,34)	
	No	2	4,5	3	4,6		
Pap test**	Sí	43	91,5	61	91	1,01 (0,28-3,97)	
	No	4	8,5	6	9		
Mamografía**	Sí	33	70,2	37	55,2	1,91 (0,87-4,21)	
	No	14	29,8	30	44,8		
Examen clínico de mamas**	Sí	36	81,8	51	77,3	1,32 (0,51-3,45)	
	No	8	18,2	15	22,7		
Antecedentes familiares (cualquiera)**	Sí	7	16,3	13	19,1	0,82 (0,30-2,26)	
	No	36	83,7	55	80,9		
Cáncer de cuello de útero**	Sí	2	4,5	2	2,9	1,57 (0,21-11,59)	
	No	42	95,5	66	97,1		
Cáncer de mamas**	Sí	7	15,9	12	17,6	0,88 (0,32-2,45)	
	No	37	84,1	56	82,4		

IMC: Índice de masa corporal; ITS: Infecciones de transmisión sexual.

\* Se resaltan en negrita las asociaciones significativas.

\*\* La categoría de respuesta “no sabe/no contesta” no fue reportada en la tabla y no fue incluida en los análisis.

\*\*\*  $p < 0,05$ .

\*\*\*\*  $p < 0,001$ .

estimada en dicha muestra. Asimismo, debe tomarse en cuenta que las encuestas autoadministradas que evalúan variables sensibles como la victimización pueden ser susceptibles del sesgo de deseabilidad social, es decir, la tendencia a brindar una respuesta socialmente favorable, subrepresentado así la prevalencia real del fenómeno.

La literatura ha documentado una asociación negativa entre el nivel educativo y la deseabilidad social, por lo que se podría esperar un mayor sesgo de este tipo a medida que el nivel educativo es menor [29]. La mayoría de las participantes del presente estudio reportaron como máximo nivel de estudios el secundario. En contraste, el trabajo previamente citado empleó una muestra

**Tabla 3.** Prevalencia de victimización sexual en la infancia y violencia de pareja sexual en la adultez para la muestra total y según antecedentes de lesiones proliferativas ginecológicas

Victimización	Muestra total		Mujeres con antecedentes		Mujeres sin antecedentes		OR (ic 95 %)*
	n	%	n	%	n	%	
Victimización sexual en la infancia	33	28,7	16	34	17	25	1,54 (0,68-3,50)
Agresión sexual adulto conocido	14	12,2	8	17	6	8,8	2,12 (0,68-6,57)
Agresión sexual adulto desconocido	7	6,1	2	4,3	5	7,4	0,56 (0,10-3,02)
Agresión sexual pares/hermanos	5	4,3	4	8,5	1	1,5	6,23 (0,67-57,65)
Violación (consumada o intento)	7	6,1	4	8,5	3	4,4	2,02 (0,43-9,46)
Exhibicionismo o exposición sexual	16	13,9	7	14,9	9	13,2	1,15 (0,40-3,33)
Acoso sexual verbal	15	13	8	17	7	10,3	1,79 (0,60-5,32)
Victimización sexual de la pareja en la adultez	35	30,4	15	31,9	20	29,4	1,10 (0,49-2,47)
Obligar a tener relaciones sexuales sin preservativo	7	6,1	6	12,8	1	1,5	<b>9,80** (1,14-84,38)</b>
Insistir en tener relaciones sexuales (sin usar la fuerza física)	29	25,2	12	25,5	17	25	1,03 (0,44-2,42)
Insistir en practicar sexo oral o anal (sin usar la fuerza física)	13	11,3	6	12,8	7	10,3	1,28 (0,40-4,07)
Usar la fuerza para obligar a practicar sexo oral o anal	2	1,7	0	0	2	2,9	0,28 (0,01-5,96)
Usar la fuerza para obligar a tener relaciones sexuales	0	0	0	0	0	0	-
Amenazar para obligar a practicar sexo oral o anal	1	0,9	0	0	1	1,5	0,47 (0,02-11,88)
Amenazar para obligar a tener relaciones sexuales	2	1,7	1	2,1	1	1,5	1,46 (0,09-23,88)

\* Se resaltan en negrita las asociaciones significativas.

\*\*  $p < 0,01$ .

**Tabla 4.** Modelos de regresión logística binaria para los antecedentes de lesiones proliferativas ginecológicas

Predictor	Modelo		
	Exp(B)	ic 95 %	p
Edad	1,05	1,02-1,09	0,001
Infecciones de transmisión sexual (ITS)	26,52	5,15-136,64	0,000
Obligar a tener relaciones sexuales sin preservativo	13,84	1,29-148,78	0,030

universitaria. En esta diferencia, en el nivel educativo de las muestras podría plantearse la hipótesis de una mayor deseabilidad en esta muestra, que a su vez resultaría en menores tasas de vs reportada. No obstante, en este trabajo no se controló el sesgo de deseabilidad social y esta hipótesis permanece como una idea a ser contrastada.

Los resultados aquí descritos profundizan los hallazgos de la literatura sobre la asociación entre la violencia de pareja y las neoplasias ginecológicas [4,30]. Un metaanálisis de 36 estudios publicados entre 1992 y 2017 identificó a la violencia de pareja como un predictor relevante de diagnóstico de lesiones proliferativas

ginecológicas [3]. No obstante, el estudio mencionado exploró la asociación entre las variables, considerando la violencia de pareja ejercida de manera global. Esto quiere decir que no se distinguieron los tipos de conductas que representan la violencia de pareja (por ejemplo, sexual, física, psicológica), dejando abierto el interrogante sobre el impacto específico que pueden tener estos tipos de violencia en la salud de las mujeres. En contraposición, el presente trabajo siguió las recomendaciones de la literatura, al explorar la asociación de un tipo específico de violencia ejercida por la pareja como es la vs [3].

Haber sufrido experiencias abusivas de naturaleza sexual por parte de la pareja en la adultez resultó un buen predictor de los antecedentes de lesiones proliferativas ginecológicas. Específicamente, aquellas mujeres que reportaron haber sido forzadas por su pareja a tener relaciones sexuales sin preservativo presentaron un riesgo significativamente incrementado de padecer lesiones proliferativas ginecológicas. Una posible vía que explique dicha asociación es aquella mediada por el mayor riesgo de contraer ITS, al no poder negociar con la pareja el uso de preservativo durante las relaciones sexuales, incluso cuando las mujeres tengan conocimiento de los riesgos que conllevan este tipo de prácticas [4].

A su vez, las ITS han sido descritas como predictores robustos de neoplasias ginecológicas [31]. El hecho de que las ITS hayan permanecido en el modelo de regresión soporta la hipótesis de su influencia en las lesiones proliferativas ginecológicas.

Por otro lado, la edad resultó una variable que permaneció como predictor de las lesiones proliferativas. Este hallazgo coincide con la literatura que destaca a la edad como el factor de riesgo más importante, después del género, para el cáncer de mama, y un factor de riesgo relevante para las lesiones proliferativas ginecológicas [32,33].

## Implicancias de los resultados

En lo que respecta a los aportes teóricos, los hallazgos hasta aquí mencionados conforman un contraste del modelo conceptual propuesto por Hindin *et al.* centrado en los determinantes sociales de la salud [4]. Específicamente, la primera vía del modelo plantea que las mujeres con antecedentes de vs en la infancia o en la adultez tienen mayor riesgo de exposición a factores de riesgo de cáncer y a las conductas sexuales de riesgo. Esta es la vía que ha demostrado la mayor evidencia, siendo también consistente con los hallazgos de este estudio [7].

A nivel práctico, los hallazgos resaltan la necesidad de reforzar las estrategias para evitar la vs que sufren las mujeres a lo largo de su desarrollo vital. Dichas estrategias están contempladas en el marco legal nacional, a través de leyes como la Ley Nacional 26.150 (Ley de Educación Sexual Integral) [34]. Las estadísticas han demostrado que las experiencias de abuso sexual impactan negativamente en la vida de una proporción alarmante de mujeres, y también en la de sus hijos y otros miembros de su trama social que las acompañan en el complejo proceso de recuperación [35]. La legislación que ha observado estos hechos, como los descritos en este trabajo, es uno de los mejores recursos para el diseño de programas basados en la evidencia, orientados de manera clara y contundente a la prevención de la violencia.

Los resultados de este trabajo también soportan la sugerencia de organizaciones médicas a nivel internacional de implementar estrategias de cribado de violencia en todos los servicios de atención de la salud [36]. Estas organizaciones han propuesto como intervenciones la evaluación de los factores de riesgo y de protección de este tipo de violencia, mientras que la OMS promueve la integración de estas acciones con otros programas de prevención ya existentes, como aquellos que fomentan las buenas prácticas en salud reproductiva [37]. De esta manera, se podría identificar a las mujeres que padecen abusos, en un contexto que por su propia naturaleza asistencial es esperable que cuente con recursos suficientes para implementar las estrategias de protección y seguridad que la víctima requiera según su nivel de riesgo. Asimismo, los organismos internacionales de salud sugieren el desarrollo de medidas específicas enfocadas a víctimas de vs. La vacuna contra el virus del papiloma humano es un buen aporte sanitario que reduce el riesgo de cáncer ginecológico, especialmente si su implementación se realiza tempranamente [38].

Por otra parte, dado que muchas mujeres que son víctimas de violencia podrían evitar asistir a los servicios de atención de la salud, tal como lo reportó la evidencia [6], se sugiere la evaluación e implementación de medidas que operen a nivel de prevención primaria. Estas estrategias deberían contemplar acciones a nivel comunitario con eficacia contrastada, como puede ser la promoción de entornos sociales que protejan contra la violencia [39].

Asimismo, el cribado de violencia de pareja en el ámbito sanitario se ha propuesto como una estrategia más para mejorar la salud y la seguridad de las mujeres que la padecen [40]. Para ello, sería importante la capacitación en temas de violencia entre los profesionales sanitarios, incluidos los oncológicos, pues en numerosas ocasiones serán las consecuencias de la violencia sufrida las que motiven la consulta en los servicios de atención de la salud [41].

Los resultados representan una primera aproximación empírica en el contexto argentino al interrogante sobre la influencia de las experiencias de vs sufridas por las mujeres a lo largo de su vida y el desarrollo de lesiones proliferativas ginecológicas en la adultez. No obstante, algunas limitaciones deben ser tenidas en cuenta a la hora de interpretar los hallazgos aquí reportados: por un lado, el uso de un muestreo no probabilístico impide la generalización de los resultados más allá de esta muestra, aunque no invalida las implicancias a nivel práctico y de prevención discutidas en la discusión. Los hallazgos aquí reportados siguen la línea que la revisión de la literatura ha destacado recientemente en cuanto a la asociación entre vs y antecedentes de lesiones proliferativas [30]. Por otro lado, la naturaleza transversal del trabajo no brinda la posibilidad de explorar la rela-

ción entre variables en términos de causalidad, sino de asociación. Dado que este es un primer antecedente a nivel local y regional, se destacan los datos transversales como un acercamiento inicial al fenómeno, reconociendo, además, la complejidad requerida para implementar trabajos con un diseño longitudinal.

Asimismo, es posible que la consideración conjunta de antecedentes de diferentes diagnósticos (cáncer y displasia) haya reducido la precisión en los resultados, al aumentar la heterogeneidad de la variable dependiente. Específicamente, en este trabajo, el grupo de mujeres con antecedentes de lesiones proliferativas se conformó por más mujeres que informaron un diagnóstico previo de cáncer de mamá, que participantes que indicaron un diagnóstico previo de cuello de útero.

Aunque los antecedentes empíricos revisados se han enfocado principalmente en tipos específicos de antecedentes oncológicos en participantes reclutadas en ámbitos sanitarios [7], esto no fue posible en el presente estudio, debido que se realizó un muestreo de base poblacional. Esperamos que estos hallazgos alienten a los investigadores y a las personas encargadas de la toma de decisiones en contextos sanitarios a realizar nuevas investigaciones con acceso a poblaciones específicas y, de esa manera, aumentar la precisión en la conformación de los grupos y en los resultados derivados.

Específicamente, sería deseable que los futuros estudios centren sus esfuerzos en conocer la prevalencia de vs en la adultez sufrida en contextos fuera de la pareja en población con antecedentes de lesiones proliferativas ginecológicas. También se aconseja mayor especificidad al estudiar los antecedentes de ITS en esta población, dado que en el presente estudio fueron evaluados sin indagar sobre el diagnóstico específico de cada una de ellas.

## Conclusión

Los hallazgos resaltan la alarmante prevalencia de vs sufrida tanto en la infancia como en la adultez en las mujeres. Además de las nefastas consecuencias en la salud mental de las víctimas, este tipo de abuso puede conllevar graves consecuencias físicas.

Nuestros resultados apoyan la asociación robusta y bien documentada de experiencias específicas de vs y las ITS con los antecedentes de lesiones proliferativas ginecológicas. Además de ser novedoso, este es el primer estudio en un contexto hispanoparlante en evaluar la asociación entre las variables antes mencionadas utilizando instrumentos validados.

Los resultados representan una contribución a la generación de evidencia en Argentina y en la región sobre potenciales influencias sociales en la salud sexual y reproductiva.

## Agradecimientos

Los autores agradecen la predisposición y generosidad de las participantes para colaborar con este estudio.

## Declaración de fuente de financiación

El primer autor recibió apoyo de la beca de investigación del Instituto Nacional del Cáncer, Ministerio de Salud de la Nación Argentina, para llevar a cabo el estudio aquí desarrollado.

## Declaración de conflictos de intereses

Los autores declaran no poseer ningún tipo conflicto de interés con respecto a este artículo.

## Declaración de responsabilidad

Los autores declaran su responsabilidad en la información desarrollada en este estudio.

## Declaración de contribución por autores

Todos los autores contribuyeron a la concepción del problema de investigación, el diseño del trabajo de investigación, el procesamiento y análisis de la información, y la aprobación de la versión final del manuscrito.

## Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Violencia contra las niñas y los niños [internet]; 2020 [citado 2023 jun. 30]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/violencia-contra-ninas-ninos>
2. World Health Organization. Addressing violence against women: Key achievements and priorities. Geneva [internet]; 2018 [citado 2023 sep. 25]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/275982>
3. Reingle Gonzalez JM, Jetelina KK, et al. Violence against women increases cancer diagnoses: Results from a meta-analytic review. *Prev Med (Baltim)*. 2018;114:168-79. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2018.07.008>
4. Hindin P, Btoush R, et al. Intimate partner violence and risk for cervical cancer. *J Fam Violence*. [internet]. 2015;30(8):1031-43. doi: <https://doi.org/10.1007/s10896-015-9733-7>
5. Hughes K, Bellis MA, Hardcastle KA, et al. The effect of multiple adverse childhood experiences on health: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*. [internet]. 2017 Aug. [citado 2023 jun. 30] 2(8):e356-e366. doi: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4)
6. Alcalá HE, Keim-Malpass J, Mitchell EM. Sexual assault and cancer screening among men and women. *J Interpers Vio-*

- lence. 2021;36(11-12):NP6243-NP6259. DOI: <https://doi.org/10.1177/0886260518812797>
7. Hindin P, Btoush R, Carmody DP. History of childhood abuse and risk for cervical cancer among women in low-income areas. *J Womens Health (Larchmt)*. 2019;8(1):23-29. DOI: <https://doi.org/10.1089/jwh.2018.6926>
  8. Global Cancer Observatory, International Agency for Research on Cancer, World Health Organization. Argentina [internet]. 2020 [citado 2023 jun. 30]. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/32-argentina-fact-sheets.pdf>
  9. Ajenijufa OK, Odunsi K. Rising burden of gynaecological cancers in developing countries. En: Okonofua F, Balogun JA, Odunsi K, Chilaka VN, editores. *Contemporary obstetrics and gynecology for developing countries*. Cham: Springer; 2021. pp. 573-6.
  10. Hu Z, Kaminga AC, Yang J, et al. Adverse childhood experiences and risk of cancer during adulthood: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse Negl*. 2021;117:105088. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105088>
  11. Montero I, León OG. A guide for naming research studies in psychology. *Int J Clin Health Psychol* [internet]. 2007 [citado 2023 jun. 30]; 7(3):847-62. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/337/33770318.pdf>
  12. Ghaferi AA, Schwartz TA, Pawlik TM. STROBE Reporting Guidelines for Observational Studies. *JAMA Surg*. 2021;156(6):577-8. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2021.0528>
  13. Caballero B. Humans against obesity: Who will win? *Adv Nutr*. 2019; 10(Supl. 1):S4-S9. <https://doi.org/10.1093/advances/nmy055>
  14. Amigo H, Erazo M, Oyarzún M, et al. Tabaquismo y enfermedad pulmonar obstructiva crónica: determinación de fracciones atribuibles. *Rev Med Chil*. 2006;134(10):1275-82. DOI: <https://doi.org/10.4067/s0034-98872006001000009>
  15. Jonas HA, Dobson AJ, Brown WJ. Patterns of alcohol consumption in young Australian women: Socio-demographic factors, health-related behaviours and physical health. *Aust N Z J Public Health*. 2000;24(2):185-91. <https://doi.org/10.1111/j.1467-842x.2000.tb00140.x>
  16. Ayyub H, Hassan A, Ehsan K, et al. Breast cancer lesions and its classification. *Pak. J. Med. Health Sci*. 2020;1(1):11-13. DOI: <https://doi.org/10.54393/pjhs.v1i01.11>
  17. Cesario SK, Liu F, Gilroy H, et al. Preventative health screening amongst women who have experienced intimate partner violence. *Int J Women's Heal Reprod Sci*. 2015;3(4):184-9. DOI: <https://doi.org/10.15296/ijwhr.2015.39>
  18. Pereda N, Gallardo-Pujol D, Guilera G. Good practices in the assessment of victimization: The Spanish adaptation of the Juvenile Victimization Questionnaire. *Psychol Violence*. 2018;8(1):78-86. DOI: <https://doi.org/10.1037/vio0000075>
  19. Finkelhor D, Hamby SL, et al. The Juvenile Victimization Questionnaire: Reliability, validity, and national norms. *Child Abuse Negl*. 2005;29(4):383-412. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.11.001>
  20. Zanini DS, Oliveira e Ferreira L de, Ferrerira Leao Junqueira K. Living with violence and its relationship with executive function in childhood and adolescence: Literature review. En: Mullings J, Arbor S, Cumbay M, editores. *Health-related quality of life - Measurement tools, predictors and modifiers*. Londres: IntechOpen. 2022; pp. 1-17. DOI: 10.5772/intechopen.101470
  21. Straus M, Hamby SL, et al. The revised Conflict Tactics Scales (CTS2): Development and preliminary psychometric data. *J Fam Issues*. 1996;17(3):283-316. DOI: <https://doi.org/10.1177/019251396017003001>
  22. Arbach K, Nguyen-Vo T, Bobbio A. Violencia física en el noviazgo: análisis de los tipos diádicos en población argentina. *Rev Arg Cs Comp*. [internet]. 2015 [citado 2023 jun. 30]; 7(2):38-46. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1852-42062015000200007](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-42062015000200007)
  23. Benbouriche M, Parent G. Sexual coercion: Thinking and understanding sexual violence beyond sexual offenders. *Sexologies*. 2018;27(2):e15-19. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2018.02.001>
  24. Argentina, Poder Legislativo Nacional. Ley 25.326, Ley de protección de los datos personales [internet]. 2000 nov. 11 [citado 2023 sep. 25]. Disponible en: <https://e-legis-ar.msal.gov.ar/hdocs/legisalud/migration/html/14402.html>
  25. Asamblea Médica Mundial (AMN). Declaración de Helsinki de la AMN – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [internet]; 2017 [citado 2023 sep. 25]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicadas-seres-humanos/>
  26. IBM. SPSS statistics for Windows (Version 22.0). [Windows]. Armonk, NY: IBM; 2013.
  27. Kang H. Sample size determination and power analysis using the G\*Power software. *J Educ Eval Health Prof*. 2021;18:17. DOI: <https://doi.org/10.3352/jeehp.2021.18.17>
  28. Pinto-Cortez C, Gutiérrez-Echegoyen P, Henríquez D. Child victimization and polyvictimization among young adults in northern Chile. *J Interpers Violence*. 2021;36(5-6):2008-30. DOI: <https://doi.org/10.1177/0886260518759058>
  29. Heerwig J, McCabe B. Education and social desirability bias: The case of a black presidential candidate. *Soc Sci Q*. 2009;90(3):674-86. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1540-6237.2009.00637.x>
  30. Sheikhnezhad L, Hassankhani H, Sawin EM, et al. Intimate partner violence in women with breast and gynaecologic cancers: A systematic review. *J Adv Nurs*. 2023;79(4):1211-24. DOI: <https://doi.org/10.1111/jan.15285>
  31. Garg RK, Sharma B. Cervical cancer and human papilloma virus vaccination: Gap and barriers. *Int J Community Med Public Heal*. 2022;10(1):511-4. DOI: <https://doi.org/10.18203/2394-6040.ijcm-ph20223582>
  32. Toktaş O, Elasan S, İliklerden ÜH, et al. Relationship between proliferative breast lesions and breast cancer risk factors. *Eur J Breast Health*. 2020;17(1):15-20. DOI: <https://doi.org/10.4274/ejbh.2020.5713>
  33. Momenimovahed Z, Salehiniya H. Epidemiological characteristics of and risk factors for breast cancer in the world. *Breast Cancer (Dove Med Press)*. 2019;11:151-64. DOI: <https://doi.org/10.2147/BCTT.S176070>
  34. Argentina, Congreso de la Nación. Ley Nacional 26.150, Programa Nacional de Educación Sexual Integral [internet]; 2006 oct. 24. [citado 2023 sep. 25]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26150-121222/texto>
  35. Zvara BJ, Burchinal M. Maternal history of childhood maltreatment and children's cognitive and social development. *Early Child Dev Care*. 2021;191(3):403-14. DOI: <https://doi.org/10.1080/03004430.2019.1621861>
  36. US Preventive Services Task Force. Screening for intimate partner violence, elder abuse, and abuse of vulnerable adults: US preventive services task force final recommendation statement.

- JAMA. 2018;320(16):1678-87. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.2018.14741>
37. Phares TM, Sherin K, Harrison SL, et al. Intimate partner violence screening and intervention: The American College of Preventive Medicine position statement. *Am J Prev Med.* 2019;57(6):862-72. doi: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2019.07.003>
  38. Goodman EA, Goodpasture M. Human Papilloma Virus Vaccination after pediatric sexual abuse evaluations in the outpatient child sexual abuse subspecialty clinic: A quality improvement project. *J Forensic Nurs.* 2020;16(1):16-21. doi: <https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000251>
  39. The Community Guide. Community Preventive Services Task Force. Primary prevention reduces intimate partner violence and sexual violence among youth [internet]; 2018 [citado 2023 jun. 30]. Disponible en: <https://www.thecommunityguide.org/content/primary-prevention-reduces-intimate-partner-violence-and-sexual-violence-among-youth>
  40. Renner LM, Wang Q, et al. Health care providers' readiness to identify and respond to intimate partner violence. *J Interpers Violence.* 2021;36(19-20):9507-34. doi: <https://doi.org/10.1177/0886260519867705>
  41. Alcalá HE, Tomiyama AJ, Von Ehrenstein OS. Gender differences in the association between adverse childhood experiences and cancer. *Womens Health Issues.* 2017;27(6):625-31. doi: <https://doi.org/10.1016/j.whi.2017.06.002>